

Este exemplar corresponde a versão final da  
tese de doutorado, apresentada à Faculdade de  
Ciências Médicas, para obtenção do título de Dou-  
tor em Medicina, área de concentração Saúde Mé-  
tal, pelo médico Everton Botelho Sougey.  
Campinas, 18 de Setembro de 1992.

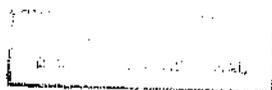
*Prof. Dr. Rogério Castro*  
*Prof. Dr. Rogério Castro* Orientador  
EVERTON BOTELHO SOUGEY

## **SISTEMA LICET-D10 MULTIDIAGNÓSTICO COMPUTADORIZADO DAS DEPRESSÕES**

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

1992

Campinas - SP



**Aos meus pais**

**não fossem seus esforços  
você seriam os meus.**

**À Marluce, Amanda e Everton Filho,  
meu carinho e gratidão.**

## **AGRADECIMENTOS**

Quero, aqui, deixar registrado meus agradecimentos:

Ao Professor Dr. Dorgival Caetano, orientador e amigo que acompanhou pacientemente o desenvolvimento desta Tese e nunca mediu esforços para ir ao meu auxílio nas incontáveis ocasiões em que foi solicitado.

Ao Dr. Târcio Fábio Ramos de Carvalho, que com muita dedicação e companheirismo trabalhou na programação do Sistema e ainda realizou uma competente digitação do texto.

Ao Departamento de Neuropsiquiatria do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco que nos indicou para o Curso de Pós-Graduação e nos concedeu uma bolsa de estudos da Coordenadoria de Aperfeiçoamento do Pessoal de Ensino Superior do Ministério da Educação (CAPES).

À Coordenadoria da Pós-Graduação do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Universidade Estadual de Campinas que nos aceitou como aluno de doutorado.

À Direção da Casa de Saúde São José que permitiu o nosso acesso aos pacientes ali hospitalizados.

À Professora Maria do Socorro Oliveira que nos auxiliou na organização da bibliografia.

Ao Professor Dr. José Cavalcanti Lucena da Mota Silveira, meu antigo professor, com quem muito aprendi e com quem comecei a tomar gosto pela investigação científica.

Finalmente, devo, sobretudo, agradecer à todos os amigos de militância psiquiátrica, eles que ficaram satisfeitos com a conclusão desta tarefa e aos anônimos pacientes que participaram deste trabalho;

que todos saibam do meu reconhecimento

## RESUMO

O desenvolvimento histórico da nosologia dos estados depressivos e as tentativas contemporâneas de reclassificação ilustram a origem de algumas dificuldades atuais e também sugerem novas perspectivas de investigação. A abordagem multidiagnóstica da nosologia foi o modelo em que o autor se baseou com o objetivo de desenvolver o SISTEMA LICET-D10, um instrumental de pesquisa sobre classificação das depressões. Este Sistema é composto pela Lista Integrada de Critérios de Avaliação Taxionômica das Depressões – a LICET-D10; um Glossário de Definições de Sintomas e por um Programa Computadorizado de multidiagnóstico das depressões. O Sistema LICET-D10 foi testado numa amostra de 28 pacientes deprimidos e demonstrou sua funcionalidade. Este instrumental pode ser utilizado em pesquisa ou em clínica; favorece o treinamento em semiologia e nosologia das depressões; permite a obtenção de dez diagnósticos operacionais de depressão para cada paciente examinado; fornece amostras homogêneas de pacientes, permitindo facilmente executar a posteriori, reclassificações em subgrupos; possibilita comparações intersistemas entre as diversas categorias e subcategorias de estados depressivos, contribuindo para a investigação sobre confiabilidade e validade do diagnóstico psiquiátrico.

## **SUMMARY**

The historical developments of the nosology of depressive states and contemporary attempts at reclassification not only illustrate the origin of some of the present difficulties but also suggest new perspectives of investigation. The multidagnostic approach to nosology provides the model upon which the author based himself with the objective of developing the LICET-D10 System, a research tool for the classification of depression. This System comprises the Integrated List of Taxionomic Evaluation Criteria for Depression (LICET-D10); a glossary of definitions of symptoms and a computerized program of multidagnosis of depression. The LICET-D10 System was tested on a sample of 28 depressed patients and proved its operational effectiveness. This tool can be used in research or clinical practice; it furthers training in the semiology and nosology of depressions; provides ten operational diagnoses for each patient examined; supplies homogeneous samples of patients, permitting a posterior and easy reclassification in subgroups; makes possible inter systemic comparisons between the different categories and subcategories of depressive states, thus contributing to the investigation into the reliability and validity of psychiatric diagnosis.

## ÍNDICE

Folha de rosto .....	I
Ficha catalográfica .....	II
Dedicatória .....	III
Agradecimentos .....	IV
Resumo .....	VI
Summary .....	VII
Índice .....	VIII
INTRODUÇÃO .....	1
1ª PARTE. NOSOLOGIA DAS DEPRESSÕES: REVISÃO DA LITERATURA .....	6
CAPÍTULO I: SÍNTESE HISTÓRICA .....	6
I. 1. De Pínel à Kraepelin .....	6
I. 2. Período Pós-Kraepeliniano .....	17
CAPÍTULO II. TENDÊNCIAS CONTEMPORÂNEAS .....	41
II.1 Abordagem Sindrômica Quantitativa .....	48
II.1.1 Instrumentos de Avaliação .....	50
II.1.2. Métodos Estatísticos e Principais Estudos .....	56
II.1.3. Comentários .....	70
II.2. Diagnóstico Computadorizado .....	74
II.2.1. Entrevistas Estruturadas e Programas Computadorizados .....	79
II.2.2. Comentários .....	92
II.3. Critérios Operacionais Para o Diagnóstico .....	96

<b>2ª PARTE - SISTEMA LICET - D10 .....</b>	<b>149</b>
<b>CAPÍTULO III - LISTA INTEGRADA DE CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO</b>	
<b>CAPÍTULO IV - GLOSSÁRIO DAS DEFINIÇÕES DOS SINTOMAS CONTIDOS NA LICET-D10 .....</b>	<b>160</b>
<b>CAPÍTULO V - PROGRAMA COMPUTADORIZADO PARA O SISTEMA LICET-D10 .....</b>	<b>214</b>
<b>CAPÍTULO VI - EXPERIMENTAÇÃO DO SISTEMA .....</b>	<b>223</b>
<b>CAPÍTULO VII - COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES .....</b>	<b>230</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>236</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>Anexo 1. CATEGORIAS E ÁRVORES DE DECISÕES PARA OS SISTEMAS DIAGNÓSTICOS DA LICET-D10 .....</b>	<b>273</b>
<b>Anexo 2. LISTAGEM DO PROGRAMA COMPUTADORIZADO DA LICET-D10 .....</b>	<b>296</b>

## FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca Central da UNICAMP

**SOUGEY, Everton Botelho**

**Sistema LICET-D-10: Multidiagnóstico Computadorizado das Depressões/Everton Botelho Sougey. Campinas -- [s.n.], 1992.**

**Orientador: Dorgival Caetano.**

**Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.**

**1.Diagnóstico 2.Diagnóstico por computador 3.Nosologia 4. Distúrbios depressivos 5. Distúrbios afetivos. I. Caetano, Dorgival. II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.**

**20 Cdd 616.075**

**616.07572**

**616.89**

**616.8527**

**Índices para catálogo sistemático:**

- |                                      |                  |
|--------------------------------------|------------------|
| <b>1. Diagnóstico</b>                | <b>616.075</b>   |
| <b>2. Diagnóstico por computador</b> | <b>616.07572</b> |
| <b>3. Nosologia</b>                  | <b>616.89</b>    |
| <b>4. Distúrbio depressivo</b>       | <b>616.8527</b>  |
| <b>5. Distúrbios afetivos</b>        | <b>616.8527</b>  |

## INTRODUÇÃO

A literatura médica conservou o termo nosologia como sinônimo de patologia e atualmente ele é definido como o "estudo dos caracteres distintivos que permitem definir as doenças" ou simplesmente, "estudo da classificação das doenças" (Cardenal,1958). Neste sentido, a nosologia tenta estabelecer conceitos suficientemente representativos e diferenciados susceptíveis de se organizarem em categorias coerentes de modo a traduzir o conjunto de distúrbios observados.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (1978), "A classificação de doenças não pode começar sem uma lista concordante de nomes de doenças; semelhante lista denomina-se nomenclatura. A etapa seguinte consiste em agrupar esses nomes de acordo com critérios estabelecidos de tal forma que, doenças com prioridades em comum são dispostas juntas em classes; tal processo de agrupamento chama-se de classificação. Para a OMS, não há um único tipo de classificação que sirva para todos os propósitos. "Em Medicina, uma classificação que se baseie na etiologia é de grande utilidade porém, em Psiquiatria as causas da maioria das doenças são pouco conhecidas. Conseqüentemente, devem ser considerados outros critérios, tais como a semelhança de sintomas e comportamento ou o curso da doença".

As primeiras classificações psiquiátricas se basearam em critérios descritivos e eram essencialmente sindrômicas. Nos meados do século XIX, com o desenvolvimento do modelo anátomo-clínico, o novo critério de classificação dos distúrbios mentais passou a ser etiológico. Com a impossibilidade, na maioria

dos casos, de evidenciar lesões anatomopatológicas características, passou-se a considerar que o curso ou evolução dos sintomas caracterizava formas naturais de doenças. Utilizou-se assim, um critério etiológico indireto que a partir de 1890 consagrou-se com a nosologia Kraepeliniana, referencial ainda encontrado nas nosologias contemporâneas.

A necessidade de um sistema classificatório é considerada uma condição "sine qua non" para comunicação entre clínicos e mais ainda entre pesquisadores. Portanto, a nosologia psiquiátrica não se propõe a atender necessidades estéticas, ela é uma exigência do método científico. Segundo Mendels (1970), o fracasso no reconhecimento de fatores que agrupam pacientes em uma determinada classe pode acarretar esforços infrutíferos e erros graves. Se considerarmos, p.ex., que depressão é um grupo de condições heterogêneas será necessário demonstrá-lo através de experimentos adequadamente conduzidos; a questão não poderia sequer ser levantada sem a aceitação e utilização de métodos de classificação. Por conseguinte, o estudo dos fenômenos, sejam eles quais forem, começa pela sua classificação. Sneath e Sokal apud Caetano (1982) vão além ao afirmarem que a classificação transcende a necessidade intelectual do homem de organizar o mundo para poder entendê-lo, e que essa é de fato uma propriedade de todos os seres vivos, pois, se organismos (mesmo os inferiores) não forem capazes de agrupar os estímulos do mundo externo dentro de classes para os quais respostas favoráveis de aproximação e desfavoráveis de afastamento são efetuadas, esses organismos estarão mal-adaptados para a sobrevivência.

Na história das ciências as classificações naturais passam por duas fases sucessivas; uma utiliza conceitos descritivos e a outra conceitos teóricos. A

passagem do primeiro para o segundo estágio reflete o progresso do conhecimento. Assim, a classificação descritiva de Linné baseada na morfologia dos órgãos reprodutores dos vegetais antecedeu a teoria da constituição cromossômica e a tabela periódica de Mendelêiev foi complementada pela lista de corpos químicos definida por sua estrutura atômica. Em Psiquiatria, a evolução correspondente seria a passagem das classificações sindrômicas para as etiológicas (Pichot, 1966).

Segundo Caetano (1991), o melhor sistema classificatório seria aquele de fácil aplicação, aceitação universal, com alto grau de concordância, de validade (externa) comprovada e com altos índices preditivos em termos de resposta a tratamentos, curso e evolução. Infelizmente tal sistema não existe. Desde que a Psiquiatria surgiu como uma especialidade médica, tentativas têm sido feitas para lhe atribuir bases sólidas em termos de etiologia orgânica, contudo, este projeto baseado no modelo anátomo-clínico ainda não foi realizado. A história tem mostrado que os sistemas de classificação psiquiátrica foram construídos empiricamente por acúmulo de conhecimentos de várias gerações de clínicos e careceram com freqüência de coerência lógica interna. A mistura de categorias conceituais definidas ora por critérios sindrômicos, ora por critérios etiológicos, tem sido há muito utilizada como alternativa para superar a ausência de conhecimento sobre fatores causais demonstráveis para a maioria das doenças psiquiátricas. A dificuldade da nosologia psiquiátrica parece portanto, ligada à própria natureza dos distúrbios mentais. Ao longo dos anos, a descrição dos seus fenômenos tem sido caracterizada por uma multiplicidade de nomenclaturas, no mais das vezes carregadas de idéias pré-concebidas derivadas de posições doutrinárias as mais diversas. Essa situação ocasionou uma proliferação de sistemas de classificação

e por conseguinte inúmeras controvérsias entre os protagonistas do ato diagnóstico. Nesse contexto, a categoria depressão representa um exemplo dos mais significativos da evolução dessa nosologia. Segundo Pichot (1978b) o estudo da nosologia dos estados depressivos nos confronta com um duplo problema; um é semântico e diz respeito a definição do termo "depressão" e o outro está inserido nas dificuldades comuns das classificações dos distúrbios mentais.

