

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação / Tese de Mestrado / Doutorado,  
apresentada à Faculdade de Ciências Médicas, para obtenção do Título de Mestre / Doutor  
em SAÚDE MENTAL  
CAMPINAS (SP), 12 de Setembro, 1994

Orientador(a) Prof. Dr. Jorge de Azevedo  
Prof. Dr. Jorge de Azevedo

Tárcio Fábio Ramos de Carvalho n.º 2531

## Um Sistema Computadorizado de Apoio ao Multidiagnóstico da Esquizofrenia

Tese apresentada à Faculdade de Ciências  
Médicas da Universidade Estadual de Campinas  
como requisito parcial à obtenção do título de  
Doutor.

1994

Campinas - SP

C253s

23399/BC

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL

## FICHA CATALOGRÁFICA

Carvalho, Tércio Fábio Ramos *n.º 353 / n.º c.*

Um Sistema Computadorizado de Apoio ao Multidiagnóstico da Esquizofrenia/

Tércio Fábio Ramos de Carvalho - (S.n.), 1994.

Orientador: Dorgival Caetano. *t*  
*marco: Sm de 1994*  
Co-orientador: Renato Sabbatini. *t*

Tese (doutorado) Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria.

1. Diagnóstico Computadorizado 2. Multidiagnóstico da Esquizofrenia 3. Nosologia Psiquiátrica. I. Caetano, Dorgival. II. Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria. III. Título.

20 Cdd 616.075

616.07572

616.89

Índices para catálogo sistemático:

- |                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| 1. Diagnóstico                | 616.075   |
| 2. Diagnóstico por computador | 616.07572 |
| 3. Nosologia                  | 616.89    |
| 4. Esquizofrenia              |           |

Aos meus pais, que desde a minha infância têm me apoiado e estimulado em meus trabalhos, nunca medindo esforços para a realização de meus sonhos.

À minha esposa e filhos, que têm me dado inspiração e alegria de viver.

## AGRADECIMENTOS

Quero, aqui, deixar registrado meus agradecimentos:

Ao Professor Dr. *Dorgival Caetano*, orientador e amigo que acompanhou pacientemente no desenvolvimento desta Tese e na minha formação científica e profissional. Devo a ele não apenas agradecimentos, mas eterna gratidão pela sua pessoa, que me serviu e servirá de modelo de um grande psiquiatra e amigo.

Da mesma forma, agradeço ao Professor Dr. *Renato Sabbatini*, meu co-orientador, que com muita dedicação e companheirismo trabalhou de forma brilhante para que esse trabalho fosse concluído. Seu entusiasmo e amplo conhecimento da informática médica são exemplos de um verdadeiro professor e amigo. Meus agradecimentos também à equipe que forma o Núcleo de Informática Biomédica da UNICAMP.

Me orgulho de ter como mestre e amigo o Professor Dr. *Everton Sougey*, que desde meus dias de estudante de medicina já me incentivava e me preparava para a pesquisa e o trabalho acadêmico. Seu pioneirismo, dedicação, perseverança e curiosidade científica me impressionam até hoje. A ele devo não apenas as lições de Psiquiatria, mas também muito do que aprendi sobre vida. Esteve sempre pronto a me ajudar nos momentos mais difíceis e presente nos momentos de glória. A ele minha grande estima e admiração.

Quero agradecer ao Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Universidade Estadual de Campinas por todo apoio durante a elaboração dessa tese. Assim também, à bolsa de estudos concedida pela Coordenadoria de Aperfeiçoamento do Pessoal de Ensino Superior do Ministério da Educação (CAPES) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

É grande o número de pessoas que tornaram possível a elaboração dessa Tese. Diversas delas contribuíram das mais variadas formas e seria impossível fazer uma lista sem ser omisso. Entretanto quero agradecer às que foram especialmente importantes para a conclusão desse trabalho.

Dr. *José Ari*, que me apoiou desde os primeiros dias em que cheguei a Campinas.

Ao Dr. *Marco Antônio Marcolin*, que me fez acreditar, através de sua experiência científica, na importância da pesquisa clínica e pela avaliação e sugestões ao software.

Ao Dr. *Álvaro Acioli*, que forneceu importantes sugestões e contribuiu com literatura especializada de sua biblioteca particular.

À Dra. *Gilvanice Noblat*, tão estimulada ficou com a Tese que não mediu qualquer esforço para ajudar à conclusão desse trabalho.

Ao Dr. *Milton Marques Sá* que permitiu e orientou as entrevista de pacientes em sua própria clínica.

Ao Dr. *Antônio Peregrino* e Dr. *Sérgio Arruda*, pelas avaliações e sugestões ao software.

Às minhas amigas que me acompanharam, apoiaram e trabalharam durante o período em que residi em Campinas: Dra. *Manuela Garcia*, Dra. *Renata Azevedo* e Dra. *Milena Pondé*.

E, finalmente à Dra. *Giulietta Cuchiaro*, grande amiga e psiquiatra, que esteve junto comigo em Campinas, contribuindo e dando sugestões à Tese, além de participar de várias pesquisas e trabalhos.

Que todos saibam de minha gratidão e estima.

## Resumo

O objetivo desse trabalho é o desenvolvimento e a experimentação de um sistema de multidiagnóstico computadorizado para a esquizofrenia, a LIST-S20. Uma pesquisa realizada em três periódicos -- Archives of General Psychiatry, British Journal of Psychiatry e Jornal Brasileiro de Psiquiatria -- nos anos de 1980, 1985 e 1990, mostrou que: 1. há uma grande diversidade de sistemas de classificação na seleção de pacientes em pesquisas relacionadas à Saúde Mental, o que contribui para a heterogeneidade na amostragem e resultados conflitantes; 2. a utilização da abordagem polidiagnóstica em 27% dos artigos que utilizam pelo menos um sistema diagnóstico.

O programa computadorizado foi desenvolvido para realizar o diagnóstico em 20 diferentes sistemas para a esquizofrenia. As avaliações dos pacientes são feitas através de um computador utilizando o ambiente Windows da Microsoft. O resultado foi um sistema de multidiagnóstico computadorizado de fácil utilização e com grandes recursos como: seleção dos sistemas que serão utilizados na avaliação, pulos e ponto de cortes automáticos; ajudas *on-line* para os sistemas diagnósticos, critérios diagnósticos, árvores de decisão; glossário e exemplos para os critérios. Os diagnósticos são fornecidos automaticamente após a avaliação.

O autor conclui que a abordagem multidiagnóstica é um importante fator de desenvolvimento da Psiquiatria contemporânea, sendo a LIST-S20 um instrumento que pode ser utilizado para esse fim, com vantagens sobre os sistemas de multidiagnóstico que o precederam.

## Summary

The main purpose of this work is to describe the development and assessment of a computerized multidagnostic system for schizophrenia, the LIST-S20. A research including three periodics -- Archives of General Psychiatry, British Journal of Psychiatry and Jornal Brasileiro de Psiquiatria -- during the period of 1980 until 1990, demonstrated the following statements: 1. There are several different classification systems for selection of patients involved in a research project in Mental Health field, which contributes for heterogeneity in patients samples and conflicting results. 2. the polidiagnostic approach was present in 27% of the articles, when considered only the articles that have at least one diagnostic system.

The computer program was developed for diagnosis of the 20 different systems for schizophrenia. The patient's assessment was made with the help of a computer using a software that works in Microsoft Windows. The result was an easy computerized multidagnostic system with resources like the selection of the diagnostic system for evaluation, jumps, automatic cut-off points, on-line help for the diagnostic systems, diagnostic criteria, tree decision, glossary and examples for the criteria. The diagnosis are provided at the final of the evaluation.

The author concludes that the multidagnosis approach is an important development point for actual psychiatry. The LIST-S20 is an instrument that can be used for this purpose with advantages over the preceding multidagnostic systems.

# ÍNDICE

Folha de rosto.....	I
Ficha catalográfica .....	II
Dedicatória.....	III
Agradecimentos .....	IV
Resumo .....	VI
Summary .....	VII
Índice .....	VIII

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
-------------------------	----------

<b>PARTE I. O PROBLEMA DA CLASSIFICAÇÃO DAS ESQUIZOFRENIAS .....</b>	<b>5</b>
--	----------

<b>I.1. OBJETIVOS DA NOSOLOGIA PSIQUIÁTRICA .....</b>	<b>5</b>
---	----------

<b>I.2. EVOLUÇÃO DO CONCEITO DAS ESQUIZOFRENIAS .....</b>	<b>6</b>
---	----------

<b>I.3. O PROBLEMA DO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO .....</b>	<b>11</b>
--	-----------

I.3.1. Padronização da coleta de dados .....	17
--	----

I.3.2. Formulação de critérios diagnósticos operacionais.....	18
---	----

I.3.3. Abordagem multiaxial ao diagnóstico psiquiátrico .....	20
---	----

I.3.4. Desenvolvimento de sistemas de classificação por convenção .....	20
---	----

I.3.5. A idéia de validação do diagnóstico.....	21
---	----

<b>I.4. ABORDAGEM ATUAL DO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO DAS ESQUIZOFRENIAS .....</b>	<b>25</b>
--	-----------

I.4.1. Genética.....	25
----------------------	----

I.4.2. Epidemiologia da esquizofrenia .....	27
---	----

I.4.3. Alteração na estrutura cerebral de esquizofrênicos.....	27
--	----

<b>PARTE II. SISTEMAS DIAGNÓSTICOS UTILIZADOS EM PSIQUIATRIA .....</b>	<b>29</b>
--	-----------

<b>II.1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>29</b>
-------------------------------	-----------

<b>II.2. METODOLOGIA .....</b>	<b>29</b>
--------------------------------	-----------

<b>II.3. RESULTADOS .....</b>	<b>31</b>
-------------------------------	-----------

<b>II.4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>37</b>
------------------------------	-----------

<b>PARTE III. ABORDAGEM MULTIDIAGNÓSTICA EM PSIQUIATRIA.....</b>	<b>41</b>
<b>III.1. CONCEITO E EVOLUÇÃO.....</b>	<b>41</b>
<b>III.2. SISTEMAS DE MULTIDIAGNÓSTICO (QUE INCLUEM A ESQUIZOFRENIA).....</b>	<b>44</b>
III.2.1. Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) .....	44
III.2.2. Composite International Diagnostic Interview (CIDI) .....	45
III.2.3. Diagnostic Interview Schedule (DIS).....	45
III.2.4. Listes Intégrées de Critères d'Evaluation Taxonomiques (LICET).....	46
III.2.5. Composite Diagnostic Evaluation (CODE).....	47
III.2.6. Manual de Landmark para Avaliação da Esquizofrenia.....	48
III.2.7. Polidiagnostic Interview (PODI).....	48
III.2.8. Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH) .....	51
III.2.9. Royal Park Multidiagnostic Instrument for Psychosis (RPMIP).....	52
<b>IV. APLICAÇÕES DA INFORMÁTICA NO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO.....</b>	<b>55</b>
<b>IV.1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>55</b>
<b>IV.2. DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO COMPUTADORIZADO.....</b>	<b>58</b>
IV.2.1. Sistemas especialistas no diagnóstico psiquiátrico .....	59
IV.2.2. Redes neurais no diagnóstico psiquiátrico .....	63
IV.2.3. Ensino e treinamento computadorizado do diagnóstico psiquiátrico .....	65
<b>IV.3. ENTREVISTAS PSIQUIÁTRICAS COMPUTADORIZADAS .....</b>	<b>66</b>
<b>PARTE V. DESENVOLVIMENTO E EXPERIMENTAÇÃO DA LIST- S20.....</b>	<b>71</b>
<b>V.1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>71</b>
<b>V.2. JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS PARA DESENVOLVIMENTO DA LIST-S20.....</b>	<b>73</b>
<b>V.3. METODOLOGIA .....</b>	<b>75</b>
V.3.1. Seleção dos sistemas diagnósticos.....	75
V.3.2. Reunião dos critérios diagnósticos .....	139
V.3.3. Construção das árvores de decisão.....	146
<b>V.4. DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA COMPUTADORIZADO .....</b>	<b>168</b>
V.4.1. O Ambiente Windows.....	168
V.4.2. A escolha da linguagem de programação.....	170
V.4.3. Características do programa.....	171
V.4.4. Evolução em relação ao programa computadorizado da LICET-D10 .....	173
<b>V.5. SISTEMA DE PULOS E PONTOS DE CORTE.....</b>	<b>174</b>
<b>V.6. COMPONENTES DA LIST-S20 .....</b>	<b>176</b>
V.6.1. Critérios diagnósticos .....	177
V.6.2. Glossário e exemplo .....	179
V.6.3. Ajuda aos sistemas diagnósticos.....	179
<b>V.7. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA COMPUTADORIZADO.....</b>	<b>181</b>

V.8. AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM O SISTEMA LIST-S20 .....	184
V.9. COMPARAÇÃO DA LIST-S20 COM OUTROS SISTEMAS DIAGNÓSTICOS.....	188
VI. DISCUSSÃO.....	191
VII. CONCLUSÕES.....	199
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	201
APÊNDICE .....	223

## INTRODUÇÃO

A esquizofrenia continua sendo um grande problema para toda humanidade. Segundo dados epidemiológicos, esse distúrbio atinge cerca de 1% da população (Karno e col., 1989), sendo estimado que dois milhões de novos casos ocorrem no mundo a cada ano (Schwartz e col., 1988). Segundo cálculos de Caetano (1989), teríamos na população brasileira aproximadamente 56 mil casos novos de esquizofrenia por ano. Nos Estados Unidos, os esquizofrênicos são responsáveis pelo maior número de ocupação de leitos em hospitais psiquiátricos públicos. Os dados do Centro de Vigilância Epidemiológica de São Paulo (1991), revelaram que a esquizofrenia é o distúrbio mental com maior número de pacientes femininos internados em hospitais psiquiátricos neste Estado. No sexo masculino, os esquizofrênicos só perdem em internamentos para o alcoolismo. Entretanto sabe-se que o alcoolismo, enquanto doença mental, não se beneficia da internação em hospitais psiquiátricos e a literatura recomenda esse procedimento apenas para tratar os agravos decorrentes do comprometimento orgânico.

Uma combinação de fatores associados à esquizofrenia, como o aparecimento precoce, período relativamente longo de vida, freqüentes hospitalizações, oportunidades perdidas de emprego, necessidade de apoio e amparo para moradia, alimentação e outras necessidades contribuem para o alto custo da doença. Calcula-se que nos Estados Unidos o ônus financeiro chega a vinte bilhões de dólares anuais com os pacientes esquizofrênicos (Torrey, 1983; Channon, 1990), sem contar os prejuízos sociais e psicológicos.

Esses dados epidemiológicos mostram apenas o impacto social e econômico. Na verdade, o principal problema é a história da vítima de esquizofrenia. Esse é um distúrbio muito grave, com um importante comprometimento da capacidade de funcionamento das pessoas. Para o esquizofrênico o mundo torna-se diferente, seus pensamentos e comportamentos são bizarros. Eles freqüentemente perdem suas emoções. A capacidade para pensar logicamente e realizar julgamentos fica afetada, tornando-o cada vez mais excêntrico, inseguro e isolado. Esses indivíduos freqüentemente tornam-se deprimidos (Bastos, 1981; Bartels e col., 1988; Coryell e col., 1990), passam a fazer uso abusivo de bebidas alcoólicas (Bartels e col., 1992) e apresentam uma alta taxa de suicídio (McGlashan, 1984; Prasad e col., 1988; Drake e col., 1989). Para se ter uma idéia da gravidade do problema, o suicídio é a principal causa de morte prematura em esquizofrênicos (Allebeck e col., 1986) e cerca de um em cada dez esquizofrênicos se suicidam nos primeiros dez anos da doença (Nyman e col., 1986).

A comunidade científica tem feito grandes esforços na tentativa de compreender melhor esse distúrbio. Estudos envolvendo bioquímica, genética, alterações na estrutura e função do cérebro de pacientes esquizofrênicos, distúrbios imunológicos, relacionamento com traumas infantis e padrões de comunicação familiar não têm conseguido fornecer uma resposta satisfatória no que diz respeito à etiopatogenia da esquizofrenia. Apesar dos avanços tecnológicos, uma questão básica permanece ainda a ser esclarecida: o que é a esquizofrenia?

A replicação de um fenômeno descrito é uma das premissas da ciência. Como a esquizofrenia ainda não tem um conceito único, claro e universal, as pesquisas atuais trazem uma importante tendenciosidade na seleção de pacientes. Isso resulta em estudos com resultados contraditórios, impossibilitando a confirmação de achados. Quando vamos analisar a diferença desses resultados observamos que as pesquisas geralmente estão utilizando critérios diagnósticos diferentes para seleção de pacientes esquizofrênicos, o que conseqüentemente pode levar ao erro tentar comparar amostras diferentes. Enfim, a falha pode estar no conceito e delimitação do objeto a ser estudado.

No atendimento aos pacientes esquizofrênicos em serviços de Saúde Mental esse problema não é diferente. A grande maioria dos psiquiatras continua diagnosticando esquizofrenia baseados em critérios pessoais. Esse comportamento deve ser evitado, visto que o diagnóstico de esquizofrenia tem importantes repercussões para o indivíduo no que diz respeito a pessoa do paciente, seus relacionamentos sociais e familiares e sua vida profissional. A distinção entre esquizofrenia e distúrbios afetivos é fundamental para a escolha do tratamento adequado. O diagnóstico de esquizofrenia em um paciente com distúrbio afetivo faz o clínico optar pelo uso de antipsicóticos, podendo assim comprometer gravemente a evolução e o prognóstico desse paciente.

Com os crescentes esforços empregados na busca de uma solução para esse problema, a questão do diagnóstico psiquiátrico passou a ser um dos principais pontos de preocupação da comunidade científica. Passou-se a tentar desenvolver sistemas diagnósticos de alta confiabilidade. Com isso, nos últimos 20 anos tem havido uma franca expansão e progresso no diagnóstico e classificação dos distúrbios mentais. Vários centros de pesquisa em diferentes partes do mundo começaram a desenvolver seus próprios sistemas para os distúrbios mentais. Passou então a surgir, simultaneamente, um número muito grande deles. Esse estado foi denominado por Brockington e col. (1978) de "babel de diferente formulações", tornando-se até mesmo difícil fazer comparações entre pesquisas.

O problema da baixa concordância do diagnóstico psiquiátrico nos anos sessentas está atualmente sendo resolvido, possibilitando o aparecimento da questão da validade do diagnóstico. Esse é o principal foco das pesquisas nosológicas em Psiquiatria durante os anos oitentas (Fenton e col., 1981). Sem a validação, esses sistemas diagnósticos tornam-se simplesmente "artigos de fé" (Andreasen e col., 1992).

A clara demonstração da natureza arbitrária na tentativa de subdivisão dos distúrbios mentais, em especial das psicoses e distúrbios afetivos, tem provocado dois tipos de resposta. De um lado tem havido um novo movimento antinosológico. Desta vez essa reação surge, ironicamente, dentro da própria Psiquiatria Biológica devido à insatisfação com os numerosos e sucessivos sistemas de classificação. Por outro lado tem surgido, desde o início dos anos oitentas, um novo paradigma na nosologia psiquiátrica, a abordagem polidiagnóstica (McGorry e col., 1990a).

A abordagem polidiagnóstica consiste na aplicação simultânea de vários sistemas diagnósticos em uma população de pacientes (Berner e col., 1983). Somente com o desenvolvimento da tecnologia da informática esses sistemas puderam ser amplamente utilizados. Provavelmente o instrumento multidiagnóstico mais conhecido é o "Diagnostic Interview Schedule" (DIS), uma entrevista estruturada desenvolvida para o "Epidemiologic Catchment Area" (ECA) (Robins e col., 1981), o maior estudo epidemiológico já realizado em Psiquiatria. A partir de um programa computadorizado, os dados coletados do DIS podem fornecer o diagnóstico em três diferentes sistemas de classificação, o sistema de Feighner (Feighner e col., 1972), o "Research Diagnostic Criteria" (RDC) (Spitzer e col., 1978) e o "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", terceira edição (American Psychiatry Association, 1980). Diversos outros instrumentos de multidiagnóstico para as psicoses surgiram nos anos oitentas (Landmark, 1982; Philipp e col., 1986b; Andreasen, 1985; Robins, 1988).

No Brasil, um sistema de multidiagnóstico computadorizado foi desenvolvido para as depressões, o Sistema LICET-D100 (Carvalho e col., 1989). Recentemente ele foi modificado (Sougey, 1992), incorporando novos sistemas diagnósticos, glossário e questões para pesquisa dos sintomas. Sua utilização tornou-se mais fácil, rápida e precisa, podendo ser utilizado não apenas em pesquisas, mas também no ensino médico e na clínica.

Acompanhando essa evolução, o presente trabalho descreve o desenvolvimento de um novo instrumento para multidiagnóstico em esquizofrenia, chamado aqui de LIST-S20. Ele incorpora os recentes progressos da informática nos últimos anos, principalmente na área de *software*. A LIST-S20 foi construída especialmente para ser aplicada com auxílio de um computador. Embora siga o modelo da LICET-D10, importantes modificações foram implementadas no Sistema para torná-lo mais poderoso e de fácil utilização. O tempo para sua aplicação foi uma importante preocupação durante o projeto. Também foi considerada a flexibilidade do Sistema, com a capacidade de atingir uma variedade maior de objetivos. O programa computadorizado ganhou um manual com instruções para auxiliar sua instalação e uso. Essas modificações foram bastantes significativas, justificando um novo título para o Sistema.

Uma revisão sobre a evolução dos sistemas de diagnóstico e da aplicação da Informática Médica em Psiquiatria complementam esse trabalho. Além disso, para ilustrar a grande diversidade de sistemas diagnósticos utilizados pelos psiquiatras, é apresentado um estudo realizado pelo autor sobre o uso de sistemas diagnósticos nos anos oitentas utilizando 1.223 artigos de três importantes periódicos -- Archives of General Psychiatry, British Journal of Psychiatry e Jornal Brasileiro de Psiquiatria.

Dessa forma, procura-se dar continuidade aos estudos sobre a nosologia e o diagnóstico dos distúrbios mentais, em especial, da esquizofrenia, a fim de ajudar a minimizar o sofrimento das pessoas que são acometidas desse grave problema.

## PARTE I. O problema da classificação das esquizofrenias

### ***1.1. Objetivos da nosologia psiquiátrica***

Os objetivos de uma classificação para distúrbios mentais devem envolver comunicação, controle e compreensão (Spitzer e col., 1980).

#### **Comunicação**

Uma classificação possibilita a comunicação entre os usuários do sistema, o que envolve utilização de uma nomenclatura padronizada. Os termos possuem significados conhecidos e compartilhados pelos usuários. Para a comunicação ser efetiva deve haver um alto nível de concordância entre os clínicos a respeito de uma determinada categoria diagnóstica. Alguns distúrbios em Psiquiatria são ainda pouco diferenciados e precisos, o que leva a sérias discordâncias. É o caso, por exemplo, do distúrbio esquizotípico na CID-10. Apesar do manual fornecer orientações para o diagnóstico, sugere a inclusão de vários outros distúrbios mentais nessa categoria, alguns pouco conhecidos e de difícil definição, como esquizofrenia limítrofe, esquizofrenia latente, reação esquizofrênica latente, esquizofrenia pré-psicótica, esquizofrenia prodrômica, esquizofrenia pseudoneurótica, esquizofrenia pseudopsicopática e distúrbio de personalidade esquizotípico. Essa forma de considerar a classificação provoca confusão entre os usuários pela sua imprecisão.

#### **Controle**

É o objetivo mais importante para a classificação dos distúrbios mentais por idealmente envolver a capacidade de prevenir sua ocorrência e de modificar seu curso com o tratamento. Se nenhuma forma de prevenção ou tratamento é conhecida, apenas um pequeno controle é possível, através do reconhecimento do curso natural e fatores associados ao distúrbio.

#### **Compreensão**

A compreensão implica em entendimento das causas dos distúrbios mentais e o processo envolvido no seu desenvolvimento e manutenção. Os distúrbios mentais geralmente podem ser tratados efetivamente sem entendimento de sua causa ou processo patológico. A compreensão é desejada em um sistema classificatório por levar a um melhor controle do distúrbio, já que medidas de prevenção em todos os níveis podem ser implementadas.

## 1.2. Evolução do conceito das esquizofrenias

No atual estágio do conhecimento, as classes diagnósticas em Psiquiatria devem ser vistas como hipóteses a serem testadas, validadas e refinadas e não como verdades últimas e absolutas (Caetano, 1989; Andreasen e col., 1992). A esquizofrenia, assim como os outros distúrbios psiquiátricos, apresenta dificuldades de ser conceituada e delimitada, razão pela qual o diagnóstico psiquiátrico sofreu uma crise nos anos sessentas.

Nessa época uma série de artigos demonstravam que os clínicos e pesquisadores eram incapazes de concordarem a respeito do que seria um distúrbio mental, desenfaticando a importância do diagnóstico devido a sua pouca confiabilidade (Kreitman e col., 1961; Beck e col., 1962; Sandifer e col., 1964; Sandifer e col., 1968; Kendell e col., 1971).

A história do diagnóstico psiquiátrico pode ser entendido a partir da própria história da esquizofrenia. Emil Kraepelin, respeitado fundador da Psiquiatria clínica descritiva, definiu a demência precoce, o termo que foi precursor de esquizofrenia. Coube a ele sintetizar o conhecimento da época.

Antes de Kraepelin não havia um distúrbio conhecido como esquizofrenia, mas várias descrições isoladas de distúrbios mentais graves. Talvez a primeira classificação dos distúrbios mentais tenha sido realizada por Hipócrates, por volta dos anos 460 a 370 A.C. Em seus escritos ele descreveu distúrbios mentais agudos com febre (provavelmente o delirium) e agudos sem febre (talvez o que conhecemos hoje por psicose funcional); distúrbios crônicos sem febre (chamada melancolia), a histeria e o distúrbio *scythian* (algo similar ao travestismo) (Spitzer e col., 1980). Hipócrates entendia que as doenças mentais provinham de um transtorno do cérebro, sendo um dos primeiros a explicar tais distúrbios pela fisiologia -- "é pelo cérebro que caímos no delírio ou na mania..." (Silva, 1979).

Boissier de Sauvages, em duas publicações: "Pathologia Methodica: seu de cognoscendis morbis" de 1759 e "Nosologia Methodica" de 1763, procurou agrupar as doenças em classes, cada uma delas incluindo várias ordens que por sua vez seriam constituídas por um certo número de doenças distintas, à semelhança das classificações de Linné aplicada às ciências naturais (Sougey, 1992). Este método é considerado o primeiro modelo de classificação natural em Medicina e influenciou Pinel na elaboração de sua nosografia psiquiátrica. Boissier de Sauvages, descreveu uma classe independente de doenças, as vesânicas, que se subdividiu em quatro gêneros: as alucinações, as "morositates" (bizarrices), os "deliria" (delírios) e as "anomaliae vesania" (amnésia e insônia).

Admite-se que o nascimento da Psiquiatria como especialidade médica data do século XVIII simbolizada na obra de Philippe Pinel. Além de assumir uma atitude inovadora na

assistência aos insanos, livrando-os do confinamento e referindo-se a eles como pessoas doentes, Pinel propôs em duas célebres publicações: "Nosografie Philosophique" (1798) e "Traité Médico-philosophique sur l'Alienation Mentale" (1801), uma classificação das doenças psiquiátricas baseadas em sintomas. Observando seus pacientes em 1809, Pinel fez descrições de casos de idiotia adquirida.

O continuador da obra de Pinel foi Esquirol. Em 1838 no seu "Traité des Maladies Mentales", Esquirol (apud Sougey, 1992) considera que a alienação mental em todas suas variedades em nada difere das outras doenças e propõe um sistema nosológico baseado na classificação de Pinel, ou seja, utilizando o mesmo critério sintomatológico. Nessa obra Esquirol faz menção a distúrbios mentais semelhantes à demência que surgiam antes dos 25 anos de idade.

Em 1845, Feuchtersleben (apud Pichot, 1983) introduz o termo psicose. Para ele, toda psicose implica numa doença do sistema nervoso, contudo nem toda afecção do sistema nervoso se acompanha obrigatoriamente de psicose. Feuchtersleben pensava que o corpo e o espírito eram um fenômeno único e indivisível, sendo a psicose ao mesmo tempo uma neurose, pois sem a intervenção da vida nervosa não poderia haver nenhuma modificação do psiquismo. Mas acrescenta que, ao contrário, nem todas as neuroses são psicoses. A psicose incluiria as manifestações psíquicas da doença mental e a neurose as manifestações provindas de certas alterações do sistema nervoso. Na mesma época em que utiliza o termo psicose, Feuchtersleben utiliza também o de "Psiquiatria". Embora essa palavra já tenha sido anteriormente usada por Heironth, só com Feuchtersleben adquiriu um caráter de cientificidade, pois até então era denominada de "Medicina filosófica". Foi, portanto, sobre a base do que se chamava no século XVII de "neurose" que as psicoses foram edificadas como uma entidade nosológica diferenciada.

Griesinger (apud Afonso-Fernandes, 1977) foi um dos primeiros a defender a posição de que as doenças psíquicas são afecções do cérebro. Com a demonstração que a paralisia geral é uma doença caracterizada não só por uma sintomatologia particular mas, sobretudo, por lesões específicas e provavelmente provocadas por uma única causa -- a sífilis -- inaugurou-se uma orientação que foi reforçada pelo estudo da patologia celular estabelecida por Virchow em 1858. Surgiu então a opção por uma nosologia psiquiátrica baseada em critérios etiológicos e patogênicos.

Benedict Morel trouxe a idéia da degenerescência como desvio patológico em relação ao tipo humano normal, que põe em perigo a continuidade da família visto ser considerado hereditário. Essa idéia de degenerescência enquadra-se na filosofia da época. Durante o "Século das Luzes" surgiram as filosofias da natureza e do espírito, fizeram importantes descobertas no campo da patologia e da fisiologia cerebral, aparecem idéias novas de evolucionismo e de transformismo e também, como contrapartida destas, a idéia da

degenerescência da espécie humana. Entre 1851 e 1853, Morel empregou pela primeira vez o termo demência precoce, se referindo a um caso de um jovem de 14 anos que apresentava um quadro com desorganização do pensamento (Shirakawa, 1989).

Nos países de língua alemã, onde a Psiquiatria anátomo-clínica obteve maior desenvolvimento, duas tendências marcaram sua evolução. A primeira, representada por Karl Westphal, caracterizou-se pelas descobertas neuroanatômicas que, apesar dos progressos obtidos, não demonstrou a etiopatogenia da maioria das doenças mentais. A segunda, liderada por Karl Ludwig Kahlbaum, enfatizou a observação empírica dos doentes, numa orientação eminentemente clínica.

Em 1871 Hecker descreveu a hebefrenia como uma síndrome que acomete jovens, com acessos sucessivos com enfraquecimento mental rápido, transtorno da linguagem e maneirismos. Em seguida, Kahlbaum descreveu a catatonia, uma entidade que se manifestava com enfraquecimento mental e alteração da motricidade, como rigidez, tensão e contratura. Relacionava o distúrbio a excessos sexuais, masturbação e estafa intelectual. Kahlbaum suscitou dois requisitos fundamentais. Em primeiro lugar, o curso de toda a loucura seria o fundamento mais essencial para estruturação de formas nosológicas. Em segundo lugar, tomou-se como base o quadro total da psicose, mediante a observação clínica multilateral (Jaspers, 1973). Desse modo, nos últimos anos do século XIX utilizou-se um argumento etiológico indireto, baseado na hipótese de que a evolução caracterizava formas naturais de doenças. Este princípio, inicialmente utilizado por Kahlbaum, foi sistematicamente empregado por Emil Kraepelin na construção do seu sistema nosológico.

Na segunda edição do seu tratado, em 1887, Kraepelin (apud Pichot, 1983) propôs uma classificação nosológica privilegiando o critério evolutivo da doença. O prognóstico passava a ser preponderante na distinção entre as doenças curáveis (melancolia, mania, delírio e estados de esgotamento agudo) e as incuráveis (loucuras periódicas ou circulares e delírio crônico). A partir da quinta edição, datada de 1896, observou-se uma adesão mais consistente ao conceito médico de doença e uma maior ênfase ao critério evolutivo.

Segundo Leme Lopes (1980), Kraepelin "foi a primeira grande tentativa de estruturação dos conhecimentos científicos acumulados, num século, sobre as doenças mentais". Kraepelin utiliza o termo de Morel, demência precoce, para englobar os quadros descritos por Morel, Hecker e Kahlbaum como uma entidade única. A demência precoce caracterizava-se então por um quadro de início súbito no adolescente ou adulto jovem, com evolução rápida para um quadro de indiferença, inatividade e estereotipia. Deve-se a ele o estabelecimento dos dois grandes grupos nosológicos que não se explicam como conseqüentes a processos cerebrais detectáveis: a "insanidade maniaco-depressiva" e a "demência precoce", sistemática que, em seus aspectos fundamentais, ainda perdura na atualidade.

A demência precoce por sua vez foi dividida em três tipos: hebefrenia, catatonia e paranóide. Desde então, Kraepelin não mais cessou as revisões e modificações na sua classificação. Logo depois aceitou a existência do tipo simples. Diferenciou a parafrenia como um outro distúrbio mental pois, mesmo na fase avançada da doença não havia uma decadência da personalidade, da vontade e da afetividade. Mais tarde reconheceu as críticas sobre a evolução da demência precoce, já que todos os pacientes não apresentavam uma deterioração e alguns chegavam a voltar a ter um nível de funcionamento igual ao anterior. Até hoje os principais sistemas de classificação baseiam-se na concepção Kraepeliniana. Herdamos também as críticas e as constantes modificações nas classificações, fatos comuns durante a sua vida.

Eugen Bleuler continuou a evolução da concepção da demência precoce. Não havia mais razão para chamá-la de demência precoce, já que tratava-se de um distúrbio que não leva todos os casos à deterioração. Bleuler passou a chamar de esquizofrenia esses graves distúrbios mentais, um termo que significa "mente fendida", porque "na esquizofrenia não há propriamente demência no sentido clássico, nem a aparição da moléstia é fatalmente precoce, como ainda não o é a sua evolução para demência precoce". Ao invés de valorizar a evolução, Bleuler colocou mais ênfase na sintomatologia desses pacientes. Para ele, as manifestações poderiam ser primárias ou secundárias. Em seguida, Bleuler dividiu os sintomas em fundamentais -- presentes em todos os casos de esquizofrenia -- e sintomas acessórios -- que podem ou não ocorrer em determinados tipos.

Bleuler também veio a sofrer pesadas críticas. Seu conceito de esquizofrenia era muito amplo, o que levou Guiraud e Ey a afirmarem que "o grupo das esquizofrenias... aplica-se a tantas síndromes clínicas que, para englobar sob um critério único necessitaria de uma noção tão geral como o delírio ou mesmo a alienação mental em geral". Mesmo assim, até os dias de hoje o termo esquizofrenia continua sendo utilizado em praticamente todo o mundo para designar uma grave doença mental, com múltiplas formas de manifestações.

Dentre outras grandes contribuições que se seguiram, Kurt Schneider se destacou em 1939 com sua intuição clínica, descrevendo a esquizofrenia-estado. Através dos sintomas de primeira e segunda ordem para esquizofrenia haveria "uma psicose cuja natureza somática não se conhece". Apesar da grande repercussão de seus trabalhos, várias pesquisas se seguiram demonstrando a fragilidade do patognomonicidade dos sintomas de primeira ordem para a esquizofrenia.

Mais recentemente, uma reorganização dos sintomas foi proposta por Strauss e col. (1974). A partir de então Crow (1980) formulou a hipótese de que a esquizofrenia pode ser considerada como duas síndromes independentes:

- Tipo I, com delírios, alucinações e alterações do pensamento, com boa resposta ao tratamento neuroléptico e possivelmente devida a um aumento do número de recéptores dopaminérgicos;
- Tipo II, com sintomas negativos, pouca resposta aos neurolépticos e possivelmente devida a perda de células e alterações estruturais do cérebro.

Posteriormente Andreasen e col. (1982) demonstraram a relação entre os sintomas negativos e uma série de variáveis biológicas. Não demorou muito e diversos estudos vieram a criticar e revelar a imprecisão dessa classificação: os sintomas negativos ocorrem em outros distúrbios e a detecção dos sintomas negativos pode ser confundida com depressão, síndrome de abstinência e sintomas extrapiramidais (Crow 1985; Andreasen, 1987; Carpenter e col., 1988). Essa falta de especificidade tem levado a uma distinção entre sintomas negativos e estados deficitários dos esquizofrênicos. Essa abordagem da esquizofrenia continua sendo estudada por vários pesquisadores (p.ex. Schwartz e col., 1991; Buchanan e col., 1990).

### **1.3. O PROBLEMA DO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO**

O diagnóstico psiquiátrico sempre foi objeto de críticas. Esse problema atingiu sua maior expressão nos anos sessentas com a antipsiquiatria. Laing e autores afins chegaram a negar a esquizofrenia como doença, sustentando que os distúrbios mentais são produtos das relações interpessoais em um sistema social que gera e desenvolve esquizofrênicos tanto quanto gera psiquiatras. O mais radical foi Thomaz S. Szasz (1961) em seu livro intitulado *The Myth of Mental Illness*. Para alguns autores a posição antinosológica e as divergências diagnósticas levaram a prejuízos na prática clínica (Pope e col., 1978), na pesquisa (Klerman, 1971) e para a epidemiologia (Weissman e col., 1978). Mais grave ainda: a falta de um acordo satisfatório entre os psiquiatras em relação ao diagnóstico levou a um questionamento da credibilidade da própria Psiquiatria (Costa e Silva, 1986).

De fato, nessa época os estudos mostraram que o diagnóstico psiquiátrico apresentava baixa confiabilidade e validade. Segundo Mundim (1980), a concordância geral dos diagnósticos psiquiátricos na época era de apenas 15 a 19%. Esses estudos dedicavam-se a medir a confiabilidade do processo diagnóstico com certos erros metodológicos, o que levou os autores encontrarem taxas muito baixas (Caetano, 1978).

A identificação dos fatores que produziam baixa confiabilidade possibilitou as mudanças nos sistemas de diagnóstico que temos hoje. Podemos dizer que Beck e col. (1962) iniciaram uma grande transformação a partir das investigações a respeito da discordância entre os diagnósticos. Eles realizaram pesquisas com vários psiquiatras diagnosticando os doentes mentais através de video-tapes. Os psiquiatras assistiam aos filmes e logo após realizavam independentemente seus diagnósticos e discutiam as razões das discordâncias.

O principal fator de discordância entre os diagnosticadores foi devido a inadequação da nomenclatura utilizada, o DSM-I. Vale citar que foram os próprios psiquiatras que escolheram a nomenclatura que deveriam utilizar e tiveram que eliminar as controvérsias antes do início do estudo. As discordâncias se deram por:

- decisões desnecessárias na avaliação, p.ex., escolha forçada entre neuroses e distúrbios de personalidade quando os requisitos de ambas as categorias haviam sido preenchidos;
- necessidade de distinções impraticavelmente finas, p. ex., reação psicofisiológica com conversão;
- falta de critérios claros para distinguir síndromes relacionadas.

Um outro importante fator de discordância deveu-se à inconsistência dos diagnosticadores, utilizando diferente técnicas de entrevista. Por fim, os pacientes foram

responsáveis por apenas 5% das discordâncias, suprimindo informações ou modificando o relato.

Desse trabalho de Beck e col. surgiram as grande mudanças nos sistemas de diagnóstico. O Quadro I.1 faz uma comparação das conclusões desses autores com as evoluções do diagnóstico psiquiátrico desde esse estudo.

Quadro I.1. Causas das discordâncias diagnósticas e a reação ocorrida nos sistemas de diagnóstico psiquiátrico.

<i>Principais causas de discordância diagnóstica encontradas por Beck e col.</i>	<i>Modificações que ocorreram nos sistemas de diagnósticos</i>
Inadequação na nomenclatura	Padronização da nomenclatura, com sistematização das regras e adoção de critérios diagnósticos; hierarquização.
Inconsistência dos diagnosticadores	Entrevistas estruturadas, semi-estruturadas e questionários de auto-avaliação

O famoso trabalho de Rosenhan (1983) -- *On being sane in insane places* -- serviu para mostrar um importante problema a ser enfrentado: a metodologia em pesquisa dos distúrbios mentais. Em resumo, Rosenham enviou 8 indivíduos a hospitais psiquiátricos. Essas pessoas não apresentavam problemas mentais, apenas simularam que vinham apresentando alucinações auditivas. Elas terminaram por ser internadas nos hospitais psiquiátricos, quase todas diagnosticadas como esquizofrênicas. Rosenham tenta assim demonstrar a fragilidade do diagnóstico psiquiátrico, observando que na Psiquiatria não havia procedimentos laboratoriais, como um raio-X para comprovar um diagnóstico de fratura. Com isso ele concluiu que, enquanto a medicina tem vários recursos para validar o diagnóstico, na Psiquiatria esse é baseado apenas no consenso de um grupo de pessoas (os psiquiatras). Esse trabalho teve profunda repercussão, inclusive para o público leigo, com ampla divulgação através da mídia de massa, como a revista *Newsweek* e o jornal *New York Times*.

Spitzer e colaboradores tomaram a frente no esclarecimento dessa difícil situação. Em 1976 Spitzer publicou importante trabalho criticando diretamente os trabalhos de Rosenham. O título do artigo -- *More on Pseudoscience in Science and the Case for Psychiatric Diagnosis: a critique of D. L. Rosenhan's "On Being Sane in Insane Places" and "The Contestual Nature of Psychiatric Diagnosis"* -- demonstra a sua insatisfação.

Com esse conflito, a Psiquiatria se desenvolve. Spitzer e col. (1980) demonstraram os vários tipos de validade para o diagnóstico psiquiátrico. Rosenham observou, de forma correta, a falta de um tipo de validade diagnóstica, chamada de validade de procedimento (procedural validity). O fato do diagnóstico não apresentar um tipo de validade não significa que um determinado distúrbio não exista, mas coloca em questão a forma como ele está sendo identificado.

Paralelamente, a questão da pouca confiabilidade do diagnóstico inquieta os psiquiatras. Essa não era uma preocupação apenas da Psiquiatria (Simanson e col., 1966; Koran, 1975; Spodick, 1975). Gomes (1990) lembra que "a não concordância diagnóstica em exames clínicos ou laboratoriais, ou em condutas a serem adotadas, é um fato corriqueiro na prática médica, sendo que as consequências desta situação podem ser fatais ou chegar a produzir altos custos humanos ou materiais".

Uma crença entre os clínicos é a de que o diagnóstico neurológico é um dos mais acurados na Medicina. Presume-se, portanto, que a confiabilidade dos seus resultados também o seria. Em estudo realizado por Longstreth e col. (1987), a confiabilidade referente a 25 dados clínicos -- sinais, sintomas ou testes laboratoriais -- demonstrou haver itens onde a confiabilidade chegou a apenas 0.19 (ver Quadro I.2).

Mas a preocupação maior da confiabilidade diagnóstica sempre esteve na área da Psiquiatria, evidenciando-se desde a década de 30. Já que sua realização representava apenas a detecção e descrição de sintomas agrupando-os em síndromes, seria um avanço se os psiquiatras pudessem pelo menos concordar nesses aspectos (Kendell, 1975).

Um dos principais problemas que ocorrem com a comparação de resultados de confiabilidade do diagnóstico está na forma incompleta e variada de descrever os resultados. Problemas estatísticos também tornam difícil essa mensuração. Cohen (1960) propôs o uso do kappa, um coeficiente de correlação intra-classe que dá uma relação entre a concordância obtida e a esperada, descontando a concordância produzida pelo acaso. O kappa varia entre -1 e 1. Um kappa negativo significa que há "uma chance menor que o acaso" de concordância. Quando o seu valor for próximo a zero não significa necessariamente que há uma baixa concordância, mas que a concordância não é maior do que poderia ser esperada pelo acaso (Helzer e col., 1977b). Para melhor entender o significado do índice kappa, Rosner (apud Gomes 1990) estabeleceu três faixas de valores para quantificar o nível de concordância, representadas no Quadro I.3.

Quadro 1.2. Confiabilidade de alguns sintomas, sinais e testes laboratoriais encontrados na clínica neurológica. Reproduzido de Longstreth e col., 1987.

<b>Itens</b>	<b>Kappa</b>
<i>Sintomas</i>	
AIT <sup>1</sup>	0.65
localização do AIT	0.36
AIT prévio	0.19
AVC prévio	0.40
cefaléia severa no início do AVC	0.52
<i>Sinais</i>	
resposta plantar em extensão	0.24
reflexos tendíneos assimétricos	0.49
assimetria de pupilas	0.61
reflexo pupilar fotomotor	0.64
movimento ocular espontâneo	0.46
resposta oculocefálica	0.49
resposta motora na Escala de Glasgow	0.66
sinal de irritação radicular MMII	0.56
escala de Hess e Hunt para hemorragia subaracnoidéia	0.43
rigidez de nuca	0.51
déficit sensorial	0.35
campos visuais	0.40
ataxia	0.45
sopro ao nível do pescoço	0.67
<i>Teste Laboratorial</i>	
anormalidade ao EEG	0.86
50% ou mais de estenose na angiografia da carótida	0.86
50% ou mais de estenose na ultra-sonografia ca carótida	0.92
TCC <sup>2</sup> normal em pacientes com AVC <sup>3</sup>	0.68
enfarto pequeno profundo na TCC	0.76
hemorragia intracerebral no TCC	1.00

<sup>1</sup> AIT - Ataque isquêmico transitório;

<sup>2</sup> TCC - tomografia computadorizada de crânio;

<sup>3</sup> AVC - acidente vascular cerebral

Quadro 1.3. Significado do valor do kappa.

Valor do kappa	Confiabilidade
$\text{kappa} > 0,75$	excelente
$0,4 \leq \text{kappa} \leq 0,75$	boa
$0 \leq \text{kappa} < 0,4$	marginal

O kappa foi amplamente aceito pela comunidade científica e desde então vem sendo utilizado como um padrão nos estudos de confiabilidade em Psiquiatria e em outras especialidades (Spitzer e col., 1967; Koran, 1975a; Koran, 1975b; Shrout e col., 1987). Entretanto ultimamente vem sofrendo constante críticas (Maxwell, 1977; Carey e col., 1978; Grove e col., 1981; Klerman, 1985; Spitzznagel e col., 1985). A grande dificuldade reside no fato de que o kappa varia de acordo com a sensibilidade, especificidade e prevalência do distúrbio, não sendo útil para estudos epidemiológicos onde se encontra distúrbios com baixa prevalência. Por conta disso, um outro índice tem chamado a atenção dos pesquisadores, a estatística Y, também conhecida como Yule's Y. Trata-se de um coeficiente de coligação descrito por Yule em 1912 (Yule apud Spitzznagel e col., 1985). Retomado por esse autores, Helzer e col., também em 1985, publicaram um artigo demonstrado a superioridade da estatística Y sobre o kappa. Shrout, Spitzer e Fleiss rebatem essa idéia, confirmando que o kappa é o índice indicado para avaliação da concordância diagnóstica, mesmo em distúrbios de baixa prevalência. Além disso, afirmam que o uso de outra estatística provocaria problemas para comparação da confiabilidade entre pesquisas (Shrout e col., 1987). Enquanto essas discussões prosseguem, os pesquisadores já passam a ter uma atitude de utilizar simultaneamente os dois índices -- uma abordagem "multiíndice de concordância" -- para avaliação da confiabilidade, como é o caso do trabalho realizado por McGorry e col. (1990b).

Voltando para a questão do diagnóstico, vale a pena lembrar alguns fatos marcantes. Após o estudo de Beck e col., descrito anteriormente, e de muitos outros artigos sobre o tema que se seguiram, a comunidade científica passou a se preocupar em produzir um sistema nosológico com maior aceitação, ou seja, que pudesse apresentar pelo menos um nível razoável de confiabilidade e validade. A Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) procurou fazer grandes estudos envolvendo a maior quantidade de pesquisadores, em diferentes partes do mundo.

Em 1965 é realizado um seminário sobre o diagnóstico psiquiátrico, com ênfase na esquizofrenia (Mundim, 1980). Ao final do seminário os pesquisadores concluíram que as dificuldades de concordância diagnóstica pareciam residir no fato de que os psiquiatras baseiam seus diagnósticos em diferentes partes da informação disponível sobre o paciente. Astrup e col. (1970) observaram que essa escolha é provavelmente em grande parte determinada por convicções psicopatológicas pessoais.

Cooper e col. (1972) realizaram um estudo envolvendo um grupo de pesquisadores ingleses e americanos, ficando conhecido como estudo US-UK. Compararam, inicialmente, a relação entre as estatísticas de internação em dois hospitais psiquiátricos (Nova York e Londres) e os diagnósticos atribuídos pelos pesquisadores obtidos através do "Present State Examination" (PSE). Posteriormente, estudaram a amostragem de toda a região metropolitana das duas cidades, incluindo nove hospitais de cada uma delas. Esse estudo procurou verificar um achado de pesquisas anteriores de Kramer (1969). Esse último demonstrou que, na primeira admissão, a psicose maníaco-depressiva no grupo de pacientes entre 55 e 64 anos é vinte vezes mais diagnosticada na Inglaterra e País de Gales que nos Estados Unidos, enquanto que a esquizofrenia parecia ser mais comum nos Estados Unidos. As diferenças foram tão significativas, que o autor supôs serem elas causadas por diferenças nos hábitos diagnósticos dos psiquiatras daqueles países.

Os resultados da primeira etapa do estudo US-UK evidenciaram grandes discrepâncias entre diagnósticos realizados pelos clínicos do hospital e pelos pesquisadores. No hospital americano, 20 dos 22 pacientes com diagnóstico de mania dado pelos pesquisadores, haviam recebido um diagnóstico hospitalar de esquizofrenia. Em contrapartida, no hospital inglês, dos 14 pacientes com diagnóstico de mania pelos psiquiatras do projeto, 6 haviam sido diagnosticados esquizofrênicos e apenas 3 como maníacos. A segunda etapa do estudo confirmou e ampliou os resultados da primeira. Esses resultados indicaram que o conceito de esquizofrenia dos psiquiatras americanos parecia ser mais amplo que o dos ingleses, conforme está representado na Figura I.1.

A partir de então a Psiquiatria entrou em uma nova era. Katschnig e col. (1986) listam seis pontos que consideram como novos desenvolvimentos na classificação e diagnóstico dos distúrbios mentais funcionais que surgiram nessa últimas décadas:

1. padronização da coleta de dados;
2. formulação de critérios diagnósticos operacionais;
3. abordagem multiaxial ao diagnóstico psiquiátrico;
4. desenvolvimento de sistemas de classificação concordantes;
5. abordagem multidiagnóstica;

## 6. a idéia de validação do diagnóstico.

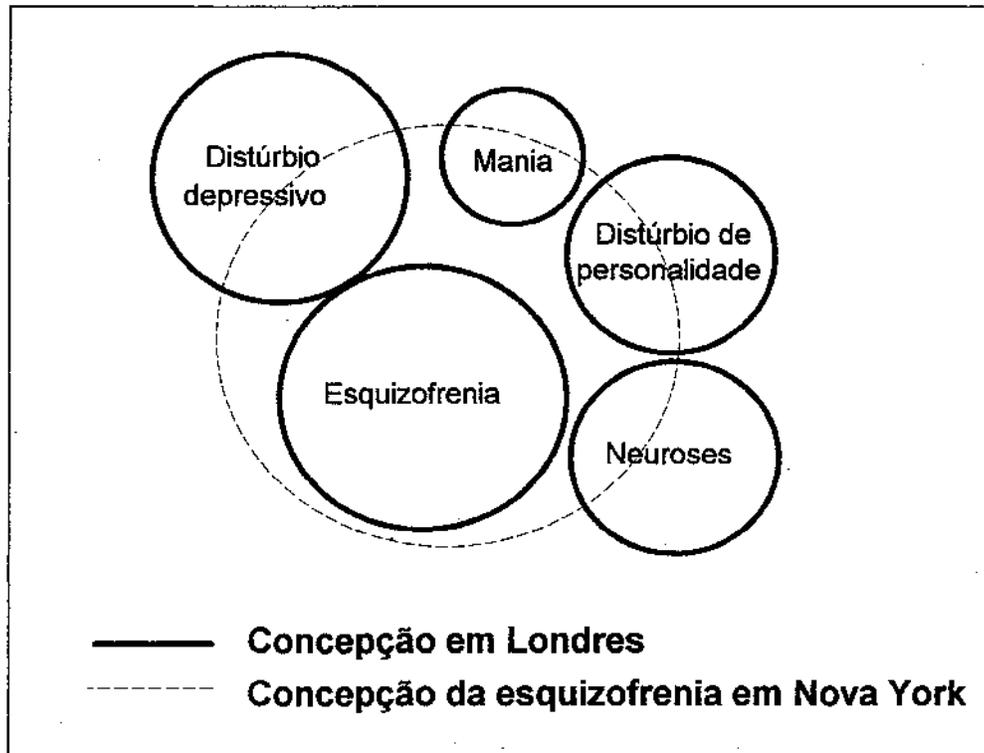


Figura I.1. Comparação da concepção da esquizofrenia na Inglaterra (Londres) e nos Estados Unidos (Nova York) no estudo US-UK. Reproduzido de Cooper e col., 1972.

### I.3.1. PADRONIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

A padronização da coleta de dados refere-se às entrevistas estruturadas e semi-estruturadas para o diagnóstico psiquiátrico. Elas são utilizadas em Psiquiatria para aumentar a confiabilidade da avaliação.

Com referência ao estudo de Beck e col. citado anteriormente, a inconsistência dos diagnosticadores na pesquisa dos sintomas é uma das principais causas de discordância na presença de um sintoma e na identificação do diagnóstico psiquiátrico. Na verdade, o uso de entrevistas estruturadas em Psiquiatria aumenta a confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico (Heltzer e col., 1977; Riskind e col., 1987).

As entrevistas são ditas estruturadas quando o entrevistador deve realizar as perguntas da mesma forma como elas estão descritas. Alguns sistemas diagnósticos fornecem questões

suplementares para quando a resposta do paciente não ficou clara para o avaliador. Outros sistemas permitem o entrevistador fazer suas próprias perguntas quando as da entrevista não forem suficientes para tomar uma decisão sobre a presença do item em questão.

As entrevistas semi-estruturadas permitem o avaliador utilizar suas próprias perguntas, portanto é mais flexível. Entretanto tendem a apresentar menor confiabilidade. Uma *checklist* é uma entrevista semi-estruturada que apresenta uma lista de critérios e sintomas, mas não especifica as questões a serem utilizadas para a avaliação da presença dos mesmos.

Uma grande quantidade de entrevistas diagnósticas têm surgido, sendo utilizadas principalmente em pesquisas. Um dos fatores que mais impulsionou esse movimento deve-se ao fato de que, utilizando uma entrevista, fica claro quais os critérios utilizados por um psiquiatra e de que forma eles foram pesquisados para se chegar a um determinado diagnóstico. Alguns dos principais instrumentos diagnósticos são o PSE, o Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS), a Structured Clinical Interview (SCID), o DIS e a LICET. Alguns desses são descritos adiante.

### **1.3.2. FORMULAÇÃO DE CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS OPERACIONAIS**

A idéia de critérios diagnósticos baseia-se no desenvolvimento de definições operacionais para as várias categorias nosológicas e na escolha de critérios sintomatológicos, evolutivos e demográficos para cada categoria, com regras explícitas de classificação. Dessa forma, os critérios diagnóstico indicam, de maneira clara, as características que um paciente deve ou não apresentar para ser considerado como pertencente a uma determinada categoria.

Vários autores, tanto nos Estados Unidos, quanto na Europa desenvolveram sistemas de classificação baseados nas exigências de critérios de inclusão e exclusão para o diagnóstico. O surgimento desses sistemas e sua influência no âmbito da pesquisa marca uma etapa importante no desenvolvimento da nosologia psiquiátrica atual (Sougey, 1992).

A utilização de glossário para os termos técnicos de um sistema nosológico foi uma das primeiras tentativas para melhorar a confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico. De fato, o DSM-I e o DSM-II já contavam com esse recurso, além de uma descrição das características mais importantes de cada um dos distúrbios mentais. Entretanto, o psiquiatra geralmente tinha que fazer sua própria decisão diagnóstica baseado em seu conhecimento pessoal porque as regras para o diagnóstico não eram muito claras.

Desde o princípio da década de sessenta havia a idéia de desenvolver definições operacionais para as várias categorias diagnósticas da nosologia psiquiátrica (Kendell, 1975). Carney e col. (1965), na Inglaterra, desenvolveram a escala de diagnóstico de Newcastle para

diferenciar as depressões endógenas das neuróticas, sendo considerado o primeiro instrumento de diagnóstico baseado nos procedimentos de critérios diagnósticos (Sougey, 1992).

Mas foi nos Estados Unidos que a noção de critérios para o diagnóstico veio a ser efetivamente desenvolvida e daí rapidamente difundida entre a comunidade científica psiquiátrica de todo o mundo, através da Escola de Medicina da Universidade de Washington, em Saint Louis, Missouri. Feighner e col. (1972) produziram o primeiro sistema diagnóstico para pesquisa com um grande número de categorias, sendo que todas elas utilizavam critérios diagnósticos. Os estudos que se seguiram demonstraram que essa abordagem aumentava a confiabilidade diagnóstica, conforme pode ser observado no Quadro I.4. Logo surgiu o RDC (Spitzer e col., 1978), uma versão ampliada do sistema de Feighner e com algumas modificações nos critérios. O RDC fez sucesso e serviu como modelo para o DSM-III, que passou a ser o primeiro sistema diagnóstico oficial com essa abordagem. Daí então sofreu uma revisão -- DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) -- e uma nova versão é aguardada. Seguindo essa tendência, a versão para pesquisa da CID-10 apresenta essa mesma característica.

Quadro I.4. Aumento da confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico (representado por valores do kappa). Reproduzido de Kendell (1982).

	<b>6 estudos (1956 a 1972)<sup>1</sup></b>	<b>St. Louis, 1977 <sup>2</sup> (N = 101)</b>	<b>DSM-III, estudo de campo<sup>3</sup> (N=331)</b>
<b>Esquizofrenia</b>	0.57	0.58	-
<b>Distúrbios afetivos</b>	0.41	0.55 (depressão) 0.82 (mania)	0.83
<b>Distúrbios de Ansiedade</b>	0.45	0.76	0.72
<b>Distúrbios sociopáticos ou de personalidade</b>	0.53	0.81	0.65
<b>Distúrbios mentais orgânicos</b>	0.77	0.29	0.76
<b>Alcoolismo ou distúrbios por uso de substâncias</b>	0.71	0.74	0.80

<sup>1</sup> Spitzer e col., 1974.

<sup>2</sup> Helzer e col., 1977.

<sup>3</sup> American Psychiatric Association, 1980

### **1.3.3. ABORDAGEM MULTIAXIAL AO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO**

O sistema multiaxial basicamente consiste em uma formulação sistemática das condições do paciente a uma série de fatores associados em termos de certas variáveis, aspectos ou eixos que clinicamente têm grande valor e são conceitualmente e avaliados quase que independentemente (Mezzich, 1980). A abordagem multiaxial requer que todo caso seja avaliado em diversos eixos, cada um dos quais se refere a uma classe diferente de informação, com uma apreensão maior das características do paciente. Assim, um sistema axial poderia fornecer importantes aspectos clínicos para diagnóstico, tratamento e prognóstico. De acordo com a regra, para utilização clínica máxima, um sistema multiaxial tem que ter um número limitado de eixos. A grande maioria deles são compostos por quatro ou cinco eixos.

O uso de sistema multiaxial assegura que seja dada atenção a certos tipos de distúrbios, aspectos do ambiente e áreas de funcionamento que poderiam passar despercebidas se a atenção se limitasse apenas no diagnóstico psiquiátrico. Isso é particularmente verdadeiro em Psiquiatria infantil e geriátrica, em serviços de interconsulta psiquiátrica, em pesquisas e em situações de educação médica.

Os primeiros sistemas multiaxiais foram propostos para uso em crianças com problemas mentais (Akiskal, 1989). Posteriormente essa abordagem ganhou maior atenção pelo potencial de descrição de um caso psiquiátrico, podendo articular várias abordagens simultaneamente. Vinte importantes sistemas multiaxiais para uso em Psiquiatria estão listados no Quadro I.5.

Apesar de conhecidos há muito tempo, os sistemas multiaxiais passaram a ser utilizados oficialmente em um sistema nosológico a partir de 1980, com o DSM-III. O DSM-III-R também incorporou essa abordagem, que deverá ser seguida pela CID-10 (Mezzich, 1988).

### **1.3.4. DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO POR CONVENÇÃO**

Trata-se de tentar resolver o problema das diversas definições de um distúrbio. Essa diferenças ocorrem em diferentes escolas, muitas vezes coexistindo em uma mesma cidade ou instituição.

Essa não é uma preocupação unicamente da Psiquiatria, mas da Medicina em geral, que tem tentado introduzir uma taxionomia e definições dos distúrbios obrigatoriamente em todos os países através da Classificação Internacional das Doenças. Da mesma forma, o DSM-III-R da Associação Americana de Psiquiatria representa essa mesma tentativa a nível da Psiquiatria nos Estados Unidos.

As classificações por convenção são adequadas para serem utilizadas clinicamente mas não são úteis em pesquisas pois elas são criadas a partir de negociações entre os interesses de várias escolas (Katschnig e col., 1986).

Existe uma tendência de uniformização da nomenclatura a nível internacional. A semelhança da terminologia utilizada na CID-10 com o DSM-III-R demonstra esse interesse. Entretanto, apenas uma abordagem mais científica da classificação psiquiátrica poderá justificar a existência de um determinado distúrbio e a aceitação global por parte dos profissionais de Saúde Mental e da comunidade.

### **1.3.5. A IDÉIA DE VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO**

Esta é uma questão maior no estágio atual do conhecimento psiquiátrico. Com a efetividade de diversos recursos utilizados para aumentar a confiabilidade, surge a questão da validade do diagnóstico psiquiátrico, tornando-se o principal foco de pesquisas nosológicas em Psiquiatria durante os anos oitentas (Fenton e col., 1981; McGorry e col., 1990a).

Spitzer e col. (1980) fazem a distinção entre os vários tipos de validade para os distúrbios mentais, baseado nos três objetivos de um sistema nosológico -- comunicação, controle e compreensão. Para eles, há quatro tipos de validade, descritas a seguir.

**Validade de face** - é a extensão no qual uma categoria particular descreve precisamente as características apresentadas por uma pessoa com um certo distúrbio. É a primeira etapa na identificação de uma categoria. É o resultado da concordância dos clínicos na identificação de uma certa síndrome ou padrão de características clínicas de um distúrbio mental, possibilitando então a comunicação entre os clínicos.

**Validade descritiva** - é a extensão no qual as manifestações características de um certo distúrbio mental são únicas para essa categoria. A Validade descritiva serve ao objetivo de comunicação, ou seja, quanto mais características únicas para um determinado distúrbio, mais os clínicos concordarão entre si a respeito de sua identificação.

Quadro 1.5. Autores, origens, datas e aspectos clínicos de sistemas multiaxiais. Reproduzido de Mezzich (1988).

Autores, países e datas	Aspectos Clínicos										
	síndrome psiquiátrica	personalidade	nível intelectual	desenvolvi- mento	curso	gravidade	nível de adaptação	formulação da etiologia	condição física	estresse psicossocial	
Essen-Möller e col. (Suécia, 1947)	X							X			
Billikewicz (Polónia, 1951)	X	X						X			
Leme Lopes (Brasil, 1954)	X	X						X			
Rutter e col. (UK, 1969 e 1975)	X		X	X					X	X	
Wing (UK, 1970)	X		X					X	X		
Ottosson e col. (Suécia, 1973)	X				X	X		X			
Helmchen (Alemanha, 1975)	X				X	X		X			
Strauss (Estados Unidos, 1975)	X				X		X		X	X	
Sadoun e col. (França, 1976)	X		X	X				X			
Rocha (Brasil, 1977)	X	X	X					X			
von Cranach (Alemanha, 1977)	X	X			X			X			
Kato (Japão, 1977)	X	X	X					X			
Kreyssing (Alemanha, 1978)	X							X	X	X	
APA DSM-III (EUA, 1980)	X	X		X			X		X	X	
Mann e col. (UK, 1981)	X	X								X	
Isager (Dinamarca, 1982)	X		X	X					X	X	
Retterstøl e col. (Noruega, 1983)	X	X								X	
Mogensen e col. (Dinamarca, 1986)	X	X			X			X	X	X	
Bech e col. (Dinamarca, 1987)	X	X						X	X	X	
APA DSM-III (EUA, 1987)	X	X	X	X					X	X	

**Validade de face** - é a extensão no qual uma categoria particular descreve precisamente as características apresentadas por uma pessoa com um certo distúrbio. É a primeira etapa na identificação de uma categoria. É o resultado da concordância dos clínicos na identificação de uma certa síndrome ou padrão de características clínicas de um distúrbio mental, possibilitando então a comunicação entre os clínicos.

**Validade descritiva** - é a extensão no qual as manifestações características de um certo distúrbio mental são únicas para essa categoria. A Validade descritiva serve ao objetivo de comunicação, ou seja, quanto mais características únicas para um determinado distúrbio, mais os clínicos concordarão entre si a respeito de sua identificação.

**Validade preditiva** - é a extensão no qual o reconhecimento de que um indivíduo tem um certo distúrbio mental é útil em prever alguns aspectos futuros, como o curso do distúrbio, complicações e resposta a tratamento. Não há razão para que o curso de um distúrbio tenha exatamente a mesma evolução em todas as pessoas. Entretanto, muito distúrbios mentais em que há desconhecimento da etiologia ou da patofisiologia, é questionável se o distúrbio representa uma única condição, já que o curso pode ser extremamente variável em diferentes pessoas.

**Validade construtiva** - é a extensão na qual as evidências apoiam uma teoria que é útil em explicar a etiologia de um distúrbio ou a natureza de um processo patofisiológico. A validade construtiva está de acordo com o objetivo de compreensibilidade de um sistema nosológico.

A validade de um instrumento em Psiquiatria é um grande problema pela dificuldade de definir um padrão-ouro (Robins, 1989; Zarin e col., 1993). Não há um consenso a respeito do melhor procedimento para avaliar a validade de um instrumento. Geralmente, é escolhido um procedimento diagnóstico diferente que possa fornecer o mesmo resultado. Por exemplo, para o DIS, quando aplicado por leigos, o diagnóstico obtido pode ser comparado com o diagnóstico de um clínico experiente para validação do instrumento (Robins, 1985, Wittchen e col., 1985). Para instrumentos como PSE e SCID, o diagnóstico obtido através da avaliação clínica também é utilizado como um padrão-ouro, ainda que esse procedimento seja muito questionado. Boa confiabilidade é necessário, mas não é um pré-requisito para a validade de procedimento de uma entrevista diagnóstica.

A questão principal encontra-se na diferença entre a validade na obtenção dos dados -- validade do procedimento e a validade do processamento da informação. Na validade do procedimento (procedural validity) o que se considera é a construção da entrevista, a formulação das questões e a definição dos itens (Spitzer e col., 1980). A validade de processamento da informação é exclusivamente determinada pela regras

aplicadas às informações obtidas na avaliação para obtenção do diagnóstico. As regras diagnósticas determinam quais as informações que devem ser selecionadas e como serão combinadas para fornecer o diagnóstico. Dessa forma, esse tipo de validade avalia as regras diagnósticas (Phillipp e col., 1986).

## **1.4. Abordagem Atual do Diagnóstico Psiquiátrico das Esquizofrenias**

Apesar dos avanços científicos, o diagnóstico das esquizofrenias permanece um problema. Essas dificuldades repercutem em todas as áreas da Psiquiatria. A evolução da clínica, do tratamento, das pesquisas, dos programas de Saúde Mental e de outras atividades relacionadas à esquizofrenia dependem de um progresso do diagnóstico desse distúrbio.

Atualmente há numerosos sistemas que realizam diagnóstico de esquizofrenia. Os critérios diagnósticos desses sistemas variam amplamente, sendo que alguns são mais rigorosos, como o DSM-III e DSM-III-R, em que o paciente necessita apresentar pelo menos seis meses das características do distúrbio para ser diagnosticado como tal. Outros sistemas são mais amplos, considerando como esquizofrênicos um grande número de pessoas que não o seriam quando utilizado sistemas com critérios mais rigorosos. A confiabilidade entre esses sistemas variam amplamente, como pode ser observado na Quadro I.6. Nessa amostra de 119 pacientes, o número de pacientes diagnosticados como esquizofrênicos apresentou grande variação -- de 45 a 4. A concordância entre cada uma dessas definições e as outras oito foi baixa, chegando a 0,14 e com o máximo de 0,41. Essas concordâncias são semelhantes às encontradas nos anos sessentas. Com essas variações, amostra de qualquer pesquisa em esquizofrenia dependem da escolha da definição.

Para exemplificar o panorama de confusão criada pela dificuldade de uniformização do diagnóstico da esquizofrenia, é citado o estado atual dos conhecimentos em genética, epidemiologia e neuroanatomia em esquizofrenia.

### **1.4.1. Genética**

Estudos com famílias de esquizofrênicos para avaliação do risco desse distúrbio podem trazer grandes progressos na etiologia e tratamento desse distúrbio. Entretanto, as pesquisas em genética com pacientes esquizofrênicos têm encontrado resultados contraditórios. Frota-Pessoa (1989) considera que a falta de um indicador patognomônico para a esquizofrenia é um sério complicador das pesquisas genéticas, contaminando as amostras de probandos com casos que pertencem a outras entidades nosológicas.

Quadro I.6. Número de esquizofrênicos em uma amostra de 119 paciente psicóticos em primeira admissão. Reproduzido de Kendell (1982).

<b>Critério diagnóstico</b>	<b>N</b>	<b>Confiabilidade interavaliadores (kappa)</b>	<b>Nível médio de concordância com outras definições</b>
Astrachan e col. (1972)	45	0,37	0,40
Wing e col. (1974)	41	-	0,34
Diagnóstico clínico	37	-	0,37
Carpenter e col. (1973)	29	0,66	0,31
SPO de Schneider (1968)	29	0,90	0,34
Langfeldt (1960)	22	0,65	0,41
Forrest e col. (1973)	22	0,76	0,19
Feighner e col. (1972)	10	0,48	0,24
Taylor e col. (1975)	4	0,79	0,14

A forma como o diagnóstico é realizado tem forte influencia nas diferenças dos resultados dessas pesquisas (Tsuang e col., 1991). Por exemplo, Tsuang e col. (1980) encontraram um risco de esquizofrenia em parentes do primeiro grau de esquizofrênicos em torno de 3,2% utilizando os critérios de Universidade de Washington. Esse risco é aumentado para 3,7% quando são aplicados os critérios do DSM-III, e para 7,8% quando critérios mais amplos para esquizofrenia são utilizados, incluindo esquizofrenias atípicas. Tsuang relata que o risco para esquizofrenia, quando baseado em critérios contemporâneos, é semelhante àquele obtidos pelos estudos anteriores europeus, quando os casos típicos foram excluídos. Ao contrário desses estudos, Pope e col. (1982) não encontraram nenhum caso de esquizofrenia nos parentes de primeiro grau de esquizofrênicos.

Apesar de que certos problemas metodológicos possam explicar esses resultados (Kendler, 1983; Weissman e col., 1983), é possível que essas diferenças sejam devidas às práticas diagnósticas (Tsuang e col., 1991). "Com as incertezas que há na delimitação clínica dos distúrbios relacionados com a esquizofrenia, não é surpresa que o modo de transmissão dos distúrbios esquizofrênicos permaneça obscuro" (Cloninger, 1989).

Para tentar resolver, ou minimizar, essas dificuldades, atualmente os estudos em genética para os distúrbios mentais procuram utilizar vários sistemas de diagnóstico, para fins de comparação dos resultados das pesquisas (Kendler e col., 1992).

#### **1.4.2. Epidemiologia da esquizofrenia**

A base para compreensão da esquizofrenia é o desenvolvimento de um programa de estudos epidemiológicos para esse distúrbio (Karno e col., 1989). No entanto, a epidemiologia da esquizofrenia encontra importantes dificuldades. Para o cálculo da extensão da esquizofrenia na população considera-se o número de pessoas com esse distúrbio e a população da área considerada. Mari (1989) explica que a detecção do número de pessoas com esquizofrenia varia em decorrência da dificuldade na aceitação de um critério diagnóstico e na possibilidade do termo abranger um grupo de distúrbios de etiologia diferente. Como há vários conceitos para o que é considerado esquizofrenia, é comum encontrar estudos de prevalência e incidência com grandes variações. Outras considerações metodológicas são responsáveis por esses resultados, como, por exemplo, a forma de detecção de um caso; enquanto alguns trabalhos baseiam-se somente nos serviços de atendimento, outros são desenvolvidos na comunidade contando-se ou não os pacientes eventualmente institucionalizados.

Em revisão de 50 estudos de prevalência de esquizofrenia, conduzidos durante o período de 1931 a 1983, foi encontrado uma variação do ponto-prevalência de 0,6 a 7,1 casos por mil habitantes (Karno e col., 1989). Esses estudos utilizam metodologias diversas, o que dificulta comparações. Os critérios diagnósticos utilizados nesses estudos variam muito, o que compromete as conclusões a respeito de prevalência, incidência e dos fatores de risco para a esquizofrenia.

#### **1.4.3. Alteração na estrutura cerebral de esquizofrênicos**

A questão de que a esquizofrenia é um distúrbio orgânico com alterações da estrutura cerebral permanece ainda sem resposta. O próprio Kraepelin descreve alterações cerebrais em esquizofrênicos e Bleuler afirmava que "a esquizofrenia representa uma profunda alteração do cérebro". Estudos de neuroanatomia cerebral tem demonstrado, desde o século passado, alterações no cérebro de esquizofrênicos tais como atrofia cortical, aumento dos ventrículos laterais, do terceiro ventrículo, atrofia cerebelar, dentre outras.

O desenvolvimento tecnológico permitiu que as pesquisas sobre a morfologia cerebral do ser humano vivo se realizassem com a ajuda de aparelhos sofisticados, como o Tomógrafo Computadorizado (TC) e, mas recentemente, a Imagem por Ressonância Magnética (IRM). Esses exames apresentam uma alta resolução na capacidade de visualização das estruturas anatômicas cerebrais. Desde o trabalho pioneiro de Johnstone e col. (1976), mais de uma centena de estudos com TC já foram publicados (Hüber e col., 1988). A prevalência de TCs que revelam alterações no cérebro em esquizofrênicos varia de 0% a 91,7%. Os estudos com IRM, apesar de altíssima resolução dessa técnica, também são inconclusivos (Hüber, 1989). A confusão da nosologia psiquiátrica nesse século pode, em parte, explicar esses achados inconsistentes (Berman e col., 1989).

## PARTE II. SISTEMAS DIAGNÓSTICOS UTILIZADOS EM PSIQUIATRIA

### **II.1 Introdução**

Esse capítulo contém a descrição de uma pesquisa realizada pelo autor. A preocupação principal refere-se às seguintes questões: até que ponto as pesquisas em Psiquiatria utilizam diferentes critérios diagnósticos? Quais e quantos sistemas diagnósticos vêm sendo utilizados? O capítulo anterior pode levar à dedução de que os psiquiatras vêm aplicando critérios diagnósticos diferentes para seleção de amostras em pesquisas. Entretanto, não há dados quantitativos e qualitativos desse problema.

Esse trabalho teve como objetivo identificar os sistemas diagnósticos que foram utilizados, em pesquisas e estudos de casos, publicados em revistas científicas nos anos de 1980, 1985 e 1990. Quando o projeto desse estudo estava em desenvolvimento, foi observado que certas pesquisas utilizaram mais de um sistema diagnóstico. A necessidade de discriminação dessas pesquisas possibilitaria, então, obter o número de pesquisas que utilizaram mais de um sistema diagnóstico para seleção de pacientes. Dessa forma, poderíamos ter uma medida da aplicação da técnica de multidiagnóstico nas pesquisas nessa década.

### **II.2. Metodologia**

Três periódicos foram selecionados: o *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, o *British Journal of Psychiatry* e o *Archives of General Psychiatry*. Eles representam importantes veículos de divulgação de trabalhos que estão sendo desenvolvidos na área de Saúde Mental em diferentes regiões do mundo:

- o *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, no Brasil;
- o *British Journal of Psychiatry*, na Inglaterra;
- o *Archives of General Psychiatry*, nos Estados Unidos.

Todos são bem conhecidos e respeitados pelos pesquisadores brasileiros. Isso não significa que eles são necessariamente os melhores, os mais importantes ou mesmo os mais confiáveis.

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria é órgão oficial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Artigos de várias partes do Brasil são aceitos para publicação. É bimestral, sendo o periódico brasileiro da área que apresenta maior regularidade nas publicações.

O British Journal of Psychiatry é o mais antigo dos três. Começou a ser publicado em 1853, quando era conhecido por *Asylum Journal*. Durante o período de 1955 a 1963 foi chamado de *Journal of Mental Science*. Sua publicação é mensal. Provavelmente é o periódico em Psiquiatria mais conhecido na Europa. Publica artigos não só de autores ingleses, sendo encontrados vários artigos de outros países da Europa e do Oriente Médio.

O Archives of General Psychiatry é um periódico mensal publicado nos Estados Unidos. Atualmente é considerado como uma das melhores revistas de Psiquiatria do mundo. Quando comparado com outros periódicos importantes como o British Journal of Psychiatry e o American Journal of Psychiatry, podemos dizer que o Archives traz um número menor de artigos em suas edições. Entretanto, geralmente as pesquisas por ele publicadas apresentam alto nível científico e grande capacidade informativa.

Todas as edições e artigos publicados nos anos de 1980, 1985 e 1990 desses três periódicos foram analisadas. Um formulário, representado na Figura II.1, foi confeccionado para coleta dos dados. Para cada um dos periódicos foi utilizado 3 desse formulários, ou seja, um para as publicações do ano de 1980, outro para 1985 e o terceiro para o 1990.

Os sistemas diagnósticos que não constavam na tabela foram anotados nas linhas suplementares do formulário. Alguns critérios foram formulados para a categoria "diagnóstico clínico" e "diagnóstico particular".

#### Critérios para o diagnóstico clínico:

1. O artigo não informa o critério diagnóstico adotado;
2. Os pacientes são diagnosticados sem que qualquer sistema de classificação tenha sido explicitado;
3. Quando os pacientes que recebem o diagnóstico em um sistema de classificação específico foram retirados de uma amostra previamente diagnosticada clinicamente. Por exemplo, em uma determinada pesquisa sobre esquizofrenia os pacientes são selecionados de uma amostra de pacientes esquizofrênicos de um hospital psiquiátrico. O pesquisador então aplica os critérios do DSM-III para esquizofrenia, o que resulta em uma sub-amostra de esquizofrênicos. Nesse caso, o pesquisador utilizou o critério clínico (pacientes

esquizofrênicos de um hospital) e os critérios do DSM-III (pacientes que também recebem diagnóstico de esquizofrenia pelo DSM-III).