Nos últimos vinte e cinco anos, com o desenvolvimento das neurociências e o progresso da psicofarmacoterapia, as questões de nosologia, classificação e diagnóstico voltaram a despertar um crescente interesse entre os psiquiatras e pesquisadores de todo o mundo. Esse interesse traduziu-se pela análise crítica dos sistemas tradicionais, por propostas de novos sistemas e elaboração de técnicas de definição originais. Contudo, até o momento, nenhuma dessas novas abordagens conseguiu se impôr em relação aos outros novos sistemas nem tampouco substituir os sistemas tradicionais. Clínicos e pesquisadores se confrontam com uma variedade de esquemas, antigos ou novos, que divergem – muitas vezes frontalmente – entre si, o que acarreta grandes dificuldades na medida em que se quer estudar um determinado problema e relacionar os resultados, obtidos por autores, que se referem a esquemas diagnósticos diferentes.

A multiplicação dos sistemas de classificação e a linguagem semi-informatizada dos sistemas recentes são as fontes de um método desenvolvido nos últimos anos por Pull e Pichot (1984) com o objetivo de permitir a utilização simultânea de várias classificações diferentes. Este procedimento permite recolher as informações necessárias ao estabelecimento de um diagnóstico em diferentes

sistemas e, posteriormente automatizar esse diagnóstico com a ajuda de um programa computadorizado.

O presente trabalho é fruto do desenvolvimento deste modelo multidiagnóstico aplicado à nosologia das depressões. Assim, após revisar o desenvolvimento histórico das classificações dos distúrbios depressivos e compreender o estágio atual do problema, apresentamos a construção de um sistema único de multidiagnóstico computadorizado para as depressões que integra os dez principais sistemas de classificações contemporâneas baseadas na utilização de critérios operacionais para o diagnóstico. Trata-se do Sistema LICET-D10 composto por uma Lista Integrada de Critérios de Avaliação Taxionômica das Depressões – a LICET-D10; por um glossário das definições dos sintomas e por um programa computadorizado de multidiagnóstico especialmente desenvolvido para produzir automática e simultaneamente os diagnósticos em todas as classificações que compõem o sistema.

Os distúrbios depressivos constituem um setor de investigação de onde se pode esperar importantes resultados que implicarão na melhoria dos métodos de prevenção e tratamento para os pacientes. Neste sentido, o desenvolvimento de um instrumento de pesquisa como o Sistema LICET-D10 tem a finalidade de contribuir para a realização dessa tarefa.

## **1ª PARTE. NOSOLOGIA DAS DEPRESSÕES: REVISÃO DA LITERATURA**

### **CAPÍTULO I: SÍNTESE HISTÓRICA**

#### **I. 1. De Pinel à Kraepelin**

O termo nosologia (do grego *nosos* = doenças e *logos* = discurso) ou "explicação das doenças" parece ter sido usado pela primeira vez no Dicionário Médico de Robert James publicado em Londres de 1742 a 1744.

Posteriormente, Boissier de Sauvages apud Collet (1966) utiliza o termo criado por James, atribuindo-lhe um significado pessoal expresso em duas publicações: "Pathologia Methodica: seu de cognoscendis morbis" de 1759 e "Nosologia Methodica", de 1763. A proposta de Boissier de Sauvages consistia em 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. Este método é considerado o primeiro modelo de classificação natural em Medicina e influenciaria Pinel na elaboração de sua nosografia psiquiátrica. Boissier de Sauvages, descreveu uma classe independente de doenças, as *vesânias*, que se subdividiu em quatro gêneros: as *alucinações*, as "*morositates*" (bizarrias), os "*deliria*" (delírios) e as "*anomalae vesania*" (amnésia e insônia).

Em 1777, William Cullen apud Pichot (1983) no seu livro "First Lines of the Practice of Physic", retoma a nosologia de Boissier de Sauvages mas agrupa agora sob o título de "neuroses", os comas, as adimias, os espasmos e as vesânicas que eram sobreponíveis às espécies crônicas de loucura já reconhecidas por Celso\*. Cullen propõe agrupar sob o título de "neuroses" ou "doenças nervosas", "todas as afecções contra-natura do sentimento e do movimento, em que a piroxia não faz parte da doença primitiva e todas aquelas que não dependem de uma afecção típica dos órgãos, mas de uma afecção mais geral do sistema nervoso e das potências do sistema de que dependem mais especialmente o sentimento e o movimento".

Salientam-se dois pontos importantes nesta concepção: o de que as "neuroses" são afecções para as quais não se encontra base orgânica e, portanto, começa a esboçar-se uma diferenciação entre doença orgânica e doença mental; e o de que as "neuroses" abrangem todo o domínio das afecções psicológicas.

Admite-se que o nascimento da Psiquiatria como especialidade médica data do séc. XVIII simbolizada na obra de Philippe Pinel. Além de assumir uma atitude inovadora na assistência aos insanos, livrando-os do confinamento e incluindo-os como doentes, Pinel propôs em duas célebres publicações: "Nosografie Philosophique" (1798) e "Traité Médico-philosophique sur l'Alienation

---

\* Foi Celso (25a.C - 50 d.C) quem, no livro III do seu tratado de Medicina consagrado as diferentes espécies de doenças, distinguiu três tipos de insanidades: uma aguda e curável (o frenesim dos gregos), outra mais demorada começando por um acesso febril e caracterizada por tristeza; e um terceiro tipo, mais longo e subdividido em dois, independentemente do doente ter ou não "o espírito alienado".

Mentale" (1801), uma classificação das doenças psiquiátricas baseadas em sintomas. Essa classificação, influenciada pelas abordagens naturalistas de Boissier de Sauvages e William Cullen, dividia as doenças psiquiátricas em quatro categorias: Mania, Melancolia, Demência e Idiotia. Todos os estados psíquicos crônicos, não deficitários nem exaltatórios foram agrupados na categoria "melancolia", que possuía um caráter específico de "delírio exclusivo sobre um objeto ou sobre uma série particular de objetos" (Pinel, 1801).

Observa-se, por outro lado, que Pinel utiliza a denominação "alienação mental" como equivalente da "mania", pois esta condição constituía o modelo por excelência do que se considerava ser a loucura. Com o decorrer do tempo esta expressão tornou-se pejorativa e o seu uso, traduzido do alemão "Enttrendingung", aplicado por Hegel e Marx num sentido sociológico, tornou-a inoperante do ponto de vista científico.

A consciência deste fato levou a um novo trabalho de análise na tentativa de definir a alienação mental agrupando as suas variedades segundo os diferentes tipos de delírio. O delírio passou a ser considerado como a essência da alienação mental.

Pinel contribuiu de maneira fundamental para a criação de uma Psiquiatria Clínica e descritiva. Segundo Pichot (1978a), o sucesso de sua nosologia atribui-se ao fato de ela ser baseada na observação e na especulação, de estabelecer a existência de categorias definidas por configurações precisas de sintomas e de ser essencialmente sindrômica.

A obra de Pinel iniciou o período clínico-descritivo em Psiquiatria, o que marcaria uma das principais características da Escola Francesa. Nesse sentido, o

continuador de Pinel foi Esquirol. No seu "Traité des Maladies Mentales", Esquirol (1838) 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. Na classificação de Esquirol, o termo "melancolia" é substituído por "monomania", definido como todo delírio parcial crônico e sem febre. Por sua vez, a categoria "monomania" é subdividida em monomanias tristes e expansivas. A "monomania triste ou lipemania", corresponde à "melancolia com delírio" de Pinel, e é descrita como um delírio parcial crônico, sem febre e marcado por tristeza, debilidade e opressão.

Todavia, a "lipemania", era ainda uma categoria confusa e posteriormente foram-lhe sendo retiradas entidades isoladas como a confusão mental, os delírios crônicos de perseguição, o estupor catatônico entre outras. Esta descrição das monomanias feita por Esquirol teve uma virtude considerável: a de considerar que um delírio podia ser parcial, que a alienação podia não atingir o sujeito na sua totalidade.

Em 1845, Feuchtersleben apud Pichot (1983) introduz o termo "psicose" e assimila em seu conceito a definição de "neurose" da época. 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" que embora tenha sido inaugurado por Heironth, só com Feuchtersleben adquiriu um caráter de cientificidade, até então usara-se a denominação de "Medicina filosófica". Foi, portanto, sobre a base do que se chamava no séc XVII "neurose" que as psicoses foram edificadas como entidade nosológica diferenciada.

As primeiras observações sobre a associação entre mania e melancolia surgiram na Alemanha. Em 1840 Zeller apud Afonso-Fernandes (1977) formula a hipótese de uma evolução regular dos "distúrbios da vida afetiva" partindo da melancolia, passando pela mania e posteriormente pela moria para terminar na demência. Essa teoria evolutiva é retomada por Grisinger em 1845 apud Baillarger (1854), que afirmava "a transição da melancolia para a mania e a alternância dessas duas formas é muito comum". Esse modo de sucessão comparada a um ciclo, seria utilizado posteriormente por Falret (1854) e por Baillarger (1854).

Em 1854, Falret (1854) descreve a entidade "loucura circular" agrupando numa mesma categoria a melancolia e a mania, ressaltando seu caráter alternante em cuja evolução distingue três fases: as remissões, os paroxismos e as intermitências. No mesmo ano, Baillarger (1854) também, descreve a alternância de períodos de melancolia e de excitação como fazendo parte de uma única doença que denominou "loucura à dupla forma".

O mais notório é que ao descrever a "folie circulaire", Falret enuncia, também, os critérios, que vão delimitar o conceito de psicose. Assim, para este

autor, 1) existe uma unidade estrutural entre manifestações clínicas aparentemente diferentes; 2) há uma relação entre estas manifestações e a personalidade do paciente em quem elas surgem; 3) há um modo evolutivo específico e, portanto, previsível.

Mas, se aparentemente se definiram as psicoses e se esclareceram as suas relações com personalidade normal, quando se trata de as diferenciar das neuroses vemos que a distinção se apoia apenas em leves nuances. No entanto, isto não pareceu preocupar os autores da época e a doença maníaco-depressiva ficou definitivamente enquadrada no domínio das psicoses.

O modelo clínico-descritivo de classificação psiquiátrica inaugurado por Pinel perduraria ao longo do séc. XVIII e parte do séc. XIX, mercê da influência mundial exercida pela Psiquiatria Francesa. No entanto, gradativamente, esse modelo foi se tornando insuficiente na medida em que o restante da Medicina, graças ao método anátomo-clínico de Laënnec, pesquisava as doenças num plano etiológico e patogênico atraindo o interesse dos psiquiatras para o novo paradigma. O desenvolvimento do modelo anátomo-clínico em Psiquiatria coincide com o início do período de declínio político e científico da França e a ascensão correspondente da Alemanha.

Griesinger apud Afonso-Fernandes (1977) foi um dos primeiros a defender a posição segundo a qual as doenças psíquicas são afecções do cérebro. Já em 1822, Bayle (1922) demonstrara que a paralisia geral é uma doença caracterizada não só por uma sintomatologia particular mas, sobretudo, por lesões específicas, a "aracnite crônica" e provalvemente provocada por uma única causa — a sífilis — o que viria a ser confirmado posteriormente.

Inaugurava-se assim, uma orientação que seria reforçada pelo estudo da patologia celular estabelecida por Virchow em 1858 e que, também, seria partilhada por Maudsley na Inglaterra e Morel na França; a opção por uma nosologia psiquiátrica baseada em critérios etiológicos e patogênicos.

Com Benedict Morel surge a idéia de degenerescência como desvio patológico em relação ao tipo humano normal, que põe em perigo a continuidade da família visto ser considerado hereditário.

A idéia de degenerescência enquadra-se na filosofia da época. Durante o "Século das Luzes", surgem as filosofias da natureza e do espírito, fazem-se importantes descobertas no campo da patologia e da fisiologia cerebral; nascem idéias novas de evolucionismo e de transformismo e também, como contrapartida destas, a idéia da degenerescência da espécie humana.

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. Kahlbaum suscitou dois requisitos fundamentais: em primeiro lugar, a de ter-se o curso de toda a loucura como fundamento mais essencial para estruturação de formas nosológicas; em segundo lugar, tomar-se-á como base o quadro total da psicose, mediante a observação clínica multilateral (Jaspers, 1973). Desse modo, nos últimos anos do séc. XIX utilizar-se-á um argumento etiológico indireto, baseado na hipótese de que a

evolução caracterizaria formas naturais de doenças. Este princípio inicialmente utilizado por Kahlbaum, foi sistematicamente empregado por Emil Kraepelin na construção do seu sistema nosológico.

Kraepelin é considerado o maior representante da abordagem psiquiátrica vista como um ramo das ciências naturais (Pichot, 1983). Segundo ele, "os quadros mórbidos que têm causas iguais, forma psicológica básica, desenvolvimento e curso iguais, assim como, êxito igual e achado cerebral iguais; que, portanto, coincidem no quadro global, são unidades nosológicas naturais que se podem dizer verdadeiras" (Jaspers, 1973). A coerente sistematização das grandes categorias nosológicas de doenças mentais ao longo das várias edições de seu tratado, fez de Kraepelin o fundador da Psiquiatria Clínica moderna. Deve-se a ele o estabelecimento dos dois grandes grupos nosológicos que não se explicam como consequentes a processos cerebrais detectáveis: A "insanidade maníaco-depressiva" e a "demência precoce", sistemática que, em seus aspectos fundamentais, ainda perdura na atualidade.

Já em 1887, na segunda edição do seu tratado, Kraepelin apud Pichot (1983) propôs uma classificação nosológica privilegiando o critério evolutivo de 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, observa-se uma adesão mais consistente ao conceito médico de doença e uma maior ênfase ao critério evolutivo. No prefácio desta edição Kraepelin escreveu: "a edição atual constitui a última e decisiva passagem do estudo sintomático para o estudo clínico das doenças mentais. Esta modificação de perspectiva exprime-se essencialmente na delimitação e no

agrupamento das doenças. Desse modo, colocamos os sintomas patológicos num segundo plano e privilegiamos as condições causais, evolução e os modos terminais dos diversos distúrbios. Todas as síndromes foram assim retiradas da nosologia" (Pichot, 1966b). As doenças foram, então divididas em duas grandes classes: As adquiridas (metabólicas e insanidade do período de involução) e as decorrentes de disposições patológicas. A "melancolia" encontrava-se no primeiro grupo, enquanto ao segundo grupo pertencia a "insanidade periódica".

O termo Kraepeliniano "insanidade maníaco-depressiva" aparece pela primeira vez na sexta edição de seu tratado de 1899, considerada "uma psicose endógena" e designando os estados que apresentam a particularidade de nascer de causas internas, i. é, sem circunstâncias externas desencadeantes. A "melancolia" ainda continuaria no mesmo grupo anteriormente definido até que em 1905 Dreyfus apud Pull (1975) demonstrasse que a distinção Kraepeliniana entre "melancolia" e a depressão da "insanidade maníaco-depressiva" não resistira ao estudo catamnésico de pacientes anteriormente diagnosticados melancólicos. Em 1908, com a publicação da oitava edição do seu tratado, Kraepelin incorporou a "melancolia" ao grupo da "insanidade maníaco-depressiva" e a expressão anteriormente considerada uma doença distinta passou a designar a fase depressiva de uma mesma entidade.

Kraepelin estabeleceu as bases da nosologia dos estados depressivos. Suas concepções baseadas em hipotéticas diferenças etiopatogênicas e observações empíricas, evolutivas e sintomáticas das doenças, oriaram a clássica dicotomia "depressão endógena" vs "depressão psicógena", ainda hoje mantida como referencial nosológico da Psiquiatria. Para Kraepelin o adjetivo "endógeno" -- decorrente de causas internas, sem circunstâncias externas desencadeantes --

opõe-se à "exógeno" que permanece um termo, por assim dizer, de exclusão (Tellenbach, 1976).

De acordo com Kraepelin, no grupo das depressões endógenas encontram-se:

i) Os estados depressivos (incluindo a melancolia)

·Melancolia simples, podendo caracterizar-se desde a simples inibição até o estupor melancólico.

·Melancolia grave, caracterizada pela presença de delírio e de distúrbios sensoriais. É subdividida em forma fantástica e forma paranóide.

·Melancolia confusional, acompanhada frequentemente de estado onírico.

ii) Os estados mistos, caracterizados pela coexistência de sintomatologia maníaca e depressiva.

iii) Os estados fundamentais ou predisponentes, designando as variações mórbidas do humor que antecedem o episódio ou aparecem durante os intervalos livres (excitação-depressão-irritabilidade e ciclotimia).

iv) As depressões sintomáticas de uma afecção orgânica.

O grupo das "depressões psicogênicas", na classificação Kraepeliniana, é formado por estados depressivos provocados ou relacionados com eventos desencadeantes que, para ele, representavam "uma espécie de neurose, tendo por causa imediata a atividade humana" Pichot (1983).

A concepção nosológica de Kraepelin, marcou uma importante etapa no desenvolvimento histórico da Psiquiatria, pois os autores do séc. XIX, ao mesmo tempo em que delimitavam as entidades clínicas, tendiam a dividi-las em subgrupos, o que Ey (1978) denominou "análise atomística da doença mental". Kraepelin, ao longo das sucessivas edições de seu tratado, operou a síntese da maioria desses trabalhos e a sua sistemática passou a representar um modelo admitido em quase todo o mundo. Sempre estruturando e reestruturando, Kraepelin procurou realizar sua idéia da unidade nosológica numa Psiquiatria realmente especial (Jaspers, 1973). Segundo Leme Lopes (1980) "foi a primeira grande tentativa de estruturação dos conhecimentos científicos acumulados, num século, sobre as doenças mentais".

## 1. 2. Período Pós-Kraepeliniano

A descrição Kraepeliniana da Psicose Maníaco-depressiva visava englobar todas as variedades das chamadas "loucuras periódicas ou circulares", a mania e uma grande parte dos "estados patológicos de melancolia". A noção de endogenicidade utilizada por Kraepelin como critério etiológico, estabeleceu uma dicotomia que excluía do grupo das psicoses as depressões relacionadas com eventos desencadeantes, contudo, na prática clínica essa demarcação sempre apresentou dificuldades. Existiam de um lado, quadros depressivos "desencadeados" que apresentavam sintomatologia maior e de outro, estados depressivos considerados "menores" cuja diversidade sintomatológica e evolução não correspondiam as descrições clínicas clássicas. O diagnóstico diferencial entre os estados melancólicos menores e a neurastenia, ilustra bem esse tipo de dificuldade (Beard apud Carrete, 1980).

Não obstante o esforço de Kraepelin para incorporar em sua obra o progresso científico de sua época, a idéia da existência de doenças definidas por sua evolução e decorrentes de uma etiologia, mesmo que ainda desconhecida, se opunha à noção de "psicose única" que, numa concepção sindrômica, poderia ser produzida por diferentes causas. Assim, Alfred Hoche utilizou contra as concepções Kraepelinianas a doutrina sindrômica atacando ao que chamava de ilusão dos sistematistas; comparando a construção de classificações nosológicas no campo das psicoses com a ação de quem tenta clarear um líquido turvo passando-o de um recipiente a outro (Pichot, 1983). Nesse sentido, a descrição dos "tipos de reação exógena" feita por Bonhoeffer em 1910 fixa,

segundo Leme Lopes (1980), a importância da abordagem sindrômica e do conceito de reação. Bonhoeffer, segundo esse autor, "tomou o setor das chamadas reações exógenas e alcançou a separação de um tipo de reação: o preferencial exógeno".

Kraepelin, não se manteve alheio às orfocas e realizou algumas revisões nas suas idéias. Na sua última grande publicação "Die Erscheinungsformen des Irreseins" datada de 1920, defendeu que a concepção sindrômica é compatível com o ponto de vista nosológico; postulou que as síndromes são etapas de evolução das diferentes afecções psíquicas e reconheceu a importância dos estados depressivos provocados, pelas condições do ambiente, o que posteriormente viria a se chamar "depressões reativas" (Kraepelin, 1920).

A noção de "reação" teve sua origem na Psiquiatria alemã, sendo levada a primeiro plano em 1904 por Hellpach, num estudo sobre a psicologia da histeria. Posteriormente, em 1916 o autor voltaria ao tema, delimitando nos desenvolvimentos psíquicos dois polos; o da absoluta espontaneidade e o da absoluta reatividade, havendo entre os dois todos os graus de transição e possibilidade de cruzamentos (Bucher, 1975).

A publicação da "Psicopatologia Geral" de Jaspers (1973) em 1913, traria uma contribuição fundamental ao conceito de reação. Nela o autor desenvolve três critérios para identificação da reação psicopatológica: a compreensibilidade, o decurso e a terminação. Para Leme Lopes (1980) "não é mais discutida a importância em Psiquiatria da reação psicopatológica Jaspersiana, dela nasceu todo o território das psicoses de reação". No Brasil, a tese de Pires (1947) é um exemplo notável do vigor dessa concepção.

Ao mesmo tempo em que permitia o vislumbrar de novos horizontes na investigação psiquiátrica, a doutrina da reação contribuía na prática para o enfraquecimento do edifício nosológico Kraepeliniano. Gradativamente a abordagem privilegiando a atribuição do especificamente "patogênico" e "patoplástico" aos modos de reação agindo entre personalidade, o caráter, o meio ambiente e as vivências, deixava em segundo plano o enfoque eminentemente "orgânico". Neste sentido, um núcleo de idéias antinológicas surgiu nos Estados Unidos com Adolf Meyer apud Lidz (1973) que considerava todos os distúrbios mentais como reações da personalidade à eventos traumatizantes e não como entidades mórbidas específicas. Em 1905, Meyer propõe substituir o termo "melancolia" por "depressão" e considera que nos diversos estados depressivos as diferenças são de natureza quantitativa e não qualitativa, ponto de vista baseado na noção de atividade mental integrada "ergasia", nesse enfoque os distúrbios afetivos foram denominados "merergasia" (Lidz, 1973). Para Meyer e sua doutrina, que passou a se chamar Psicobiologia, é fundamental uma formulação genético-dinâmica de cada caso e não apenas uma Psiquiatria nosológica. A essas idéias de fácil aplicação pragmática, somaram-se posteriormente as formulações psicanalíticas e rapidamente influenciaram todo o desenvolvimento da Psiquiatria, sobretudo nos Estados Unidos.

A abordagem psicanalítica representou uma das novas perspectivas de compreensão do fato psiquiátrico e no que tange aos distúrbios afetivos foi a partir da troca de correspondência entre Abraham e Freud (Entinger, 1976) que elaboraram-se as primeiras concepções sobre a depressão. Em 1911, Abraham fez a primeira tentativa sistemática de explicação psicanalítica comparando a depressão à tristeza ou sofrimento comum. Sugeriu que a diferença crucial entre

uma pessoa triste e o deprimido é que a primeira sofre conscientemente enquanto o segundo é dominado por sentimentos de perda, culpa e autodepreciação, motivados pela perda (real ou fantasiosa) do objeto de amor. Freud (Jaspers, 1973) em 1915 no seu trabalho "Luto e Melancolia" expandiu as idéias de Abraham com o objetivo de fornecer uma base teórica para a depressão, segundo a doutrina psicanalítica. Freud (1968) escreveu; "na tristeza o mundo torna-se um rio empobrecido; na melancolia é o próprio ego que se esvazia e empobrece (...) no luto ou tristeza, a perda é consciente enquanto na melancolia a verdadeira perda é inconsciente".

Freud (1968) sugere que a diminuição do amor e da segurança, oferecidas por uma pessoa significativa (em geral pai ou mãe) num período crucial do desenvolvimento pode, mais tarde predispor o indivíduo à depressão.

A Psicobiologia de Meyer e a Psicanálise Freudiana marcaram posições antinossológicas que influenciaram o desenvolvimento do conhecimento psiquiátrico e contribuíram para a diluição da sistemática Kraepeliniana. Toma-se preponderante a doutrina de que os distúrbios psíquicos resultantes de influências predominantemente psicológicas são "reações" e não doenças (Lopes, 1980).

Em 1926, Lange (1926) estendia e sistematizava a classificação de Kraepelin, voltando a ressaltar a importância da pesquisa etiológica para a nosologia psiquiátrica, propôs que além da psicose maníaco-depressiva existiam as depressões que denominou "reativas". Esse grupo de depressões se seguiu a um estresse ambiental e se diferenciavam das depressões endógenas por critérios etiológicos, sintomatológicos e hereditários.