Critérios para o diagnóstico particular:

Quando o autor desenvolveu, em uma determinada pesquisa, seus próprios critérios para realizar o diagnóstico .

### **II.3. Resultados**

Como todos os artigos dos periódicos foram analisados, essa pesquisa significou uma revisão de 1.223 artigos. A Tabela II.1 apresenta, na última coluna, os números de artigos pesquisados nas três revistas, separadas pelo ano de edição. O British Journal of Psychiatry foi o periódico com maior número de artigos nos três anos.

Tabela II.1. Número de artigos publicados nos três periódicos – Archives of General Psychiatry, British Journal of Psychiatry e Jornal Brasileiro de Psiquiatria – nos anos de 1980, 1985 e 1990

<b>Periódico</b>	<b>Ano</b>	<b>Número de artigos</b>
<b>Archives of General Psychiatry</b>	<b>1980</b>	153
	<b>1985</b>	122
	<b>1990</b>	120
<b>British Journal of Psychiatry</b>	<b>1980</b>	159
	<b>1985</b>	225
	<b>1990</b>	281
<b>Jornal Brasileiro de Psiquiatria</b>	<b>1980</b>	48
	<b>1985</b>	66
	<b>1990</b>	49
	<b>Total</b>	<b>1223</b>

Figura II.1. Formulário para coleta dos dados dos periódicos.

DSM-II	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	DSM-I
DSM-III													DSM-III
DSM-II-R													DSM-II-R
CID-7													CID-7
CID-8													CID-8
CID-9													CID-9
CID-10													CID-10
RDC													RDC
Felginer													Felginer
Clinico													Clinico
Particular													Particular
PSE-9													PSE-9
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
N de Artigos													N de Artigos
N de Sistemas													N de Sistemas
2													2
3													3
>3													>3

Gráfico II.1. Principais sistemas diagnósticos utilizados em artigos publicados no Jornal Brasileiro de Psiquiatria nos anos de 1980, 1985 e 1990.

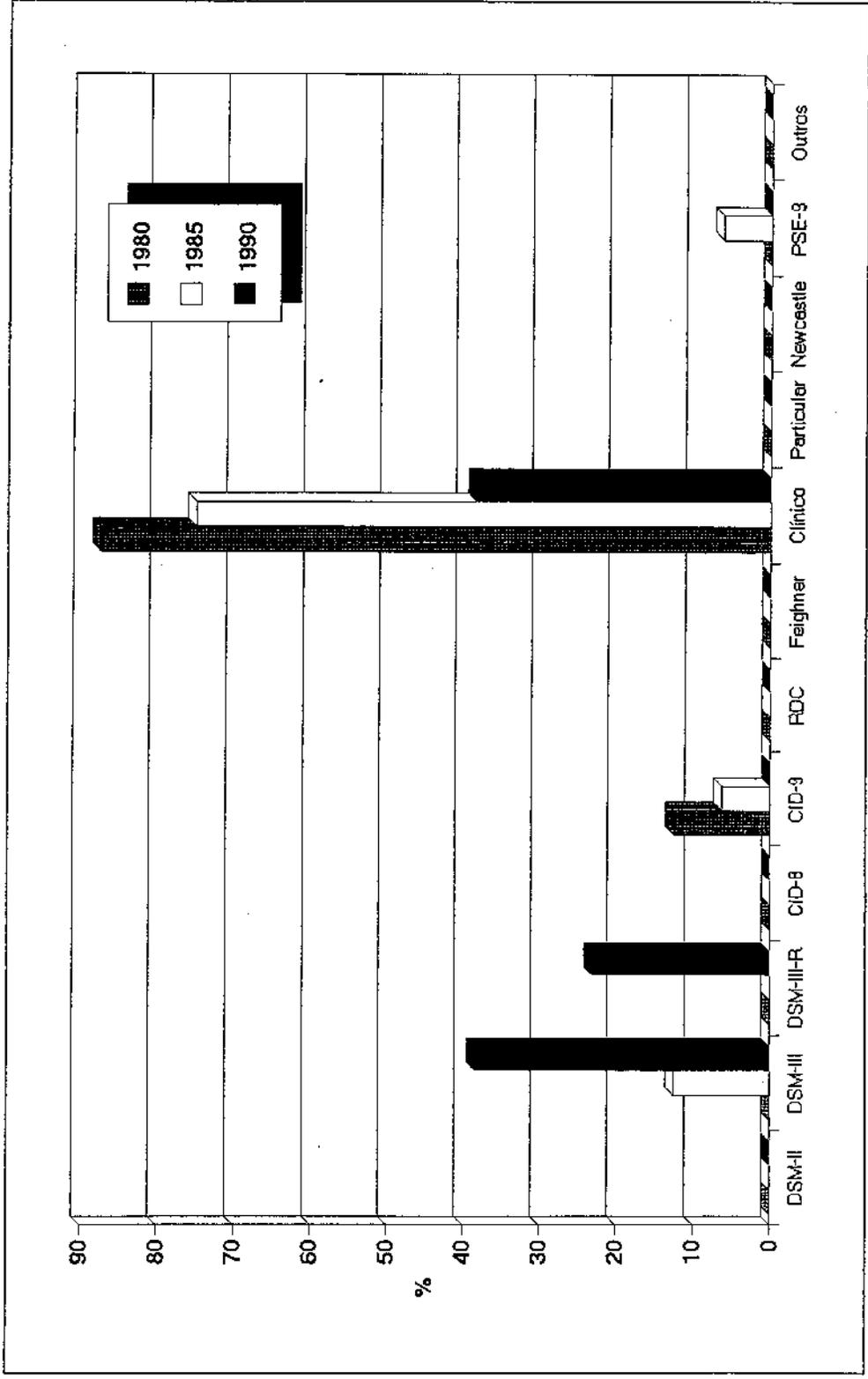


Gráfico II.2. Principais sistemas diagnósticos utilizados em artigos publicados no British Journal of Psychiatry nos anos de 1980, 1985 e 1990.

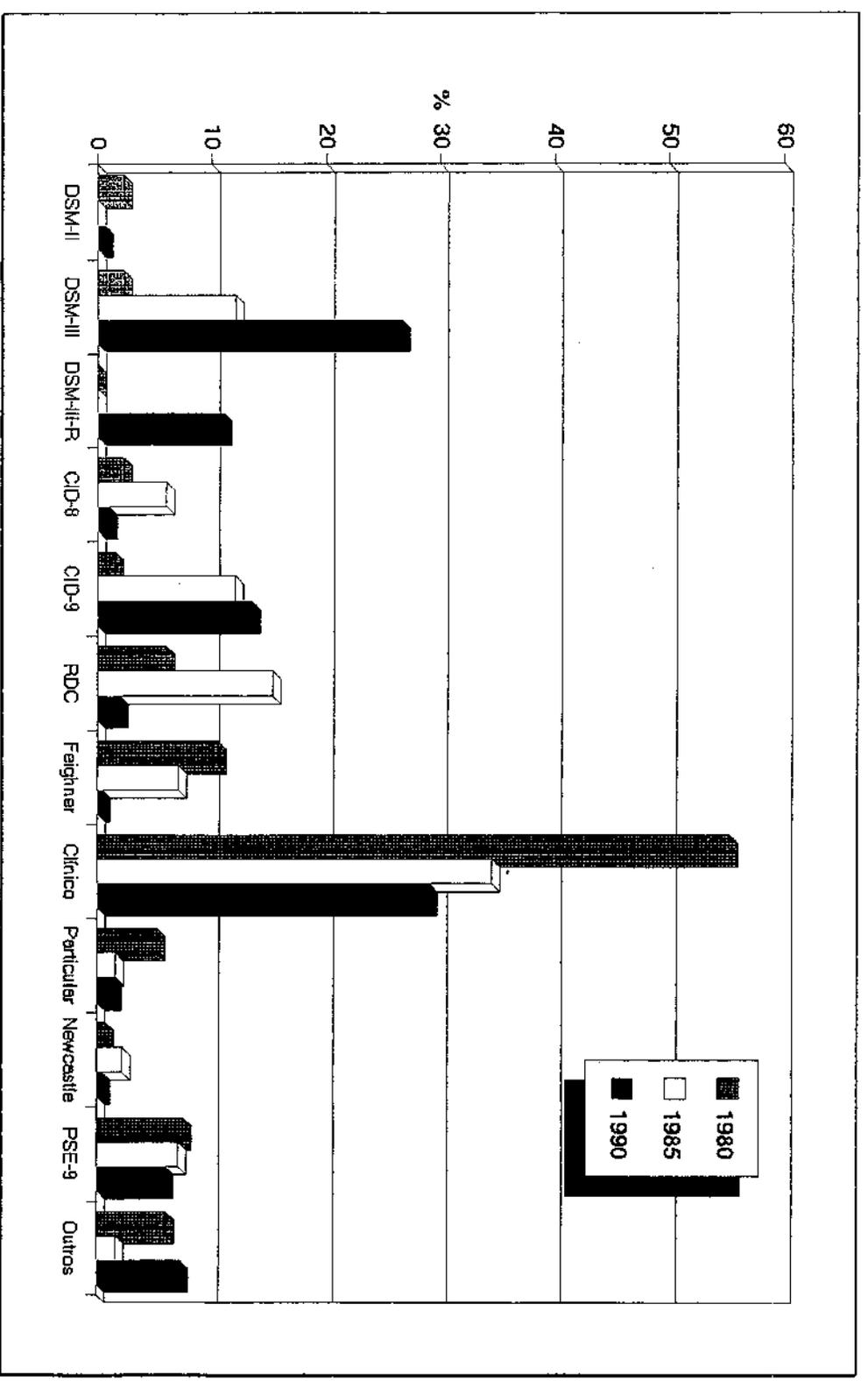
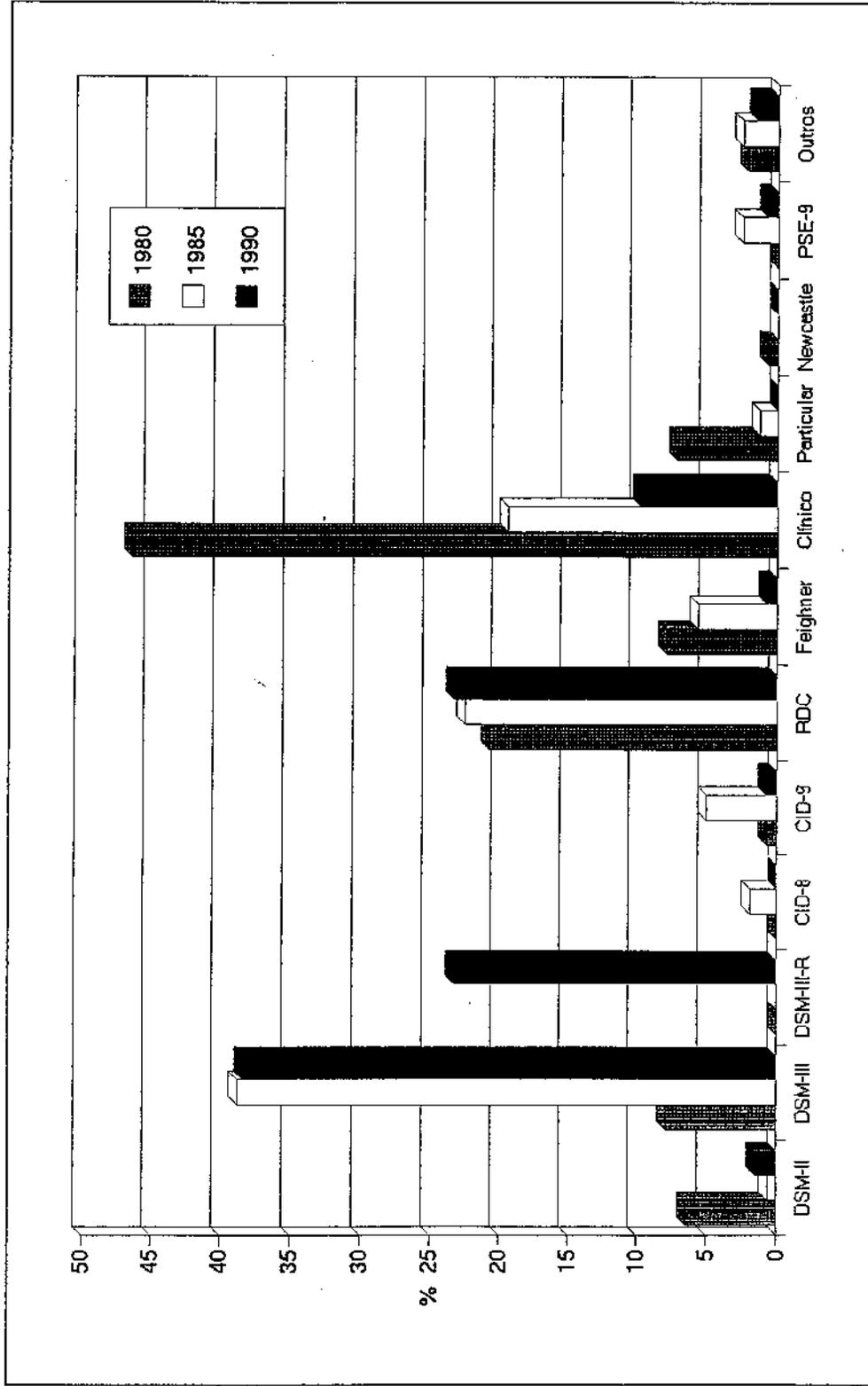


Gráfico II.3. Principais sistemas diagnósticos utilizados em artigos publicados no Archives of General Psychiatry nos anos de 1980, 1985 e 1990.



Os resultados foram divididos em duas partes. Na primeira temos uma comparação da frequência relativa com que os sistemas diagnósticos foram utilizados nos três periódicos. Esses resultados estão representados pelos Gráficos II.1, II.2 e II.3, respectivamente para o Jornal Brasileiro de Psiquiatria, o British Journal of Psychiatry e o Archives of General Psychiatry. Apenas os sistemas diagnósticos mais frequentes foram considerados.

A Tabela II.2 sumariza os dados coletados em relação ao número de sistemas diagnósticos. Observe que, quando o número de sistemas diagnósticos é zero, isso corresponde ao número de artigos que não utilizam qualquer sistema para diagnóstico. São, geralmente, artigos de revisão.

Para comparar a frequência relativa de artigos que utilizam mais de um sistema diagnóstico -- sistemas de multidiagnóstico -- com os que utilizam apenas um, foram excluídos os artigos que não utilizam sistemas diagnósticos. A Tabela II.3 foi construída com

Tabela II.2. Artigos por número de sistemas diagnósticos, segundo o periódico e ano de publicação.

		Artigos									
Periódico	Ano	Número de Sistemas Diagnósticos									
		0	%	1	%	2	%	3	%	>3	%
Archives of General Psychiatry	1980	49	32,03	78	50,98	18	11,76	6	3,92	3	1,31
	1985	14	11,48	66	54,10	34	27,87	6	4,92	2	1,64
	1990	21	17,50	72	60,00	20	16,67	7	5,83	--	--
British Journal of Psychiatry	1980	66	41,51	71	44,65	19	11,95	1	0,63	2	1,26
	1985	70	31,11	121	53,78	26	11,56	6	2,67	2	0,89
	1990	98	34,88	138	49,11	35	12,46	8	2,85	2	0,71
Jornal Brasileiro de Psiquiatria	1980	40	83,33	8	16,67	--	--	--	--	--	--
	1985	52	78,79	12	18,18	2	3,03	--	--	--	--
	1990	36	73,47	12	24,49	1	2,04	--	--	--	--
<b>Total</b>		<b>446</b>	<b>36,47</b>	<b>578</b>	<b>47,26</b>	<b>155</b>	<b>12,67</b>	<b>34</b>	<b>2,78</b>	<b>10</b>	<b>0,82</b>

esse material e discrimina apenas os artigos com um e mais de um sistema diagnóstico. Como há um pequeno número de edições do *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, os dados não estão apresentados nessa tabela. Os Gráficos II.4 e II.5 apresentam esses resultados para cada um dos periódicos dessa Tabela.

#### **II.4 Discussão**

As revisões os achados de determinadas alterações biológicas nos pacientes com esquizofrenia já alertavam para a dificuldade em comparar as amostras selecionadas. Os diferentes critérios diagnósticos utilizados, segundo esses autores, poderiam ser responsáveis pela discordância dos achados das pesquisas. A dimensão da variação dos critérios diagnósticos em Psiquiatria ainda não havia sido quantificada.

Essa pesquisa permite mostrar o cenário de como os sistemas de diagnósticos estão sendo aplicados na Psiquiatria. Os Gráficos II.1, II.2 e II.3 mostram uma verdadeira "dança dos sistemas diagnósticos". Olhando rapidamente qualquer um dos gráficos fica logo claro

Tabela II.3. Artigos por número de sistemas diagnósticos, considerando apenas os artigos que apresentam pelo menos 1 sistema diagnóstico.

<b>Número de Sistemas Diagnósticos</b>						
<b>Periódico</b>	<b>Ano</b>	<b>1</b>	<b>%</b>	<b>&gt;1</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
Archives of	1980	78	76,47	26	25,49	102
General	1985	66	62,26	42	39,62	106
Psychiatry	1990	72	72,73	27	27,27	99
British	1980	71	78,02	22	24,18	91
Journal of	1985	121	79,08	34	22,22	153
Psychiatry	1990	138	76,24	45	24,86	181
	<b>Total</b>	<b>546</b>	<b>74,59</b>	<b>196</b>	<b>26,78</b>	<b>732</b>

que temos a convivência de uma série de sistemas diagnósticos nesse mesmo período. Curioso é que nenhum dos sistemas mantêm uma estabilidade em qualquer dos três gráficos. Alguns fatos parecem explicar essa variação.

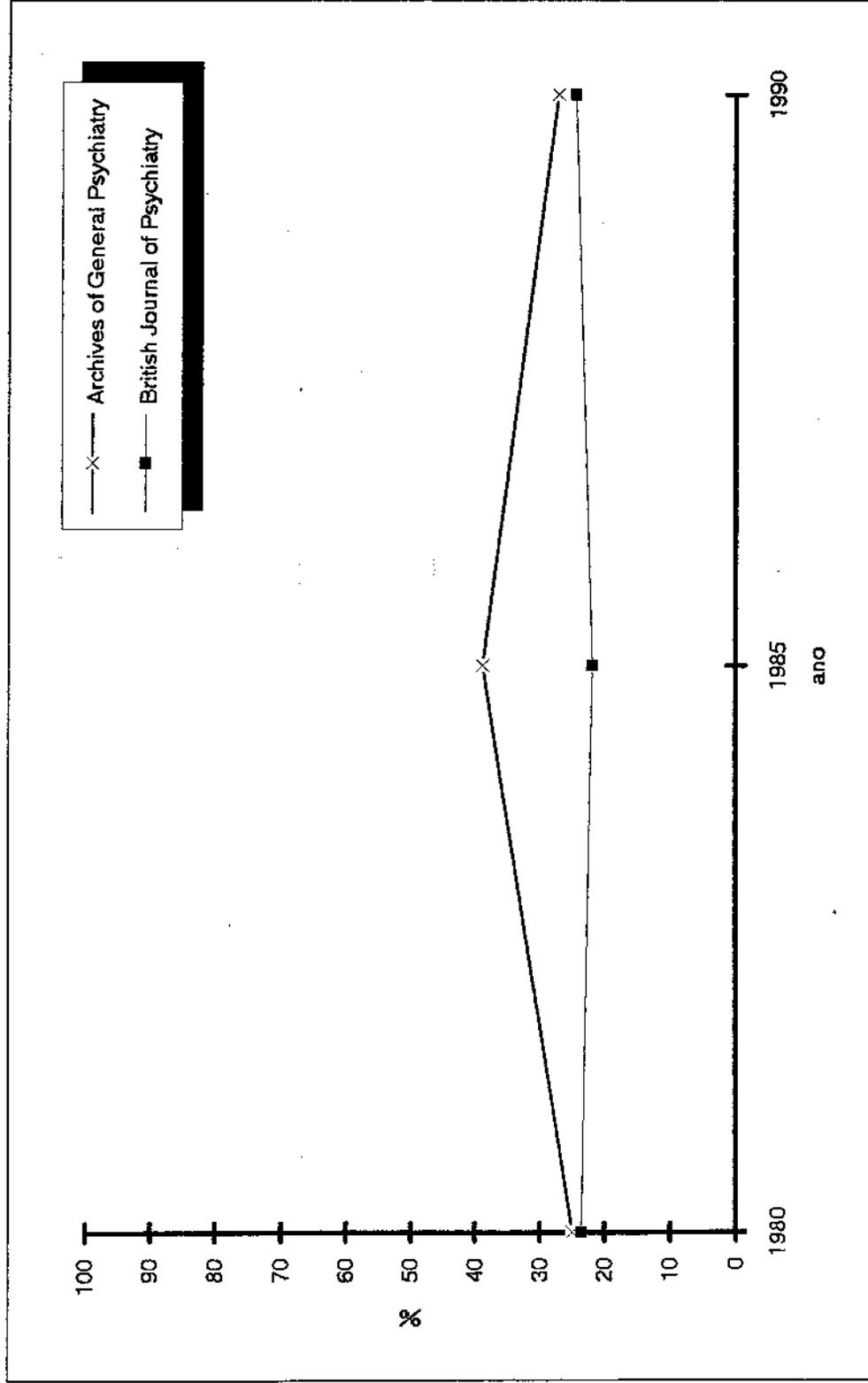
Determinados sistemas são utilizados com maior frequência em seus locais de origem. É o que ocorreu, por exemplo, para o PSE-9. De origem inglesa, foi mais utilizado nos estudos publicados no *British Journal of Psychiatry*. O DSM-III, o mais importante da Psiquiatria americana, está mais presente no *Archives of General Psychiatry*.

O momento histórico das décadas de setenta e oitenta pode ter influenciado tamanha variação. Os artigos de 1980 refletem a prática do final dos anos setentas. A maioria dos artigos era baseada, principalmente, no diagnóstico clínico. No Brasil essa modalidade dominava quase que todos os artigos publicados (87,5%), sendo o restante baseado nos critérios da CID-9. Contudo, nos outros periódicos os sistemas com critérios operacionalizados começavam a se estabelecer. Nessa época os critérios de Feighner eram bem conhecidos e, excluindo os diagnósticos baseados apenas na impressão clínica, estes foram os mais utilizados no *Archives of General Psychiatry* (AGP) e no *British Journal of Psychiatry* (BJP). O RDC, publicado em 1978, contava com uma expressão, principalmente nos Estados Unidos, assim como o PSE teve algum interesse nas publicações inglesas. Em 1980 o DSM-III foi publicado. Mesmo assim, nesse ano já haviam algumas pesquisas publicadas no AGP, geralmente trabalhos realizados durante o desenvolvimento desse sistema.

Os artigos de 1985 refletem a grande mudança da concepção do diagnóstico psiquiátrico no início dos anos oitentas. Os critérios clínicos passaram a ser muito menos utilizados em todas os três periódicos, tendência que continuou em 1990. O DSM-III passou a dominar o cenário, principalmente no AGP. No JBP surgem alguns artigos utilizando esse sistema. Observando os gráficos, vemos que o RDC passou a ser bastante utilizado. A CID-9 ainda era um guia expressivo para o diagnóstico.

Chegando em 1990 temos então a síntese do que foi esse período da Psiquiatria. Com a introdução do DSM-III-R em 1987, grande parte dos estudos passaram a utilizar esse sistema. O AGP nesse anos já registra uma queda do uso do DSM-III. No Brasil temos algumas publicações utilizando esse sistema. Outras formas de diagnóstico mais comuns do início da década, como o diagnóstico clínico, com critérios particulares ou baseados na CID-9, passam a ser abandonados. Os critérios de Feighner praticamente não são mais utilizados, dando lugar aos outros sistemas que resultaram da evolução desse pioneiro. O RDC, que pouco foi utilizado no Brasil, ainda continuou a ser utilizado em grande parte das pesquisas publicadas no AGP e BJP.

Gráfico II.4. Frequência relativa de artigos do Archives of General Psychiatry e British Journal of Psychiatry que utilizam mais de um sistema diagnóstico.



No total foram detectados 35 sistemas diagnósticos, passando por critérios pouco conhecidos, como, p.ex. os critérios Egípcios, e critérios mais antigos, como os de Bleuler. De fato, houve uma enorme proliferação de sistemas diagnósticos nos anos sessentas e setentas. As publicações nesses periódicos confirmam essa hipótese. Houve também uma grande quantidade de sistemas diagnósticos sendo utilizados simultaneamente, com predominância de alguns em determinada época. Impressionante é que essa pesquisa foi realizada com periódicos de apenas uma década e importantes mudanças foram detectadas nesse curto período de tempo.

Parece que não haverá uma uniformidade na utilização de um sistema diagnóstico nos próximos anos. Novos sistemas estão sendo anunciados como o DSM-IV e a CID-10. Como acompanhar essa evolução? Como poder comparar as pesquisas? O uso de sistemas multidiagnósticos é uma resposta, pelo menos enquanto não chegarmos a um sistema ideal. Os resultados dessa pesquisa também demonstraram que cerca de um quarto dos artigos já vêm utilizando essa concepção, embora isso não signifique que os pesquisadores o façam com objetivos semelhantes.

Esse estudo serviu para demonstrar a problemática atual do diagnóstico psiquiátrico. Revela a dificuldade que os pesquisadores em Saúde Mental enfrentam quando precisam decidir por um sistema diagnóstico em Psiquiatria. Da mesma forma, as comparações de estudos devem levar em consideração essas diferentes concepções diagnósticas.

Uma possibilidade pode ser levantada: os diferentes sistemas diagnósticos produzirão, necessariamente, diferentes amostras? Se sim, essas diferenças serão qualitativamente e quantitativamente importantes, a ponto de comprometer os achados? Há quem ache que não. Essas são questões que requerem melhor elucidação. Um estudo realizado por Sougey (1992) demonstrou que diferentes critérios produziram diagnósticos discordantes. Durante a avaliação experimental do Sistema LICET-D10, Sougey estudou 28 pacientes hospitalizados com o diagnóstico pela CID-9 de depressão. Onze desses pacientes não receberam diagnósticos de depressão em todos os sistemas. Para o autor, "isto ocorreu em função das diferentes exigências diagnósticas das classificações que compõem a LICET-D10".

## PARTE III. ABORDAGEM MULTIDIAGNÓSTICA EM PSIQUIATRIA

### **III.1. Conceito e Evolução**

Desde o século dezenove os psiquiatras vêm tentando encontrar um sistema racional de classificação para os distúrbios mentais. Nessa época a Psiquiatria procurava adaptar-se ao novo ideal da medicina científica, simbolizada pela introdução da anti-sepsia e da especificidade patogênica. Começaram a surgir numerosos sistemas de classificação para as "insanidades". A preocupação crescente com as classificações levou Charles G. Hill, Presidente da Associação Americana Médico-Psicológica, a observar a "mania de classificação dos autores médicos." (Hill apud Grob, 1991), devido ao grande número de formulações de sistemas de classificação no início do século vinte. As concepções Kraepeliniana e Bleuleriana têm predominado desde então, em especial para as psicoses. Nesse século, a maior parte dos sistemas de classificação que surgiram representam uma aceitação do modelo diagnóstico dessas duas concepções.

Nos últimos vinte anos houve uma proliferação de sistemas operacionais de diagnóstico para os distúrbios mentais. Isso tem sido observado especialmente nos Estados Unidos. Estes sistemas, inicialmente restritos a grupos isolados de pesquisadores, foram gradativamente ganhando aceitação e grande divulgação na comunidade científica internacional. No atual estágio de evolução da nosologia, populações de pacientes passaram a ser definidas através de critérios mais restritos e isto proporcionou um salto de qualidade do diagnóstico psiquiátrico.

A disponibilidade de vários sistemas propondo diferentes definições operacionais estimulou a necessidade de comparações interdiagnósticas. Referindo-se a esta necessidade, Berner propôs o termo "abordagem multidagnóstica" (Berner e col., 1983) para se referir a um modelo que se baseia na constituição de instrumentos de pesquisa compostos por diferentes sistemas, cuja utilização não interfira nas definições originais de nenhum deles, mas que possibilite obter paralela e simultaneamente múltiplos diagnósticos disponíveis para imediata comparação. Para Berner, a abordagem multidagnóstica pode tornar-se uma espécie de "nosologia psiquiátrica comparativa" utilizada inclusive por psiquiatras de várias culturas e diferentes países. Esta abordagem permite testar, de forma prática, a validade dos diversos sistemas de classificação em relação a variáveis demográficas, história familiar, resposta à tratamento e prognóstico.

Essa tendência de comparações intersistemas para diferentes categorias nosológicas aparece quase que simultaneamente em várias publicações (Overall e col., 1979; Helzer e col., 1981; Pull e col., 1981; Endicott e col., 1982; Pull e col., 1984; Stephens e col., 1982; Boyer e col., 1984; McGlashan, 1984; Davidson e col., 1984a; Davidson e col., 1984b; Katschnig e col., 1985a; Katschnig e col., 1985b; Philipp e col., 1985a; Philipp e col., 1985b; Philipp e col., 1986b; Philipp e col., 1986c; Maier e col., 1986a; Maier e col., 1986b; McGorry e col., 1990a; McGorry e col., 1990a; McGorry e col., 1990b; Sougey, 1992).

Katschnig e col. (1986) reafirmam que, desde que existe uma Psiquiatria científica, a questão do diagnóstico e classificação dos distúrbios mentais funcionais têm sido controversa. Concordando com a necessidade das comparações intersistemas, eles consideram a abordagem multidagnóstica como uma das novas contribuições na classificação e diagnóstico dos distúrbios mentais funcionais.

A abordagem polidiagnóstica tem se concentrado principalmente nos distúrbios afetivos, esquizofrenia e outras psicoses, provavelmente pelo grande número de sistemas diagnósticos existentes nessas áreas.

Diferentes métodos de avaliação multidagnóstica foram desenvolvidos. Philipp e col. (1986) distinguem dois tipos, a lista integrada de critérios e as entrevistas estruturadas. Uma outra possibilidade seria a combinação de uma entrevista estruturada com uma lista de critérios. Há ainda o multidagnóstico em que um paciente recebe o diagnóstico em diferentes sistemas sendo que um é aplicado após o outro.

O primeiro sistema com uma lista integrada de critérios foi desenvolvida por Landmark (1982), no "Manual para Avaliação da Esquizofrenia", seguida pela LICET (Pull e col., 1984). A lista integrada de critérios apresenta um formato no qual os critérios de diferentes sistemas diagnósticos são listados em uma seqüência de tal forma que eles ficam agrupados por semelhanças. Por exemplo, supondo-se que os critérios referentes aos sintomas estejam agrupados, os critérios para avaliação de delírio devem estar localizados em uma mesma parte da avaliação. Dessa forma, o diagnóstico em todos os sistemas só são obtidos após haver completada toda a avaliação. Nesses casos é conveniente um programa computadorizado para processamento dos dados, como os desenvolvidos por Boyle e col. (1984) e Carvalho e col. (1989) para a LICET-D100.

A utilização de vários sistemas diagnósticos separadamente (sem uma lista integrada) torna-se mais difícil pela repetição do julgamento de critérios idênticos e pela dificuldade em lembrar-se da decisão tomada em relação à presença ou ausência de um sintoma em um outro sistema diagnóstico. Além disso há o problema de efeito "halo", ou seja, o fato do avaliador saber o diagnóstico em um determinado sistema pode influenciar a decisão nos que se seguem.

As entrevistas estruturadas geralmente são desenvolvidas para avaliação de apenas um sistema diagnóstico, como o PSE para os diagnósticos no CATEGO, SADS para o RDC e SCID para o DSM-III-R. A primeira entrevista estruturada com abordagem multidagnóstica foi o DIS (Robins e col., 1981), seguido pelo CIDI (Robins e col., 1985), PODI (Philipp e col., 1986) e o SCAN (Wing e col., 1990).

O Quadro V.9<sup>1</sup> faz uma comparação das principais características dos mais conhecidos sistemas de diagnóstico e multidagnóstico. O DIS é também o sistema de multidagnóstico mais conhecido. Outros sistemas de tiveram sua importância nessa rápida evolução, como o manual de Landmark e a LICET. A tendência atual é construir sistemas diagnósticos integrando vários sistemas de classificação. Esse é o caso, por exemplo, do CIDI e SCAN. Os mais recentes acompanham programas computadorizados baseados em sistemas lógicos de decisão para o diagnóstico.

---

<sup>1</sup> Ver página 190

## **III.2. Sistemas de Multidiagnóstico (que Incluem a Esquizofrenia)**

### **III.2.1. Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)**

O SCAN vem sendo desenvolvido por Wing e col. (1990), e representa uma versão atualizada e ampliada do PSE-9. Segue um projeto conjunto da Organização Mundial de Saúde e da Administração de Saúde Mental, Álcool e Abuso de Drogas para padronização dos diagnósticos e classificações. Esse projeto visa aumentar a precisão e a confiabilidade na avaliação e classificação dos distúrbios psiquiátricos (Jablenski e col., 1983). O objetivo principal desse projeto é: 1) o desenvolvimento de técnicas que possam ser utilizadas para estudo da psicopatologia em diversos países, regiões e culturas. 2) A criação de bases para estudos colaborativos que irão examinar as causas, fatores de risco, evolução e conseqüências dos distúrbios mentais.

O SCAN está sendo construído a partir do PSE-10. Ele permitirá a realização do diagnóstico no DSM-III-R e CID-10, a partir de uma entrevista semi-estruturada, "check-lists" e um programa computadorizado, o CATEGO-5.

A entrevista utilizada é a mesma do PSE-10, a partir da qual é possível fazer a cotação dos sinais e sintomas. É dividida em 2 partes, sendo a primeira constituída de uma seção para as características e os sintomas não-psicóticos, sendo as informações obtidas da pessoa entrevistada. Há uma versão compacta para essa primeira parte. A segunda parte da entrevista inclui a avaliação dos sintomas psicóticos.

Para a avaliação clínica, o SCAN conta ainda com o "Pathology in Episode" (PATHEP-PSE), os itens extras da CID-10 (SF), os itens extras do DSM-III-R (SD), o "Clinical Information Schedule" (CLINFO) e o "Item Group Checklist" (IGCLIST). O PATHEP-PSE inclui possíveis causas e patologias associadas no período de tempo considerado no PSE-10. O SF e o SD contém itens suplementares, importantes na avaliação do curso, necessários para classificação dos distúrbios na CID-10 e no DSM-III-R. O IGCLIST agrupa 59 itens, todos definidos no PSE-10. O CLINFO contém sumariamente itens a respeito do nível intelectual, distúrbio de personalidade, dificuldades sociais, e diagnóstico clínico.

O primeira versão para avaliação do SCAN foi concluída em 1983 e foi usada em um estudo na Inglaterra (Brewin e col., 1987; Brewin e col., 1988; Brugha e col., 1988). Os resultados indicaram que o instrumento era adequado para a coleta de dados, apresentando apenas uma confiabilidade razoável. O SCAN foi então revisto. Uma nova versão foi

apresentada em 1987 e vem desde então sofrendo modificações para torná-lo mais simples e melhorar as definições dos itens. O SCAN está sendo traduzido e testado em vários países. A conclusão desse instrumento não tem data prevista e dependerá dos resultados de estudos multicêntricos.

### **III.2.1. Composite International Diagnostic Interview (CIDI)**

Um dos principais objetivos do projeto em diagnóstico e classificação dos distúrbios mentais e problemas relativos ao uso de álcool e drogas, realizados pela Organização Mundial de Saúde (WHO) e pela Administração Americana de Saúde Mental, Álcool e Abuso de Drogas (ADAMHA), consiste no desenvolvimento de instrumentos para avaliação psiquiátrica, confiáveis, válidos e aplicáveis em diversas culturas (Janca e col., 1992). O CIDI (WHO., 1989) é um instrumento desenvolvido pelo projeto WHO/ADAMHA, para ser aplicado em estudos epidemiológicos em Psiquiatria. Foi desenvolvido por Robins e col. (1985) e permite o diagnóstico de acordo com o PSE, RDC e DSM-III. Como ele inclui questões relevantes para os critérios do DSM-III-R e CID-10, demonstrou boa confiabilidade na realização de diagnósticos nesses sistemas (Janca e col. apud Janca e col., 1992).

O CIDI foi testado em mais de vinte centros em diferentes partes do mundo. Demonstrou ser adequado para uso em várias culturas e tem excelente confiabilidade inter-avaliadores (Wittchen e col. apud Janca e col., 1989).

Esse instrumento consiste de uma entrevista estruturada com opção para codificação e um sistema que permite o avaliador determinar a gravidade e a significância da presença de um sintoma. Assim como o DIS, ele pode ser aplicado tanto por clínicos como por leigos após um período de treinamento.

### **III.2.3. Diagnostic Interview Schedule (DIS)**

O DIS é um instrumento que ganhou fama e prestígio no meio psiquiátrico a partir do Epidemiological Catchment Area Program (ECA) (Regier e col., 1984). Patrocinado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) dos Estados Unidos, o ECA é considerado a maior pesquisa epidemiológica da Psiquiatria Contemporânea.

Foi originalmente desenvolvido por Lee Robins e col. (1981) na Universidade de

Washington, em Saint Louis, através de um contrato com a Divisão de Biometria e Epidemiologia do NIMH. O objetivo era desenvolver uma entrevista estruturada que cobrisse todas as informações necessárias para obter o diagnóstico no DSM-III, RDC e do sistema de Feighner. Foi construído a partir do Renard Diagnostic Interview (Helzer e col., 1981), uma entrevista estruturada para os critérios de Feighner que pode ser aplicada por leigos. Entusiasmados com os resultados da confiabilidade e validade desse instrumento, o NIMH decidiu desenvolver um outro que permitisse incluir também os critérios do DSM-III e RDC, e possibilitasse obter tanto o diagnóstico atual como o de toda a vida.

Por ser mais complexo, o DIS necessita de um programa de computador para análise dos dados. Sua grande vantagem está na possibilidade de obter o diagnóstico psiquiátrico por meio de entrevistadores leigos com uma margem de erro clinicamente insignificante (Robins, 1989). Diversas versões do DIS foram sendo desenvolvidas pelos autores. Em 1989 o próprio autor do instrumento informa ter a quarta versão e que logo viria a quinta.

Apesar de estudos anteriores ter relatado a confiabilidade e validade do DIS, o problema da variação da administração permanece. Robins (1989) observa que enquanto os psiquiatras de um determinado centro tende a aplicar os critérios do DSM-III de forma semelhante, há grande dificuldade de estabelecer consistência diagnóstica entre centros devido às tradições locais. Possíveis origens de variação incluem a linguagem do entrevistador, o estilo da entrevista e a respostas do entrevistador às questões dos pacientes. Redução dessa variação pode ser obtida utilizando o DIS computadorizado.

#### **III.2.4. Listes Intégrées de Critères d'Evaluation Taxonomiques (LICET)**

O sistema é composto de várias listas integradas de critérios de avaliação taxionômica. O projeto inicial da LICET previa a construção de várias versões:

1. Psicoses não-afetivas (LICET-S)
2. Depressões (LICET-D)
3. Estados Ansiosos (LICET-A)
4. Personalidades Patológicas (LICET-P)
5. Distúrbios Mentais Orgânicos (LICET-O)

As duas primeiras listas foram concluídas e estão disponíveis em francês, alemão, inglês e espanhol. No início dos anos oitentas, Pull e Pichot (1984) desenvolveram o "Liste Intégrée de Critères d'Evaluation Taxinomiques pour les Dépressions - LICET - D100", um

instrumento composto de cem itens para realizar o diagnóstico de depressão em sete diferentes sistemas de classificação.

A LICET-D100 foi traduzida para a língua portuguesa por Sougey (1985). No Brasil foi desenvolvido um programa computadorizado para processamento dos dados e fornecimento dos diagnósticos (Carvalho e col., 1989) nos sete sistemas que compõem a LICET-D100. Posteriormente Sougey (1992) realizou uma ampliação e modificação da lista, que passou a contar com 10 sistemas diagnósticos, incluindo o DSM-III-R e a CID-10, um glossário e sugestão de perguntas para os sintomas.

### **III.2.5. Composite Diagnostic Evaluation (CODE)**

O CODE foi desenvolvido no Tennessee, a partir de 1987, por Thomas Ban (1987). Ban estudou a história dos sistemas diagnósticos e controvérsias através de todas as suas etapas e criou os "CODEs", sistemas de multidiagnóstico em Psiquiatria. Os CODEs são:

1. Diagnósticos Diferenciais (CODE - DIFF)
2. Demências Orgânicas (CODE - OD)
3. Esquizofrenias Sistematizadas (CODE - SS)
4. Distúrbios Delirantes (CODE - DEL)
5. Distúrbios Bipolares (CODE - BD)
6. Distúrbios Depressivos (CODE - DD)
7. Distúrbios Hipertímicos (CODE - HD)
8. Psicoses Agudas (CODE - AP)
9. Distúrbios Esquizofrênicos (CODE - SD)
10. Distúrbios Reativos (CODE - RD)
11. Distúrbios Ansiosos (CODE - AD)
12. Distúrbios de Personalidade (CODE - PD)

Não tenho conhecimento da conclusão e uso desses sistemas diagnósticos, com exceção do CODE-DD. Traduzido para o Português por Nardi e Versiani (1990), o CODE-DD foi desenvolvido para a diferenciação dos subtipos dentro do distúrbio depressivo unipolar e não para a diferenciação da depressão unipolar dos outros distúrbios psiquiátricos. Devido a isso, o CODE-DD deve ser utilizado somente em pacientes pré-selecionados com

doença depressiva.

No CODE-DD é apresentada uma escala de avaliação diagnóstica (Rating Scale for Depressive Diagnoses - RSDD) com uma sub-escala de gravidade (Rating Scale for the Assessment of Severity in Depressive Disorders - RSASDD). O RSDD pode fornecer diagnósticos simultâneos em 25 sistemas de classificações para as depressões, com o auxílio de um programa de computador. Conta ainda com uma entrevista semi-estruturada e um glossário.

### **III.2.6. Manual de Landmark para Avaliação da Esquizofrenia**

Esse sistema foi desenvolvido no Canadá pelo psiquiatra norueguês Johan Landmark (1982) para avaliação diagnóstica de pacientes esquizofrênicos. Ele inclui treze concepções diferentes da esquizofrenia e outras psicoses não afetivas. Algumas delas não existiam na forma de critérios diagnósticos, como o sistema de Kraepelin e Langfeldt. Com ajuda de importantes nomes da Psiquiatria como, Manfred Bleuler e Gabriel Langfeldt, ele colocou vários sistemas diagnósticos antigos no formato de critérios diagnósticos. O RPMIP, um outro sistema de multidiagnóstico, foi baseado no manual de Landmark, podendo ser considerado uma versão ampliada deste.

#### Sistemas Diagnósticos Incluídos no Manual de Landmark

1. Kurt Schneider
2. Eugen Bleuler
3. Manfred Bleuler
4. Gabriel Langfeldt
5. Kraepelin
6. "Norte-Americano"
7. "Britânico"
8. Sistema de Dongier
9. WHO-IPSS
10. Yusin-Newmark
11. DSM-III
12. Feighner

### 13. "Outras dimensões"

#### III.2.7. Polidiagnostic Interview (PODI)

O PODI foi desenvolvido por Michael Philipp e Wolfgang Maier (1986) para avaliação polidiagnóstica de distúrbios afetivos e esquizofrênicos. Os sistemas diagnósticos e as respectivas categorias de diagnóstico do sistema estão sumarizados abaixo.

Apesar de haver outros sistemas multidiagnósticos para esses distúrbios, os autores argumentaram que esses sistemas não apresentam orientação clara de como os dados devem ser coletados. Os sistemas que antecederam até então o PODI empregavam uma entrevista semi-estruturada, como a LICET e os sistemas de Landmark, Berner e Boyer. Procurou-se assim diminuir o antigo problema da confiabilidade da pesquisa dos sintomas através da adoção de uma entrevista estruturada. Dessa forma, a sua maior contribuição foi combinar um sistema de multidiagnóstico com entrevista estruturada.

O SCID foi escolhido para desenvolvimento da entrevista estruturada. Alguns itens do PSE também foram utilizados para complementação do sistema. Um programa de computador foi escrito em Pascal para analisar dos dados e fornecer os diagnósticos automaticamente.

Dois estudos foram realizados para analisar a confiabilidade inter-avaliadores. A avaliação dos pacientes foi feita com dois pesquisadores entrevistando o paciente simultaneamente, sendo que um fazia a anamnese enquanto o outro apenas observava. Esse último podia fazer perguntas no final da entrevista. Esse procedimento apresenta uma certa tendência a aumentar a confiabilidade inter-avaliadores (Spitzer e col., 1985). A confiabilidade foi alta para a maioria dos critérios ( $\geq 0.80$ ).

As entrevistas estruturadas apresentam boa confiabilidade apenas para os itens nos quais o paciente fornece a informação. Os itens que dependem da observação dos avaliadores têm uma concordância menor. Mesmo com a entrevista tendo sido feita com os observadores avaliando o paciente juntos, os itens do PODI que dependem da conduta do paciente durante a entrevista tiveram baixa concordância.

A aplicabilidade do instrumento foi avaliada a partir de mais de 180 entrevistas realizadas com o sistema. Como os demais sistemas de multidiagnóstico, o PODI levou uma quantidade de tempo considerável para ser aplicado. --- em torno de 2 a 3 horas. Os autores admitem que isso requer grande motivação e persistência dos avaliadores e pode ser cansativo para os pacientes. Em alguns casos é necessário dividir a avaliação em duas partes,

entrevistando o mesmo paciente em dois dias diferentes. Os autores consideram que, apesar do instrumento ter sido desenvolvido para fins científicos, ele poderia ser usado como uma rotina clínica em certos tipos de departamentos psiquiátricos. As dificuldades de aplicabilidade apontadas pelos autores são um grande obstáculo para uso mais disseminado do instrumento em pesquisas e na clínica.

*Sistemas de Diagnóstico e de Classificação incluídos no PODI, com suas respectivas categorias diagnósticas.*

Distúrbios depressivos:

- DSM-III para episódio depressivo maior com/sem sintomas psicóticos humor congruente/incongruente, distúrbio maníaco, distímia, depressão atípica;
- RDC para distúrbio depressivo maior, distúrbio depressivo menor, distúrbio depressivo intermitente;
- Michigan Discrimatory Index para depressão endógena unipolar/bipolar (Feinberg e col., 1982; 1983);
- Newcastle Scale I para depressão endógena (Carney e col., 1965);
- Newcastle Scale II para depressão endógena (Gurney apud Philipp e col., 1986);
- critérios de Taylor e Abrams para depressão endógena (Taylor e col., 1981);
- critérios de Viena para síndrome axial endogenomórfica depressiva/disfórica (Berner e col., 1983);
- subescala para endogenomorficidade de Hamilton (Kovacs e col., 1981; Thase e col. 1983);
- critérios de Klein (Klein e col., 1980);
- critérios de Yale para depressão endógena (Andreasen e col., 1984);
- critérios de Feighner para depressão primária e secundária (Feighner e col., 1972);
- critérios de Quitkin para depressão atípica (Quitkin e col., 1983).

Distúrbios maníacos:

- DSM-III para distúrbio maníaco, distúrbio ciclotímico;
- RDC para distúrbio maníaco e hipomaniaco;
- critérios de Feighner para distúrbio maníaco;

- critérios de Viena para síndrome axial endogenomórfica maníaca e mista;
- critérios de Taylor e Abrams para distúrbio maníaco.

#### Distúrbios esquizoafetivos:

- DSM-III para episódio maníaco com sintomas psicóticos incongruentes com o humor, episódio de depressão maior com sintomas psicóticos incongruentes com o humor;
- RDC para distúrbio esquizoafetivo, tipo maníaco/depressivo;
- Welner e col. para distúrbio esquizoafetivo (Welner e col., 1974);
- Kendell para distúrbio esquizoafetivo (Brockington e col., 1979; Brockington e col., 1980);
- Kasanin para psicose esquizoafetiva (Brockington e col., 1979).

#### Distúrbios esquizofrênico e paranóide

- DSM-III para psicose reativa breve, distúrbio esquizofreniforme, distúrbio paranóide;
- RDC para esquizofrenia;
- Feighner e col. para esquizofrenia;
- critérios de Viena para síndrome axial endogenomórfica esquizofrênica;
- critérios de Taylor e Abrams para esquizofrenia;
- sintomas de primeira ordem de Kurt Schneider para a esquizofrenia (Berner e col., 1983);
- critérios de Langfeldt para esquizofrenia (Berner e col., 1983);
- critérios de New Haven para esquizofrenia (Berner e col., 1983);
- critérios diagnósticos empíricos Franceses para esquizofrenia (Berner e col., 1983).

### **III.2.8. Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH)**

O objetivo do CASH é obter, através de uma entrevista estruturada, um banco de dados para estudo das psicoses e síndromes afetivas, com orientação para aplicação de critérios diagnósticos (Andreasen, 1987). O instrumento passou por diversas revisões por aproximadamente dez anos. Ele possui critérios para diagnóstico no RDC, DSM-III e DSM-III-R. Os dados da entrevista são posteriormente passados para o computador e processados através de um programa computadorizado para Macintosh (Andreasen, 1992).

A entrevista do CASH é dividida em três partes (Andreasen e col., 1992):

1. estado atual, que inclui dados sociodemográficos;
2. história anterior;
3. história de vida.

Os itens da entrevista possuem uma definição específica e geralmente as respostas podem ser dadas em uma escala de seis pontos. Cada uma das opções de resposta conta com uma explicação para ser cotado.

Outras características do sistema são:

- um programa de treinamento, incluindo videotapes;
- escalas de avaliação para medida da evolução, como Escala para Avaliação de Sintomas Negativos (Andreasen, 1983), Escala para Avaliação de Sintomas Positivos (Andreasen, 1984), Escala de Mania, muitos dos itens para a Escala de Depressão de Hamilton (Hamilton, 1960) e BPRS (Overall e col., 1962), Mini-Mental State (Folstein e col., 1975) e a Escala de Avaliação Global (Endicott e col., 1976);
- a "família CASH", uma série de instrumentos para estudos longitudinais

### **III.2.9. Royal Park Multidiagnostic Instrument for Psychosis (RPMIP)**

O RPMIP é um instrumento para avaliação de episódios psicóticos agudos, possibilitando o diagnóstico em 13 sistemas diferentes. Foi desenvolvido por McGorry e colaboradores na Austrália (McGorry e col., 1990a; McGorry e col., 1990b). Apesar de ser particularmente apropriado para ser utilizado no primeiro surto psicótico, o RPMIP é também indicado para avaliação de um surto psicótico em pacientes com distúrbio psicótico já estabelecido e recorrente.

Os componentes do RPMIP estão listados no Quadro III.1. Apesar de ser um instrumento arrojado, o RPMIP necessita de aproximadamente 6 a 7 horas para ser aplicado. Dessa forma, o RPMIP é um procedimento que consome muito tempo, além de ser necessário grande esforço no reconhecimento e anotação do complexos sintomas psicopatológicos. Ele requer um alto nível de conhecimentos em Psiquiatria e habilidade para lidar com outros profissionais e com parentes do paciente. Dessa forma, esse sistema requer psiquiatras clínicos experientes para ser utilizado, o que limita seu uso.

Quadro III.1. Componentes do Instrumento de Multidiagnóstico para as Psicoses do Royal Park (RPMIP)

<i>Componentes principais</i>	<i>Componentes complementares</i>
Entrevista	Regras para decisão do diagnóstico
Glossário e orientações	Programa computadorizado
Entrevista da duração do distúrbio	Folha de resumo
Folha para marcação dos escores	



## IV. APLICAÇÕES DA INFORMÁTICA NO DIAGNÓSTICO PSQUIÁTRICO

### IV.1. INTRODUÇÃO

A Psiquiatria encontra-se em um estado de profundas mudanças. Grandes progressos têm ocorrido como, por exemplo, a aceitação mundial de sistemas de classificação de distúrbios psiquiátricos com critérios operacionais e sistemas multiaxiais para os distúrbios mentais. Além disso, há uma sofisticação crescente dos métodos de mensuração dos comportamentos anormais humanos e uma expansão das modalidades de tratamento biológico, psicológico e social.

Dessa forma, vemos a transição de uma Psiquiatria filosófica para uma Psiquiatria científica. A Psiquiatria Biológica proporcionou contribuições, não apenas para as ciências básicas e com novas modalidades de tratamento, mas também com instrumentos, metodologia e mentalidade para o trabalho delineado em uma ciência empírica, a única forma de sobrevivência de uma disciplina médica. E como uma disciplina da Medicina, muito tem se valido do computador como uma poderosa ferramenta dessa evolução.

A tecnologia da Informática é hoje algo comum na sociedade em geral, nos consultórios médicos e nas residências (Harris, 1987). Atualmente os computadores tornaram-se parte da história do progresso da Medicina e da Psiquiatria. No começo do nosso século tinha-se a impressão de que um médico, como William Osler, poderia entender da maioria das doenças, se não de todas. Por volta de 1920 houve um aumento da complexidade da Medicina, surgindo a necessidade de maiores cuidados com o exame médico. Cresceu o número de dados nos prontuários e as possibilidades de decisões médicas, no que diz respeito a exames complementares, diagnósticos e tratamentos. Essa complexidade tem levado à procura por especializações e subespecializações na Medicina de tal forma que hoje consideramos normal consultarmos outros colegas médicos a respeito de condutas que não sejam de nossa especialidade. Mesmo dentro de uma especialidade, a quantidade de conhecimentos tem aumentado espantosamente. O número de publicações médicas duplica a cada cinco anos. Para se ter uma idéia, apenas no Centro de Informação sobre Lítio da Universidade de Wisconsin há mais de dezoito mil citações de usos médicos do lítio (Greist,

1990). Para encontrar uma determinada referência sem o auxílio do computador pode ser uma tarefa longa e cansativa.

A crescente complexidade da Medicina tornou o computador não apenas algo importante, mas fundamental. Imagine um Departamento de Psiquiatria responsável pelo atendimento de uma população com um milhão de habitantes, na qual aproximadamente cinco mil pessoas por ano são internadas em hospitais psiquiátricos. Muitos desses pacientes felizmente melhoram mas a maioria, inevitavelmente, terá readmissões futuras. O número de consultas aos ambulatórios de Psiquiatria nesse sistema de Saúde Mental imaginário é alto, em torno de seiscentas mil por ano, dos quais quinze mil pacientes são atendidos em hospitais de emergência. Os dados sobre os internamentos prévios, tratamentos ambulatoriais e atendimentos em emergência estão disponíveis? Temos os dados de diagnósticos anteriores, os tratamentos que recebeu, a evolução da doença, ou há dados familiares facilmente à nossa disposição? Na verdade não temos. Podemos recuperar essas informações em alguns casos às custas de um grande esforço. Além disso, geralmente os prontuários são incompletos, desorganizados e ilegíveis. Essa situação leva a um considerável desperdício de tempo pela equipe de saúde, perda na qualidade e na continuidade dos tratamentos e ônus financeiro para o sistema de saúde. É importante lembrar ainda que esses pacientes costumam passar por vários hospitais e, mesmo quando se mantêm em um único hospital do tipo universitário, passam por diversas gerações de residentes. A implantação de um sistema informatizado nessa rede de Saúde Mental é imprescindível para melhoria da qualidade do atendimento, proporcionando dados para programação e controle de medidas de prevenção em todos os níveis.

Entretanto, apesar da Informática estar muito difundida em muitas áreas do conhecimento e em algumas especialidades médicas, o computador, pela potencialidade que apresenta, ainda tem sido muito pouco utilizado em Psiquiatria, tanto nos Estados Unidos com na Europa. No Brasil essa situação é ainda mais difícil. Até 1992 havia uma política de reserva de mercado da Informática. Mesmo com o final da reserva, os impostos para importação são altos. Para se adquirir um computador pessoal no nosso país atualmente paga-se aproximadamente o dobro do seu valor nos Estados Unidos. Como no Brasil os psiquiatras geralmente ganham menos que nos Estados Unidos, há uma grande dificuldade de acesso a essa tecnologia.

Muitos psiquiatras de nossa geração continuarão a trabalhar sem o uso dos computadores, e isso é particularmente verdadeiro para aqueles que realizam uma psicoterapia psicanalítica tradicional. Várias são as justificativas para o pouco uso do computador em Medicina. Para alguns, os problemas que os sistemas computadorizados enfrentam são muito amplos e complexos para serem resolvidos pelos sistemas atuais (Schwartz e col., 1987); muitos temem que o computador atrapalhe sua prática, fornecendo

informações que eles não sabem o que fazer com elas; outros profissionais encaram os sistemas como intrusivos ou desafiantes ao julgamento clínico; alguns consideram que os programas são desenvolvidos para pesquisas e não para uso clínico (Anderson e col., 1986; Berner e col., 1988); outros ainda acham que as informações do computador são de pouca confiabilidade, o que compromete a responsabilidade do médico no cuidado com o paciente (Singer e col., 1983; Teach e col., 1981; Young e col., 1984).

Essa resistência inicial é compreensível. Há apenas quinze anos atrás falar em computador era referir-se à máquinas enormes, pesadas, complicadas e lentas, reservadas apenas para uma minoria de estudiosos no assunto. Para cada aplicação do computador havia a necessidade de desenvolver programas específicos para a atividade. Com a comercialização dos microcomputadores pessoais no início dos anos oitentas praticamente o computador passou a fazer parte dos escritórios, bancos, hospitais e residências nos países desenvolvidos. Nos Estados Unidos, 37% da população economicamente ativa usa o computador em seu trabalho; 71% dos executivos e funcionários de áreas financeiras trabalham com computadores; 46% dos americanos entre três e dezessete anos de idade têm acesso a um computador em casa ou na escola. Há sete anos esse índice era bem menor -- apenas 30% dos jovens usavam computadores.

O desenvolvimento de computadores cada vez mais baratos, menores e de fácil manejo, aliado aos programas computadorizados com linguagem e modo de operação mais acessível, tem permitido uma grande difusão da Informática na Medicina. Em todo o mundo, e particularmente nos países mais desenvolvidos, o impacto da Informática na área de saúde tem sido impressionante. Nos Estados Unidos, Europa e Japão já se encontram informatizados cerca de 60 a 80% dos consultórios médicos e odontológicos, 80% a 90% das clínicas especializadas de médio e grande porte e virtualmente todos os hospitais. Praticamente todas as faculdades em Ciências da Saúde oferecem cursos de Informática para seus alunos. Hoje os administradores hospitalar têm, pelo menos, os conhecimentos básicos sobre as possibilidades de utilização do computador nas mais variadas áreas dentro de um hospital. Em Psiquiatria já temos um número considerável de programas para uso clínico, administração hospitalar, ensino e pesquisa.

## **IV.2. DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO COMPUTADORIZADO**

A noção do diagnóstico automatizado tem se tornado uma das expectativas da nossa sociedade para o futuro. Isso tem se manifestado muitas vezes nas ficções científicas, como no filme *Guerra nas Estrelas*, onde o Dr. McCoy introduz uma sonda em um membro da tripulação da nave espacial para saber qual o problema que o astronauta está sofrendo. O personagem futurista entra em uma câmara e logo após surge todo o relatório médico.

Desde o surgimento dos primeiros computadores os profissionais de saúde têm imaginado o dia em que a informática seria utilizada na realização do processo de diagnóstico médico (Shortliffe, 1987). O primeiro trabalho tratando dessa possibilidade surgiu no final dos anos cinquenta (Ledley e col., 1959), e logo apareceram protótipos experimentais em Medicina (Warner, 1964).

Nos anos cinquenta o Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) já era processado por computador utilizando cartão de ponto (Glueck e col., 1980). Na década de sessenta a Psiquiatria conhecia os primeiros programas computadorizados para diagnóstico. A referência mais antiga de um sistema computadorizado em Psiquiatria é de 1963 (Kleinmuntz apud Nathan, 1967). Em 1967 Nathan desenvolveu o que chamou de "abordagem analítica de sistemas para diagnóstico da psicopatologia", um sistema computadorizado com árvores de decisão para uma série de distúrbios psiquiátricos, incluindo um glossário. Os passos para cada decisão diagnóstica era acompanhada por uma justificativa baseada na literatura. Logo após, Spitzer e Endicott (1968), nos Estados Unidos, desenvolveram o DIAGNO. Nesse mesmo ano Klein e col. (1968) utilizam um programa diagnóstico, também de decisão lógica, para avaliação da previsão de resposta a medicação.

Na década de setenta surgiram vários outros programas, sendo especialmente importante o CATEGO (Wing e col., 1972). O CATEGO faz parte de um sistema desenvolvido por Wing e col. para classificação de dados obtidos pelo Exame do Estado Atual (PSE), uma entrevista estruturada para a obtenção de dados clínicos. O sistema fez sucesso na época e foi utilizado no Estudo Piloto Internacional da Organização Mundial de Saúde sobre Esquizofrenia (World Health Organization, 1973). Foram também desenvolvidos outros programas voltados para o diagnóstico psiquiátrico utilizando métodos estatísticos como a teoria das probabilidades de Bayes (Fleiss e col., 1972) ou funções de análise discriminante (Altman e col. 1976; Melrose e col., 1970; Hedlund e col., 1987). Esses tiveram menor expressão do que os sistemas baseados em regras. Entretanto Glueck e col. (1980) afirmam que a abordagem mais utilizada nos Estados Unidos deriva da distância Euclidiana entre clusters -- uma forma multivariada do teorema de Pitágoras (Befari e col., 1972).

De fato, se não temos ainda um uso amplo do computador na realização do diagnóstico psiquiátrico, sabemos que ele é muito importante para desenvolvimento e aplicação dos sistemas de classificação mais recentes, como o DSM-III-R e a CID-10. Spitzer e col. (1975) enumeram as seguintes vantagens do diagnóstico computadorizado:

- perfeita confiabilidade pois, ao utilizar os mesmos dados, produz sempre o mesmo diagnóstico;
- maior capacidade de utilizar as mesmas regras explícitas em grandes e diversas populações de pacientes;
- representa um avanço na compreensão das complexas relações entre os sintomas e o diagnóstico.

#### **IV.2.1. Sistemas especialistas no diagnóstico psiquiátrico**

Os Sistemas especialistas fazem parte de uma área do conhecimento denominada Inteligência Artificial (AI) ou Engenharia do Conhecimento. IA é uma nova ciência. É um ramo da Informática que trabalha com processamento simbólico, utilizando métodos não algoritmos na resolução de problemas (Buchanan e col., 1984). Atualmente as principais áreas de pesquisa em IA são (Mishkoff, 1986):

1. Sistemas especialistas
2. Processamento de linguagem natural
3. Reconhecimento da fala
4. Visão computacional
5. Robótica
6. Ensino assistido por computador
7. Ferramentas para desenvolvimento de programas
8. Suporte para planejamento e decisão.

Um médico é um especialista, com treinamento e conhecimento em uma determinada área. Um sistema especialista é um programa de computador desenvolvido para agir como um especialista em uma área particular (Rich, 1988). Eles agem como auxiliares inteligentes para especialistas, assim como ajuda às pessoas que não podem ter acesso a um especialista. Por exemplo, os sistemas baseados em regras procuram simular a forma natural

da investigação do clínico, desenvolvendo novas questões baseadas nas respostas dos pacientes (Straker, 1974).

Em Medicina suas aplicações têm crescido muito nos últimos anos, sendo conhecidas como sistemas de auxílio à decisão médica, isto é, qualquer programa de computador desenvolvido para ajudar profissionais de saúde nas decisões clínicas (Shortliffe, 1987). Esses sistemas trabalham com:

1. uma base de dados;
2. um sistema de decisão, baseado nos conhecimentos da Medicina para a realização do diagnóstico ou para decidir que procedimento é mais apropriado em uma determinada situação.

A base de dados para um sistemas especialista baseado em regras consiste dos conhecimentos da literatura ou da opinião de especialistas (Fattu e col., 1986). A base de dados contém as relações gerais aplicáveis a muitas das manifestações dos distúrbios. Já nos sistemas especialistas baseados em reconhecimento estatístico, a base de dados refere-se às características do distúrbio e sua frequência relativa (probabilidade de ocorrer).

Em Medicina, os sistemas especialistas aplicados ao diagnóstico fornecem justificativas para os seus diagnósticos através dos mecanismos fisiopatológicos. Por exemplo, em oncologia, a classificação das doenças é baseada na histopatologia do tumor; nas doenças infecciosas, o diagnóstico é baseado no agente infeccioso. A pequena compreensão da etiologia da maioria das doenças mentais faz com que o diagnóstico psiquiátrico seja baseado apenas na descrição clínica (First e col., 1988). Os diversos sistemas de classificação em Psiquiatria que têm surgido recentemente apresentam a tendência de serem ateóricos quanto à etiologia. O desconhecimento dos mecanismos patofisiológicos em Psiquiatria impede o uso de sistemas especialistas que utilizam a representação das relações causais, como os sistemas CASNET (Kulikowski e col., 1982) e CADUCEUS (Pople, 1982), os quais realizam respectivamente o diagnóstico de glaucoma e em medicina geral.

A falta de um padrão-ouro de validade diagnóstica em Psiquiatria tem levado à adoção de um sistema de classificação baseado mais no consenso e em convenção do que em determinantes biológicos (First e col., 1988). Os sistemas de classificação computadorizados baseados em regras parecem então ser a melhor opção para os atuais sistemas mais aceitos na comunidade médica, como o DSM-III e DSM-III-R, que utilizam critérios operacionais de inclusão e exclusão para o diagnóstico. Sendo assim, já que os sistemas especialistas adotam as regras dos sistemas classificatórios, os diagnósticos computadorizados desses sistemas devem ter a mesma aceitação que têm os diagnósticos quando aplicados por um especialista.

Os programas desenvolvidos atualmente para diagnóstico psiquiátrico geralmente utilizam vários sistemas de classificação, isto é, são programas de

multidiagnóstico psiquiátrico. Essa tendência advém da necessidade de comparação dos sistemas de classificação e de pesquisas. Além disso, estudos têm demonstrado que a combinação de diferentes regras diagnósticas computadorizadas em medicina -- "combinação de especialistas" -- obtêm melhor performance que cada uma separadamente (Kors e col., 1992).

Alguns exemplos de programas para o diagnóstico psiquiátrico baseados em sistemas lógicos de decisão são descritos a seguir.

## **DIAGNO**

É considerado o primeiro programa para diagnóstico psiquiátrico (Sougey, 1992). Desenvolvido por Spitzer e col.(1968) o DIAGNO é um sistema progressivo de decisão lógica que simula o procedimento de diagnóstico diferencial rotineiramente empregado pelo clínico. O processo de decisão é binário, no qual as respostas do tipo "sim" ou "não" progredem no sentido de se abandonar certas categorias diagnósticas, passando adiante até identificar aquela compatível com os dados clínicos do paciente. O programa utiliza os dados extraídos do PSS, uma entrevista estruturada desenvolvida por Spitzer e col. (1970) a partir da "Mental State Schedule" (Spitzer, 1964). É composta de um inventário de 492 itens para avaliação psicopatológica e do desempenho social. Os itens estão ordenados em questões do tipo verdadeiro ou falso e a avaliação cobre a semana anterior a contar da entrevista e sua aplicação tem uma duração em torno de 45 a 75 minutos. Elabora 27 diagnósticos, dos quais 25 são categorias padrão da segunda edição da Classificação Americana de Psiquiatria (DSM-II). Os dois diagnósticos suplementares -- doença não especificada com sintomatologia menor e doença não psiquiátrica -- não constam da classificação oficial. A árvore de decisão do programa DIAGNO reproduz o processo lógico de diagnóstico implícito na nomenclatura do DSM-II. Desse modo, a primeira seqüência de decisão interroga se existem sintomas sugestivos de distúrbios orgânicos cerebrais, na seqüência seguinte são os distúrbios psicóticos e assim sucessivamente até a decisão final.

Em 1969, portanto um ano após à publicação do programa DIAGNO, Spitzer e col. (1969) apresentaram uma nova versão -- o DIAGNO II. Além de utilizar o PSS, complementa-o com alguns dados de anamnese e acrescenta o número de categorias diagnósticas para 46. Finalmente em 1974 os autores conferiram mais complexidade ao sistema e publicaram o DIAGNO III (Spitzer e col., 1980) que utiliza dados do Multistate Information System (Laska e col., 1967). Esse último foi um sistema que teve por objetivo o desenvolvimento de um sistema computadorizado centralizado que serviria de comunicação entre instituições e serviços de vários departamentos de saúde mental da região de New York.

Os sistemas progressivos de decisão lógica criados por Spitzer e Endicott representa uma alternativa em termos de programas computadorizados para o diagnóstico pois evita os complicados modelos estatísticos e aproxima o procedimento automático daqueles utilizados pelo psiquiatra. Índices de concordância muito próximos entre psiquiatras e as várias versões do programa DIAGNO, foram obtidos em vários estudos (Spitzer e col., 1968; Spitzer e col., 1969; Spitzer e col., 1980) demonstrando a viabilidade desse procedimento diagnóstico sobretudo quando aplicado à pesquisa.

### **Sistema LICET-D10**

O sistema LICET-D10 é um instrumento que permite, com a ajuda de um computador, estabelecer um diagnóstico em dez sistemas diferentes de classificação para as depressões (Sougey, 1992). Foi criado a partir da LICET-D100 (Lista Integrada de Critérios de Avaliação Taxionômica para as Depressões), trabalho desenvolvido por Pichot e traduzido para a língua portuguesa por Sougey (1985). Um programa computadorizado para aplicação desse sistema foi desenvolvido no Brasil (Carvalho e col., 1988; 1989).

A LICET-D10 contém os critérios diagnósticos para depressão dos seguintes sistemas de classificação:

1. critérios de Saint-Louis para depressão primária ou secundária (Feighner e col., 1972);
2. RDC;
3. critérios de Klein para depressão endogenomorfa (Klein, 1974);
4. DSM-III;
5. DSM-III-R;
6. CID-10;
7. critérios de Berner para as síndromes axiais ciclotímicas endogenomorfas (Berner e col., 1983);
8. critérios de Winokur (Andreasen e col., 1979);
9. critérios de Newcastle para depressão endógena e neurótica (Carney e col., 1965);
10. os critérios de Taylor e Abrams para Depressão maior (Taylor e col., 1981).

A utilidade operacional do Sistema LICET-D10 foi testada numa amostra de 28 pacientes deprimidos hospitalizados e os resultados demonstraram a funcionalidade do sistema. A utilização do Sistema LICET-D10, exige a familiarização com a semiologia e nosologia dos estados depressivos. Não obstante, a principal vantagem do Sistema LICET-

D10 é que, através do uso de um algoritmo especialmente desenvolvido, ele pode fornecer diagnósticos simultaneamente em dez sistemas de classificação. Esses sistemas foram selecionados com base em sua importância e pela característica metodológica comum de utilizarem os procedimentos de critérios explícitos para o diagnóstico. Paralelamente, o sistema LICET-D10 seleciona o "grupo concordante", quer dizer, identifica os pacientes que preenchem simultaneamente os critérios dos "distúrbios maiores" em todas as classificações.

A forma binária do programa computadorizado, utilizando seqüência progressiva de decisão lógica da moderna inteligência artificial, permitindo apenas julgamentos do tipo "presente" ou "ausente" associado à definição variáveis sintomatológicas em um glossário, apresentam condições excelentes para uma boa confiabilidade interavaliador.

Ao produzir simultaneamente dez diagnósticos de depressão para cada paciente examinado, o Sistema LICET-D10 possibilita comparações intersistemas, entre as diversas categorias e subcategorias de depressão. Esta conceituação empírica do modelo de aproximação multidagnóstica oferece atualmente uma das melhores vias para a pesquisa nosológica dos estados depressivos (Sougey, 1992).

## **DTREE**

É um sistema especialista para diagnóstico e ensino utilizando o DSM-III-R (First e col., 1988; First e col., 1989). Desde a introdução do DSM-III em 1980, três programas computadorizados utilizando árvores de decisão foram desenvolvidos especificamente para realizar o diagnóstico nesse sistema: O Manual de Diagnóstico Psiquiátrico Automatizado (Swartz e col., 1981), o Programa de Entrevista Médica (Erdman e col., 1981) e o DECISIONBASE (descrito em Lieff, 1987). Todos esses programas são baseados nos critérios diagnósticos do DSM-III, mas não fornecem justificativas para o seu diagnóstico, tornando às vezes difícil entender como o computador chega a um determinado resultado.

O DTREE inclui apresentação de todos os passos que realiza para se chegar a um determinado diagnóstico, sendo de especial interesse em clínica, pesquisa e ensino. Cada questão que o DTREE faz a respeito do paciente é acompanhado de um glossário com a definição do sintoma e uma explicação de como se pode diferenciar aquele sintoma de outros fenômenos psicopatológicos semelhantes. Além disso, para cada questão ele informa a importância do critério para um determinado diagnóstico que está sendo testado. Por exemplo, quando o DTREE está investigando a presença de sintomas psicóticos, para o item "delírio" ele explica que está pesquisando o critério "A" dos sintomas presentes na

esquizofrenia segundo o DSM-III-R. Na tela do monitor são apresentados os diagnósticos diferenciais que serão testados caso o usuário do sistema indique a presença ou ausência de delírio. Se o usuário quiser saber mais sobre esse item, basta apertar a tecla I, que é a de "informação", e o computador mostrará a definição e como diferenciar um delírio de outras manifestações, como por exemplo, de uma idéia supervalorizada. O DTREE é apresentado em duas versões, o "Clinical Mode", onde é utilizado o sistema especialista para o diagnóstico, e o "Case Mode", no qual o computador apresenta um caso clínico e o usuário tenta realizar o diagnóstico correto.

#### **IV.2.2. Redes neurais no diagnóstico psiquiátrico**

Mais recentemente uma outra área da IA tem recebido especial atenção, os sistemas conexionistas ou redes neurais. Apesar do alto nível de desenvolvimento dos sistemas especialistas, eles apresentam sérias limitações: "[Eles] são incapazes de refletir as variações do quadro clínico. Em particular, eles têm dificuldades em reconhecer variações que as doenças podem apresentar, em termos de espectro de manifestações e graus de severidade" (Schwartz e col., 1987).

As redes neurais artificiais, ou sistemas conexionistas, têm se caracterizado pelo notável crescimento de interesse e do número de pesquisas nos últimos cinco anos, graças a importantes rupturas conceituais e teóricas (Eberhart e col., 1990). As redes neurais trazem grandes implicações para as aplicações biomédicas da IA. Os modelos conexionistas podem se tornar extremamente eficientes e eficazes para a implementação de sistemas inteligentes (softwares, aplicativos e instrumentos) em inúmeras áreas da Medicina, principalmente aquelas que envolvem a classificação e reconhecimento de padrões complexos, como o processamento de sinais e imagens biológicas, ou os sistemas especialistas de apoio à decisão médica (Sabbatini, 1992).

Para avaliar o desempenho de uma rede conexionista na realização do diagnóstico clínico de demência Benoit H. Mulsant e Emile Servan-Schreiber (1988) da Universidade de Carnegie Mellon, Pittsburgh, desenvolveram e testaram uma rede neural. Todos os casos apresentados no treinamento foram diagnosticados corretamente. Quando a rede foi apresentada para exemplos com manifestações importantes do caso, ela era capaz de identificar o caso típico. Quando a rede foi testada com novos casos, o diagnóstico naturalmente dependia da similaridade do caso testado com os casos treinados. A rede foi testada em dezoito casos vistos durante um período de dois meses em uma enfermaria de Psiquiatria. Ao contrário dos casos de treinamento, esses eram muitas vezes atípicos,

apresentando vários diagnósticos concomitantes. Apesar disso, a rede foi capaz de diagnosticar corretamente onze desses dezoito casos. Isso corresponde a uma classificação correta de 61% dos casos.

O problema médico que essa rede utiliza é considerado pouco complexo. Ele provavelmente pode ser escrito em um sistema especialista de duzentas regras. É preciso estudar problemas mais complexos, com diagnósticos múltiplos. Redes muito amplas são mais difíceis de serem treinadas, mas seu desempenho é melhor do que pequenas redes.

Muitos estudos ainda são necessários para que seja demonstrada a utilidade prática dessa técnica de auxílio na decisão clínica em Psiquiatria. A limitação dessa rede sugere alguns pontos para estudos futuros, comparação das redes conexionistas com modelos Bayesianos, e a integração das redes conexionistas com sistemas híbridos.

#### **IV.2.3. Ensino e treinamento computadorizado do diagnóstico psiquiátrico**

Uma outra aplicação interessante dos computadores é no treinamento de médicos para realizar diagnóstico em Psiquiatria. Atualmente existem vários sistemas com esse objetivo, como por exemplo, o DTREE, descrito anteriormente.

Recentemente, no Brasil, foi desenvolvido um programa para treinamento diagnóstico em depressão no DSM-III-R, utilizando os critérios diagnósticos da LICET-D10 (Carvalho e col., 1991b). O programa realiza uma seleção aleatória dentre os 133 critérios diagnósticos para depressão e, após uma correção dos critérios selecionados para haver uma consistência interna, eles são submetidos a uma avaliação por um sistema especialista baseado em regras para o DSM-III-R. O usuário deve identificar o diagnóstico correto de acordo com esse sistema. Para isso é apresentada uma tela com opções de selecionar qualquer dos itens de uma anamnese (sintomatologia, forma de início, fatores associados, antecedentes, personalidade, etc.). Esses itens podem ser consultados quantas vezes for necessário. Quando o usuário tiver uma hipótese diagnóstica, pode testá-la selecionando um dos diferentes distúrbios depressivos do DSM-III-R. Dependendo do diagnóstico, quando o usuário identifica a resposta correta, o programa pode solicitar outras informações complementares ao diagnóstico. Por exemplo, quando se trata de um Episódio de Depressão Maior, o computador solicita o usuário para dizer a gravidade do episódio (leve, moderado ou grave), se apresenta padrão sazonal, sintomas psicóticos, etc. O programa tem capacidade de gerar aleatoriamente uma quantidade enorme de casos diferentes, o que o torna especialmente interessante, visto que os casos sempre serão diferentes um dos outros. Foi desenvolvido em Visual Basic, contando com os avançados recursos do ambiente Windows.

Outros programas para treinamento diagnóstico em Psiquiatria são do tipo "caso clínico", isto é, apresentam um caso clínico semelhante ao que o psiquiatra encontra na sua prática para realizar o diagnóstico. Há inclusive programas com técnicas de animação como em um vídeo game (Jachna e col., 1989), em que um estudante de graduação em medicina entra em um hospital geral para um plantão e surgem as mais diversas situações de interconsulta psiquiátrica. O usuário tem que fazer o diagnóstico correto e tomar a conduta que mais se adequa àquela situação.

No Brasil um outro programa foi desenvolvido para treinamento diagnóstico em Psiquiatria utilizando um caso clínico. É o "Sistema de ensino médico em Psiquiatria: esquizofrenia paranóide" (Carvalho e col., 1991a). Esse programa é um sistema de ensino médico mais completo, constando de um tutorial, questões de múltiplas escolhas e um caso clínico de esquizofrenia paranóide.

### **IV.3. ENTREVISTAS PSIQUIÁTRICAS COMPUTADORIZADAS**

As entrevistas por computador começaram na Universidade de Wisconsin em 1966 (Robins e col., 1981), e desde então têm sido estudado as diversas relações existentes nas entrevistas realizadas com computador. Em Psiquiatria, seu uso tem crescido pela enorme capacidade que o computador apresenta na realização dessa função, muitas vezes substituindo com vantagens as entrevistas realizadas por clínicos. Vinte anos de experiência tem demonstrado que a entrevista computadorizada é um método bem aceito, válido e prático para realizar avaliações de pacientes psiquiátricos (Greist e col., 1973a; Klein e col., 1975; Erdman e col., 1985).

A idéia de que um computador poderia realizar uma entrevista melhor do que um clínico para detectar certos sintomas psiquiátricos vem de um estudo realizado por Greist e col. (1973b). Eles analisaram a intenção suicida comparando as avaliações realizadas clinicamente e por computador. Foi observado que alguns pacientes confessam suas idéias suicidas apenas para o computador. Os pacientes preferiram a avaliação do computador e os dados da pesquisa mostraram que o computador previa melhor o risco de tentativa de suicídio. Um estudo semelhante com alcoolistas (Lucas e col., 1977) demonstrou que os pacientes, quando entrevistados pelo computador, relatavam um consumo de bebidas alcoólicas maior do que quando entrevistados por seus médicos. Outro estudo (Evans e col., 1973) demonstrou que pacientes com sintomas respiratórios consideraram os computadores mais amigáveis e compreensíveis. Os pacientes admitiram que forneceriam respostas mais reais sobre seus hábitos de fumar cigarros do que fariam para seu médico.

Esses dados parecem indicar que uma entrevista realizada por computador pode ser menos embaraçosa para os pacientes em determinadas áreas, sendo uma ferramenta que apresenta vantagens na entrevista clínica.

A aplicação de escalas de avaliação através do computador tem se tornado comum. A escala computadorizada mais conhecida foi desenvolvida por Carr e col. (1981). Trata-se de uma versão computadorizada de auto-avaliação da Escala de Hamilton para a Depressão. Uma série de estudos foram publicados com essa escala demonstrando suas vantagens (Margo e col., 1981; Akhtar e col., 1984; Ancill e col., 1985; Levine e col., 1989). Os resultados dessa pesquisa revelaram que as avaliações realizadas pelo computador apresentam uma alta correlação com as realizadas dos clínicos. Quando selecionado um ponto de corte de 10 para a escala, a escala conseguiu discriminar bem os pacientes dos controles. Essa escala foi recentemente traduzida e adaptada para o Português (Carvalho e col., 1991c). Um programa computadorizado escrito em Visual Basic para Microsoft

Windows foi desenvolvido (Carvalho e col., 1993) e vem sendo utilizado em vários estudos em distúrbios depressivos (Carvalho e col., 1992; Lima e col., 1992).

Outro campo que os computadores tem se mostrado úteis em Psiquiatria é na realização de entrevistas estruturadas. Quando Feighner publicou os critérios de classificação, os pesquisadores da Universidade de Washington em Saint-Louis se queixavam de que era difícil realizar uma entrevista psiquiátrica não-estruturada para coletar os dados necessários para o diagnóstico. Foi desenvolvido a Renard Interview Schedule (Helzer e col., 1981), para ajudar a estruturar as questões para o diagnóstico utilizando os critérios de Feighner. O Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) (Endicott e col., 1978) foi confeccionado para a mesma função com o RDC. Seguindo esse princípio, foi desenvolvido também o Diagnostic Interview Schedule (DIS) para o diagnóstico utilizando os critérios de Feighner, RDC e DSM-III (Robins e col., 1981). Como pode ser aplicado por leigos, foi utilizado no Epidemiologic Catchment Área (Regier e col., 1984), um grande estudo epidemiológico para os distúrbios mentais que abrangia cinco diferentes cidades dos Estados Unidos.

Apesar de estudos anteriores terem relatado a confiabilidade e validade do DIS (Robins e col., 1981; Robins e col., 1982; Helzer e col., 1985; Anthony e col., 1985), o problema da variação da administração permanece. Robins e col. (1982) observam que, enquanto psiquiatras de um determinado centro tende a aplicar os critérios do DSM-III de forma semelhante, há grande dificuldade de estabelecer consistência diagnóstica entre centros devido às tradições locais. Possíveis origens de variação incluem a linguagem do entrevistador, o estilo da entrevista e a respostas do entrevistador às questões dos pacientes. Redução dessa variação pode ser obtida utilizando o DIS computadorizado (DIS-C).

O DIS pode ser aplicado sem necessidade de julgamento clínico do entrevistador. Assim, surgiu a idéia de aplicá-lo por computador. Um programa computadorizado foi desenvolvido para realizar essa tarefa (Greist e col., 1987). A entrevista computadorizada com o DIS foi comparada com a entrevista realizada por um entrevistador. Após um grande número de análises os autores concluíram que não havia diferença significativa da entrevista realizada por um computador ou por uma pessoa, ou seja, o kappa obtido foi equivalente ao que foi descrito por outros estudos de confiabilidade do DIS (Robins e col., 1981; Burnham e col., 1983). Quando comparado com uma avaliação diagnóstica por um psiquiatra, a avaliação com o DIS-C mostrou menor concordância diagnóstica, mas a avaliação computadorizada foi mais precisa em realizar o diagnóstico em áreas como alcoolismo e uso de outras drogas. O autor então conclui que há vantagens para a entrevista computadorizada com o DIS, tais como:

1. menor custo;
2. o computador é disponível a qualquer momento para a entrevista;

3. dificilmente o computador fica "doente";

4. facilmente modificável, o que contrasta com um treinamento de pessoal quando necessita haver alteração na entrevista.

Além do mais, os pacientes reagiram favoravelmente à versão computadorizada, informando que se sentiam mais confortáveis e menos constrangidos interagindo com o computador do que com os entrevistadores. Essa observação foi replicada em outros estudos (Mathisen e col.,1987; Erdman e col., 1992).

Várias outras versões e estudos com DIS-C se seguiram (Mathisen e col., 1987; Blouin e col.,1988, Bucholz e col., 1991;Erdman e col., 1992). Eis algumas das versões da DIS que vêm sendo testadas:

- DIS-C, aplicada diretamente por computador;
- T-DIS, aplicada na forma tradicional por um entrevistador;
- P-DIS, aplicada por um avaliador que utiliza o computador para orientação;
- T-DISSI, entrevista para triagem aplicada na forma tradicional por um entrevistador;
- DISSI-C, entrevista para triagem aplicada diretamente por computador;
- P-DISSI, entrevista para triagem aplicada por um avaliador que utiliza o computador para orientação.

Essas entrevistas computadorizadas são ainda bastante limitadas. Muitos desses estudos demonstram vantagens do computador como entrevistador quando é utilizado itens e questões estruturadas (Starkweather, 1992). Quando acompanhamos um paciente durante meses ou anos, muitas informações vão sendo adicionadas, o que aumenta a nossa precisão diagnóstica. O computador ainda não é capaz de captar detalhes que fogem de uma entrevista padronizada, realizando perguntas e diagnósticos de forma compulsiva. A repetição de entrevistas pelo computador provavelmente fornecerá as mesmas questões e o mesmo diagnóstico que na primeira entrevista. Insistir nesse ponto é querer que as pessoas se comportem como máquinas. Os modernos sistemas utilizando o aprendizado das redes neurais e processamento de linguagem natural tendem a reduzir esse problema e é possível que no final da década tenhamos novos sistemas de entrevista psiquiátrica mais eficientes.



## PARTE V. DESENVOLVIMENTO E EXPERIMENTAÇÃO DA LIST- S20

### **V.1. Introdução**

A LIST-S20 é um novo sistema desenvolvido a partir da LICET-D100. Na verdade é uma versão ampliada e reestruturada da versão brasileira da Lista Integrada de Critérios de Avaliação Taxionômica para as Depressões -- LICET-D100 (Sougey, 1985).

Os recentes progressos da Informática proporcionaram uma rápida evolução na concepção dos programas para computador. Para se ter uma idéia, em 1986 foi produzido um programa computadorizado em Basic utilizando um pequeno computador TK-90. Em seguida foi adquirido um computador da linha MSX, mais fácil de utilizar e mais potente que o anterior, o que possibilitou a utilização da LICET-D100 (Carvalho, 1987; Carvalho e col., 1988; Carvalho e col., 1989). Entretanto o MSX tinha apenas 64 KBytes de memória e era ligado a um drive externo que utilizava disquetes de 180 KBytes. Esse aparelho é considerado uma miniatura quando comparado ao computador que é utilizado atualmente -- um PC-AT 386DX de 40 MHz, com 8 Mbytes de RAM e um disco rígido com 120 Mbytes. A magnitude torna-se maior quando se leva em consideração que esse grande avanço se deu em apenas 8 anos. Na época, a possibilidade de adquirir um PC era bastante remota devido ao alto custo financeiro dessa máquina no Brasil. O programa da LICET-D100 foi posteriormente adaptado para rodar em computadores compatíveis com a linha IBM-PC pelo Núcleo de Informática Biomédica (NIB) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Em 1989, com um PC-AT 286, foi utilizada a linguagem QuickBasic (Albrecht e col., 1991). Com os recursos da informática, a LICET-D100 foi modificada e ampliada para realizar o diagnóstico em 10 diferentes sistemas de classificação em depressão, passando a se chamar então de LICET-D10. As justificativas, o desenvolvimento e testagem do sistema deu origem a uma Tese de Doutorado (Sougey, 1992).

Mesmo considerada de grande importância para o progresso dos estudos em Psiquiatria, a LICET é muito pouco utilizada. No Brasil, que tenhamos conhecimento, apenas o seu autor e colaboradores vêm trabalhando sistematicamente com ela. Além do desconhecimento do problema que o diagnóstico psiquiátrico vem passando nessas últimas

décadas, há certas dificuldades operacionais do sistema. Embora seja um importante passo para o estudo dos distúrbios depressivos, incorporando avanços tecnológicos, apresenta algumas limitações. Ele necessita ser aplicado na forma convencional, com lápis e papel. Para Mário Louzã Neto, o software desenvolvido tem maior uso para a pesquisa que para diagnóstico em consultório pois leva muito tempo para entrevistar o paciente e digitar os dados depois no computador (Folha de São Paulo, 1992). A LICET-D10 conta com 133 itens, que deve ter uma resposta do tipo SIM/NÃO. Os dados devem ser passados para o computador, que posteriormente fornece os diagnósticos. Esse processo é demorado e cansativo, o que pode inibir o uso mais amplo. Mesmo para o autor, que tem maior experiência com o Sistema, o processo para avaliação de pacientes e obtenção dos diagnósticos era longo. Essas dificuldades são comuns aos outros sistemas de multidiagnóstico psiquiátrico. O Quadro V.9. (página 190) demonstra que, em geral, o tempo gasto para aplicação dos instrumentos diagnósticos é longo, como é o caso do RPMIP, que chega a necessitar até 7 horas de avaliação. Adiciona-se ainda outros problemas:

- esses sistemas necessitam de treinamento;
- é difícil realizar estudos longitudinais em um período longo de tempo porque o paciente que recebe um diagnóstico em um determinado sistema pode vir a ter outro quando um novo é introduzido;
- um investigador que desenvolve um banco de dados baseado em um sistema diagnóstico pode ter seus dados "fora de moda" quando surgir um novo.

A idéia da LIST-S20 vem com o lançamento do ambiente Windows da Microsoft, da linguagem de programação Visual Basic e pela disponibilidade do NIB da UNICAMP, que forneceu esses programas, material e apoio técnico em Inteligência Artificial e programação. Facilidade de operação, agilidade e otimização dos recursos delinearão o desenvolvimento da LIST-S20. Pretendia-se obter um sistema com grandes recursos, ao mesmo tempo que fosse fácil de ser utilizado e flexível, permitindo futuras modificações que poderão vir a ser introduzidas.

A escolha de um novo nome para o sistema (LIST-S20), ao invés de manter como LICET-S20, ocorreu devido a completa reestruturação da arquitetura e funcionamento do sistema. Essas alterações deixariam diferenças tão marcantes em relação ao seu precursor que manter o mesmo nome só implicaria em criar confusão. A palavra LIST não é uma sigla, mas vem do inglês que significa "lista". O sistema LIST-S20 é uma lista de critérios diagnósticos, organizados e processados automaticamente para fornecer diagnóstico. A letra "S" deriva também da palavra inglês "schizophrenia" e 20 é o número de sistemas diagnósticos incluídos. Assim, uma versão avançada da LICET-D10 ficaria com o nome LIST-D10.

## **V.2. Justificativas e objetivos para desenvolvimento da LIST-S20**

- O desconhecimento da etiologia e da patofisiologia para a esquizofrenia só permite um diagnóstico baseado em uma constelação de sinais e sintomas, curso e resposta ao tratamento. Dessa forma, a definição do distúrbio tende a se modificar com o acúmulo de conhecimentos, com certos componentes da síndrome sendo mais enfatizado ou desenfático.
- Mesmo atualmente não há um consenso a respeito da duração dos sintomas da esquizofrenia para seu diagnóstico. Enquanto a CID-10 requer duração de 1 mês (WHO, 1992), o DSM-IV provavelmente irá continuar a utilizar o mesmo período do DSM-III-R de seis meses (Flaum e col., 1991; Andreasen e col., 1990). Diferenças como essas precisam ser melhor estudadas através de um instrumento que possam comparar simultaneamente diversos sistemas.
- As pesquisas precisam utilizar instrumentos que abranjam um grande número de características dos pacientes, de forma a obter um banco de dados para melhor elucidação do problema do diagnóstico da esquizofrenia.
- Esse banco de dados deve conter não apenas informações sobre os sinais e sintomas dos pacientes, mas dados demográficos e os diagnósticos em vários sistemas de classificação. Esses sistemas podem ser comparados, validados ou utilizados para outros fins.
- O instrumento deve ser suficientemente flexível para permitir a realização de vários estudos com diferentes objetivos, evitando-se constantes treinamentos com vários sistemas diagnósticos --- como PSE, SADS, SCID, etc.
- O instrumento deve possibilitar modificações sem comprometimento de sua estrutura, o que permite uma familiarização do usuário com o mesmo, tornando-o mais simples.
- A aplicação dos instrumentos diagnósticos consomem muito tempo e, quanto mais abrangente, mais complexo e cansativo.

O objetivo desse trabalho é o desenvolvimento de um novo instrumento computadorizado de multidiagnóstico para a esquizofrenia, poderoso, fácil de ser operado e que possibilite avaliações com menor gasto de tempo, com resultados diagnósticos imediatos.

Foi avaliado a possibilidade do sistema funcionar com uma entrevista estruturada, o que deveria aumentar a concordância interavaliadores. Entretanto, ao incluir uma entrevista estruturada o Sistema sofreria a mesma tendenciosidade que as perguntas selecionadas para os critérios. Robins (1989) em seu artigo "Diagnostic Grammar and Assessment: translating criteria into questions" demonstra a dificuldade em criar uma entrevista estruturada,

referindo-se às diferenças gramaticais encontradas entre DSM-III e DSM-III-R e a entrevista utilizada no DIS. Concordando com sua afirmação de que há uma simbiose entre o sistema nosológico e as avaliações padronizadas, uma entrevista estruturada pode vir a ser desenvolvida futuramente.

A partir do momento que a LIST-S20 tivesse uma entrevista estruturada, ela poderia ser aplicada diretamente ao paciente sem interferência do avaliador, como vem ocorrendo com o DIS computadorizado<sup>1</sup>. Essa possibilidade foi, pelo menos no momento, afastada pelos resultados obtidos com a própria DIS computadorizada. Como Bucholz e col. (1991) demonstraram, havia uma significativa tendenciosidade na estimativa de prevalência dos distúrbios esquizofrênicos, esquizofreniforme e pânico. Além do mais, como esses mesmos autores lembram, essas entrevistas computadorizadas não são adequadas para pacientes:

- com pouca capacidade de ler;
- com psicose em atividade;
- com outros problemas que apresentam riscos durante manipulação o teclado ou monitor do computador.

Sabendo que o Sistema seria testado em pacientes com quadro psicótico, utilizando um computador portátil e sem ajuda de um serviço de enfermagem especializado, considerou-se adequado evitar a manipulação direta do paciente com o computador.

---

<sup>1</sup> Ver página 190

### **V.3. Metodologia**

#### **V.3.1. Seleção dos Sistemas Diagnósticos**

O objetivo maior da LIST-S20 é estudar o problema do diagnóstico da esquizofrenia. Como a delimitação que temos da esquizofrenia vem de concepções de autores e escolas psiquiátricas, a incorporação do que entendemos hoje como 'outros distúrbios psicóticos não orgânicos' pode ajudar a entender melhor os limites da esquizofrenia. Outras classificações para esses outros distúrbios psicóticos podem fazer parte da LIST-S20.

A seleção dos sistemas diagnósticos deveu a certos princípios:

- O sistema deveria estar operacionalizado, portanto, apenas sistemas já operacionalizados foram incluídos. Há casos em que sistemas foram operacionalizados por outros autores.
- Aceitação pela comunidade psiquiátrica como relevantes. É o caso de sistemas como de Bleuler e Kraepelin. Apesar de ser os mais antigos, são tidos como importantes marcos no progresso do diagnóstico psiquiátrico. Busca-se, dessa forma, um resgate para reinvestigação desses conceitos.
- Utilização em pesquisa e clínica psiquiátrica. É o caso, por exemplo, do DSM-III-R, considerado o sistema mais utilizado em todo o mundo atualmente.

Na LIST-S20 há dois sistemas Kraepelinianos e três Langfeldtinianos. A inclusão de uma mesma concepção de um autor em duas ou três formas diferentes teve como objetivo evitar a incorporação de um determinado sistema em detrimento de outro. Como esses sistemas não foram originalmente operacionalizados, isso é, a operacionalização foi realizada posteriormente por outros autores, resultou em três diferentes critérios diagnósticos. Quem pode dizer, com exatidão, qual dos sistemas reflete melhor a idéia do autor sobre a natureza da esquizofrenia? Dessa forma poderemos comparar esse sistemas e aproveitar a colaboração dos autores que operacionalizaram os sistemas diagnósticos.

Inicialmente havia um projeto para incluir apenas dois sistemas diagnósticos: o DSM-III-R e a CID-10. Entretanto o objetivo desse trabalho foi o desenvolvimento um sistema computadorizado de multidiagnóstico para a esquizofrenia visando possibilitar estudos mais abrangentes desse distúrbio. Isso inclui a coleta de dados de pacientes e cruzamento dessas informações com outras concepções de esquizofrenia.

Teriam as concepções de esquizofrenia de Kurt Schneider ou de Kraepelin apenas valor histórico? Questões como essa ainda não foram resolvidas e merecem melhor investigação. Por isso esse trabalho traz 20 formas diferentes de diagnosticar esquizofrenia. Essas não são todas que temos, mas apenas algumas das principais que surgiram nesse século.

Como essa é uma área em constante desenvolvimento e mudanças, somente estudos comparativos com grande número de dados possibilitarão termos uma resposta satisfatória. Quais dados devem ser coletados para futuros estudos? A forma que esse projeto escolheu foi em rever um grande número de critérios para esse distúrbio. Esses critérios representam uma coleção do que foi considerado mais importante para o diagnóstico de esquizofrenia por estudiosos e várias escolas diferentes que se dedicaram a esse tema. Talvez apenas esses critérios não sejam suficientes. Por isso há planos para estudar a inclusão de itens de outros sistemas de diagnósticos e coleta de dados, como o CASH e o SCAN.

Uma outro problema diz respeito aos limites entre a esquizofrenia e outros distúrbios, como esquizoafetivo, distúrbios de humor, distúrbio delirante, dentre outros. Isso poderá ser melhor estudado quando o sistema for ampliado a ponto de incluir todas essas possibilidades. Isso deverá ocorrer em etapas. O presente Sistema já incluirá a esquizofrenia, distúrbio esquizotípico e distúrbios delirantes da CID-10 e DSM-III-R. Dessa forma, o Sistema pode ser expandido e incluir outras categorias, não apenas esquizofrenia. Há um projeto para fazer uma combinação da LIST-S20 com a LICET-D10 e incluir outros grupos de distúrbios mentais como ansiedade e distúrbios de personalidade. Esses recursos permitirá o avaliador navegar não somente entre os critérios para os distúrbios esquizofrênicos, mas explorar a possibilidade de diagnóstico de outros distúrbios mentais.

Dessa forma, fica claro que a LIST-S20 não será um sistema pronto e fechado. Sendo suficientemente flexível, poderá sofrer expansões brevemente, contando com mais recursos, como a inclusão de novos itens, sistemas diagnósticos e outras categorias diagnósticas. A seleção de vinte sistemas é um número suficiente para demonstrar que:

- há uma grande quantidade de sistemas de classificação e diagnóstico para a esquizofrenia;
- a LIST-S20 poderá trabalhar simultaneamente com um grande número de sistemas;
- há possibilidade de estudar um grande número de concepções de um distúrbio mental.

Uma listagem dos vinte sistemas diagnósticos que fazem parte da LIST-S20 encontra-se no Quadro V.3.1. Esses sistemas são descritos a seguir.

Quadro V.3.1. Sistemas diagnósticos incluídos na LIST-S20 com suas referências.

<b>Nome utilizado na LIST-S20</b>	<b>Referência</b>
Kraepelin I	McGorry e col., 1990
Kraepelin II	Landmark, 1982
Eugen Bleuler	Landmark, 1982
Manfred Bleuler	Landmark, 1982
Langfeldt I	Berner e col., 1983
Langfeldt II	Landmark, 1982
Langfeldt III	Landmark, 1982
Kurt Schneider	Schneider, 1968
Yusin	Landmark, 1982
Feighner	Berner e col., 1983
RDC	Berner e col., 1983
New Haven	Berner e col., 1983
Sistema Flexível	Berner e col., 1983
PSE	Landmark, 1982
Viena	Berner e col., 1983
Taylor/Abrams	Berner e col., 1983
Crítérios Franceses	Berner e col., 1983
DSM-III	American Psychiatric Association, 1980
DSM-III-R	American Psychiatric Association, 1987
CID-10	World Health Organization, 1992

### **V.3.1.1. Emil Kraepelin**

A atual concepção sindrômica de esquizofrenia foi inicialmente descrita por Kraepelin em 1886, sendo ele considerado como o grande sistematizador da Psiquiatria Contemporânea. Antes de seus clássicos trabalhos do final do século passado, as referências sobre os quadros, que hoje chamamos de esquizofrenia, eram esparsas e consistiam em descrições de aspectos particulares da enfermidade (Shirakawa, 1989).

Baseado nos trabalhos de Morel sobre a demência precoce, das descrições de Kahlbaum sobre a catatonía e da hebefrenia de Hecker, Kraepelin reuniu esses quadros em uma entidade por ele chamada de demência precoce. Esse termo já havia sido utilizado por Morel em 1860.

A concepção de Kraepelin é baseada em presença de determinados sintomas e no curso da doença. Seu conceito consta de três eixos: sintomatologia, evolução (crônica, levando a deterioração psíquica) e etiológico (endógeno) (Berner e col. apud Caetano, 1991). A partir desses critérios podia então ser feito o diagnóstico diferencial com a psicose maníaco-depressiva, a outra "psicose endógena" da classificação Kraepeliniana.

Essa dicotomia prevalece até hoje como um paradigma da psiquiatria. Entretanto, não faltam estudiosos que contestem esse dualismo. Em recente trabalho publicado no *American Journal of Psychiatry*, Taylor e col. (1992) fazem uma revisão do tema. Os autores concluem, baseados em estudos genéticos, que a visão Kraepeliniana para as psicoses necessita ser modificada. Para eles, a distinção entre distúrbios afetivos e esquizofrenia não é clara quando se leva em consideração fatores biológicos de transmissão genética. O próprio Kraepelin questiona sua dicotomia quando, 22 anos após sua descrição inicial da demência precoce, escreveu: "Tem se tornado cada vez mais claro que nós não podemos fazer uma distinção satisfatória entre esses dois distúrbios, o que nos leva a suspeitar de que nossa formulação do problema pode estar incorreta" (Kraepelin apud Taylor e col., 1992).

Mais tarde, Eugen Bleuler rebatiza a demência precoce para esquizofrenia, porque "na esquizofrenia não há propriamente demência no sentido clássico, nem a aparição da moléstia é fatalmente precoce, como ainda não o é a sua evolução para a demência terminal" (Bleuler apud Shirakawa, 1989). Essa argumentação foi posteriormente reconhecida por Kraepelin.

#### V.3.1.1.1. Categorias do sistema de Kraepelin incluídas na LIST-S20

##### *Kraepelin I*

- Demência precoce certa
- Demência precoce provável

##### *Kraepelin II*

- Demência precoce

### V.3.1.1.2. Critérios de Kraepelin para demência precoce

Referência: McGorry e col., 1990

LIST-S20: Kraepelin I

#### Critérios de Kraepelin para demência precoce

Presença de A e B para diagnóstico provável

Presença de A, B e C para diagnóstico definitivo

A. Pelo menos 1 dos seguintes:

- (1) Embotamento afetivo ou apatia e distúrbio da volição
- (2) Sintomas catatônicos
- (3) Negativismo
- (4) Sentimentos impostos

B. Pelo menos 1 dos seguintes:

- (1) Distúrbio da associação
- (2) Afetos inadequados
- (3) Comportamento desorganizado ou bizarro

C. Sintomatologia residual

### V.3.1.1.3. Critérios de Kraepelin para demência precoce

Referência: Landmark, 1982

LIST-S20: Kraepelin II

#### Critérios de Kraepelin para demência precoce

A. Pelo menos 2:

- (1) Início insidioso
- (2) Isolamento social
- (3) Apatia
- (4) Perda de insight

B. Pelo menos 3:

- (1) Distúrbio da associação
- (2) Autismo
- (3) Distúrbio do afeto
- (4) Delírio primário
- (5) Alucinações
- (6) Idéias de referência
- (7) Distúrbio da volição
- (8) Distúrbio da atenção
- (9) Sentimento de passividade
- (10) Sintomas catatônicos

C. Presença de pelo menos 2 sintomas residuais.

### **V.3.1.2. Eugen e Manfred Bleuler**

A Psiquiatria Kraepeliniana era dominante em 1898 quando Bleuler tornou-se diretor do Hospital Burghölzli, a clínica psiquiátrica da Universidade de Zurique. Em 1900 Bleuler admitiu como assistente um jovem médico com um futuro promissor -- Carl Jung. Juntos, eles passaram a estudar teorias psicodinâmicas. Em 1911, Eugen Bleuler apresenta sua monografia "Demência Precoce ou o Grupo das Esquizofrenias", refletindo a psiquiatria do início do século vinte: uma psiquiatria descritiva como uma tendência a organicidade e compreensão dos sintomas psiquiátricos baseados na teoria psicanalítica.

Geralmente é dito que Bleuler descreveu quatro sintomas cardinais da esquizofrenia, conhecidos como os "4 A's de Bleuler" -- associação, autismo, ambivalência e afeto. Isso na verdade não é encontrado em sua monografia (Menuck, 1979). O que Bleuler observou foi um número de sinais e sintomas que ele considerava único para a esquizofrenia e sempre detectáveis na fase aguda da doença -- os sintomas básicos -- e outros, como delírios e alucinações, que não são específicos para a esquizofrenia e nem sempre estão presentes -- os sintomas acessórios (Bleuler, 1985). Como os sintomas básicos sempre estão presentes na esquizofrenia, eles são de grande importância para o diagnóstico. Acontece que, em inglês, o nome de alguns desses sintomas começam com a letra "a", ficando famoso o termo "os 4 A's de Bleuler".

Esses conceitos não devem ser confundidos com o que Bleuler chamou de sintomas primários e secundários. Sintomas primários, para ele, estão relacionados com o processo mórbido e refletem uma lesão cerebral subjacente. Os sintomas secundários devem ser entendidos como uma reação psicológica à doença.

Os critérios de Eugen Bleuler são usado quase que universalmente no mundo ocidental (Landmark, 1982). Segundo a tradição, a presença de 2 ou 3 dos "4 A's" é suficiente para o diagnóstico de esquizofrenia.

Seu conceito de esquizofrenia era mais amplo do que o Kraepeliniano e não tinha limites claros. Como o sistema Schneideriano, o conceito de esquizofrenia de Bleuler é unidimensional, isto é, considera apenas o corte transversal do quadro clínico e, conseqüentemente, de pouco valor prognóstico.

O filho de Eugen Bleuler, Manfred Bleuler, veio a se tornar também um grande psiquiatra. M. Bleuler acompanhou por mais de 20 anos a evolução de 212 esquizofrênicos internados no Hospital Burghölzli em 1942 e 1943. Ele propôs seu próprio sistema diagnóstico (Bleuler apud Landmark, 1982). Apesar de M. Bleuler ter uma opinião semelhante à de seu pai, seu sistema é um menos amplo. No entanto, ele criticava outros

sistemas, como o de Langfeldt e da psiquiatria americana por considerar por demais rigorosos.

#### **V.3.1.2.1. Categoria de Eugen Bleuler e Manfred Bleuler incluída na LIST-S20**

- Esquizofrenia

### **V.3.1.2.2. Critérios de Eugen Bleuler para esquizofrenia.**

Referência: Landmark, 1982

LIST-S20: Eugen Bleuler

#### **Critérios de Eugen Bleuler para esquizofrenia**

Pelo menos 3:

1. Distúrbio da associação
2. Autismo
3. Ambivalência
4. Distúrbio do afeto

### **V.3.1.2.3. Critérios de Manfred Bleuler para esquizofrenia.**

Referência: Landmark, 1982

LIST-S20: Manfred Bleuler

#### **Critérios de Manfred Bleuler para esquizofrenia**

Pelo menos 3:

1. Dissociação do pensamento
2. Alteração da expressão emocional
3. Sintomas catatônicos
4. Delírios ou alucinações

### **V.3.1.3. Gabriel Langfeldt**

Com as mesmas características de Kraepelin, Langfeldt defendeu que o diagnóstico de esquizofrenia deveria ficar restrito aos distúrbios com determinados sintomas e curso crônico. Langfeldt baseou-se em estudos que realizou nos anos de 1923 a 1926, quando observou que havia diferenças entre as formas de evolução aguda e crônica. (Langfeldt apud Assunção Filho e col., 1991). Ele empreendeu um estudo catamnésico, durante dez anos, em uma amostra de 100 pacientes diagnosticados como esquizofrênicos. Dezesete pacientes apresentaram remissão completa, quatro melhoraram e 79 continuaram inalterados ou pioraram. Assim, Langfeldt distinguiu dois grupos:

- Esquizofrenia verdadeira ou processual, com evolução deteriorante idêntica à demência precoce de Kraepelin.
- Psicose esquizofreniforme, cujos pacientes apesar de apresentarem sintomas da esquizofrenia, evoluíram com bom prognóstico.

Langfeldt estudou os fatores que considerava de mau e bom prognóstico (Langfeldt apud Berner e col., 1983). Outros estudos vieram a demonstrar a validade preditiva desses fatores (Kendell e col., 1977; Brockington e col., 1978; Langfeldt, 1969; Langfeldt, 1972).

#### **Fatores de mau prognóstico para a esquizofrenia**

1. Desenvolvimento pré-mórbido da personalidade com pobreza emocional e intelectual.
2. Sem presença de fatores precipitantes.
3. Início insidioso
4. Sintomatologia essencialmente característica da demência precoce de Kraepelin, com autismo e embotamento afetivo como descritos por Eugen Bleuler. Os casos particularmente com má evolução são caracterizados por sintomas típicos de despersonalização e desrealização, com consciência clara e ausência de características de outras psicoses.
5. Um ambiente desfavorável antes e após do aparecimento do distúrbio.

#### **Fatores de bom prognóstico para a esquizofrenia**

1. Personalidade pré-mórbida com um bom desenvolvimento emocional e intelectual.
2. Presença de fatores precipitantes
3. Início agudo

4. Sintomatologia caracterizada por um quadro misto, principalmente com presença de sintomas maníacos-depressivos, características ou sintoma de origem orgânica e psicogênica, e ausência de embotamento afetivo.

5. Ambiente favorável antes e após o aparecimento do distúrbio, com atitudes corretas para os problemas do paciente.

Langfeldt tem sido criticado por utilizar variáveis de difícil definição como, por exemplo, "sentimento do precoce". Seus critérios para esquizofrenia têm encontrado várias operacionalizações. Nesse trabalho estão reunidos três diferentes sistematizações diagnósticas:

1. Baseado nos critérios descritos por Berner e col. (1983)
2. "Critérios estatísticos", para uso em pesquisas (Landmark, 1982).
3. Critérios clínicos, considerado mais "clínico", mas também podendo ser utilizado em estudos estatísticos desde que o psiquiatra já esteja familiarizado com os sistemas de Langfeldt (Landmark, 1982).

#### **V.3.1.3.1. Categoria de Gabriel Langfeldt incluída na LIST-S20**

##### *Langfeldt I, II e III*

- Esquizofrenia

### V.3.1.3.2. Critérios de Gabriel Langfeldt para a esquizofrenia

Referência: Berner e col., 1983

LIST-S20: Langfeldt I

#### Critérios de Gabriel Langfeldt para esquizofrenia

- A. Critérios sintomatológicos - Sinais importantes para o diagnóstico de esquizofrenia são (se não há presença de sinais de distúrbio cerebral orgânico, infecção ou intoxicação):
- (1) Alterações na personalidade, que se manifesta como um tipo especial de embotamento afetivo, seguido por perda de iniciativa e modificações do comportamento, sendo esse geralmente esquisito (na hebefrenia, em especial, essas alterações são bem características, sendo as principais características para o diagnóstico).
  - (2) No tipo catatônico, história e sinais típicos nos períodos de agitação e estupor (com negativismo, facies imóvel, catalepsia, certos sintomas vegetativos, etc.)
  - (3) Na psicose paranóide sintomas de divisão da personalidade (ou "sintomas de despersonalização") e perda do senso de realidade ("sintomas de desrealização") ou delírios primários.
  - (4) Alucinações crônicas
- B. Critério em relação ao curso - A decisão final sobre o diagnóstico não pode ser feita antes de um período de pelo menos cinco anos que demonstre tratar-se de um distúrbio de curso crônico.

### V.3.1.3.3. Critérios de Gabriel Langfeldt para esquizofrenia, versão para pesquisa.

Referência: Landmark, 1982.

LIST-S20: Langfeldt II

#### Critérios de Gabriel Langfeldt para esquizofrenia

- A. Pelo menos 1:
  - (1) Início insidioso (6 meses)
  - (2) Isolamento social
  - (3) Comportamento bizarro
  - (4) Personalidade esquizóide
  
- B. Pelo menos 2:
  - (1) Despersonalização e/ou desrealização
  - (2) Distúrbio da associação
  - (3) Distúrbio do afeto
  - (4) Delírio primário
  - (5) Sentimento do precoce
  - (6) Sentimentos de passividade
  - (7) Alucinações auditivas
  - (8) Sintomas catatônicos
  
- C. Presença de pelo menos dois sintomas residuais

#### **V.3.1.3.4. Critérios de Gabriel Langfeldt para esquizofrenia, versão clínica.**

Referência: Landmark, 1982

LIST-S20: Langfeldt III

##### **Critérios de Gabriel Langfeldt para esquizofrenia**

A. Quebra no desenvolvimento da personalidade

B. Desintegração da personalidade com pelo menos 2 dos seguintes sintomas:

- (1) Distúrbio da associação
- (2) Distúrbio do afeto
- (3) Delírio
- (4) Alucinações auditivas
- (5) Sintomas catatônicos

C. Curso deteriorante (persistência de sintomatologia residual por pelo menos 2 anos).

#### V.3.1.4. Kurt Schneider

Certos sintomas descritos por Kurt Schneider têm sido considerados como de muito valor para o diagnóstico de esquizofrenia. Trata-se dos sintomas de primeira ordem (SPO), descritos em 1939 (Schneider, 1968), para caracterizar uma constelação de sintomas que considerava específicos da esquizofrenia. Para Schneider, a esquizofrenia aparece como uma doença de origem orgânica que "no momento" só pode ser apreendida enquanto síndrome. É na descrição dessa síndrome e na pesquisa de sintomas patognomônicos que reside a originalidade da abordagem Schneideriana. Assim, a psicopatologia descritiva transforma-se em psicopatologia clínica (Sougey e col., 1987). Para Schneider o diagnóstico é fundamental e significa "concluir sobre a natureza específica de um processo ou estado mórbido a partir de seus sintomas." (Schneider, 1950).

Todos os SPO já haviam sido descritos antes de Schneider, cabendo a ele agrupar esses sintomas, a partir da observação clínica (Cheniaux Jr., 1991). Os SPO Schneiderianos foram introduzidos nos países de língua inglesa através de psiquiatras ingleses, especialmente por Frank Fish (1962) e John Wing (1974), sendo então incorporados ao PSE.

Kurt Schneider descreveu onze sintomas aos quais considerou como patognomônicos para o diagnóstico de esquizofrenia, desde que fosse excluída qualquer alteração concomitante de base orgânica. A constelação dos SPO representa experiências anormais das percepções e sensações (sonorização do pensamento, vozes que dialogam entre si, vozes que acompanham a própria ação com comentários e vivências de influência corporal), do pensamento (subtração do pensamento, difusão do pensamento, imposição do pensamento e percepção delirante) e dos sentimentos, impulsos e vontades experienciados subjetivamente como impostos. Alguns autores consideram apenas oito os SPO (Vilela, 1989) e isso é verdade quando os sintomas *sentimentos impostos, impulsos impostos e vontades impostas* são aceitos como um único sintoma e o sintoma *imposição do pensamento* é considerado junto com *roubo ou subtração do pensamento*. Alguns autores seguem a operacionalização dos SPO realizada por Mellor e col. (1981) e Wing e col. (1974). As definições que são utilizadas aqui foram baseadas em um estudo de Mellor (1970), e a terminologia dos sintomas foi transcrita da versão brasileira do sistema AMDP (Silva, 1979). Os SPO utilizados nesse trabalho foram previamente utilizados para estudar sua frequência em esquizofrênicos no Nordeste brasileiro (Sougey e col., 1987). Os SPO tendem a aparecer juntos com outras características em que revelam uma certa perda de autonomia dos pensamentos, sentimentos e do próprio corpo. Essa hipótese de "perda de limites do ego" não foi a base para a formulação de Schneider para os SPO; seus critérios são empíricos, baseados na observação dos sintomas mais frequentes nos pacientes esquizofrênicos.

Os SPO ganharam popularidade devido a certas características que apresentam (Andreasen e col., 1983):

i) Eles tendem a ser sintomas psicopatológicos. Ao contrário dos quatro A's de Bleuler, os quais parecem ter um *continuum* com a normalidade, os delírios e alucinações de Schneiderianos tendem a ser fenômenos claramente patológicos.

ii) Os SPO podem ser definidos com melhor confiabilidade do que os sintomas de Bleuler. Essa reivindicação metodológica tornou-se particularmente importante após o estudo US/UK e o IPSS.

iii) Os SPO têm sido incluídos em várias entrevistas estruturadas como o PSE e o SADS e em sistemas diagnósticos como o RDC e o DSM. Apesar desses sistemas também fazer referência a alguns sintomas Bleulerianos, eles dependem do reconhecimento de delírios e alucinações -- particularmente com as características descritas por Schneider.

Estudos vieram a demonstrar que os SPO não são específicos da esquizofrenia, isto é, não são patognomônicos para a esquizofrenia. O próprio Schneider -- e subseqüentes investigações clínicas -- têm demonstrado que os SPO podem ocorrer em psicoses orgânicas (Akiskal e col., 1979; Fish, 1962). Quase todos os estudos têm utilizado as psicoses afetivas para testar a especificidade dos SPO na esquizofrenia. Carpenter e col. (1973) relatou a presença dos SPO em um quarto das psicoses afetivas. Trabalhos de Abrams e col. (1974; 1976) e Clayton e col. (1965) demonstraram que os SPO ocorrem em psicoses afetivas definidas pela história familiar, resposta a tratamento ou curso da doença. Pope e Lipinski (1978), em uma revisão da literatura, afirmam que não há sintomas específicos para o diagnóstico de esquizofrenia. Essa revisão foi essencial para o desenvolvimento do DSM. De acordo com esse sistema, a presença de um SPO é sugestivo de esquizofrenia somente na ausência de síndromes orgânicas e afetivas. Em outras palavras, sintomas incongruentes com o humor, incluindo os SPO, podem estar presentes em psicoses afetivas.

Apesar de não ser considerados patognomônicos para esquizofrenia, os SPO apresentam uma importante associação com ela. Wing e col. (1975) descreveram que os SPO eram quase sempre (95%) associados com a "esquizofrenia nuclear" ou "síndrome paranóide", no entanto cerca de 17% dos pacientes maníacos também apresentavam pelo menos um dos SPO.

Essa questão não está resolvida em definitivo. Quando comparado com marcadores biológicos como teste da supressão da dexametasona e teste do tempo de latência REM, um importante estudo verificando a evolução e a história familiar demonstrou que as psicoses afetivas com sintomas psicóticos congruentes com o humor parecem mais com os distúrbios afetivos não-psicóticos, enquanto que as psicoses afetivas com sintomas psicóticos humor

incongruentes têm maior semelhança com a esquizofrenia (Coryell e col., 1982). Em um estudo de Akiskal e col. (1979), foi observado que os SPO em psicoses afetivas eram frequentemente secundários a um distúrbio concomitante, como alucinação alcoólica, outras psicoses por drogas ou outras doenças médicas que não estavam sendo examinadas. Quando excluído esses fatores, 10% dos pacientes com psicoses afetivas apresentavam um SPO, mas nenhum paciente deles apresentavam mais de dois SPO. As principais conclusões desse estudo foram:

- i) Quando diante de um diagnóstico diferencial entre esquizofrenia e psicose afetiva, a presença de um SPO fornece uma especificidade de 90% quando outras condições médicas são afastadas.
- ii) A prevalência de um número elevado de SPO em um paciente indica esquizofrenia com um alto grau de certeza.

#### **V.3.1.4.1. Categorias de Kurt Schneider incluídas na LIST-S20**

- Esquizofrenia
- Sem Sintomas de Primeira Ordem de Kurt Schneider para Esquizofrenia

### V.3.1.4.2. Sintomas de Primeira Ordem de Kurt Schneider para a esquizofrenia.

Referência: Schneider, 1968

LIST-S20: Schneider

#### Critérios de K. Schneider para a esquizofrenia (SPO)

A. Presença de pelo menos 1:

- (1) Sonorização do Pensamento
- (2) Vozes que dialogam entre si
- (3) Vozes que acompanham a própria ação com comentários
- (4) Percepção delirante
- (5) Vivências de influência corporal
- (6) Imposição do pensamento
- (7) Subtração do pensamento
- (8) Difusão do pensamento
- (9) Sentimento imposto
- (10) Impulso imposto
- (11) Vontade imposta

B. Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou ou manteve a perturbação.

### **V.3.1.5. Yusin**

Os critérios de Yusin (1974) foram derivados de um estudo realizado com 241 pacientes atendidos em emergência psiquiátrica. Vinte e sete sintomas relacionados com a esquizofrenia foram avaliados em todos os pacientes. Os diagnósticos psiquiátricos, baseados no DSM-II, foram posteriormente comparados com a ausência ou presença dos sintomas nesses pacientes.

O coeficiente Phi foi utilizado para medir a correlação entre os sintomas e o diagnóstico de esquizofrenia. Dessa forma, foi arbitrariamente determinado que, quando o coeficiente de correlação fosse igual ou maior que 0,4, esses sintomas ocorriam mais frequentemente na esquizofrenia e foram chamados de *sintomas maiores*. Os sintomas que apresentaram menor correlação foram identificados como *sintomas menores*. Também foram identificados sintomas patognomônicos, isto é, que ocorreram apenas na esquizofrenia: neologismos, ecopraxia e discurso bizarro. Yusin e col. estabeleceram duas formas de diagnóstico de esquizofrenia a partir desse estudo.

#### **Esquizofrenia certa**

Se preencher qualquer dos 3 critérios:

- Presença de neologismo e/ou ecopraxia e/ou discurso bizarro.
- Presença de cinco ou seis critérios maiores.
- Presença de nove ou mais critérios menores.

#### **Tentativa de diagnóstico de esquizofrenia**

Considerado quando um diagnóstico de esquizofrenia é realizado em uma dessas circunstâncias:

- Menos que cinco critérios maiores.
- Menos que nove critérios menores.

Apesar de suas conclusões, esse estudo tem sérias limitações. O diagnóstico psiquiátrico foi realizado por clínicos utilizando o DSM-II, um sistema de diagnóstico não confiável e não validado. A natureza arbitrária da seleção do ponto de corte em 0,4 para o coeficiente de correlação tornam as conclusões duvidosas. Além disso, não há nenhuma tentativa de correlacionar os diagnósticos ou sintomas com outras variáveis.

Posteriormente Newmark e col. (1975) desenvolveram um sistema diagnóstico baseado em quatro dos seis critérios maiores de Yusin. Utilizando análise estatística discriminante, ele sugeriu um índice para cada um dos sintomas, de forma que o diagnóstico de esquizofrenia seria baseado em um cálculo matemático. O Quadro V.3.2 reproduz o sistema de Newmark. Para entender como funciona veja um exemplo. Se um paciente apresenta distúrbio da associação (sintoma 1) e delírio (sintoma 4), então:

$$6,85035 \text{ (sintoma 1)} + 4,25569 \text{ (sintoma 4)} - 8,81648 \text{ (constante)} = 2,28956$$

$$0,45912 \text{ (sintoma 2)} + 1,88828 \text{ (sintoma 3)} - 1,06585 \text{ (constante)} = 1,28155$$

Como 2,28956 é maior que 1,28155, então o paciente é considerado esquizofrênico.

Landmark (1982) em seu "Manual para avaliação da esquizofrenia" inclui esses dois sistemas. Ele modificou os critérios de inclusão de Yusin considerando que o paciente necessita apresentar apenas 5 dos 6 critérios para ser considerado como positivo.

Quadro V.3.2. Sintomas e índices do sistema de Newmark.

Sintoma	Esquizofrênico	Não-esquizofrênico
1. Distúrbio da associação	6,85035	0,65298
2. Autismo	4,69684	0,45912
3. Sentimentos de passividade	4,94757	1,88828
4. Delírio	4,25569	0,52454
<i>Constante</i>	-8,81648	-1,06585

### V.3.1.5.1. Categoria de Yusin incluída na LIST-S20

- Esquizofrenia

### V.3.1.5.2. Critérios de Yusin para a Esquizofrenia.

Referência: Landmark, 1982

LIST-S20: Yusin

#### Critérios de Yusin para esquizofrenia

Pelo menos 5:

1. Alucinações
2. Isolamento social
3. Distúrbio da associação
4. Autismo
5. Sentimentos de passividade
6. Delírios

### **V.3.1.6. Saint-Louis**

Foi nos Estados Unidos que a noção de critérios para o diagnóstico veio a ser efetivamente desenvolvida e rapidamente difundida entre a comunidade científica psiquiátrica de todo o mundo. No início dos anos setentas o trabalho do grupo de pesquisadores da Faculdade de Medicina da Universidade de Washington em Saint Louis levou à publicação dos "Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research", também conhecidos como "Critérios da Escola de Saint-Louis" ou de Feighner (1972). Trata-se de critérios destinados ao diagnóstico de quinze categorias de distúrbios psiquiátricos e foram criados com o objetivo de permitir a identificação de grupos homogêneos de pacientes para a pesquisa.

A partir da publicação dos critérios de Feighner, vários outros autores, tanto nos Estados Unidos, quanto na Europa desenvolveram sistemas de classificação baseados nas exigências de critérios de inclusão e exclusão para o diagnóstico. O surgimento desses sistemas e sua influência no âmbito da pesquisa marca uma etapa capital no desenvolvimento da nosologia psiquiátrica atual.

#### **V.3.1.6.1. Categorias de Feighner incluídas na LIST-S20**

- Esquizofrenia certa
- Esquizofrenia provável

### V.3.1.6.2. Critérios de Feighner para esquizofrenia.

Referência: Berner e col., 1983

LIST-S20: Feighner

#### Critérios de Feighner para esquizofrenia

- A. Presença de ambos os critérios:
- (1) Um distúrbio crônico com pelo menos 6 meses de sintomas, sem retorno ao nível pré-mórbido de ajustamento psicossocial.
  - (2) Ausência de um período de sintomas maníacos ou depressivos suficiente para se considerar um distúrbio afetivo ou um provável distúrbio afetivo.
- B. Pelo menos 1:
- (1) Delírios ou alucinações sem significativa perplexidade ou desorientação associada.
  - (2) Produção verbal que torna a comunicação difícil devido à perda de organização lógica ou compreensão (na presença de mutismo, a decisão diagnóstica deve ser adiada).
- C. Pelo menos três das seguintes manifestações devem estar presentes para um diagnóstico "definitivo" de esquizofrenia, e duas para um diagnóstico de "provável" esquizofrenia.
- (1) Solteiro
  - (2) Pobreza premórbida no ajustamento social ou no trabalho.
  - (3) Antecedente familiar de esquizofrenia.
  - (4) Ausência de alcoolismo ou abuso de drogas no período de um ano antes do início da psicose.
  - (5) Início da doença antes da idade de 40 anos.

### **V.3.1.7. Critérios de New Haven para a Esquizofrenia (CNHE)**

Como os critérios para o diagnóstico de esquizofrenia pelo DSM-II são muito amplos, Astrachan e col. (1972) desenvolveram esse sistema numa tentativa de operacionalização dos critérios para esquizofrenia do DSM-II (Fenton e col., 1982).

Sendo considerado o segundo sistema diagnóstico psiquiátrico baseado em critérios operacionais, ele incorpora um complexo sistema de pontuação, sendo necessário pelo menos quatro pontos para o diagnóstico de esquizofrenia.

Os CNHE são provavelmente melhor para seleção diagnóstica inicial e podem ser utilizados para estudos retrospectivos baseados em documentos com dados dos pacientes, como os prontuários médicos (Berner e col., 1983).

Os CNHE não incluem formalmente nenhum item de exclusão, mas os autores informam, no artigo publicado em 1972, que deve-se considerar sintomas psicopatológicos associados a distúrbio orgânico e uso de drogas, assim como a presença de importante sintomatologia afetiva como critérios de exclusão. Uma outra característica dos CNHE é que eles não consideram o tempo de presença dos sintomas, não importando a duração da doença para o diagnóstico de esquizofrenia.

#### **V.3.1.7.1. Categoria de New Haven incluída na LIST-S20**

- Esquizofrenia

### V.3.1.7.2. Critérios de New Haven para esquizofrenia

Referência: Berner e col., 1983

LIST-S20: New Haven

#### Critérios de New Haven para esquizofrenia

- (1) a. Delírios (não especificados ou outro que depressivo)
  - b. Alucinações (auditivas)
  - c. Alucinações (visuais)
  - d. Alucinações (outras)
  
- (2) Pensamento desorganizado e/ou distúrbio do pensamento.  
Pelo menos 1 dos seguintes:
  - a. Pensamento bizarro
  - b. Pensamento autista ou grosseiramente irreal
  - c. Perda das associações, pensamento ilógico, superinclusão
  - d. Bloqueio do pensamento
  - e. Pensamento concreto
  - f. Desrealização
  - g. Despersonalização
  
- (3) Afeto inapropriado
  
- (4) Confusão
  
- (5) Ideação paranóide (auto-referente, desconfiado)
  
- (6) Comportamento catatônico
  - a. excitação
  - b. estupor
  - c. flexibilidade cética
  - d. negativismo
  - e. mutismo
  - f. ecolalia
  - g. atividade motora estereotipada

## Critérios de New Haven para esquizofrenia

Sistema para classificação:

Para ser considerado parte do grupo de esquizofrenia o paciente deve apresentar o critério 1 ou 2a ou 2b ou 2c, e deve obter um escore total de pelo menos 4 pontos.

O item 1 pode obter, no máximo, 4 pontos: 2 para a presença de delírios e 2 para alucinações.

O item 2 pode ter, no máximo, 2 pontos para os critérios de "a" a "c" (cada critério vale 2 pontos), 1 ponto para cada sintoma "d" e/ou "e", e 1 ponto cada para a presença simultânea de "f" e "g". Portanto, o escore máximo no item 2 é de 5 pontos.

Os itens 3, 4, 5 e 6 recebem 1 ponto cada.

Observação: quando o 4º ponto necessário para o diagnóstico dependem da presença dos critério 2d ou 2e, esses sintomas não devem ser considerados.

Os autores informam que deve-se considerar sintomas psicopatológicos associados a distúrbio orgânico e uso de drogas, assim como a presença de importante sintomatologia afetiva como critérios de exclusão (Astrachan e col., 1972).

### **V.3.1.8. Sistema Flexível para o Diagnóstico da Esquizofrenia (SFDE)**

Desenvolvido por Carpenter, Strauss e Bartko (1973), esse sistema tem por característica ter sido criado empiricamente, e não baseado em intuição clínica. Ele é o resultado de análises estatísticas de uma grande quantidade de dados sintomatológicos derivados do PSE em mais de 1.000 pacientes estudados nos nove diferentes países do IPSS. Assim, os doze critérios incluídos nesse sistema foram considerados de significância estatísticas na discriminação entre esquizofrenia e outros distúrbios não-esquizofrênicos.

Para o diagnóstico de esquizofrenia utilizando o SFDE, diferentes pontos de corte podem ser selecionados arbitrariamente, daí o termo "flexível" no título desse sistema. Carpenter e colaboradores sugerem que o diagnóstico de esquizofrenia pode ser feito na presença de cinco ou seis dos critérios. Dessa forma, quanto menos critérios for necessário para o diagnóstico de esquizofrenia, mais amplo será o diagnóstico e haverá maior chance de encontrar um número elevado de esquizofrênicos em uma determinada amostra. Quando se avaliou os pacientes diagnosticados como esquizofrênicos no IPSS utilizando apenas 4 dos critérios do SFDE, 90% desses pacientes foram diagnosticados também como esquizofrênicos pelo SFDE. Essa taxa cai para 20-23% quando se utiliza oito dos critérios do SFDE.

Os critérios do SFDE são sintomatológicos, o que o difere dos demais sistemas diagnósticos. Também não requer um tempo mínimo de presença dos sintomas, e todos os sintomas têm igual peso. O 12º critério (informação inconfiável) é o mais difícil de ser avaliado, e tem sido criticado. Kendell e colaboradores (1979) questionam o fato de que esse item e o critério 5 (não acorda cedo) tenham peso igual aos sintomas de primeira ordem de Kurt Schneider para a esquizofrenia. Kendell e colaboradores questionam ainda que a simples presença de cinco dos sintomas do SFDE possa diagnosticar esquizofrenia, mas não exclua a possibilidade de um distúrbio afetivo.

Apesar dessas críticas, os autores do SFDE têm dado ênfase a esse critérios, demonstrando empiricamente que eles têm poder discriminatório, conforme demonstrado no estudo do IPSS. Consideram, então, que eles podem ser úteis na realização do diagnóstico de pacientes com esquizofrenia.

#### **V.3.1.8.1. Categorias do Sistema Flexível incluídas na LIST-S20**

- Esquizofrenia (conceito estreito)
- Esquizofrenia (conceito amplo)

### V.3.1.8.2. Critérios do Sistema Flexível para esquizofrenia

Referência: Berner e col., 1983

LIST-S20: Sistema Flexível

#### Critérios do Sistema Flexível para esquizofrenia

Cinco (conceito amplo) ou seis (conceito estreito) dos seguintes itens deve estar presentes:

- (1) Afetividade superficial ou embotada
- (2) Insight pobre
- (3) Rapport pobre
- (4) Linguagem incoerente
- (5) Não acorda cedo
- (6) Facies não depressiva
- (7) Sonorização do pensamento / difusão do pensamento
- (8) Delírios generalizados
- (9) Delírios bizarros
- (10) Delírios niilistas
- (11) Sem elação
- (12) Informação incorreta

### V.3.1.9. Exame do Estado Atual/Sistema CATEGO

O Exame do Estado Atual, mais conhecido como *Present State Examination* (PSE), começou a ser desenvolvido em 1962 na Inglaterra e ao longo dos anos foi submetido a várias revisões. Os primeiros resultados foram publicados após quatro revisões, em 1967 (Wing e col.). O PSE-9, a nona versão, é a mais conhecida e mais utilizada (Wing e col., 1974a). Um manual complementar foi publicado posteriormente (Wing e col., 1974b). A tradução do PSE-9 para o português foi realizada e divulgada no Brasil por Caetano e Gentil Filho (1983).

O PSE-9 é composto por 140 itens, dos quais 107 dizem respeito a sintomas descritos pelo paciente e 33 são sintomas (afetivos, verbais e motores) observados pelo avaliador durante a entrevista que dura em torno de cinquenta minutos. O instrumento se destina ao exame do estado psíquico atual, cobrindo os últimos trinta dias a contar da entrevista (Caetano, 1984). O PSE possui um glossário, onde cada sintoma e o seu nível de gravidade é claramente definido. O escore de cada sintoma é feito progressivamente ao longo da entrevista de modo a evitar o efeito "halo", isto é, contaminações por idéias pré-concebidas ou estereótipos do examinador. Uma versão abreviada, que pode ser usada em estudos epidemiológicos, contém apenas os 40 primeiros sintomas e sua aplicação dura cerca de dez minutos. Essa versão fornece um ponto de corte para a detecção de um caso psiquiátrico na comunidade (Caetano, 1986).

O CATEGO é um programa computadorizado para alocação de pacientes psiquiátricos em uma das várias "classes clínicas". O programa utiliza informação que é coletada através do PSE. Com os dados da entrevista pelo PSE, o programa processa as informações automaticamente de forma confiável, isto é, sempre que os mesmos dados forem analisados pelo programa CATEGO, ele aloca o paciente na mesma classe (Wing, 1980). As classes do CATEGO não são diagnósticas, no sentido clínico. Ele apenas agrupa os itens do PSE em síndromes, baseadas em um corte transversal (Wing, 1982). Os critérios do PSE/CATEGO para a "Classe S+" (psicoses esquizofrênicas), "Classe P+" (psicoses paranóides), "Classe O+" (outras psicoses -- esquizofrenia simples ou catatônica), assim como as "classes incertas" para essas três classes ("S?", "P?" e "O?"), foram incluídos nesse trabalho.

O PSE e o programa CATEGO têm sido amplamente utilizados em pesquisas clínicas e epidemiológicas em vários países do mundo. A sétima e a oitava versão do PSE foram utilizadas no Projeto US./UK. (Cooper e col., 1972), em que os hábitos diagnósticos americanos e ingleses foram comparados. Em 1972 foi realizado o Estudo Piloto Internacional de Esquizofrenia coordenado pela Organização Mundial de Saúde (W.H.O., 1973), tendo o PSE sido traduzido em diferentes línguas e aplicado em diferentes centros.

Vários estudos foram realizados com objetivo de avaliar a concordância entre os diagnósticos realizados por psiquiatras clínicos e aqueles elaborados através do programa computadorizado PSE-CATEGO. Scharfetter e col. (apud Berner e col., 1983) encontraram uma concordância além dos 80% entre os diagnósticos de esquizofrenia, mania e depressão, enquanto que Wing e col. (1981), comparando três populações de pacientes deprimidos do sudoeste de Londres, encontraram uma concordância de 90,2%, o que é muito próximo dos 90% obtido por Orley e Wing (1979) em Uganda.

#### **V.3.1.9.1. Categorias do PSE incluídas na LIST-S20**

- Classe S+
- Classe S?
- Não preenche os critérios para Classe S
- Classe P+
- Classe P?
- Não preenche os critérios para Classe P
- Classe O+
- Classe O?
- Não preenche os critérios para Classe O

**V.3.1.9.2. Critérios do PSE para síndromes da classe S (psicoses esquizofrênicas), Classe P (psicose paranóide) e Classe O (outras psicoses)**

Referência: Landmark , 1982

LIST-S20: PSE

**Critérios do PSE para Classe S**

**Classe S+ - Psicoses Esquizofrênicas**

Presença de pelo menos 1 dos primeiros três critérios ou presença dos 2 últimos critérios:

1. Inserção, difusão ou roubo do pensamento
2. Delírios de controle
3. Vozes falando sobre o paciente na terceira pessoa, ou comentando os pensamentos ou comportamento
4. Outras alucinações auditivas (não afetivas)
5. Outros delírios

**Classe S? - Esquizofrenia incerta**

1. Vozes falando diretamente com o paciente (não considerar se as vozes falam sobre o paciente). Essas vozes não são características de depressão ou mania.

### **Critérios do PSE para Classe P**

#### Classe P+ - Psicose paranóide

1. Delírios (outros que não os SPO)
2. Alucinações não afetivas (outras que não auditivas)
3. Os delírios ou alucinações não são de conteúdo depressivo ou de grandiosidade, nem são do tipo descrito para a classe S+.

#### Classe P? - Psicose paranóide incerta

1. Delírios de perseguição ou referência
2. Ausência de outros sintomas psicóticos

### **Critérios do PSE para Classe O**

#### Classe O+ . Outra Psicose (esquizofrenia simples ou catatônica)

1. Sintomas catatônicos
2. Comportamento que indica alucinação
3. Ausência de outros sintomas psicóticos

#### Classe O? - Outra psicose incerta (esquizofrenia simples ou catatônica)

1. Afetividade superficial
2. Ausência de outros sintomas psicóticos
3. Sintomas residuais

#### **V.3.1.10. Critérios para a Pesquisa de Vienna (CPV)**

Também conhecido como "síndromes axiais esquizofrênicas endogenomórficas" ou "critérios de Berner", os CPV foram desenvolvidos com base nos resultados de um estudo de follow-up com pacientes paranóides (Berner apud Berner, 1983). Esse estudo demonstrou que parte desses pacientes estavam sofrendo de esquizofrenia ou distúrbio afetivo. Critério para esses dois distúrbios foram então formulados para um outro estudo catamnésico e foram chamados de "síndromes axiais".

O termo "endogenomorfo" foi incluído para significar que esse critérios foram desenvolvidos para pesquisa. Os CPV consistem exclusivamente de critérios sintomatológicos, relacionados primariamente com distúrbios da expressão.

##### **V.3.1.10.1. Categorias de Viena incluídas na LIST-S20**

- Esquizofrenia certa
- Esquizofrenia provável

### V.3.1.10.2. Critérios de Viena para esquizofrenia

Referência: Berner e col., 1983.

LIST-S20: Viena

#### Critérios de Viena para esquizofrenia

Definitivo: Presença de A e/ou B

Provável: Presença apenas de C

A. Incoerência: Sem importante pressão ou retardamento do pensamento, ou importante ansiedade autonômica.

Pelo menos 1:

- (1) Bloqueio: súbita cessação no curso do pensamento; após um período de tempo o pensamento anterior pode ou não continuar novamente.
- (2) Descarrilhamento: desvio gradual ou súbito no curso do pensamento sem bloqueio.
- (3) Distúrbio da linguagem patológica; linguagem influente, na maior parte sintaticamente correta, mas os elementos de diferentes pensamentos (para o paciente pode pertencer a uma mesma idéia) apresentam-se confusamente juntos.

B. Neologismos estranhos (o paciente não explica seu significado pessoal espontaneamente).

C. Embotamento afetivo: sem evidencia de importante depressão, cansaço ou efeito de droga.

Esse termo inclui afetos superficiais, indiferença emocional e apatia. Essencialmente o sintoma envolve uma diminuição da resposta emocional.

### **V.3.1.11. Critérios de Taylor/Abrams**

Os critérios diagnósticos para a esquizofrenia de Taylor e Abrams foram publicados inicialmente em 1974 (Taylor e col., 1974). Posteriormente modificados (Taylor e Abrams, 1978; Taylor e col., 1981). Os critérios utilizados nesse trabalho correspondem aos da última revisão.

Taylor e Abrams começaram a desenvolver esses critérios na tentativa de criar um sistema diagnóstico com uma abordagem fenomenológica melhor estruturada do que o sistema utilizado na época nos Estados Unidos, o DSM-II. Apesar do grupo de Saint Louis ter já desenvolvido um sistema de diagnóstico com essa característica, Taylor e Abrams consideravam que esses critérios apresentavam uma formulação imprecisa na diferenciação entre esquizofrenia e os distúrbios afetivos. Segundo Kerr-Corrêa (1986) "esses autores têm posição francamente a favor de que se faça antes um diagnóstico de doença afetiva que um de esquizofrenia. Por isso não aceitam o diagnóstico de doença esquizoafetiva e, também, invertem a hierarquia Jaspersiana." Para a autora, "apesar desses critérios não ser tão popular, os autores foram importantes no cenário americano no sentido de demonstrar o exagero no diagnóstico de esquizofrenia naquele país e a pouca especificidade desses sintomas."

Taylor e Abrams desenvolveram seus próprios critérios baseados principalmente nas descrições sintomatológicas de Carl Schneider, Fish e Kurt Schneider. Esse sistema diagnóstico foi desenvolvido empiricamente. Utilizando princípios de hierarquia, o diagnóstico de esquizofrenia requer a ausência de um distúrbio afetivo. Para Taylor e Abrams havia uma clara demarcação entre a esquizofrenia e os distúrbios afetivos, de forma que o diagnóstico de distúrbio esquizoafetivo foi considerado supérfluo (Berner e col., 1983). Vários estudos têm procurado validar esses critérios, alguns deles utilizando testes neuropsicológicos (Taylor e col., 1975; Taylor e col., 1981). Os critérios diagnósticos de Taylor e Abrams para a esquizofrenia possuem definições precisas, com uma concepção restrita desse distúrbio.

#### **V.3.1.11.1. Categoria de Taylor/Abrams incluída na LIST-S20**

- Esquizofrenia

### V.3.1.11.2. Critérios de Taylor & Abrams para esquizofrenia

Referência: Berner e col., 1983

LIST-S20: Taylor/Abrams

#### Critérios de Taylor e Abrams para esquizofrenia

A. Pelo menos 1:

(1) Distúrbio formal do pensamento

(2) Pelo menos um SPO

(3) Embotamento afetivo (afetividade superficial, inapropriada, indiferença afetiva para pessoas que gosta, perda da resposta emocional, e isolamento social)

B. Consciência vigil

C. Sem distúrbio afetivo diagnosticável

D. Sem distúrbio cerebral importante, sem passado de abuso de drogas alucinógenas ou psicoestimulantes, e sem condições médicas conhecidas que provoquem sintomas esquizofrênicos.

### **V.3.1.12. Critérios Diagnósticos Empíricos Franceses para Esquizofrenia (CDEFE)**

Os CDEFE foram formulados com base nos estudos de C.B. Pull, M.C. Pull e P. Pichot. Esses autores estabeleceram, empiricamente, critérios diagnósticos para as categorias Francesas de diagnóstico, inclusive para a esquizofrenia.

No final do século passado, os psiquiatras Franceses separaram as psicoses funcionais não afetivas em três categorias:

1. Esquizofrenias crônicas
2. Estados delirantes crônicos
3. Estados delirantes agudos

Cada estado delirante contém um subgrupo particular: a psicose alucinatória crônica de Ballet e Clerambault, e o "bouffée" delirante polimórfico agudo de Magnan. Essa divisão clínica das psicoses levou a uma visão restrita da esquizofrenia na prática diagnóstica Francesa.

Para avaliar como os franceses produziam os diagnósticos, os autores realizaram um estudo em que 87 psiquiatras foram convidados para fornecerem a descrição de casos típicos de psicoses não afetivas. Esses casos foram avaliados e não foi possível determinar quais critérios eram utilizados para o diagnóstico.

A partir de então, os autores desenvolveram a LICET-S (Liste Intégrée de Critères d'Evaluation Taxonomiques pour les Psychoses Non-affectives) (Pull e col., 1981). A LICET-S é um sistema de multidiagnóstico para a esquizofrenia. Ele possibilita o diagnóstico a partir dos critérios de Kraepelin, Bleuler, Schneider, Langfeldt, Feighner, Taylor, Astrachan e DSM-III. Os dados da avaliação de 341 casos estudados utilizando a LICET-S permitiram o desenvolvimento dos CDEFE. Os resultados do estudo para as psicoses alucinatórias crônicas e "bouffée" delirante estão listados no Quadro V.3.3.

Os CDEFE foram desenvolvidos empiricamente, refletindo a experiência diagnóstica dos psiquiatras Franceses. Apesar disso, esses critérios são muito semelhantes aos conceitos Bleulerianos e Kraepelinianos.

Quadro V.3.3. Critérios diagnósticos para as psicoses alucinatórias crônicas e "bouffée" delirante

	<b>Psicose alucinatória crônica</b>	<b>Bouffée delirante</b>
Idade de início	Depois dos 30 anos; sobretudo antes dos 55 anos	Principalmente entre 20 e 40 anos
Início	Agudo ou progressivo	Agudo
Distúrbios psiquiátricos pré-mórbidos	Possível, mas não obrigatório	Não (outros diferentes do episódio atual)
Cronicidade	Sim, mas os déficits são relativamente leves	Total remissão, com possível reagudização
Sintomas típicos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alucinações auditivas</li> <li>2. Idéias delirantes persecutórias, de ser controlado ou de referência</li> <li>3. Experiências perceptivas incomuns</li> <li>4. Delírios tendendo a desenvolverem-se dentro de uma sistematização delirante</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Delírios e/ou alucinações</li> <li>2. Despersonalização/desrealização e/ou confusão</li> <li>3. Depressão e/ou elação</li> <li>4. Sintomas variam rapidamente (em dias ou horas)</li> </ol>

**V.3.1.12.1. Categoria incluída na LIST-S20, segundo os critérios Franceses**

- Esquizofrenia

### V.3.1.12.2. Critérios diagnósticos empíricos Franceses para esquizofrenia

Referência: Berner e col., 1983

LIST-S20: Critérios Franceses

#### Critérios Franceses para esquizofrenia

- A. Idade de início até os 40 anos de idade
- B. Início: agudo (o primeiro episódio poderá levar ao diagnóstico de "bouffée" delirante) ou progressivo, com ou sem distúrbio pré-mórbido da personalidade e/ou ajustamento psicossocial anormal.
- C. Cronicidade: as fases ativas são seguidas por uma fase residual marcada por um déficit permanente de intensidade variável.
- D. Sintomas característicos. Pelo menos 2:
  - (1) Importante ilogicidade: pensamentos inrealísticos, bizarros e/ou mágicos.
  - (2) Afetos inapropriados: Afetividade superficial ou embotada ou incoerente, e/ou ambivalência.
  - (3) Alterações formais do pensamento: perda das associações, pensamento ineficiente, linguagem incoerente.
  - (4) Idéias delirantes; permanecem fragmentadas e não se desenvolvem dentro de um sistema delirante.
- E. Não devido a uma psicose de origem orgânica, alcoolismo ou abuso de drogas.

### **V.3.1.13. RDC**

O sistema RDC (Research Diagnostic Criteria) foi desenvolvido por Spitzer e col. (1978) como parte de um projeto colaborativo sobre psicobiologia das depressões, patrocinado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (Maas e col. 1980). Este projeto englobou investigações dos aspectos clínicos, genéticos, biológicos e psicossociais dos distúrbios afetivos e um de seus objetivos principais, no que correspondeu aos aspectos clínicos, foi o de testar a validade relativa das várias categorias nosológicas das depressões. O primeiro esforço foi o de demonstrar que critérios fidedignos poderiam ser estabelecidos para várias dessas categorias. Desse modo, o RDC constituiu uma série de definições operacionais com critérios específicos de inclusão e exclusão para vinte e seis categorias psiquiátricas, desenvolvidas com o objetivo de reduzir as variações diagnósticas entre psiquiatras.

O RDC teve como referência os critérios de Feighner (1972), contudo, ele se constitui num sistema mais amplo, pois descreve um número maior de categorias e introduz critérios específicos de exclusão.

#### **V.3.1.13.1. Categorias do RDC incluídas na LIST-S20**

- Esquizofrenia certa
- Esquizofrenia provável

### V.3.1.13.2. Critérios do RDC para esquizofrenia

Referência: Berner e col., 1983

LIST-S20: RDC

#### Critérios do RDC para esquizofrenia

Os critérios de A a C devem estar presentes no período de doença:

- A. Durante a fase ativa da doença (que pode estar ou não atualmente presente), pelo menos 2 dos seguintes devem estar presentes para o diagnóstico "definitivo" e 1 para o diagnóstico "provável".
- (1) Difusão, inserção ou roubo do pensamento.
  - (2) Delírio de ser controlado (ou influenciado), outro delírio bizarro, ou delírios múltiplos.
  - (3) Delírio somático, de grandiosidade, religioso, niilista, ou outro delírio sem conteúdo persecutório ou de ciúme, com duração de pelo menos 1 semana.
  - (4) Delírio de qualquer tipo, acompanhado por alucinações, por pelo menos 1 semana.
  - (5) Alucinações auditivas no qual uma voz faz comentários sobre o comportamento ou pensamento do paciente, ou duas ou mais vozes conversam entre si.
  - (6) Alucinações auditivas, não afetivas, falando para o paciente.
  - (7) Alucinações de qualquer tipo, durante o dia por vários dias ou intermitentemente por, pelo menos, 1 mês.
  - (8) Períodos definidos de importante distúrbio formal do pensamento acompanhado por afeto embotado ou inapropriado, delírios ou alucinações de qualquer tipo, ou comportamento grosseiramente desorganizado.
- B. Manifestações do distúrbio por pelo menos 2 semanas, a contar do aparecimento de mudanças na vida do paciente (sinais do distúrbio podem atualmente não ser do critério A, e podem ser apenas sintomas residuais como extrema evitação social, afetividade embotada ou inapropriada, distúrbios leves da forma do pensamento, ou pensamentos ou experiências perceptivas bizarras).
- C. Durante o período da fase ativa do distúrbio (delírios, alucinações, distúrbio formal do pensamento, comportamento bizarro, etc.), não foi encontrado os critérios para síndrome maníaca ou depressiva ("provável" ou "definitiva", que inclui o critério A e B do distúrbio depressivo maior ou distúrbio maníaco), em um nível que tenha feito parte importante do distúrbio.

#### **V.3.1.14. DSM**

Até a Primeira Guerra Mundial os psiquiatras americanos, em geral, não estavam interessados em nosologias sistemáticas para os distúrbios mentais. A primeira classificação oficial nos Estados Unidos, o Manual para Uso em Instituição para Insanos, foi adotada em 1918 (American Medico-Psychological Association apud Grob, 1991). Ele representou apenas a necessidade de obter dados de hospitais psiquiátricos. Essa classificação já incluía a demência precoce entre as 22 categorias diagnósticas.

Nessa época os psiquiatras americanos utilizavam preferencialmente nosologias baseadas em critérios somáticos. Isso pode ser entendido pela atividade que os psiquiatras exerciam: a grande maioria dos médicos identificados como psiquiatras trabalhavam em hospitais psiquiátricos.

Em 1920, o Departamento de Censo dos Estados Unidos publicou seu próprio sistema de classificação das doenças (US Bureau of Census apud Grob, 1991). Esse órgão passou a responder anualmente pelas estatísticas de distúrbios mentais na população, as quais foram continuadas após a Segunda Guerra Mundial pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos. Apesar de sofrer dez revisões até 1942, esse manual continuou a enfatizar os distúrbios mentais como de base biológica.

Com a Segunda Guerra Mundial a Psiquiatria norte-americana sofreu profundas modificações. Os psiquiatras que cuidaram dos soldados durante a guerra observaram que os distúrbios psiquiátricos eram muito mais importantes do que antes se imaginara. Além disso, puderam constatar a relação entre o estresse ambiental e os distúrbios psíquicos e, mesmo com os tratamentos realizados fora dos hospitais psiquiátricos, boa parte dos soldados se recuperavam rapidamente. Após 1945, o número de psiquiatras nos Estados Unidos aumentou bastante, muitos deles trabalhando fora dos grandes hospitais psiquiátricos. A Psiquiatria passa a ganhar prestígio, surgindo grandes reformas e investimentos em programas de pesquisa, cuidados de prevenção e tratamentos em Saúde Mental.

A nosologia psiquiátrica desse período reflete essas mudanças. Os psiquiatras militares consideram a nomenclatura em uso inadequada para cerca de 90% de seus pacientes. Faltavam categorias diagnósticas para os distúrbios de personalidade, distúrbios psicossomáticos e para os quadros que surgiam em decorrência de estresse psíquico durante os combates. No final da guerra o Exército e a Marinha Americanos adotaram sua própria classificação, que serviu de base para a Classificação Internacional de Estatística. Em 1952 a Associação Americana de Psiquiatria (APA) publica formalmente o DSM-I (Raines., 1953).

Este foi o primeiro manual oficial de distúrbios mentais a conter um glossário de descrições de categorias diagnósticas (A.P.A., 1987). "O DSM-I reflete as forças intelectuais, culturais e sociais que transformaram a Psiquiatria durante e após a Segunda Guerra Mundial" (Grob, 1991).

Houve uma enorme influência dos psiquiatras de orientação psicanalítica no DSM-I, em especial do psicobiologista Adolf Meyer, para quem os distúrbios mentais representavam reações da personalidade aos fatores psicológicos, sociais e biológicos. A maioria era formada por psiquiatras das Universidades e clínicas privadas, que tratavam pacientes com distúrbios mentais mais leves e apresentavam boa resposta à intervenção psicoterápica.

Os distúrbios mentais foram divididos em dois grandes grupos:

- Distúrbios mentais decorrente ou precipitado por uma alteração primária da função cerebral.
- Distúrbios mentais englobando os transtornos resultantes de uma incapacidade individual de adaptar-se, sendo que as alterações da função cerebral seriam secundárias ao distúrbio mental. Esse grupo era dividido em distúrbios psicóticos e psiconeuróticos.

O DSM-II foi fundamentado na 8ª Edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-8). Passou a vigorar em 1968, mesmo ano em que a CID-8 foi adotada pela O.M.S. A classificação do DSM-II passou a não utilizar o termo "reação", e evitou termos que implicavam numa estrutura teórica específica para entender os distúrbios mentais não orgânicos (A.P.A., 1987).

A terceira versão do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais da Associação Americana de Psiquiatria -- DSM-III (A.P.A., 1980) -- foi publicado em 1980 e representa um marco importante da nosologia psiquiátrica. Ele incorpora um conjunto de medidas inovadoras visando à precisão do diagnóstico. É caracterizado por uma atitude atórica com relação aos conceitos teóricos, etiológicos ou patogênicos ainda não demonstrados.

Convencida de que a exigência de critérios específicos de inclusão e exclusão contribuem para aumentar consideravelmente a confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico (Spitzer e col., 1978b), a Força Tarefa Americana de Nomenclatura e Estatística decidiu incluir no DSM-III o mesmo procedimento operacional, recomendando que fossem elaborados critérios específicos e explícitos para todas as categorias diagnósticas. Além da existência de critérios para o diagnóstico, o DSM-III contém outras características importantes, como abordagem de avaliação multiaxial, descrições pormenorizadas dos distúrbios, inclusão de novas categorias e exclusão de diversas categorias tradicionais.