A publicação do "Manual das Doenças Mentais" de Bumke (1946) em 1928 contendo capítulos escritos por Birnbaum, Kehrler, Braum e pelo próprio Lange, discípulo de Kraepelin, consolidava a incorporação do conceito de reação à Psiquiatria Clínica.

### Classificação de Lange

Critérios	Depressão Endógena	Depressão Reativa
Etiologia	Ausência de fator desencadeante	Presença de fator desencadeante
Sintomatologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Não muda em função do ambiente.</li> <li>· Presença de lentificação psicomotora, auto-acusações e sintomas neurovegetativos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Reage ao ambiente.</li> <li>· Ausência de lentificação psicomotora e raramente sintomas neurovegetativos.</li> <li>· Presença de heteroacusação.</li> </ul>
Antecedentes Hereditários	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Psicose maníaco-depressiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Esquizofrenia, distúrbios da personalidade e epilepsia</li> </ul>

Vê-se assim que, após a descrição Kraepeliniana da psicose maníaco-depressiva agrupando várias entidades clínicas, foi aberto o debate sobre a amplitude do conceito de depressão. Durante as primeiras décadas do séc. XX, a aparente unidade obtida pelo conceito de insanidade <sup>maníaco-depressiva</sup> sofreu vigorosas críticas dos defensores de posições antinossológicas e paralelamente permitiu a criação de grupos diagnósticos suplementares como "depressão reativa". As distinções "endógeno" vs "reativa" e posteriormente "psicótica" vs "neurótica" foram propostas e vários debates realizados sobre a validade da utilização de certos critérios classificatórios (Klerman, 1981). O fato é que com a evolução do conhecimento psiquiátrico várias posições teóricas de diferentes autores e escolas diversificaram a abordagem dos estados depressivos levando a uma certa confusão na utilização e significado da nomenclatura empregada. Na tentativa de compreender a evolução dos conceitos e clarear o entendimento num território tão controverso, passaremos em breve revisão as principais fontes de discordância no estabelecimento das classificações dos estados depressivos.

#### Dualistas e Unicistas

Uma das primeiras controvérsias na classificação das depressões surgiu com a polémica entre os defensores da posição nosológica dualista (categorial) e os que postulavam uma visão unicista (dimensional) na abordagem dos estados depressivos.

A posição dualista apoia-se na distinção entre a depressão da psicose maníco-depressiva e aquelas relacionadas com eventos da vida estabelecida por Kraepelin e posteriormente sistematizada por Lange (depressão endógena vs reativa). Essa classificação presuppõe uma base biológica para as depressões endógenas e uma base psico-sócio-ambiental para as depressões reativas, sendo portanto, baseada essencialmente no critério etiológico.

A dicotomia endógena vs reativa exerceu uma grande influência na Psiquiatria, sobretudo na europa e vários autores sustentavam posições dualistas, adaltonando contribuições no sentido de evidenciar diferenças categoriais entre os dois tipos de depressão. Schneider (1969) por exemplo, afirmava que na depressão endógena a qualidade da tristeza patológica é fenomenologicamente particular, trata-se, para ele, de um sentimento de déficit quase biológico ao qual denominou "depressão vital".

Em 1929, Gillespie (1929), após estudar um grupo de 25 pacientes deprimidos propôs que haveria três tipos de depressão: reativa, autônoma e involutivas. Segundo o autor, não haveria qualquer diferença na frequência dos fatores desencadeantes entre os grupos reativo e autônomo. A diferença principal era a "reatividade": deprimidos reativos apresentariam respostas emocionais às mudanças ambientais, enquanto os pacientes autônomos apresentariam uma falta de reatividade. Gillespie, não atribuiu nenhum significado etiológico ao termo reativo. No entanto, quando suas posições foram relacionadas às de Kraepelin, o grupo "autônomo" foi identificado ao "endógeno" e o grupo "reativo" ao "exógeno", os conceitos etiológicos e descritivos foram confundidos e utilizados alternativamente.

Segundo Mendels (1970) este equívoco se agravou a partir de 1940 quando o uso crescente da eletroconvulsoterapia (ECT) em casos de depressão levou a uma classificação de pacientes deprimidos em função de sua resposta a este tipo de tratamento e à mudança no conceito de depressão endógena. O ponto era que os pacientes endogenamente deprimidos respondiam muito melhor à ECT do que pacientes com depressão reativa. Porém, os pacientes que respondiam bem à ECT nem sempre se encaixavam nos critérios de Kraepelin para a depressão endógena.

Progressivamente, foram propostas outras dicotomias no interior do grupo das depressões – psicótica vs neurótica, bipolar vs unipolar – que oriaram uma multiplicidade de termos e provocaram desacordos semânticos entre escolas psiquiátricas.

A posição unicista, originou-se na formulação psicobiológica de Meyer, essencialmente antinossológica, que não estabelecia diferenças qualitativas e sim quantitativas entre os diferentes estados depressivos. Os adeptos da visão unicista ressaltavam as semelhanças subjacentes comuns às síndromes depressivas e defendiam a opinião de que as várias formas de depressão expressavam um único distúrbio. Nesse sentido, a depressão fazia parte da gama de experiências humanas como uma das formas de reação do organismo à determinadas mudanças ou influências ambientais (Kendell, 1976).

Mapother (1926) por exemplo, recusava a dicotomia endógeno/reativa por acreditar na existência de um continuum entre as duas, criticando a validade da distinção baseada em critérios sintomáticos e de resposta ao tratamento. Na mesma linha de raciocínio Lewis (1934) afirmava não existir diferenças

fundamentais entre as depressões endógenas e reativas, acreditando que a classificação baseada na sintomatologia nada mais consegue senão distinguir formas agudas, crônicas e atenuadas de um mesmo distúrbio.

Outros autores (Curran e Mallison, 1941; Curran, 1937) defenderam posições unicistas que, durante os anos 30 e 40, principalmente nos Estados Unidos, ganhavam certo destaque. A partir dos anos 50, com o desenvolvimento da psicofarmacologia, a abordagem dualista voltou a ocupar o primeiro plano. O debate em torno de cada uma das posições teóricas, fundamentou os pontos de vista de duas tradicionais escolas psiquiátricas inglesas: A primeira, do Hospital Maudsley, representada atualmente pelos pontos de vista de Kendell e colaboradores, defende uma posição unicista, enquanto a segunda, a Escola de Newcastle, cujo representante mais expoente é Roth, defende a abordagem dualista. O debate entre essas duas Escolas é comentado no próximo capítulo demonstrando que antigas divergências no campo da nosologia das depressões ainda permanecem um assunto contemporâneo.

### **Depressão Psicótica e Neurótica**

O termo "psicose" foi criado por Feuchtersleben em 1845 como sinônimo de doença mental e foi derivado por analogia ao termo "neurose" introduzido por Cullen em 1777, de conotação fundamentalmente etiológica, na medida em que caracterizava as doenças cuja origem se supunha ser o sistema nervoso

(Laplanche e Pontalis, 1973). Contrariamente, o termo "psicose" designava simplesmente o objeto de estudo da Psiquiatria, ou seja, as doenças mentais em geral, a insanidade, a alienação, não implicando em teoria etiopatogênica de doença. Enquanto o conceito de neurose englobava entidades como a coreia, a epilepsia, a histeria, a doença de Parkinson e a hipocondria, o de psicose correspondia à loucura.

Em 1894, Freud apud Pichot (1983) publica um artigo criticando a importância excessiva do papel da hereditariedade na etiologia das neuroses e expõe sua teoria segundo a qual "na vida sexual do indivíduo" está a origem específica desses distúrbios. Em 1898 Freud utiliza o termo "neurose verdadeira" (aktual neurosen) para designar a neurose de angústia e a neurastenia, finalmente em 1906 afirmava que "o agente causal das neuroses não é o conflito psíquico, mas a repressão do conflito" (Laplanche e Pontalis, 1973).

Desse modo, em torno de 1900 sob a influência da psicanálise e da individualização e progressiva especialização da neurologia, certas neuroses passaram a pertencer a área psiquiátrica, operando-se gradativamente a separação entre as neuroses psicológicas e as neuroses do sistema nervoso.

A diferenciação no conceito de neurose influenciou a noção de psicose que passou então a representar, sobretudo para as Escolas fenomenológicas de língua alemã, certos distúrbios psiquiátricos que apresentavam sintomas como "ausência de consciência do estado mórbido", "perda do contato com a realidade", cujo o protótipo era o "delírio". Nessa perspectiva, falar de depressão psicótica equivale referir-se à "melancolia" como descreve Tellenbach (1976). A substituição do termo "insanidade" por "psicose" maníaco-depressiva, fez com

que muitos autores os considerassem sinônimos o que gerou a ambigüidade da expressão "depressão psicótica" ora significando presença de delírio, ora endogenicidade.

Segundo Pichot (1978a), deve-se ao psicanalista Rado em 1926 a primeira utilização do termo "depressão neurótica" definida como um tipo de melancolia parcial do ego, cujo paciente mantém-se inserido na realidade. O termo utilizado por Rado, reapareceria em 1945 na Classificação de Distúrbios Mentais das Forças Armadas dos Estados Unidos substituindo a expressão "depressão reativa" do grupo das psiconeuroses, que passou a se chamar "reação depressiva neurótica". Nessa classificação, a categoria "distúrbios afetivos" do grupo "distúrbios psicóticos", descreve três tipos de reações:

- i) Reação maníaco-depressiva
- ii) Reação depressiva psicótica
- iii) Melancolia involutiva.

O critério de distinção entre as reações depressivas "psicótica" e "neurótica" foi o de intensidade das manifestações psicopatológicas, caracterizando assim, a utilização de um duplo critério de classificação, o etiológico (psicótico vs neurótico) e o semiológico (intensidade dos sintomas) (Zimmerman e col., 1985).

A noção de "reação depressiva neurótica" foi adotada nos Estados Unidos de forma praticamente unânime, todavia, na Europa, a expressão consagrada foi "depressão neurótica". Vários autores empregaram os termos "neurótico" e

"reativo" alternativamente para caracterizar a mesma categoria de depressão (Pichot, 1978b).

Inicialmente, proposta para assinalar a presença de sintomas depressivos em pacientes que não perderam o contato com a realidade, o termo "depressão neurótica" foi também concebido para indicar a ocorrência de depressão num paciente neurótico ou ainda refletir a existência de "descompensação" de uma personalidade neurótica (Pichot, 1978b), é ainda entendida como um tipo menor de depressão, de sintomatologia menos grave e relacionada com eventos da vida (Akiskal, 1983a; Klerman e col., 1979) não há, portanto, concordância na utilização do termo.

#### Depressão Unipolar e Bipolar

A unidade da psicose maníaco-depressiva proposta por Kraepelin sofreria uma cisão irreversível a partir de 1957 quando Leonhard apud Nowicka (1979) propôs dividi-las em formas unipolar (UP) e bipolar (BP). A forma UP foi definida pela existência de episódios exclusivamente depressivos, enquanto a forma BP consistia na existência de alternância ou associação de episódios maníacos e depressivos. Leonhard observou que as psicoses endógenas eram mais frequentes nos familiares de pacientes BP em comparação com os UP; baseando-se nessa observação, propôs a hipótese que as depressões UP e BP eram doenças diferentes. Essa proposta foi posteriormente reforçada por dois estudos

publicados em 1966 e realizados por investigadores independentes: Angst (1966) na Suíça e Perris (1966) na Suécia que encontraram diferenças genéticas, sintomáticas, neurofisiológicas, evolutivas e terapêuticas entre as formas UP e BP. Posteriormente, Winokur e Clayton (1967) demonstraram, do mesmo modo, a existência de diferenças genéticas e clínicas entre essas duas formas de depressão. Esses estudos, provocaram um substancial impacto nas investigações sobre distúrbios afetivos e posteriormente, um grande número de contribuições procedentes de áreas genéticas, bioquímicas e farmacológicas têm apoiado a validade desta dicotomia.

O desenvolvimento da pesquisa tem adicionado novos conhecimentos sobre as depressões UP e BP. Vários estudos, por exemplo, têm sugerido a existência de subgrupos distintos no interior de cada uma dessas formas de depressão, contestando, desse modo, a suposta homogeneidade das depressões UP e BP.

Fieve e Dunner (1975) propuseram a divisão da forma BP em subgrupos I e II, utilizando como critério diferencial a história pessoal de pelo menos um episódio de mania (bipolar I) ou hipomania (bipolar II). Depue e Monroe (1983) sugeriram uma sub-classificação dos distúrbios bipolares acrescentando um subgrupo BP III caracterizado por:

- i) Pelo menos uma hospitalização por depressão.
- ii) Ausência de episódios maníacos ou hipomaníacos.
- iii) Presença de história familiar de mania ou hipomania.