A versão final do DSM-III (A.P.A. 1980), foi precedida de versões experimentais, que foram utilizadas em projetos pilotos de estudos de campo ("field trial") (Spitzer e col., 1979a; 1979b) para testagem da confiabilidade de suas categorias diagnósticas. Os resultados desses estudos revelaram uma boa confiabilidade para maior parte das classes diagnósticas. Algumas características inovadoras do DSM-III, como a separação dos eixos I e II, a descrição sistemática dos diversos distúrbios e a inclusão de critérios para o diagnóstico foram relacionados como tendo contribuído para maior concordância entre os psiquiatras sobre o diagnóstico.

Com o intuito de aperfeiçoar a coleta de dados e, por conseguinte, a confiabilidade do sistema, Spitzer e Williams (1984) construíram uma entrevista estruturada, a "Structured Clinical Interview for DSM-III (SCID)", para utilização em pesquisa.

O DSM-III essencialmente institucionalizou o uso de critérios diagnósticos. O treinamento de psiquiatras, arquivos de hospitais e os manuais e compêndios de Psiquiatria, principalmente nos Estados Unidos, passaram a utilizar esses critérios operacionais para diagnóstico psiquiátrico.

A publicação do DSM-III obteve uma grande aceitação no meio psiquiátrico de todo o mundo. Mezzich e col. (1983) através de uma enquete respondida por 175 psiquiatras de 52 países dos quatro continentes, comprovaram que 72% desses psiquiatras utilizavam o DSM-III. Um levantamento realizado por Carlini (1986) nas publicações científicas que envolviam pacientes de dois periódicos estrangeiros: O American Journal of Psychiatry e o British Journal of Psychiatry, nos anos de 1982 e 1983, mostrou que em 93% dos trabalhos da revista americana e 78% da revista inglesa foram citados os critérios utilizados para se chegar ao diagnóstico, e entre eles, o sistema de classificação mais utilizado foi o DSM-III. No Brasil, o DSM-III foi utilizado de forma pioneira no início dos anos 80 (Bastos, 1981; Versiani, 1986; Bertolote, 1986). No entanto, somente com a publicação da tradução portuguesa em 1986, houve uma maior divulgação da classificação americana em nosso país.

O DSM-III-R é o resultado de um amplo trabalho de revisão do DSM-III iniciado em 1983, pela A.P.A. e publicado em 1987. Segundo seus organizadores "apesar do extenso teste de campo dos critérios diagnósticos do DSM-III antes de sua adoção oficial, a experiência com eles desde sua publicação revelou, como se esperava, muitas situações nas quais os critérios não estavam totalmente claros, eram inconsistentes entre categorias, ou mesmo contraditórios. Conseqüentemente, todos os critérios de diagnóstico, e as descrições sistemáticas de vários distúrbios, precisavam ser examinados do ponto de vista de sua consistência, clareza e exatidão conceitual e, revistos, quando necessário" (A.P.A., 1987). A revisão dos critérios esteve, sempre que possível, baseada no suporte empírico de pesquisas bem conduzidas e, quando estas faltaram, "uma maior importância foi atribuída a outras

considerações, tais como experiência clínica; considerações sobre a probabilidade de uma proposta aumentar a confiabilidade e a validade do diagnóstico"; entre outras (A.P.A., 1987).

Assim como no DSM-III, a atual edição revisada adota uma abordagem descritiva, recorre a um sistema de classificação multiaxial e utiliza critérios operacionais para o diagnóstico. Algumas entrevistas estruturadas foram desenvolvidas para avaliação dos distúrbios definidos no DSM-III-R: 1) a "Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID); 2) a versão DIS do DSM-III-R, "Diagnostic Interview Schedule"; 3) A "Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry" (SCAN); 4) a "Composite International Diagnostic Interview" (CIDI), todas com ampla utilização em pesquisa.

#### **V.3.1.14.1. Categorias do DSM-III incluídas na LIST-S20**

- Esquizofrenia

### V.3.1.14.2. Critérios do DSM-III para esquizofrenia

Referência: American Psychiatric Association, 1980

LIST-S20: DSM-III

#### Critérios do DSM-III para esquizofrenia

- A. Pelo menos uma das características seguintes, durante a fase da doença:
1. Idéias delirantes bizarras (cujo conteúdo é indiscutivelmente absurdo e sem nenhuma base real possível), como idéias delirantes de influencia, de difusão, de imposição ou roubo do pensamento.
  2. Idéias delirantes somáticas, de grandiosidade, religiosas, niilistas ou outras sem conteúdo persecutório ou de ciúme.
  3. Idéias delirantes persecutórias ou de ciúme, se associadas a alucinações de qualquer tipo.
  4. Alucinações auditivas, em que uma voz comenta continuamente o comportamento ou os pensamentos do indivíduo, ou duas ou mais vozes falam entre si.
  5. Alucinações auditivas, em diversas ocasiões sem relação aparente com depressão ou euforia e cujo conteúdo não se limita a uma ou duas palavras.
  6. Incoerência, afrouxamento das associações, pensamento acentuadamente ilógico, ou pobreza do conteúdo do discurso, se associados com, pelo menos, uma das características seguintes:
    - (a) afetividade embotada
    - (b) idéias delirantes ou alucinações
    - (c) comportamento catatônico
- B. Deterioração, em relação ao nível de funcionamento anterior, nas áreas de trabalho, relações sociais e cuidados pessoais.

- C. Duração : sinais contínuos da doença durante, pelo menos, seis meses, em qualquer momento da vida do indivíduo, com presença atual de alguns sinais da doença. O período de 6 meses deve compreender uma fase ativa, durante a qual estejam presentes os sintomas citados em A, com ou sem fases prodrômica ou residual.
  
- E. Início da fase ativa ou prodrômica da doença antes dos 45 anos.
  
- F. Não provocado por qualquer Distúrbio Mental Orgânico ou Deficiência Mental.

### V.3.1.14.3. Categorias do DSM-III-R incluídas na LIST-S20

- Esquizofrenia (295)
- Distúrbio Delirante (297.10)
- Psicose Reativa Breve (298.80)
- Distúrbio Esquizofreniforme (295.40)
- Distúrbio Esquizoafetivo (295.70)
- Distúrbio Psicótico Induzido (297.30)
- Distúrbio Psicótico sem Outra Especificação (298.90)

### V.3.1.14.4. Critérios do DSM-III-R para esquizofrenia, distúrbio delirante e distúrbios psicóticos não classificados em outra parte.

Referência: American Psychiatric Association, 1987

LIST-S20: DSM-III-R

#### Critérios do DSM-III-R para esquizofrenia

- A. Presença de sintomas psicóticos característicos na fase ativa: ou (1), (2), ou (3) por, pelo menos, uma semana (exceto se os sintomas tiverem sido tratados com sucesso):
- (1) dois dos seguintes critérios:
- a) delírios
  - b) alucinações proeminentes (o dia todo, por diversos dias ou várias vezes por semana durante várias semanas, cada experiência alucinatória sendo limitada a alguns breves movimentos)
  - c) incoerência ou afrouxamento acentuado das associações
  - d) comportamento catatônico
  - e) afetividade embotada ou nitidamente inadequada
- (2) delírios bizarros (por exemplo, envolvendo um fenômeno que a cultura da pessoa considera totalmente implausível, por exemplo, irradiação do pensamento, ser controlado por uma pessoa morta)
- (3) alucinações proeminentes (como definidas em (1)(b) acima) de uma voz com conteúdo sem relação aparente com depressão ou exaltação ou uma voz que comenta continuamente o comportamento da pessoa ou seus pensamentos ou duas ou mais vozes conversando com a outra.

## Critérios do DSM-III-R para esquizofrenia (continuação)

- B. Durante a evolução do distúrbio o funcionamento em áreas tais como trabalho, relacionamentos sociais e cuidados pessoais está acentuadamente abaixo do nível mais alto alcançado antes do início da perturbação (ou, quando o início se dá na infância ou na adolescência, fracasso em atingir o nível esperado de desenvolvimento social).
- C. Distúrbio Esquizoafetivo e Distúrbio de Humor com Características Psicóticas foram excluídos, isto é, se uma Depressão Maior ou uma Síndrome Maníaca alguma vez estiverem presentes durante uma fase ativa da perturbação, a duração total de todos os episódios de uma síndrome de humor foi breve em relação a duração total das fase ativa e residual da perturbação.
- D. Sinais contínuos por pelo menos 6 meses. O período de seis meses deve incluir uma fase ativa (de pelo menos uma semana, ou menos, se os sintomas tiverem tratamento bem sucedido) durante a qual houverem sintomas psicóticos característicos de Esquizofrenia (sintomas A), com ou sem uma fase prodrômica ou residual.
- E. Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou ou manteve a perturbação.
- F. Se há uma história de distúrbio autista, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é feito somente se os delírios ou alucinações proeminentes estão também presentes.

*Fase Prodrômica:* Uma clara deterioração no funcionamento antes da fase ativa da perturbação, que não devida a um D. de Humor ou a um D. Relativo ao Uso de Substâncias Psicoativas e que envolve pelo menos dois dos sintomas abaixo.

*Fase Residual:* Seguindo-se a fase ativa da perturbação, persistência de pelo menos dois dos sintomas abaixo.

### Sintomas Prodrômicos ou Residuais:

1. Isolamento ou afastamento social acentuado.
2. Comprometimento acentuado no funcionamento como assalariado, estudante ou dona de casa.
3. Comportamento peculiar acentuado.
4. Comprometimento acentuado na higiene e cuidados.
5. Afetividade embotada ou inadequada.
6. Discurso digressivo, vago, super-elaborado ou circunstancial, ou pobreza do discurso.
7. Crenças bizarras ou pensamentos mágicos.
8. Experiências perceptivas incomuns, p.ex. ilusões recorrentes, sensação da presença de uma força ou pessoa não presente.
9. Falta de interesse, iniciativa ou energia acentuados.

#### **Critérios do DSM-III-R para distúrbio delirante (297.10)**

- A. Delírios não bizarros (isto é, envolvendo situações que ocorrem na vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado à distância, ter uma doença, ser decepcionado pelo conjuge ou amante) de pelo menos um mês de duração.
- B. Alucinações auditivas ou visuais, se presentes, não são proeminentes (como definida na esquizofrenia, A (1) (b)).
- C. À parte os delírios e suas ramificações, o comportamento não é obviamente esquisito ou bizarro.
- D. Se uma Depressão Maior ou Síndrome Maníaca estiverem presentes durante a perturbação delirante, a duração total de todos os episódios de síndrome de humor for breve com relação à duração total da perturbação delirante.
- E. Nunca ter preenchido o critério A para Esquizofrenia, e não se poder estabelecer que um fator orgânico iniciou e manteve a perturbação.

#### **Critérios do DSM-III-R para distúrbio esquizoafetivo**

- A. Perturbação durante a qual, em algum momento, há ou uma Depressão Maior ou Síndrome Maníaca simultânea com sintomas que preenchem o critério A para Esquizofrenia
- B. Durante um episódio da perturbação, há delírios ou alucinações por pelo menos duas semanas, mas não há sintomas proeminentes de humor.
- C. Foi excluída a Esquizofrenia, isto é, a duração de todos os episódios de uma síndrome de humor foi breve em relação à duração total da perturbação psicótica.
- D. Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou e manteve a perturbação.

### Critérios do DSM-III-R para psicose reativa breve (298.80)

- A. Presença de pelo menos um dos seguintes sintomas indicando comprometimento no teste de realidade (não sancionado culturalmente):
  - (1) Incoerência ou afrouxamento acentuado das associações
  - (2) Delírios
  - (3) Alucinações
  - (4) Comportamento catatônico ou desorganizado
- B. Desordem emocional, isto é, modificações rápidas de um afeto intenso para outro, ou perplexidade intensa ou confusão.
- C. Aparecimento de sintomas A e B logo após, e aparentemente em resposta a, um ou mais acontecimentos que sozinhos ou juntos, seriam acentuadamente estressantes para qualquer pessoa em circunstâncias semelhantes na cultura do indivíduo.
- D. Ausência de sintomas prodrômicos de Esquizofrenia, e falta em preencher os critérios para Distúrbio Esquizotípico de Personalidade antes do início da perturbação.
- E. Duração de um episódio de perturbação de algumas horas a um mês, com eventual retorno completo ao nível de funcionamento pré-mórbido. (Quando o diagnóstico deve ser feito sem esperar pela recuperação esperada, deve ser qualificado como "provisório").
- F. Não é devido a um Distúrbio de Humor Psicótico (isto é, não está presente uma síndrome completa de humor), e não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou e manteve a perturbação.

#### **Critérios do DSM-III-R para distúrbio esquizofreniforme (295.40)**

- A. Preenche os critérios A e C para Esquizofrenia.
- B. Episódio de perturbação (incluindo fase prodrômicas, ativa e residual) dura pelo menos seis meses. (Quando o diagnóstico deve ser feito sem esperar a recuperação, deve ser qualificado como "provisório").
- C. Não preenche os critérios de Psicose Reativa Breve, e não pode ser estabelecido que um fator orgânico iniciou e manteve a perturbação.

#### **Critérios do DSM-III-R para distúrbio psicótico induzido (297.30)**

- A. Desenvolve-se um delírio (na segunda pessoa) no contexto de um relacionamento estreito com outra pessoa, ou pessoas, com um delírio já estabelecido (o caso primário).
- B. Delírio na segunda pessoa é semelhante em conteúdo ao do caso primário.
- C. Imediatamente antes do início do delírio induzido, a segunda pessoa não apresentou distúrbio psicótico ou sintomas prodrômicos de esquizofrenia.

### **V.3.1.15. CID-10**

O capítulo V da CID-10 lida com a classificação dos Distúrbios Mentais e do Comportamento. A evolução histórica da Classificação Internacional de Doenças (CID) assim como a sua versão mais recente (CID-10) e seus fundamentos foram discutidos por Caetano (1991).

O capítulo V da CID-10 é apresentada em quatro diferentes versões:

- 1) Descrição Clínica e Diretrizes Diagnósticas (W.H.O., 1992b), destinada a clínicos, para educação e serviços de saúde.
- 2) Critérios Diagnósticos para Pesquisa, desenvolvida para pesquisa.
- 3) Uma versão que possibilita o diagnóstico multiaxial
- 4) Um manual para referências de termos utilizados na CID-10, CID-9 e CID-8.

Até o presente momento apenas a Descrição Clínica e Diretrizes Diagnósticas está concluída e publicada. Essa versão tem sido o ponto de partida para o desenvolvimento das demais. Além disso, vários glossários foram preparados para obter uma clara definição dos termos (WHO, 1989).

Na Descrição Clínica e Diretrizes Diagnósticas para cada distúrbio é apresentada uma descrição das principais características clínicas. A "Diretriz Diagnóstico" fornece o número e um balaço do sintomas que geralmente são necessários para se fazer o diagnóstico. Apesar disso, uma certa flexibilidade é permitida para se realizar o diagnóstico na prática clínica, particularmente em situações onde ele é feito provisoriamente pela falta de informações ou quando o quadro ainda não está suficientemente claro. Quando os critérios da diretriz diagnóstica estão presentes, o diagnóstico pode ser considerado como "seguro".

Algumas modificações em relação à CID-9 merecem ser mencionadas. Assim como outros sistemas de classificação em psiquiatria que evoluem a partir de versões anteriores, a CID-10 contém muito mais categorias diagnósticas do que a CID-9. Enquanto que a CID-9 tem apenas 30 categorias, a CID-10 conta com 100. A CID-9 utiliza códigos numéricos, enquanto a CID-10 é baseado em códigos alfanuméricos, com uma letra seguida de dois números. Isso permite modificações futuras no número de categorias diagnósticas sem alterar os códigos das demais, além de possibilitar alocação de um número maior de categorias.

A seção F20-F29 da CID-10 lida com Esquizofrenia, Distúrbios Delirantes e Esquizotípicos, sendo que a esquizofrenia é o mais importante e freqüente desses distúrbios. A CID-10 define as desordens esquizofrênicas como sendo caracterizadas, em geral, por

distorções fundamentais e características do pensamento, percepção e afetividade inadequada ou embotada.

Duas entrevistas estruturadas foram desenvolvidas para coleta de dados, baseados nos critérios da CID-10 : A "Composite International Diagnostic Interview" (CIDI) elaborada pela Organização Mundial de Saúde e as "Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry" (SCAN), desenvolvida no Instituto de Psiquiatria de Londres.

A CID-10 sofreu significativa influência do DSM-III-R; Sartorius (1983) defendeu a necessidade da CID-10 deter, em certa medida, uma continuidade entre a CID-8 e a CID-9 "a fim de facilitar uma análise longitudinal e avaliar as modificações técnicas das peculiaridades nacionais".

#### **V.3.1.15.1. Categorias da CID-10 incluídas na LIST-S20**

- Esquizofrenia (F20)
- Distúrbio Esquizotípico (F21)
- Distúrbio Delirante (F22)
- Distúrbio Psicótico Polimórfico Agudo sem Sintomas de Esquizofrenia (F23.0)
- Distúrbio Psicótico Polimórfico Agudo com Sintomas de Esquizofrenia (F23.1)
- Distúrbio Psicótico Esquizofreniforme Agudo (F23.2)
- Distúrbio Delirante Induzido (F24)
- Distúrbio Esquizoafetivo (F25)
- Outros Distúrbios Delirantes Persistentes (F28)
- Psicose Não Orgânica Inespecificada (F29)

### V.3.1.15.2. Classificação da CID-10 para esquizofrenia, distúrbios esquizotípicos e distúrbios delirantes

Referência: W.H.O., 1992

LIST-S20: CID-10

#### Critérios da CID-10 para esquizofrenia (F20)

- A. No mínimo um (geralmente dois ou mais quando não muito claros) dos sintomas de (a) a (d) ou pelo menos dois dos grupos de (e) a (h), devem estar claramente presentes na maior parte do tempo, durante um período de um mês ou mais.
- (a) Eco do pensamento, inserção ou roubo do pensamento, difusão do pensamento;
  - (b) Delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados a movimentos do corpo ou membros ou pensamentos específicos, ações ou sensações; percepção delirante;
  - (c) Alucinações auditivas que comentam sobre as ações do paciente, ou vozes que falam entre si sobre o paciente, ou outros tipos de alucinação de vozes vindo de alguma parte do corpo;
  - (d) Delírios persistentes de outro tipo que são culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, como de conteúdo religioso ou identidade política, ou poderes e habilidades sobre-humanas (por exemplo, capacidade de controlar o tempo, capacidade de se comunicar com seres de outro mundo);
  - (e) Alucinações persistentes de qualquer tipo, quando acompanhada por delírios ocasionais ou não-estruturados sem claro conteúdo afetivo, ou por idéias supervalorizadas persistentes, ou quando ocorrerem diariamente por semanas ou meses;
  - (f) Bloqueio ou interpolação do pensamento, resultando em incoerência ou discurso vago, ou neologismo;
  - (g) Comportamento catatônico, como a excitação ou postura catatônica, flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor;

### **Crêterios da CID-10 para esquizofrenia (continua o)**

- (h) Sintomas "negativos" como importante apatia, pobreza de linguagem, e embotamento ou incongruência afetiva, geralmente resultando em isolamento social e baixo desempenho social; deve ficar claro que não seja devido a depressão ou medica o neuroléptica;
  - (i) Altera o importante e consistente de alguns aspectos do comportamento manifestado por perda de interesse, desmotiva o, inatividade, atitude de auto-aten o e isolamento social.
- B. Ausência de importantes sintomas depressivos ou maniacos, a não ser que os sintomas esquizofrênicos antecederam os sintomas afetivos.
- C. Ausência de distúrbio cerebral, intoxica o ou abstinência a drogas.

### **Crêterios da CID-10 para distúrbio esquizotípico (F21)**

- A. Presença de 3 ou 4:
- (1) Afeto superficial ou inapropriado;
  - (2) Comportamento bizarro;
  - (3) Rapport pobre e tendência para isolamento social;
  - (4) Crenças estranhas ou pensamento mágico, influenciando o comportamento e inconsistentes com as normas da subcultura;
  - (5) Desconfiado ou com idéias paranóides;
  - (6) Experiências perceptivas incomuns incluindo somáticas, ou outras ilusões, despersonaliza o ou desrealiza o;
  - (7) Pensamento vago, circunstancial, metafórico, superelaborado ou estereotipado, manifestado por linguagem bizarra ou de outras formas, sem importante incoerência;

#### **Critérios da CID-10 para distúrbio esquizotípico (continuação)**

- (8) Pode haver outros episódio transitórios com sintomas psicóticos leves, como ilusões, alucinações auditivas ou outras, e idéias delirantes. Esses episódios geralmente ocorrem sem relação com fatores externos;
- B. Nunca preencheu os critérios para esquizofrenia.
  - C. Duração, continuamente ou episodicamente, por pelo menos 2 anos.
  - D. Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou ou manteve a perturbação.

#### **Critérios da CID-10 para distúrbio delirante (F22.0)**

- A. Delírio é o sintoma mais importante ou é a única característica clínica;
- B. Delírio, por pelo menos, 3 meses
- C. Episódio depressivo, se presente, é intermitente e há períodos em que não ocorrem concomitantemente com os sintomas psicóticos.
- D. Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou ou manteve a perturbação.
- E. Ausência de alucinações proeminentes ou outros sintomas esquizofrênicos (delírios de controle, inserção do pensamento, etc.).

**CrITÉRIOS da CID-10 para outros distúrbios delirantes persistentes (F22.8)**

- A. Delírios por, pelo menos, 3 meses, acompanhados por alucinações auditivas persistentes ou por sintomas esquizofrênicos
- B. Não preenche os critérios para esquizofrenia ou distúrbio delirante
- C. Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou ou manteve a perturbação.

**CrITÉRIOS da CID-10 para distúrbio psicótico polimórfico agudo sem sintomas de esquizofrenia (F23.0)**

- A. Início agudo (2 semanas ou menos)
- B. Vários tipos de alucinação ou delírio, modificando o tipo ou a intensidade de um dia para o outro ou no mesmo dia.
- C. Labilidade afetiva
- D. Apesar da variabilidade dos sintomas, eles não preenchem os critérios para esquizofrenia ou episódio maníaco ou depressivo.
- E. Duração do episódio menor que 3 meses.
- F. Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou ou manteve a perturbação.

F23.00 não associado com estresse agudo

F23.01 associado com estresse agudo

**Critérios da CID-10 para distúrbio psicótico polimórfico agudo com sintomas de esquizofrenia (F23.1)**

- A. Início agudo (2 semanas ou menos)
- B. Vários tipos de alucinação ou delírio, modificando o tipo ou a intensidade de um dia para o outro ou no mesmo dia.
- C. Labilidade afetiva.
- D. Os sintomas preenchem os critérios para esquizofrenia.
- E. Duração do episódio menor que 1 mês.
- F. Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou ou manteve a perturbação.

F23.10 não associado com estresse agudo

F23.11 associado com estresse agudo

**Critérios da CID-10 para distúrbio psicótico esquizofreniforme agudo (F23.2)**

- A. Início agudo (2 semanas ou menos)
- B. Presença de sintomas que preencham os critérios para esquizofrenia na maior parte do tempo.
- C. Não preenche os critérios para distúrbio psicótico polimórfico agudo.
- D. Duração do episódio menor que 1 mês.
- E. Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou ou manteve a perturbação.

F23.20 não associado com estresse agudo

F23.21 associado com estresse agudo

**Critérios da CID-10 para outro distúrbio psicótico predominantemente delirante (F23.3)**

- A. Início agudo (2 semanas ou menos).
- B. Presença de delírios ou alucinações na maior parte do tempo.
- C. Não preenche os critérios para esquizofrenia ou distúrbio psicótico polimórfico agudo.

**Critérios da CID-10 para outro distúrbio psicótico predominantemente delirante (continuação)**

D. Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou ou manteve a perturbação.

F23.30 não associado com estresse agudo

F23.31 associado com estresse agudo

**Critérios da CID-10 para outros distúrbios psicóticos agudos e transitórios (F23.8)**

A. Início agudo (2 semanas ou menos).

B. Presença de delírios ou alucinações.

C. Não preenche os critérios para esquizofrenia, distúrbio psicótico polimórfico agudo, distúrbio psicótico esquizofreniforme agudo ou outros distúrbios psicóticos agudos predominantemente delirantes.

D. Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou ou manteve a perturbação.

F23.80 não associado com estresse agudo

F23.81 associado com estresse agudo

#### **Critérios da CID-10 para distúrbio delirante induzido (F24)**

- A. Duas ou mais pessoas compartilham o mesmo delírio, e uma das pessoa mantém a crença da outra.
- B. As pessoas têm uma relação próxima pouco comum.
- C. Há uma evidencia temporal ou dentro de um contexto de que o delírio foi induzido no membro passivo do par ou do grupo por contato com o membro ativo.
- D. Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou ou manteve a perturbação.

#### **Critérios da CID-10 para distúrbio esquizoafetivo (F25)**

- A. Presença dos sintomas esquizofrênicos e sintomas afetivos proeminentes, simultaneamente ou com intervalo de poucos dias, em um mesmo episódio da doença.
- B. O paciente não apresentou episódio de esquizofrenia nos últimos 12 meses e posteriormente desenvolveu sintomas depressivos.
- C. Não preenche os critérios para esquizofrenia, episódio maníaco ou depressivo.
- D. Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou ou manteve a perturbação.

## **Crêterios da CID-10 para outros distúrbios psicóticos não orgânicos (F24)**

Distúrbios psicóticos que não preenchem os critérios para:

- A. Esquizofrenia
- B. Distúrbios delirantes persistentes
- C. Distúrbios psicóticos agudos e transitórios
- D. Distúrbios do humor com sintomas psicóticos

### V.3.2. Reunião dos critérios diagnósticos

Com os critérios diagnósticos dos sistemas, o trabalho se concentra em agrupá-los para formar uma lista de critérios. Da mesma forma que na LICET, os itens devem ficar agrupados de acordo com certas características do exame clínico, chamadas aqui de grupo-critério. Esse último teria uma importante função na arquitetura do programa computadorizado. Os grupos-critérios comandariam, junto com os pulos, os pontos de corte automáticos do programa.

A maioria dos grupos-critérios foram determinados mesmo antes de iniciar essa fase. Isso porque se presumia que certos critérios poderiam ser reunidos em grupos como delírio, alucinação, distúrbio do afeto e tempo de doença. Além disso, era necessário se partir de uma referência inicial e, à medida que prosseguisse com o trabalho, iria sendo confirmado (ou não) os agrupamentos iniciais e a possibilidade construir outros.

Cada critério foi retirado de seu sistema diagnóstico e colocado dentro de um grupo-critério. Os que tinham a mesma conceituação foram posteriormente combinados em um único item. O critério que se refere à presença de um fator orgânico que permite justificar o início ou manutenção da perturbação, embora apareçam com algumas variações nos diversos sistemas diagnósticos, foram todos incluídos no item "não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou ou manteve a perturbação". Ao final dessa etapa o Sistema ficou com 148 itens.

A partir de então os itens foram colocados em uma ordem lógica, de maneira que a lista final tivesse um formato semelhante ao fluxo de um exame clínico e que permitisse eliminar algumas possibilidades. Por exemplo, o item "delírio" deve preceder "delírio por, pelo menos, uma semana" que, por sua vez, deve vir antes de "delírio por, pelo menos, três meses". Quando a resposta ao primeiro item for "não", então esse dois seguintes receberão automaticamente a mesma resposta.

Por último, cada item recebeu um código numérico diferente e foi associado ao nome de seu sistema diagnóstico. Esses recursos também visavam a operação do programa de computador que ainda seria desenvolvido. A lista dos itens está apresentada a seguir. O Apêndice da Tese traz essa lista com mais detalhes, como o sistema diagnóstico do qual faz parte, o grupo-critério, o sistema de pulos, o glossário e exemplo de cada um dos itens.

**V.3.2.1. Lista dos itens da LIST-S20, com o código (número à esquerda)**

1. Início agudo (2 semanas ou menos).
2. Início insidioso (pelo menos 6 meses).
3. Aparecimento dos sintomas psicóticos logo após e, aparentemente, em resposta a um ou mais acontecimentos que, sozinhos ou juntos, seriam acentuadamente estressantes para qualquer pessoa em circunstâncias semelhantes na cultura do indivíduo.
4. Pode-se estabelecer que um fator orgânico iniciou ou manteve a perturbação.
5. Provocado por deficiência mental.
150. Sintomas prodrômicos.
7. Desintegração da personalidade.
8. Alterações na personalidade, que se manifesta como um tipo especial de embotamento afetivo, seguido por perda de iniciativa e modificações do comportamento, sendo esse geralmente esquisito.
9. Alteração importante e consistente de alguns aspectos do comportamento manifestado por perda de interesse, desmotivação, inatividade, atitude de auto-atenção e isolamento social por, pelo menos, 1 mês.
10. Funcionamento em áreas como trabalho, relacionamentos sociais e cuidados pessoais está acentuadamente baixo do nível mais alto alcançado antes do início da perturbação.
11. Delírio.
12. Delírios por, pelo menos, 1 semana.
13. Delírio por, pelo menos, 3 meses.
14. Delírio primário.
15. Percepção delirante.
16. Percepção delirante por, pelo menos, 1 mês.
17. Delírio bizarro.
18. Delírios bizarros por, pelo menos, 1 semana.
19. Delírios não bizarros por, pelo menos, 1 mês.
20. Delírios de ciúme.
21. Idéias delirantes somáticas ou religiosas.
22. Delírios nlistas.
23. Delírios de grandeza.
25. Idéias delirantes persecutórias.
26. Idéias de referência.
27. Delírios de controle.

28. Delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados a movimentos do corpo ou membros, ou pensamentos específicos, ações ou sensações por, pelo menos, 1 mês.
29. Delírios persistentes que são culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, como de conteúdo religioso ou identidade política, ou poderes e habilidades sobre-humanos (por exemplo, capacidade de controlar o tempo, capacidade de se comunicar com seres de outro mundo) por, pelo menos, 1 mês.
30. Delírios não sistematizados.
24. Delírios múltiplos.
31. Vários tipos de delírio, havendo modificações no tipo ou na intensidade de um dia para o outro ou no mesmo dia.
32. Delírio é o sintoma mais importante ou é a única característica clínica.
33. Desenvolve-se um delírio (na segunda pessoa) no contexto de um relacionamento estreito com outra pessoa, ou pessoas, com um delírio já estabelecido (o caso primário).
34. Há uma evidência temporal ou dentro de um contexto de que o delírio fundido no membro passivo do par ou do grupo por contato com o membro ativo.
35. Duas ou mais pessoas compartilham o mesmo delírio, e uma das pessoas mantém a crença da outra.
36. Delírio na segunda pessoa é semelhante em conteúdo ao do caso primário.
37. Imediatamente antes do início do delírio induzido, a segunda pessoa não apresentou distúrbio psicótico ou sintomas prodrômicos de esquizofrenia.
38. Alucinação.
39. Alucinações não afetivas.
40. Alucinações proeminentes por, pelo menos, 1 semana.
41. Alucinações de qualquer tipo por todo o dia durante vários dias ou intermitentemente por, pelo menos, 1 mês.
42. Alucinações auditivas.
43. Vozes que dialogam entre si.
44. Vozes que dialogam entre si falando sobre o paciente.
45. Vozes que acompanham a própria ação com comentários.
46. Alucinações auditivas que comentam sobre as ações do paciente, ou vozes que falam entre si sobre o paciente por, pelo menos, 1 mês.
47. Alucinações auditivas, não afetivas, falando para o paciente.
48. Alucinações auditivas, em diversas ocasiões sem relação aparente com depressão ou euforia e cujo conteúdo não se limita a uma ou duas palavras.
49. Alucinação de vozes vindo de alguma parte do corpo por, pelo menos, 1 mês.
51. Vivências de influência corporal.
52. Alucinações crônicas.

53. Alucinações persistentes de qualquer tipo, quando acompanhada por delírios ocasionais ou não-estruturados sem claro conteúdo afetivo, ou por idéias supervalorizadas persistentes, ou quando ocorrerem diariamente por semanas ou meses por, pelo menos, 1 mês.
54. Vários tipos de alucinação, modificando o tipo ou a intensidade de um dia para o outro ou no mesmo dia.
55. Afrouxamento das associações.
56. Afrouxamento acentuado das associações.
57. Afrouxamento acentuado das associações por, pelo menos, 1 semana.
58. Sonorização do pensamento.
59. Eco do pensamento por, pelo menos, 1 mês.
60. Inserção do pensamento.
61. Difusão do pensamento.
62. Subtração (roubo) do pensamento.
63. Interrupção (bloqueio) do pensamento.
64. Difusão, inserção ou roubo do pensamento por, pelo menos, 1 mês.
65. Bloqueio ou interpolação do pensamento, resultando em incoerência ou discurso vago, ou neologismo por, pelo menos, 1 mês.
66. Pensamento mágico.
67. Pensamento bizarro.
68. Pensamento autista.
69. Pensamento ilógico.
70. Pensamento concreto.
71. Pensamento vago, circunstancial, metafórico, superelaborado ou estereotipado.
76. Fuga de idéias.
72. Comportamento catatônico.
73. Comportamento catatônico por, pelo menos, 1 semana.
74. Comportamento catatônico por, pelo menos, 1 mês.
75. Negativismo.
77. Embotamento afetivo.
78. Afeto superficial.
80. Apatia.
81. Afetos inadequados.
82. Afetividade embotada ou nitidamente inadequada por, pelo menos, 1 semana.
83. Sentimento imposto.
84. Ambivalência afetiva.
85. Labilidade afetiva.
86. Sentimento do precoce.

87. Comportamento desorganizado.
88. Comportamento grosseiramente desorganizado.
89. Comportamento bizarro.
90. Atividade motora estereotipada.
91. Facies depressiva.
92. Perplexidade importante.
93. Desconfiado.
94. Comportamento que indica alucinação.
96. Hipobulía.
97. Vontade imposta.
98. Impulso imposto.
99. Pobreza do conteúdo do discurso.
100. Linguagem incoerente.
101. Informação incorreta, incerta.
102. Elação.
103. Ecolalia.
153. Verbígeração.
104. Discurso bizarro.
105. Neologismos bizarros.
106. Sintomatologia residual.
107. Sintomatologia residual por, pelo menos, 2 anos.
108. Crenças estranhas.
109. Ilusão.
110. Perda do insight.
111. Rapport pobre.
112. Autismo.
113. Distúrbio da atenção.
114. Isolamento social.
115. Ambivalência.
116. Confusão.
117. Desorientação.
118. Desrealização.
119. Despersonalização.
120. Diminuição do nível de consciência.
121. Acorda tarde.
122. Solteiro.

123. Presença de sintomas afetivos suficientes para se considerar a presença de um episódio de humor.
124. Episódio de depressão maior ou síndrome maníaca simultaneamente com sintomas da fase ativa da esquizofrenia.
125. O episódio de depressão maior ou síndrome maníaca teve uma duração breve em relação à duração total das fases ativa e residual do distúrbio psicótico.
126. Durante um episódio da perturbação, há delírios ou alucinações sem sintomas proeminentes de humor por, pelo menos, 2 semanas.
127. A síndrome depressiva ou maníaca desenvolveu-se após o aparecimento dos sintomas psicóticos, ou teve uma duração menor do que a das manifestações psicóticas.
128. Episódio depressivo, se presente, é intermitente e há períodos em que não ocorre concomitantemente com os sintomas psicóticos.
129. Presença dos sintomas esquizofrênicos e sintomas afetivos proeminentes, simultaneamente ou com intervalo de poucos dias (a não ser que os sintomas esquizofrênicos antecederam sintomas do tipo depressivo), em um mesmo episódio da doença.
130. Duração de um episódio de perturbação de algumas horas a 1 mês, com eventual retorno completo ao nível de funcionamento pré-mórbido.
131. Manifestações do distúrbio por, pelo menos, 2 semanas, a contar do aparecimento de mudanças na vida do paciente (sinais do distúrbio podem, atualmente, ser apenas sintomas residuais).
132. Duração do episódio menor que 1 mês.
152. Duração do episódio maior que 3 meses.
133. Sintomas "negativos" como importante apatia, pobreza da linguagem, e embotamento ou incongruência afetiva, geralmente resultando em isolamento social e baixo desempenho social; deve ficar claro que não seja devido a depressão ou medicação neuroléptica por, pelo menos, 1 mês.
134. Sinais contínuos por, pelo menos, 6 meses. Deve incluir 1 fase ativa com sintomas esquizofrênicos de, pelo menos, 1 semana ou menos se os sintomas tiverem tratamento bem sucedido. Pode haver fase prodrômica ou residual.
135. Um distúrbio crônico, com pelo menos 6 meses de sintomas, sem retorno ao nível pré-mórbido de ajustamento psicossocial.
136. Sinais contínuos da doença durante, pelo menos, 6 meses, com presença atual de alguns sinais da doença. O período de 6 meses deve compreender uma fase ativa, com ou sem fases prodrômica ou residual.
137. Duração, continuamente ou episodicamente por, pelo menos, 2 anos.
138. Sinais de esquizofrenia por, pelo menos, 5 anos.
139. Início da doença antes da idade de 40 anos.
140. Início da fase ativa ou prodrômica da doença antes da idade de 45 anos.
141. Pobreza pré-mórbida no ajustamento social ou no trabalho.

142. Alcoolismo ou abuso de drogas no período de 1 ano antes do início da psicose.
143. Personalidade esquizóide.
144. Distúrbio esquizotípico de personalidade.
145. História de D. Autista.
146. Pode haver outros episódios transitórios com sintomas psicóticos leves, como ilusões, alucinações auditivas ou outras, e idéias delirantes. Esses episódios geralmente ocorrem sem relação com fatores externos.
147. Nunca preencheu os critérios para esquizofrenia.
148. História de episódio de esquizofrenia nos últimos 12 meses e posteriormente desenvolveu sintomas depressivos.
149. Antecedente familiar de esquizofrenia.

### V.3.3. Construção das Árvores de Decisão

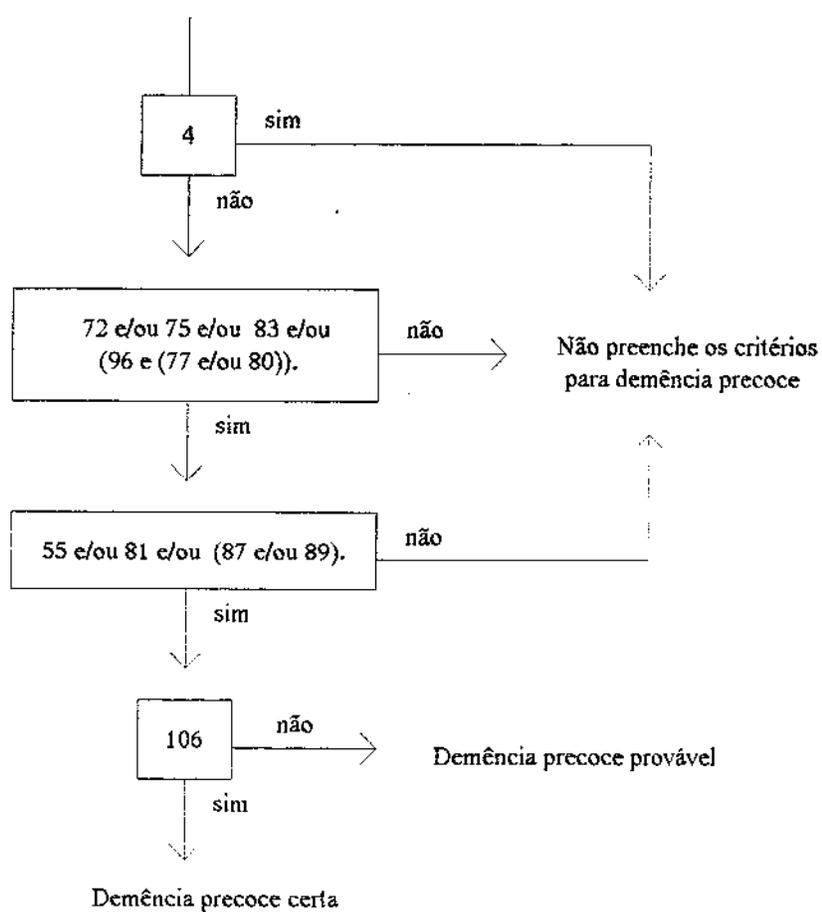
Após a codificação e organização dos critérios, foi construído uma árvore de decisão para cada um dos sistemas diagnósticos que compõem a LIST-S20. Os códigos dos critérios foram utilizados para confecção das árvores. Isso naturalmente dificulta sua compreensão, mas a necessidade de deu por dificuldade de espaço para colocar o enunciado de cada um dos critérios. Além disso, a partir das árvore seriam desenvolvidas as regras do programa computadorizado, e ele trabalhará basicamente com os códigos dos critérios.

Para a maioria das árvores não houve grandes dificuldades. Duas delas, a do DSM-III-R e CID-10, são mais complexas por envolver um número maior de categorias diagnósticas. Por isso, foram várias revisões e modificações.

O critério que refere-se à presença de um fator orgânico que permite justificar o início ou manutenção da perturbação, embora apareçam com algumas variações nos diversos sistemas diagnósticos, foram todos incluídos no critério "não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou ou manteve a perturbação". Em alguns sistemas diagnósticos não há referência, pelo menos nas fontes consultadas, desse critério. Mesmo assim ele foi arbitrariamente adicionado a todas as árvores de decisão dos sistemas que não o apresentam explicitamente. As Figuras que se seguem apresentam as árvores de decisão construídas para a LIST-S20.

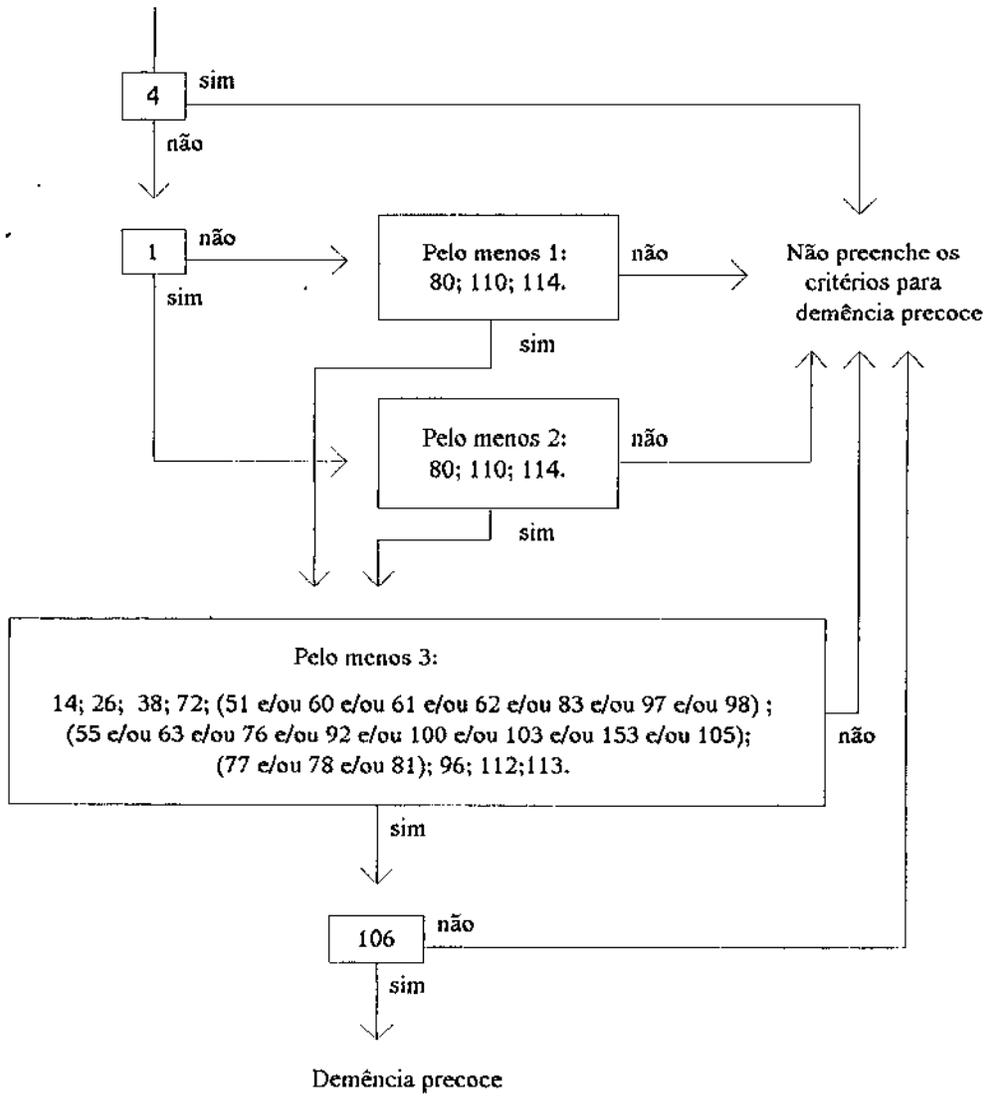
### Árvore de decisão para demência precoce de Kraepelin

LIST-S20: Kraepelin I



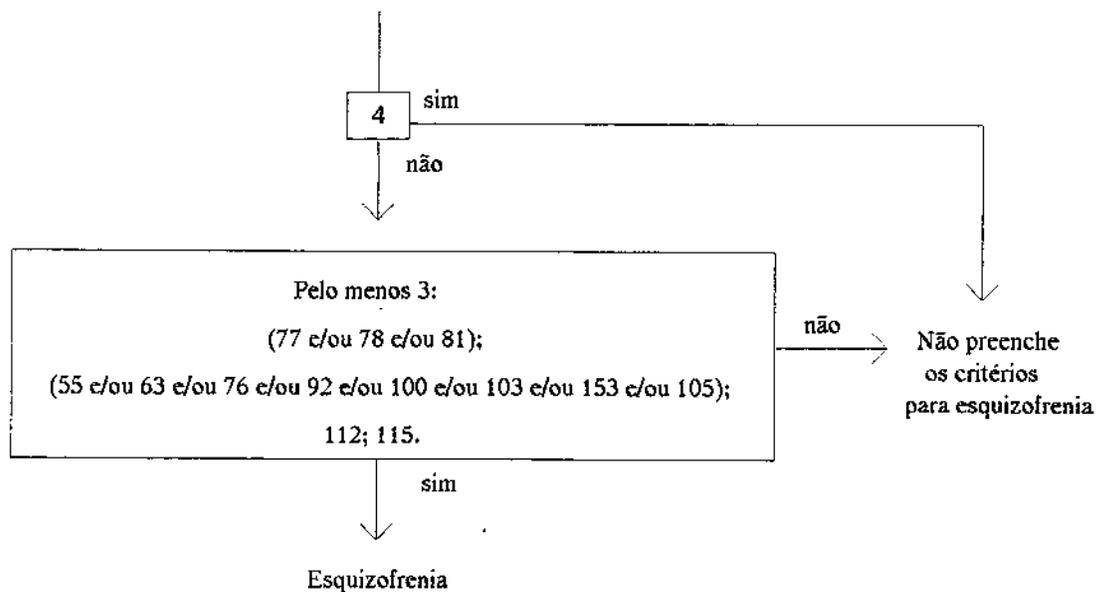
# Árvore de decisão para demência precoce de Kraepelin

LIST-S20: Kraepelin II



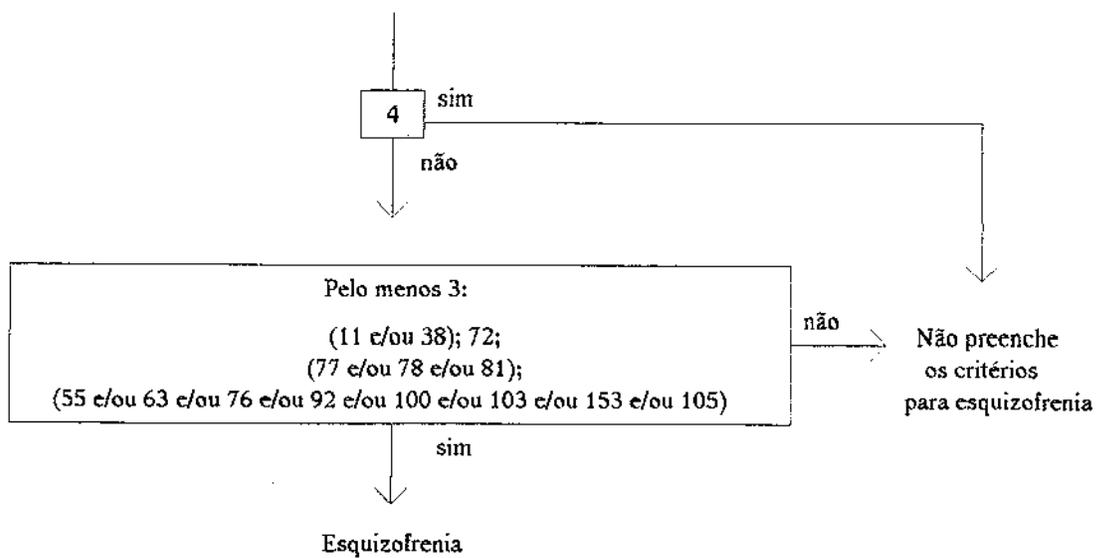
**Árvore de decisão para esquizofrenia, segundo os critérios de Eugen Bleuler**

LIST-S20: Eugen Bleuler



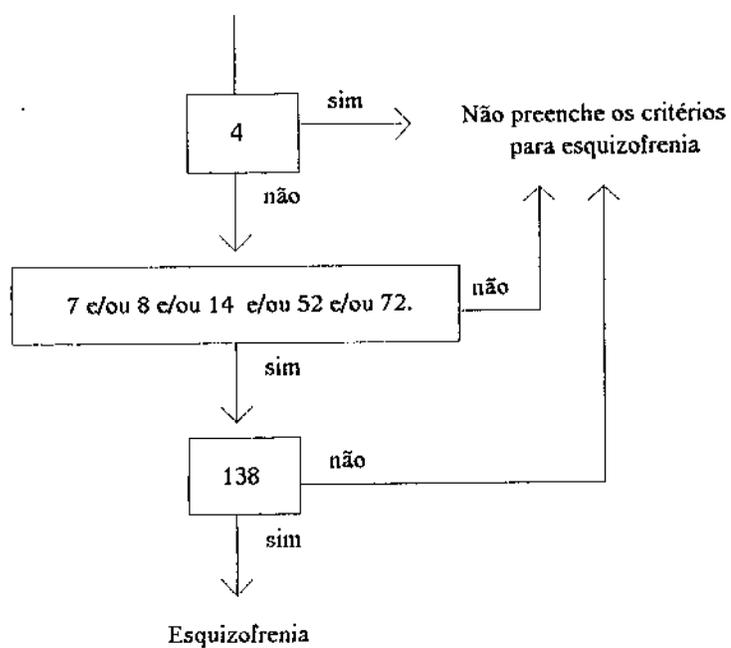
**Árvore de decisão para esquizofrenia, segundo os critérios de Manfred Bleuler**

LIST-S20: Manfred Bleuler



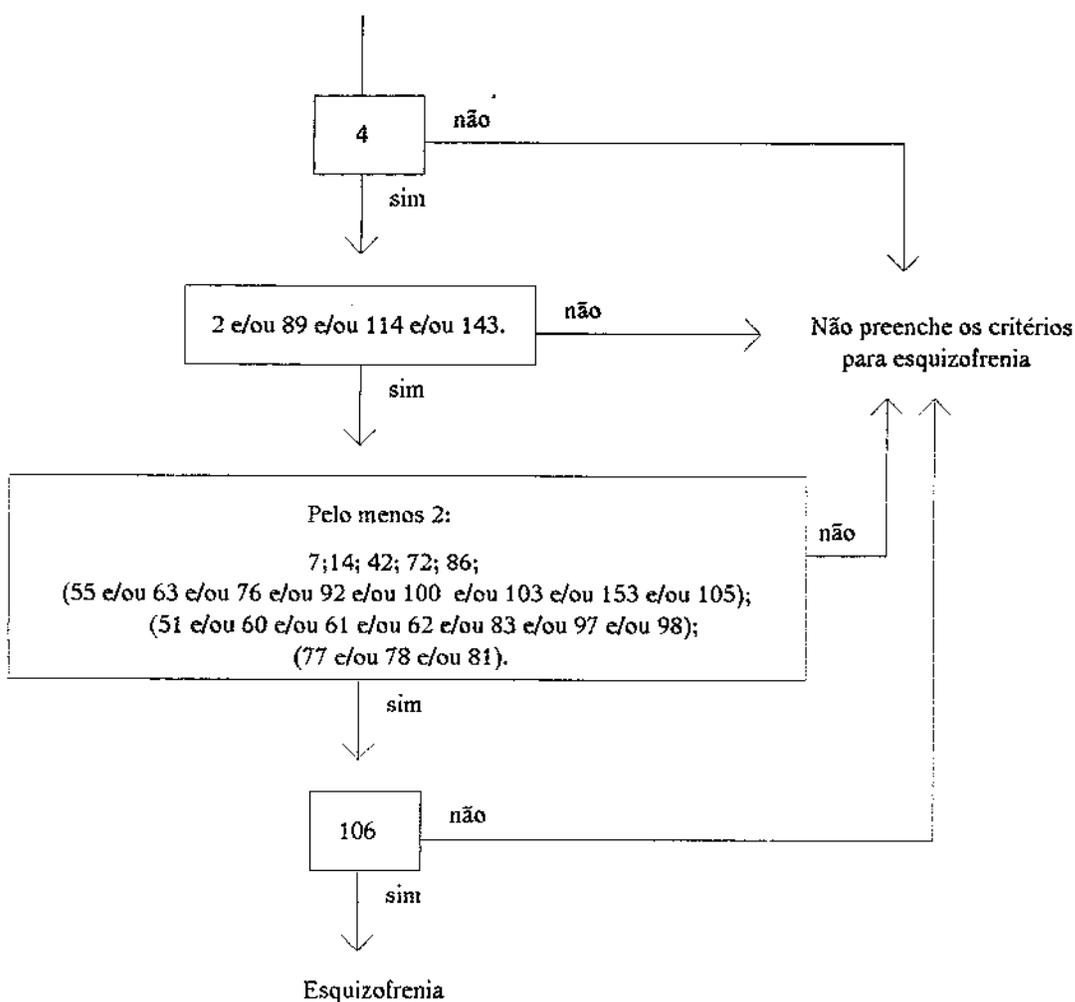
**Árvore de decisão para esquizofrenia, segundo os critérios de Gabriel Langfeldt**

LIST-S20: Langfeldt I



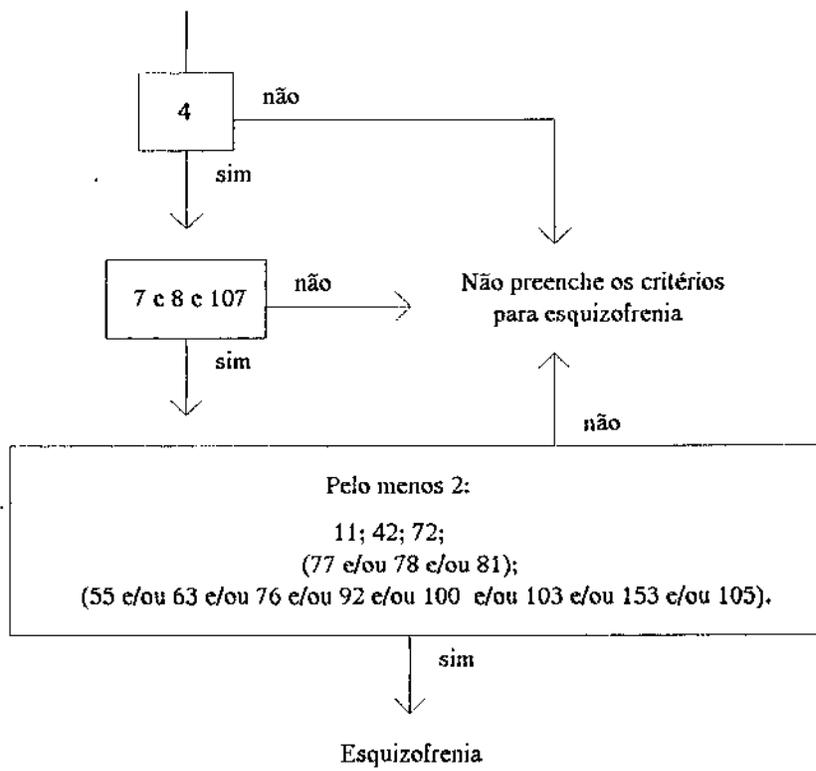
**Árvore de decisão para esquizofrenia, versão para pesquisa, segundo os critérios de Gabriel Langfeldt**

LIST-S20: Langfeldt II



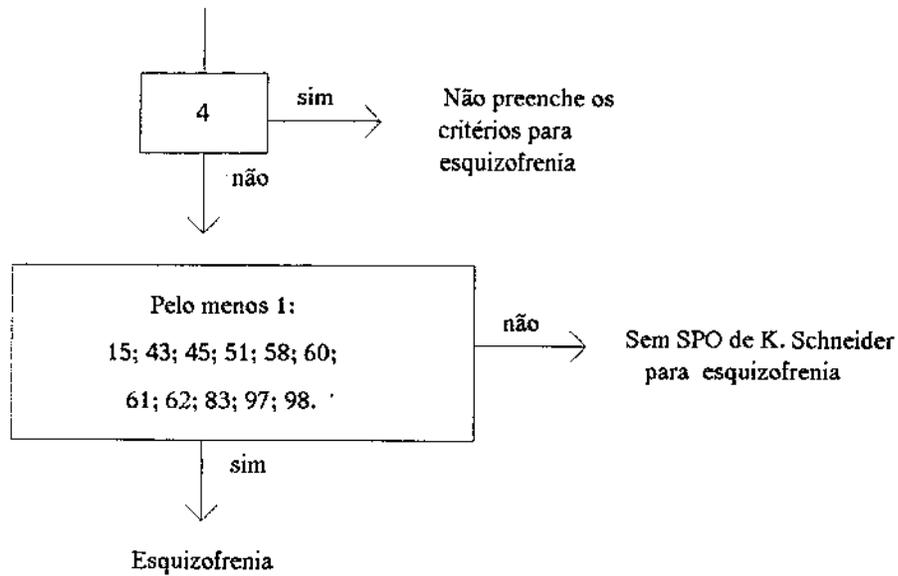
**Árvore de decisão para esquizofrenia, versão clínica, segundo os critérios de Gabriel Langfeldt**

LIST-S20: Langfeldt III



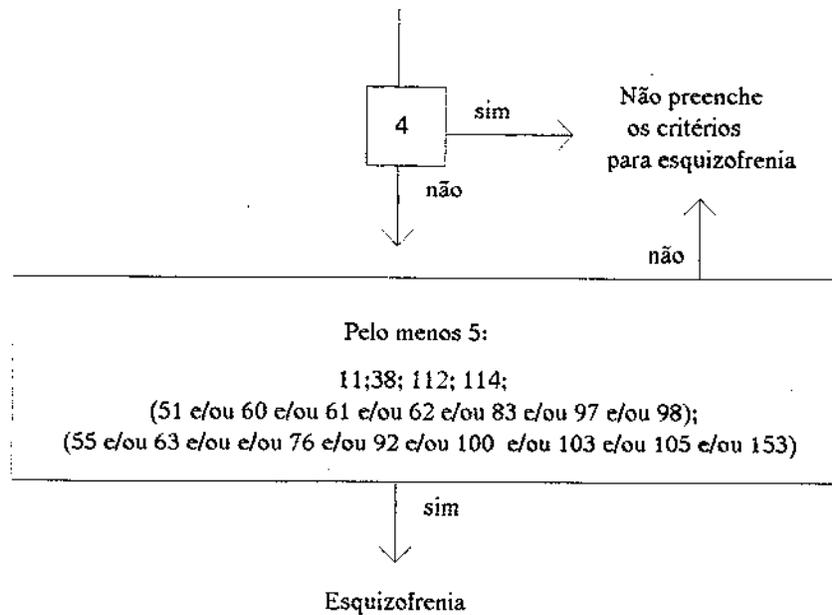
**Árvore de decisão para esquizofrenia, segundo os critérios de Kurt Schneider**

LIST-S20: Kurt Schneider



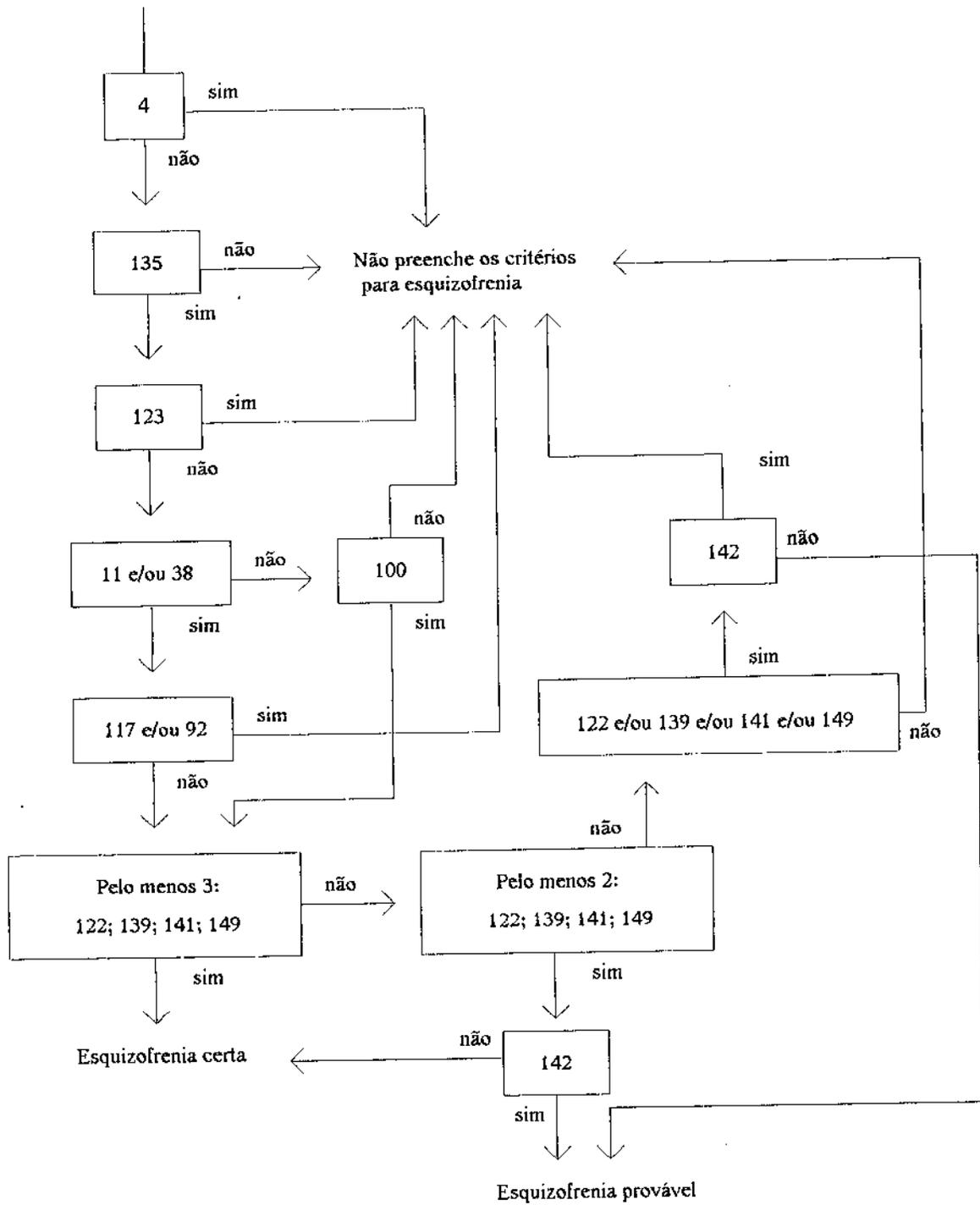
**Árvore de decisão para esquizofrenia, segundo os critérios de Yusin**

LIST-S20: Yusin



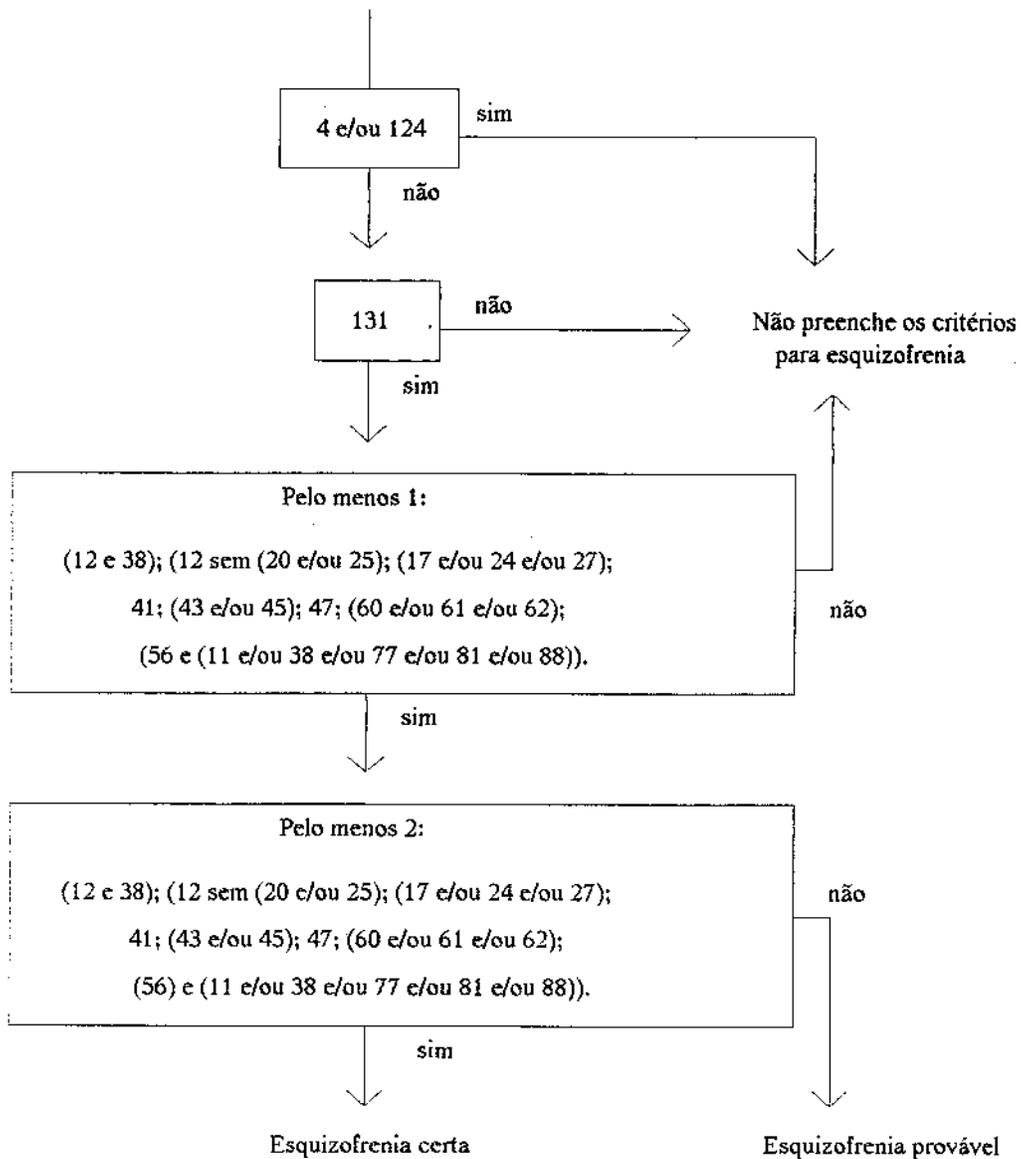
**Árvore de decisão para esquizofrenia, segundo os critérios de Feighner**

LIST-S20: Feighner



**Árvore de decisão para esquizofrenia, segundo os critérios do RDC**

LIST-S20: RDC



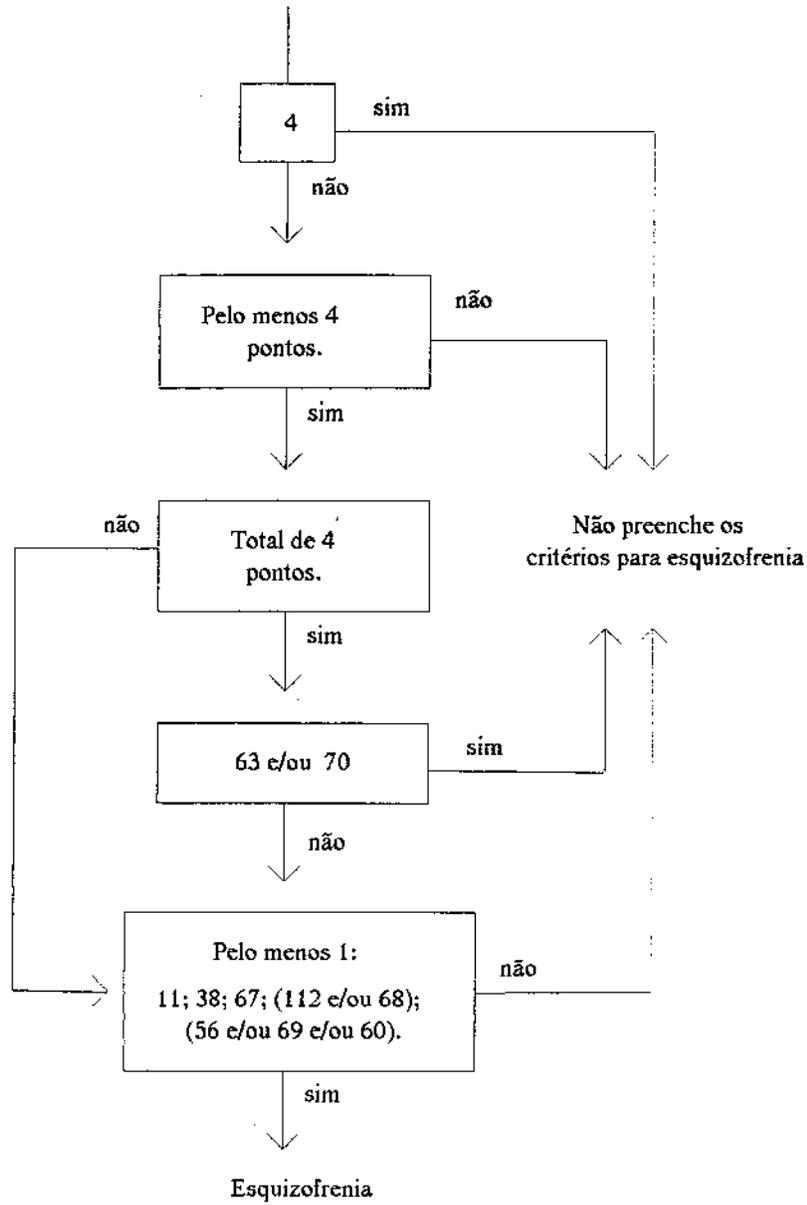
**Sistema de pontuação para esquizofrenia, segundo os critérios de New Haven**

LIST-S20: New Haven

*Pontuação:*

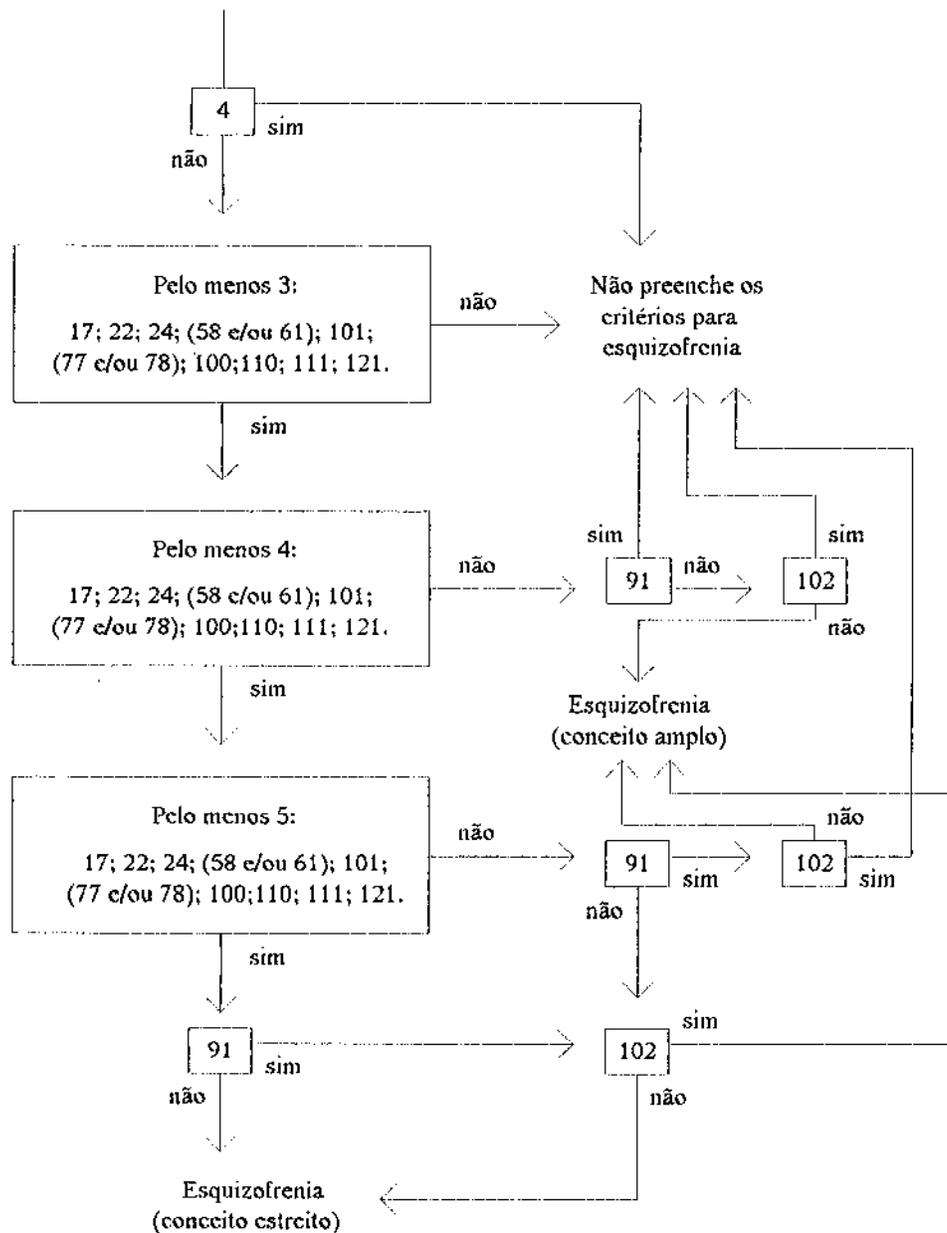
<b>Critério</b>	<b>Pontos</b>
11	2
38	2
(56 e/ou 60 e/ou 69) e/ou 67 e/ou (68 e/ou 112)	2
63 e/ou 70	1
118	1
119	1
81	1
116	1
26	1
72 e/ou 90 e/ou 103	1

**Árvore de decisão para esquizofrenia, segundo os critérios de New Haven**



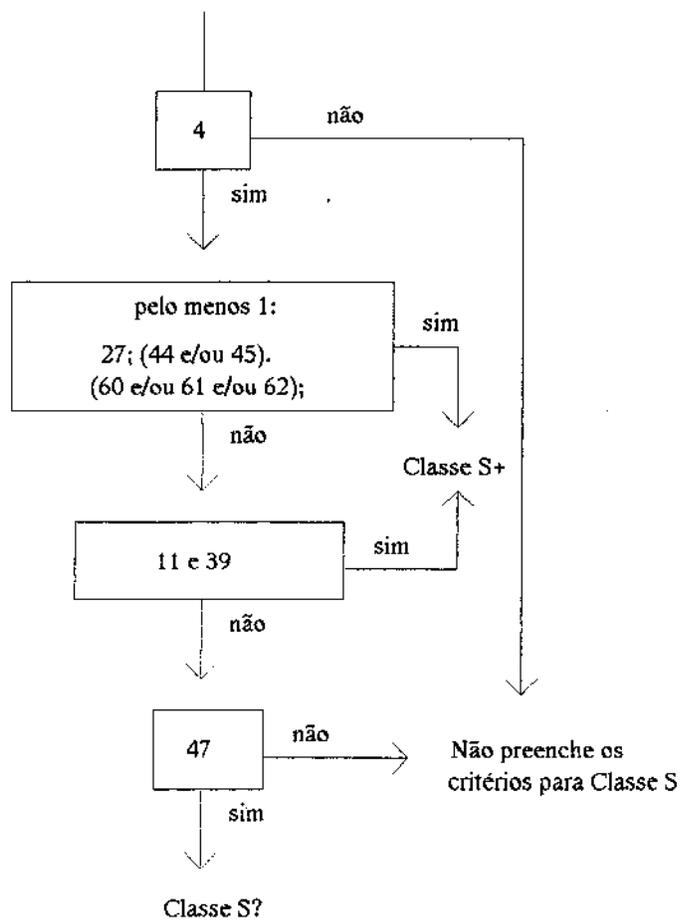
**Árvore de decisão para esquizofrenia, segundo os critérios do Sistema Flexível**

LIST-S20: Sistema Flexível

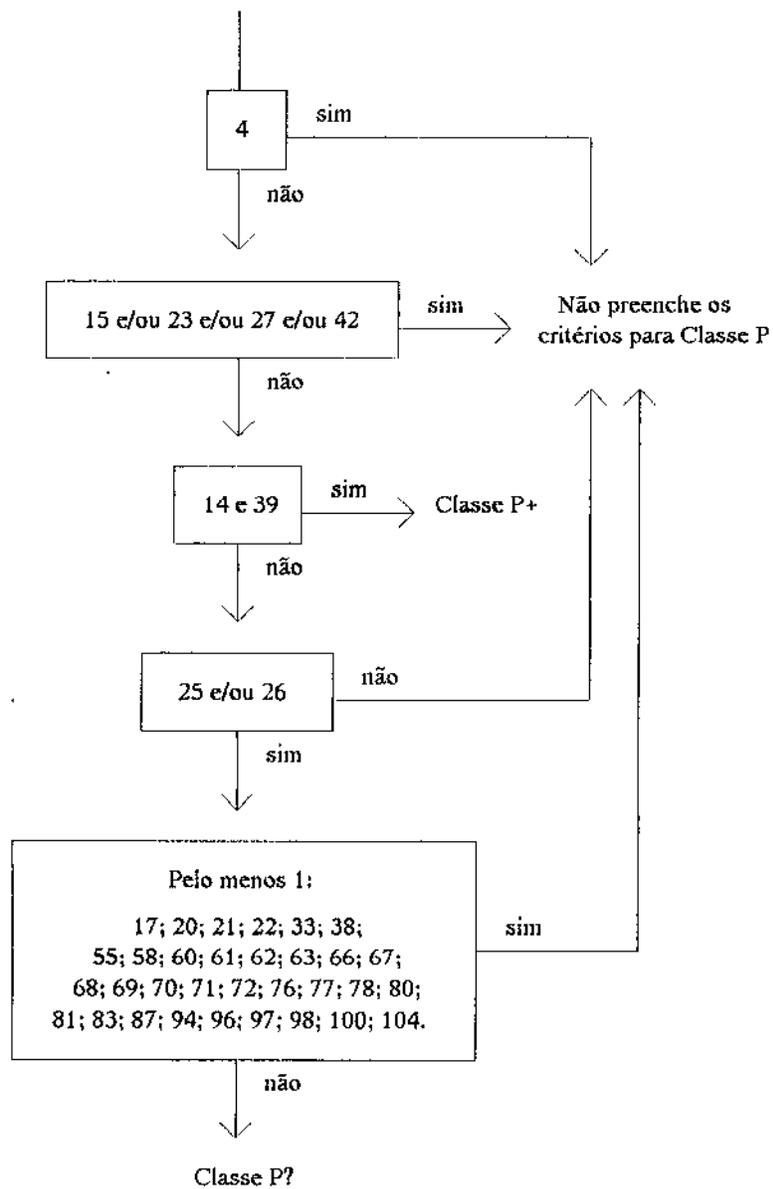


**Árvore de decisão para psicose esquizofrênica e esquizofrenia incerta,  
segundo os critérios do PSE**

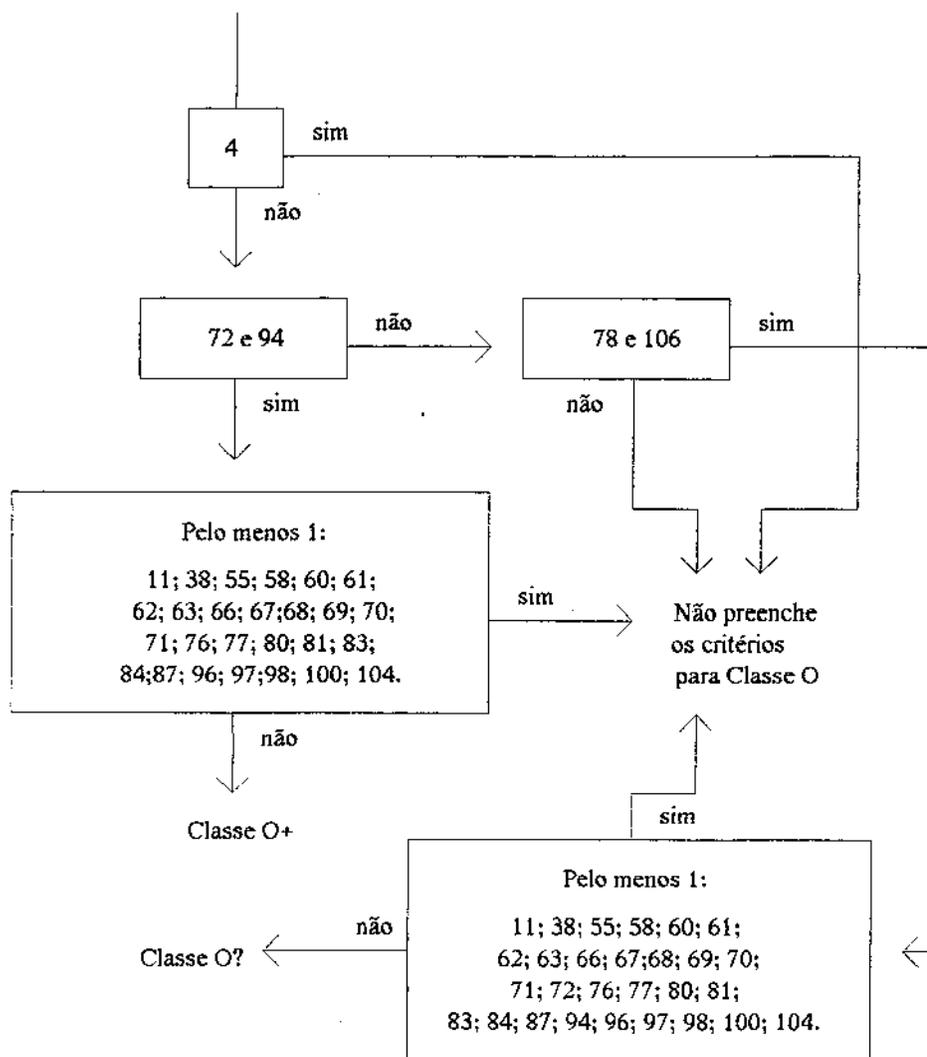
LIST-S20: PSE



**Árvore de decisão para psicose paranóide, outras psicoses, psicose paranóide incerta e outra psicose incerta, segundo os critérios do PSE**

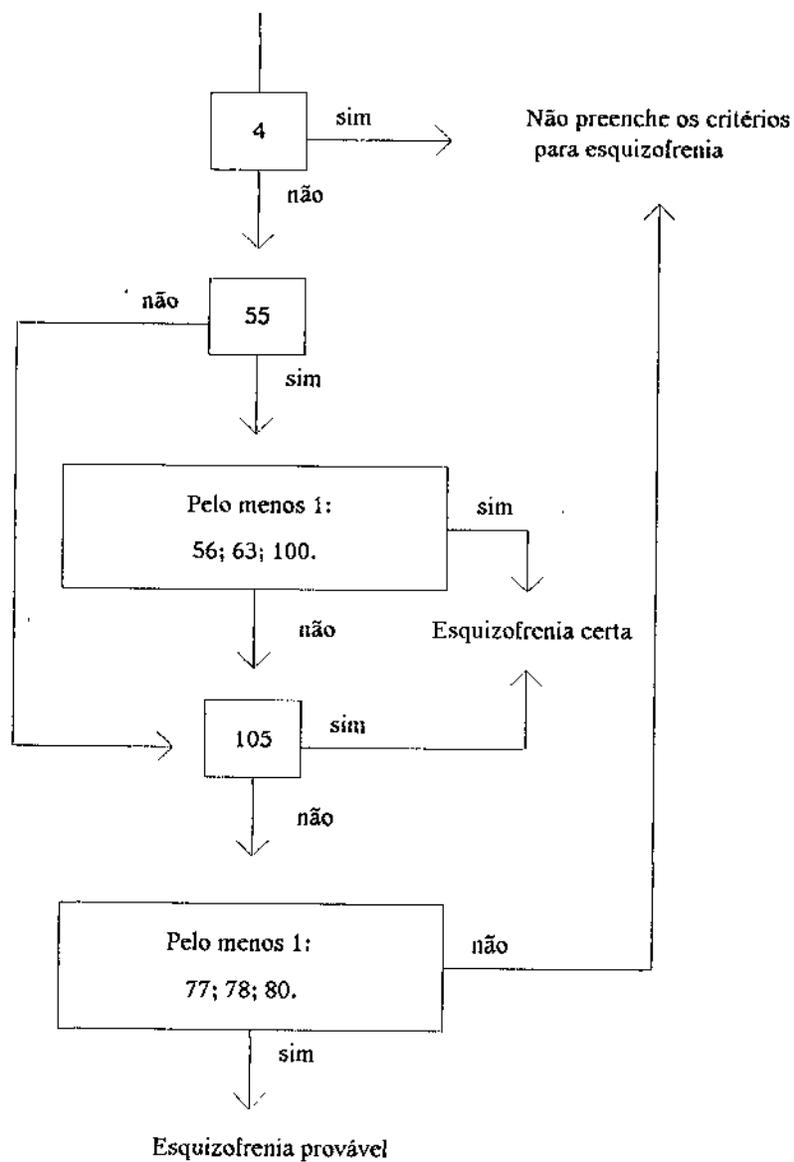


**Árvore de decisão para outras psicoses e outra psicose incerta, segundo os critérios do PSE**



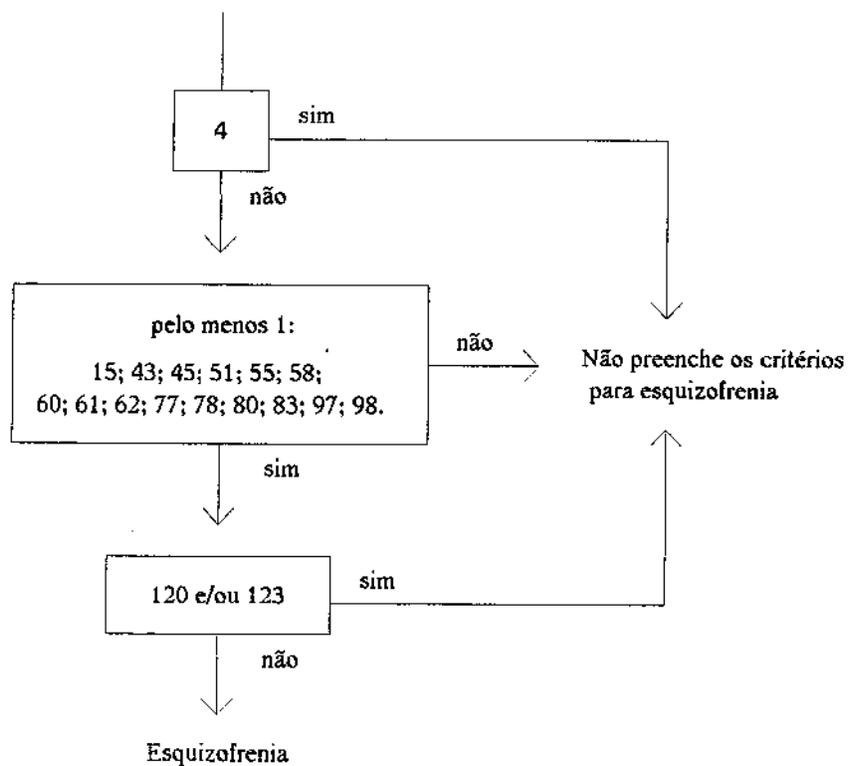
**Árvore de decisão para esquizofrenia, segundo os critérios de Viena para pesquisa**

LIST-S20: Viena



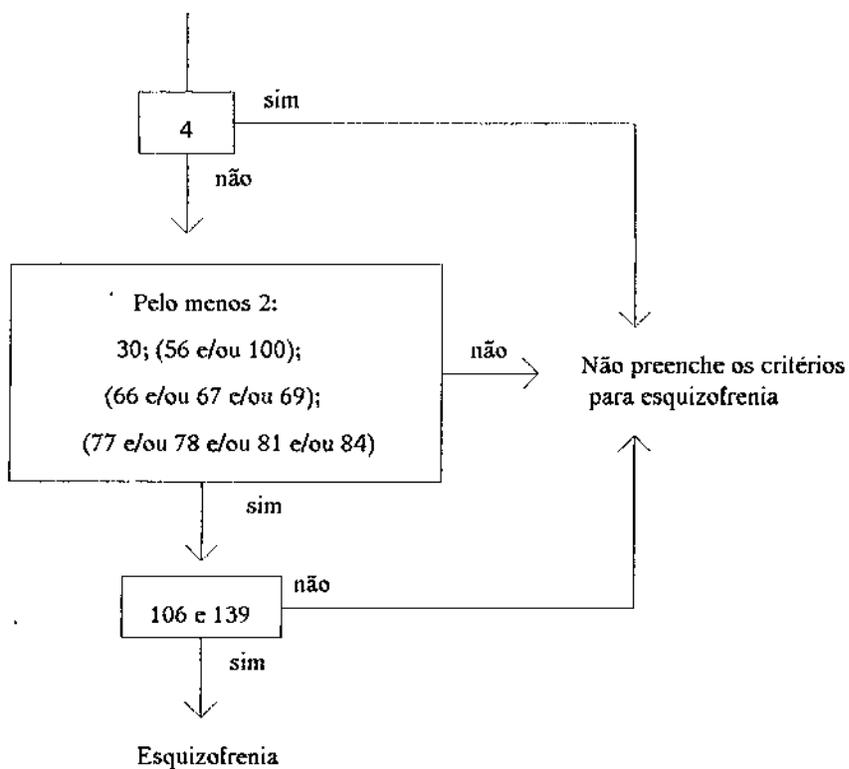
**Árvore de decisão para esquizofrenia, segundo os critérios de Taylor/Abrams**

LIST-S20: Taylor/Abrams



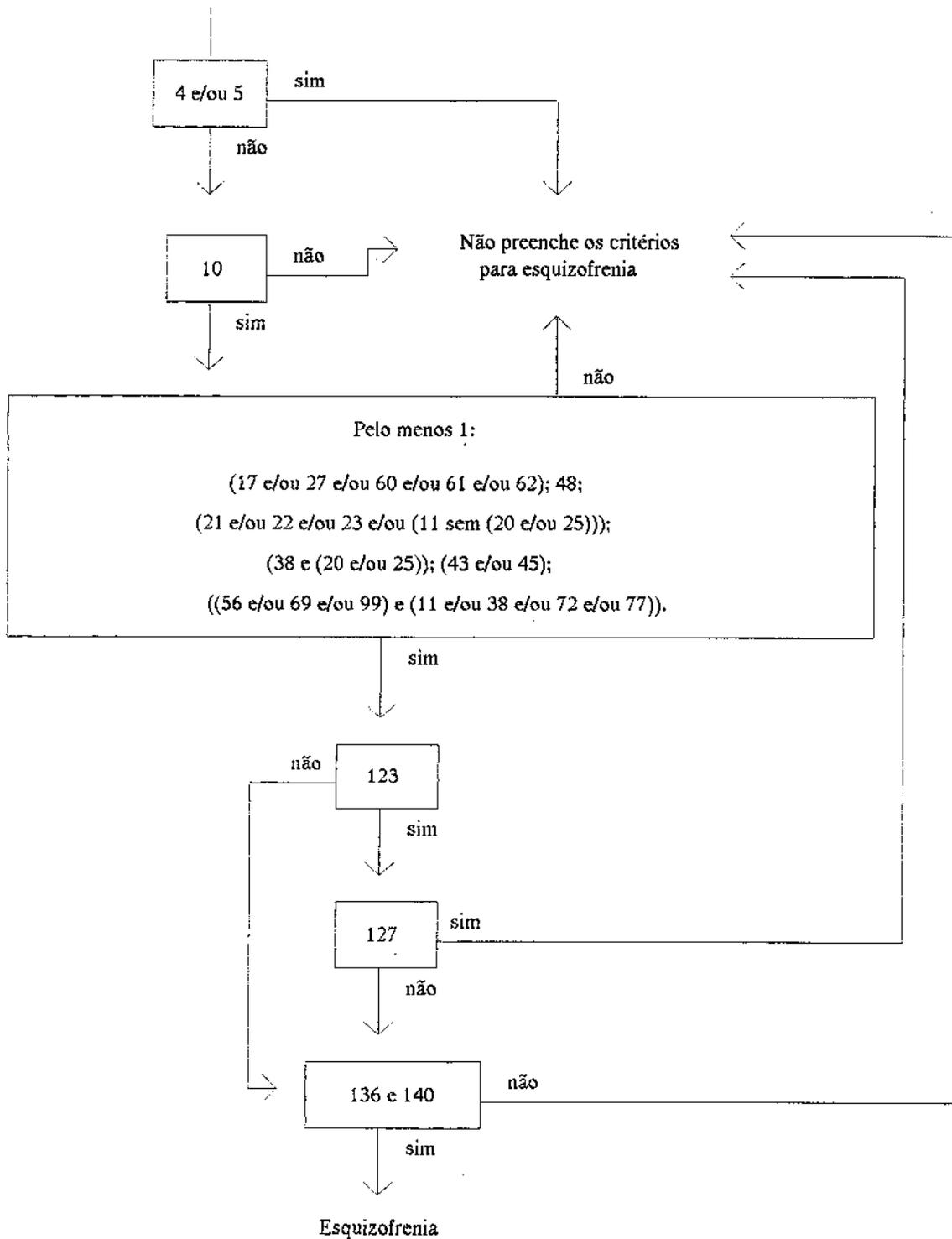
**Árvore de decisão para esquizofrenia, segundo os critérios Franceses**

LIST-S20: Critérios Franceses



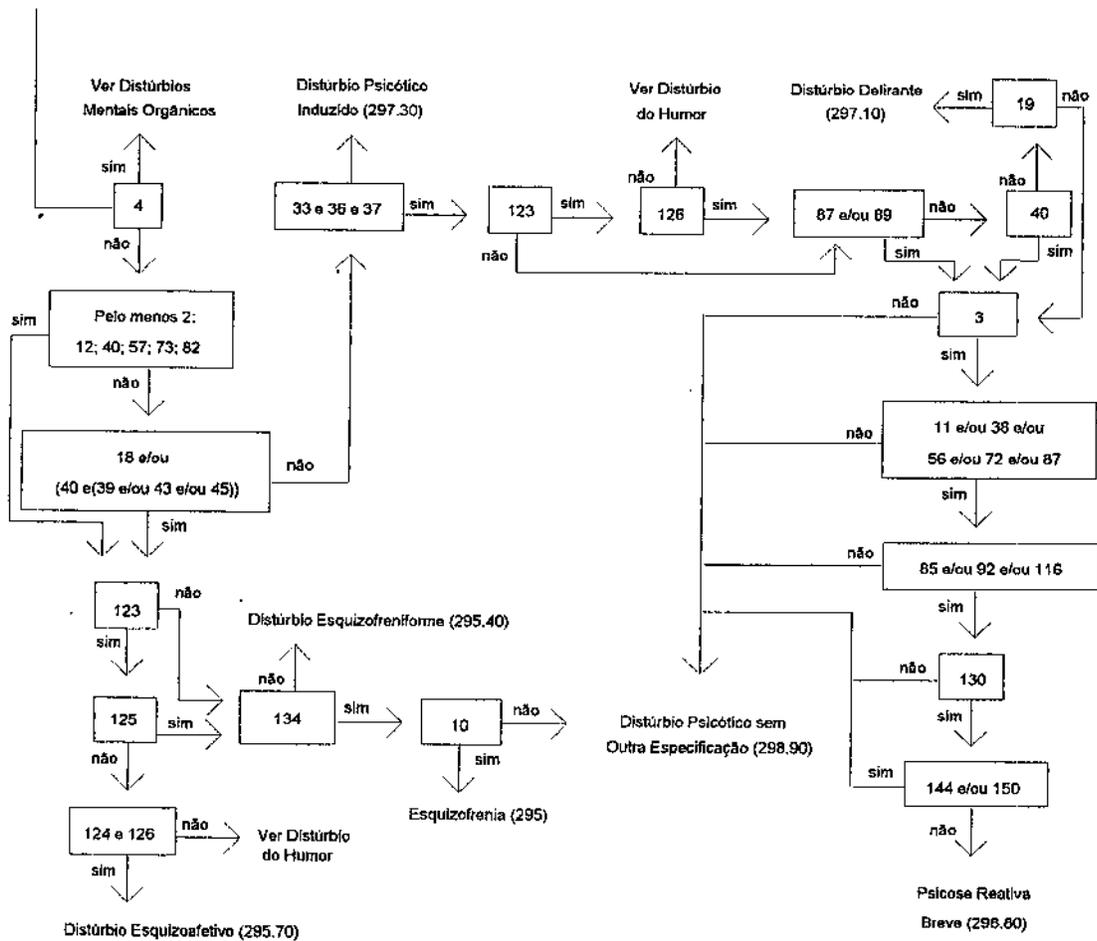
**Árvore de decisão para esquizofrenia, segundo os critérios do DSM-III**

LIST-S20: DSM-III



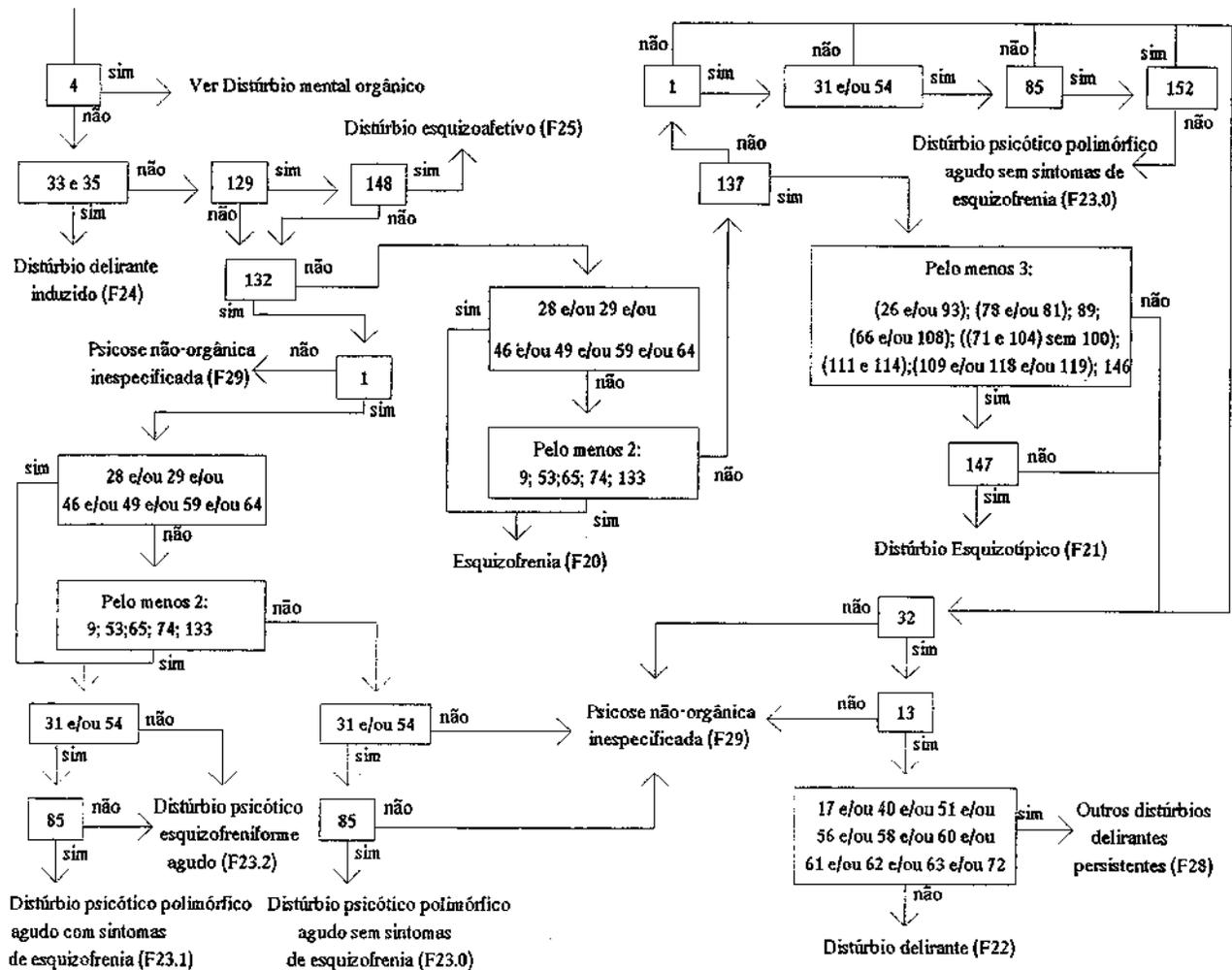
**Árvore de decisão para esquizofrenia, distúrbio delirante e "distúrbios psicóticos não classificados em outra parte", segundo os critérios do DSM-III-R**

LIST-S20: DSM-III-R



**Árvore de decisão para distúrbio esquizofrenia, distúrbio esquizotípico e distúrbios delirantes, segundo os critérios da CID-10**

LIST-S20: CID-10



## **V.4. Desenvolvimento do Programa Computadorizado**

### **V.4.1. O Ambiente Windows**

A LIST-S20 foi desenvolvida utilizando a linguagem de programação Visual Basic para o ambiente gráfico Windows. Isso significa que a LIST-S20 é um software que pode se beneficiar de vários recursos do ambiente Windows da Microsoft.

O que vem a ser o ambiente gráfico Windows? Para quem trabalhava apenas com o DOS das máquinas IBM-compatíveis tinha que se contentar com os caracteres C> e um pequeno cursor piscando no topo da tela negra. A partir de maio de 1990 a Microsoft, a maior empresa de software do mundo, lançou no mercado a versão 3.0 do ambiente gráfico Windows, o que mudou o PC, que passou a trabalhar de forma semelhante ao computador da Apple, o Macintosh. Atualmente o ambiente Windows tornou-se um padrão em microinformática.

Com uma abordagem eminentemente visual, o ambiente é construído com base na idéia de que a imagem tem maior força de comunicação que as palavras. Assim, em lugar de forçar o usuário a memorizar comandos estranhos como ocorre no DOS, o Windows lhe apresenta uma tela sugestiva, cheia de desenhos que, na medida do possível, pretendem ser intuitivos. Para chamar um programa, em lugar de digitar o seu nome basta apontar o cursor do mouse para uma figura que o representa -- o ícone -- e acionar duas vezes o botão do mouse.

O funcionamento do Windows baseia-se no conceito de janelas -- palavra que deu origem ao seu nome, em inglês. Cada programa ocupa uma janela, que pode ter seu tamanho ajustado pelo usuário. Com esse recurso, vários programas podem conviver harmonicamente ao mesmo tempo em uma mesma tela.

O ambiente Windows permite que vários programas rodem simultaneamente, o que se chama de multitarefa. Esses programas podem compartilhar a mesma informação. Para isso, a interface trabalha com um aplicativo chamado Clipboard -- área de transferência na versão em português. O Clipboard permite a cópia de qualquer informação, texto ou imagem de um programa para outro. Dessa forma, os dados colhidos e processados na LIST-S20 podem ser transferidos para outros programas como planilhas de cálculos, programas estatísticos, bancos de dados e processadores de textos através do Clipboard.

Um dos principais atrativos do Windows é a chance de aumentar a produtividade quando se trabalha com uma interface gráfica. Além disso, o aprendizado do programa é

mais rápido do que quando se utiliza simplesmente o DOS, não apenas pela intuitividade dos ícones e botões de comando, mas também e principalmente na padronização que a interface impõe a seus aplicativos. No Windows o padrão é único, sem necessidade de decorar comandos. Grande parte das operações dos programas em Windows se faz com uso do mouse, o que torna-o extremamente simples.

Essa evolução está relacionada com os progressos obtidos na tecnologia de desenvolvimento do hardware (ver Quadro V.4.1). O chip que tornou possível a existência do Windows foi o Intel 80386, lançado na sua primeira versão em 1985. O número quer dizer que ele pertence a uma família de microprocessadores, iniciada com o 8086, passando pelo 80286, e cujo parente mais avançado atualmente comercializado é o 80486. O Pentium, com performance duas vezes superior ao 486 de 66 MHz, foi lançado em 1993 (Folha de São Paulo, 1993). Para tornar possível a multitarefa, o chip 386 teve de aumentar sua memória, usando palavras de endereçamento de 32 bits, que permite o acesso a 4 bilhões de bytes, ou 4 gigabytes. Isso representa um salto enorme em relação ao 286, que só pode gerenciar até 16 milhões de bytes. A velocidade passou dos 4,7 megahertz do 8086 para até 60 megahertz dos 486 mas, principalmente, duas novas características permitiram evitar de vez o embaralhamento causado pelo fato do DOS não ser destinado à multitarefa: a incorporação do modo protegido e do que se chama de modo virtual. O modo protegido permite isolar cada programa no seu mundo próprio, sem que interfira com os outros. O modo virtual gera simulações de vários microprocessadores 8086 completamente isolados e autônomos.

Quadro V.4.1. Evolução dos microprocessadores para computadores pessoais.

Processador	Ano de lançamento	Número de transistores
8.088	1979	29.000
80.286	1982	130.000
80.386DX	1985	275.000
80.486	1989	1.200.000
Pentium	1993	3.100.000

Apesar de poder ser executado em um XT (processador 8.088), o Windows exige uma configuração mínima para executar eficazmente os programas. A máquina padrão é um micro 386-DX com 4 Mb de memória e um disco rígido de 80 Mb. Outras configurações abaixo dessa ocasiona um decréscimo da performance dos softwares. Aliar

velocidade de CPU, qualidade de vídeo e disco rápido é fator crucial na utilização adequada do Windows e seus programas.

A LIST-S20 foi desenvolvida para trabalhar dentro desse ambiente e desfrutar essas vantagens. Por isso, o programa só pode rodar em computadores que já tenham o Windows 3.0 ou uma versão superior. O mouse é altamente recomendável para quem vai trabalhar com a LIST-S20, ou com qualquer outro aplicativo em Windows.

#### **V.4.2. A escolha da linguagem de programação**

A escolha da linguagem para o desenvolvimento do programa computadorizado está relacionada com o momento atual do progresso da informática. Com o sucesso do ambiente Windows da Microsoft no mercado, grande parte dos usuários de microcomputadores estão passando a utilizar essa importante ferramenta. Seguindo essa tendência, era necessário uma linguagem para o ambiente Windows. Havia uma inviabilidade financeira para contratação de um programador especialista na complexa linguagem do Windows. O QuickBasic, linguagem utilizada na LICET-D10, além de ser bastante limitada, não poderia rodar no Windows. A solução veio justo no momento mais oportuno -- Visual Basic para Windows. Nessa mesma época uma outra linguagem semelhante para programação em Windows foi lançada -- *Realizer*. Apesar de ser considerada mais poderosa que o Visual Basic, ela é menos sofisticada e mais complexa.

O Visual Basic para Windows foi lançado em maio de 1991 pela Microsoft para desenvolvimento de aplicativos para o ambientes Windows. Sua importância pode ser comparada somente aos grandes programas da história dos computadores pessoais, como dBase e Lotus (Duncan, 1991). Com os recursos visuais para utilização das interfaces e contando com modelo de programação *event-drive*, ela tornou possível escrever um programa de computador para o ambiente Windows eliminando a necessidade de gastar meses no aprendizado do inóspito Windows Software Development Kit. Pelo menos para aplicativos mais simples. Os programa desenvolvidos com o Visual Basic podem incluir qualquer dos elementos comuns do ambiente gráfico do Windows, como os menus em cortina, ícones, controle com o mouse, etc.

O desenvolvimento de um programa em Visual Basic é bastante simples e é feito em duas etapas (Hergert, 1991):

- desenvolvimento da interface;
- programação dos códigos.

Apenas a segunda etapa envolve o que tradicionalmente é chamado de programação. A primeira é realizada inteiramente com a administração dos recursos visuais do aplicativo.

Devido a essas qualidades, essa linguagem teve um profundo impacto no desenvolvimento de aplicativos para Windows. Atualmente é a linguagem de programação mais vendida pela Microsoft e uma das mais vendidas do mundo. Segundo dados publicados na Folha de São Paulo, estima-se que no Brasil existam 500 aplicativos desenvolvidos por empresas usuárias de computadores e cerca de 30 softwares para uso geral (Moreira, 1992). Mais recentemente essa mesma empresa lançou a versão 2.0 e, em seguida, a versão 3.0 da linguagem Visual Basic para Windows e uma versão para DOS. As novidades do Visual Basic 2.0 para Windows são basicamente de três tipos: melhor performance dos programas gerados, ambiente de desenvolvimento mais fácil de operar e mais recursos na linguagem (Machado, 1992). O produto é oferecido em dois modelos: Standard e Professional. Essa última é voltada para desenvolvimento de aplicações mais sofisticadas. A versão para DOS é considerada a linguagem mais inovativa para os programadores desde o lançamento do Visual Basic (Simon, 1992). Esses lançamentos vêm a confirmar mais ainda o sucesso dessa nova linguagem de programação.

Em resumo, Visual Basic veio a trazer um novo e grande paradigma para o desenvolvimento de aplicativos para Windows, muito mais do que Turbo Pascal (Borland International, 1985), ToolBook ou qualquer outra linguagem de programação existente atualmente.

#### **V.4.3. Características do programa**

O programa da LIST-S20 foi construído de forma a ser de fácil uso e flexível. O usuário pode escolher um ou mais sistemas diagnósticos para avaliação do paciente. Permite modificações pelo usuário nos critérios diagnósticos, nas definições e de outros recursos do programa. Algumas partes do Sistema entretanto, estão embutidas no programa, como é o caso das árvores de decisões, a programação dos pontos de corte e para diagnósticos dos sistemas.

Uma das principais características do programa é seu sistema de inteligência artificial (IA). Podemos dizer que a LIST-S20 utiliza um sistema IA baseado em regras. A LIST-S20 é um sistema especialista, pois realiza uma tarefa normalmente feita por um especialista humano (Rich, 1988). O método, baseado em árvore de decisão lógica, utiliza um modelo similar ao processo de diagnóstico diferencial empregado na prática clínica e

portanto, não necessita de um conjunto prévio de informações (Fleiss e col. 1972), bastando que as regras sejam determinadas. As regras nesse caso são os critérios diagnósticos, cabendo ao programa tomar as decisões para realização do diagnóstico.

O programa gerado pelo Visual Basic é do tipo executável, com aproximadamente 205 KBytes. Entretanto o programa completo inclui vários arquivos auxiliares, de forma que toda a LIST-S20 ocupa em torno de 1.100 KBytes.

Para a LIST-S20 ser reconhecida pelo computador, várias arquivos são incluídos no diretório "SYSTEM" do Windows. Para facilitar seu uso, um programa que realiza totalmente a instalação da LIST-S20 foi desenvolvido. Ele abre um subdiretório no disco rígido, copia os programas necessários e faz todas as modificações nos arquivos, deixando o programa pronto para ser utilizado.

Os passos seguintes ilustram, resumidamente, como o programa funciona. São informações que podem tornar claro os limites e recursos do programa.

- Cada critério tem um código numérico, um número, e os sistemas diagnósticos que ele faz parte. Quando o programa é iniciado, todas essas informações passam para a memória do computador. Esses critérios são lidos do arquivo "LISTS20.INI".
- O código permite alterações futuras no programa sem importantes modificações na sua estrutura. Os pontos de cortes, pulos e os diagnósticos são regidos pelos códigos.
- O número permite calcular quantos critérios serão apresentados durante a avaliação, quantos foram respondidos e quantos ainda faltam para se chegar ao final.
- Os sistemas diagnósticos do critério são utilizados na seleção dos critérios pelo programa. Dessa forma, só são apresentados e processados os critérios dos sistemas diagnósticos que foram definidos no início da avaliação.
- Para cada resposta fornecida ao critério, o programa verifica se os pulos e pontos de corte, ou se chegou ao final da avaliação. Por exemplo, quando a resposta para o critério "Delírio" é NÃO, então o programa examina se há um pulo. A resposta não a esse critério faz o programa "pular" para o critério "Alucinação". Caso a resposta tivesse sido SIM, o programa passaria para o critério seguinte, sem o pulo. Com o pulo ou ponto de corte, todos os critérios que são "pulados" ou "cortados" recebem resposta NÃO.
- Ao chegar no final da avaliação uma mensagem aparece na tela informando para teclar em "diagnósticos". Somente quando é dado um clique nessa tecla os dados são processados, e os diagnósticos aparecem listados na tela.

#### **V.4.4. Evolução em relação ao programa computadorizado da LICET-D10**

Originalmente, a LICET-D10 foi desenvolvida para ser aplicada através do preenchimento de um formulário comum de papel. Pontos de corte eram realizados manualmente durante o preenchimento do formulário. Posteriormente os dados eram digitados no computador para processamento, que então fornecia os diagnósticos. O programa computadorizado da LICET-D10 foi escrito em QuickBasic, rodando no sistema operacional do DOS.

A LIST-S20 representa uma evolução desse sistema. As principais modificações do programa podem ser listadas:

- O programa roda no ambiente Windows, compartilhando as vantagens desse sistema;
- Acompanha um programa para instalação da LIST-S20 no computador;
- A LIST-S20 conta com ajuda on-line para os critérios diagnósticos (glossário e exemplos) e para os sistemas diagnósticos, com resumo dos sistemas, critérios diagnósticos e árvores de decisão;
- A modificação dos critérios, glossário e perguntas podem ser feitas pelo próprio usuário com um processador de textos comum, sem necessidade de fazer qualquer programação de computador;
- Os dados podem ser digitados durante a evolução do paciente diretamente no computador;
- Há possibilidade de seleção do(s) sistema(s) diagnóstico(s), de acordo com a necessidade do usuário;
- Durante a avaliação os critérios são apresentados com o(s) respectivo(s) sistema(s) diagnóstico(s) do qual faz parte;
- Pontos de corte e pulsos automáticos, podendo evitar a necessidade de responder todos os itens;
- Os dados podem ser gravados, revistos e imprimidos;
- O programa conta com um manual para orientação do usuário.

## **V.5. Sistema de pulos e pontos de corte**

O pulo, assim como o ponto de corte, otimizam a avaliação, já que o sistema fornece automaticamente resposta para um grupo de critérios.

O item do ponto de corte não faz parte dos critérios. Assim, o ponto de corte geralmente é menos eficaz que o pulo pois implica em um item a mais na avaliação.

Critérios para inclusão de um ponto de corte:

1. Ter enunciado curto, nunca maior do que seis palavras.
2. Possibilite cortar três ou mais critérios de um mesmo grupo-critério.
3. Caso o critério seja sensível ao ponto de corte e ao pulo, o número de critérios cortados do ponto de corte deverá ser maior que o do pulo.

A combinação do ponto de corte com o pulo possibilita um funcionamento à distância. Isso ocorre quando, por exemplo, uma resposta NÃO é fornecida ao ponto de corte "sentimento de passividade". Todos os critérios seguintes que sejam relacionados a esse sintoma -- idéias de influência corporal, roubo do pensamento, etc. -- terão automaticamente resposta NÃO.

Os pontos de corte são definidos no arquivo "LISTS20.INI", escrito em um formato padronizado para leitura do programa computadorizado. A primeira linha com "[pontodecorte]" indica o início do local onde os pontos de corte se encontram. Cada ponto de corte possui três componentes, cada um ocupando uma linha sucessivamente:

1. O enunciado do primeiro ponto de corte.
2. O número do código do critério onde ativa o ponto de corte.
3. O número do código do critério do último critério cortado.

Por exemplo, o ponto de corte que se refere à deterioração do comportamento do paciente está escrito no arquivo da seguinte forma:

[pontodecorte]

Deterioração no funcionamento

7

10

No caso do avaliador fornecer uma resposta NÃO a esse ponto de corte, 4 critérios não serão apresentados na tela (7, 8, 9 e 10) e eles receberão automaticamente resposta NÃO.

Infelizmente só foi possível implantar um pontos de corte no Sistema. Por outro lado, a um grande número de pulos foram desenvolvidos, evitando que vários itens sejam respondidos. Os pulos que o Sistema utiliza estão escritos em uma subrotina do programa, o que significa que ele apenas poderá ser modificando através do programa fonte.

O Apêndice da Tese contém os critérios diagnósticos com os pontos de corte e pulos da LIST-S20.

## V.6. Componentes da LIST-S20

O principal elemento da LIST-S20 é o programa computadorizado. O disquete com o programa vem contém 13 arquivos. Os arquivos estão comprimidos e são expandidos quando o programa é instalado. O Quadro V.6.1 apresenta os principais arquivos e sua respectiva função.

Um manual foi confeccionado especialmente para auxiliar aos usuários do Sistema e contém as principais telas do programa. Utilizando uma linguagem simples e ricamente ilustrado, ele fornece orientações para instalação do programa e uso do programa. O Manual do Usuário da LIST-S20 e o disquete com o programa fazem parte dessa Tese e podem ser encontrados no Núcleo de Informática Biomédica da UNICAMP.

Quadro V.6.1. Arquivos contidos no disquete do programa da LIST-S20 e suas respectivas funções.

<i>Arquivo</i>	<i>Função</i>
LISTS20.EXE	Programa executável da LIST-S20
LISTS20.INI	Arquivo com os sistemas diagnósticos e critérios
LS20GLOS.HLP	Arquivo com as definições e exemplos dos critérios
LS20MSG.HLP	Arquivo com o resumo dos sistemas diagnósticos
SETUP.EXE	Programa para instalação da LIST-S20 no computador
VBRUN300.DLL	Arquivo que acompanha os programas executáveis do Visual Basic.
THREED.VBX	Arquivo do VB que permite efeito tridimensional
CMDIALOG.VBX	Arquivo do VB para utilizar as interfaces padrões do Windows
COMMDLG.DLL	Arquivo do VB para utilizar as interfaces padrões do Windows (Dynamic Link Library)

O programa gerencia todos os componentes do Sistema, que estão listados abaixo.

1. Lista de critérios
2. Glossário
3. Exemplos
4. Ajuda aos sistemas diagnósticos
  - 4.1. Critérios
  - 4.2. Árvores de decisão
  - 4.3. Sobre o sistema diagnóstico

### **V.6.1. Critérios diagnósticos**

Como na LICET, os critérios da LIST-S20 estão agrupados. Cada grupo constitui um grupo-critério. São 148 critérios diagnósticos distribuídos em 18 grupos-critérios. Cada critério tem três elementos:

**Código do tipo numérico.** Permite modificações no sistema sem alterar sua estrutura. Os pontos de cortes e pulos são regidos pelos códigos.

**Número.** Permite calcular quantos critérios serão apresentados durante a avaliação, quantos foram respondidos e quantos ainda faltam para se chegar ao final.

**Sistemas diagnósticos do critério.** São utilizados na seleção dos critérios pelo programa. Dessa forma, só são apresentados e processados os critérios dos sistemas diagnósticos que foram definidos no início da avaliação.

O Quadro V.6.2 apresenta uma listagens dos grupos-critérios do Sistema.

Uma listagem completa desses elementos encontra-se no Apêndice da Tese.

Quadro V.6.2. Grupos-critérios da LIST-S20

<i>Grupos-critérios</i>
Dados demográficos
Início do distúrbio
Deterioração do funcionamento
Delírio
Alucinação
Pensamento
Comportamento catatônico
Afetividade
Comportamento observável
Volição
Discurso
Sintomas residuais
Outros sintomas
Síndromes afetivas associadas
Duração do distúrbio
Idade de início
Antecedentes pessoais
Antecedentes familiares

## V.6.2. Glossário e exemplo

Os critérios foram definidos de acordo com a concepção de cada sistema de classificação e diagnóstico, desde que essa informação estivesse disponível. Quando isso não foi possível, uma definição de outro sistema ou de outra origem foi introduzido. Em alguns critérios é encontrada mais de uma definição. Essas definições são, às vezes, bastante semelhantes ou complementares. Elas refletem de forma mais fiel o que cada autor ou grupo tinha como definição do critério. Para facilitar o reconhecimento da origem do critério e dos exemplos, no final deles encontra-se a referência entre os símbolos [ ].

Em alguns critérios partilham uma mesma definição ou exemplo. Por exemplo, a mesma definição de delírio pelo DSM-III-R é utilizada para o critério "Delírio" (código 11) e "Delírios por, pelo menos, 1 semana" (código 12). Dessa forma quando o usuário pede a definição do critério 12 aparecerá na tela a definição de delírio. Evita-se assim a mensagem "Ver definição de delírio", o que tornaria o Sistema mais lento e cansativo para o usuário.

Certos exemplos fornecidos pelos autores foram modificados visando fazer mais sentido para a população brasileira. Por exemplo, o exemplo do DSM-III-R sobre afrouxamento das associações traz um diálogo sobre o caso Watergate. Foi adaptado para o caso do impeachment do Presidente Collor. Algumas palavras da própria tradução foram alteradas. Porão é a tradução para *basement*. Na tradução para o Português, realizada por brasileiros, está traduzido por "cave". Isso é Português, de Portugal (Lamb, 1985).

A listagem das definições dos critérios e exemplos encontra-se no Apêndice da Tese, com seus respectivos critérios e códigos. As definições e exemplos estão no arquivo "LS20GLOS.HLP", que acompanha o programa.

## V.6.3. Ajuda aos sistemas diagnósticos

O sistema de ajuda aos sistemas diagnósticos é uma importante fonte de informação para o usuário do Sistema. Através dele é possível ter um rápido acesso aos sistemas diagnósticos do LIST-S20, sem precisar consultar livros, manuais de psiquiatria ou o corpo dessa Tese. Está dividido em três parte:

1. Critérios. São os critérios diagnósticos de cada sistema diagnóstico. A listagem dos sistema diagnósticos com seu critérios encontra-se no Capítulo V.1.

2. Árvores de decisão. São as árvores de decisão para cada sistema diagnóstico. As árvores de decisão estão com os códigos dos critérios. Isso, naturalmente, dificulta sua compreensão. Entretanto, algumas árvores são complexas e atingem maiores dimensões, o que impossibilitou a inclusão do próprio critério. As árvores de decisão para cada um dos vinte sistemas diagnósticos da LIST-S20 encontram-se no Capítulo V.3.
3. Sobre o sistema diagnóstico. Trata-se de um resumo sobre cada um dos sistemas diagnósticos e de classificação que fazem parte da LIST-S20. Esse resumo é idêntico ao texto contido no Capítulo V.1 dessa Tese e é o conteúdo do arquivo LS20MSG.HLP, que acompanha o programa.

## V.7. Avaliação do programa computadorizado

A avaliação do desempenho do programa da LIST-S20 foi realizada pelo Dr. Marco Antônio Marcolin e pelo Dr. Antônio Peregrino. O Dr. Marcolin é PhD pela Universidade de Illinois, Chicago e Fellow da World Psychiatric Association. O Dr. Peregrino é Professor Auxiliar de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco e mestrando em Neuropsiquiatria pela Universidade Federal de Pernambuco.

Um disquete com o programa da LIST-S20, o manual do usuário e o formulário de avaliação foram entregues aos avaliadores. A Figura V.7.1 contém o formulário para avaliação do programa.

O programa que foi confeccionado para instalar os arquivos da LIST-S20 no computador e modificar os arquivos AUTOEXEC.BAT inicialmente não funcionou adequadamente no computador do Dr. Marcolin. Ele comunicou a fato e esse programa que foi revisto e modificado, não mais apresentando problemas. Na ocasião foi retirado a parte do programa que faz as modificações do AUTOEXEC.BAT.

O Dr. Peregrino também teve um problema com a instalação pois havia um arquivo em seu winchester que tornava o programa incompatível. Era um arquivo que indicava uma versão anterior do Visual Basic. Após apagar esse arquivo a instalação não apresentou mais problemas.

Quadro V.7.1. Resultados da avaliação do programa computadorizado da LIST-S20.

Critério	Conceito	
	Dr. Marcolin	Dr. Peregrino
<i>I. Facilidade de uso</i>	Ótimo	Ótimo
<i>II. Interface</i>	Excelente	Excelente
<i>III. Desempenho</i>	Excelente	Excelente
<i>IV. Documentação</i>	Ótimo	Bom
<i>V. Recursos</i>	Excelente	Ótimo
<i>VI. Ensino médico</i>	Excelente	Bom
<i>VII. Uso clínico</i>	Ótimo	Regular
<i>VIII. Instrumento para pesquisa</i>	Ótimo	Excelente

Aproximadamente um mês após a entrega do material, Dr. Marcolin comunicou que havia terminado a avaliação do programa. O Dr. Peregrino enviou os resultados após aproximadamente uma semana. O formulário foi devolvido, e os resultados estão listados no Quadro V.7.1.

O Dr. Marcolin não apresentou comentário sobre os itens. O Dr. Peregrino fez três sugestões em relação a correções da grafia dos textos e trocas de certas palavras para tornar mais claro o enunciado. Ele também observou que o item de número 85 estava sem glossário e exemplo. Esse item já havia sido retirado das árvores de decisão pois era redundante com outro item. Entretanto ele permanecia na lista de critérios e o computador apresentava-o na tela, embora a resposta a esse item não mais afetasse os resultados diagnósticos. Após essa observação esse item foi retirado da lista.

Figura V.7.1. Formulário para avaliação do programa.

### Avaliação da LIST-S20

Avaliador(nome e assinatura): Data da avaliação: ____/____/____
--

Critérios utilizados para avaliação do programa: assinale a resposta que, na sua opinião, corresponde à qualidade do programa. Se necessário, utilize o verso da folha para fazer comentários.

	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	Excelente
<b>I. Facilidade de uso</b> (grau de facilidade de instalação e operação)	<input type="checkbox"/>				
<b>II. Interface</b> (tipo e facilidade de aprendizagem)	<input type="checkbox"/>				
<b>III. Desempenho</b> (tempo de resposta de operações básicas)	<input type="checkbox"/>				
<b>IV. Documentação</b> (qualidade técnica, abrangência, facilidade de uso)	<input type="checkbox"/>				
<b>V. Recursos</b> (tipo e número de recursos do programa)	<input type="checkbox"/>				
<b>VI. Ensino médico</b> (ensino e treinamento diagnóstico)	<input type="checkbox"/>				
<b>VII. Uso clínico</b> (avaliações de pacientes em ambulatórios, enfermarias, consultórios, etc., servindo como fonte adicional de coleta de informações e para realização do diagnóstico psiquiátrico).	<input type="checkbox"/>				
<b>VIII. Instrumento para pesquisa</b> (coleta, armazenamento e processamento de dados)	<input type="checkbox"/>				

## V.8. Avaliação de pacientes com o Sistema LIST-S20

Existem diversas formas de testar um instrumento. É desejável que ele apresente características como boa confiabilidade e validade. A aplicabilidade do instrumento também merece especial atenção pois pouco pode ajudar um instrumento com alta confiabilidade e validade e de difícil aplicação. Vários pacientes foram avaliados com a LIST-S20 para avaliar sua aplicabilidade, já que um dos principais objetivos desse trabalho é o desenvolvimento de um instrumento de multidiagnóstico de fácil aplicação.

A validade do processamento da informação também foi testada. O objetivo foi identificar se o Sistema realizava o diagnóstico corretamente, ou seja, se o programa de computador obedecia às mesmas regras que o sistema diagnóstico explicitava para se chegar a um determinado diagnóstico. A hipótese a ser testada no caso é que, em uma mesma avaliação, *todos diagnósticos gerados pelo computador devem ser iguais aos diagnósticos obtidos com o procedimento manual*. Para esse procedimento, os pacientes avaliados tiveram, nos vinte sistemas, o diagnóstico produzido pelo computador e o diagnóstico a partir de um processamento manual das mesmas informações obtidas na avaliação. O *procedimento manual* significa que o avaliador, após realizar a entrevista e coletar todos os dados do Sistema, lista todos os itens e respostas da avaliação e faz o diagnóstico nos vinte sistemas diagnósticos utilizando as árvores de decisão. Essas árvores estão descritas no Capítulo V.3.3 (página 146).

No total, 10 pacientes foram incluídos na amostra. Isso não significa que apenas 10 pacientes foram avaliados pela LIST-S20. Outros pacientes estudados no início da pesquisa não foram incluídos. De fato, as entrevistas iniciais utilizando o instrumento procuravam encontrar falhas e dificuldades em sua aplicação. Ficou logo claro nessa fase que havia problemas no sistema como, por exemplo, os pulos não estavam funcionando adequadamente e os arquivos principais não eram encontrados pelo programa para iniciar a avaliação. Esses tipos de *bugs* são detectados apenas com o uso repetido do programa e a utilização de certos recursos em determinadas situações. Após correção dos problemas observados nessa fase do programa é que os pacientes foram realmente incluídos. Fica claro que, pelo grande número de recursos que dispõe, o sistema provavelmente ainda não deve se encontrar completamente sem falhas. Elas eventualmente podem ser detectadas e serão adequadamente retificados. Esse tipo de problema ocorre, inclusive, com os melhores programas de computador que estão atualmente no mercado e são imediatamente corrigidos à medida que os usuários detectam e informam aos seus fabricantes. A detecção de uma falha pode durar meses ou anos, principalmente quando se refere a detalhes quase imperceptíveis pelo uso comum do software.

Os seguintes critérios foram utilizados para seleção dos pacientes:

- ter diagnóstico clínico de esquizofrenia;
- idade entre 18 a 60 anos;
- apresentar condições clínicas para fornecer informações durante uma entrevista;
- aceitar participar da pesquisa.

A amostra de 10 pacientes foi avaliada em três lugares diferentes, todos na cidade de Recife. Alguns deles encontravam-se internados em uma enfermaria de psiquiatria de um hospital particular (Casa de Saúde São José). Outros foram avaliados em um hospital-dia (Espaço Azul do Hospital Ulisses Pernambucano) e três pacientes foram vistos no consultório particular, encaminhado por outro médico especialmente para a pesquisa.

O autor realizou as entrevistas utilizando um microcomputador portátil (notebook), respondendo os itens com o auxílio de um mouse de tipo *track-ball*. O avaliador inicialmente informava aos pacientes os objetivos da pesquisa e o procedimento. Sempre era explicado, para os pacientes internados, que o resultado da avaliação não iria modificar o tratamento e o tempo de permanência no hospital. Esse cuidado é importante pois alguns pacientes tentam dissimular seus sintomas com o objetivo de ter alta hospitalar.

Com a aceitação em ser incluído no estudo, o cronômetro do software era acionado para medir o tempo gasto na avaliação. Quando o paciente necessitava sair da sala ou alguma coisa interrompia a avaliação, o avaliador pausava o cronômetro para que esse intervalo de tempo não fosse registrado. Quando a entrevista reiniciava-se o cronômetro era novamente acionado.

Geralmente o avaliador pedia para que o paciente falasse livremente, de forma breve, o que ele vem sentindo, quando e como iniciou seu problema. Depois o avaliador fazia perguntas para tornar claro a presença ou ausência de determinadas características e ia respondendo diretamente no computador os itens. Sempre que surgia um item do qual o paciente não havia falado, o avaliador fazia mais perguntas, até terminar toda a entrevista. Ao final, o cronômetro era pausado e a avaliação gravada no computador. Os diagnósticos obtidos desses pacientes estão no Quadro V.8.1.

No geral, os pacientes aceitaram bem as entrevistas e se mostraram gratificados pela avaliação. Apenas um dos pacientes apresentava um quadro psicótico com hiperatividade motora, estava ansioso e manifestou ameaças de agressão física à minha pessoa. A entrevista continuou normalmente após o paciente ter se tranquilizado.

As entrevistas transcorreram de forma natural. O computador, colocado em uma mesa ao lado, e não entre o avaliador e o paciente, permitiu que a avaliação fosse muito semelhante àquela realizada durante uma entrevista clínica comum. Os itens aparecem na

**Quadro V.8.1. Diagnósticos obtidos a partir da LIST-S20 em dez pacientes com diagnóstico clínico de esquizofrenia.**

Sistema Diagnóstico	Pacientes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Kraepelin I</i>	NPC p/ DP	NPC p/ DP	NPC p/ DP	NPC p/ DP	DP certa	NPC p/ DP				
<i>Kraepelin II</i>	NPC p/ DP	DP	NPC p/ DP	DP	DP	NPC p/ DP	NPC p/ DP	DP	DP	DP
<i>Eugen Bleuler</i>	NPC p/ Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	Esquiz.	NPC p/ Esquiz.
<i>Manfred Bleuler</i>	NPC p/ Esquiz.	Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	Esquiz.	NPC p/ Esquiz.
<i>Langfeldt I</i>	Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	Esquiz.	NPC p/ Esquiz.
<i>Langfeldt II</i>	NPC p/ Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.
<i>Langfeldt III</i>	NPC p/ Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	NPC p/ Esquiz.
<i>Kurt Schneider</i>	Sem SPO p/ Esquiz.	Esquiz.	Sem SPO p/ Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.
<i>Yusin</i>	NPC p/ Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.
<i>Feighner</i>	NPC p/ Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	Esquiz. certa	Esquiz. certa	NPC p/ Esquiz.					
<i>RDC</i>	NPC p/ Esquiz.	Esquiz. certa	Esquiz. certa	Esquiz. certa	NPC p/ Esquiz.	Esquiz. certa				
<i>New Haven</i>	NPC p/ Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.
<i>Sistema Flexível</i>	Esquiz. (conc. amplo)	Esquiz. (conc. estreito)	Esquiz. (conc. amplo)	Esquiz. (conc. estreito)	NPC p/ Esquiz.	Esquiz. (conc. amplo)	NPC p/ Esquiz.	Esquiz. (conc. estreito)	Esquiz. (conc. estreito)	Esquiz. (conc. estreito)
<i>PSE</i>	NPC p/ Classe S. NPC p/ Classe P. NPC p/ Classe O	Classe S+; NPC p/ Classe P; NPC p/ Classe O	Classe S+; NPC p/ Classe P. NPC p/ Classe O	Classe S+; NPC p/ Classe P; NPC p/ Classe O	Classe S+; NPC p/ Classe P. NPC p/ Classe O	Classe S+; NPC p/ Classe P. NPC p/ Classe O	Classe S+; NPC p/ Classe P. NPC p/ Classe O	Classe S+; NPC p/ Classe P. NPC p/ Classe O	Classe S+; NPC p/ Classe P; NPC p/ Classe O	Classe S+; NPC p/ Classe P. NPC p/ Classe O
<i>Viena</i>	NPC p/ Esquiz.	Esquiz. certa	NPC p/ Esquiz.	Esquiz. certa	Esquiz. provável	Esquiz. provável	NPC p/ Esquiz.	Esquiz. certa	Esquiz. certa	Esquiz. certa
<i>Taylor/ Abrams</i>	NPC p/ Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.
<i>Crítérios Franceses</i>	NPC p/ Esquiz.	Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	NPC p/ Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.
<i>DSM-III</i>	NPC p/ Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.	Esquiz.
<i>DSM-III-R</i>	Dist. psicótico SOE (298.90)	Esquiz. (295)	Dist. delirante (297.10)	Esquiz. (295)						
<i>CID-10</i>	Esquiz. (F20)	Esquiz. (F20)	Esquiz. (F20)	Psicose não-orgânica inespecif. (F29)	Esquiz. (F20)					

Esquiz. = esquizofrenia; SOE = Sem outra especificação; NPC = Não preenche os critérios; SPO = sintomas de primeira ordem de K. Schneider para esquizofrenia; p/ = para; Dist. = distúrbio; Conc. = conceito; DP = demência precoce; Inespecif. = inespecificada

tela com letras grandes, de forma que podiam ser lidos sem dificuldades pelo avaliador, evitando aquele comportamento incômodo e inconveniente de aproximar o rosto da tela ou de ficar folheando os papéis (nas entrevistas que utilizam esse procedimento) para fazer perguntas ao paciente.

O tempo de aplicação da entrevista variou entre 56 a 18 minutos, com média de apenas 35 minutos. Conforme descrito anteriormente, nem a explicação sobre a pesquisa nem os intervalos durante a avaliação foram considerados. Esses dados são parciais e obtidos em 3 diferentes situações de entrevista (pacientes internados, hospital-dia e consultório particular). Provavelmente, a intimidade do avaliador com esse tipo de entrevista permitiu obter reduzido espaço de tempo nas avaliações, de forma que estudos com outros avaliadores complementarão esse tipo de informação.

**Quadro V.8.2. Duração da entrevista (em minutos) dos dez pacientes avaliados com a LIST-S20.**

Pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	média (DP)
tempo (mm:ss)	20:55	47:11	18:45	30:20	21:50	38:65	18:45	54:18	56:02	45:90	35,3 (14,1)

Os dados dos pacientes foram listados para comparar a avaliação do diagnóstico do computador com o diagnóstico realizado com o procedimento manual. Apesar dos diagnósticos realizados pelo computador estarem de acordo com o procedimento manual, essa avaliação serviu para mostrar um erro no procedimento computadorizado. A rotina que realiza o diagnóstico nos dois sistemas de Kraepelin estavam invertidas, ou seja, o diagnóstico produzido no sistema de Kraepelin I era, na verdade, o do Kraepelin II e vice-versa. A troca das rotinas na fonte do software resolveu esse problema.

A CID-10 e o DSM-III são os sistemas diagnósticos que apresentaram maior concordância com o diagnóstico clínico nesses pacientes. A CID-10 teve apenas 1 caso em que o diagnóstico foi de Psicose não-orgânica inespecificada e o DSM-III um caso de Não preenche os critérios para esquizofrenia. Já o sistema de Kraepelin I foi o que menos concordou com o diagnóstico clínico, com apenas um caso de demência precoce. Esses dados sugerem que o conceito de esquizofrenia que temos hoje está muito distante do originalmente desenvolvido por Kraepelin no final do século passado.

## **V.9. Comparação da LIST-S20 com outros sistemas diagnósticos**

O Quadro V.9. inclui 10 sistemas diagnósticos para comparação da LIST-S20 com outros sistemas já em uso. Essa tabela foi baseada em um trabalho publicado por McGorry e col. (1990). Outros itens foram acrescentados para torná-la mais completa.

O tempo de aplicação foi um dos pontos que mais se destacaram nessa comparação. Enquanto outros sistemas requerem de 6 a 7 horas -- como é o caso do RPMIP, a LIST-S20 pode ser preenchido em apenas 35 minutos. Esse é um resultado que traz grande entusiasmo pela possibilidade de seu uso mais abrangente. Dois outros fatores aumentam importância desse resultado:

- \* a LIST-S20 é atualmente o sistema que inclui mais sistema diagnósticos e de classificação;
- \* o tempo dos outros sistemas não incluem o que é gasto em enviar o resultado para um digitador, a transferência dos dados para o computador e o retorno do resultado ao avaliador.

Alguns fatores contribuem para esse resultado. A pequena abrangência da LIST-S20, incluindo apenas esquizofrenia e outros distúrbios psicóticos apenas no DSM-III-R e CID-10 torna o Sistema mais rápido quando comparado com outros que avaliam distúrbios de humor, distúrbios neuróticos, abuso de substâncias ou distúrbios de personalidade. Mais sem dúvidas, a simplicidade, a facilidade e os recursos de pulos e pontos de cortes automáticos incrementam a velocidade de aplicação do sistema.

Para o sistema ser aplicado não é necessário experiência prévia do avaliador com o instrumento. Qualquer pessoa com conhecimentos básicos de psicopatologia e informática -- de preferência com alguma experiência com o uso do ambiente Windows -- pode imediatamente utilizar o sistemas, podendo ser orientado apenas pela "LIST-S20 - Manual do Usuário". De acordo com as recomendações de Endicott and Spitzer (1980), é necessário um treinamento intensivo com os avaliadores para aplicação de instrumentos diagnósticos e escalas, com o propósito de aumentar a confiabilidade. Dessa forma, para o uso por leigos e para atingir certos objetivos pode ser necessário um treinamento prévio.

Outro item que a LIST-S20 se destaca em relação ao seus predecessores refere-se à possibilidade de obtenção do diagnóstico imediatamente após a avaliação. Dos sistemas estudados, apenas a versão computadorizada do DIS tem esse recurso. Os outros sistemas baseiam-se no velho esquema de responder o itens em papel, sendo então os dados digitados posteriormente no computador, que fornece o diagnóstico. O clínico ou pesquisador realiza o exame e fica sem saber o resultado até que esse lhe seja enviado, semelhante a quando é solicitado um exame complementar pelo clínico em um

ambulatório. Na LIST-S20 essas etapas são desnecessárias, o que torna o Sistema mais interessante e econômico.

Por fim, o último item do Quadro V.9 traz a LIST-S20, juntamente com o DIS computadorizado, como os únicos sistemas de diagnóstico que podem ser aplicados diretamente pelo avaliador com ajuda do computador. As vantagens são conhecidas: a avaliação é mais rápida pelos recursos de pontos de corte e pulos automáticos; os dados são processados e arquivados automaticamente; o avaliador tem à sua disposição recursos de ajuda, como o glossário e árvores de decisão; os diagnósticos são fornecidos automaticamente e o programa pode imprimir um relatório com os dados importantes ao final da avaliação.

Quadro V.9. Comparação da LIST-S20 com outros sistemas diagnósticos

	PSE	SADS	DIS	CIDI	SCID	Landmark	PODI	RPMP	CASH	LIST-S20
Tempo para aplicação	SI	1/2 a 2 h <sup>1</sup>	96 min. <sup>2</sup>	SI	SI	SI	2-3 h. <sup>3</sup>	6-7 h.	1-6 h. <sup>4</sup>	35 min.
Epidemiológico (E) vs. Clínico (C)	C	C	E	E	C	C	C	C	C	C
Número de entrevistas	1	1	1	1	1	1	1+	2+	2+	1+
Período de tempo considerado	MA	1 semana + TV	TV	MA + TV	MA+TV	PTD	Episódio atual	Episódio atual	MA+TV	PTD
Nível de estruturação	+	+	+++	+++	+	+	++	+	+++	+
Overview	.	+/-	-	-	+	-	+	+	+	+
Múltiplas fontes de informação	-	+	-	-	+	-	+	+	+	+
Multidiagnóstico	-	-	+	+	-	+++	+++	+++	+++	++++
Abrangência (Psicótico + Neurotício)	+++	+	+++	+++	+++	+	++	+	+	+/-
Abrangência (Psicótico + D. Afetivos)	+++	++	+	+	+	+++	++++	++++	++++	+/-
Experiência do avaliador	+	+	-	-	+	+	+	+	+	-
Glossário	+	+/-	-	+	+/-	+	-	+	+	+
Acesso à definição operacional	-	+	+	+	+	++	++	++	++	++
Método Histórico(H) vs. Exame mental (M)	M	H	H	HM	H	HM	HM	HM	HM	HM
Programa computadorizado	+	-	+	+	-	+	+	+	-	+
Diagnóstico automático	logo	após	-	+/-	-	-	-	-	-	+
avaliação										
Aplicação computador (C) vs. papel (P)	P	P	CP	P	P	P	P	P	P	C

RPMP = Royal Park Multidiagnostic Instrument for Psychosis; PSE = Present State Examination; SADS = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; DIS = Diagnostic Interview Schedule; CIDI = Composite International Diagnostic Instrument; SCID = Structured Clinical Interview for DSM-III; Landmark = Landmark Manual for the Assessment of Schizophrenia; PODI = Polydiagnostic Interview; CASH = Comprehensive Assessment of Symptoms and History; ++++ (vs. +) reflete a intensidade; SI = Sem Informação; TV = Toda a vida; MA = Mes anterior; PTD = Período total da doença..  
<sup>1</sup> Mackinnon e col., 1988; <sup>2</sup> Bucholz e col., 1991; <sup>3</sup> Phillip e col., 1986; <sup>4</sup> Andreasen, 1993.

## VI. Discussão

Nos últimos vinte anos houve um aumento crescente dos computadores nos hospitais e clínicas psiquiátricas. Apesar de serem utilizados principalmente para administração desses serviços, há um interesse em seu uso no auxílio ao diagnóstico, nas entrevistas e avaliações psiquiátricas. Numerosos estudos têm sido realizados comprovando a utilidade dos programas de computador na clínica e na pesquisa em Psiquiatria. Em algumas áreas o computador já é de grande importância, como na pesquisa quantitativa, no ensino, e na administração de hospitais e clínicas.

O uso do computador na Psiquiatria Clínica tem sido menos explorada. Os psiquiatras ainda estão começando a perceber como o computador pode ajudá-los. Com o desenvolvimento de interfaces mais amigáveis, processamento de linguagem natural, sistemas avançados de inteligência artificial, computadores mais rápidos, portáteis e de baixo custo financeiro, provavelmente a informática virá a ter uma maior penetração entre os profissionais de Saúde Mental.

Na Medicina, a Informática tem contribuído claramente no auxílio ao diagnóstico médico. Na Psiquiatria e na Medicina moderna, assim como na sociedade atual, os sistemas de classificação têm um papel fundamental. A necessidade de um sistema de classificação é uma condição *sine qua non* para comunicação entre clínicos e pesquisadores (Caetano, 1991). A classificação chega mesmo a transcender a necessidade intelectual do homem de organizar o mundo para poder entendê-lo, sendo de fato uma propriedade de todos os seres vivos pois, se os organismos (mesmos os inferiores) não forem capazes de agrupar (classificar) os estímulos do mundo em favoráveis e desfavoráveis, esses organismos estarão mal-adaptados (Sneath e col. apud Caetano, 1991)

Dois símbolos provavelmente representam melhor os fundamentos da taxionomia: os censos e o computador (Grob, 1991). No século dezenove, o uso do censo veio a definir e descrever, em termos estatísticos, uma nova realidade. O computador veio legitimar essa tarefa, tornando possível o processamento de dados para análises das relações entre diferentes classes de dados, trazendo maior conhecimento e compreensão da própria vida.

Entretanto ainda não há um sistema de classificação validado para os distúrbios mentais. Com a proliferação de sistemas diagnósticos, a Psiquiatria vive a "babel de diferentes formulações", expressão usada por Brockington e col. (1978) para descrever a grande confusão criada pela diversidade de critérios aplicados ao diagnóstico psiquiátrico. Esse quadro é confirmado com os achados que foram descritos na segunda parte dessa

Tese. Como consequência, a abordagem multidagnóstica vem ganhando cada vez mais aceitação e já é uma realidade dentro desse contexto.

A revisão dos sistemas de diagnósticos em Psiquiatria, como está descrito na segunda parte da Tese, demonstrou que os instrumentos procuram cada vez tornar-se mais abrangentes, incluindo um número cada vez maior de itens e possibilitando o diagnóstico em vários sistemas diferentes para fins de comparação. Com o aumento da complexidade, os computadores entraram em cena para facilitar uma série de tarefas. Dessa forma surgiu a possibilidade de desenvolver sistemas diagnósticos avançados, com muitas das tarefas sendo processadas automaticamente pelo computador, tornando todo o processo mais fácil, rápido e abrangente. Dentro dessa perspectiva, o sistema desenvolvido nesse trabalho, a LIST-S20, representa um importante avanço. Trata-se de um sistema computadorizado de multidagnóstico para a esquizofrenia, que pode realizar simultaneamente o diagnóstico desse distúrbio em vinte diferentes sistemas diagnósticos. Os dados são digitados diretamente no computador durante a avaliação. As informações vão sendo processadas durante o exame e o computador fornece os diagnósticos quando solicitado.

A LIST-S20 foi desenvolvida utilizando a linguagem de programação Visual Basic para o ambiente gráfico Windows. Isso significa que é um software que pode se beneficiar de vários recursos do ambiente Windows da Microsoft. Além disso, o ambiente Windows é considerado um padrão mundial em microinformática, o que possibilita o uso do software sem a necessidade de recursos especiais de hardware.

Uma das principais características do programa é seu sistema de inteligência artificial baseado em regras. Trata-se de um sistema especialista, pois realiza uma tarefa normalmente feita por um especialista humano (Rich, 1988). O método, baseado em árvore de decisão lógica, utiliza um modelo similar ao processo de diagnóstico diferencial empregado na prática clínica e portanto, não necessita de um conjunto prévio de informações (Fleiss e col., 1972), bastando que as regras sejam determinadas. As regras nesse caso são os itens diagnósticos, cabendo ao programa tomar as decisões para realização do diagnóstico.

LIST-S20 também oferece:

- Uma coleção de vinte sistemas de diagnóstico em esquizofrenia, com os critérios diagnósticos, as árvores de decisão e um resumo das principais características desses sistemas.
- Um glossário para cada um dos sintomas e critérios, muitas das vezes com os conceitos dos próprios autores dos sistemas.
- Exemplos para muitos dos critérios e sintomas, incluindo também exemplos fornecidos pelos próprios autores dos sistemas diagnósticos.

A LIST-S20 foi desenvolvida utilizando os recentes avanços da Psiquiatria e da Informática, o que possibilitou um programa de computador poderoso, com recursos sofisticados, sem tornar o Sistema complicado para o usuário.

De fato, utilizar a LIST-S20 é simples. Um programa instala facilmente software do disquete no winchester do computador do usuário. O programa permite, a coleta, processamento de dados obtidos na avaliação clínica e a obtenção dos diagnósticos. São 148 itens e 20 sistemas da classificação e diagnóstico, que são processados enquanto se vai fornecendo respostas aos critérios. Para acelerar o processo, pontos de cortes e pulos foram implementados.

A LIST-S20 foi originamente desenvolvida a partir da LICET-D10, que é aplicada através do preenchimento de um formulário comum de papel. Pontos de corte eram realizados manualmente durante o preenchimento do formulário. Posteriormente os dados eram digitados no computador para processamento, que então fornecia os diagnósticos.

A LIST-S20 representa uma evolução desse sistema. As principais vantagens desse sistema em relação ao seu preceptor foram relacionadas.

- O programa roda no ambiente Windows, compartilhando as vantagens desse sistema;
- Acompanha um programa para instalação da LIST-S20 no computador;
- A LIST-S20 conta com ajuda *on-line* para os itens diagnósticos (glossário e exemplos) e para os sistemas diagnósticos, com resumo dos sistemas, itens diagnósticos e árvores de decisão;
- A modificação dos itens, glossário e perguntas podem ser feitas pelo próprio usuário com um processador de textos comum, sem necessidade de fazer qualquer programação de computador;
- Os dados podem ser digitados diretamente no computador durante a evolução do paciente;
- Há possibilidade de seleção do(s) sistema(s) diagnóstico(s), de acordo com a necessidade do usuário;
- Durante a avaliação os itens são apresentados com o(s) respectivo(s) sistema(s) diagnóstico(s) do qual faz parte;
- Pontos de corte e pulos automáticos, podendo evitar a necessidade de responder todos os itens;
- Os dados podem ser gravados, revistos e impressos;
- O programa conta com um manual para orientação do usuário.

Durante o seu desenvolvimento do sistema surgiram muitas dificuldades. Philipp e col. (1986) alertam que o problema mais importante que os sistemas de multidiagnóstico enfrentam refere-se ao método de coleta de dados e avaliação da grande quantidade de fenômenos psicopatológicos. De fato, listar todos itens com ajuda do computador não representou uma grande tarefa. Difícil foi agrupar os itens de maneira que eles obedecessem a uma lógica. Embora houvesse grande semelhança entre determinados critérios, muitas vezes eles tinham significados diferentes, o que obrigou a deixá-los como itens diferentes. Outras vezes foi necessário combinar 2 ou mais critérios em um único item, mesmo com enunciado diferente. Isso porque os sistemas diagnósticos originais não forneciam glossário para determinados termos. Esse é um problema que ainda não foi resolvido, faltando um consenso dos clínicos a respeito dessas sutilezas da psicopatologia.

Em certas situações ocorreu que havia sintomas que acreditamos que possam ser derivados de outros. Mesmo assim, foi preferido que houvesse possíveis repetições do que omissões. Por exemplo, o comportamento autista pode ser tomado como um reflexo do pensamento autista. Logo, alguém pode advogar que, se o paciente apresenta comportamento autista, o pensamento necessariamente deve ser autista, ou vice-versa. No entanto, os dois itens foram mantidos. Situações como essa se repetiram várias vezes.

Outros problemas vieram a dificultar mais ainda a precisão do sistema. Alguns itens operacionalizados não estão suficientemente claros. Um exemplo disso é o critério A.1 do sistema de Emil Kraepelin para demência precoce segundo McGorry e colaboradores. O enunciado -- embotamento afetivo ou apatia e distúrbio da volição -- não permite distinguir qual das duas assertivas abaixo seria verdadeira para esse critério ser considerado como presente:

1. (Embotamento afetivo ou apatia) e (distúrbio da volição)
2. (Embotamento afetivo) ou (apatia e distúrbio da volição)

Nesse caso foi considerado a primeira opção, já que dois primeiros sintomas fazem parte de um mesmo grupo psicopatológico.

O software foi testado por dois avaliadores. Ambos consideraram como excelente os itens referentes à interface e desempenho do programa. O item *facilidade de uso* obteve julgamento como ótimo por ambos. Os demais itens (documentação, recursos, ensino médico e pesquisa) foram considerados como bom, ótimo ou excelente, sendo que não houve concordância entre os avaliadores. Apenas o item *uso clínico* foi considerado ruim por um dos avaliadores (Dr. Peregrino), embora tenha sido considerado ótimo pelo Dr. Marcolin. Cada um dos itens são comentados a seguir.

O item "facilidade de uso" engloba o grau de facilidade de instalação e operação do programa. Como o primeiro programa apresentou dificuldade de instalação, esse item não

poderia ter melhor conceituação. Mesmo assim, recebeu nota "ótimo", o que provavelmente deveu-se ao fato do programa, de fato, apresentar uma grande facilidade de operação. O programa que faz a instalação da LIST-S20 no computador é tecnicamente muito limitado. Ele foi desenvolvido para facilitar a instalação e faz isso de forma eficiente na maioria dos computadores, mais não foi trabalhado para enfrentar situações que ocorrem menos corriqueiramente na prática. Um exemplo de sua limitação ocorreu com o Dr. Peregrino, que tinha um arquivo de uma versão anterior do Visual Basic (VB) em seu computador e por conta disso o programa não funcionou adequadamente. Atualmente o programa que faz a instalação está escrito em VB versão 3. Mesmo assim, essa nova versão trouxe facilidade para o programador e para usuário final, mas manteve as mesmas limitações que a primeira versão no que se refere a detectar e corrigir diferentes situações de configuração do sistema. Entretanto, a possibilidade de problemas na instalação é pequena e facilmente corrigível. A facilidade e a clareza durante a operação de instalação do programa são características que justificam a utilização desse programa.

A "interface" foi bastante trabalhada e sofreu várias revisões antes de chegar a sua versão final. Facilidade de uso e aprendizagem são características comuns aos programas para o ambiente Windows, graças à possibilidade de desenhar interfaces de auto grau de interação com o usuário. Assim, esse item da LIST-S20 recebeu avaliação "excelente".

O desempenho do programa também foi cotado em "excelente". Esse item avalia o tempo de respostas de operações básicas. Para conseguir esse resultado, todos os itens são memorizados pelo computador no momento em que o programa é iniciado, de forma que ele não precisa buscar os dados constantemente no disco rígido. Na verdade, toda uma avaliação pode ser feita sem que o computador necessite consultar o disco rígido, aumentando consideravelmente o seu desempenho. O programa solicita busca de dados no disco rígido somente nas situações em que o usuário utiliza os recursos de ajuda. Mesmo assim, o tempo gasto para apresentar a tela de ajuda com as informações é menor do que em programas desenvolvidos pela própria Microsoft e que atualmente possuem grande prestígio entre os usuários do ambiente Windows, como a planilha de cálculos Excel e o processador de textos Winword.

Um manual foi confeccionado para orientar os usuários, no caso, os avaliadores, nas principais operações. De fato, o manual da LIST-S20 se presta a essa tarefa, mas é bastante conciso. Provavelmente o avaliador forneceram nota "ótimo" e "bom por ter considerado o material suficientemente apropriado para o seu objetivo, com informações simples e eficientes e com ricas ilustrações das telas. A documentação deixa a desejar no que se refere a abrangência das informações -- o manual não contém os itens e outros dados importantes da LIST-S20. Grande parte de importantes informações estão contidas no corpo dessa Tese, e os avaliadores não tiveram acesso a ela.

O programa é bastante flexível, recebendo o conceito excelente e ótimo no item que se refere ao tipo e número de recursos. Fornecendo imediatamente os dados dos itens que vão sendo apresentados, como o sistema diagnóstico a que pertence, o número do item, e muitos outros recursos de ajuda, possui uma grande capacidade realizar a avaliação de pacientes. Pode satisfazer a usuários mais exigentes, já que o glossário, exemplos e ajudas estão arquivadas no formato texto, podendo ser ampliado ou modificado de acordo com a necessidade particular do usuário.

Seu uso em ensino médico ainda não foi testado. Mesmo assim, esse item foi incluído para saber qual a opinião do avaliador. Eles consideram como excelente e bom. Isso foi muito encorajador, pois já é bem conhecida a utilização do computador como uma ferramenta de auxílio ao ensino médico e seria bastante gratificante poder contribuir dessa forma com a LIST-S20. O formato do programa é algo ainda muito novo, de maneira que somente com a utilização do programa nessa atividade é que se poderá, de fato, comprovar sua eficiência nessa área.