Um estudo de Taylor e Abrams (1981) identificou um aumento da morbidade familiar entre pacientes deprimidos bipolares cuja doença teve início antes dos 30 anos em comparação com um outro grupo de bipolares cujo o primeiro episódio ocorreu após os 30 anos. Para os autores o primeiro episódio em indivíduos mais jovens reflete um genótipo mais grave para a doença.

As depressões unipolares têm sido consideradas um grupo mais heterogêneo do que as bipolares (Malt, 1983). Andreasen e Winokur (1979) dividiram as depressões UP em três subgrupos: doença depressiva pura (apenas antecedentes familiares de depressão), espectro de doenças depressivas (antecedentes familiares de alcoolismo, personalidade anti-social, abuso de drogas e histeria) e doença depressiva não familiar (ausência de antecedentes familiares de distúrbio psiquiátrico). Mendlewicz e Baron (1981) encontraram diferenças na morbidade familiar para a depressão significativamente maior entre pacientes unipolares cuja doença teve início antes dos 40 anos. Kupfer e col (1975) verificaram que um subgrupo de pacientes deprimidos unipolares apresentaram uma resposta terapêutica ao lítio semelhante aos pacientes bipolares.

A dicotomia UP vs BP ao questionar a homogeneidade da psicose maníaco-depressiva e concluir pela existência de duas doenças distintas, representou uma contribuição de grande interesse para a nosologia das depressões. Atualmente a classificação proposta por Leonhard compõe a maior parte das classificações oficiais e é apoiada por um grande número de evidências. Existem, todavia, certos limites entre os critérios conceituais e diferenciais dessas

### Diferenças entre Depressões Unipolares e Bipolares

	UNIPOLAR	BIPOLAR
História de mania ou hipomania	Não	Sim
Idade de começo	40-60 anos	20-30 anos
Sexo	F > M	Igual
Personalidade	Compulsiva, dependente ou introvertida	Ciclotímica, extrovertida ou compulsiva
Perfil sintomático: Atividade psicomotora	agitação > inibição	Inibição > agitação
Sono	insônia > hipersonia	hipersonia > insônia
queixas somáticas e ansiedade	mais frequente	menos frequente
Começo do episódio	abrupto ou insidioso	geralmente abrupto
Duração do episódio	3 a 9 meses	mais curtos
Número de episódios	poucos	numerosos
Relação com o pós-parto	menos comum	mais comum
História familiar		
Bipolar	mais ou menos	sim
Unipolar	sim	sim
Alcoolismo	sim	mais ou menos
Resposta terapêutica	efeito profilático modesto	efeito profilático bom

categorias que representam fontes de dificuldades diagnósticas. É o caso, por exemplo, da ocorrência do primeiro episódio depressivo num paciente sem história de mania ou hipomania. Nestes casos a classificação UP e BP não pode ser aplicada (Van Praag, 1982). Por outro lado, não existe um acordo em relação ao número mínimo de episódios depressivos necessários para o diagnóstico de distúrbio UP. Outro antigo problema é o da existência de depressões endógenas que ocorrem após os 50 anos em indivíduos sem antecedentes psiquiátricos. Esses casos – denominados inicialmente por Kraepelin "Melancolia" – constituiriam um grupo independente? As designações "Melancolia ou Depressão de involução" foram abandonadas e segundo Pichot (1978b) é possível que possa tratar-se de um distúrbio depressivo endógeno unipolar que apresentaria assim duas formas uma de início precoce e outra de início tardio.

#### **Depressão e Personalidade Depressiva**

As relações entre doença afetiva e distúrbio da personalidade são múltiplas e têm sido abordadas de diferentes modos. Esses distúrbios têm sido considerados tanto uma categoria independente, quanto uma forma atenuada ou alternativa de doença afetiva. Outros enfoques destacam sua importância como agente predisponente ou modificador do episódio depressivo, ou ainda, podendo representar uma seqüela da doença. Essa multiplicidade de enfoques reflete antigas discordâncias entre escolas psiquiátricas. Segundo Mayer-Gross e col.

(1972), uma fonte histórica de dificuldades residiu no obstáculo, primariamente clínico e secundariamente teórico, de distinguir os distúrbios de personalidade das psicoses de um lado, e das neuroses de outro.

Em 1899, Kraepelin apud Guiraud (1973) ao classificar o grupo dos distúrbios afetivos considerados endógenos, incluiu nesta categoria os chamados "estados fundamentais" ou "predisponentes", considerados desvios mórbidos do humor que ocorrem antes dos episódios e durante os intervalos livres. Segundo Kraepelin a existência de certas características duradouras da personalidade são muito frequentes na história pré-mórbida de pacientes maníacos-depressivos. Desse modo, foram descritas as personalidades ou predisposições excitada (maníaca), depressiva, irritável (mista) e ciclofímica. Esta última caracterizada por alternância de traços depressivos e maníacos, foi considerada por Kraepelin como geneticamente determinada e representando uma forma precursora, frusta ou atenuada da psicose maníaco-depressiva, (Akiskal e col. 1983b).

Nos Estados Unidos a escola psicobiológica de Meyer apud Lidz (1973) negava a validade de qualquer distinção entre distúrbio de personalidade e doença afetiva. Segundo esta escola, qualquer manifestação incomum ou patológica seria uma forma de reação frente a características particulares do ambiente; a psicose, os distúrbios de personalidade e as neuroses seriam partes diferentes do espectro psiquiátrico de gradação contínua de um extremo a outro.

Apesar de Freud ter aceito a influência da constituição herdada e congênita na personalidade, na visão psicanalítica o distúrbio básico, quer nas personalidades anormais, quer nas psicoses ou nas neuroses, é o desvio do desenvolvimento psicológico ocorrido na primeira infância. Segundo Mayer-Gross

e col. (1972) "o que se postula, no fundo é uma anormalidade de constituição, atribuída à causas ambientais".

É na escola psiquiátrica alemã que vamos encontrar o maior número de contribuições sobre o problema das interrelações entre personalidade e doença afetiva. Jaspers (1973) foi o primeiro a estabelecer uma distinção marcada entre desenvolvimento da personalidade e processo de adoecer, provocando muita controvérsia e muita digressão teórica. Segundo Jaspers, o desenvolvimento da personalidade era considerado uma seqüência compreensível de mudança, enquanto o processo representava algo de novo e estranho, não dedutível do que se conhecia da personalidade anterior. Kretschmer (1947) divergiu completamente de Jaspers e fundou a doutrina constitucionalista, segundo a qual era possível estágios transitórios entre as personalidades e as psicoses. Segundo o ponto de vista Kraepeliniano de unidade das psicoses maníaco-depressiva, Kretschmer descreveu os temperamentos ciclofímicos e cicloídeos considerados estados intermediários, fronteiriços entre a saúde e a doença. Bumke (1946) ampliou as idéias de Kretschmer e substituiu o termo "ciclofímico" por "timopata", estendendo o conceito aos mais diversos tipos de personalidade.

Apesar da enorme influência da doutrina constitucionalista, a principal corrente da Psiquiatria Alemã, não seguiu esta linha de pensamento e os conceitos Jaspersianos de desenvolvimento e de processo adquiriram uma grande importância. Adotando este ponto de vista, Schneider (1984) ao estudar as personalidades psicopáticas, estende as observações de Kraepelin, descrevendo os tipos "depressivos" e "hiperfímicos" (duas predisposições básicas do esquema Kraepeliniano). A posição de Schneider é descritiva e operacional e apesar de admitir que as constituições pânico-sintomáticas tendem mais à depressão

ciclotímica\*, rechaça qualquer possibilidade de transição entre os dois tipos de personalidade e a doença maníaco-depressiva. Schneider reconhece que existem episódios leves da doença cuja sintomatologia aproxima-se de certas personalidades anormais e de certas reações anormais à vivências além do que, muitas personalidades anormais oscilam, também, episódica e periodicamente em seus traços característicos. Ambos os fatos, segundo ele, dificultam muitas vezes o diagnóstico diferencial.

A depressão associada à personalidade depressiva foi descrita por Ey (1954) como "um desvio do humor para a tristeza que se desenvolve lentamente a partir de uma estrutura de personalidade com tendência a elaborar os eventos sob o prisma depressivo. Esses indivíduos parecem manipular e utilizar a doença que aparece como acoplada "un parti pris". A depressão torna-se finalmente um estilo mórbido de vida caracterizada por uma cristalização dos sentimentos do pensamento e do comportamento em torno de um núcleo depressivo irreversível".

Akiskal e col. (1980) ao estudarem as depressões caracterológicas afirmam sua heterogeneidade demonstrando que 40% entre elas responderam ao tratamento farmacológico e apresentaram características que as aproximam das depressões primárias. Nestes casos os autores propõem a terminologia "distímia subafetiva". Por outro lado, 60% das depressões caracterológicas estudadas por Akiskal e col. (1980) não responderam ao tratamento farmacológico e

---

\* Expressão preferida por Schneider para descrever a fase depressiva da psicose maníaco-depressiva.

apresentaram uma disforia crônica moderada com traços instáveis de personalidade denominadas por eles de "espectro de distúrbio do caráter".

Os resultados encontrados por Akiskal e col. foram posteriormente confirmados por diversos autores (Stewart e col. 1983; Paykel e col. 1988; Davidson e col. 1988; Kocsis, 1988; Barret, 1984; Keller e col. 1983); um número significativo de pacientes que parecem compor um grupo heterogêneo de distúrbio (depressão menor crônica, depressão neurótica, neurose depressiva, depressão caracterológica, personalidade depressiva, disforia crônica, depressão intermitente), respondem à farmacoterapia antidepressiva convencional. Portanto, desde que se considere a resposta ao tratamento farmacológico como uma das formas aceitas para validação de entidades clínicas, estas evidências parecem confirmar o ponto de vista Kraepeliniano que admite certas formas de personalidade depressivas como expressões subsindrômicas de doença afetiva.

Apesar do significativo progresso na pesquisa das relações entre depressão e personalidade depressiva, as conclusões ainda são bastante controversas, sujeitas à muitas interpretações, baseadas em evidências empíricas e sem respostas conclusivas para muitas questões.

### **Depressão e Ansiedade**

Durante muito tempo a afetividade foi compreendida como certos "estados de espírito" que, por introspecção, cada adulto pode reconhecer em si próprio e.

por extrapolação, presume estejam presentes em outros seres humanos e animais superiores. Assim, o estudo dos afetos, foi primariamente domínio dos filósofos (Pelicier, 1977). A primeira descrição clínica de um estado ansioso foi realizada em 1871 por DaCosta (1871) ao se referir a uma síndrome somática caracterizada por diarréia e dor cardíaca, observada em soldados durante a guerra franco-prussiana, denominada originalmente "síndrome do coração irritável".

Em 1894, Freud (1976) descreveu a "neurose de ansiedade" distinguindo-a da ansiedade normal e das outras psiconeuroses ao separar da "neurastenia" anteriormente descrita por Beard apud Carrete (1980) um grupo de sintomas caracterizados por ansiedade flutuante, crises de ansiedade e manifestações somáticas. Freud observou que essas manifestações clínicas ocorriam em pacientes cujas necessidades sexuais eram contrariadas como por exemplo, no coito interrompido e a partir dessas constatações elaborou sua primeira concepção etiológica da ansiedade, como resultante da não satisfação de necessidades sexuais. Em 1925, Freud (1976) revisou sua concepção e introduziu o termo "ansiedade automática" para se referir a uma resposta espontânea do organismo, um sinal de alarme, motivado por uma "situação traumática".

Não obstante a formulação Freudiana manter uma nítida distinção entre ansiedade e depressão, a prática clínica tem demonstrado que essas manifestações se sobrepõem consideravelmente. Segundo Lader (1970) o interrelacionamento da ansiedade e da depressão é muito complexo e manifestações puras de ansiedade na cultura são raras. Para ele, "num exame cuidadoso usualmente se encontra uma mistura de depressão". Mead (1973)

afirma que a ansiedade frequentemente assinala a presença de uma depressão subjacente ou pode ser o indicador que prediz a possibilidade do aparecimento da depressão num curto período de tempo. West e Dally (1959) denominaram "depressão atípica" as características de um grupo de pacientes que apresentavam traços histéricos, sintomas fóbicos e de angústia, tremores, fadiga, dificuldade de adormecer e que responderam satisfatoriamente ao tratamento com iproniazida. Akiskal (1986) afirma ser possível a coexistência de ansiedade e depressão como um subtipo de distúrbio afetivo sem inibição, que é qualitativamente diferente da forma inibida (tipicamente endógena e com frequência bipolar).