O uso clínico do programa como fonte adicional de informações para auxiliar o diagnóstico foi considerado como ótimo pelo Dr. Marcolin e regular pelo Dr. Peregrino. O autor ao testar o programa junto a pacientes não encontrou nenhuma dificuldade, pelo contrário, os pacientes foram muito receptivos e gostaram da avaliação. Sabe-se que esses tipos de entrevista têm a característica de ser uma avaliação bastante completa e os pacientes ficam satisfeitos com isso pois sabem que foram amplamente avaliados e o exame refletiu como se sentem. Essa visão otimista pode ser atribuída ao fato de que autor é mais familiarizado com o sistema e com o uso do computador junto a pacientes.

O uso do sistema em pesquisas recebeu avaliação de ótimo e excelente. Uma limitação importante do sistema está justamente no formato como ele grava dos dados da avaliação em um arquivo, ou seja, os dados dos itens são gravados apenas com o número do código e a resposta SIM/NÃO representada por 1 e 2 respectivamente. A tabulação para posterior análise representa uma tarefa ainda difícil. Uma solução seria o desenvolvimento de uma rotina no programa para processar esses dados, tabulá-los e exportá-los para planilhas de cálculo ou programas estatísticos.

Por último, o programa faz o que se propõe a fazer, ou seja, realiza corretamente o diagnóstico. Para testar a validade da LIST-S20 seria necessário obter um padrão-ouro. Na ausência de um, talvez um método utilizado em muitos estudos pudesse ser também útil. Por exemplo, comparar os diagnósticos da LIST-S20 com o de um psiquiatra experiente utilizando os itens dos sistemas utilizados. Naturalmente há impossibilidade de haver disponibilidade de alguém com tempo e paciência para fazer todos os complexos diagnósticos dos 20 sistemas da LIST-S20. Um estudo desse tipo seria por demais cansativo e dispendioso e, finalmente, chegaria a resultados questionáveis. Essa estratégia

de estudo tem demonstrado que os achados de um determinado distúrbio varia com a definição utilizada, instrumento, ponto de corte e informante (Zarin e col., 1993).

Poderia então simplificar e comparar apenas um sistema diagnóstico, como o DSM-III-R ou a CID-10. Como a LIST-S20 utiliza os critérios diagnósticos dos sistemas citados, a confiabilidade do sistema seria a mesma obtida em outros estudos que utilizam essa técnica.

A maioria dos estudos que avaliam a confiabilidade de instrumentos para diagnóstico psiquiátrico são realizados com entrevistadores observando o paciente juntos. Um dos entrevistadores realiza a entrevista e o outro apenas observa a avaliação. Em alguns estudos a avaliação é realizada durante uma entrevista pessoal com o paciente, em outros estudos a avaliação é feita através de videotape da entrevista original. Como a variação da forma de obter a informação é artificialmente eliminada, os resultados tendem a mostrar uma confiabilidade mais elevada. Esses resultados não podem ser generalizados pois cada entrevistador tem sua forma pessoal de fazer perguntas e obter informações dos pacientes. Além disso, quando a avaliação da entrevista é obtida através de um outro entrevistador fazendo as perguntas, o escore dos itens fica comprometido pelo o efeito halo -- reação que o entrevistador provoca no observador quando torna inadvertidamente conhecida sua resposta ao item pela maneira como está conduzindo a entrevista. Por exemplo, se em resposta a questão "ideação suicida" um paciente diz que algumas vezes pensa em morrer e o entrevistador não pergunta mais nada a respeito, o observador irá considerar que o entrevistador pensa que a severidade do item "ideação suicida" não será maior do que leve (Williams, 1988).

Muitos pesquisadores atualmente consideram o método de confiabilidade teste-reteste como representante do "estado da arte" em avaliação de confiabilidade (Cicchetti e col., 1983). Nesse procedimento, 2 clínicos avaliam o mesmo paciente independentemente, com um intervalo de tempo menor possível entre as entrevistas. Esse método tem a vantagem de encontrar resultados que se aproximam mais do julgamento realizado na prática clínica. Como é esperado, esse método obtém uma confiabilidade menor que o anterior (Spitzer e col., 1985). Alguns estudos têm demonstrado que a segunda avaliação -- reteste -- apresenta uma diminuição na detecção de sintomas e do diagnóstico psiquiátrico (Helzer e col., 1981; Bromet e col., 1986; Wittchen e col., 1989).

Assim, a testagem do sistema foi realizado com apenas para realizar a validação do procedimento, ou seja, para avaliar se o programa estava seguindo os mesmos passos que foram determinados nas árvores de decisão. Apesar do número reduzido de pacientes incluídos no estudo, os resultados foram satisfatórios e outros estudos de concordância e validação servirão para complementar essa pesquisa.

O mais importante é que entender que a LIST-S20 é um meio para prosseguir com os estudos sobre o problema do diagnóstico psiquiátrico. Mesmo dispondo de classificações mais recentes e abrangentes deve-se continuar as avaliações e comparações dos critérios diagnósticos de outros sistemas. Segundo Brasil (1988) "as dificuldades persistem, como expressão da tentativa de classificar transtornos que, no máximo, representam entidades clínicas (caracterizadas por um conjunto de sinais e sintomas mais ou menos específicos e com uma evolução e resposta ao tratamento mais ou menos semelhante). Elas não representam entidades nosológicas com uma característica fisiopatológica específica". Entretanto, nos estudos em esquizofrenia, a busca em identificar um grupo de pacientes que compartilhem algumas características biológicas é de fundamental importância. Exemplos dessa evolução são encontrados na história da própria Psiquiatria: provavelmente Noguchi não teria reconhecido a origem da paralisia geral se anteriormente Bayle e Calmiel não tivessem distinguido uma síndrome de paralisia geral de outras insanidades; da mesma forma, Lejeune não encontraria a alteração cromossômica da síndrome de Down se Langdon Down não tivesse distinguido o mongolismo de outras formas de deficiência mental.

Apesar haver um grande número de sistemas de diagnósticos e classificação em psiquiatria e das revisões e mudanças constantes nesses sistemas, os pacientes continuam apresentar suas condições psicopatológicas, alheios a esses movimentos. Mesmo com os incessantes progressos da psicofarmacologia, a maior parte das pessoas com esquizofrenia continua com importantes dificuldades mentais, impedindo-as de desfrutar uma vida saudável. Em Psiquiatria, apesar dos avanços dessa Ciência, o que mais conta para o paciente é a pessoa do médico; terapeuta e amigo. A maioria das pessoas que nos procuram buscam uma ajuda humana, calorosa e sincera. Entretanto, os conhecimentos biológicos e psicoterápicos são fundamentais para uma boa prática da Psiquiatria. O uso de uma tecnologia moderna, como a Informática, requer certos cuidados e bom discernimento, mas pode trazer grandes benefícios para os pacientes. Os programas de computador podem complementar nossa habilidade em ajudar os pacientes, onde nossas limitações humanas interferem com a prática de uma Psiquiatria de melhor qualidade.

## VII. Conclusões

- Desde que Kraepelin sistematizou os transtornos mentais, a demência precoce passou por numerosas modificações. O conceito por demais amplo, tanto da demência precoce como da esquizofrenia, vem incluindo um número grande de alterações psicopatológicas.
- Essa abrangência tem levado a várias definições diferentes, por diversas escolas e autores, de forma que a esquizofrenia inclui mais de 20 sistemas de diagnósticos diferentes.
- Nos anos oitentas a psiquiatria conviveu com numerosos sistemas de classificação e diagnósticos diferentes, surgindo então a abordagem polidiagnóstica.
- Os sistemas de multidiagnóstico em psiquiatria se tornaram comum atualmente.
- A informática médica possibilitou o desenvolvimento de avançados sistemas de multidiagnóstico em psiquiatria.
- A LIST-S20 é um sistema computadorizado de multidiagnóstico para a esquizofrenia. Pode realizar simultaneamente o diagnóstico desse distúrbio em vinte diferentes sistemas diagnósticos. Devido à complexidade de sua estrutura, ele deve ser aplicado ao paciente com auxílio de um computador.
- O programa foi desenvolvido originalmente para pesquisa e diagnóstico clínico de esquizofrenia. No entanto, pela grande quantidade de informação e de recursos que dispõe, pode ser utilizado também no ensino médico, auxiliando no aprendizado e treinamento da psicopatologia e do diagnóstico clínico.
- A LIST-S20 é extremamente fácil de ser utilizada. Um programa auxilia a instalação da LIST-S20 no computador. O programa foi projetado para trabalhar com as telas gráficas do ambiente Windows, tornando bastante simples seu aprendizado, compreensão e operação. Permite também arquivar e imprimir os dados.

- Um dos pontos fortes da LIST-S20 é a sua grande flexibilidade. O usuário pode escolher um ou mais dos vinte sistemas diagnósticos, de acordo com a sua necessidade. Novos sistemas diagnósticos serão adicionados sem alterações importantes no Sistema porque a LIST-S20 funciona como um *shell*.
- Para orientar o usuário, a LIST-S20 conta com ajuda on-line para os sistemas diagnósticos e para cada um dos itens. Isso permite aprendizado mais rápido e grande facilidade para seu uso.
- A LIST-S20 foi testada por dois avaliadores independentemente que consideraram que o sistema apresentava qualidades como *excelente* e *ótimo* em quase todos os itens (facilidade de uso, documentação, recursos, ensino médico, uso clínico e pesquisa).
- Uma comparação com outros sistemas de diagnóstico e multidiagnóstico demonstrou que a LIST-S20 representa um importante avanço em relação aos sistemas que a precederam.
- Sistemas informatizados de multidiagnóstico, como a LIST-S20, deverão contribuir para melhor compreensão dos distúrbios mentais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abrams R, Taylor MA - Mania and schizoaffective disorder, manic types: a comparison. *American Journal of Psychiatry*, 133:1445-1447, 1976.
2. Abrams R, Taylor MA, Gastanaga P - Manic-depressive illness and paranoid schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 31:640-642, 1974.
3. Afonso-Fernandez F - Fundamentos de La Psiquiatria Actual. Tomo I. Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1977.
4. Akhtar MJ, Davey A, Cox HE, Ancill RJ - A double-blind study comparing mianserin and dothiepin: an application for computers in clinical psychiatry. *The British Journal of Clinical Practice*, 38:316-319, 1984.
5. Akiskal HS, Puzantian VR - Psychotic forms of depression and mania. *Psychiatric Clinics of North America*, 2:419-439, 1979.
6. Albrecht B, Wiegand W, Brown D - QuickBasic: Guia do Usuário; Versão 4.5. Tradução de Maria Cláudia de Oliveira Santos. McGraw-Hill, São Paulo, 1991.
7. Allebeck P, Wisterdt B - Mortality in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*; 43:650-653, 1986.
8. Altman H, Evanston RC, Cho DW - New discriminant functions for computer diagnosis. *Multivariate Behavioral Research*;11:367-376, 1976.
9. American Psychiatric Association - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R), Third Edition, Revised. American Psychiatric Association, Washington D.C., 1987.
10. American Psychiatric Association - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). American Psychiatric Association, Washington D.C., 1980.
11. Ancill RJ, Rogers D, Carr AC - Comparison of computerized self-rating scales for depression with conventional observer ratings. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*, 71:315-317, 1985.
12. Anderson JG, Jay SJ, Schweer HM, Anderson MM - Why doctors don't use computers: some empirical findings. *Journal of the Royal Society of Medicine*;79:142-144, 1986.
13. Andreasen NC - Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH). The University of Iowa, Iowa City, 1987.
14. Andreasen NC - Comunicação pessoal ao autor, 1992.
15. Andreasen NC - Comunicação pessoal ao autor, 1993.

16. Andreasen NC - The concept of negative symptoms in schizophrenia: definition, specificity, and significance. *Psychiatry and Psychobiologie*; 2:240-249, 1987.
17. Andreasen NC - The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). The University of Iowa, Iowa City, 1983.
18. Andreasen NC - The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). The University of Iowa, Iowa City, 1984.
19. Andreasen NC, Akiskal HS - The specificity of Bleulerian and Schneiderian symptoms: a critical reevaluation. *Psychiatric Clinics of North America*, 6:41-54, 1983.
20. Andreasen NC, Flaum M - Schizophrenia: the characteristic symptoms. *Schizophrenia Bulletin*; 17:27-49, 1990.
21. Andreasen NC, Flaum M, Arndt S - The comprehensive assessment of symptoms and history (CASH): an instrument for assessing diagnosis and psychology. *Archives of General Psychiatry*, 49:615-623, 1992.
22. Andreasen NC, Grove WM - Evaluation of positive and negative symptoms in schizophrenia. *Psychiatry and Psychobiologie*; 1:108-121, 1986.
23. Andreasen NC, Osler S - Negative versus positive schizophrenia: definitions and validation. *Archives of General Psychiatry*; 39: 789-794, 1982.
24. Andreasen NC, Reich T, Scheffer W, Hirschfeld RMA, Coryell W - Endogenous versus nonendogenous depression: validation through family studies. *Clinical Neuropharmacology*; 7: supl. 1, 708-709, 1984.
25. Andreasen NC, Winokur G - New experimental methods for classification of depression. *Archives of General Psychiatry*; 36:447-452, 1979.
26. Anthony JC, Folstein M, Romanoski AJ - Comparison of the lay diagnostic interview schedule and a standardized psychiatric diagnosis. *Archives of General Psychiatry*, 42:667-675, 1985.
27. Assunção Filho A, Sougey EB - Transtorno esquizoafetivo - Um problema da nosologia psiquiátrica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40(supl.)1 :35s-40s, 1991.
28. Astrachan BM, Harrow M, Adler D e col. - A checklist for the diagnosis of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*; 121:529-539, 1972.
29. Astrup C, Ödegaard Ö - Continued experiments in psychiatric diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 46:180-209, 1970.
30. Ban TA - Phenomenon to the clinical prerequisite: psychopharmacology and the classification of mental disorders. *Progress in Neuropsychopharmacol & Biological Psychiatry*, 11:527-580, 1987.
31. Bastos O - Contribuição ao Estudo Clínico da Depressão Pós-Esquizofrênica. Tese Apresentada à Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco para Professor Titular da Disciplina de Psiquiatria, Recife, 1981.

32. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh JK - Reliability of psychiatric diagnosis II: a study of consistency of clinical judgements and ratings. *American Journal of Psychiatry*, 119:351-357, 1962.
33. Benfari RC, Leighton AH, Beiser M, Coen K - CASE: Computer-assigned symptom evaluation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*; 154: 115, 1972.
34. Berman FK, Weinberger DR - Schizophrenia: brain structure and function. In: Kaplan HI, Sadock BJ (eds.)- *Comprehensive Textbook of Psychiatry/ V, Vol 1*, Williams & Wilkins, Baltimore:705-717, 1989.
35. Berner ES, Brooks CM - Needs Assesment for computer-based medical decision support systems. *Proceeding. 12th. Annual Symposium of Compute Application in Medical Care*, IEEE Press, New York, 232-236, 1988.
36. Berner P, Gabriel E, Katschnig H, Kieffer W, Koehler K, Lenz G, Simhandl CH - *Diagnostic Criteria for Schizofrenic and Affective Psychoses*. American Psychiatric Press, Washington D.C., 1983.
37. Berner P, Katschnig H - Principles of 'multiaxial'classification in psychiatry as a basis of modern methodology. In: Helgason T (ed.)- *Methods in Evaluation of Psychiatric Treatment*, Cambridge University Press, Cambridge, 1983.
38. Bertolote JM - O emprego do DSM-III no registro diagnóstico psiquiátrico: seu potencial para pesquisa. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Psiquiátrica da América Latina*, (supl.)8 :89-94, 1986.
39. Bleuler M - *Psiquiatria - 15ª edição*. Tradução de Eva Nick - Guanabara Koogan S.A., Rio de Janeiro, 1985.
40. Bleuler M - Schizophrenia. In: Cancro R (ed.)- *The Schizophrenia Syndrome*, Butterworth, London, 1971.
41. Blouin AG, Perez EL, Blouin JH - Computadorized administration of the Diagnostic Interview Schedule. *Psychiatric Research*, 23:335-344, 1988.
42. Borland International - *Turbo Pascal, Version 3.0*. Scotts Valley, CA. Borland International, 1985.
43. Boyer P, Pull CB, Dreyfuss IF, Pichot P - A computerized diagnostic system for comparing alternative classification schemes of depression. *Journal of Affective Disorders*, 7:59-171, 1984.
44. Brasil MAA - Os distúrbios afetivos na Classificação Internacional de Doenças: situação atual e mudanças previstas. *Informação Psiquiátrica*, 7(2):39-44, 1988.
45. Brewin CR, Wing JK, Margen SP, Brugha TS, MacCarthy B, Mangen S, Lesage A - Needs for care among the long-term mentally ill: a report from the Camberwell High Contact Survey. *Psychological Medicine*, 18:457-468, 1988.
46. Brewin CR, Wing JK, Margen SP, Brugha TS, MacCarthy B - Principles and practice of measuring needs in the long term mentally ill: the MRC needs for care assessment. *Psychological Medicine*;17:971-981, 1987.

47. Brockington IF, Kendell RE, Leff JP - Definitions of schizophrenia: concordance and prediction of outcome. *Psychological Medicine*; 8:387-398, 1978.
48. Brockington IF, Leff JP - Schizo-affective psychosis: definitions and incidence. *Psychological Medicine*; 9: 91-99, 1979.
49. Brockington IF, Wainwright S, Kendell RE - Manic patients with schizophrenic or paranoid symptoms. *Psychological Medicine*; 10: 73-83, 1980.
50. Bromet EJ, Dunn LO, Connell MM, Dew MA, Schulberg HC - Longterm reliability of diagnosing lifetime major depression in a community sample. *Archives of General Psychiatry*; 43:435-440, 1986.
51. Brugha TS, Wing JK, Brewin Cr, MacCarthy B, Mangen S, Lesage A, Mumford J - The problems of the people on long term psychiatric day care: an introduction to the Camberwell High Contact Survey. *Psychological Medicine*, 18:443-456, 1988.
52. Buchanan BG, Shortliffe EH - Rule-based expert systems. Addison-Wesley, Reading, 1984.
53. Buchanan RW, Kerkpatrick B, Heinrichs DW, Carpenter WT - Clinical correlates of the deficit syndrome of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*; 147:290-294, 1990.
54. Bucholz KK, Robins LN, Shayka JJ, Przybeck TR, Helzer JE, Goldring E, Klein MH, Greist JH, Erdman HP, Skare SS - Performance of two forms of a computer psychiatric screening interview: version I of the DISSI. *Journal of Psychiatric Research*; 25:117-129, 1991.
55. Burnham M, Karno K, Hough R, Escobar J, Forsythe A - The spanish diagnostic interview schedule: reability and comparison with clinical diagnosis. *Archives of General Psychiatry*; 40:1189-1196, 1983.
56. Caetano D - Critérios diagnósticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38(4):157-164, 1989.
57. Caetano D - Esquizofrenia: critérios diagnósticos (CID-10 e DSM-III-R). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40(supl.)1 :41s-52s, 1991.
58. Caetano D - Exame do estado mental atual: uma nova técnica de entrevista psiquiátrica. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Psiquiátrica da América Latina*, 21(supl.)6 :64-66, 1984.
59. Caetano D - Experiencia com o Present State Examination (PSE) em pacientes ingleses e brasileiros. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Psiquiátrica da América Latina*, 8:34-43, 1986.
60. Caetano R - Causas de baja confiabilidad del diagnóstico en psiquiatria: una revisión crítica. *Acta Psiquiátrica y Psicologica de la América Latina*, 24:115-131, 1978.
61. Caetano R, Gentil Filho V - P.S.E. -- Exame do Estado Psíquico. Edição mimeografada. São Paulo, 1983.

62. Carey G, Gottesman II - Reliability and validity in binary ratings: areas of common misunderstanding in diagnosis and symptom ratings. *Archives of General Psychiatry*, 35: 1454-1459, 1978.
63. Carlini EA - Instrumentos e critérios para diagnósticos em pesquisas com psicofármacos. Reuniões realizadas em 29 a 31 de março e 7 a 9 de junho de 1985. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Psiquiátrica da América Latina*, (supl.)8 , 1986.
64. Carney MW, Roth M, Garside RF - The diagnosis of depressive syndromes and prediction of ECT response. *British Journal of Psychiatry*;111:59-67, 1965.
65. Carpenter WT, Heinrichs DW, Wagman AMI - Deficit and nondéficit forms of schizophrenia: the concept. *American Journal of Psychiatry*; 145:578-583, 1988.
66. Carpenter WT, Strauss JS, Bartko JJ - Flexible system for diagnosis of schizophrenia: report from the WHO international pilot study of schizophrenia. *Science*; 182:1275-1278, 1973.
67. Carpenter WT, Strauss JS, Muleh S - Are there pathognomonic symptoms in schizophrenia? an empiric investigation of Schneider's first-rank symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 28:847-852, 1973.
68. Carr AC, Ancill RJ, Ghosh A, Margo A - Direct assessment of depression by microcomputer: a feasibility study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 64:415-422, 1981.
69. Carvalho TFR - Multidiagnóstico computadorizado das depressões. Sistema LICET D-100. *Neurobiologia*, 50:219-240, 1987.
70. Carvalho TFR, Contreras MCG, Gama AR - Programa computadorizado de auxílio ao ensino médico em psiquiatria: esquizofrenia paranóide. Software apresentado no I Simpósio de Informática na Educação Médica, em Campinas, SP, 1991a.
71. Carvalho TFR, Lima MG, Azevedo RCS - Gerador de casos clínicos de distúrbios depressivos para treinamento diagnóstico no DSM-III-R. Software apresentado no I Simpósio de Informática na Educação Médica, em Campina, SP, 1991b.
72. Carvalho TFR, Lima MG, Azevedo RCS - Questionário de auto-avaliação para depressão aplicado por computador. Tema livre apresentado no 20º Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental e 7ª Jornada Alagoana de Saúde Mental, 1991c.
73. Carvalho TFR, Lima MG, Azevedo RCS, Caetano D - A computer program for the Hamilton self-rated depression scale. *Journal of Psychiatric Research*, 1993 (aguardando publicação).
74. Carvalho TFR, Sougey EB, Caetano D - O computador no diagnóstico das depressões em neuropsiquiatria. *Revista Brasileira de Informática em Saúde*, 1:24-26, 1988.
75. Carvalho TFR, Sougey EB, Caetano D - Programa computadorizado para o diagnóstico das depressões: Sistema LICET-D100. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38:19-22, 1989.
76. Carvalho TRF, Lima MG, Azevedo RCS - Estudo multicêntrico de distúrbios depressivos em enfermaria de clínica: Campinas, Recife e Salvador. Tema livre

apresentado no VIII Simpósio de Integração da Psiquiatria e Clínica, realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, em abril de 1992.

77. Centro de Vigilância Epidemiológica Professor Alexandre Vranjac - Secretária de Saúde de São Paulo - Internações Psiquiátricas no Estado de São Paulo , 1991.
78. Channon RA - Esquizofrenia. In: Flaherty JA, Channon RA, Davis JM (ed.) - Psiquiatria: Diagnóstico e Tratamento. Trad. de Dayse Batista. Artes Médicas, Porto Alegre: 75-105, 1990.
79. Cicchetti DV, Prusoff BA - Reliability of depression and associated clinical symptoms. Archives of General Psychiatry, 40:987-990, 1983.
80. Clayton PJ, Pitts FN, Winokur G - Affective disorder vs. mania. Comprehensive Psychiatry, 6:313-322, 1965.
81. Cloninger R - Schizophrenia: genetic etiological factors. In: Kaplan HI, Sadock BJ (ed.)- Comprehensive Textbook of Psychiatry/ V, Vol 1, Williams & Wilkins, Baltimore:732-744, 1989.
82. Cohen J - A coefficient of agreement for nominal scales. Educational Psychology Measurement, 20:37-46, 1960.
83. Cooper JE, Kendell RE , Gurland BJ, Sharpe L, Copeland JRM , Simon R - Psychiatric Diagnosis in New York and London. Oxford University Press, London , 1972.
84. Coryell W, Tsuang MT, McDaniel J - Psychotic features in major depression: is mood congruence important? Journal of Affective Disorders, 4:227-236, 1982.
85. Costa e Silva JA - DSM III e DSM IV: avaliação crítica. Revista de Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Psiquiátrica da América Latina, (supl.)8 :83-88, 1986.
86. Crow TJ - Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? British Medical Journal; 280:66-68, 1980.
87. Crow TJ - The two-syndrome concept: origins and current status. Schizophrenia Bulletin; 11:471-485, 1985.
88. Davidson J, Lipper S, Zung WWK, Strickland R, Krishnan R, Mahorney S - Validation of four definitions of melancholia by the dexamethasone suppression test. American Journal of Psychiatry; 141: 1220-1230, 1984a.
89. Davidson J, Turnbull C, Strickland R, Belyea M - Comparative diagnostic criteria for melancholia and endogenous depression. Archives of General Psychiatry; 41: 506-511, 1984b.
90. Ducan R - Visual Basic: a major programming breakthrough. PC Magazine. Ed. Ziff-Davis Publishing Co. Vol. 10, número 14, agosto de 1991.
91. Eberhart RC, Dobbins RW - Early neural network development history: the age of Camelot. Engineer. Medical Biologic Magazine; 915:18, 1990.

92. Endicott J, Nee J, Fleiss JL, Cohen J, Williams JBW, Simon R - Diagnostic criteria for schizophrenia: reliabilities and agreement between systems. *Archives of General Psychiatry*, 39:884-889, 1982.
93. Endicott J, Spitzer RL - A diagnostic interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*;3:58-37, 1978.
94. Endicott J, Spitzer RL - Psychiatric rating scales. In Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ (ed.) - *Comprehensive Textbook of Psychiatry/III*. Williams & Wilkins, Baltimore, vol.1, pp. 2391-2408, 1980.
95. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J - The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33; 766-771, 1976.
96. Erdman HP, Greist JH, Klein MH, Jefferson JW, Olson W, Saslinger R - Clinical usefulness of a computer program for psychiatric diagnosis. In. Shriver B, Walker R, Grams R (eds.) *Proceedings of the Fourteenth Hawaii International Conference on System Sciences*, North Hollywood, CA, 802-817, 1981.
97. Erdman HP, Klein MH, Greist JH.- Direct patient-computer interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 53:760-773, 1985.
98. Erdman HP, Klein MH, Greist JH, Skare S, Husted J, Robins LN, Helzer JE, Goldring E, Miller JP, Hamburger M - A comparison of two computer-administered versions of the NIMH Diagnostic Interview Schedule. *Journal of Psychiatry Research*; 26:85-95, 1992.
99. Evans CR, Price HC, Wilson J - Computer interrogation of patients with respiratory complaints in a London hospital. *Community Science*;690-698,1973.
100. Farmer AE, McGuffin P, Gottesman II - Twin concordance for DSM-III schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 44:634-641, 1987.
101. Fattu JM, Patrick EA - Computer-aided diagnosis and decision making. In: Javitt J - *Computers in Medicine*, W.B. Saunders Company, Philadelphia:201-233, 1986.
102. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Munro R - Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26:57-63, 1972.
103. Feinberg M, Carroll BJ - Separation of bipolar endogenous depression of nonendogenous ('neurotic') depression. *Journal of Affective Disorders*; 5:129-139, 1983.
104. Feinberg M, Carroll BJ - Separation of subtypes of depression using discriminant analysis. I. Separation of unipolar endogenous depression from nonendogenous depression. *British Journal of Psychiatry*; 140:384-391, 1982.
105. Fenton WS, Mosher LR, Matthews SM - Diagnosis of schizophrenia: a critical review of current diagnostic systems. *Schizophrenia Bulletin*, 7:452-476, 1981.
106. First MB, Williams JBW, Spitzer RL - DTREE: an expert system for psychiatric diagnosis. *Proceedings of the 13th. Annual Symposium on Computer Application in Medical Care*, IEEE Press, New York, pp. 954-955, 1989.

107. First MB, Williams JBW, Spitzer RL - DTREE: Microcomputer- assisted teaching of psychiatric diagnosis using a decision tree model. Proceedings of the Twelfth Annual Symposium on Computer Application in Medical Care, IEEE Press, New York, pp. 377-381, 1988.
108. Fish FJ - Schizophrenia. Bright, England, 1962.
109. Flaum M, Andreasen NC - Diagnostic criteria for schizophrenia and related disorders: opinions for DSM-IV. Schizophrenia Bulletin; 17:133:142, 1991.
110. Fleiss J, Spitzer RL, Cohen J, Endicott J - Three computer diagnosis methods compared. Archives of General Psychiatry;27:643-649, 1972.
111. Fleiss JL, Spitzer RL, Cohen J - Three computer diagnosis methods compared. Archives of General Psychiatry, 27: 643-649, 1972.
112. Folha de São Paulo - Chega o Pentium, o chip da nova geração de micros: Intel apresenta microprocessador que sucede, com vantagens, o 486. Folha de São Paulo, Caderno Informática; caderno 5, pg. 1, 1993.
113. Folha de São Paulo - Software melhora diagnóstico de depressão. Folha de São Paulo, Caderno Cotidiano; caderno3, pg. 3, 1992.
114. Folstein MF, Folstein SE, McHugh P - 'Mini Mental State': a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research; 12:189-198, 1975.
115. Forrest AD, Hay AJ - The schizophrenias: operational definitions. British Journal of Medical Psychology; 46:337-346, 1973.
116. Frota-Pessoa O - Genética da esquizofrenia. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 38:184-193, 1989.
117. Glueck BC, Stroebel CF - Computers and clinical psychiatry. In: Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ (eds.) - Comprehensive Textbook of Psychiatry/III, Williams & Wilkins, Baltimore:548-565, 1980.
118. Gomes MM - Diagnóstico em medicina II: confiabilidade. Arquivos Brasileiros de Medicina, 64:89-93, 1990.
119. Grebb JA, Cancro R - Schizophrenia: clinical features. In: Kaplan HI, Sadock BJ (ed.) - Comprehensive Textbook of Psychiatry/V, Williams & Wilkins, Baltimore:757-777, 1989.
120. Greist JH - Computers in psychiatry diagnosis. In; Baskin D - Computer Applications in Psychiatry and Psychology. Brunner/Mazel Publishers, New York, pp. 21-42, 1990.
121. Greist JH, Gustafson DH, Stauss FF, Rowse GL, Laughren TP, Chiles JA - A computer interview for suicide-risk prediction. American Journal of Psychiatry;130:1327-1332, 1973b.
122. Greist JH, Klein MH, Erdman HP, Bires JK, Bass SM, Machtinger PE, Kresge DG - Psychiatric diagnosis by direct patient-computer interview. Hospital and Community Psychiatry; 38:1305-1311, 1987.

123. Greist JH, Klein MH, Van Cura L - A computer interview for psychiatric patient target symptoms. *Archives of General Psychiatry*; 29:247-253, 1973a.
124. Grob GN - Origins of DSM-I: a study in appearance and reality. *American Journal of Psychiatry*, 148:421-431, 1991.
125. Grove WM, Andreasen NC, McDonald-Scott P - Reliability studies of psychiatric diagnosis. *Archives of General Psychiatry*, 38:408-413, 1981.
126. Hamilton M - A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosciences and Psychiatry*, 23:56-62, 1960.
127. Harris DK - Computer-assisted decision support: a new available reality. *Journal of American Medicine Association (JAMA)*, 258:86, 1987.
128. Hedlund JL, Viewing BW - Computer generated diagnosis. In, Last CG & Henson M (eds.); *Issues in Diagnostic Research*. Plenum Publishing Company, 1987.
129. Helzer JE, Brockington IF, Kendell RE - Predictive validity of DSM-III and Feighner definitions of schizophrenia: a comparison with Research Diagnostic Criteria and CATEGO. *Archives of General Psychiatry*, 38:791-798, 1981.
130. Helzer JE, Clayton PJ, Panbakiam R, Reich T, Woodruff RA, Reveley MA - Reliability of psychiatry diagnosis, II: the test/retest reliability of diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 34:136-141, 1977a.
131. Helzer JE, Robins LN, Croughan JL, Welner A - Renard Diagnostic Interview: its reliability and procedural validity with physicians and lay interviewers. *Archives of General Psychiatry*; 38:393-398, 1981.
132. Helzer JE, Robins LN, McEvoy LT, Spitznagel EL, Stoltzman RK, Farmer AA, Brockington IF - A comparison of clinical and Diagnostic Interview Schedule diagnoses: physician reexamination of lay-interviewed cases in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 42: 657-666, 1985.
133. Helzer JE, Robins LN, Taibleson M - Reliability of psychiatric diagnosis: I. a methodological review. *Archives of General Psychiatry*, 34:129-133, 1977b.
134. Hergert DA - *Visual Basic Programming with Windows Applications*. Bantam Book. USA, 1991.
135. Hinsie LE, Campbell RJ - *Psychiatric Dictionary*, fourth edition. Oxford University Press, New York, 1975.
136. Hirschfeld R, Spitzer RL, Miller RG - Computer diagnosis in psychiatry: a Bayes approach. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 158:399-407
137. Hoffman R - Computer simulations of neural information processing and the schizophrenia-mania dichotomy. *Archives of General Psychiatry*, 44:178-188, 1987.
138. Horvath TB, Siever LJ, Mohs RC, Davis K - Organic mental syndromes and disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ (ed.)- *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V*, Williams & Wilkins, Baltimore:599-641, 1989.
139. Hübner CK - Aspectos somáticos da esquizofrenia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38:194-199, 1989.

140. Jachna JS, Powsner SM, McIntyre PJ, Byck RS - The psychiatry consult adventure simulation. Proceedings of the 13th Annual Symposium on Computer Application in Medical Care, IEEE Press, New York. pp.1030-1032, 1989.
141. Janblenski A, Sartorius N, Hirschfeld R, Pardes H - Diagnosis and classification of mental disorders and alcohol - and drug related problems: a research agenda for the 1980s. *Psychological Medicine*, 13:907-921, 1983.
142. Janca A, Robins LN, Bucholz KK, Early TS, Shayka JJ - Comparison of Composite International Diagnostic Interview and clinical DSM-III-R criteria checklist diagnoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 85:440-443, 1992.
143. Jaspers K - *Psicopatologia Geral*. Livraria Atheneu S.A., Rio de Janeiro, 1973.
144. Johnstone EC, Crow TJ, Frith CD, Husband J, Kreel L - Cerebral ventricular size and cognitive impairment in chronic schizophrenia. *Lancet*, 2:924-926, 1976.
145. Kaplan HI, Sadock BJ - *Compêndio de Psiquiatria Dinâmica*. Trad. de Helena Mascarenhas de Souza, Maria Cleonice L. Schaun, Maria Cristina R. Goulart, Maria Luiza Silveira e Sílvia Ribeiro. Artes Médicas, Porto Alegre, 1984.
146. Kaplan HI, Sadock BJ - Psychiatric Report. In. Kaplan HI, Sadock BJ (ed.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V*. Williams & Wilkins, Baltimore, EUA. 462-467, 1989.
147. Karno M, Norquist GS - Schizophrenia: Epidemiology. In: Kaplan HI, Sadock BJ (ed.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V*, Williams & Wilkins, Baltimore. 699-705, 1989.
148. Katschnig H, Egger-Zeidner E - Psychosocial predictors of chronicity in depression; in Pichot, Berner, Wolf, Thau, *Psychiatry: the state of the art, vol. 1: Clinical psychopathology, nomenclature and classification*. Plenum Press, New York, 629-640, 1985a.
149. Katschnig H, Seelig P - The polydiagnostic approach in research of depression; in Pichot, Berner, Wolf, Thau - *Psychiatry: the state of the art, vol. 1: Clinical psychopathology, nomenclature and classification*. Plenum Press, New York, 109-114, 1985b.
150. Katschnig H, Simhandl C - New developments in the classification and diagnosis of functional mental disorders. *Psychopathology*, 19:219-235, 1986.
151. Kendell RE - The choice of diagnostic criteria for biological research. *Archives of General Psychiatry*; 39:1334-1339, 1982.
152. Kendell RE - *The Role of Diagnosis in Psychiatry*. Blackwell Scientific Publication, Oxford, 1975.
153. Kendell RE, Brockington IF, Leff J - Prognostic implications of six alternative definitions of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 36:25-31, 1979.
154. Kendell RE, Cooper JE, Gourlay AG - Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*; 25:123-130, 1971.

155. Kendler KS - Overview: a current perspective on twin studies of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 140:1413-1425, 1983.
156. Kendler KS, Gruenberg AM, Tsuang MT - Outcome of schizophrenic subtype defined by four diagnostic systems. *Archives of General Psychiatry*, 41: 149-154, 1984.
157. Kendler KS, Neole MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ - A population-based twin study of major depression in women. The impact of varying definitions of illness. *Archives of General Psychiatry*, 49:257-266, 1992.
158. Key RS - *Positive and Negative Syndromes in Schizophrenia: assessment and research*. Brunner/Mazel Publishers, New York, 1991.
159. Klein DF - Endogenomorphic depression: a conceptual and terminological revision. *Archives of General Psychiatry*;31:447-454, 1974.
160. Klein DF, Gittelman R, Quitkin F, Rifkin A - *Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders: adults and children*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1980.
161. Klein DF, Honigfeld G, Feldman S - Prediction of drug effect by diagnostic decision tree. *Disease and Nervous System*; 29: 65, 1968.
162. Klein M, Greist J, VanCura L - Computers and psychiatry: promises to keep. *Archives of General Psychiatry*, 32: 387-843, 1975.
163. Klerman GL - Clinical research in depression. *Archives of General Psychiatry*, 24:305-319, 1971.
164. Klerman GL - Diagnosis of psychiatric disorders in epidemiologic field studies. *Archives of General Psychiatry*, 42: 723-724, 1985.
165. Koran LM - The reliability of clinical methods, data and judgments: I. *New England Journal of Medicine*; 293:642-646, 1975a.
166. Koran LM - The reliability of clinical methods, data and judgments: II. *New England Journal of Medicine*; 293:695-701, 1975b.
167. Kors JA e Van Bommel JH - Combination of interpretations from different experts. In: MEDINFO 92. Lun KC e col. (ed.), Elsevier Science Publishers, North-Holland, 1992.
168. Kovacs M, Rush AJ, Beck AT, Hollon SD - Depresses outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. A one-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*; 38: 33-39, 1981.
169. Kramer M - Cross-national study of the mental disorders: origin of the problem. *American Journal of Psychiatry*, 125(supl.)1, 1969.
170. Kreitman N, Sainsbury P, Morrissey P - The reliability of psychiatric assessment: an analysis. *Journal of Mental Science*, 107:887-908, 1961.
171. Kulikowski C, Weiss SM - Representation of expert knowledge for consultation: the CASNET and EXPERT projects. In, Szolovits P: *Artificial Intelligence in Medicine*, Westview Press, Colorado, 21- 55, 1982.
172. Lamb NJ - *English/Portuguese - Portuguese/English Dictionary*. William Collins Sons & Co. Ltd., Great Britain, 1985.

173. Landmark J - A manual for the assessment of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 65(supl.)298 :1-88, 1982.
174. Langfeldt G - Diagnosis and prognosis in schizophrenia. *Proc. Real Society of Medicine*; 53:1047-1052, 1960.
175. Langfeldt G - Schizophrenia - Diagnosis and prognosis. In: Cancro, R. (ed.)- *The Schizophrenic Syndrome*, Butterworth, London, 1972.
176. Langfeldt G - Schizophrenia: diagnosis and prognosis. *Behavioral Science*, 14:173-182, 1969.
177. Laska E, Weinstein A, Logemann G, Bank R, Breuer R - The use of computers at a state psychiatric hospital. *Comprehensive Psychiatry*; 8: 476,1967.
178. Leckman Jf, Weissman MW, Prusoff BA, Pauls DL, Kidd KK - Subtypes of depression. Family study perspective. *Archives of General Psychiatry*, 41: 833-838, 1984.
179. Ledley RS, Luster LB - Reasoning foundations of medical diagnosis. *Science*;13:09-21, 1959.
180. Lenz G, Katschnig H, David H - Symptoms, diagnosis and time in hospital. *Psychopathology*, 19:253-258, 1986.
181. Levine S, Ancill RJ, Roberts AP - Assessment of suicide risk by computer-delivered self-rating questionnaire: preliminary findings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80:216-220, 1989.
182. Lieff JD - *Computer applications in psychiatry*. American Psychiatry Press, Washington D.C., 1987.
183. Lima MG, Carvalho TFR - Validação do questionário de auto-avaliação da escala de Hamilton para depressão. Tema livre apresentado no VIII Simpósio de Integração da Psiquiatria e Clínica, realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, em abril de 1992.
184. Longstreth WR, Koepsell TD, Van Belle G - Clinical neuroepidemiology I: diagnosis. *Archives of Neurology*; 44:1091-1099, 1987.
185. Lopes JL - *Diagnóstico em Psiquiatria*. Editora Cultura Médica Ltda, Rio de Janeiro, 1980.
186. Lorenz LL, O'Mara RM - *Explorando Windows*. Daniel Vieira (Trad.). Editora Campus, Rio de Janeiro, 1991.
187. Lucas RW, Mullin PJ, Luna CBX, Mc Inroy DC - Psychiatrists and a computer as interrogators of patients with alcohol-related illness: a comparison. *British Journal of Psychiatry*;131:160-167, 1977.
188. Machado C - Poder e elegância na programação. *Informática Exame*. Ed. Abril, pg. 26-27, dezembro de 1992.
189. Mackinnon RA, Yudofsky SC - *Avaliação Psiquiátrica na Prática Clínica*. Goularte, MCR (trad). Editora Artes Médicas Sul Ltda. Porto Alegre, 1988.

190. Maier W, Philipp M - A polydiagnostic scale for dimensional classification of endogenous depression: derivation and validation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 74:152-160, 1986a.
191. Maier W, Philipp M, Schlegel S, Heuser I, Buller R, Frommberger U, Wetzel H, Wilhelmi D, Wittenborg A, Demuth D - Operational diagnoses for schizophrenic and schizoaffective disorders. I. Interrater reliability. *Pharmacopsychiatry*, 1986b.
192. Manschreck TC - Delusional (paranoid) disorders. In. Kaplan HI, Sadock BJ (ed.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V*. Williams & Wilkins, Baltimore, EUA. 816-829, 1989.
193. Mari JJ - A epidemiologia da esquizofrenia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38:180-183, 1989.
194. Marwell AE - Coefficients of agreement between observers and their interpretation. *British Journal of Psychiatry*, 130: 79-83, 1977.
195. Mathisen K, Evans F, Meyers K - Evaluation of a computerized version of the Diagnostic Interview Schedule. *Hospital and Community Psychiatry*, 38:1311-1315, 1987.
196. Mazure C, Gershon ES - Blindness and reliability in lifetime psychiatric diagnosis. *Archives of General Psychiatry*, 36:521-525, 1979.
197. McGlashan TH - The Chestnut Lodge follow-up study: Long-term outcome of schizophrenia and affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 41:586-601, 1984.
198. McGorry PD, Copolov DL, Singh BS - Royal Park Multidiagnostic Instrument for Psychosis: part I. Rationale and review. *Schizophrenia Bulletin*, 16:501-515, 1990a.
199. McGorry PD, Singh BS, Copolov DL, Kaplan I, Dossetor CR, Riel RJV - Royal Park Multidiagnostic Instrument for Psychosis: part II. Development, reliability and validity. *Schizophrenia Bulletin*, 16:517-536, 1990b.
200. Mellor CS - First rank symptoms of schizophrenia: 1. the frequency in schizophrenia on admission to hospital: 2. differences between individual first rank symptoms. *British Journal of Psychiatry*; 117:15-23, 1970.
201. Mellor CS, Sims ACP, Cope RV - Change of diagnosis in schizophrenia and first rank symptoms: an eight year follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 22:184-188, 1981.
202. Melo ALN - *Psiquiatria: Psicologia Geral e Psicopatologia*. 3ª edição, Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, RJ, 1980.
203. Melrose JP, Stroebel C, Gluek B - Diagnosis of psychopathology using stepwise multiple discriminant analysis. *Psychiatry*;12:43-50, 1970.
204. Menuck M - What did Eugen Bleuler really say? *Canadian Journal of Psychiatry*; 24:161-166, 1979.
205. Mezzich JE - Multiaxial diagnostic systems in psychiatry. In. Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ - *Comprehensive Textbook of Psychiatry/III*, Williams & Wilkins, Baltimore:1072, 1980.

206. Mezzich JE - On developing a psychiatric multiaxial schema for ICD--10. *British Journal of Psychiatry*, 152(supl.)1 :38-43, 1988.
207. Mezzich JE, Fabrega Jr. H, Mezzich AC - An international consultation on multiaxial diagnosis. Apresentado no VII Congresso Mundial de Psiquiatria. Exemplar mimeografado, Viena, 1983.
208. Mishkoff HC - *Understanding Artificial Intelligence*; Texas Instruments Inc., Texas, 1986.
209. Moreira ME - Microsoft lança "Visual Basic para DOS". *Folha de São Paulo*, Caderno 5, pg. 3; 09 de setembro de 1992.
210. Mulsant BH, Servan-Schreiber E - A connectionist approach to the diagnosis of dementia. *Proceedings of the Twelfth Annual Symposium on Computer Application in Medical Care*, IEEE Press, New York, 245-250, 1988.
211. Mundim FD - *O Diagnóstico em Psiquiatria: Problemas e Perspectivas*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psiquiatria da Universidade do Rio de Janeiro, 1980.
212. Nardi AE, Versiani M - *Tradução da Avaliação Diagnóstica Composta dos Distúrbios Depressivos*. Instituto de Psiquiatria-- Universidade federal do Rio de Janeiro, 1990.
213. Nash JL - Delusions. In: Cavenar JO, Brodie HKH (ed.): *Sings and Symptoms in Psychiatry*. J.B. Lippincott, Philadelphia, 1983.
214. Nathan PE - *Cues, Decisions, and Diagnoses: A system -analytic approach to the diagnosis of psychopathology*. Academic Press Inc. London, 1967.
215. Nyman AK, Jonsson H - Patterns of self-destructive behavior in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 73:252-262, 1986.
216. Orley J, Wing JK - Psychiatry disorders in two african villages. *Archives of General Psychiatry*, 36:513-520, 1979.
217. Overall JE - Des critères pour le diagnostic de dépression. In: Pichot P, Pull C (ed.)- *La Symptomatologie Dépressive: Enregistrement et évaluation*, Editions Spire. Laboratories Ciba-Geigy, Paris:15-29, 1981.
218. Overall JE, Gorham D - The Brief Psychiatry Rating Scale. *Psychol Rep*; 10:799-812, 1962.
219. Overall JE, Hollister LE - Comparative evaluation of research diagnostic criteria for schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 36:1198-1205, 1979.
220. Parker G - Are the lifetime prevalence estimates in the ECA study accurate?. *Psychological Medicine*, 17:275-282, 1987.
221. Philipp M, Maier W - Methodological problems in polydiagnostic research. *Psychopathology*; 19: 236-243, 1986a.
222. Philipp M, Maier W - Operational diagnosis of endogenous depression. I. Comparison with clinical diagnosis. *Pharmacopsychiatry*, 18: 112-113, 1985a.

223. Philipp M, Maier W - The polydiagnostic interview: a structured interview for the polydiagnostic classification of psychiatric patients. *Psychopathology*, 19:175-185, 1986b.
224. Philipp M, Maier W, Benkert O - Operational diagnosis of endogenous depression. II. Comparison of 8 different operational diagnoses. *Psychopathology* 18: 218-225, 1985b.
225. Philipp M, Maier W, Frommberger U, Wilhelmi D, Wetzel H, Schlegel S, Buller R, Heuser I, Demuth W, Witternberg A - Operational diagnosis for schizophrenic and schizoaffective disorders. II. Agreement between systems. *Pharmacopsychiatry*, 1986c.
226. Pichot, P - *Un Siècle de Psychiatrie*. Ed. Roger Dacosta. Laboratoire Roche, Paris, 1983.
227. Pope HG, Lipinski JF - Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness: a reassessment of the specificity of 'schizophrenic' symptoms in the light of current research. *Archives of General Psychiatry*, 35:811-828, 1978.
228. Pople H - Heuristic methods for imposed structure on ill-structured problems: the structuring of medical diagnostics. In: Szolovits P, *Artificial Intelligence in Medicine*, Westview Press, Colorado, 119-190, 1982.
229. Prasad AJ, Kumar N - Suicidal behavior in hospitalized schizophrenics. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 18:256-269, 1988.
230. Pull CB, Pull MC, Pichot P - LICET-S: une liste intégrée de critères d'évaluation taxonomiques pour les psychoses non-affectives. *Journal de Psychiatrie Biologique et Thérapeutique*, 1:27-33, 1981.
231. Pull CB, Pull MC, Pichot P - LICET-D: une liste intégrée de critères d'évaluation taxonomiques pour les dépressions. *Psychologie Médicale*, 16(1):125-131, 1984.
232. Quitkin FM, Schwartz D, Liebowitz MR, Stewart Jr, McGrath PJ, Harrison W, Halpern F, Puig-Antch K, Tricamo E, Sachar EJ, Klein DF - Atypical depressives: a preliminary report of antidepressant response, sleep patterns, and cortisol secretion. In Clayton, Barrett. *Treatment of Depression: old controversies and new approaches*. American Psychopathological Association Series; Raven Press, New York, 1983.
233. Raines GN - Comment: the new nomenclature. *American Journal of Psychiatry*, 119:548-549, 1953.
234. Regier DA, Burke JD - Psychiatry Disorders in the Community. The Epidemiologic Catchment Area Study. In: Hales RD, Frances AI (ed.)- *Annual Review*, Vol 6, American Psychiatric Association, Washington:611-624, 1987.
235. Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, Eaton WW, Locke BZ - The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program: historical context, major objectives, and study population characteristics. *Archives of General Psychiatry*;41:934, 1984.
236. Rich E - *Inteligência Artificial*. Tradução de Newton Vasconcelos. McGraw-Hill, São Paulo, 1988.

237. Riskind JH, Beck AT, Berchick RJ, Brown G, Steer RA - Reliability of DSM-III diagnoses for major depression and generalized anxiety disorder using the Structured Clinical Interview for DSM-III. *Archives of General Psychiatry*, 44:817-820, 1987.
238. Robins LN - Diagnostic grammar and assessment: translating criteria into questions. *Psychological Medicine*, 19:57-68, 1989.
239. Robins LN - Epidemiology: reflections on testing the validity of psychiatric interviews. *Archives of General Psychiatry*; 42:918-924, 1985.
240. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS - National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38:381-389, 1981.
241. Robins LN, Helzer JE, Ratcliff KS, Seyfried W - Validity of the Diagnostic Interview Schedule, version II: DSM-III diagnoses. *Psychological Medicine*, 12:855-870, 1982.
242. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, Farmer A, Jablenski A, Pickens R, Regier DA, Sartorius N, Towle LH - The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems. *Archives of General Psychiatry*, 45:1069-1077, 1988.
243. Rosenhan DL - On being sane in insane places. *Science*, 179,:250, 1973.
244. Sabbatini RME - Applications of connectionist systems in biomedicine. In: *MEDINFO 92*. Lun KC e col. (ed.), Elsevier Science Publishers, North-Holland, 1992.
245. Sandifer MG, Hordern A, Timbury GC - Psychiatric diagnosis: a comparative study in North Carolina, London and Glasgow. *British Journal of Psychiatry*; 114:1-9, 1968.
246. Sandifer MG, Pettus G, Quade D - A study of psychiatric diagnosis. *Journal of Mental and Nervous Disease*; 139:350-356, 1964.
247. Schneider K - Letter from Germany: systematic psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 107:334, 1950.
248. Schneider K - *Psicopatologia Clínica*. Emanuel Carneiro Leão (trad.). Mestre Jou, São Paulo, 1968.
249. Schwartz F, Munich RL, Carr A, Bartuch E, Lesser B, Rescigno D, Viegner B - Negative symptoms and reaction time in shizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*; 25:131-140, 1991.
250. Schwartz SR, Africa B - Schizophrenic Disorders. In: Goldman HH (ed.)- *Review of General Psychiatry*. Second edition, Pentice Hall, EUA:299-315, 1988.
251. Schwartz WB, Patil RS, Szolovits P - Artificial intelligence in medicine: where do we stand? *New England Journal of Medicine*;316:685-688, 1987.
252. Shirakawa I - Esquizofrenia: histórico e conceito. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38:154-156, 1989.
253. Shortliffe EH - Computer Programs to support clinical decision making. *Journal of American Medicine Association (JAMA)*; 258:61-66, 1987.

254. Shrout PE, Spitzer RL, Fleiss JL - Qualification of agreement in psychiatric diagnosis revisited. *Archives of General Psychiatry*, 44:172-177, 1987.
255. Silva DB - Associação para Metodologia e Documentação em Psiquiatria:AMDP. Edição Mimeografada, São Paulo, 1979.
256. Silva VA - A História da Loucura. Ed. Tecnoprint LTDA., Rio de Janeiro, 1979.
257. Simanson E, Tuna N, Okamoto N, Toshima H - Diagnostic accuracy of vectorcardiogram and eletrocardiogram. *American Journal of Cardiology*; 17: 829-878, 1966.
258. Simon B - Visual Basic for DOS: a new way to program. *PC Magazine*. Ed. Ziff-Davis Publishing Co. Vol. 11, número 20, novembro de 1992.
259. Sims A - Symptoms In The Mind: An Introduction to Descriptive Psychopathology. T J Press (Padsstow) Ltd. London, England, 1988.
260. Singer J, Sack HS, Lucente F, Chalmers TC - Physician attitudes toward applications of computer data base systems. *Journal of American Medicine Association (JAMA)*;249:1610- 1614, 1983.
261. Smith AC - Esquizofrenia e Loucura. Trad. de Dóris Vasconcelos. Artes Médicas, Porto Alegre, 1985.
262. Solomon P, Patch VD - Manual de Psiquiatria. Trad. de Enzo Azzi e Antônio Rubens Prataarotti. Ed. Atheneu, São Paulo, 1975.
263. Sougey EB - Evolução do diagnóstico psiquiátrico. *Neurobiologia*, 51(supl.)3 :213-222, 1988.
264. Sougey EB - Lista integrada de criterios de avaliação taxonômica para as depressões: versão brasileira. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 34:157-169, 1985.
265. Sougey EB - Sistema LICET-D10: multidiagnóstico computadorizado das depressões. Dissertação de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 1992.
266. Sougey EB, Carvalho TFR, Bandin JM, Albuquerque JOM - Frequência dos sintomas de primeira ordem de Kurt Schneider numa população de esquizofrênicos do Nordeste brasileiro. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação psiquiátrica da América Latina*, 9:151-156, 1987.
267. Spitzer RL - More on pseudoscience in science and the case for psychiatric diagnosis: a critique of D. L. Rosenhan's "On Being Sane in Insane Places" and "The Contestual Nature of Psychiatric Diagnosis". *Archives of General Psychiatry*, 33:459, 1976.
268. Spitzer RL, Cohen J, Fleiss JL, Endicott J - Qualification of agreement in psychiatric diagnosis: a new approach. *Archives of General Psychiatry*; 17: 83-87, 1967.
269. Spitzer RL, Endicott J - DIAGNO: a computer program for psychiatric diagnosis utilizing the differential diagnostic procedure. *Archives of General Psychiatry*;18:746-756, 1968.
270. Spitzer RL, Endicott J, Robins E - Research Diagnostic Criteria (RDC) for a Selected Group of Functional Disorders, 3rd Edition. State Psychiatric Institute, New York, 1978.

271. Spitzer RL, Endicott J, Robins E - Research diagnostic criteria: Rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35:773-782, 1978b.
272. Spitzer RL, Fleiss J - A reanalysis of the reliability of psychiatric diagnosis. *British Journal of Psychiatry*; 125:341-347, 1974.
273. Spitzer RL, Forman JBW - DSM III field trial: II. initial experience with the multi-axial system. *American Journal of Psychiatry*, 136:818-820, 1979b.
274. Spitzer RL, Forman JBW, Nee J - DSM III field trials: I. initial interrater diagnostic reliability. *American Journal of Psychiatry*, 136:815-817, 1979a.
275. Spitzer RL, Williams JBW - Classification in psychiatry. In Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ - *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV*. Williams and Wilkins, Baltimore, pp. 591-613, 1985.
276. Spitzer RL, Williams JBW - Classification of mental disorders and DSM-III. In Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ - *Comprehensive Textbook of Psychiatry/III*. Williams and Wilkins, Baltimore, pp. 1035-1072, 1980.
277. Spitznagel EL, Helzer JE - A proposed solution to the base rate problem in the Kappa statistic. *Archives of General Psychiatry*, 42:725-728, 1985.
278. Spodick DH - On experts and expertise: the effect of variability in expert performance. *American Journal of Cardiology*; 36; 592-596, 1975.
279. Starkweather JA - Computer applications in psychiatric interviewing. In: MEDINFO 92. Lun KC e col. (ed.), Elsevier Science Publishers, North-Holland, 1992.
280. Stephens JH, Astrup C, Carpenter WTJR., Shaffer JW, Goldberg J - A comparison of nine systems to diagnose schizophrenia. *Psychiatric Research*, 6:127-143, 1982.
281. Stokes PE, Stoll PM, Koslew SH, Maas JW, Davis JM, Swann HC, Robins E - Pretreatment DST and hypothalamic-adrenocortical function in depressed patients and comparison groups: a multicenter study. *Archives of General Psychiatry*, 41: 257-267, 1984.
282. Straker M - Schizophrenia and psychiatric diagnosis. *American Journal of Psychiatry*; 131:693-694, 1974.
283. Strauss JS, Carpenter WT, Bartko JJ - The diagnosis and understanding of schizophrenia, parte III: speculations on the processes that underlie schizophrenic symptoms and signs. *Schizophrenia Bulletin*; 11:61-75, 1974.
284. Swartz CM, Pfohl B - A learning aid for DSM-III: computerized prompting of diagnostic criteria. *Journal of Clinical Psychiatry*;42:359-361, 1981.
285. Szasz TS - *The Myth of Mental Illness*. Harper & Row, New York, 1961.
286. Taylor MA, Redfield J, Abrams R - Neuropsychological dysfunction in schizophrenia and affective disease. *Biological Psychiatry*, 16(5):467-478, 1981b.
287. Taylor MA, Abrams R - Early-and late-onset bipolar illness. *Archives of General Psychiatry*, 38: 58-61, 1981a.

288. Teach RL, Shortliffe EH - An analysis of physician attitudes regarding computer-based clinical consultation systems. *Computers and Biomedical Research*; 20:542-558, 1981.
289. Thase ME, Hersen M, Bellack AS, Himmelhoch JM, Kupfer DJ - Validation of a Hamilton subscale for endogenomorphic depression. *Journal of Affective Disorders*; 5:267-278, 1983.
290. Thase ME, Redfield J, Abrams R - Neurophysiological dysfunction in schizophrenia and affective disease. *Biological Psychiatry*; 5:267-278, 1981.
291. Torrey EF - *Surviving Schizophrenia: A Family Manual*. Harper and Row, 1983.
292. Tsuang MT et al - Morbidity risks of schizophrenia and affective disorders among first-degree relatives of patients with schizophrenia, mania, depression, and surgical conditions. *British Journal of Psychiatry*, 129:125-137, 1980.
293. Tsuang MT, Gilbertson MW, Faraone SV - The genetics of schizophrenia: current knowledge and future directions. *Schizophrenia Research*; (supl.)4 -157:171, 1991.
294. Versiani M - O diagnóstico psiquiátrico para pesquisa psicofarmacológica. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Psiquiátrica da América Latina*, (supl.)8 :12-17, 1986.
295. Vilela WA - Os sintomas de primeira ordem (S.P.O.) de Kurt Schneider na esquizofrenia: relação com o curso evolutivo e a personalidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38(4):165-173, 1989.
296. Warner HR, Toronto AF, Veasy LG - Experience with Bayes's theorem for computer diagnosis of congenital heart disease. *Annals of New York Academy of Science*;11:52-16, 1964.
297. Weissman MM et al - Heritability of schizophrenia (letter to the editor). *American Journal of Psychiatry*, 140:131-132, 1983.
298. Weissman MM, Klerman GL - Epidemiology of mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 35:705-712, 1978.
299. Weller MA, Jacobsen D - Síndromes psiquiátricas especiais. In: Flaherty JA, Channon RA, Davis JM (ed.) - *Psiquiatria: Diagnóstico e Tratamento*. Trad. de Dayse Batista. Artes Médicas, Porto Alegre: 237-251, 1990.
300. Welner A, Croughan JL, Robins E - The group of schizoaffective and related psychoses -- critique, record, follow-up, and family studies. I. A persistent enigma. *Archives of General Psychiatry*; 31:628-631, 1974.
301. Williams JBW - A structured interview guide for the Hamilton depression rating scale. *Archives of General Psychiatry*; 45: 742-746, 1988.
302. Wing JK - A procedure for measuring and classifying Present Psychiatric State. *British Journal of Psychiatry*, 113:499-515, 1972.
303. Wing JK - A standard form of psychiatric Present State Examination (PSE) and a method for standardizing the classification of symptoms. In: Hare EH, Wing JK (eds.) - *Psychiatric Epidemiology*, Oxford University Press, London, 1974.

304. Wing JK - Methodological issues in psychiatric case-identification. *Psychological Medicine*; 10:5-10, 1980.
305. Wing JK - Standardizing clinical diagnostic judgments: the PSE-CATEGO system. Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry*; 14:17-20, 1980.
306. Wing JK - Use and misuse of the PSE. *British Journal of Psychiatry*, 1982.
307. Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper JE, Giel R, Jablenski A, Regier D, Sartorius N - SCAN - Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 47:589-593, 1990.
308. Wing JK, Birley JLT, Cooper JC, Graham P, Isaacs AD - Reliability of a procedure for measuring and classifying "Present Psychiatry State". *British Journal of Psychiatry*, 1:499, 1967.
309. Wing JK, Cooper JE, Sartorius N - Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms. Cambridge University Press, Cambridge, 1974.
310. Wing JK, Mann SA, Leff JP, Nixon JN - The concept of a "case" in psychiatric population surveys. In: Pichot P, Pullic- La Symptomatologie Dépressive: Enregistrement et évaluation, Editions Spire -- Laboratoires Ciba-Geigy, Paris, 1981.
311. Wing JK, Nixon J - Discriminating symptoms in schizophrenia: a report from the international pilot study of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 32:853-859, 1975.
312. Wing JK, Nixon J, von Cranach M, Strauss A - Further developments of the PSE and CATEGO system. *Arch Psychiat Nervenkr*, 224:151-160, 1977.
313. Wing JK, Sturt E - The PSE-ID-CATEGO System, Supplementary Manual. Medical Research Council, London, 1978.
314. Wittchen HU, Burke JD, Semler G, Pfister H, Von Cranach M, Zaudig M - Recall and dating of psychiatric symptoms. *Archives of General Psychiatry*; 46:437-443, 1989.
315. Wittchen HU, Semler G, Zerssen DV - A comparison of two diagnostic methods. Clinical ICD diagnoses vs. DSM-III and research diagnostic criteria using the Diagnostic Interview Schedule (version 2). *Archives of General Psychiatry*; 42: 677-684, 1985.
316. World Health Organization - ICD 8th Revision: WHO Manual of the International Statistical Classification of Diseases, V (revision). WHO, Geneva, 1965.
317. World Health Organization - ICD 9th Revision: Mental Disorders: Glossary and Guide to their Classification in Accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Disease. WHO, Geneva, 1978.
318. World Health Organization - Report of the International Pilot Study of Schizophrenia, IPSS. WHO, Geneva, 1973.
319. Young DW - What makes doctors use computers? *Journal of the Royal Society of Medicine*; 77:663-667, 1984.
320. Yusin A, Nihira Kazuo, Mortashed C - Major and minor criteria in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*; 131:688-692, 1974.

321. Zarin DA, Earls F - Diagnostic decision making in psychiatry. *American Journal of Psychiatry*; 150: 197-206, 1993.
322. Zimmerman M, Coryell W, Pfohl B, Stangl D - Four definitions of endogenous depression and dexamethasone suppression test. *Journal of Affective Disorders*, 8: 37-45, 1985.
323. Zimmerman M, Jampala VC, Sierles FS, Taylor MA - DSM-IV: a nosology sold before its time? *American Journal of Psychiatry*, 148:463-467, 1991.



## Apêndice

**Lista dos itens da LIST-S20, com o código, sistema(s) diagnóstico(s) do qual faz parte, grupo-critério, pulos e pontos de corte**

### Convenções:

- O número à esquerda corresponde ao *código do critério*.
- Os *sistemas diagnósticos do critério* estão entre parênteses, à direita do critério.
- Os nomes dos *grupos-critérios* estão entre os símbolos <>.
- Os *pulos* estão logo após o critério sensível, entre os símbolos [], no seguinte formato:  
[RespostaA; CodItem1/expressão1, CodItem2/expressão2...; CódigoItemB/RespostaB]  
onde:  
Resposta A; resposta fornecida pelo avaliador ao item.  
CodItem1/expressão1...; caso a ativação do pulo dependa de outras respostas já fornecidas a outros itens. codcritério1 é o código do item e expressão 2 é a resposta fornecida a esse item.  
CódigoItemB; código do último item pulado.  
RespostaB; resposta dada aos itens pulados.
- Os *pontos de corte* estão antes do critério sensível, entre os símbolos {}; no formato:  
{enunciado; Resposta A; CódigoItemB/RespostaB }  
onde:  
enunciado; enunciado do ponto de corte.  
Resposta A; resposta fornecida pelo avaliador ao ponto de corte.  
CódigoItemB; códigos do último critério cortado  
RespostaB; resposta dada aos critérios cortados.

### <Dados demográficos>

- 0. Sexo
- 0. Data do Nascimento
- 0. Nacionalidade
- 0. Escolaridade
- 0. Estado Civil
- 0. Profissão#
- 0. Número de Filhos
- 0. Residência

## <Início do distúrbio>

### **1. Início agudo (2 semanas ou menos).(CID-10)(Kraepelin II)(DSM-III-R)**

[sim;2/não]

#### **DEFINIÇÃO**

Início agudo é definido como uma mudança de um estado sem sintomas psicóticos para uma nítida manifestação psicótica dentro de um período de 2 semanas ou menos.

A maioria dos estudos clínicos e autoridades sugerem que, na grande parte dos pacientes com psicoses agudas, o início dos sintomas psicóticos ocorrem em poucos dias ou em um período de 1 a 2 semanas no máximo e que esses pacientes se recuperam com ou sem medicação em 2 a 3 semanas.(OMS, 1992)

A dicotomia agudo-crônico representa uma idiosincrasia da terminologia psiquiátrica. Em medicina normalmente refere-se a um rápido desenvolvimento, enquanto que no DSM-II refere-se a reversibilidade (Horvath e col., 1989).

#### **EXEMPLO**

Os sintomas psicóticos aparecem abruptamente, dentro de algumas horas ou dias. Geralmente o quadro está relacionado com um evento estressante, ou seja, o paciente ou os familiares justificam a alteração do comportamento como consequência de um acontecimento importante na vida do paciente. O paciente invariavelmente apresenta tumulto emocional, manifestado por rápidas mudanças de um afeto intenso para outro, perplexidade e confusão.

### **2. Início insidioso (pelo menos 6 meses).(Langfeldt II)**

#### **DEFINIÇÃO**

O diagnóstico de esquizofrenia pelo sistema de Langfeldt II (segundo Landmark) necessita de um período de, pelo menos, 6 meses de sintomas psicóticos. O sistema de Kraepelin II (também segundo Landmark) não especifica o período mínimo, mas a referência do critério é a mesma no manual de Landmark. Landmark coloca esse critério com o seguinte parênteses: "duração da sintomatologia prodrômica". Nesse período o paciente pode apresentar sintomas como ser apatia, isolamento social, autismo, perda de interesse, síndrome amotivacional, abulia, perda de insight e outros sintomas negativos (Landmark, 1982).

#### **EXEMPLO**

Os amigos geralmente descrevem o início dos sintomas prodrômicos como uma mudança na personalidade ou como não mais "ser a mesma pessoa". A duração da fase prodrômica é extremamente variável e o início pode ser difícil de determinar com precisão. (APA; DSM-III-R, 1987)

### **3. Aparecimento dos sintomas psicóticos logo após e, aparentemente, em resposta a um ou mais acontecimentos que, sozinhos ou juntos, seriam acentuadamente estressantes para qualquer pessoa em circunstâncias semelhantes na cultura do indivíduo.(DSM-III-R)(CID-10)**

#### **DEFINIÇÃO**

Os sintomas psicóticos aparecem abruptamente após um ou mais acontecimentos que, sozinhos ou juntos, seriam acentuadamente estressantes para quase qualquer indivíduo em circunstâncias semelhantes na cultura desta pessoa. Os acontecimentos precipitantes podem ser qualquer estresse maior, como a perda de um ente querido ou um trauma psicológico de combate (APA, 1987).

Problemas que criam dificuldades por longos períodos na vida da pessoa também devem ser considerados (OMS, 1992).

Para verificar os estressores psicossociais etiologicalamente significativos, as seguintes áreas devem ser consideradas: relacionamento conjugal e com parentes próximos, problemas com amigos e vizinho, dificuldades no emprego, mudanças do estilo de vida, alterações no padrão financeiro, problemas legais, doenças, mudanças das fases do desenvolvimento, desastres.

(APA, 1987)

#### **EXEMPLO**

Eventos tipicamente estressantes são: luto, perda inesperada de um parente ou trabalho, casamento, trauma psicológico de combate, terrorismo e tortura. (OMS, 1992)

Exemplos de estressores psicossociais etiologicamente significativos são:

Conjugal; p.ex., compromisso, casamento, desacordo, separação, morte do cônjuge.

Parental; p.ex., tornar-se um dos pais, atrito com a criança, doença da criança.

Outro interpessoal, problemas com os amigos, vizinhos, sócios ou membros não conjugais da família, p.ex., doença do melhor amigo, relacionamento discordante com o chefe.

Ocupacional; inclui trabalho, escola, afazeres domésticos, p.ex., desemprego, aposentadoria, problemas escolares.

Circunstâncias de vida; p.ex., mudança de residência, ameaça da segurança pessoal, imigração.

Financeira; p.ex., finanças inadequadas, mudança do status financeiro.

Legal; p.ex., detenção, prisão, processo ou liberdade condicional.

Do desenvolvimento; fases do ciclo vital, p.ex., puberdade, transição do estado adulto, menopausa, "ter cinqüenta anos".

Doença física ou lesão; p.ex., doença, acidente, cirurgia, aborto.

Outros estressores psicossociais; p.ex., desastre natural ou provocado, perseguição, gravidez não desejada, nascimento fora do matrimônio, estupro.

#### **4. Pode-se estabelecer que um fator orgânico iniciou ou manteve a perturbação.(Kraepelin I)(Kraepelin II)(Eugen Bleuler)(Manfred Bleuler)(Langfeldt I)(Langfeldt II)(Langfeldt III)(Yuslin)(New Haven)(PSE)(Feighner)(Critérios Franceses)(Viena)(Taylor/Abrams)(Kurt Schneider)(RDC)(DSM-III)(DSM-III-R)(CID-10)**

##### **DEFINIÇÃO**

O transtorno psicótico é uma anormalidade psicológica ou comportamental associada a uma disfunção cerebral transitória ou permanente, uso de substâncias psicoativas ou doença que sabidamente provoca alteração mental. Isso é demonstrado através de história, exame físico ou exames laboratoriais, havendo a presença de um fator orgânico específico que se julgue relacionado etiologicamente ao estado mental anormal.(APA; DSM-III-R, 1987)

##### **EXEMPLO**

Demência, alcoolismo, lúpus eritematoso e hipotireoidismo são exemplos de doenças que podem cursar com sintomatologia psicótica.

#### **5. Provocado por deficiência mental.(DSM-III)**

##### **DEFINIÇÃO**

Na deficiência mental, o baixo nível de funcionamento social, berraças do comportamento e empobrecimento afetivo e cognitivo podem sugerir esquizofrenia.

Não deverá fazer conjuntamente os dois diagnósticos, senão quando a presença de sintomas que sugerem esquizofrenia, como idéias delirantes ou alucinações, estão indiscutivelmente presentes e não são o resultado de dificuldades na comunicação (APA; DSM-III, 1980). Essas formas são mais complexas, do ponto de vista de sua identificação diagnóstica, onde sintomas esquizofrênicos se inserem em oligofrenias preexistentes -- formas ditas enxertadas ou complicadas (Melo, 1980).

##### **EXEMPLO**

O paciente com retardo mental pode apresentar, em decorrência de um importante fator estressante para aquele indivíduo, um comportamento bizarro, um baixo nível de funcionamento social, pobreza de afeto e pensamento, como na esquizofrenia.

## **150. Sintomas prodrômicos.(DSM-III-R)**

### **DEFINIÇÃO**

Uma clara deterioração no funcionamento antes da fase ativa da perturbação, que não devida a um distúrbio de humor ou a um distúrbio relativo ao uso de substância psicoativa e que envolve pelo menos dois dos sintomas abaixo:

### **SINTOMAS PRODRÔMICOS DE ESQUIZOFRENIA**

1. Isolamento ou afastamento social acentuado.
2. Comprometimento acentuado no funcionamento como assalariado, estudante ou dona de casa.
3. Comportamento peculiar acentuado.
4. Comprometimento acentuado na higiene e cuidados.
5. Afetividade embotada ou inadequada.
6. Discurso digressivo, vago, super-elaborado ou circunstancial, ou pobreza do discurso.
7. Crenças bizarras ou pensamentos mágicos.
8. Experiências perceptivas incomuns, p.ex. ilusões recorrentes, sensação da presença de uma força ou pessoa não presente.
9. Falta de interesse, iniciativa ou energia acentuados.

Na esquizofrenia o desenvolvimento da fase ativa da doença geralmente é precedido por uma fase prodrômica, na qual há uma deterioração clara do nível de funcionamento anterior. A duração da fase prodrômica é extremamente variável e o início pode ser difícil de determinar com precisão (APA, 1987).

### **EXEMPLO**

Os amigos geralmente descrevem o início dos sintomas prodrômicos como uma mudança na personalidade ou como não mais "ser a mesma pessoa". O paciente torna-se isolado, calado e às vezes esquisito. Geralmente os pacientes com importantes distúrbios psicóticos têm dificuldades de relacionar-se com outras pessoas.

### **<Deterioração do funcionamento>**

{Deterioração do funcionamento;10/não}

## **7. Desintegração da personalidade.(Langfeldt I)(Langfeldt II)(Langfeldt III)**

### **DEFINIÇÃO**

Desintegração da personalidade foi um termo escolhido para definir o que Langfeldt chamava de despersonalização e desrealização.

Segundo Langfeldt "despersonalização e desrealização têm um significado especial para mim. Apesar deles serem freqüentemente usados em conexão com astenia, histeria, neurose obsessivo-compulsiva e outras condições neuróticas, para mim eles significam síndromes caracterizadas por experiências de um tipo especial de distúrbio da volição e do self -- e eles são geralmente encontrados apenas na esquizofrenia. As principais características que diferenciam no caso é que o paciente esquizofrênico não tem insight de sua própria condição e que ele sempre experimenta esses sintomas como de origem externa." Langfeldt considera que "sem esse fenômeno o diagnóstico de esquizofrenia é apenas sugestivo". Esses sintomas não podem ser considerados presentes se o paciente não considera que eles são influenciados ou provocados por outras pessoas ou por forças que vêm de fora.

Despersonalização significa que o paciente não sente que ele é real ou uma pessoa real no mundo; ou sente que parte de seu corpo não lhe pertence.

Na desrealização o paciente experimenta como que uma perda da realidade das pessoas ou coisas em volta.

Esses sintomas são encontrados geralmente nas fases iniciais da descompensação mental da esquizofrenia.

**EXEMPLO**

O paciente pode ficar inseguro sobre quem ele é, a qual sexo pertence, etc.

O paciente pode pensar que as pessoas em volta dele têm outra identidade e que os membros de sua família ou amigos são impostores. O paciente fica geralmente confuso e desorientado, ansioso e assustado.

**8. Alterações na personalidade, que se manifesta como um tipo especial de embotamento afetivo, seguido por perda de iniciativa e modificações do comportamento, sendo esse geralmente esquisito.(Langfeldt I)(Langfeldt III)**

**DEFINIÇÃO**

Alterações na personalidade, que se manifesta como um tipo especial de embotamento afetivo, seguido por perda de iniciativa e modificações do comportamento, sendo esse geralmente esquisito.

Quebra no desenvolvimento da personalidade é muitas vezes caracterizada por uma perda insidiosa do controle, interesse e iniciativa. Inicialmente, ocorre apenas um empobrecimento da personalidade podendo ser observado certos comportamentos bizarros. Os amigos e parentes do paciente "não mais o entendem". Os comentários das outras pessoas parecem não mais incomodá-lo. O isolamento social é uma característica importante. Esses sintomas vão piorando lentamente, com o paciente eventualmente terminando em um quadro de intensa psicose.

Assim como o conceito de "sentimento do precoce" -- quebra no desenvolvimento da personalidade tem sido severamente criticada, como um conceito extremamente difícil para ser definido. Além disso, os avaliadores dificilmente apresentam concordância com a sua presença.

Kraepelin e Langfeldt consideravam esse critério como um dos mais importantes para o diagnóstico de esquizofrenia. (Landmark, 1982)

**EXEMPLO**

Uma pessoa bem adaptada passa a queixar-se de alguns sintomas somáticos como dor de cabeça, na nuca e fraqueza. Nesse período pode ser diagnosticado como sofrendo de um distúrbio de somatização ou simulação. A família e os amigos podem eventualmente relatar que a pessoa tem mudado, passando a ter dificuldades no trabalho, escola ou nos relacionamentos pessoais. A pessoa passa a ficar perplexa e ansiosa e desenvolve um interesse em idéias abstratas como filosofia, religião ou ocultismo. O comportamento passa a ficar esquisito, com percepções estranhas. No início, a família e o médico podem pensar que se trata de alguma reação emocional passageira. Dentro de algumas semanas o paciente vai perdendo seu controle, mergulhando em experiências delirantes e alucinatórias bizarras e a conduzir-se de acordo com suas próprias vivências psicóticas.

**9. Alteração importante e consistente de alguns aspectos do comportamento manifestado por perda de interesse, desmotivação, inatividade, atitude de auto-atenção e isolamento social por, pelo menos, 1 mês.(CID-10)**

**DEFINIÇÃO**

Esse critério significa uma mudança da forma habitual de ser da pessoa, não apenas sintomas prodrômicos.

**EXEMPLO**

O paciente passa a permanecer a maior parte do tempo em casa, afasta-se dos amigos e das atividades sociais, mostra indiferença a acontecimentos importantes. Pode manifestar ansiedade e perplexidade.(Landmark, 1982)

**10. Funcionamento em áreas como trabalho, relacionamentos sociais e cuidados pessoais está acentuadamente baixo do nível mais alto alcançado antes do início da perturbação.(DSM-III-R)(DSM-III)**

### **DEFINIÇÃO**

Durante a evolução da perturbação, desde o início do distúrbio, o funcionamento em áreas como trabalho, relações sociais e cuidados pessoais é acentuadamente inferior aos níveis anteriores mais altos. Se o início for na infância ou adolescência, há fracasso na obtenção dos níveis esperados de desenvolvimento social. Os requisitos para este diagnóstico são preenchidos de modo que uma pessoa com um sintoma isolado, como "delírio encapsulado", mas sem redução do funcionamento social ou de trabalho, não tenha o diagnóstico de esquizofrenia, o qual tipicamente envolve incapacidade em mais de uma área de funcionamento (APA, 1987).

### **EXEMPLO**

Uma pessoa bem adaptada passa a ficar perplexa e ansiosa e desenvolve um interesse em idéias abstratas como filosofia, religião ou ocultismo. Passa a negligenciar as suas atividades no trabalho ou escola. Deixa de realizar as atividades de higiene pessoal e não mantém mais os cuidados com a aparência pessoal. O comportamento passa a ficar esquisito, com percepções estranhas. Dentro de algumas semanas o paciente vai perdendo seu controle, mergulhando em experiências delirantes e alucinatórias bizarras e a conduzir-se de acordo com suas próprias vivências psicóticas.

### **<Delírio>**

#### **11. Delírio.(DSM-III)(RDC)(Feighner)(PSE)(Manfred Bleuler)(Langfeldt III)(Yuslin)(New Haven)(DSM-III-R)**

[não;37/não]

### **DEFINIÇÃO**

Crença pessoal falsa, baseada numa inferência incorreta sobre a realidade exterior e firmemente sustentada a despeito do que quase todo mundo acredita e apesar de que se constitua em evidência, prova indiscutível e óbvia em contrário. A crença não é algo ordinariamente aceito pelos outros membros da cultura ou subcultura da pessoa (p.ex., não é um artigo de fé religiosa).

Quando uma falsa crença envolve um extremo julgamento de valor é considerada como um delírio somente quando o julgamento for tão extremo que desafie a credibilidade.

Um delírio deve ser distinguido de uma alucinação, a qual é uma falsa percepção sensorial (embora uma alucinação possa dar origem ao delírio de que a percepção é verdadeira). Um delírio também tem que ser distinguido de uma idéia supervalorizada, na qual uma crença ou idéia irracional não é mantida tão firmemente como no caso de um delírio (APA, 1987).

- Do ponto de vista Jaspersiano, o delírio será um distúrbio da consciência da realidade e dos juízos. Portanto uma característica básica do fato delirante é ser exatamente um distúrbio da consciência da realidade e, conseqüentemente, dos juízos que efetuamos sobre esta mesma realidade.

- Já Kurt Schneider defendia em seus livros que o delírio seria um distúrbio do conteúdo do pensamento.

Formas de delírio para Jaspers e Schneider

KARL JASPERS	KURT SCHNEIDER
Percepções delirantes	Percepções delirantes
Representações delirantes	Ocorrências delirantes
Cognições delirantes	Ocorrências delirantes
Idéias deliróides	Reações deliróides

### **EXEMPLO**

#### **DELÍRIO PERSECUTÓRIO**

Habitualmente envolve tema único ou séries de temas conectados, como conspirações, trapaças, espionagens, ser seguido, envenenado ou drogado, maliciosamente difamado, importunado ou obstruído na busca de metas a longo prazo (APA, 1987).

#### **DELÍRIO DE REFERÊNCIA**

A pessoa pode estar convencida de que um comentarista de TV esteja zombando dela (APA, 1987).

#### **DELÍRIO DE CIÚME**

Pequenos pedaços de "evidências", como roupas desarranjadas ou manchas no lençol podem ser coletados e usados para justificar o delírio. Quase que invariavelmente a pessoa confronta o seu companheiro e pode tomar medidas extraordinárias para intervir na infidelidade imaginada. Estas tentativas podem incluir restrição da autonomia da esposa ou da amante pela insistência de que nunca deixe a casa desacompanhado, secretamente seguir a esposa ou investigar o amante (APA, 1987).

### **12. Delírios por, pelo menos, 1 semana.(DSM-III-R)(RDC)**

[não; 13/não]

#### **DEFINIÇÃO**

Crença pessoal falsa, baseada numa inferência incorreta sobre a realidade exterior e firmemente sustentada a despeito do que quase todo mundo acredita, e apesar de que se constitua em evidência, prova indiscutível e óbvia em contrário. A crença não é algo ordinariamente aceito pelos outros membros da cultura ou subcultura da pessoa (p.ex., não é um artigo de fé religiosa) (APA, 1987).

#### **EXEMPLO**

Delírio persecutório. Habitualmente envolve tema único ou séries de temas conectados, como conspirações, trapaças, espionagens, ser seguido, envenenado ou drogado, maliciosamente difamado, importunado ou obstruído na busca de metas a longo prazo (APA, 1987).

Delírio de referência: a pessoa pode estar convencida de que um comentarista de TV esteja zombando dela (APA, 1987).

### **13. Delírio por, pelo menos, 3 meses.(CID-10)**

#### **DEFINIÇÃO**

Crença pessoal falsa, baseada numa inferência incorreta sobre a realidade exterior e firmemente sustentada a despeito do que quase todo mundo acredita, e apesar de que se constitua em evidência, prova indiscutível e óbvia em contrário. A crença não é algo ordinariamente aceito pelos outros membros da cultura ou subcultura da pessoa (p.ex., não é um artigo de fé religiosa) (APA, 1987).

#### **EXEMPLO**

Delírio persecutório. Habitualmente envolve tema único ou séries de temas conectados, como conspirações, trapaças, espionagens, ser seguido, envenenado ou drogado, maliciosamente difamado, importunado ou obstruído na busca de metas a longo prazo (APA, 1987).

Delírio de referência: A pessoa pode estar convencida de que um comentarista de TV esteja zombando dela (APA, 1987).

#### **14. Delírio primário.(Kraepelin II)(Langfeldt II)(Langfeldt I)(PSE)**

##### **DEFINIÇÃO**

##### **DIFERENÇA ENTRE DELÍRIO PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO (K. Jaspers)**

Delírio primário - surge sem um estado de ânimo que o justifique. Apresenta incompreensibilidade psicológica. Para Jaspers, corresponde às idéias delirantes verdadeiras. Schneider considera como percepções delirantes ou ocorrências delirantes.

Delírio secundário - deriva de um estado de ânimo (hiper ou hipotímia, desconfiança ou ansiedade). Para Jaspers, corresponde às idéias deliróides enquanto que, para Schneider, às reações deliróides.

##### **EXEMPLO**

Para um paciente com delírio primário, "uma mesa com pés torneados significa que todo mundo está maluco". Um outro escreve: "ao ouvir o relógio bater três horas, compreendi imediatamente que minha hora havia chegado".

Uma doente de Jaspers vê na rua uns homens uniformizados e conclui: "são soldados espanhóis". Logo adiante, vê outros, com os mesmos uniformes e pensa: "são soldados turcos; estão reunidos aqui; é uma guerra mundial".

#### **15. Percepção delirante.(Kurt Schneider)(Taylor/Abrams)(PSE)**

[não;16/não]

##### **DEFINIÇÃO**

O fenômeno se caracteriza por se atribuir às percepções reais, sem motivo emocional ou racionalmente compreensível, um significado anormal. Este significado é de natureza particular, é importante, energético, pessoal, como um sinal, uma mensagem de outro mundo. Se distingue duas etapas sucessivas: a primeira, uma percepção real e a segunda, a significação patológica atribuída à percepção pelo sujeito. Essas percepções não precisam ser visuais, também uma palavra, uma frase, um odor e qualquer outra percepção pode ganhar um significado anormal. É necessário diferenciar das reações paranóides que podem ocorrer, inclusive em esquizofrênicos, mas que são "compreensíveis" diante de uma determinada situação de humor, em razão de medo, desconfiança ou suspeita (Schneider, 1968).

##### **EXEMPLO**

Um cão na escadaria do convento de freiras me espreitava em posição ereta. Olhou-me sério e levantou uma das patas dianteiras quando cheguei perto. Ocasionalmente seguia, uns metros à minha frente, o mesmo caminho, um outro homem, que rapidamente alcancei e perguntei logo se o cão tinha se apresentado a ele. Um "não" admirado do outro deu-me a certeza que aqui eu tinha a ver com uma clara revelação (Schneider, 1968).

#### **16. Percepção delirante por, pelo menos, 1 mês.(CID-10)**

##### **DEFINIÇÃO**

O fenômeno se caracteriza por se atribuir a percepções reais, sem motivo emocional ou racionalmente compreensível, um significado anormal. Este significado é de natureza particular, é importante, energético, pessoal, como um sinal, uma mensagem de outro mundo. Se distingue duas etapas sucessivas: a primeira, uma percepção real e a segunda, a significação patológica atribuída à percepção pelo sujeito. Essas percepções não precisam ser visuais, também uma palavra, uma frase, um odor e qualquer outra percepção pode ganhar um significado anormal. É necessário diferenciar das reações paranóides que podem ocorrer, inclusive em esquizofrênicos, mas que são "compreensíveis" diante de uma determinada situação de humor, em razão de medo, desconfiança ou suspeita (Schneider, 1968).

##### **EXEMPLO**

Um cão na escadaria do convento de freiras me espreitava em posição ereta. Olhou-me sério e levantou uma das patas dianteiras quando cheguei perto. Ocasionalmente seguia, uns metros à minha frente, o mesmo caminho, um outro homem, que rapidamente alcancei e perguntei logo se o cão tinha se apresentado a ele. Um "não" admirado do outro deu-me a certeza que aqui eu tinha a ver com uma clara revelação (Schneider, 1968).

**17. Delírio bizarro.(RDC)(Sistema Flexível)(PSE)(DSM-III)(CID-10)**

[não;18/não]

**DEFINIÇÃO**

Uma falsa crença que envolve um fenômeno que a cultura da pessoa considera como totalmente implausível (APA, 1987).

**EXEMPLO**

Um homem acreditava que quando suas adenóides foram removidas na infância, uma caixa teria sido inserida na sua cabeça e que fios elétricos teriam sido colocados nela, de modo que a voz que ele ouvia era a do governador (APA, 1987).

**18. Delírios bizarros por, pelo menos, 1 semana.(DSM-III-R)**

**DEFINIÇÃO**

Uma falsa crença que envolve um fenômeno que a cultura da pessoa considera como totalmente implausível (APA, 1987).

**EXEMPLO**

Um homem acreditava que quando suas adenóides foram removidas na infância, uma caixa teria sido inserida na sua cabeça e que fios elétricos teriam sido colocados nela, de modo que a voz que ele ouvia era a do governador (APA, 1987).

**19. Delírios não-bizarros por, pelo menos, 1 mês.(DSM-III-R)**

**DEFINIÇÃO**

Delírio bizarro é uma falsa crença que envolve um fenômeno que a cultura da pessoa considera como totalmente implausível (APA, 1987).

**EXEMPLO**

Um homem acreditava que quando suas adenóides foram removidas na infância, uma caixa teria sido inserida na sua cabeça e que fios elétricos teriam sido colocados nela, de modo que a voz que ele ouvia era a do governador (APA, 1987).

**20. Delírios de ciúme.(PSE)(DSM-III)(RDC)**

**DEFINIÇÃO**

Idéia delirante de que o(a) companheiro(a) lhe é infiel (APA, 1980).

**EXEMPLO**

Pequenos pedaços de "evidências", como roupas desarranjadas ou manchas no lençol podem ser coletados e usados para justificar o delírio. Quase que invariavelmente a pessoa confronta o seu companheiro e pode tomar medidas extraordinárias para intervir na infidelidade imaginada. Estas tentativas podem incluir restrição da autonomia da esposa ou da amante pela insistência de que nunca deixe a casa desacompanhado, secretamente seguir a esposa ou investigar o amante (APA, 1987).

**21. Idéias delirantes somáticas ou religiosas.(PSE)(DSM-III)**

**DEFINIÇÃO**

**IDÉIA DELIRANTE SOMÁTICA**

Delírios somáticos ocorrem de diversas formas. Os mais comuns são as convicções de que as pessoas emitem um odor fétido, de que está infestada por insetos na pele ou dentro dela. As pessoas com delírios somáticos habitualmente consultam médicos não psiquiatras para tratamento de suas condições somáticas percebidas (APA, 1987).

## **IDÉIA DELIRANTE RELIGIOSA**

Os delírios religiosos podem ter várias formas (messianismo, onipotência, onisciência e outros). Todos podem ser uma tentativa de lidar com a culpa de ter feito pecados. Apesar de que os delírios religiosos podem ser vistos isolados, é mais comum ocorrerem associados a outros tipos de delírio como o persecutório (ex. possessão demoníaca), o de grandiosidade (ex. de que é Cristo), ou auto acusação (cometer um pecado imperdoável) (Nash, 1983).

### **EXEMPLO**

Idéia delirante somática: convicção delirante de que sua boca e seu reto emitem um forte odor fétido; O cérebro da pessoa está apodrecendo; A pessoa acredita que está grávida apesar de estar na pós-menopausa (APA, 1987).

Idéia delirante religiosa: um paciente pode considerar-se culpado pelos pecados do mundo e que sua morte pode salvar o mundo. Nesse momento o paciente pode cometer suicídio (Nash, 1983).

## **22. Delírios niilistas.(Sistema Flexível)(PSE)(DSM-III)**

### **DEFINIÇÃO**

Delírio envolvendo a problemática da inexistência da totalidade ou de parte de si próprio, dos outros ou do mundo. Uma idéia delirante somática pode ser também niilista, se a ênfase incide sobre a inexistência da totalidade ou parte do corpo (APA, 1980).

### **EXEMPLO**

O paciente diz: "o mundo acabou"; "já não tenho cérebro"; "não preciso comer porque não tenho mais nada dentro de mim" (APA, 1980).

## **23. Delírios de grandeza.(PSE)(DSM-III)**

### **DEFINIÇÃO**

Idéia delirante cujo conteúdo implica um sentimento exagerado de importância, poder, conhecimento ou identidade de si próprio. Por ter temática religiosa, somática ou de outra natureza (APA, 1980).

### **EXEMPLO**

O paciente pode pensar que é Cristo, Napoleão ou um político famoso.

## **25. Idéias delirantes persecutórias.(DSM-III)(RDC)(PSE)(CID-10)**

### **DEFINIÇÃO**

Idéia delirante, cujo tema central é o de um indivíduo ou grupo ser atacado, atormentado, enganado, perseguido ou alvo de conspiração. Habitualmente o indivíduo, alguém do mesmo grupo ou de uma instituição que lhe é próxima, é escolhido como objeto da perseguição.

Recomenda-se que o termo "delírio paranóide" não seja utilizado por causa de seus significados múltiplos, confusos e contraditórios. Muitas vezes ele tem sido empregado para referir-se tanto a delírios de perseguição como de grandeza por causa de sua presença na esquizofrenia tipo paranóide (APA, 1980).

### **EXEMPLO**

Habitualmente envolve tema único ou séries de temas conectados, como conspirações, trapaças, espionagens, ser seguido, envenenado ou drogado, maliciosamente difamado, importunado ou obstruído na busca de metas a longo prazo (APA, 1987).

## **26. Idéias de referência.(Kraepelin II)(New Haven)(PSE)(CID-10)**

### **DEFINIÇÃO**

É uma idéia mais vaga e desestruturada do que o delírio de referência. Geralmente é difícil distinguir de um verdadeiro delírio (Landmark, 1982).

## DELÍRIO DE REFERÊNCIA

Delírio cujo tema é que acontecimentos, objetos ou outras pessoas do ambiente imediato daquela pessoa têm uma significação particular e incomum, habitualmente de natureza negativa ou pejorativa. Isto difere de uma idéia de referência, na qual a falsa crença não é tão firmemente mantida como num delírio (APA, 1987).

### EXEMPLO

O paciente tem uma "idéia" ou "sentimento" de que está sendo referido, mas não tem certeza (Landmark, 1982).

## 27. Delírios de controle.(PSE)(RDC)(DSM-III)(CID-10)

### DEFINIÇÃO

Delírio no qual sentimentos, impulsos, ações ou pensamentos são vivenciados como não sendo próprios, como sendo impostos por alguma força externa. Isto não inclui a simples convicção de que a pessoa está atuando como agente de Deus, que foi amaldiçoada, que é vítima do destino, ou que não é suficientemente positiva. O sintoma deve ser julgado como presente somente quando a pessoa vivencia sua vontade, pensamentos ou sentimentos como operando sob alguma força externa (APA, 1980).

### EXEMPLO

Um homem afirma que suas palavras não eram próprias, mas de seu pai; um estudante acreditava que suas ações estavam sob o controle de um yoga; uma dona de casa acreditava que alguém de fora estava colocando no seu corpo sentimentos sexuais (APA, 1980).

## 28. Delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados a movimentos do corpo ou membros, ou pensamentos específicos, ações ou sensações por, pelo menos, 1 mês.(CID-10)

### DEFINIÇÃO

O termos delírio de controle, influência ou passividade são considerados sinônimos (Nash, 1983).

## DELÍRIOS DE CONTROLE

Delírio no qual sentimentos, impulsos, ações ou pensamentos são vivenciados como não sendo próprios, como sendo impostos por alguma força externa. Isto não inclui a simples convicção de que a pessoa está atuando como agente de Deus, que foi amaldiçoada, que é vítima do destino, ou que não é suficientemente positiva. O sintoma deve ser julgado como presente somente quando a pessoa vivencia sua vontade, pensamentos ou sentimentos como operando sob alguma força externa (APA, 1980).

### EXEMPLO

Um homem afirma que suas palavras não eram próprias, mas de seu pai; um estudante acreditava que suas ações estavam sob o controle de um yoga; uma dona de casa acreditava que alguém de fora estava colocando no seu corpo sentimentos sexuais (APA, 1980).

## 29. Delírios persistentes que são culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, como de conteúdo religioso ou identidade política, ou poderes e habilidades sobre-humanos (por exemplo, capacidade de controlar o tempo, capacidade de se comunicar com seres de outro mundo) por, pelo menos, 1 mês.(CID-10)

### DEFINIÇÃO

Considerando a possibilidade de ocorrência os delírios podem ser classificados em verossímeis e inverossímeis.

Os delírios verossímeis referem-se a temas e ocorrências passíveis de ocorrer; os inverossímeis, ao contrário, são impossíveis nas circunstâncias em referências ou absolutamente impossíveis. (Sá Jr., 1984).

#### **EXEMPLO**

Um homem acreditava que quando suas adenóides foram removidas na infância, uma caixa teria sido inserida na sua cabeça, e que fios elétricos teriam sido colocados nela, de modo que a voz que ele ouvia era a do governador (APA, 1987).

### **30. Delírios não-sistematizados.(Critérios Franceses)**

#### **DEFINIÇÃO**

No que se refere a sua estrutura, os delírios são ditos sistematizados e não sistematizados:

#### **DELÍRIO SISTEMATIZADO**

Pressupõe uma reelaboração total do conhecimento da realidade e transcorrem geralmente com relativa clareza de consciência, havendo aqui coerência interna entre a premissa e os demais elementos constitutivos da fábula delirante.

O delírio sistematizado é um delírio simples com múltiplas elaborações ou um grupo de delírios conectados por um tema.

#### **DELÍRIOS NÃO-SISTEMATIZADOS**

São delírios que carecem das características do delírio sistematizado, mostrando-se, via de regra, frouxos, fragmentados, desarticulados, sem concatenação e sem lógica (Melo, 1980).

#### **EXEMPLO**

"Parecia que não havia sol quando tinha pensamentos maus. Logo que tinha pensamentos bons, o sol voltava. Pensei então que os carros andavam errado. Quando passava um carro, não ouvia nada. Pensei, tem com certeza borracha em baixo. Grandes carros de carga, não. Quando me aproximava de um carro, parecia-me que eu irradiava algo de sorte que o carro logo parava...". Passagem de caso de Schmidt (Jaspers, 1979).

### **24. Delírios múltiplos.(RDC)(Sistema Flexível)**

#### **DEFINIÇÃO**

Os delírios são múltiplos quando em sua contextura se associam idéias delirantes múltiplas e polimorfas (de perseguição e de influência, de perseguição e de grandezas, etc.) (Melo, 1980).

#### **EXEMPLO**

"O chá que me ofereceu não bebi pensando que estivesse envenenado. Esperava com saudade pelo momento da morte... Era como num palco, as marionetes não são homens. Pensei que fossem alguns invólucros de pele. A máquina de escrever me parecia virada, não tinha letras, mas sinais do além, como cria eu." Passagem de caso de Schmidt (Jaspers, 1979).

### **31. Vários tipos de delírio, havendo modificações no tipo ou na intensidade de um dia para o outro ou no mesmo dia.(CID-10)**

#### **DEFINIÇÃO**

Os delírios são múltiplos quando em sua contextura se associam idéias delirantes múltiplas e polimorfas (de perseguição e de influência, de perseguição e de grandezas, etc.) (Melo, 1980).

#### **EXEMPLO**

"O chá que me ofereceu não bebi pensando que estivesse envenenado. Esperava com saudade pelo momento da morte... Era como num palco, as marionetes não são homens. Pensei que fossem alguns invólucros de pele. A máquina de escrever me parecia virada, não tinha letras, mas sinais do além, como cria eu." Passagem de caso de Schmidt (Jaspers K, 1979).

**32. Delírio é o sintoma mais importante ou é a única característica clínica.(CID-10)**

**DEFINIÇÃO**

Esse é o principal critério da CID-10 para os distúrbios delirantes persistentes. Esse grupo inclui uma variedade de distúrbios onde os delírios crônicos constituem a característica clínica única ou mais importante.

**EXEMPLO**

Um homem de 30 anos chega a uma clínica psiquiátrica, apresentando-se ansioso, desconfiado e agitado. Ele explica que está aborrecido porque seu irmão está conspirando para deixá-lo de fora da herança da família. O paciente não apresenta confusão mental. Após ficar evidente que não havia base real para a queixa do paciente, ele foi internado e medicado com antipsicótico. Houve melhora do quadro, mas o paciente tornou-se uma pessoa desconfiada. Posteriormente, as idéias de conspiração foram generalizadas para outras pessoas próximas, como seu terapeuta, chefe e vizinhos do paciente (Manschreck, 1989).

**33. Desenvolve-se um delírio (na segunda pessoa) no contexto de um relacionamento estreito com outra pessoa, ou pessoas, com um delírio já estabelecido (o caso primário).(CID-10)(DSM-III-R)**

[não; 37/não]

**DEFINIÇÃO**

O caso primário é uma pessoa que já tem distúrbio psicótico com delírios proeminentes. Geralmente a pessoa primária com o distúrbio psicótico é a dominante no relacionamento e impõe gradualmente seu sistema delirante à segunda pessoa mais passiva e inicialmente saudável. Estas pessoas habitualmente viveram juntas por um longo tempo e estão isoladas do contato com outras pessoas.

O conteúdo do delírio está habitualmente dentro do domínio das possibilidades e frequentemente está baseado num passado de experiências comuns das duas pessoas (APA, 1987).

**EXEMPLO**

Um homem de 50 anos é referido para exame psiquiátrico após vários julgamentos na justiça. Ele foi preso por atrapalhar julgamentos, andando na sala e acusando o juiz. Ele diz estar sendo vítima de uma conspiração pela corte há muitos anos. O exame do estado mental demonstra apenas leve depressão. Uma entrevista com a esposa e alguns filhos revela que eles compartilham do mesmo delírio (Manschreck, 1989).

**34. Há uma evidencia temporal ou dentro de um contexto de que o delírio foi induzido no membro passivo do par ou do grupo por contato com o membro ativo.(CID-10)**

**DEFINIÇÃO**

É um critério de distúrbio delirante induzido, onde ocorre um delírio compartilhado por duas ou mais pessoas. Uma das pessoas sofre de um distúrbio psicótico (membro ativo). O delírio é induzido em outra(s) pessoa(s) (membro passivo)(OMS, 1992).

**EXEMPLO**

Um homem de 50 anos é referido para exame psiquiátrico após vários julgamentos na justiça. Ele foi preso por atrapalhar julgamentos, andando na sala e acusando o juiz. Ele diz estar sendo vítima de uma conspiração pela corte há muitos anos. O exame do estado mental demonstra apenas leve depressão. Uma entrevista com a esposa e alguns filhos revela que eles compartilham do mesmo delírio (Manschreck, 1989).

**35. Duas ou mais pessoas compartilham o mesmo delírio, e uma das pessoa mantém a crença da outra.(CID-10)**

**DEFINIÇÃO**

É um critério de distúrbio delirante induzido, onde ocorre um delírio compartilhado por duas ou mais pessoas. Uma das pessoas sofre de um distúrbio psicótico (membro ativo). O delírio é induzido em outra(s) pessoa(s) (membro passivo). Geralmente o delírio desaparece quando as pessoas são separadas (OMS, 1992)

**EXEMPLO**

Um homem de 50 anos é referido para exame psiquiátrico após vários julgamentos na justiça. Ele foi preso por atrapalhar julgamentos, andando na sala e acusando o juiz. Ele diz estar sendo vítima de uma conspiração pela corte há muitos anos. O exame do estado mental demonstra apenas leve depressão. Uma entrevista com a esposa e alguns filhos revela que eles compartilham do mesmo delírio (Manschreck, 1989).

**36. Delírio na segunda pessoa é semelhante em conteúdo ao do caso primário.(DSM-III-R)**

**DEFINIÇÃO**

O caso primário é uma pessoa que já tem distúrbio psicótico com delírios proeminentes. Geralmente a pessoa primária com o distúrbio psicótico é a dominante no relacionamento e impõe gradualmente seu sistema delirante à segunda pessoa mais passiva e inicialmente saudável. Estas pessoas habitualmente viveram juntas por um longo tempo e estão isoladas do contato com outras pessoas.

O conteúdo do delírio está habitualmente dentro do domínio das possibilidades e freqüentemente está baseado num passado de experiências comuns das duas pessoas (APA, 1987).

**EXEMPLO**

Um homem de 50 anos é referido para exame psiquiátrico após vários julgamentos na justiça. Ele foi preso por atrapalhar julgamentos, andando na sala e acusando o juiz. Ele diz estar sendo vítima de uma conspiração pela corte há muitos anos. O exame do estado mental demonstra apenas leve depressão. Uma entrevista com a esposa e alguns filhos revela que eles compartilham do mesmo delírio (Manschreck, 1989).

**37. Imediatamente antes do início do delírio induzido, a segunda pessoa não apresentou distúrbio psicótico ou sintomas prodrômicos de esquizofrenia.(DSM-III-R)**

**DEFINIÇÃO**

Delírio induzido é um delírio (na segunda pessoa) no contexto de um relacionamento estreito com outra pessoa, ou pessoas, com um delírio já estabelecido (o caso primário). O delírio na segunda pessoa é semelhante em conteúdo ao do caso primário.

O caso primário é uma pessoa que já tem distúrbio psicótico com delírios proeminentes. Geralmente a pessoa primária com o distúrbio psicótico é a dominante no relacionamento e impõe gradualmente seu sistema delirante à segunda pessoa mais passiva e inicialmente saudável. Estas pessoas habitualmente viveram juntas por um longo tempo e estão isoladas do contato com outras pessoas.

O conteúdo do delírio está habitualmente dentro do domínio das possibilidades e freqüentemente está baseado num passado de experiências comuns das duas pessoas.

**SINTOMAS PRODRÔMICOS DE ESQUIZOFRENIA (APA, 1987)**

Uma clara deterioração no funcionamento antes da fase ativa da perturbação, que não devida a um distúrbio de humor ou a um distúrbio relativo ao uso de substância psicoativa e que envolve pelo menos dois dos sintomas abaixo:

1. Isolamento ou afastamento social acentuado.
2. Comprometimento acentuado no funcionamento como assalariado, estudante ou dona de casa.
3. Comportamento peculiar acentuado.

4. Comprometimento acentuado da higiene e cuidados pessoais.
5. Afetividade embotada ou inadequada.
6. Discurso digressivo, vago, super-elaborado ou circunstancial, ou pobreza do discurso.
7. Crenças bizarras ou pensamentos mágicos.
8. Experiências perceptivas incomuns, p.ex. ilusões recorrentes, sensação da presença de uma força ou pessoa não presente.
9. Falta de interesse, iniciativa ou energia acentuados.

**EXEMPLO**

Um homem de 50 anos é referido para exame psiquiátrico após vários julgamentos na justiça. Ele foi preso por atrapalhar julgamentos, andando na sala e acusando o juiz. Ele diz estar sendo vítima de uma conspiração pela côrte há muitos anos. O exame do estado mental demonstra apenas leve depressão. Uma entrevista com a esposa e alguns filhos revela que eles compartilham do mesmo delírio (Manschreck, 1989).

<Alucinação>

**38. Alucinação.(DSM-III)(RDC)(Feighner)(PSE)(New Haven)(Kraepelin II)(Manfred Bleuler)(Yusin)(DSM-III-R)**

[não;54/não]

**DEFINIÇÃO**

Uma percepção sensorial sem estimulação externa do órgão sensorial relevante. Uma alucinação tem o sentido imediato da realidade de uma percepção verdadeira, embora em alguns casos a fonte da alucinação possa ser percebida como dentro do corpo.

Estritamente falando, as alucinações indicam uma perturbação psicótica somente quando estão associadas a um comprometimento maciço do teste de realidade. O termo alucinação, por si só, não é comumente aplicado às falsas percepções que ocorrem durante o sonho, ao adormecer (hipnagógico), ou ao acordar (hipnopômico). Alucinações que ocorrem durante a evolução de uma experiência religiosa intensamente partilhada geralmente não tem significação patológica.

As alucinações deve ser distinguidas das ilusões, nas quais um estímulo externo é mal percebido ou mal interpretado e de processos normais do pensamento que são excepcionalmente vívidos (APA, 1987).

**EXEMPLO**

Exemplo de ALUCINAÇÕES AUDITIVAS DE VOZES QUE DIALOGAM ENTRE SI: um esquizofrênico ouve duas vozes dia e noite, em forma de diálogo, e uma voz sempre diz o contrário da outra (Schneider, 1968).

**39. Alucinações não afetivas.(PSE)(DSM-III-R)**

**DEFINIÇÃO**

**ALUCINAÇÕES NÃO AFETIVAS**

Alucinações cujo conteúdo não é consistente com um humor deprimido ou com humor maníaco. No caso de depressão, o conteúdo das alucinações não envolvem temas de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou de merecimento de punição. No caso de mania, o conteúdo das alucinações não envolvem temas de valor, poder, conhecimento ou identidade aumentados ou relacionamento especial com uma deidade ou pessoa famosa.

ALUCINAÇÃO é uma percepção sensorial sem estimulação externa de órgão sensorial relevante. Uma alucinação tem o sentido imediato da realidade de uma percepção verdadeira, embora em alguns casos a fonte da alucinação possa ser percebida como dentro do corpo (APA, 1987).

#### **EXEMPLO**

Os pacientes ouvem raramente sopros, zumbidos, sussurros, matraquear, ruídos de tiros, trovões, músicas, choros e risadas, mais freqüentemente murmúrios, falas e chamados; eles vêem coisas isoladas, paisagens, animais, pessoas e uma série de vultos impossíveis; cheiram e sentem o paladar de coisas agradáveis e desagradáveis; apalpam coisas e animais e pessoas e são atingidos por gotas de chuva, fogo ou bala; sentem todas as dores e também tudo de agradável que as sensações somáticas nos podem veicular (Bleuler, 1985).

#### **40. Alucinações proeminentes por, pelo menos, 1 semana.(DSM-III-R)(CID-10)**

##### **DEFINIÇÃO**

ALUCINAÇÃO PROEMINENTE é uma importante alucinação, que modifica de forma significativa a vida do paciente.

ALUCINAÇÃO é uma percepção sensorial sem estimulação externa de órgão sensorial relevante. Uma alucinação tem o sentido imediato da realidade de uma percepção verdadeira, embora em alguns casos a fonte da alucinação possa ser percebida como dentro do corpo.

Estritamente falando, as alucinações indicam uma perturbação psicótica somente quando estão associadas a um comprometimento maciço do teste de realidade. O termo alucinação, por si só, não é comumente aplicado às falsas percepções que ocorrem durante o sonho, ao adormecer (hipnagógico), ou ao acordar (hipnopômico). Alucinações que ocorrem durante a evolução de uma experiência religiosa intensamente partilhada geralmente não tem significação patológica.

As alucinações devem ser distinguidas das ilusões, nas quais um estímulo externo é mal percebido ou mal interpretado, e de processos normais do pensamento que são excepcionalmente vívidos (APA, 1987).

##### **EXEMPLO**

Os pacientes ouvem raramente sopros, zumbidos, sussurros, matraquear, ruídos de tiros, trovões, músicas, choro e risadas, mais freqüentemente murmúrios, falas e chamados; eles vêem coisas isoladas, paisagens, animais, pessoas e uma série de vultos impossíveis; cheiram e sentem o paladar de coisas agradáveis e desagradáveis; apalpam coisas e animais e pessoas e são atingidos por gotas de chuva, fogo ou bala; sentem todas as dores e também tudo de agradável que as sensações somáticas nos podem veicular (Bleuler, 1985).

#### **41. Alucinações de qualquer tipo por todo o dia durante vários dias ou intermitentemente por, pelo menos, 1 mês.(RDC)(CID-10)**

##### **DEFINIÇÃO**

Alucinação é uma percepção sensorial sem estimulação externa de órgão sensorial relevante. Uma alucinação tem o sentido imediato da realidade de uma percepção verdadeira, embora em alguns casos a fonte da alucinação possa ser percebida como dentro do corpo (APA, 1987).

##### **EXEMPLO**

Os pacientes ouvem raramente sopros, zumbidos, sussurros, matraquear, ruídos de tiros, trovões, músicas, choros e risadas, mais freqüentemente murmúrios, falas e chamados; eles vêem coisas isoladas, paisagens, animais, pessoas e uma série de vultos impossíveis; cheiram e sentem o paladar de coisas agradáveis e desagradáveis; apalpam coisas e animais e pessoas e são atingidos por gotas de chuva, fogo ou bala; sentem todas as dores e também tudo de agradável que as sensações somáticas nos podem veicular (Bleuler, 1985).

#### **42. Alucinações auditivas.(Langfeldt II)(Langfeldt III)**

[não; 49/não]

##### **DEFINIÇÃO**

Uma alucinação de som, mais comumente de vozes, mas algumas vezes de clique, ruídos de arrastamento, música, etc (APA, 1987).

##### **EXEMPLO**

Os pacientes ouvem raramente sopros, zumbidos, sussurros, matraquear, ruídos de tiros, trovões, músicas, choro e risadas, mais frequentemente murmúrios, falas e chamados (Bleuler, 1985).

#### **43. Vozes que dialogam entre si.(Kurt Schneider)(Taylor/Abrams)(DSM-III)(RDC)(DSM-III-R)**

[não; 44/não]

##### **DEFINIÇÃO**

Neste sintoma o paciente ouve vozes que conversam ou discutem entre si; falam geralmente sobre o paciente, mas não falam diretamente com ele [Schneider, 1968].

##### **EXEMPLO**

Um esquizofrênico ouve duas vozes dia e noite, em forma de diálogo, e uma voz sempre diz o contrário da outra (Schneider, 1968).

#### **44. Vozes que dialogam entre si falando sobre o paciente.(PSE)**

##### **DEFINIÇÃO**

Neste sintoma o paciente ouve vozes (alucinações) que conversam ou discutem entre si, falando sobre o paciente.

##### **EXEMPLO**

O paciente referia que ouvia muitas vozes falando sobre ele: "ele é bicha, olha como ele anda, é tudo pecado o que ele faz..."

#### **45. Vozes que acompanham a própria ação com comentários.(Kurt Schneider)(Taylor/Abrams)(DSM-III)(RDC)(DSM-III-R)(PSE)**

##### **DEFINIÇÃO**

Neste sintoma o paciente ouve vozes que descrevem ou comentam suas atividades no momento em que acontecem (Schneider, 1968).

##### **EXEMPLO**

Uma esquizofrênica ouve quando vai comer: "agora vai comer, agora ela já vai devorar de novo". Quando fricciona o cachorro ela ouve: "o que ela está fazendo? lambuza o cachorro". Outra vez ela ouve: "agora endireita de novo a janela. Agora acende a luz porque não custa nada" (Schneider, 1968).

#### **46. Alucinações auditivas que comentam sobre as ações do paciente, ou vozes que falam entre si sobre o paciente por, pelo menos, 1 mês.(CID-10)**

##### **DEFINIÇÃO**

Neste sintoma o paciente ouve vozes que conversam ou discutem entre si, falando sobre o paciente, ou o paciente ouve vozes que descrevem ou comentam suas atividades no momento em que acontecem.

##### **EXEMPLO**

O paciente referia que ouvia muitas vozes falando sobre ele: "ele é bicha, olha como ele anda, é tudo pecado o que ele faz..."

Uma esquizofrênica ouve quando vai comer: "agora vai comer, agora ela já vai devorar de novo". Quando fricciona o cachorro ela ouve: "o que ela está fazendo? lambuza o cachorro". Outra vez ela ouve: "agora endireita de novo a janela. Agora acende a luz porque não custa nada" (Schneider, 1968).

**47. Alucinações auditivas, não afetivas, falando para o paciente.(RDC)(PSE)**

**DEFINIÇÃO**

São alucinações auditivas, sem um nítido conteúdo depressivo (culpa, desmerecimento, etc.) ou maníaco (expansividade, grandiosidade, poder, etc.)

**EXEMPLO**

O paciente referia que ouvia muitas vozes falando sobre ele: "ele é bicha, olha como ele anda..."

**48. Alucinações auditivas, em diversas ocasiões sem relação aparente com depressão ou euforia e cujo conteúdo não se limita a uma ou duas palavras.(DSM-III)**

**DEFINIÇÃO**

Uma alucinação de som, mais comumente de vozes, mas algumas vezes de cliques, ruídos de arrastamento ou música.

**EXEMPLO**

Os pacientes ouvem raramente sopros, zumbidos, sussurros, matraquear, ruídos de tiros, trovões, músicas, choros e risadas, mas freqüentemente murmúrios, falas e chamados (Bleuler, 1985).

**49. Alucinação de vozes vindo de alguma parte do corpo por, pelo menos, 1 mês.(CID-10)**

**DEFINIÇÃO**

Uma alucinação que envolve a percepção de uma experiência física localizada dentro do corpo. As alucinações somáticas têm que ser distinguidas de sensações físicas inexplicáveis; uma alucinação somática pode ser identificada com certeza somente quando uma interpretação delirante de uma doença física estiver presente. Uma alucinação somática tem que ser distinguida também da preocupação hipocondríaca, com sensações físicas normais ou exageradas e de uma alucinação tátil, na qual a sensação está habitualmente relacionada com a pele (APA, 1987).

**EXEMPLO**

A pessoa percebe que vozes vêm de sua barriga, como se seus órgãos do abdomen conversassem um com o outro.

**51. Vivências de influência corporal.(Kraepelin II)(Langfeldt II)(Kurt Schneider)(Yusin)(Taylor/Abrams)(CID-10)**

**DEFINIÇÃO**

Esses fenômenos são erros sensoriais referentes ao corpo (alucinação cenestésica). Essas vivências de influência são relacionadas, muitas vezes, a aparelhos, raios, sugestões, hipnoses, freqüentemente de natureza sexual.

**EXEMPLO**

Uma esquizofrênica com influências elétricas, diz: "as usinas elétricas do mundo inteiro estão sintonizadas em mim".

Uma outra fala das sensações em seu corpo: "eram como quando se está realmente com um homem, como quando se tem relação com um homem. Não foi, porém, na realidade; não havia nenhum homem, eu estava lá sozinha. Foi como se o homem estivesse comigo. Sabe, como quando se tem realmente relações com um homem; é isso que eu sinto" (Schneider, 1968).

**52. Alucinações crônicas.(Langfeldt I)**

**DEFINIÇÃO**

O autor não define o intervalo de tempo mínimo necessário para esse critério.

#### **EXEMPLO**

Os pacientes ouvem raramente sopros, zumbidos, sussurros, matraquear, ruídos de tiros, trovões, músicas, choro e risadas, mais freqüentemente murmúrios, falas e chamados; eles vêem coisas isoladas, paisagens, animais, pessoas e uma série de vultos impossíveis; cheiram e sentem o paladar de coisas agradáveis e desagradáveis; apalpam coisas e animais e pessoas e são atingidos por gotas de chuva, fogo ou bala; sentem todas as dores e também tudo de agradável que as sensações somáticas nos podem veicular (Bleuler, 1985).

**53. Alucinações persistentes de qualquer tipo, quando acompanhada por delírios ocasionais ou não-estruturados sem claro conteúdo afetivo, ou por idéias supervalorizadas persistentes, ou quando ocorrerem diariamente por semanas ou meses por, pelo menos, 1 mês.(CID-10)**

#### **DEFINIÇÃO**

##### **ALUCINAÇÃO**

Uma percepção sensorial sem estimulação externa do órgão sensorial relevante. Uma alucinação tem o sentido imediato da realidade de uma percepção verdadeira, embora em alguns casos a fonte da alucinação possa ser percebida como dentro do corpo.

##### **DELÍRIOS NÃO SISTEMATIZADOS**

São delírios que carecem das características do delírio sistematizado, mostrando-se, via de regra, frouxos, fragmentados, desarticulados, sem concatenação e sem lógica.

##### **IDÉIA SUPERVALORIZADA**

Uma crença ou idéia irracional que não é mantida tão firmemente como no caso de um delírio (APA, 1987).

#### **EXEMPLO**

"Parecia que não havia sol quando tinha pensamentos maus. Logo que tinha pensamentos bons, o sol voltava. Pensei então que os carros andavam errado. Quando passava um carro, não ouvia nada. ". Passagem de caso de Schmidt (Jaspers, 1979).

**54. Vários tipos de alucinação, modificando o tipo ou a intensidade de um dia para o outro ou no mesmo dia.(CID-10)**

#### **DEFINIÇÃO**

##### **ALUCINAÇÃO**

Uma percepção sensorial sem estimulação externa do órgão sensorial relevante. Uma alucinação tem o sentido imediato da realidade de uma percepção verdadeira, embora em alguns casos a fonte da alucinação possa ser percebida como dentro do corpo.

Tipos de alucinação: auditiva, visual, gustativa, olfativa, somática, tátil.

#### **EXEMPLO**

Os pacientes ouvem raramente sopros, zumbidos, sussurros, matraquear, ruídos de tiros, trovões, músicas, choros e risadas, mais freqüentemente murmúrios, falas e chamados; eles vêem coisas isoladas, paisagens, animais, pessoas e uma série de vultos impossíveis; cheiram e sentem o paladar de coisas agradáveis e desagradáveis; apalpam coisas e animais e pessoas e são atingidos por gotas de chuva, fogo bala; sentem todas as dores e também tudo de agradável que as sensações somáticas nos podem veicular (Bleuler, 1985).

<Pensamento>

**55. Afrouxamento das associações.(Langfeldt II)(Langfeldt III)(Yusin)(Kraepelin I)(Kraepelin II)(Eugen Bleuler)(Manfred Bleuler)(Viena)(PSE)(Taylor/Abrams)**

[não; 57/não]

**DEFINIÇÃO**

Pensamento caracterizado por um discurso no qual as idéias mudam de um assunto para outro, que não têm qualquer relação ou são só indiretamente relacionados ao primeiro, sem que aquele que fala mostre qualquer consciência que os tópicos não têm conexão. Afirmções as quais falta uma relação significativa podem estar justapostas ou a pessoa pode mudar, idiossincriticamente, de um quadro de referência a outro. Quando o afrouxamento das acentuações é grave, o discurso pode tornar-se incoerente. Geralmente o termo não se aplica quando mudanças abruptas nos tópicos estão associadas com uma influência quase contínua de discurso acelerado (como na fuga de idéias) (APA, 1987).

**EXEMPLO**

- Entrevistador: "o que você pensou do caso de impetachment de Collor"?

- Indivíduo: "você sabe, eu não liguei para isto, eu me senti muito mal com aquilo. Mas me pareceu tornar-se tão obscuro e os relatos de todo mundo foram tão negativos. Hum, eu pensei, não quero tomar parte e não me interessa quem está nisto, e o que me ocorreu foi que PC poderia ter alguma coisa a ver nisto. PC tentou puxar a descarga do banheiro do Palácio do Planalto ou algo parecido. Ele tentou fazer alguma coisa muito simples. A excursão de convidados empacou ou alguma coisa assim. Ele foi acusado porque a água transbordou, escorreu para o porão, escorreu para a cozinha. Eles tiveram, hum! eles tiveram de repintar e restaurar o quarto da Palácio do Planalto, a enorme sala de estar. E então, foi nesta reunião que tiveram. E foi tal a bagunça que eu logo pensei, bem, estou querendo fazer de conta que eu nem sei de nada do que se passa. Então, desci a escada e porque fazia de conta que não sabia do que se passava, eu escorreguei no chão da cozinha, quebrando o dedo do pé, quando estava ensinando algumas crianças como dar saltos mortais" (APA, 1987).

**56. Afrouxamento acentuado das associações.(DSM-III)(RDC)(New Haven)(Viena)(Critérios Franceses)(DSM-III-R)(CID-10)**

[não; 57/não]

**DEFINIÇÃO**

Ocorre quando há importante afrouxamento das associações.

Quando o afrouxamento das acentuações é grave, o discurso pode tornar-se incoerente.

AFROUXAMENTO DAS ASSOCIAÇÕES é um pensamento caracterizado por um discurso no qual as idéias mudam de um assunto para outro, que não têm qualquer relação ou são só indiretamente relacionados ao primeiro, sem que aquele que fala mostre qualquer consciência que os tópicos não têm conexão. Afirmções as quais falta uma relação significativa podem estar justapostas ou a pessoa pode mudar, idiossincriticamente, de um quadro de referência a outro. Geralmente o termo não se aplica quando mudanças abruptas nos tópicos estão associadas com uma influência quase contínua de discurso acelerado (como na fuga de idéias) (APA, 1987).

**EXEMPLO**

- Entrevistador: "o que você pensou do caso de impetachment de Collor"?

- Indivíduo: "Você sabe, eu não liguei para isto, eu me senti muito mal com aquilo. Mas me pareceu tornar-se tão obscuro, e os relatos de todo mundo retam tão negativos. Hum, eu pensei, não quero tomar parte e não me interessa quem está nisto, e o que me ocorreu foi que PC poderia ter alguma coisa a ver nisto. PC tentou puxar a descarga do banheiro do Palácio do Planalto ou algo parecido. Ele tentou fazer alguma coisa muito simples. A excursão de convidados empacou ou alguma coisa assim. Ele foi acusado porque a água transbordou, escorreu para o porão, escorreu para a cozinha. Eles tivera, hum! eles tiveram de repintar e restaurar o quarto da Palácio do Planalto, a enorme sala de estar. E então, foi nesta reunião que tiveram. E foi tal a bagunça que eu logo pensei, bem, estou querendo fazer

de conta que eu nem sei de nada do que se passa. Então, desci a escada e porque fazia de conta que não sabia do que se passava, eu escorreguei no chão da cozinha, quebrando o dedo do pé, quando estava ensinando algumas crianças como dar saltos mortais" (APA, 1987).

#### **57. Afrouxamento acentuado das associações por, pelo menos, 1 semana.(DSM-III-R)**

##### **DEFINIÇÃO**

Ocorre quando há importante afrouxamento das associações.

Quando o afrouxamento das acentuações é grave, o discurso pode tornar-se incoerente.

Afrouxamento das associações é um pensamento caracterizado por um discurso no qual as idéias mudam de um assunto para outro, que não têm qualquer relação ou são só indiretamente relacionados ao primeiro, sem que aquele que fala mostre qualquer consciência que os tópicos não têm conexão. Afirmações as quais falta uma relação significativa podem estar justapostas ou a pessoa pode mudar, idiossincraticamente, de um quadro de referência a outro. Geralmente o termo não se aplica quando mudanças abruptas nos tópicos estão associadas com uma influência quase contínua de discurso acelerado (como na fuga de idéias) (APA, 1987).

##### **EXEMPLO**

- Entrevistador: "o que você pensou do caso de impetachment de Collor"?

- Indivíduo: "você sabe, eu não liguei para isto, eu me senti muito mal com aquilo. Mas me pareceu tornar-se tão obscuro, e os relatos de todo mundo foram tão negativos. Hum, eu pensei, não quero tomar parte e não me interessa quem está nisto, e o que me ocorreu foi que PC poderia ter alguma coisa a ver nisto. PC tentou puxar a descarga do banheiro do Palácio do Planalto ou algo parecido. Ele tentou fazer alguma coisa muito simples. A excursão de convidados empacou ou alguma coisa assim. Ele foi acusado porque a água transbordou, escorreu para o porão, escorreu para a cozinha. Eles tivera, hum! eles tiveram de repintar e restaurar o quarto da Palácio do Planalto, a enorme sala de estar. E então, foi nesta reunião que tiveram. E foi tal a bagunça que eu logo pensei, bem, estou querendo fazer de conta que eu nem sei de nada do que se passa. Então, desci a escada e porque fazia de conta que não sabia do que se passava, eu escorreguei no chão da cozinha, quebrando o dedo do pé, quando estava ensinando algumas crianças como dar saltos mortais." (APA, 1987)

#### **58. Sonorização do pensamento.(Kurt Schneider)(Taylor/Abrams)(Sistema Flexível)(PSE)(CID-10)**

##### **DEFINIÇÃO**

Neste sintoma o paciente ouve seu próprio pensamento falado em voz alta. Segundo os autores franceses, este sintoma pode ser dividido em dois fenômenos:

**ENUNCIACÃO DO PENSAMENTO:** o paciente escuta uma voz e imediatamente tem o sentimento de que essa voz corresponde a seu próprio pensamento.

**ECO DO PENSAMENTO:** o paciente escuta uma voz que repete pensamentos que ele teve momentos antes.

##### **EXEMPLO**

Uma esquizofrênica é questionada sobre ouvir vozes e responde: "são meus pensamentos que ouço. Eles se fazem ouvir quando há silêncio". Um esquizofrênico disse: "quando quero pensar alguma coisa, tudo no cérebro se faz ouvir. É como se meus pensamentos fizessem ruído em minha cabeça" (Schneider, 1968).

#### **59. Eco do pensamento por, pelo menos, 1 mês.(CID-10)**

##### **DEFINIÇÃO**

O paciente escuta uma voz que repete pensamentos que ele teve momentos antes.

#### **EXEMPLO**

Uma esquizofrênica é questionada sobre ouvir vozes e responde: "são meus pensamentos que ouço. Eles se fazem ouvir quando há silêncio". Um esquizofrênico disse: "quando quero pensar alguma coisa, tudo no cérebro se faz ouvir. É como se meus pensamentos fizessem ruído em minha cabeça" (Schneider, 1968).

#### **60. Inserção do pensamento.(Kraepelin II)(Langfeldt II)(Kurt Schneider)(Yusin)(Taylor/Abrams)(RDC)(PSE)(DSM-III)(New Haven)(CID-10)**

##### **DEFINIÇÃO**

Neste sintoma o paciente tem uma experiência subjetiva de que seus pensamentos não são seus próprios, como se eles fossem colocados em sua cabeça por uma força externa (Schneider, 1968).

##### **EXEMPLO**

Uma costureira esquizofrênica queixava-se de ser, muitas vezes, forçada a fazer algo errado. Como um experiente costureira de camisas, sabe muito bem o tamanho exato de um colarinho. No entanto, quando se põe a trabalhar, de repente não sabe mais as medidas. Mas não se trata de simples esquecimento. Ela tem de pensar em pensamentos que não deseja, até mesmo em pensamentos maus. Tudo isso ela atribui ao hipnotismo de um capelão (Schneider, 1968).

#### **61. Difusão do pensamento.(Kraepelin II)(Langfeldt II)(Kurt Schneider)(Yusin)(Taylor/Abrams)(Sistema Flexível)(RDC)(PSE)(DSM-III)(CID-10)**

##### **DEFINIÇÃO**

Neste sintoma o paciente experimenta seus pensamentos sendo magicamente transmitidos para outros, convencido de que os outros conhecem seus pensamentos e que deles participam direta e indiretamente (Schneider, 1968).

##### **EXEMPLO**

Uma difusão de pensamento é descrita por uma esquizofrênica, proprietária de um negócio, da seguinte maneira: "as pessoas percebem o que eu penso. O senhor não me pode enganar, é assim mesmo, eu simplesmente o sinto. Vejo no semblante das pessoas. Não seria lá tão ruim, se não pensasse coisas tão indevidas como 'porco' ou outro insulto qualquer. Quando penso alguma coisa, quem está diante de mim logo o sabe. É realmente para se ter vergonha". Em outra ocasião disse-me já não poder suportar permanecer na sala, pois todos os outros doentes teriam de sofrer por causa dela, pois eles saberiam todos os seus pensamentos mesmo se ela não falasse" (Schneider, 1968).

#### **62. Subtração (roubo) do pensamento.(Kraepelin II)(Langfeldt II)(Kurt Schneider)(Yusin)(Taylor/Abrams)(RDC)(PSE)(DSM-III)(CID-10)**

##### **DEFINIÇÃO**

Na subtração ou roubo do pensamento o paciente experimenta a sensação de que seus pensamentos são removidos de sua cabeça. Só se deve admitir esse sintoma como esquizofrênico quando o paciente conta que outras pessoas lhe tiram o pensamento. Na interrupção do pensamento o paciente percebe simplesmente um bloqueio nos seus pensamentos (Schneider, 1968).

##### **EXEMPLO**

Um esquizofrênico conta que, há muito anos, seus pensamentos lhe são subtraídos pelos dirigentes da igreja. Constantemente se lhe subtrai o equivalente ao "trabalho de três dias", todo o material do pensamento de que dispõe (Schneider, 1968).

#### **63. Interrupção (bloqueio) do pensamento.(Kraepelin II)(Eugen Bleuler)(Manfred Bleuler)(Langfeldt II)(Langfeldt III)(Yusin)(Viena)(New Haven)(PSE)(CID-10)**

[sim/não; 60/não e 61/não e 62/não; 64/não]

#### **DEFINIÇÃO**

Na **INTERRUPÇÃO DO PENSAMENTO** o paciente percebe simplesmente um bloqueio nos seus pensamentos. Deve-se ter cuidado no julgamento desse sintoma; pessoas podem se queixar que seus pensamentos somem de repente e atribuir isso à falta de concentração.

Na **SUBTRAÇÃO OU ROUBO DO PENSAMENTO** o paciente experimenta a sensação de que seus pensamentos são removidos de sua cabeça. (Schneider, 1968)

#### **EXEMPLO**

Uma esquizofrênica dizia: "quando quero reter meus pensamentos, eles se interrompem" (Schneider, 1968).

### **64. Difusão, inserção ou roubo do pensamento por, pelo menos, 1 mês.(CID-10)**

#### **DEFINIÇÃO**

##### **DIFUSÃO DO PENSAMENTO**

Neste sintoma o paciente experimenta seus pensamentos sendo magicamente transmitidos para outros, convencido que os outros conhecem seus pensamentos e que deles participam direta e indiretamente.

##### **INSERÇÃO DO PENSAMENTO**

Neste sintoma o paciente tem uma experiência subjetiva de que seus pensamentos não são seus próprios, como se eles fossem colocados em sua cabeça por uma força externa.

##### **SUBTRAÇÃO OU ROUBO DO PENSAMENTO**

O paciente experimenta a sensação de que seus pensamentos são removidos de sua cabeça. Só se deve admitir esse sintoma como esquizofrênico quando o paciente conta que outras pessoas lhe tiram o pensamento. Na interrupção do pensamento o paciente percebe simplesmente um bloqueio nos seus pensamentos.

#### **EXEMPLO**

Uma **DIFUSÃO DE PENSAMENTO** é descrita por uma esquizofrênica, proprietária de um negócio, da seguinte maneira: "as pessoas percebem o que eu penso. O senhor não me pode enganar, é assim mesmo, eu simplesmente o sinto. Vejo no semblante das pessoas. Não seria lá tão ruim se não pensasse coisas tão indevidas como "porco" ou outro insulto qualquer. Quando penso alguma coisa, quem está diante de mim logo o sabe. É realmente para se ter vergonha". uma costureira esquizofrênica queixava-se de ser, muitas vezes, forçada a fazer algo errado. Como experinete costureira de camisas, sabe muito bem o tamanho exato de um colarinho. No entanto, quando se põe a trabalhar, de repente não sabe mais as medidas. Mas não se trata de simples esquecimento. Ela tem de pensar em pensamentos que não deseja, até mesmo em pensamentos maus. Tudo isso ela atribui ao hipnotismo de um capelão." Nesse caso há **SUBTRAÇÃO E IMPOSIÇÃO DO PENSAMENTO**. Um esquizofrênico conta que, há muito anos, seus pensamentos lhe são subtraídos pelos dirigentes da igreja. Constantemente se lhe subtrai o equivalente a "trabalho de três dias", todo o material do pensamento de que dispõe (Schneider, 1968).

### **65. Bloqueio ou interpolação do pensamento, resultando em incoerência ou discurso vago, ou neologismo por, pelo menos, 1 mês.(CID-10)**

#### **DEFINIÇÃO**

##### **BLOQUEIO DO PENSAMENTO**

O paciente percebe simplesmente um bloqueio nos seus pensamentos. Deve-se ter cuidado no julgamento desse sintoma; pessoas podem se queixar que seus pensamentos somem de repente e atribuir isso à falta de concentração.

## INCOERÊNCIA

Quando o afrouxamento das acentuações é grave. AFROUXAMENTO DAS ASSOCIAÇÕES é um pensamento caracterizado por um discurso no qual as idéias mudam de um assunto para outro, que não têm qualquer relação ou são só indiretamente relacionados ao primeiro, sem que aquele que fala mostre qualquer consciência que os tópicos não têm conexão.

## NEOLOGISMO

É a formação de uma palavra nova, utilizada em qualquer lugar da normalmente empregada com aquele significado.

### EXEMPLO

## BLOQUEIO DO PENSAMENTO

"Quando quero refer meus pensamentos, eles se interrompem. Ele tentou fazer alguma coisa muito simples."

## INCOERÊNCIA

"A excursão de convidados empacou ou alguma coisa assim. Ele foi acusado porque a água transbordou, correu para o porão, correu para a cozinha. Eles tivera, hum! eles tiveram de repintar e restaurar o quarto."

## 66. Pensamento mágico.(PSE)(CID-10)(Critérios Franceses)

### DEFINIÇÃO

A pessoa acredita que seus pensamentos, palavras ou ações devem ou deverão, de alguma maneira, provocar ou evitar um determinado acontecimento específico através de um procedimento que desafie as leis normais de causa e efeito. O pensamento mágico pode fazer parte das idéias de referência ou pode alcançar proporções delirantes quando a pessoa mantém uma firme convicção sobre sua crença apesar de evidência em contrário. O pensamento mágico é observado nas crianças, em pessoas de cultura primitivas e no Distúrbio Esquizotípico de Personalidade, Esquizofrenia e Distúrbio Obsessivo-Compulsivo (APA, 1987).

### EXEMPLO

Um homem acreditava que se dissesse três vezes uma determinada oração, toda noite, a morte de sua mãe seria evitada indefinidamente; uma mãe acreditava que se ela tivesse um pensamento agressivo, sua criança poderia ficar doente (APA, 1987).

## 67. Pensamento bizarro.(PSE)(New Haven)(Critérios Franceses)

### DEFINIÇÃO

É um pensamento muito esquisito, absurdo, totalmente implausível. (Kaplan e col., 1989b).

### EXEMPLO

O paciente acredita que invasores do espaço implantaram eletrodos no seu cérebro. (Kaplan e col., 1989b).

## 68. Pensamento autista.(PSE)(New Haven)

### DEFINIÇÃO

São pensamentos que gratificam desejos incompletos mas não têm relação com a realidade; preocupações com o mundo pessoal; termo usado como sinônimo de dereísmos (atividade mental não concordante com a lógica ou experiência) (Kaplan e col., 1989b).

### EXEMPLO

Uma paciente acredita que o médico deseja casar com ela. Ele lhe diz o contrário diariamente; o que não adianta de nada. Uma outra canta num recital da instituição, mas demasiado tempo. O público

começa a fazer barulho; isto não importa a ela e quando ela finalmente termina, volta satisfeita e orgulhosa para seu lugar (Bleuler, 1985).

#### **69. Pensamento ilógico.(New Haven)(PSE)(Critérios Franceses)(DSM-III)**

##### **DEFINIÇÃO**

Pensamento contendo conclusões errôneas ou contradições internas. Considerar apenas quando apresenta intensidade marcante ou quando não pode ser atribuído aos valores culturais ou déficit intelectual (Kaplan e col., 1989b).

Ilogicidade implica em tirar conclusões de uma premissa através de uma inferência que não parece ter lógica (Sims, 1988).

##### **EXEMPLO**

Um engenheiro pensou ter resolvido o enigma que deixou Einstein perplexo em seus últimos anos e que tinha encontrado a "constante cosmológica". Atribuía isto a meios inescrutáveis através de conexões as quais alegava detectar entre eventos "nos hemisférios direito e esquerdo deste planeta", "Spin intergalático na Via Láctea", um ciclo de 66.6 anos entre grandes guerras, "um simples movimento harmônico triplóide", e um esquema que atribuía a luta de poder entre os sexos aos cromossomos sexuais dominante (X) e recessivo (x) (Smith, 1985).

#### **70. Pensamento concreto.(New Haven)(PSE)**

##### **DEFINIÇÃO**

Pensamento literal; seu uso é limitado a metáforas sem compreensão das sutilezas do seu significado (Kaplan e col., 1989b).

##### **EXEMPLO**

Um paciente pegou um machado e começou a cortar todas as árvores que haviam em sua propriedade. Questionado sobre o seu comportamento, respondeu: "li na bíblia, toda árvore que não der bom fruto deverá ser cortada".

#### **71. Pensamento vago, circunstancial, metafórico, superelaborado ou estereotipado.(PSE)(CID-10)**

##### **DEFINIÇÃO**

CIRCUNSTANCIAL; pensamento que apresenta dificuldade em concluir uma idéia, eventualmente desviando-se do objetivo inicial.

ESTEREOTIPADO; pensamento que apresenta um padrão repetitivo.

##### **EXEMPLO**

ESTEREOTIPADO; um paciente esquizofrênico apenas saía de sua taciturnidade e do isolamento a que se confinara para exclamar de quando em quando "os sagrados facões benzidos...", frase que pronunciava inúmeras vezes por dia, sem qualquer propósito identificável (Melo, 1989).

#### **76. Fuga de idéias.(Kraepelin II)(Eugen Bleuler)(Manfred Bleuler)(Langfeldt II)(Langfeldt III)(Yusin)(PSE)**

##### **DEFINIÇÃO**

Pensamentos rápidos e contínuos produzindo constante mudança de idéia; as idéias tendem a ser conectadas e nas formas menos severas podem ser compreensivas. (Kaplan e col., 1989b).

##### **EXEMPLO**

Pede ao paciente que repita "terceira brigada de artilharia". Ele vê o médico escrevendo, profere apenas "terceira" e depois continua: " ah, o Sr. está taquigrafando, o Sr. Silva (amigo do paciente) também sabe estenografar. Mora no Rueti. tem uma pequena casa que lhe pertence". Aí outro paciente fala. O nosso paciente interrompe imediatamente o seu curso do pensamento e continua: como é difícil tratar

tais pessoas! O Sr. me compreende, quero ajudá-lo com este paciente. É mais fácil ajudar os que têm um juízo são. Também aos que têm uma consciência pesada..." (Bleuler, 1985).

### <Comportamento catatônico>

#### **72. Comportamento catatônico.(DSM-III) (Kraepelin I) (Kraepelin II)(Manfred Bleuler)(Langfeldt II)(Langfeldt III)(Langfeldt I)(PSE)(New Haven)(DSM-III-R)(CID-10)**

[não; 74/não]

##### **DEFINIÇÃO**

Anormalidades motoras marcantes, geralmente limitadas a perturbações no contexto de um diagnóstico de um distúrbio psicótico não orgânico.

**EXCITAÇÃO CATATÔNICA.** Atividade motora excitada, aparentemente sem finalidade e não influenciada por estímulos externos.

**NEGATIVISMO CATATÔNICO.** Uma resistência, aparentemente imotivada, a todas as instruções ou tentativas de ser movimentada. Quando passiva, a pessoa pode resistir a qualquer esforço de ser movida; quando ativa, ela pode fazer o oposto do que lhe é pedido.

**POSTURA CATATÔNICA.** Adoção voluntária de uma postura inadequada ou bizarra, mantida habitualmente por um longo período de tempo.

**RIGIDEZ CATATÔNICA.** Manutenção de uma postura rígida contra todos os esforços de ser movida.

**ESTUPOR CATATÔNICO.** Decréscimo acentuado na reatividade ao ambiente e redução da atividade e dos movimentos espontâneos, algumas vezes ao ponto de parecer inconsciente ao que o rodeia.

**FLEXIBILIDADE CÉREA CATATÔNICA.** Os membros da pessoa podem ser "moldados" em qualquer posição, que é mantida. Quando o examinador movimenta os membros do paciente, percebe-os como se fossem de cera flexível (APA, 1987).

##### **EXEMPLO**

##### **EXCITAÇÃO CATATÔNICA**

Atividade motora excitada, aparentemente sem finalidade e não influenciada por estímulos externos.

##### **NEGATIVISMO CATATÔNICO**

O paciente aperta fortemente os maxilares quando se pede para abrir a boca.

##### **POSTURA CATATÔNICA**

Um paciente permanece de pé com os braços estendidos como se fosse Jesus na cruz.

##### **ESTUPOR CATATÔNICO**

O paciente parece completamente alheio à natureza do meio. Não fala com ninguém, não se movimenta e pode permanecer por longos períodos em uma posição desconfortável.

##### **RIGIDEZ CATATÔNICA**

O paciente mantém uma postura rígida e resiste aos esforços de mobilização.

##### **FLEXIBILIDADE CÉREA CATATÔNICA.**

Os membros da pessoa podem ser "moldados" em qualquer posição, que é mantida. Quando o examinador movimenta os membros do paciente, percebe-os como se fossem de cera flexível (APA, 1987).

#### **73. Comportamento catatônico por, pelo menos, 1 semana.(DSM-III-R)**

[não; 74/não]

##### **DEFINIÇÃO**

Anormalidades motoras marcantes, geralmente limitadas a perturbações no contexto de um diagnóstico de um distúrbio psicótico não orgânico.

**EXCITAÇÃO CATATÔNICA.** Atividade motora excitada, aparentemente sem finalidade e não influenciada por estímulos externos.

**NEGATIVISMO CATATÔNICO.** Uma resistência, aparentemente imotivada, a todas as instruções ou tentativas de ser movimentada. Quando passiva, a pessoa pode resistir a qualquer esforço de ser movida; quando ativa, ela pode fazer o oposto do que lhe é pedido.

**POSTURA CATATÔNICA.** Adoção voluntária de uma postura inadequada ou bizarra, mantida habitualmente por um longo período de tempo.

**RIGIDEZ CATATÔNICA.** Manutenção de uma postura rígida contra todos os esforços de ser movida.

**ESTUPOR CATATÔNICO.** Decréscimo acentuado na reatividade ao ambiente e redução da atividade e dos movimentos espontâneos, algumas vezes ao ponto de parecer inconsciente ao que o rodeia.

**FLEXIBILIDADE CÉREA CATATÔNICA.** Os membros da pessoa podem ser "moldados" em qualquer posição, que é mantida. Quando o examinador movimenta os membros do paciente, percebe-os como se fossem de cera flexível (APA, 1987).

#### **EXEMPLO**

##### **EXCITAÇÃO CATATÔNICA**

Atividade motora excitada, aparentemente sem finalidade e não influenciada por estímulos externos.

##### **NEGATIVISMO CATATÔNICO**

O paciente aperta fortemente os maxilares quando se pede para abrir a boca.

##### **POSTURA CATATÔNICA**

Um paciente permanece de pé com os braços estendidos como se fosse Jesus na cruz.

##### **ESTUPOR CATATÔNICO**

O paciente parece completamente alheio à natureza do meio. Não fala com ninguém, não se movimenta e pode permanecer por longos períodos em uma posição desconfortável.

##### **RIGIDEZ CATATÔNICA**

O paciente mantém uma postura rígida e resiste aos esforços de mobilização.

##### **FLEXIBILIDADE CÉREA CATATÔNICA.**

Os membros da pessoa podem ser "moldados" em qualquer posição, que é mantida. Quando o examinador movimenta os membros do paciente, percebe-os como se fossem de cera flexível (APA, 1987).

#### **74. Comportamento catatônico por, pelo menos, 1 mês.(CID-10)**

##### **DEFINIÇÃO**

Anormalidades motoras marcantes, geralmente limitadas a perturbações no contexto de um diagnóstico de um distúrbio psicótico não orgânico.

**EXCITAÇÃO CATATÔNICA.** Atividade motora excitada, aparentemente sem finalidade e não influenciada por estímulos externos.

**NEGATIVISMO CATATÔNICO.** Uma resistência, aparentemente imotivada, a todas as instruções ou tentativas de ser movimentada. Quando passiva, a pessoa pode resistir a qualquer esforço de ser movida; quando ativa, ela pode fazer o oposto do que lhe é pedido.

**POSTURA CATATÔNICA.** Adoção voluntária de uma postura inadequada ou bizarra, mantida habitualmente por um longo período de tempo.

**RIGIDEZ CATATÔNICA.** Manutenção de uma postura rígida contra todos os esforços de ser movida.

**ESTUPOR CATATÔNICO.** Decréscimo acentuado na reatividade ao ambiente e redução da atividade e dos movimentos espontâneos, algumas vezes ao ponto de parecer inconsciente ao que o rodeia.

**FLEXIBILIDADE CÉREA CATATÔNICA.** Os membros da pessoa podem ser "moldados" em qualquer posição, que é mantida. Quando o examinador movimenta os membros do paciente, percebe-os como se fossem de cera flexível (APA, 1987).

**EXEMPLO****EXCITAÇÃO CATATÔNICA**

Atividade motora excitada, aparentemente sem finalidade e não influenciada por estímulos externos.

**NEGATIVISMO CATATÔNICO**

O paciente aperta fortemente os maxilares quando se pede para abrir a boca.

**POSTURA CATATÔNICA**

Um paciente permanece de pé com os braços estendidos como se fosse Jesus na cruz.

**ESTUPOR CATATÔNICO**

O paciente parece completamente alheio à natureza do meio. Não fala com ninguém, não se movimenta e pode permanecer por longos períodos em uma posição desconfortável.

**RIGIDEZ CATATÔNICA**

O paciente mantém uma postura rígida e resiste aos esforços de mobilização.

**FLEXIBILIDADE CÉREA CATATÔNICA.**

Os membros da pessoa podem ser "moldados" em qualquer posição, que é mantida. Quando o examinador movimenta os membros do paciente, percebe-os como se fossem de cera flexível (APA, 1987).

**75. Negativismo.(Kraepelin I)****DEFINIÇÃO**

Tendência manifesta pelo paciente a ignorar ou reagir contra toda solicitação que se lhe dirija ou espere dele. O negativismo é dito ativo quando o paciente faz exatamente o oposto do que se lhe pede; passivo quando fica indiferenciado a toda ordem, pedido ou sugestão. Quando o negativismo passivo assume proporções extremas, denomina-se estupor negativista (Sá Jr., 1984).

**EXEMPLO**

Muitos pacientes se defendem com todas as forças contra todas as influências, muitas vezes com xingamentos abusivos e golpes. Os doentes escondem suas coisas e afirmam que os atendentes as roubaram ou não lhe deram, e assim por diante. (Bleuler E, 1985)

**<Afetividade>****77. Embotamento afetivo.(DSM-III)(RDC)(Sistema Flexível)(Viena)(Taylor/Abrams) (Kraepelin I)(Eugen Bleuler)(Manfred Bleuler)(Langfeldt II)(Langfeldt III)(Kraepelin II)(PSE)(Critérios Franceses)(CID-10)**

[sim;78/sim]

**DEFINIÇÃO**

É o afeto marcado por uma grave redução na intensidade da expressão afetiva. Não há, virtualmente, sinais de expressão afetiva; a voz é habitualmente monótona e o rosto imóvel (APA, 1987).

**EXEMPLO**

As pessoas podem queixar-se de não mais responderem com intensidade emocional normal ou, em casos extremos, não tem mais sentimentos (APA, 1987).

**78. Afeto superficial.(Eugen Bleuler)(Manfred Bleuler)(Langfeldt II)(Langfeldt III)(PSE)(Sistema Flexível)(Viena)(Taylor/Abrams)(Critérios Franceses)(CID-10)(Kraepelin II)****DEFINIÇÃO**

Clara redução na variação expressiva e na intensidade dos afetos (APA, 1987).

**EXEMPLO**

As pessoas podem queixar-se de não mais responderem com intensidade emocional normal (APA, 1987).

**80. Apatia.(Kraepelin I)(Kraepelin II)(Viena)(Taylor/Abrams)(PSE)**

**DEFINIÇÃO**

Apatia é sinônimo de indiferença afetiva (Sá Jr., 1984).

Esse sintoma não é específico da esquizofrenia, mas quase todos os esquizofrênicos sofre dele -- principalmente nas fases prodrômicas e residuais. Para Langfeldt e Kraepelin é um sintoma central -- e é parte da "abulia" de Bleuler. Ele não deve ser confundido com depressão, afeto superficial ou anedonia. (Landmark, 1982)

**EXEMPLO**

O comportamento apresenta a característica da indiferença, principalmente em relação às coisas importantes; seus interesses mais vitais, seu próprio futuro e o destino da família parecem não preocupar tais doentes.(Bleuler, 1985)

**81. Afetos inadequados.(Kraepelin I)(Eugen Bleuler)(Manfred Bleuler)(New Haven)(Langfeldt II)(Langfeldt III)(Kraepelin II) (Critérios Franceses)(RDC)(DSM-III)(CID-10)**

**DEFINIÇÃO**

Afetividade claramente discordante com o conteúdo da fala ou ideação da pessoa (APA, 1987).

**EXEMPLO**

Um paciente sorria e fazia pilhéria enquanto discutia demônios que o perseguiriam; um paciente sorri enquanto discute estar sendo torturado por choques elétricos (APA, 1987).

O que deveria provocar alegria suscita tristeza ou raiva, ou ao contrário. Às vezes, porém, apenas as manifestações são inadequadas; o paciente se sente contente com um presente, mas se lamenta.(Bleuler, 1985)

**82. Afetividade embotada ou nitidamente inadequada por, pelo menos, 1 semana.(DSM-III-R)**

**DEFINIÇÃO**

Afetividade embotada é o afeto marcado por uma grave redução na intensidade da expressão afetiva. Não há, virtualmente, sinais de expressão afetiva; a voz é habitualmente monótona e o rosto imóvel.

Afetos inadequados é uma afetividade claramente discordante com o conteúdo da fala ou ideação da pessoa (APA, 1987).

**EXEMPLO**

Afetividade embotada: a pessoa pode queixar-se de não mais responder com intensidade emocional normal ou, em casos extremos, não tem mais sentimentos (APA, 1987).

Afetividade inadequada: um paciente sorria e fazia pilhéria enquanto discutia demônios que o perseguiriam; um paciente sorri enquanto discute estar sendo torturado por choques elétricos (APA, 1987).

**83. Sentimento imposto.(Kurt Schneider)(Taylor/Abrams)(Kraepelin I) (Kraepelin II)(Langfeldt II)(Yusin) (PSE)**

**DEFINIÇÃO**

Neste sintoma o paciente tem a experiência subjetiva que seus sentimentos são feitos, influenciados e dirigidos por outras pessoas. Como explicações, são apresentadas, muitas vezes, a sugestão, a possessão, a hipnose ou aparelhos.

**EXEMPLO**

Uma paciente dizia:"quando vou agora ao cemitério tenho sinto muita raiva de padre e de coveiro. Mas não sou eu que sinto isso, foi uma macumba que fizeram para mim. Os espíritos colocam isso em mim. Eles agora me controlam."

#### **84. Ambivalência afetiva.(PSE)(Critérios Franceses)**

##### **DEFINIÇÃO**

Termo criado por Bleuler para designar a simultaneidade de sentimentos opostos em relação a um mesmo objeto.(Sá Jr. LSM, 1984)

##### **EXEMPLO**

O riso e choro simultâneos são uma expressão parcial da ambivalência esquizofrênica. Amor e ódio em relação à mesma pessoa podem ser igualmente fervorosos, sem se influenciar mutuamente.

Uma esquizofrênica pode designar a si mesma, ao mesmo tempo, como puta e snata, uma no sentido da própria sexualidade, a outra no sentido de suas idéias a respeito da castidade e da virtude.(Bleuler E, 1985)

#### **85. Labilidade afetiva.(DSM-III-R)(CID-10)**

##### **DEFINIÇÃO**

É o afeto caracterizado por mudanças repetidas, rápidas e abruptas (APA, 1987).

##### **EXEMPLO**

Um homem idoso está choroso em um momento e combativo no seguinte; uma mulher jovem é observada pelos seus amigos como sendo amigável, gregária e feliz num momento e enraivecida e abusiva no seguinte, sem razão aparente (APA, 1987).

#### **86. Sentimento do precoce.(Langfeldt II)**

##### **DEFINIÇÃO**

A reação do clínico para distanciamento social e outros sintomas foi descrito no passado como "sentimento do precoce", e tem sido apontado por muitos como sendo virtualmente diagnóstico de esquizofrenia. Apesar de que esse sentimento seja percebido, não há dados que indique a validade ou a confiabilidade desse critério para o diagnóstico da esquizofrenia. Alguns clínicos podem não considerá-lo importante para o processo de decisão, exceto, pela possível utilidade de identificação de uma experiência contratransferencial.(Grebb JA e col., 1989)

##### **EXEMPLO**

O paciente ao entrar na sala de entrevista demonstra frieza e indiferença ao cumprimento do médico. Esse distanciamento afetivo pode levar o médico a considerar o paciente como psicótico.

#### **<Comportamento observável>**

#### **87. Comportamento desorganizado.(Kraepelin I)(PSE)(DSM-III-R)**

[não; 88/não]

##### **DEFINIÇÃO**

As principais manifestações são as estereotípias, maneirismos, perseveração na ação, negativismo e agitação.

##### **EXEMPLO**

O paciente fica incapacitado de permanecer sentado, anda compassadamente, retorce as mãos e puxa a roupa (APA, 1987).

#### **88. Comportamento grosseiramente desorganizado.(RDC)(DSM-III)**

##### **DEFINIÇÃO**

Corresponde às manifestações graves de estereotípias, maneirismos, perseveração na ação, negativismo e agitação.

**EXEMPLO**

O paciente fica incapacitado de permanecer sentado, anda compassadamente, retorce as mãos e puxa a roupa; tudo isso acompanhado de gritos e queixas em voz alta (APA, 1987).

**89. Comportamento bizarro.(Kraepelin I)(Langfeldt II)(DSM-III-R)(CID-10)****DEFINIÇÃO**

Comportamento esquisito, com trejeitos, maneirismos e outros comportamentos menos comuns.