As interrelações entre estados ansiosos e depressivos têm sido historicamente motivo de discordância entre diferentes autores. Dois principais pontos de vista parecem constituir a origem dessas divergências: O primeiro, herança da abordagem dimensional Meyeriana, defende a posição de que os estados ansiosos fazem parte de um contínuo no contexto dos distúrbios afetivos. Mapother (1926) por exemplo, incluiu as neuroses ansiosas como uma forma de depressão, fazendo parte do grupo dos distúrbios maníaco-depressivos. Na mesma perspectiva Lewis (1934) dividiu os distúrbios maníaco-depressivos em três subgrupos, cada um apresentando formas maiores e menores; no terceiro subgrupo "depressão agitada" é a forma maior e "neurose de ansiedade" a menor. Eysenck (1960) baseado no seu modelo dimensional de personalidade normal e neurótica, propõe uma relação similar entre ansiedade e depressão. Para ele, a combinação acentuada de introversão e neuroticismo produz uma distímia individual que predispõe à ansiedade, fobias, obsessões e reações depressivas.

O segundo ponto de vista é categorial e se insere na tradição da nosologia Kraepeliniana segundo a qual os estados ansiosos e depressivos constituem entidades distintas. Nessa linha de pensamento, Buzzard (1926) insiste na discriminação entre psicose maniaco-depressiva e estados de ansiedade, ressaltando sua importância para o prognóstico e o tratamento. Ross apud Rogerson (1940) afirma existir diferenças fundamentais entre os dois distúrbios e descreve pacientes ansiosos cujas manifestações como palpitações, rubor facial e tremores estão em primeiro plano. Garmany (1956) diferenciou as reações depressivas dos estados ansiosos baseado no humor prevalente, caracterizado por tristeza nas depressões e tensão na ansiedade.

Para Caetano (1980) o problema da classificação dos distúrbios afetivos está intimamente ligado por um lado, com a distinção entre depressão e ansiedade, e por outro lado com a separação entre depressão endógena e reativa. Enquanto esse último problema tem sido estudado durante vários anos, a separação entre estados depressivos e ansiosos é de interesse bem mais recente. A partir dos anos 60 o uso de escalas de avaliação e a aplicação de métodos estatísticos multivariados foram utilizados como alternativas contemporâneas para elucidar os problemas de classificação dos distúrbios afetivos. Hamilton (1960) foi um dos primeiros a realizar um estudo empregando essa metodologia e a sua análise revelou um fator bipolar que contrastava a depressão inibida com estados ansiosos. Vários outros autores como (Roth, 1979; Paykel, 1971; Flets e col. 1971; Lorr e Hamlin, 1971; Roth e col. 1972; Derogatis e col. 1972; Prusoff e Klerman, 1974; Roth e Mountjoy, 1981a e mais recentemente Caetano e col. 1985), utilizaram métodos estatísticos multivariados para análise do problema das interrelações entre os estados depressivos e ansiosos. Os

resultados desses estudos têm apoiado o ponto de vista categorial, demonstrando uma separação entre as duas entidades. Essas evidências têm sido confirmadas por investigações biológicas (Noyes e col. 1978; Curtis e col. 1982; Akiskal e col. 1985) que, do mesmo modo, identificaram características distintas entre depressões e estados ansiosos. Ao revisar grande parte da literatura sobre o problema da separação entre ansiedade e depressão, McNair e Fisher (1982) chegaram as seguintes conclusões:

i) É mais fácil separar a ansiedade com pânico da depressão endógena do que distinguir os diagnósticos tradicionais de "neuroses ansiosas" e "depressivas".

ii) Podem haver cinco ou mais grupos diagnósticos entre as duas categorias tradicionais combinadas.

iii) O diagnóstico clínico é superior quando comparado aos procedimentos psicométricos na separação dessas duas categorias em pacientes "neuróticos" ambulatoriais.

iv) A confiabilidade diagnóstica continua sendo péssima para as categorias tradicionais de neuróticos, contudo as definições operacionais, relativamente pouco ambíguas em relação às características necessárias e suficientes para o diagnóstico, podem tornar a confiabilidade alcançável.

## CAPÍTULO II. TENDÊNCIAS CONTEMPORÂNEAS

A nosologia das depressões no período pós-Kraepeliniano, foi gradativamente se caracterizando por uma proliferação de classificações que, na prática, refletiam as divergências de concepções teóricas sobre os estados depressivos entre diferentes autores e escolas. As controvérsias giravam em torno da unidade, dualidade ou pluralidade desses distúrbios, assim como dos seus limites e diferenças entre as neuroses e os distúrbios de personalidade. Esse fenômeno, também acontecia com outras categorias nosológicas e caracterizou um período de crise do diagnóstico psiquiátrico que antecedeu o início dos anos 60, ganhando posteriormente grande repercussão tanto a nível da comunidade científica, quanto do grande público.

O predomínio da doutrina psicanalítica, particularmente nos Estados Unidos, contribuiu para uma certa negligência do diagnóstico e ao desenvolvimento de posições antinosológicas. Menninger (1963), por exemplo, afirmou em 1963 que "a classificação de pacientes psiquiátricos é desnecessária e não científica..." e que "todas as doenças mentais são essencialmente iguais só diferindo quanto ao seu grau e forma". Os adeptos dessa visão, não aceitavam o modelo médico na abordagem dos distúrbios psiquiátricos e conseqüentemente não viam o diagnóstico como uma prática necessária. A posição antinosológica e as divergências diagnósticas produziram consequências nefastas tanto para a prática clínica (Pope e Lipinski, 1978), quanto para a pesquisa (Klerman, 1971) e a epidemiologia (Weissman Klerman, 1978). A ausência de um acordo satisfatório

entre os psiquiatras em relação ao diagnóstico, levou a um questionamento da credibilidade da Psiquiatria (Costa e Silva, 1986).

Ao contrário das outras especialidades médicas, onde as entidades mórbidas são identificadas através de alterações somáticas objetiváveis, o diagnóstico em Psiquiatria continua dependente quase que exclusivamente das alterações psioopatológicas. Feinstein (1977) afirma que a nosologia psiquiátrica ainda está na era da antiguidade, quando a doença era definida apenas por sintomas e síndromes. Para Kendell (1975), isso torna o diagnóstico psiquiátrico um processo meramente de detecção e descrição de sintomas observados com vistas ao reconhecimento de um padrão (síndrome), o que seria uma vantagem se os psiquiatras pudessem concordar quanto a esses aspectos.

A concordância entre duas ou mais pessoas quanto a existência de um determinado fenômeno denomina-se confiabilidade ou fidedignidade ("reliability"). Aplicada ao diagnóstico psiquiátrico, a noção de confiabilidade tem sido uma antiga preocupação dos pesquisadores. Segundo Caetano (1978) os primeiros estudos sobre o assunto datam da década de 30, mas eles apresentavam importantes falhas metodológicas que influenciaram os resultados encontrados de baixa confiabilidade diagnóstica. Posteriormente, outros estudos, possibilitando maior controle das variáveis, constituíram o início da tomada de consciência do grave problema de desacordo diagnóstico entre psiquiatras.

Pasamanick e col. (1959) realizaram um estudo numa população de 538 pacientes do sexo feminino, admitidas ao acaso em três diferentes enfermarias do Columbus Psychiatric Institute, durante um período de dois anos. Os resultados mostraram uma grande discrepância na distribuição diagnóstica e os autores

concluíram que "os psiquiatras, ao diagnosticar enfatizaram aquelas características e atributos de seus pacientes que foram relevantes aos seus próprios sistemas teóricos de pensamento". Este foi um dos primeiros estudos a ressaltar a influência das concepções teóricas dos psiquiatras como fonte de discordância no diagnóstico.

Kreitman e col. (1961) estudaram 90 pacientes ingleses encaminhados para a consulta ambulatorial e que foram entrevistados independentemente por psiquiatras assistentes e pesquisadores. Esses psiquiatras deveriam avaliar a presença ou ausência de 24 sintomas e as únicas fontes de informações para ambos os grupos foram o próprio paciente, um membro da família e a carta de encaminhamento. Os resultados indicaram uma porcentagem de concordância de apenas 46%.

Kramer (1969) num estudo transnacional demonstrou em 1969 que, na primeira admissão, a psicose maníaco-depressiva (PMD) no grupo de pacientes entre 55 e 64 anos é vinte vezes mais diagnosticada na Inglaterra e País de Gales que nos Estados Unidos. As diferenças foram tão significativas, que o autor supôs serem elas causadas por diferenças nos hábitos diagnósticos dos psiquiatras daqueles países.

Para verificar essa hipótese, Cooper e col. (1972) realizaram um estudo envolvendo um grupo de pesquisadores ingleses e americanos e compararam, inicialmente, a relação entre as estatísticas de internação em dois hospitais psiquiátricos (um em Nova York e outro em Londres) e os diagnósticos atribuídos pelos pesquisadores e 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.

Os resultados da primeira etapa, evidenciaram grandes discrepâncias entre diagnósticos do hospital e dos pesquisadores, que foram maiores em algumas categorias, principalmente na mania. 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.

A relação entre as tendências diagnósticas da Inglaterra, Alemanha e França foi explorada e publicada por Kendell e col. (1974). Os resultados indicaram que apesar de haver um bom acordo no diagnóstico de esquizofrenia, diferenças marcantes foram encontradas no diagnóstico de psicose maníaco-depressiva. Os ingleses fizeram este diagnóstico em 23% dos casos, os alemães em 14% e os franceses em apenas 5%.

Em 1974, Spitzer e Fleis (1974) realizaram uma revisão de seis importantes estudos sobre a confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico e aplicaram o coeficiente KAPPA à análise dos seus resultados\*. Este coeficiente foi

---

\* Nesses estudos, a medida da confiabilidade foi realizada pela percentagem de concordância obtida entre as várias categorias diagnósticas.

desenvolvido em 1960 por Cohen (1960) e avalia a correlação Intra-classe (relação entre a concordância obtida e a esperada), objetivando, portanto, medir as concordâncias que se situem acima da casualidade. O KAPPA, é obtido pela fórmula:

$$k = \frac{P_o - P_c}{1 - P_o}$$

onde:

$P_o$  = concordância encontrada

$P_c$  = concordância produzida pelo acaso

As conclusões da re-análise de Spitzer e Fleis (1974), indicaram que a confiabilidade variou bastante e só foi satisfatória nos casos de deficiência mental, síndrome cerebral orgânica (excluindo os subtipos) e alcoolismo. Nos distúrbios afetivos e esquizofrenia foi apenas razoável, sendo muito baixa para as neuroses e distúrbios de personalidade. Os autores concluíram ainda que, dentro do período coberto pelos estudos, cerca de 30 anos, a confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos não sofreu alterações.

Inúmeras variáveis têm sido identificadas como fontes de discordâncias diagnósticas entre psiquiatras. Assim, para Spitzer e col. (1975) o desacordo pode ser condicionado por cinco tipos principais de variação :

- i) Relativas ao paciente.
- ii) Relativas a ocasião.
- iii) Relativas à informação.
- iv) Relativas à observação.
- v) Relativas ao critério de diagnóstico.

Caetano (1978) dividiu as causas de baixa confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico em dois grupos: no primeiro ele relacionou aquelas atribuídas às características do psiquiatra (concepções teóricas, experiência profissional, influências interpessoais e classe social) e no segundo grupo foram identificadas as causas que dizem respeito ao processo diagnóstico (técnica de entrevista, percepção da patologia, importância atribuída ao sintoma e o sistema de classificação utilizado).

Bastos (1985) acredita que, afastados dois grandes obstáculos: i) a diversidade das técnicas ii) a imperfeição da nomenclatura e das classificações psiquiátricas, a confiabilidade do diagnóstico poderá ser aumentada. De fato, o estudo realizado por Beck e col. (1962) reforça esta opinião. Neste estudo, o autor detectou que em apenas 5% dos casos o paciente era o responsável pela discordância. As dúvidas dos diagnosticoadores foram responsáveis por 32,5% e as inadequações da nomenclatura utilizada foi atribuído 62,5% das discordâncias. Como afirma Mundin (1980) "o estudo de Beck e col. (1962) marcou um momento decisivo: o reconhecimento de que havia algo de podre no reino da Dinamarca".

Em 1971, por ocasião de um simpósio sobre o diagnóstico em Psiquiatria durante o X Congresso de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Brasil, Loreto (1984) afirmou: "a grande deficiência da maior parte das nosologias psiquiátricas vigentes é sem dúvida, sua fundamentação em critérios mistos, ao mesmo tempo sindrômicos e etiopatogênicos. Desde que, numa parcela ponderável de casos, a valorização do fator etiológico depende muito mais da posição doutrinária do médico do que de alguma evidência retirada do exame clínico, essa mistura de critérios fatalmente impossibilita uma rotulação uniforme e coerente dos mesmos. Daí a necessidade de, se tentar primeiramente atingir um consenso amplo em torno de categorias puramente sindrômicas".