**EXEMPLO**

Pode incluir posturas peculiares, trajes esquisitos, gritos e mutismo. Pode incluir palavreado inarticulado com repetição de frases sem sentido (APA, 1987).

**90. Atividade motora estereotipada.(New Haven)****DEFINIÇÃO**

Consiste na repetição muito freqüente e imotivada de movimentos, atos ou atitudes posturais. (Sá Jr., 1984)

**EXEMPLO**

Esfregar a mão direita no meio do peito, seguir com o dedo todos os rodapés; bater com o pé em determinados lugares; bater num lugar especial da cama. Os doentes podem desejar permanecer num lugar muito especial, perambulam pelo jardim nos mesmos caminhos, de modo que estes ficam marcados, ou tocam a parede em determinados lugares, nos quais a parede apresenta as marcas das mãos (Bleuler, 1985).

**91. Facies depressiva.(Sistema Flexível)****DEFINIÇÃO**

A expressão é de sofrimento, desespero, medo, geralmente com pouca mobilidade. Um sinal mímico especialmente digno de nota é que a prega de pele da pálpebra superior é torcida para cima e um pouco para trás, no limite de seu terço interno, de modo que a curva se transforma num ângulo (dobra de Verguth) (Bleuler, 1985).

**EXEMPLO**

Os pacientes fazem careta, soluçam exatamente como se fossem chorar (Bleuler, 1985).

**92. Perplexidade importante.(Kraepelin II)(Eugen Bleuler)(Manfred Bleuler)(Langfeldt II)(Langfeldt III)(Yusin)(Feighner)(DSM-III-R)****DEFINIÇÃO**

Perplexidade é quando o pessoa apresenta-se assustada, atônita, admirada.

**EXEMPLO**

Ocorre, p.ex., nos quadros com início súbito de sintomas psicóticos. O paciente fica assustado, olhos bem abertos, atitude de vigilância, ansioso. Em alguns casos o paciente pode tornar-se agitado ou deprimido.

**93. Desconfiado.(CID-10)****DEFINIÇÃO**

Que não confia, falta de confiança, mostra suspeita. Nos casos mais graves apresenta-se com comportamento paranóide.

**EXEMPLO**

Os pacientes alcoólatras podem ficar desconfiados da fidelidade de sua esposa e ficar acusando-a, impedi-la de sair de casa desacompanhada e ficar procurando evidências de um caso amoroso em seus pertences.

**94. Comportamento que indica alucinação.(PSE)**

**DEFINIÇÃO**

Comportamento de que está com apresentando alucinações. O paciente pode até negar as alucinações (dissimulação), mas seu comportamento torna evidente a presença do fenômeno.

**EXEMPLO**

O paciente vira o rosto para o lado e responde, como se estivesse falando com alguém. Fica se esquivando de algo que o observador sabe que não existe.

**<Volição>**

**96. Hipobulia.(Kraepelin I)(Kraepelin II)(PSE)**

**DEFINIÇÃO**

É o enfraquecimento patológico do impulso. Manifesta-se na dificuldade do exercício da atividade, principalmente em transformar as decisões em ações. O estágio mais acentuado da hipobulia é a abolição da vontade, abulia, que traduz a completa impossibilidade do paciente agir de modo próprio (Sá Jr., 1984).

**EXEMPLO**

Os doentes trocam de emprego ou profissão, ou deixam de comparecer ao trabalho sem razão, são irritáveis, caprichosos, tendentes a muos e xingamentos. Na clínica muitos podem ainda trabalhar bem, mas também no mundo externo muitos, aos quais a doença já restringiu o horizonte, são considerados funcionários ideais em posições subordinadas até que uma tolice manifesta seu estado (Bleuler, 1985).

**97. Vontade imposta.(Kraepelin II)(Langfeldt II)(Kurt Schneider)(Yusin)(PSE)(Taylor/Abrams)**

**DEFINIÇÃO**

Neste sintomas o paciente tem a experiência subjetiva de que suas vontades são feitas, influenciadas e dirigidas por outras pessoas. Como explicações são apresentadas muitas vezes a sugestão, a possessão, a hipnose ou aparelhos (Schneider, 1968).

**EXEMPLO**

Os pacientes consideram que as suas vontades não são próprias, mas ele sente-se obrigado a realizar.

**98. Impulso imposto.(Kraepelin II)(Langfeldt II)(Kurt Schneider)(Yusin)(PSE)(Taylor/Abrams)**

**DEFINIÇÃO**

Neste sintoma o paciente tem a experiência subjetiva que seus impulsos são feitos, influenciados e dirigidos por outras pessoas. Como explicações são apresentadas muitas vezes a sugestão, a possessão, a hipnose ou aparelhos (Schneider, 1968).

**EXEMPLO**

O paciente pode sentir-se comandado por forças externas e agir de acordo com elas. Às vezes esses pacientes podem cometer atos perigosos, como suicídio ou homicídio.

**<Discurso>**

**99. Pobreza do conteúdo do discurso.(DSM-III)(CID-10)**

**DEFINIÇÃO**

Discurso adequado em quantidade mas de poucas informações em função das imprecisões, repetições vazias ou uso de frases estereotipadas ou obscuras. O entrevistador pode observar que a pessoa falou por algum tempo, deu informações adequadas para responder à questão. Alternativamente, a pessoa

pode fornecer informação suficiente em resposta à questão, mas requer muitas palavras para assim fazê-lo, de modo que sua longa resposta pode ser resumida em uma ou duas sentenças (APA, 1987).

**EXEMPLO**

Entrevistador: "Por que você pensa que as pessoas acreditam em Deus?"

Paciente: "Bem, primeiro, porque Ele é a pessoa que, é sua salvação pessoal. Ele anda comigo e conversa comigo. E, hum, a compreensão que eu tenho, uma série de pessoas, elas não conhecem realmente seu próprio eu. Elas não sabem que Ele, hum, se parece comigo, uma série delas não compreende que Ele anda e fala com elas, e, hum, mostra-lhes seu caminho. Eu compreendo também que, todo homem e toda mulher, não estão exatamente na mesma direção..." (APA, 1987).

**100. Linguagem incoerente.(Kraepelin II)(Eugen Bleuler)(Manfred Bleuler)(Langfeldt II)(Langfeldt III)(Yusin)(Sistema Flexível)(Feighner)(Viena)(PSE)(Critérios Franceses)(CID-10)**

**DEFINIÇÃO**

O discurso se constitui de palavras articuladas corretamente, mas que não se combinam de forma lógica e estão misturadas com palavras neoformadas, resultando em um discurso incompreensível. Os fragmentos de uma seqüência de pensamentos podem ser expressos de forma compreensível, mas se vinculam a fragmentos de uma seqüência de idéias completamente distinta (Bleuler, 1985).

**EXEMPLO**

- Entrevistador: "o que você pensou do caso de impetachment de Collor"?

- Indivíduo: "você sabe, eu não liguei para isto, eu me senti muito mal com aquilo. Mas me pareceu tornar-se tão obscuro, e os relatos de todo mundo eram tão negativos. Hum, eu pensei, não quero tomar parte e não me interessa quem está nisto e o que me ocorreu foi que PC poderia ter alguma coisa a ver nisto. PC tentou puxar a descarga do banheiro do Palácio do Planalto ou algo parecido. Ele tentou fazer alguma coisa muito simples. A excursão de convidados empacou ou alguma coisa assim. Ele foi acusado porque a água transbordou, escorreu para o porão, escorreu para a cozinha. Eles tivera, hum! eles tiveram de repintar e restaurar o quarto da Palácio do Planalto, a enorme sala de estar. E então, foi nesta reunião que tiveram. E foi tal a bagunça que eu logo pensei, bem, estou querendo fazer de conta que eu nem sei de nada do que se passa. Então, desci a escada e porque fazia de consta que não sabia do que se passava, eu escorreguei no chão da cozinha, quebrando o dedo do pé, quando estava ensinando algumas crianças como dar saltos mortais" (APA, 1987).

**101. Informação incorreta, incerta.(Sistema Flexível)**

**DEFINIÇÃO**

Informações contraditórias ou absurdas.

**EXEMPLO**

O entrevistador pergunta: "onde você mora?"

Paciente: "No sítio da Trindade, lá na cidade, você sabe, acho fica em São Paulo. Não, lá na rua da delegacia que mora é meu irmão, eu moro com ele, no hospital."

**102. Elação.(Sistema Flexível)**

**DEFINIÇÃO**

Um afeto consistindo de aumento da atividade verbal, sentimentos de euforia, intensa satisfação, otimismo, etc. (Hinsie e col., 1975)

**EXEMPLO**

A pessoa fala muito e pode se descrever como estando "bem disposta", "muito feliz", ou "alegre". Em graus mais acentuados a pessoa exclama que ela "está no topo do mundo", "nas nuvens", ou "extasiada", "voando", etc.

**103. Ecolalia.(Kraepelin II)(Eugen Bleuler)(Manfred Bleuler)(Langfeldt II)(Langfeldt III)(Yusin)(New Haven)**

**DEFINIÇÃO**

Repetição (em eco) de palavras ou frases de outros. A ecolalia típica tende a ser repetitiva e persistente. O eco é muitas vezes proferido com uma entonação de arremedo, murmúrio, ou "staccato". Ecolalia não deve ser confundida com uma repetição habitual de questões, aparentemente para clarificar e formular a resposta, como quando se pergunta a uma pessoa, "Quando você veio ao hospital?" e ela responde, "Veio ao hospital? Hoje?".

**EXEMPLO**

Um entrevistador diz à pessoa, "Eu gostaria de falar com você por alguns minutos"; a pessoa responde, num tom murmurante, "Falar com você por alguns minutos. Falar com você por alguns minutos...".

**153. Verbigeração.(Kraepelin II)(Eugen Bleuler)(Manfred Bleuler)(Langfeldt II)(Langfeldt III)(Yusin)**

**DEFINIÇÃO**

Repetição iterativa de sílabas, palavras ou frases, de forma monótona e inadequada. Também é um sintoma catatônico e pode ser chamada de estereotipia verbal (Sá Jr., 1984)

**EXEMPLO**

Uma mulher esquizofrênica que foi hospitalizada por vários anos, ficava repetindo em uma conversa "Oh! meu Deus, vai chover, vai chover, vai chover...", ia até a janela, voltava a se sentar e repetia a mesma frase.

**104. Discurso bizarro.(CID-10)**

**DEFINIÇÃO**

Pode incluir um discurso incoerente, com temas absurdos ou improváveis.

**EXEMPLO**

"Parecia que não havia sol quando tinha pensamentos maus. Logo que tinha pensamentos bons, o sol voltava. Pensei então que os carros andavam errado. Quando passava um carro, não ouvia nada. Pensei, tem com certeza borracha em baixo. Grandes carros de carga, não. Quando me aproximava de um carro, parecia que eu irradiava algo de sorte que o carro logo parava...". Passagem de caso de Schmidt (Jasper, 1979).

**105. Neologismos bizarros.(Kraepelin II)(Eugen Bleuler)(Manfred Bleuler)(Langfeldt II)(Langfeldt III)(Yusin)(Viena)**

**DEFINIÇÃO**

Formação de uma palavra nova, utilizada em qualquer lugar da normalmente empregada com aquele significado. Traduz na linguagem um distúrbio da capacidade conceitual: fusão ou dissolução do conceito.

**EXEMPLO**

Uma mulher esquizofrênica que foi hospitalizada por vários anos, ficava repetindo em uma conversa equilibrada, a palavra "polamolalittersjittersstittersleelitla". Ela explicou que a palavra servia para lembrar poliomielite, porque também sofria de um problema no sistema nervoso (Kaplan e col., 1989).

**<Sintomas residuais>**

**106. Sintomatologia residual.(Kraepelin I)(Kraepelin II)(Langfeldt II)(PSE)(Critérios Franceses)**

[não;107/não]

### **DEFINIÇÃO**

Habitualmente uma fase residual segue a fase ativa da doença. O quadro clínico desta fase é semelhante ao da fase prodrômica, exceto que a afetividade embotada ou apagada e o comprometimento das funções e papéis tendem a ser mais comuns na fase residual. Durante esta fase, alguns dos sintomas psicóticos, como delírios ou alucinações, podem persistir, mas podem não ser acompanhados por afeto intenso.

### **SINTOMAS RESIDUAIS DE ESQUIZOFRENIA (APA, 1987)**

Envolve pelo menos dois dos sintomas abaixo:

1. Isolamento ou afastamento social acentuado.
2. Comprometimento acentuado no funcionamento como assalariado, estudante ou dona de casa.
3. Comportamento peculiar acentuado.
4. Comprometimento acentuado na higiene e cuidados.
5. Afetividade embotada ou inadequada.
6. Discurso digressivo, vago, super-elaborado ou circunstancial, ou pobreza do discurso.
7. Crenças bizarras ou pensamentos mágicos.
8. Experiências perceptivas incomuns, p.ex. ilusões recorrentes, sensação da presença de uma força ou pessoa não presente.
9. Falta de interesse, iniciativa ou energia acentuados.

#### **EXEMPLO**

Após uma fase com importantes sintomas psicóticos, o paciente não consegue retornar ao nível de funcionamento pré-mórbido, tornando-se apático, isolado, ou com raros sintomas psicóticos levemente presentes.

### **107. Sintomatologia residual por, pelo menos, 2 anos.(Langfeldt III)**

#### **DEFINIÇÃO**

Esse critério é composto por apatia, isolamento social, autismo, perda de curiosidade, "síndrome amotivacional", abolia, perda de insight e uma longa série de sintomas negativos (Landmark, 1982).

#### **EXEMPLO**

Após uma fase com importantes sintomas psicóticos, o paciente não consegue retornar ao nível de funcionamento pré-mórbido, tornando-se apático, isolado, ou com raros sintomas psicóticos levemente presentes.

### **<Outros sintomas>**

### **108. Crenças estranhas.(CID-10)**

#### **DEFINIÇÃO**

Idéias metafísicas ou não, religiosas ou sobrenaturais, que fogem às normas da cultura da pessoa, mas não chegam a constituir-se em um delírio.

#### **EXEMPLO**

Pessoa passa a utilizar certas pedras para "adquirir energia cósmica" pois acredita que elas tenham um poder magnético para a captação da energia.

### **109. Ilusão.(CID-10)**

#### **DEFINIÇÃO**

Percepções deformadas de um estímulo externo real.

#### **EXEMPLO**

O farfalhar das folhas é ouvido como o som de vozes; um homem afirma que quando ele se olha num espelho, vê seu rosto distorcido e disfigurado.

#### **110. Perda do insight.(Kraepelin II)(Sistema Flexível)**

##### **DEFINIÇÃO**

Insight é o conhecimento, pelo paciente, de que os sintomas de seu distúrbio são anormalidades (Hinsie e col., 1975).

Classicamente os pacientes psicóticos têm pouco ou nenhum insight de seu distúrbio, evidenciado pela incapacidade de falar sobre a doença ou pelas reações emocionais.

##### **EXEMPLO**

O paciente sente medo de estar em multidões. Ele sabe que seu medo é um sintoma de uma anormalidade; neste caso a pessoa apresenta insight. Quando o paciente afirma que seu corpo é composto de muitas outras partes de outras pessoas, como Deus ou Napoleão, que estas outras pessoas estão dentro do seu corpo, essa pessoa é dita por não ter insight (Hinsie e col., 1975).

#### **111. Rapport pobre.(Sistema Flexível)(CID-10)**

##### **DEFINIÇÃO**

Rapport é a qualidade de interação estabelecida entre o paciente e o entrevistador. No rapport pobre há uma grande dificuldade do entrevistador compreender a pessoa (Sims, 1988).

##### **EXEMPLO**

Em alguns casos a expressão do rosto dos pacientes impressiona como pouco natural, bizarra e afetada. Há grande dificuldade de ter empatia com o doente e levá-lo a sério, compartilhando seus sentimentos e idéias.

#### **112. Autismo.(Kraepelin II)(Eugen Bleuler)(New Haven)(Yusin)**

##### **DEFINIÇÃO**

A decisão de presença ou ausência deste sintoma é baseado na observação. A definição de Bleuler de autismo é "uma predominância patológica da vida interior em detrimento ao mundo externo".

##### **EXEMPLO**

Autismo é naturalmente mais evidente nos quadros mais severos e pode se manifestar de várias maneiras, de uma simples distraibilidade a um completo estado de estupor.

#### **113. Distúrbio da atenção.(Kraepelin II)**

##### **DEFINIÇÃO**

Esse critério inclui:

**DISTRAIBILIDADE:** atenção extremamente excitável e inconstante como resultado do enfraquecimento acentuado ou desenvolvimento insuficiente da atenção voluntária e predomínio da atenção automática.

**HIPERPROSEXIA:** predomínio franco da atenção espontânea que se torna exagerada, fazendo parecer enfraquecida a atenção voluntária sem que isto ocorra de fato.

**HIPOPROSEXIA:** enfraquecimento significativo da atenção em todos os seus aspectos. A aprosexia é a abolição completa da atenção voluntária e involuntária (Sá Jr., 1984).

##### **EXEMPLO**

O paciente com distraibilidade não consegue manter sua atenção que flutua ao sabor das variações dos estímulos do meio (Sá Jr., 1984).

#### **114. Isolamento social.(Kraepelin II)(Langfeldt II)(Yusim)(CID-10)**

##### **DEFINIÇÃO**

Para cotar esse critério como positivo, o paciente deve apresentar mudança marcante dos seus hábitos de vida desde que tornou-se doente.

O isolamento social pode ocorrer por várias razões, como esquizofrenia, depressão e luto. O isolamento social é normalmente presente nas fases prodrômica e residual (Landmark, 1982).

##### **EXEMPLO**

Manifesta-se por isolamento, afastamento de suas atividades de lazer e outros contatos sociais.

#### **115. Ambivalência.(Eugen Bleuler)**

##### **DEFINIÇÃO**

A dissociação funcional esquizofrênica torna possível a existência de contrários na psique, que normalmente se excluem mutuamente. Amor e ódio em relação à mesma pessoa podem ser igualmente fervorosos, sem se influenciar mutuamente (Bleuler, 1985).

##### **EXEMPLO**

Afirmção de uma esquizofrênica: "eu sempre digo exatamente o contrário do que quero dizer". Chama-se um esquizofrênico para a mesade refeições: ele dá um passo para diante, depois um passo para trás e diz "eu quero, eu não quero". Esquizofrênicos que desejam e não desejam falar, falam muitas vezes em tom amistoso, mas tão baixo ou sibilantemente que não se compreende o que dizem (Bleuler, 1985).

#### **116. Confusão.(New Haven)(DSM-III-R)**

##### **DEFINIÇÃO**

É o correlato da consciência onírica do pensamento. O pensamento confuso-onírico é incoerente na medida em que se desprende das categorias lógicas; apresentam associações predominantemente catátmicas, a percepção está prejudicada, o julgamento deficiente e a atenção ineficaz (Sá Jr., 1984).

##### **EXEMPLO**

"Eu sou uma cesta cujo conteúdo está espalhado pelo chão e eu não sou mais capaz de reconhecê-lo e ordená-lo."

"Minhas idéias se assemelham a um quebra-cabeças e eu não consigo ordená-las. Fico virando e mexendo as peças..." (Bleuler, 1985).

#### **117. Desorientação.(Feighner)**

##### **DEFINIÇÃO**

Confusão sobre data ou hora do dia, onde a pessoa está (lugar), ou quem é (identidade) (APA, 1987).

##### **EXEMPLO**

Os doentes julgam estar em casa, em quartel, no escritório, quando na realidade estão no hospital; no verão crêm que é inverno, ou quando são anciãos viúvos acreditam que são jovens e prestes a casar (Bleuler, 1985).

#### **118. Desrealização.(New Haven)(CID-10)**

##### **DEFINIÇÃO**

Uma sensação subjetiva de que o ambiente é estranho ou irreal; um sentimento de que a realidade foi modificada (Kaplan e col., 1989b).

É um termo usado por Mapother em 1935 para indicar uma alteração do mundo exterior da pessoa (Sims, 1988).

#### **EXEMPLO**

Uma jovem paciente dizia: "sinto como se eu não estivesse mais no mundo.. quando eu vejo a lua, eu sinto que não poderia me controlar" (Sims, 1988).

#### **119. Despersonalização.(New Haven)(CID-10)**

##### **DEFINIÇÃO**

Uma alteração na percepção ou experiência de si mesmo de modo que o sentimento de realidade própria é temporariamente perdido. Isto se manifesta através de uma sensação de auto-estranheza ou irrealidade, a qual pode incluir o sentimento de que as extremidades da pessoa mudaram de tamanho, ou uma sensação de se perceber à distância (habitualmente em cima). Algumas vezes é observado em pessoas sem qualquer distúrbio mental que estão vivenciando ansiedade, estresse, ou fadiga irresistíveis (APA, 1987).

##### **EXEMPLO**

A paciente Hilda, de 18 anos, afirma que é Ana e não mais Hilda. Motivo: a paciente está ligada a seu irmão. Ele começou um caso amoroso com Ana. A paciente escuta os amantes no corredor conversando baixinho. "Aí a voz de Ana entrou em mim. E agora eu sou Ana" (Bleuler, 1985).

#### **120. Diminuição do nível de consciência.(Taylor/Abrams)**

##### **DEFINIÇÃO**

É possível estabelecer mais ou menos arbitrariamente seis graus fisiológicos de dissolução de lucidez de consciência.

1. EXTREMA VIGILÂNCIA dos grandes estados emocionais.
2. NÍVEL DE VIGILÂNCIA ATENTA, com atenção submetida ao controle voluntário, seletiva e flexível capaz de ser concentrada ou difusa.
3. DISSOLUÇÃO FISIOLÓGICA DA CONSCIÊNCIA; a atenção está flutuante, predominando a atenção automática e o pensamento vagueia ao sabor das associações livres.
4. SONOLÊNCIA.
5. NÍVEL DE SONO SUPERFICIAL (obnubilação ou torpor), onde os estímulos exteriores praticamente não chegam a consciência, que está tomada pelo pensamento onírico (os sonhos).
6. PERDA COMPLETA DA CONSCIÊNCIA; para ser despertado o indivíduo exige estímulos muito mais intensos do que o suficiente na fase anterior (Delay e col., 1966).

##### **EXEMPLO**

Os doentes nos estados crepusculares: parecem estar totalmente voltados para dentro, e a ligação com o mundo externo parece perdida. Praticamente, não respondem a perguntas. Perambulam como que ausentes psicicamente, muitas vezes em estados de grande excitação, ou imobilizam-se num estupor total. O seu pensamento pode ser igualado a uma vivência onírica, pouco claro e dominado por ilusões de sentido (Bleuler, 1985).

#### **121. Acorda tarde.(Sistema Flexível)**

##### **DEFINIÇÃO**

Somente se o paciente levanta, pelo menos, uma hora mais tarde do que ele costuma fazer, não volta a dormir novamente e isto vem ocorrendo por pelo menos uma semana.

##### **EXEMPLO**

Uma pessoa que constava a acordar às sete horas da manhã para trabalhar, agora só levanta-se às dez horas, apesar da insistência dos familiares em tirá-lo da cama.

## **122. Solteiro.(Feighner)**

### **DEFINIÇÃO**

Essa variável é de grande importância para o julgamento da natureza dos relacionamentos interpessoais do paciente. De acordo com a literatura esse critério é um importante fator prognóstico.

Geralmente os pacientes com importantes distúrbios psicóticos têm dificuldades de relacionar-se com outras pessoas. Alguns nunca chegaram a namorar ou ter relações sexuais.

Considerar o paciente como "casado" se conviver maritalmente com um(a) companheiro(a) na mesma residência.

### **EXEMPLO**

## **<Síndromes afetivas associadas>**

## **123. Presença de sintomas afetivos suficientes para se considerar a presença de um episódio de humor.(DSM-III)(DSM-III-R)(Feighner)(Taylor/Abrams)**

[não;129/não]

### **DEFINIÇÃO**

Episódio de humor é uma síndrome de humor que não é atribuível a um fator orgânico conhecido e não faz parte de um distúrbio psicótico outro que não de humor, como esquizofrenia ou distúrbio esquizoafetivo).

## **CRITÉRIOS DO DSM-III-R PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR**

A. Pelo menos cinco dos sintomas seguintes estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança do funcionamento anterior. Pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido, ou (2) perda de interesse ou prazer. Não incluir sintomas que são devidos claramente a uma condição física, a delírios ou alucinações humor-incongruentes, incoerência, ou acentuado afrouxamento das associações.

A.1. Humor Deprimido na maior parte do dia, aproximadamente todos os dias, como indicado ou pelo relato subjetivo ou pela observação dos outros.

A.2. Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, aproximadamente todos os dias (como indicado ou pelo relato subjetivo ou pela observação dos outros, de apatia na maior parte do tempo).

A.3. Perda ou ganho significativo de peso quando sem dieta (p.ex., mais de 5% do peso corporal em um mês), ou diminuição ou aumento de apetite aproximadamente todos os dias.

A.4. Insônia ou hipersonia aproximadamente todos os dias.

A.5. Agitação ou lentificação psicomotora aproximadamente todos os dias, observável pelos outros, não simplesmente sentimentos subjetivos de inquietação ou estar deprimido.

A.6. Fadiga ou perda de energia aproximadamente todos os dias.

A.7. Sentimentos de desvalia ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante) aproximadamente todos os dias (não simplesmente autoreprovação ou culpa por estar doente).

A.8. Diminuição na capacidade para pensar ou se concentrar ou indecisão, aproximadamente todos os dias (pelo relato subjetivo ou observada pelos outros).

A.9. Pensamentos repetidos de morte (medo injustificado de morte), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

B.(1) Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou e manteve a perturbação

B.(2) A perturbação não é uma reação normal à morte de uma pessoa amada (luto sem complicação).

C. Não houve, em qualquer momento da perturbação, delírios e alucinações que tenham durado até 2 semanas na ausência importantes sintomas de humor (isto é, antes do desenvolvimento dos sintomas de humor ou após eles terem remitido).

D. Não sobreposto a esquizofrenia, distúrbio esquizofreniforme, distúrbio delirante ou distúrbio psicótico soe.

#### CRITÉRIOS DO DSM-III-R PARA EPISÓDIO MANÍACO

A. Período distinto de humor anormalmente e persistentemente elevado, expansivo ou irritável.

B. Durante o período de perturbação de humor, pelo menos três dos seguintes sintomas persistiram (quatro, se o humor fôr somente irritável) e estiveram presentes em grau significativo:

(1) auto-estima aumentada ou grandiosidade

(2) necessidade de sono diminuída, p.ex., sente-se descansado após três horas de sono.

(3) mais falante do que o habitual ou pressão para falar.

(4) fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos correm.

(5) distraibilidade, isto é, atenção muito facilmente voltada para estímulos externos sem importância ou irrelevantes.

(6) aumento de atividade dirigida a metas (ou socialmente, no trabalho ou na escola, ou sexualmente) ou agitação psicomotora.

(7) envolvimento excessivo em atividades agradáveis que têm um alto potencial de conseqüências dolorosas, p.ex., a pessoa se engaja em compras indiscriminadas e irrestritas, indiscrições sexuais ou investimentos tolos.

C. Perturbação de humor suficientemente grave para causar comprometimento acentuado no funcionamento ocupacional ou nas atividades sociais usuais ou relacionamento com outros, ou necessitar hospitalização para prevenir danos a si mesmo ou a outros.

D. Não houve, em qualquer momento da perturbação, delírios ou alucinações que tenham durado até duas semanas na ausência de importantes sintomas de humor (isto é, antes do desenvolvimento de sintomas de humor ou após eles terem remitido).

E. Não sobreposto a esquizofrenia, distúrbio esquizofreniforme, distúrbio delirante ou distúrbio psicóticos SOE.

F. Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou e manteve a perturbação.

Nota: tratamento somático com antidepressivo (p.ex., drogas, ECT) que aparentemente precipitam uma perturbação de humor não devem ser considerados um fator etiológico orgânico.

#### **EXEMPLO**

Um paciente com humor deprimido descreverá habitualmente sentir-se triste, desesperançado, "na fossa", ou algum outro termo coloquial equivalente. O choro silencioso poderá ser observado em face inexpressiva, o paciente parece cansado, preocupado e desanimado ao revelar sua infelicidade.

(APA, 1987).

#### **124. Episódio de depressão maior ou síndrome maníaca simultaneamente com sintomas da fase ativa da esquizofrenia.(DSM-III-R)(RDC)**

##### **DEFINIÇÃO**

Episódio de humor é uma síndrome de humor que não é atribuível a um fator orgânico conhecido e não faz parte de um distúrbio psicótico outro que não de humor, como esquizofrenia ou distúrbio esquizoafetivo).

#### CRITÉRIOS DO DSM-III-R PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

A. Pelo menos cinco dos sintomas seguintes estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança do funcionamento anterior. Pelo menos um dos sintomas é (1)

humor deprimido, ou (2) perda de interesse ou prazer. Não incluir sintomas que são devidos claramente a uma condição física, a delírios ou alucinações humor-incongruentes, incoerência, ou acentuado afrouxamento das associações.

A.1. Humor Deprimido na maior parte do dia, aproximadamente todos os dias, como indicado ou pelo relato subjetivo ou pela observação dos outros.

A.2. Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, aproximadamente todos os dias (como indicado ou pelo relato subjetivo ou pela observação dos outros, de apatia na maior parte do tempo).

A.3. Perda ou ganho significativo de peso quando sem dieta (p.ex., mais de 5% do peso corporal em um mês), ou diminuição ou aumento de apetite aproximadamente todos os dias.

A.4. Insônia ou hipersonia aproximadamente todos os dias.

A.5. Agitação ou lentificação psicomotora aproximadamente todos os dias, observável pelos outros, não simplesmente sentimentos subjetivos de inquietação ou estar deprimido.

A.6. Fadiga ou perda de energia aproximadamente todos os dias.

A.7. Sentimentos de desvalia ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante) aproximadamente todos os dias (não simplesmente autoreprovação ou culpa por estar doente).

A.8. Diminuição na capacidade para pensar ou se concentrar ou indecisão, aproximadamente todos os dias (pelo relato subjetivo ou observada pelos outros).

A.9. Pensamentos repetidos de morte (medo injustificado de morte), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

B.(1) Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou e manteve a perturbação

B.(2) A perturbação não é uma reação normal à morte de uma pessoa amada (luto sem complicação).

C. Não houve, em qualquer momento da perturbação, delírios e alucinações que tenham durado até 2 semanas na ausência importantes sintomas de humor (isto é, antes do desenvolvimento dos sintomas de humor ou após eles terem remitido).

D. Não sobreposto a esquizofrenia, distúrbio esquizofreniforme, distúrbio delirante ou distúrbio psicótico soe.

#### CRITÉRIOS DO DSM-III-R PARA SÍNDROME MANÍACA

A. Período distinto de humor anormalmente e persistentemente elevado, expansivo ou irritável.

B. Durante o período de perturbação de humor, pelo menos três dos seguintes sintomas persistiram (quatro, se o humor for somente irritável) e estiveram presentes em grau significativo:

(1) auto-estima aumentada ou grandiosidade

(2) necessidade de sono diminuída, p.ex., sente-se descansado após três horas de sono.

(3) mais falante do que o habitual ou pressão para falar.

(4) fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos correm.

(5) distraibilidade, isto é, atenção muito facilmente voltada para estímulos externos sem importância ou irrelevantes.

(6) aumento de atividade dirigida a metas (ou socialmente, no trabalho ou na escola, ou sexualmente) ou agitação psicomotora.

(7) envolvimento excessivo em atividades agradáveis que têm um alto potencial de conseqüências dolorosas, p.ex., a pessoa se engaja em compras indiscriminadas e irrestritas, indiscrições sexuais ou investimentos tolos.

C. Perturbação de humor suficientemente grave para causar comprometimento acentuado no funcionamento ocupacional ou nas atividades sociais usuais ou relacionamento com outros, ou necessitar hospitalização para prevenir danos a si mesmo ou a outros.

## SINTOMAS DA FASE ATIVA DA ESQUIZOFRENIA (APA, 1987)

Presença de sintomas psicóticos característicos na fase ativa: ou (1), (2), ou (3) por, pelo menos, uma semana (exceto se os sintomas tiverem sido tratados com sucesso):

(1) dois dos seguintes critérios:

- a) delírios
- b) alucinações proeminentes (o dia todo, por diversos dias ou várias vezes por semana durante várias semanas, cada experiência alucinatória sendo limitada a alguns breves movimentos)
- c) incoerência ou afrouxamento acentuado das associações
- d) comportamento catatônico
- e) afetividade embotada ou nitidamente inadequada

(2) delírios bizarros (p.ex., envolvendo um fenômeno que a cultura da pessoa considera totalmente implausível, p.ex., irradiação do pensamento, ser controlado por uma pessoa morta)

(3) alucinações proeminentes (como definidas em (1)(b) acima) de uma voz com conteúdo sem relação aparente com depressão ou exaltação ou uma voz que comenta continuamente o comportamento da pessoa ou seus pensamentos ou duas ou mais vozes conversando com a outra.

### EXEMPLO

Durante um episódio psicótico com delírios ou alucinações o paciente apresenta simultaneamente um episódio maniaco ou depressivo.

## 125. O episódio de depressão maior ou síndrome maníaca teve uma duração breve em relação à duração total das fases ativa e residual do distúrbio psicótico.(DSM-III-R)

### DEFINIÇÃO

#### CRITÉRIOS DO DSM-III-R PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

A. Pelo menos cinco dos sintomas seguintes estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança do funcionamento anterior. Pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido, ou (2) perda de interesse ou prazer. Não incluir sintomas que são devidos claramente a uma condição física, a delírios ou alucinações humor-incongruentes, incoerência, ou acentuado afrouxamento das associações.

A.1. Humor Deprimido na maior parte do dia, aproximadamente todos os dias, como indicado ou pelo relato subjetivo ou pela observação dos outros.

A.2. Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, aproximadamente todos os dias (como indicado ou pelo relato subjetivo ou pela observação dos outros, de apatia na maior parte do tempo).

A.3. Perda ou ganho significativo de peso quando sem dieta (p.ex., mais de 5% do peso corporal em um mês), ou diminuição ou aumento de apetite aproximadamente todos os dias.

A.4. Insônia ou hipersonia aproximadamente todos os dias.

A.5. Agitação ou lentificação psicomotora aproximadamente todos os dias, observável pelos outros, não simplesmente sentimentos subjetivos de inquietação ou estar deprimido.

A.6. Fadiga ou perda de energia aproximadamente todos os dias.

A.7. Sentimentos de desvalia ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante) aproximadamente todos os dias (não simplesmente autoreprovação ou culpa por estar doente).

A.8. Diminuição na capacidade para pensar ou se concentrar ou indecisão, aproximadamente todos os dias (pelo relato subjetivo ou observada pelos outros).

A.9. Pensamentos repetidos de morte (medo injustificado de morte), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

B.(1) Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou e manteve a perturbação

B.(2) A perturbação não é uma reação normal à morte de uma pessoa amada (luto sem complicação).

C. Não houve, em qualquer momento da perturbação, delírios e alucinações que tenham durado até 2 semanas na ausência importantes sintomas de humor (isto é, antes do desenvolvimento dos sintomas de humor ou após eles terem remitido).

D. Não sobreposto a esquizofrenia, distúrbio esquizofreniforme, distúrbio delirante ou distúrbio psicótico soe.

#### CRITÉRIOS DO DSM-III-R PARA SÍNDROME MANÍACA

A. Período distinto de humor anormalmente e persistentemente elevado, expansivo ou irritável.

B. Durante o período de perturbação de humor, pelo menos três dos seguintes sintomas persistiram (quatro, se o humor fôr somente irritável) e estiveram presentes em grau significativo:

(1) auto-estima aumentada ou grandiosidade

(2) necessidade de sono diminuída, p.ex., sente-se descansado após três horas de sono.

(3) mais falante do que o habitual ou pressão para falar.

(4) fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos correm.

(5) distraibilidade, isto é, atenção muito facilmente voltada para estímulos externos sem importância ou irrelevantes.

(6) aumento de atividade dirigida a metas (ou socialmente, no trabalho ou na escola, ou sexualmente) ou agitação psicomotora.

(7) envolvimento excessivo em atividades agradáveis que têm um alto potencial de conseqüências dolorosas, p.ex., a pessoa se engaja em compras indiscriminadas e irrestritas, indiscrições sexuais ou investimentos tolos.

C. Perturbação de humor suficientemente grave para causar comprometimento acentuado no funcionamento ocupacional ou nas atividades sociais usuais ou relacionamento com outros, ou necessitar hospitalização para prevenir danos a si mesmo ou a outros.

#### SINTOMAS DA FASE ATIVA DA ESQUIZOFRENIA

Presença de sintomas psicóticos característicos na fase ativa: ou (1), (2), ou (3) por, pelo menos, uma semana (exceto se os sintomas tiverem sido tratados com sucesso):

(1) dois dos seguintes critérios:

a) delírios

b) alucinações proeminentes (o dia todo, por diversos dias ou várias vezes por semana durante várias semanas, cada experiência alucinatória sendo limitada a alguns breves movimentos)

c) incoerência ou afrouxamento acentuado das associações

d) comportamento catatônico

e) afetividade embotada ou nitidamente inadequada

(2) delírios bizarros (p.ex., envolvendo um fenômeno que a cultura da pessoa considera totalmente implausível, p.ex., irradiação do pensamento, ser controlado por uma pessoa morta)

(3) alucinações proeminentes (como definidas em (1)(b) acima) de uma voz com conteúdo sem relação aparente com depressão ou exaltação ou uma voz que comenta continuamente o comportamento da pessoa ou seus pensamentos ou duas ou mais vozes conversando com a outra

#### FASE RESIDUAL (APA, 1987):

Seguindo-se à fase ativa da perturbação, persistência de pelo menos dois dos sintomas abaixo, que não são devidos a um distúrbio de humor ou a um distúrbio relativo ao uso de substância psicoativa:

#### SINTOMAS RESIDUAIS DE ESQUIZOFRENIA

1. Isolamento ou afastamento social acentuado.

2. Comprometimento acentuado no funcionamento como assalariado, estudante ou dona de casa.

3. Comportamento peculiar acentuado.
4. Comprometimento acentuado na higiene e cuidados.
5. Afetividade embotada ou inadequada.
6. Discurso digressivo, vago, super-elaborado ou circunstancial, ou pobreza do discurso.
7. Crenças bizarras ou pensamentos mágicos.
8. Experiências perceptivas incomuns, p.ex. ilusões recorrentes, sensação da presença de uma força ou pessoa não presente.
9. Falta de interesse, iniciativa ou energia acentuados.

**EXEMPLO**

Durante um episódio psicótico com delírios ou alucinações o paciente apresenta simultaneamente um episódio maniaco ou depressivo, mas de duração curta, de poucas horas ou alguns dias.

**126. Durante um episódio da perturbação, há delírios ou alucinações sem sintomas proeminentes de humor por, pelo menos, 2 semanas.(DSM-III-R)**

**DEFINIÇÃO**

**DELÍRIO.** Crença pessoal falsa, baseada numa inferência incorreta sobre a realidade exterior e firmemente sustentada a despeito do que quase todo mundo acredita e apesar de que se constitua em evidência, prova indiscutível e óbvia em contrário. A crença não é algo ordinariamente aceito pelos outros membros da cultura ou subcultura da pessoa (p.ex., não é um artigo de fé religiosa) (APA, 1987).

**ALUCINAÇÃO.** Uma percepção sensorial sem estimulação externa do órgão sensorial relevante (APA, 1987).

**EXEMPLO**

Durante um episódio psicóticos com delírios ou alucinações o paciente apresentou simultaneamente um episódio maniaco ou depressivo, mas de duração curta, de poucas horas ou alguns dias. Importantes sintomas psicóticos persistiram por 2 semanas ou mais sem que nesse período o paciente tenha apresentado uma síndrome de humor.

**127. A síndrome depressiva ou maniaca desenvolveu-se após o aparecimento dos sintomas psicóticos, ou teve uma duração menor do que a das manifestações psicóticas.(DSM-III)**

**DEFINIÇÃO**

**CRITÉRIOS DO DSM-III-R PARA SÍNDROME DEPRESSIVA**

A. Pelo menos cinco dos sintomas seguintes estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança do funcionamento anterior. Pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido, ou (2) perda de interesse ou prazer. Não incluir sintomas que são devidos claramente a uma condição física, a delírios ou alucinações humor-incongruentes, incoerência, ou acentuado afrouxamento das associações.

A.1. Humor Deprimido na maior parte do dia, aproximadamente todos os dias, como indicado ou pelo relato subjetivo ou pela observação dos outros.

A.2. Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, aproximadamente todos os dias (como indicado ou pelo relato subjetivo ou pela observação dos outros, de apatia na maior parte do tempo).

A.3. Perda ou ganho significativo de peso quando sem dieta (p.ex., mais de 5% do peso corporal em um mês), ou diminuição ou aumento de apetite aproximadamente todos os dias.

A.4. Insônia ou hipersonia aproximadamente todos os dias.

A.5. Agitação ou lentificação psicomotora aproximadamente todos os dias, observável pelos outros, não simplesmente sentimentos subjetivos de inquietação ou estar deprimido.

A.6. Fadiga ou perda de energia aproximadamente todos os dias.

A.7. Sentimentos de desvalia ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante) aproximadamente todos os dias (não simplesmente autoreprovação ou culpa por estar doente).

A.8. Diminuição na capacidade para pensar ou se concentrar ou indecisão, aproximadamente todos os dias (pelo relato subjetivo ou observada pelos outros).

A.9. Pensamentos repetidos de morte (medo injustificado de morte), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

#### CRITÉRIOS DO DSM-III-R PARA SÍNDROME MANÍACA

A. Período distinto de humor anormalmente e persistentemente elevado, expansivo ou irritável.

B. Durante o período de perturbação de humor, pelo menos três dos seguintes sintomas persistiram (quatro, se o humor fôr somente irritável) e estiveram presentes em grau significativo:

(1) auto-estima aumentada ou grandiosidade

(2) necessidade de sono diminuída, p.ex., sente-se descansado após três horas de sono.

(3) mais falante do que o habitual ou pressão para falar.

(4) fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos correm.

(5) distraibilidade, isto é, atenção muito facilmente voltada para estímulos externos sem importância ou irrelevantes.

(6) aumento de atividade dirigida a metas (ou socialmente, no trabalho ou na escola, ou sexualmente) ou agitação psicomotora.

(7) envolvimento excessivo em atividades agradáveis que têm um alto potencial de conseqüências dolorosas, p.ex., a pessoa se engaja em compras indiscriminadas e irrestritas, indiscrições sexuais ou investimentos tolos.

C. Perturbação de humor suficientemente grave para causar comprometimento acentuado no funcionamento ocupacional ou nas atividades sociais usuais ou relacionamento com outros, ou necessitar hospitalização para prevenir danos a si mesmo ou a outros.

#### SINTOMAS PSICÓTICOS

Sintomas que revelam um comprometimento maçico no teste de realidade. A evidência direta de comportamento psicótico é a presença de delírios ou de alucinações (sem insight de sua natureza patológica).

##### **EXEMPLO**

Durante um episódio psicóticos com delírios ou alucinações o paciente apresentou simultaneamente um episódio maníaco ou depressivo, mas de duração curta, de poucas horas ou alguns dias. O quadro de humor surgiu depois que os sintomas psicóticos já eram bem evidentes.

**128. Episódio depressivo, se presente, é intermitente e há períodos em que não ocorre concomitantemente com os sintomas psicóticos.(CID-10)**

##### **DEFINIÇÃO**

#### CRITÉRIOS DO DSM-III-R PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

A. Pelo menos cinco dos sintomas seguintes estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança do funcionamento anterior. Pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido, ou (2) perda de interesse ou prazer. Não incluir sintomas que são devidos claramente a uma condição física, a delírios ou alucinações humor-incongruentes, incoerência, ou acentuado afrouxamento das associações.

A.1. Humor deprimido na maior parte do dia, aproximadamente todos os dias, como indicado ou pelo relato subjetivo ou pela observação dos outros.

- A.2. Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, aproximadamente todos os dias (como indicado ou pelo relato subjetivo ou pela observação dos outros, de apatia na maior parte do tempo).
- A.3. Perda ou ganho significativo de peso quando sem dieta (p.ex., mais de 5% do peso corporal em um mês), ou diminuição ou aumento de apetite aproximadamente todos os dias.
- A.4. Insônia ou hipersonia aproximadamente todos os dias.
- A.5. Agitação ou lentificação psicomotora aproximadamente todos os dias, observável pelos outros, não simplesmente sentimentos subjetivos de inquietação ou estar deprimido.
- A.6. Fadiga ou perda de energia aproximadamente todos os dias.
- A.7. Sentimentos de desvalia ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante) aproximadamente todos os dias (não simplesmente autoreprovação ou culpa por estar doente).
- A.8. Diminuição na capacidade para pensar ou se concentrar ou indecisão, aproximadamente todos os dias (pelo relato subjetivo ou observada pelos outros).
- A.9. Pensamentos repetidos de morte (medo injustificado de morte), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.
- B.(1) Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou e manteve a perturbação.
- B.(2) A perturbação não é uma reação normal à morte de uma pessoa amada (luto sem complicação).
- C. Não houve, em qualquer momento da perturbação, delírios e alucinações que tenham durado até 2 semanas na ausência importantes sintomas de humor (isto é, antes do desenvolvimento dos sintomas de humor ou após eles terem remitido).
- D. Não sobreposto a esquizofrenia, distúrbio esquizofreniforme, distúrbio delirante ou distúrbio psicótico soe.

## SINTOMAS PSICÓTICOS

Sintomas que revelam um comprometimento maciço no teste de realidade. A evidência direta de comportamento psicótico é a presença de delírios ou de alucinações (sem insight de sua natureza patológica).

### EXEMPLO

Durante um episódio psicóticos com delírios ou alucinações o paciente apresentou depressivo, mas de duração curta, de poucas horas ou alguns dias, sem presença concomitante de sintomas psicóticos. O quadro de humor surgiu depois que os sintomas psicóticos já eram bem evidentes.

**129. Presença dos sintomas esquizofrênicos e sintomas afetivos proeminentes, simultaneamente ou com intervalo de poucos dias (a não ser que os sintomas esquizofrênicos antecederam sintomas do tipo depressivo), em um mesmo episódio da doença.(CID-10)**

### DEFINIÇÃO

## SINTOMAS AFETIVOS

### DEPRESSIVOS

Humor deprimido em um nível que considerado anormal para paciente, presente a maior parte do dia e quase todos os dias.

Importante diminuição do interesse ou prazer pelas atividades que normalmente são agradáveis.

Diminuição de energia e fadiga.

Diminuição da autoconfiança e da auto-estima.

Sentimentos irracionais de auto-acusação ou culpabilidade excessiva e inapropriada.

Pensamentos repetidos de morte ou suicídio, ou comportamento suicida.

Queixas ou evidência de diminuição da capacidade para pensar ou se concentrar, como indecisão ou hesitação .

Alteração da atividade psicomotora, como agitação ou lentificação .

Distúrbio do sono de qualquer tipo.

Alteração do apetite (diminuição ou aumento), com correspondente modificação do peso corporal.

## MANÍACOS

Auto-estima aumentada ou grandiosidade

Necessidade de sono diminuída.

Mais falante do que o habitual ou pressão para falar.

Fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos correm.

Distraibilidade.

Aumento de atividade dirigida a metas (ou socialmente, no trabalho ou na escola, ou sexualmente) ou agitação psicomotora.

Envolvimento excessivo em atividades agradáveis que têm um alto potencial de conseqüências dolorosas, p.ex., a pessoa se engaja em compras indiscriminadas e irrestritas, indiscrições sexuais ou investimentos tolos.

## SINTOMAS ESQUIZOFRÊNICOS

Delírios ou alucinações.

### **EXEMPLO**

Durante um episódio psicóticos com delírios ou alucinações o paciente apresentou episódio depressivo, mas de duração curta, de poucas horas ou alguns dias, sem presença concomitante de sintomas psicóticos. O quadro de humor surgiu depois que os sintomas psicóticos já eram bem evidentes.

### **<Duração do distúrbio>**

**130. Duração de um episódio de perturbação de algumas horas a 1 mês, com eventual retorno completo ao nível de funcionamento pré-mórbido.(DSM-III-R)**

### **DEFINIÇÃO**

Sintomas psicóticos que persistem pelo menos por algumas horas, mas não mais de um mês, com eventual retorno completo ao nível de funcionamento pré-mórbido. Efeitos transitórios secundários, como perda de auto-estima e depressão leve podem persistir além de um mês, mas há eventualmente retorno completo ao nível pré-mórbido de funcionamento.

### **EXEMPLO**

Invariavelmente, há tumulto emocional manifestado por rápidas mudanças de um afeto intenso para outro, ou perplexidade esmagadora ou confusão, que a pessoa pode reconhecer ou que pode ser julgada conforme o modo como ela responde às questões e demandas.

**131. Manifestações do distúrbio por, pelo menos, 2 semanas, a contar do aparecimento de mudanças na vida do paciente (sinais do distúrbio podem, atualmente, ser apenas sintomas residuais).(RDC)**

### **DEFINIÇÃO**

#### **FASE ATIVA (RDC)**

Pelo menos 1 dos seguintes devem estar presentes.

- (1) Difusão, inserção ou roubo do pensamento.
- (2) Delírio de ser controlado (ou influenciado), outro delírio bizarro, ou delírios múltiplos.
- (3) Delírio somático, de grandiosidade, religioso, nilista, ou outro delírio sem conteúdo persecutório ou de ciúme, com duração de pelo menos 1 semana.
- (4) Delírio de qualquer tipo, acompanhado por alucinações por pelo menos 1 semana.
- (5) Alucinações auditivas no qual uma voz faz comentários sobre o comportamento ou pensamento do paciente, ou duas ou mais vozes conversam entre si.
- (6) Alucinações auditivas, não afetivas, falando para o paciente.
- (7) Alucinações de qualquer tipo, durante o dia por vários dias ou intermitentemente por, pelo menos, 1 mês.
- (8) Períodos definidos de importante distúrbio formal do pensamento acompanhado por afeto embotado ou inapropriado, delírios ou alucinações de qualquer tipo, ou comportamento grosseiramente desorganizado.

SINTOMAS RESIDUAIS como extrema evitação social, afetividade embotada ou inapropriada, distúrbios leves da forma do pensamento, ou pensamentos ou experiências perceptivas bizarras

**EXEMPLO**

Uma semana de sintomas da fase ativa da esquizofrenia e seis meses de sintomas residuais.

**132. Duração do episódio menor que 1 mês.(CID-10)**

**DEFINIÇÃO**

Considerar como duração do episódio a fase prodrômica e ativa.

Sintomas psicóticos que persistem pelo menos por algumas horas, mas não mais de um mês, com eventual retorno completo ao nível de funcionamento pré-mórbido. Efeitos transitórios secundários, como perda de auto-estima e depressão leve podem persistir além de um mês, mas há eventualmente retorno completo ao nível pré-mórbido de funcionamento.

**EXEMPLO**

Uma semana de sintomas da fase ativa da esquizofrenia, sem sintomas prodrômicos. A pessoa dentro de dois ou três dias volta ao nível de funcionamento anterior, sem sintomas residuais.

**152. Duração do episódio maior que 3 meses.(CID-10)**

**DEFINIÇÃO**

Considerar como duração do episódio a fase prodrômica e ativa.

**EXEMPLO**

Um mês de sintomas prodrômicos com dois meses de sintomas da fase ativa da esquizofrenia.

**133. Sintomas "negativos" como importante apatia, pobreza da linguagem, e embotamento ou incongruência afetiva, geralmente resultando em isolamento social e baixo desempenho social; deve ficar claro que não seja devido a depressão ou medicação neuroléptica por, pelo menos, 1 mês.(CID-10)**

**DEFINIÇÃO**

**APATIA**

É sinônimo de indiferença afetiva (Sá Jr., 1984).

Esse sintoma não é específico da esquizofrenia, mas quase todos os esquizofrênicos sofre dele -- principalmente nas fases prodrômicas e residuais. Para Langfeldt e Kraepelin é um sintoma central -- e é parte da "abulia" de Bleuler. Ele não deve ser confundido com depressão, afeto superficial ou anedonia. (Landmark, 1982)

### POBREZA DO CONTEÚDO DA LINGUAGEM

Discurso adequado em quantidade mas de poucas informações em função das imprecisões, repetições vazias ou uso de frases estereotipadas ou obscuras. O entrevistador pode observar que a pessoa falou por algum tempo, deu informações adequadas para responder à questão. Alternativamente, a pessoa pode fornecer informação suficiente em resposta à questão, mas requer muitas palavras para assim fazê-lo, de modo que sua longa resposta pode ser resumida em uma ou duas sentenças (APA, 1987).

### EMBOTAMENTO AFETIVO

É o afeto marcado por uma grave redução na intensidade da expressão afetiva. Não há, virtualmente, sinais de expressão afetiva; a voz é habitualmente monótona e o rosto imóvel.

### INCONGRUÊNCIA AFETIVA

É uma afetividade claramente discordante com o conteúdo da fala ou ideação da pessoa (Afetos inadequados)(APA, 1987).

### EXEMPLO

Uma semana de sintomas prodrômicos com duas semana de sintomas da fase ativa da esquizofrenia e seis meses de sintomas residuais.

### APATIA

O comportament apresenta a característica da indiferença, principalmente em relação às coisas importantes; seus interesses mais vitais, seu próprio futuro e o destino da família parecem não preocupar tais doentes.(Bleuler, 1985)

### POBREZA DO CONTEÚDO DA LINGUAGEM

Entrevistador: "Por que você pensa que as pessoas acreditam em Deus?"

Paciente: "Bem, primeiro, porque Ele é a pessoa que, é sua salvação pessoal. Ele anda comigo e conversa comigo. E, hum, a compreensão que eu tenho, uma série de pessoas, elas não conhecem realmente seu próprio eu. Elas não sabem que Ele, hum, se parece comigo, uma série delas não compreende que Ele anda e fala com elas, e, hum, mostra-lhes seu caminho. Eu compreendo também que, todo homem e toda mulher, não estão exatamente na mesma direção..." (APA, 1987).

### EMBOTAMENTO AFETIVO

A pessoa pode queixar-se de não mais responder com intensidade emocional normal ou, em casos extremos, não tem mais sentimentos (APA, 1987).

### INCONGRUÊNCIA AFETIVA

Um paciente sorria e fazia pilhéria enquanto discutia demônios que o perseguiram; um paciente sorri enquanto discute estar sendo torturado por choques elétricos (APA, 1987).

**134. Sinais contínuos por, pelo menos, 6 meses. Deve incluir 1 fase ativa com sintomas esquizofrênicos de, pelo menos, 1 semana ou menos se os sintomas tiverem tratamento bem sucedido. Pode haver fase prodrômica ou residual.(DSM-III-R)**

### DEFINIÇÃO

#### SINTOMAS DA FASE ATIVA DA ESQUIZOFRENIA (APA, 1987)

Presença de sintomas psicóticos característicos na fase ativa: ou (1), (2), ou (3) por, pelo menos, uma semana (exceto se os sintomas tiverem sido tratados com sucesso):

(1) dois dos seguintes critérios:

a) delírios

- b) alucinações proeminentes (o dia todo, por diversos dias ou várias vezes por semana durante várias semanas, cada experiência alucinatoria sendo limitada a alguns breves movimentos)
  - c) incoerência ou afrouxamento acentuado das associações
  - d) comportamento catatônico
  - e) afetividade embotada ou nitidamente inadequada
- (2) delírios bizarros (p.ex., envolvendo um fenômeno que a cultura da pessoa considera totalmente implausível, p.ex., irradiação do pensamento, ser controlado por uma pessoa morta)
- (3) alucinações proeminentes (como definidas em (1)(b) acima) de uma voz com conteúdo sem relação aparente com depressão ou exaltação ou uma voz que comenta continuamente o comportamento da pessoa ou seus pensamentos ou duas ou mais vozes conversando com a outra.

#### FASE PRODRÔMICA OU RESIDUAL (APA, 1987):

##### Fase prodrômica

Uma clara deterioração no funcionamento antes da fase ativa da perturbação, que não devida a um distúrbio de humor ou a um distúrbio relativo ao uso de substância psicoativa e que envolve pelo menos dois dos sintomas abaixo:

##### Fase residual

Seguindo-se à fase ativa da perturbação, persistência de pelo menos dois dos sintomas abaixo, que não são devidos a um distúrbio de humor ou a um distúrbio relativo ao uso de substância psicoativa:

Sintomas prodrômicos ou residuais de esquizofrenia:

1. Isolamento ou afastamento social acentuado.
2. Comprometimento acentuado no funcionamento como assalariado, estudante ou dona de casa.
3. Comportamento peculiar acentuado.
4. Comprometimento acentuado na higiene e cuidados.
5. Afetividade embotada ou inadequada.
6. Discurso digressivo, vago, super-elaborado ou circunstancial, ou pobreza do discurso.
7. Crenças bizarras ou pensamentos mágicos.
8. Experiências perceptivas incomuns, p.ex. ilusões recorrentes, sensação da presença de uma força ou pessoa não presente.
9. Falta de interesse, iniciativa ou energia acentuados.

##### **EXEMPLO**

Seis meses de sintomas prodrômicos com uma semana de sintomas da fase ativa da esquizofrenia; sem sintomas prodrômicos com seis meses de sintomas da fase ativa da esquizofrenia; sem sintomas prodrômicos com uma semana de sintomas da fase ativa da esquizofrenia e seis meses de sintomas residuais.

#### **135. Um distúrbio crônico, com pelo menos 6 meses de sintomas, sem retorno ao nível pré-mórbido de ajustamento psicossocial.(Feighner)**

##### **DEFINIÇÃO**

Considerar como duração do episódio a fase prodrômica e/ou ativa.

##### **EXEMPLO**

Uma semana de sintomas da fase ativa da esquizofrenia, sem sintomas prodrômicos. A pessoa passa mais um ano com sintomas residuais, sem nunca ter conseguido retornar ao nível de funcionamento anterior.

**136. Sinais contínuos da doença durante, pelo menos, 6 meses, com presença atual de alguns sinais da doença. O período de 6 meses deve compreender uma fase ativa, com ou sem fases prodrômica ou residual.(DSM-III)**

**DEFINIÇÃO**

A. Pelo menos uma das características seguintes, durante a fase da doença (DSM-III):

1. Idéias delirantes bizarras (cujo conteúdo é indiscutivelmente absurdo e sem nenhuma base real possível), como idéias delirantes de influenciamento, de difusão, de imposição ou roubo do pensamento.
2. Idéias delirantes somáticas, de grandiosidade, religiosas, niilistas ou outras sem conteúdo persecutório ou de ciúme.
3. Idéias delirantes persecutórias ou de ciúme, se associadas a alucinações de qualquer tipo.
4. Alucinações auditivas, em que uma voz comenta continuamente o comportamento ou os pensamentos do indivíduo, ou duas ou mais vozes falam entre si.
5. Alucinações auditivas, em diversas ocasiões sem relação aparente com depressão ou euforia e cujo conteúdo não se limita a uma ou duas palavras.
6. Incoerência, afrouxamento das associações, pensamento acentuadamente ilógico, ou pobreza do conteúdo do discurso, se associados com, pelo menos, uma das características seguintes:
  - (a) afetividade embotada
  - (b) idéias delirantes ou alucinações
  - (c) comportamento catatônico

**EXEMPLO**

Uma semana de sintomas da fase ativa da esquizofrenia, sem sintomas prodrômicos. A pessoa passa mais um ano com sintomas residuais, sem nunca ter conseguido retornar ao nível de funcionamento anterior.

**137. Duração, continuamente ou episodicamente por, pelo menos, 2 anos.(CID-10)**

**DEFINIÇÃO**

Considerar como duração do episódio psicótico a fase prodrômica, ativa e residual.

**EXEMPLO**

Uma semana de sintomas da fase ativa da esquizofrenia, sem sintomas prodrômicos. A pessoa passa mais dois anos com sintomas residuais, sem nunca ter conseguido retornar ao nível de funcionamento anterior.

**138. Sinais de esquizofrenia por, pelo menos, 5 anos.(Langfeldt I)**

**DEFINIÇÃO**

Considerar como duração do episódio a fase prodrômica, ativa e residual.

**EXEMPLO**

Uma mês de sintomas da fase ativa da esquizofrenia, sem sintomas prodrômicos. A pessoa passa mais cinco anos com sintomas residuais, sem nunca ter conseguido retornar ao nível de funcionamento anterior.

<Idade de início>

**139. Início da doença antes da idade de 40 anos.(Feighner)(Critérios Franceses)**

[sim;140/sim]

#### **DEFINIÇÃO**

Um dos critérios de Feighner para a esquizofrenia é que esse distúrbio tenha início antes dos quarenta anos de idade. O DSM-III aumentou para 45 anos, no entanto o DSM-III-R e a CID-10 não impõem limite de idade para início da esquizofrenia.

#### **EXEMPLO**

Um mês de sintomas prodrômicos com uma semana de sintomas da fase ativa da esquizofrenia. Os sintomas prodrômicos iniciam-se antes dos 40 anos de idade.

### **140. Início da fase ativa ou prodrômica da doença antes da idade de 45 anos.(DSM-III)**

#### **DEFINIÇÃO**

O Manual do DSM-III se refere ao diagnóstico da esquizofrenia: "estão igualmente excluídas as doenças com início depois da meia-idade, classificadas como psicoses atípicas."(APA;DSM-III, 1980). O DSM-III-R e a CID-10 não impõem limite de idade para início da esquizofrenia. O requisito de que a doença comece antes dos 45 anos de idade foi eliminado, pois vários estudos não corroboraram a validade deste critério do DSM-III. Contudo, para facilitar estudos posteriores deste tópico, foi fornecida uma especificação para casos com início tardio (APA, 1987).

#### **EXEMPLO**

Um mês de sintomas prodrômicos com uma semana de sintomas da fase ativa da esquizofrenia. Os sintomas prodrômicos iniciam-se antes dos 40 anos de idade.

#### **<Antecedentes pessoais>**

### **141. Pobreza pré-mórbida no ajustamento social ou no trabalho.(Feighner)**

#### **DEFINIÇÃO**

Caracteriza-se por uma persistente e importante dificuldade nos relacionamentos interpessoais e profissionais.

#### **EXEMPLO**

Paciente de 26 anos, solteiro, refere que nunca teve uma namorada e nem amigos. Já trabalhou uma vez como auxiliar de escritório em uma empresa de um parente, mas não passou de seis meses no emprego e foi demitido pois era "muito desligado".

### **142. Alcoolismo ou abuso de drogas no período de 1 ano antes do início da psicose.(Feighner)**

#### **DEFINIÇÃO**

Como a definição de alcoolismo ou abuso de drogas é muito difícil, deve-se ter cuidado na cotação desse critério. Deve-se levar em conta fatores culturais. Entretanto, um quadro psicótico pode ser claramente devido ao uso abusivo ou crônico de bebidas alcoólicas ou outras drogas.

#### **EXEMPLO**

Paciente com história de que diariamente saía com os amigos para tomar cerveja em um bar, passa a apresentar alucinações e quadro de agitação. Uma avaliação cuidadosa pode constatar que o paciente, durante os finais de semana, chegava a tomar um litro de aguardente.

### **143. Personalidade esquizóide.(Langfeldt II)**

#### **DEFINIÇÃO**

Crítérios diagnósticos do DSM-III-R para Distúrbio Esquizóide de personalidade (301.20)

A. Padrão global de indiferença às relações sociais e variação restrita de experiência e de expressão emocional, que começa no início da idade adulta e está presente numa variedade de contextos, como indicado por pelo menos quatro dos seguintes critérios:

(1) Nem deseja nem gosta de relacionamentos íntimos, incluindo fazer parte de uma família.

- (2) quase sempre escolhe atividades solitárias
- (3) alega que raramente vivencia emoções forte, como raiva e alegria, se é que as vivencia.
- (4) manifesta pouco, se algum, desejo de ter experiências sexuais com uma outra pessoa (idade levada em conta)
- (5) é indiferente aos elogios e às críticas dos outros
- (6) não tem amigos íntimos ou confidentes (ou somente um ) a não ser parentes em primeiro grau
- (7) manifesta afetividade contraída, p.ex., é arredia, fria, raramente retribui gestos ou expressões faciais como sorrisos ou sanais com a cabeça

B. Ocorrência não exclusivamente durante a evolução da Esquizofrenia ou um Distúrbio Delirante.

(APA, 1987)

**EXEMPLO**

**144. Distúrbio esquizotípico de personalidade.(DSM-III-R)**

**DEFINIÇÃO**

DISTÚRBIO ESQUIZOTÍPICO DE PERSONALIDADE (APA, 1987)

A. Padrão global de déficits na relação interpessoal e peculiaridades de ideação, aparência, e comportamento, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, como indicado por pelo menos cinco dos seguintes critérios:

- 1) idéias de referência (excluindo delírios de referência)
- 2) ansiedade social excessiva, por exemplo, desconforto extremo nas situações sociais que envolvem pessoas estranhas
- 3) crenças bizarras ou pensamentos mágicos, influenciando o comportamento e inconsistentes com as normas subculturais, por exemplo, superstições, crenças na clarividência, telepatia, ou "sexto sentido", "outros podem sentir maus pensamentos" (nas crianças e adolescentes, fantasias ou preocupações bizarras)
- 4) experiências perceptivas incomuns, p.ex., ilusões, sentir a presença de uma força ou pessoa atualmente ausente (por exemplo, "Eu sinto como se minha mãe morta estivesse no quarto comigo")
- 5) comportamento ou aparência bizarra ou excêntrica, por exemplo, descuidada, maneirismos incomus, falam consigo mesmas
- 6) sem amigos íntimos ou cofidentes (ou somente um) a não ser parentes em primeiro grau
- 7) discurso bizarro (sem perda de associações ou incoerência), por exemplo, empobrecido, digressivo, ou inadequadamente abstrato
- 8) afetividade inadequada e contraída, por exemplo, tola, arredia e raramente retribui gestos ou expressões faciais, como sorrisos ou movimentos de cabeça
- 9) desconfiança ou ideação paranóide

**EXEMPLO**

Paciente com perturbações no conteúdo do pensamento, que pode incluir ideação paranóide, desconfiança, idéias referentes, crenças bizarras e pensamento mágico, que é inconsistente com as normas culturais de comportamento da pessoa: "os outros podem sentir meus sentimentos"; "eu sinto uma presença demoníaca no meu quarto". Esses sintomas nunca são suficientemente graves para preencher os critérios para esquizofrenia.

**145. História de D. Autista.(DSM-III-R)**

**DEFINIÇÃO**

Crterios diagnósticos do DSM-III-R para Distúrbio Autista (299.00)(APA, 1987)

Ao menos oito dos dezesseis itens seguintes estão presentes; destes incluir pelo menos dois itens de A, um de B e um de C.

Nota: Considerar um critério a ser preenchido somente se o comportamento for anormal, para o nível de desenvolvimento da pessoa.

A. Incapacidade qualitativa na interação social recíproca manifestada pelo seguinte:

(Os exemplos entre parênteses estão ordenados de modo que aqueles mencionados em primeiro lugar são mais amplamente aplicados aos mais jovens ou mais deficientes, e os últimos, às pessoas mais velhas ou menos deficientes com este distúrbio).

(1) Acentuada falta de alerta da existência ou sentimentos dos outros (p.ex., trata uma pessoa como se ele ou ela fosse uma peça de mobília; não observa o sofrimento de uma outra pessoa, aparentemente não tem noção da necessidade de privacidade dos outros).

(2) Ausência de busca de conforto anormal por ocasião de sofrimento (p.ex., não procura por conforto mesmo quando doente, ferido ou cansado; procura conforto de modo estereotipado, p.ex., "sorri, sorri, sorri" quando ferido).

(3) Imitação ausente ou comprometida (p.ex., não acena "bye-bye"; não reproduz as atividades domésticas da mãe; imitação mecânica das ações dos outros fora de contexto).

(4) Jogo social anormal ou ausente (p.ex., não participa ativamente em jogos simples; prefere atividades solitárias de jogo; envolve outras crianças no jogo somente como "ajuda mecânica").

(5) Incapacidade nítida para fazer amizades com seus pares (p.ex., desinteresse de formar par com amigos; apesar do interesse de fazer amigos, demonstra falta de entendimento das convenções de interação social, p.ex., lê lista telefônica para colega desinteressado).

B. Incapacidade qualitativa na comunicação verbal e não verbal e na atividade imaginativa, manifesta pelo seguinte:

(Os itens numerados correspondem àqueles arrolados em primeiro lugar e são mais amplamente aplicados aos mais jovens ou mais deficientes e os últimos, às pessoas mais velhas ou menos deficientes com este distúrbio).

(1) Ausência de modo de comunicação, como balbúcio comunicativo, expressão facial, gestos, mímica ou linguagem falada.

(2) Comunicação não verbal acentuadamente anormal, como no uso do olhar fixo -- olho no olho -- expressão facial, postura corporal, ou gestos para iniciar ou modular a interação social (p.ex., não antecipar se segurado, enrijecer quando segurado, não olhar ou sorrir para a pessoa quando fazendo uma abordagem social, não cumprimentar pais e visitantes, tem um olhar fixo em situações sociais).

(3) Ausência de atividade imaginativa como representação de papéis de adultos, personagens de fantasia ou animais; falta de interesse em histórias sobre acontecimentos imaginatórios.

(4) Anormalidades marcantes na produção do discurso, incluindo volume, entoação, estresse, velocidade, ritmo e modulação (p.ex., tom monótono, cantado ou alta entoação).

(5) Anormalidades marcantes na forma ou conteúdo do discurso incluindo o uso estereotipado e repetitivo da fala (p.ex., ecolalia imediata ou repetição mecânica de comercial de televisão); uso de "você" quando o "eu" é o pretendido (p.ex., usando "você quer um biscoito?" para significar "eu quero um biscoito"); uso idiossincrático de palavras ou frases (p.ex. "ir balançar na grama" para significar "eu quero ir no balanço"); ou frequentes ataques irrelevantes (p.ex., começar falando sobre horários de trens durante uma conversa sobre esportes).

(6) Incapacidade marcante na habilidade para iniciar ou sustentar uma conversação com outros, apesar da fala adequada (p.ex., abandonar-se a monólogos lentos sobre um assunto, indiferente às interjeições dos outros).

C. Repertório de atividades e interesses acentuadamente restritos, manifestado pelo que se segue:

(1) Movimentos corporais estereotipados, p.ex., pancadinhas com as mãos ou rotação, movimentos de fricção, batimento da cabeça, movimentos complexos de todo o corpo.

(2) Insistente preocupação com partes de objetos (p.ex., farejar ou cheirar objetos, percepção repetitiva da textura de materiais, girar a roda de carrinhos) ou vincula com objetos inusitados (p.ex. insistência em levar para todo o lado um pedaço de barbante).

(3) Sofrimento acentuado com mudanças triviais no aspecto do ambiente, p.ex., quando um vaso é retirado de sua posição usual.

(4) Insistência sem motivo de seguir rotinas com detalhes precisos, p.ex., insistência de seguir exatamente sempre o mesmo caminho para as compras.

(5) Âmbito de interesses marcadamente restritos e preocupação com um interesse limitado, p.ex., interessado somente em enfileirar objetos, em acumular fatos sobre meteorologia ou em fingir ser um personagem de fantasia.

D. Início na primeira infância ou na infância.

Especificar se o início na infância (após os 36 meses de vida).

#### **EXEMPLO**

**146. Pode haver outros episódio transitórios com sintomas psicóticos leves, como ilusões, alucinações auditivas ou outras, e idéias delirantes. Esses episódios geralmente ocorrem sem relação com fatores externos.(CID-10)**

#### **DEFINIÇÃO**

##### **ILUSÕES**

Percepções deformadas de um estímulo externo real.

##### **ALUCINAÇÕES AUDITIVAS**

Uma alucinação de som, mais comumente de vozes, mas algumas vezes de clique, ruídos de arrastamento, música, etc (APA, 1987).

##### **IDÉIA DELIRANTE**

Crença pessoal falsa, baseada numa inferência incorreta sobre a realidade exterior e firmemente sustentada a despeito do que quase todo mundo acredita, e apesar de que se constitua em evidência, prova indiscutível e óbvia em contrário. A crença não é algo ordinariamente aceito pelos outros membros da cultura ou subcultura da pessoa (p.ex., não é um artigo de fé religiosa) (APA, 1987).

#### **EXEMPLO**

##### **ILUSÕES**

O farfalhar das folhas é ouvido como o som de vozes; um homem afirma que quando ele se olha num espelho, vê seu rosto distorcido e disfigurado.

##### **ALUCINAÇÕES AUDITIVAS**

Os pacientes ouvem raramente sopros, zumbidos, sussurros, matraquear, ruídos de tiros, trovões, músicas, choro e risadas, mais frequentemente murmúrios, falas e chamados (Bleuler, 1985).

##### **IDÉIA DELIRANTE**

A pessoa pode estar convencida de que um comentarista de TV esteja zombando dela (APA, 1987).

**147. Nunca preencheu os critérios para esquizofrenia.(CID-10)**

[sim;148/não]

#### **DEFINIÇÃO**

Crítérios da CID-10 para Esquizofrenia (F20)

A. No mínimo um (geralmente dois ou mais quando não muito claros) dos sintomas de (a) a (d) ou pelo menos dois dos grupos de (e) a (h), devem estar claramente presentes na maior parte do tempo, durante um período de um mês ou mais.

(a) Eco do pensamento, inserção ou roubo do pensamento, difusão do pensamento;

(b) Delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados a movimentos do corpo ou membros ou pensamentos específicos, ações ou sensações; percepção delirante;

(c) Alucinações auditivas que comentam sobre as ações do paciente, ou vozes que falam entre si sobre o paciente, ou outros tipos de alucinação de vozes vindo de alguma parte do corpo;

(d) Delírios persistentes de outro tipo que são culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, como de conteúdo religioso ou identidade política, ou poderes e habilidades sobre-humanas (por exemplo, capacidade de controlar o tempo, capacidade de se comunicar com seres de outro mundo);

(e) Alucinações persistentes de qualquer tipo, quando acompanhada por delírios ocasionais ou não-estruturados sem claro conteúdo afetivo, ou por idéias supervalorizadas persistentes, ou quando ocorrerem diariamente por semanas ou meses;

(f) Bloqueio ou interpolação do pensamento, resultando em incoerência ou discurso vago, ou neologismo;

(g) Comportamento catatônico, como a excitação ou postura catatônica, flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor;

(h) Sintomas "negativos" como importante apatia, pobreza de linguagem, e embotamento ou incongruência afetiva, geralmente resultando em isolamento social e baixo desempenho social; deve ficar claro que não seja devido a depressão ou medicação neuroléptica;

(i) Alteração importante e consistente de alguns aspectos do comportamento manifestado por perda de interesse, desmotivação, inatividade, atitude de auto-atenção e isolamento social.

B. Ausência de importantes sintomas depressivos ou maníacos, a não ser que os sintomas esquizofrênicos antecederam os sintomas afetivos.

C. Ausência de distúrbio cerebral, intoxicação ou abstinência a drogas.

#### **EXEMPLO**

Pacientes podem ter apresentado apenas um episódio psicótico breve ou ter uma personalidade esquizóide, o que o faz parecer esquizoite.

### **148. História de episódio de esquizofrenia nos últimos 12 meses e posteriormente desenvolveu sintomas depressivos.(CID-10)**

#### **DEFINIÇÃO**

CrITÉRIOS da CID-10 para Esquizofrenia (F20)

A. No mínimo um (geralmente dois ou mais quando não muito claros) dos sintomas de (a) a (d) ou pelo menos dois dos grupos de (e) a (h), devem estar claramente presentes na maior parte do tempo, durante um período de um mês ou mais.

(a) Eco do pensamento, inserção ou roubo do pensamento, difusão do pensamento;

(b) Delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados a movimentos do corpo ou membros ou pensamentos específicos, ações ou sensações; percepção delirante;

(c) Alucinações auditivas que comentam sobre as ações do paciente, ou vozes que falam entre si sobre o paciente, ou outros tipos de alucinação de vozes vindo de alguma parte do corpo;

(d) Delírios persistentes de outro tipo que são culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, como de conteúdo religioso ou identidade política, ou poderes e habilidades sobre-humanas (por exemplo, capacidade de controlar o tempo, capacidade de se comunicar com seres de outro mundo);

(e) Alucinações persistentes de qualquer tipo, quando acompanhada por delírios ocasionais ou não-estruturados sem claro conteúdo afetivo, ou por idéias supervalorizadas persistentes, ou quando ocorrerem diariamente por semanas ou meses;

(f) Bloqueio ou interpolação do pensamento, resultando em incoerência ou discurso vago, ou neologismo;

(g) Comportamento catatônico, como a excitação ou postura catatônica, flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor;

(h) Sintomas "negativos" como importante apatia, pobreza de linguagem, e embotamento ou incongruência afetiva, geralmente resultando em isolamento social e baixo desempenho social; deve ficar claro que não seja devido a depressão ou medicação neuroléptica;

(i) Alteração importante e consistente de alguns aspectos do comportamento manifestado por perda de interesse, desmotivação, inatividade, atitude de auto-atenção e isolamento social.

B. Ausência de importantes sintomas depressivos ou maníacos, a não ser que os sintomas esquizofrênicos antecederam os sintomas afetivos.

C. Ausência de distúrbio cerebral, intoxicação ou abstinência a drogas.

### SINTOMAS DEPRESSIVOS

Humor deprimido em um nível que considerado anormal para paciente, presente a maior parte do dia e quase todos os dias.

Importante diminuição do interesse ou prazer pelas atividades que normalmente são agradáveis.

Diminuição de energia e fadiga.

Diminuição da autoconfiança e da auto-estima.

Sentimentos irracionais de auto-acusação ou culpabilidade excessiva e inapropriada.

Pensamentos repetidos de morte ou suicídio, ou comportamento suicida.

Queixas ou evidência de diminuição da capacidade para pensar ou se concentrar, como indecisão ou hesitação.

Alteração da atividade psicomotora, como agitação ou lentificação.

Distúrbio do sono de qualquer tipo.

Alteração do apetite (diminuição ou aumento), com correspondente modificação do peso corporal.

### EXEMPLO

Durante um episódio psicóticos com delírios ou alucinações por 2 meses, o paciente não apresentou simultaneamente um episódio maníaco ou depressivo. Sintomas depressivos surgiram depois que os sintomas psicóticos já eram bem evidentes.

### <Antecedentes familiares>

#### 149. Antecedente familiar de esquizofrenia.(Feighner)

##### DEFINIÇÃO

Considerar apenas os parentes do primeiro grau.

Todos os investigadores encontraram uma prevalência mais alta do distúrbio, em parentes biológicos em primeiro grau de pessoas com esquizofrenia do que se poderia esperar na população geral. Embora tenha sido provado que fatores genéticos estejam envolvidos no desenvolvimento da doença, a existência de uma taxa de discordância substancial, mesmo em gêmeos monozigóticos, indica a importância de fatores não genéticos (APA, 1987).

**EXEMPLO**

Um dos pais do paciente é esquizofrênico.