Tentando sistematizar a evolução do conhecimento no campo da nosologia dos estados depressivos nos últimos trinta anos, são descritas cronologicamente neste capítulo, três linhas de pesquisas contemporâneas que nasceram desse movimento de busca de consenso diagnóstico entre psiquiatras; trata-se da abordagem sindrômica quantitativa, do diagnóstico computadorizado e das nosologias baseadas em critérios operacionais para o diagnóstico.

## II.1 Abordagem Sindrômica Quantitativa

A abordagem sindrômica quantitativa empregada com fins de melhorar a confiabilidade do diagnóstico, parte do princípio de que na Psiquiatria, somente o grupo relativamente restrito das doenças orgânicas, pode ser classificado tendo por base o agente etiológico. Assim, considera bem mais pragmática a tentativa de estabelecer classificações puramente sindrômicas.

Classificações sindrômicas podem ser estabelecidas identificando-se perfis sintomáticos distintos que apareçam com maior frequência numa determinada população de pacientes. Ao considerar uma população heterogênea, onde cada indivíduo seja definido por uma série de variáveis quantificáveis, torna-se possível pesquisar nesta amostra a existência de subgrupos, oujas variáveis (sintomas) estejam relacionados entre si. Em termos médicos isto representa a identificação de constelações sindrômicas significativas.

O desenvolvimento dessa linha de pesquisa se baseia na abordagem dos sintomas psíquicos como variáveis quantitativas, visando o tratamento desses dados através de procedimentos estatísticos. Constitui portanto, objeto da chamada psicopatologia quantitativa.

A aplicação de métodos quantitativos em Psiquiatria é antiga. O primeiro estudo utilizando uma técnica estatística multivariada (análise fatorial) na área psiquiátrica foi o de Moore em 1930 (1930). Este autor, avaliou através de uma lista de 41 sintomas, as observações clínicas de 367 pacientes psicóticos e após a

análise fatorial, isolou dois grupos sintomáticos constituídos de "depressões lentificadas" e "depressões agitadas".

No Brasil, o pioneiro nestes estudos foi Freitas Jr. (1951) que, utilizando a mesma metodologia empregada por Moore, numa perspectiva puramente sindrômica, isolou numa população de 435 deprimidos ambulatoriais um fator considerado geral para as depressões e vários fatores específicos. Estes foram separados em dois grupos sintomáticos: "o primeiro ligado à astenia chamado hipopático e o segundo ligado à hiperemotividade, de hiperpático".

Naquela época, as dificuldades operacionais para a execução dessas pesquisas, sobretudo nos seus aspectos matemáticos, não estimularam o desenvolvimento de outros estudos. Somente no começo dos anos sessenta observa-se o resurgir do interesse por essas pesquisas.

### II.1.1 Instrumentos de Avaliação

A abordagem quantitativa em pesquisa psiquiátrica com o objetivo de isolar constelações sindrômicas, necessita inicialmente coletar os sintomas e transformá-los em números, ou seja, codificá-los numa linguagem operacional e posteriormente proceder o tratamento estatístico dos dados colhidos. A primeira etapa (coleta e qualificação dos sintomas) é realizada através da utilização dos instrumentos de avaliação (escalas e questionários), enquanto que a segunda, se efetua através da execução de técnicas estatísticas multivariadas.

#### Escalas de Avaliação

As escalas de avaliação são os instrumentos mais utilizados nos estudos quantitativos. Ao medir os sintomas e sinais, elas representam um procedimento de registro e quantificação do exame clínico. Elas são aplicadas por um observador que, ao transcrever para o instrumento o resultado do exame, "fotografa" os sintomas do paciente num determinado momento.

A técnica de utilização das escalas consiste no preenchimento de uma lista de itens previamente definidos, com o objetivo de obter uma informação estandardizada, diminuindo as diferenças de julgamento observadas habitualmente entre os examinadores. A sintomatologia do paciente é observada numa situação

semi-estandardizada e cada sintoma é avaliado quanto a sua presença, intensidade e/ou frequência (Sougey, 1987). O modo de registro é variável, segundo o tipo de escala, podendo ser dicotômico, onde o sintoma descrito está presente ou ausente (check-list) ou contém níveis de intensidade (rating).

Freqüentemente a avaliação tende a ser influenciada pelas características pessoais do examinador (concepções teóricas, percepção, relação com o paciente). Para diminuir essas influências, recomenda-se que antes da utilização da escala, realize-se um treinamento com o objetivo de "calibração" dos observadores, onde em situação experimental aplicarão o instrumento e posteriormente discutirão as divergências de opiniões surgidas. Para assegurar a qualidade dessa operação, estuda-se a confiabilidade do instrumento (Inter-judge reliability) (Bartko e Carpenter, 1976), onde dois ou mais observadores independentes avaliam vários pacientes com o mesmo instrumento e posteriormente calcula-se a correlação entre a série de valores obtidos. Quando o coeficiente de correlação é muito baixo, reformula-se de maneira mais precisa, a definição do item, podendo-se até eliminá-lo, se apesar de várias modificações tornou-se impossível atingir um nível suficiente de confiabilidade.

As escalas de avaliação têm sido amplamente utilizadas nos ensaios clínicos em psicofarmacologia, medindo as modificações sintomatológicas obtidas pelo efeito de um determinado medicamento. Esta é sua maior aplicação prática. No plano teórico elas têm possibilitado a análise do conteúdo sintomático de diferentes populações de pacientes através da abordagem estatística multivariada.

Entre as principais escalas de avaliação, construídas com o objetivo específico de avaliar a sintomatologia depressiva destacamos:

i) Escala de Depressão de Hamilton (1960). Descrita em 1960 ela é a escala mais utilizada mundialmente. A versão original continha 17 itens, cotados em três ou cinco níveis de intensidade, conforme o caso. Uma outra versão (Hamilton, 1967) é composta por 23 itens.

ii) Escala de Depressão do Centro de Saúde Mental de Massachussets (Weschler e col. 1964). Descrita em 1963 ela é composta por 28 itens cotados numa graduação de quatro ou seis pontos segundo o caso. A escala é subdividida em três grupos: atitudes e sentimentos do paciente (14 itens), comentários do paciente sobre suas funções fisiológicas (5 itens) e observações do examinador (9 itens).

iii) Escala de Depressão de Montgomery e Asberg apud Schalling e col. (1978). Extraída da Escala Compreensiva de Avaliação Psicopatológica (CPRS) e descrita em 1978. Ela contém 10 itens que segundo os autores, incluem a maioria dos sintomas característico da síndrome depressiva.

#### **Questionários ou Escalas de Auto-Avaliação**

Os questionários exploram diretamente os sintomas subjetivos, ou seja, a interpretação do observador não se interpõe entre o paciente e o que ele sente. Estes instrumentos são compostos por propostas (ou itens) que dizem respeito às

idéias, sentimentos, percepções e atitudes do paciente. Dois modos de respostas são possíveis:

i) Aquelas onde se solicita ao paciente dizer se o item é ou não aplicável ao que ele sente naquele momento (as respostas são do tipo "sim ou não" – "verdadeiro" ou "falso" em função da redação do item) Exemplo: Inventário Sintoma-Sinal de Foulds (1960).

ii) Aquelas onde o próprio paciente gradua sua resposta. Aqui, diversos procedimentos são empregados, o mais prático consiste em preparar para cada item várias proposições, correspondendo à diferentes intensidades do sintoma e perguntar ao paciente qual delas corresponde melhor ao seu estado atual. Exemplo: Questionário da depressão de Zung (1965).

Certos questionários cobrem uma vasta gama de características da personalidade e somente uma parte dos itens que os compõem, são específicos para sintomatologia. Outros são construídos com o objetivo específico de pesquisar uma determinada constelação de sintomas. Uma dificuldade freqüentemente encontrada nos questionários é que eles geralmente são compostos tanto por itens que dizem respeito ao estado habitual do paciente (p. ex. "meus familiares me consideram uma pessoa nervosa") quanto por itens sobre seu estado atual (p. ex. "a vida não me parece digna de ser vivida"). Do ponto de vista metodológico é indispensável um tratamento distinto para cada série de itens (Foulds e Caine, 1959), pois os primeiros exploram os elementos permanentes da personalidade, os segundos, os sintomas presentes no momento do exame. Um questionário destinado ao estudo da sintomatologia depressiva deve somente conter itens do segundo tipo.

Entre os questionários construídos especificamente para a pesquisa de sintomas depressivos destacam-se os seguintes:

i) O Inventário sintoma-sinal de Foulds (1960). Foi construído a partir de uma crítica do seu autor ao Inventário Multifásico de Personalidade Minnesota (M.M.P.I). Ele contém 86 itens que procuram cobrir os sintomas da depressão e, segundo o autor, são muito próximos das questões colocadas pelo psiquiatra no curso da entrevista. Trata-se de um "check-list" para respostas do tipo "sim" ou "não".

ii) O Inventário de Depressão de Beck (Beck e col. 1961). É um dos mais satisfatórios do ponto de vista metodológico. É composto por 21 itens, cada um constituído por quatro ou cinco propostas graduadas, entre as quais o paciente deve escolher a que melhor caracteriza o seu estado atual. Posteriormente, Beck (Beck e Beck, 1972) realizou uma revisão do questionário e construiu uma versão abreviada com 13 itens.

iii) O Inventário de Estado Depressivo de Zung (1965); descrito em 1965 tem sido um dos mais utilizados em pesquisas sobre depressão. Contém 20 itens cotados em quatro níveis de intensidade conforme o item.

## II.1.2. Métodos Estatísticos e Principais Estudos

No que diz respeito ao tratamento dos dados obtidos através dos instrumentos de avaliação, as perspectivas abertas pelo emprego de computadores colocaram num primeiro plano técnicas mais recentes como a análise multivariada. Esta abordagem, permite a análise de diversas variáveis aleatórias correlacionadas para um determinado número de indivíduos. Sua teoria supõe que o conjunto de variáveis aleatórias tenham uma distribuição normal multivariada. Esta suposição é cômoda e permite uma análise multivariada baseada na distribuição normal. Portanto, esta técnica que representa o conjunto de métodos estatísticos destinados a condensar, representar e interpretar múltiplos dados para cada indivíduo é considerada o modelo mais adequado para análise da sintomatologia psiquiátrica.

Para Pichot, (Pichot, 1970; Pichot, 1975) os dados quantitativos em Psiquiatria se adequam mal aos métodos estatísticos univariados. Segundo ele, "nas ciências humanas efetua-se simultaneamente várias medidas para cada indivíduo e é necessário não isolar artificialmente os diferentes parâmetros".

Três métodos de análise multivariada têm sido freqüentemente utilizados nas pesquisas sobre a sintomatologia das depressões: A análise fatorial, a análise discriminante e a análise em agrupamento ou em "clusters".

## Estudos Utilizando Análise Fatorial

A análise fatorial foi uma das técnicas mais utilizadas nas pesquisas quantitativas da sintomatologia depressiva. Do ponto de vista matemático ela consiste num método de condensação de um grande número de medidas interrelacionadas sobre um determinado fenômeno (Child, 1976). Em outras palavras, reduz-se o número de variáveis à dimensões subjacentes. Assim, por exemplo, pode-se demonstrar que os 18 itens da Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS, após um estudo fatorial (Pichot e col. 1969) foram reduzidos a quatro grupos. Ao invés de descrever a sintomatologia dos pacientes com 18 itens pode-se fazê-lo, sem perda importante de informação, com apenas 4 fatores. Cada um destes escores (de grupo) é obtido pela soma dos escores dos sintomas que pertencem a este grupo. Um fator corresponde, portanto, à dimensão sintomática que é medida por esse escore de grupo, chamado por esta razão de escore fatorial.

Os fatores permitem várias possibilidades de compreensão das relações que os itens mantêm entre si. A relação é expressa em termos de escores que variam de +1 a -1. Um escore alto (positivo ou negativo) indica que o item está intimamente relacionado com o fator e um escore zero ou quase zero indica pequena correlação. Um escore positivo significa uma relação direta entre o item e o fator; um escore negativo indica uma relação inversa.

Ao isolar dimensões que descrevem grupos de sintomas correlacionados, a análise fatorial possibilita a investigação objetiva da estrutura sintomatológica das

categorias de distúrbios. Assim, esta técnica foi utilizada em vários estudos para validação de classificações clínicas dos estados depressivos.

O estudo de Hamilton e White, (1959) retoma o interesse pela aplicação da análise fatorial, anteriormente interrompido. Estes autores objetivaram a experimentação da "Rating Scale for Depression" construída por Hamilton (1960) e utilizável na pesquisa de modelos sintomáticos e na avaliação de variações sintomatológicas decorrentes de tratamento farmacológico. Esta escala foi aplicada numa amostra de 44 pacientes deprimidos e a análise fatorial realizada produziu 4 fatores: o fator I interpretado como "lentificação psicomotora"; o fator II como "agitação depressiva"; o fator III como "reação ansiosa" e o fator IV como associado à "distúrbio de personalidade".

Comparando os pacientes e os seus escores fatoriais, os autores constataram que, os pacientes apresentando escores elevados no fator I eram realmente aqueles que clinicamente apresentavam depressão lentificada. Observaram ainda que, os pacientes deprimidos secundariamente a um estresse não apresentavam sintomas de depressão associados à lentificação.

Grinker (1961) estudou 96 pacientes deprimidos a partir de 47 variáveis de sintomatologia subjetiva e 90 traços comportamentais. Realizada a análise fatorial, da lista de sintomatologia subjetiva e posteriormente a rotação varimax produziu 5 fatores. A análise fatorial da sintomatologia comportamental forneceu 10 fatores. O autor evidenciou a independência dos fatores do primeiro grupo em relação ao segundo, ou seja, os temas depressivos não apresentaram relação com as manifestações comportamentais de depressão. No interior de cada grupo a mais

nítida correlação ocorreu entre os fatores I (intensidade depressiva) e III (culpabilidade) da sintomatologia subjetiva.

Kiloh e Garside (1963) fundamentaram seus trabalhos sobre a constatação de que os pacientes diagnosticados como deprimidos endógenos reagiam de modo significativamente melhor ao tratamento com imipramina, do que os diagnosticados como deprimidos neuróticos. A análise fatorial, realizada em 36 variáveis (sintomáticas e anamnésicas) recolhidas de 92 pacientes deprimidos hospitalizados, foi tecnicamente diferente das precedentes, pois não realizou a rotação dos eixos. Desta análise foram extraídos 2 fatores: o fator I, foi um fator geral de intensidade depressiva e o fator II, foi um fator bipolar, opondo de modo nítido dois grupos de itens interpretados como pertencentes as depressões endógenas e neuróticas, respectivamente.

Hordern (1965), por ocasião de um estudo sobre antidepressores, efetuou uma análise fatorial sobre os sintomas apresentados por 137 pacientes deprimidos. Após a rotação varimax o primeiro fator obtido apresentou uma forte correlação com a idade. Para o autor, este fator evocava o modelo da depressão de involução, contudo ele conclui afirmando que a melancolia de involução não constitui uma entidade autônoma e sim uma acentuação de certas expressões sintomáticas reveladas com o avançar da idade.

MacConaghy e col. (1968), num estudo sobre antidepressores realizaram uma análise fatorial da sintomatologia de 100 pacientes deprimidos e contestaram os resultados de Kiloh e Garside (1963). Para MacConaghy não houve distinção entre os aspectos característicos da depressão endógena em relação à neurótica.

Pichot e col. (Pichot e Lemperiere, 1964; Pichot e col. 1966a) realizaram duas análises fatoriais da sintomatologia depressiva a partir dos dados obtidos com o questionário de Beck, aplicado em duas populações de pacientes deprimidos. Os resultados identificaram o primeiro componente principal como expressão geral de um fator de intensidade depressiva. Após rotação, extraíram-se 6 fatores e o estudo das correlações entre os escores obtidos nos diferentes fatores e a resposta terapêutica à imipramina, mostraram 4 coeficientes muito elevados para os fatores II (sentimentos de culpa e autopunição), IV (falta de investimento libidinal) e V (humor deprimido e pessimismo).

Roth (1969) realizou um estudo, para tentar resolver três problemas que julgou fundamentais na classificação dos estados depressivos: o primeiro dizia respeito a existência ou não de diferenças qualitativas entre as diferentes formas de depressão. O segundo, da mesma natureza do precedente interrogava sobre a existência ou não de fronteira entre estado depressivo e ansioso. Finalmente, o terceiro problema correspondeu à significação clínica da síndrome de despersonalização.

Aplicando uma bateria de 348 itens numa amostra de 145 pacientes obteve 4 grupos diagnósticos: depressão endógena, depressão reativa, estado de ansiedade fóbica e despersonalização. A análise fatorial realizada a partir de 58 itens condensados extraiu 3 componentes principais: o fator I, opondo os sintomas de ansiedade aos depressivos, o fator II, opondo os traços de personalidade histórica aos de personalidade psicopática e o fator III agrupando os sintomas fóbicos, a despersonalização e a desrealização.

A discriminação entre estados depressivos e ansiosos foi testada por uma análise de regressão múltipla sobre os 58 itens condensados. O autor obteve dessa forma, uma distribuição bimodal: numa extremidade os estados depressivos de características fortemente endógenas e noutra as formas mais fortemente ansiosas.

Dos estudos aqui citados observa-se que os fatores extraídos são da ordem de 2 a 6 e se mostram bastante coerentes com o ponto de vista clínico. Várias dimensões da sintomatologia foram isoladas (humor deprimido, lentificação, ansiedade e autopunição) e em geral os primeiros fatores extraídos reproduzem o modelo sintomático da depressão endógena. Quando esses fatores são bipolares opõem as categorias endógena e neurótica.

Trabalhos que tentaram correlacionar outros estudos fatoriais dos estados depressivos chegaram aos mesmos resultados.

Mendels (1970) realizou uma revisão de 7 estudos fatoriais sobre depressão com o objetivo de estabelecer o nível de concordância entre 25 itens de história clínica, personalidade e sintomas. Os resultados indicaram uma concordância perfeita (todos os estudos concordaram) em 8 itens relacionados com fator endógeno e uma concordância média (75% dos estudos concordaram) em 9 itens relacionados com o mesmo fator. Mendels (1970) discute as dificuldades de comparação, admitindo que o "quadro referencial teórico" dos pesquisadores tenha influenciado os achados. Apesar dessas dificuldades, conclui que a revisão "demonstra um nível de concordância bastante alto entre os estudos analíticos fatoriais".

Numa revisão sobre os sintomas da doença depressiva maior, Nelson e Charney (1981) fizeram uma comparação de 20 estudos fatoriais, dos quais 14 estabelecem a presença de um fator endógeno na população de pacientes deprimidos. Um desses estudos extraiu um fator endógeno que diferiu, na sua descrição, dos fatores encontrados nos outros estudos. Os resultados nas outras 13 pesquisas foram razoavelmente concordantes.

Os estudos fatoriais da sintomatologia depressiva têm freqüentemente produzido dimensões que refletem o modelo categorial opondo depressão endógena à depressão neurótica. Contudo, como adverte Caetano (1980) "apesar desses estudos terem produzido fatores ou componentes que fazem uma diferenciação sintomatológica entre as duas formas de depressão, a distribuição dos escores dos pacientes ao longo desses componentes tem sido consistentemente unimodal o que lança sérias dúvidas sobre a hipótese de que os grupos de pacientes que exibem essas síndromes são distintos". Para o autor é necessário a utilização de técnicas multivariadas mais refinadas, como a análise discriminante, a fim de explicar a variação entre os supostos grupos de diferentes indivíduos.

#### **Estudos Utilizando Análise Discriminante**

A proposta da análise discriminante é separar em maior grau possível dois ou mais grupos de indivíduos previamente definidos por algum critério (Caetano

1980). Aplicada aos problemas de classificação em Psiquiatria, esta técnica nos fornece um meio de calcular um índice numérico da probabilidade que tem um indivíduo de pertencer a uma determinada categoria nosológica. Este índice é obtido pela combinação linear ótima das diferentes variáveis utilizadas para descrever os indivíduos (Pichot 1976).

Os aspectos analíticos da técnica integram:

- i) Testes estatísticos para mensuração do poder das variáveis discriminantes em separar grupos.
- ii) A relativa importância de cada variável da série em discriminar os grupos.
- iii) As dimensões que podem ser utilizadas para estudar as relações espaciais entre os grupos. A classificação resulta na inclusão de novos casos ou casos duvidosos, aos grupos integrantes já definidos previamente.

A análise discriminante foi utilizada originalmente em Psiquiatria por Rao e Slater (1949) para verificar as diferenças entre indivíduos normais e neuróticos e entre indivíduos com diferentes formas de neurose. Aplicada aos distúrbios depressivos, esta técnica tem sido utilizada para diferenciar indivíduos sofrendo de depressões endógenas, daqueles com depressões neuróticas ou portadoras de quadros ansiosos.

Kendall (1968) descreveu uma análise discriminante numa amostra de 391 pacientes com depressão psicótica e 250 com depressão neurótica. Os itens que distinguiram melhor o grupo depressivo psicótico foram: delírios de transformação corporal e de culpa e alterações psicomotoras (lentificação ou agitação). Outros itens como insônia grave e delírio persecutório também caracterizaram o grupo

psicótico. Os principais sintomas caracterizando o grupo da depressão neurótica foram sintomas histéricos anteriores, isolamento social e atitude hipocondríaca.

Posteriormente, Kendell e Gourlay (1970) realizaram uma análise discriminante de 115 pacientes com depressão psicótica e 63 com depressão neurótica utilizados no estudo colaborativo US-UK. Os itens de maior peso no grupo endógeno foram: alucinações auditivas, agitação, autoreferência, lentificação e tentativa de suicídio antes da hospitalização. Outros sintomas característicos do grupo psicótico, apesar de seus baixos pesos foram: perda da capacidade de "insight", delírio de culpa, autodepreciação e perda de energia.

Um estudo utilizando análise discriminante realizado por Fleiss (1972) numa população de 65 deprimidos psicóticos e 38 deprimidos neuróticos, identificou os sintomas; lentificação, agitação, e queixas somáticas apresentando maior peso nos deprimidos psicóticos.

Bhrolchain (1979) descreveu uma análise discriminante realizada numa amostra de 111 pacientes (62 psicóticos e 49 neuróticos) avaliados com o "Present State Examination" (PSE) os escores limitaram-se a sintomatologia apresentada de modo a evitar o possível "bias" decorrente do conhecimento sobre eventos da vida ou circunstâncias sociais. A distribuição dos escores em pacientes na função discriminante, derivada da estratégia de "maximização", apresentou um resultado claramente bimodal, sugerindo que pacientes com depressão psicótica são distintos dos pacientes deprimidos neuróticos. Os sintomas que caracterizaram a depressão psicótica foram: despertar precoce, idéias obsessivas intensas e perda do apetite.

A diferença entre depressão e ansiedade foi inicialmente demonstrada pelo grupo de Newcastle (Roth e col. 1965), posteriormente outros estudos, realizaram análises discriminantes com o mesmo objetivo.

Downing e Rickels, 1974) realizaram uma análise discriminante em 217 pacientes ambulatoriais diagnosticados como deprimidos-ansiosos e avaliados pela "Symptom Distress Check-list" (SCL) e uma bateria de itens independentes para depressão, ansiedade e hostilidade, extraídos da SCL. Os resultados evidenciaram que pacientes diagnosticados como deprimidos ansiosos representam uma população heterogênea em gravidade, evolução da doença e perfil sintomático.

Prusoff e Klerman (1974) obtiveram resultados similares aos de Downig e Rickels (1974), ao efetuar uma análise discriminante numa amostra de 364 mulheres com depressão neurótica de ambulatório e 364 mulheres hospitalizadas com ansiedade.

Caetano (1980) realizou um estudo clínico estatístico em 152 pacientes agudos que apresentavam depressão e/ou ansiedade, com o objetivo de examinar se dentro desse material clínico depressão e ansiedade são separáveis por grupos de sintomas e de indivíduos. Caso a depressão fosse separável da ansiedade, o autor prosequiria para testar a hipótese de que o grupo depressivo é heterogêneo e que dentro do mesmo existem dois tipos de depressão (endógena e neurótica). Efetuada a análise em componentes principais, foram identificados 2 componentes:

O componente I - bipolar, contrastou claramente o sintomas fóbicos-ansiosos no polo positivo com os sintomas depressivos no polo negativo. Esses resultados

foram confirmados pela análise discriminatória, indicando que pacientes que sofrem de estado ansioso provêm de uma população e aqueles que sofrem de distúrbios depressivos provêm de outra população diferente.

O componente II - correspondeu a um fator geral de gravidade depressiva. Ele foi utilizado para testar a hipótese de diferenciação entre os estados depressivos. Após rotação, segundo os critérios varimax, quartimax e equimax, o componente II tornou-se claramente identificável com o padrão clássico endógeno versus neurótico.

A aplicação da análise discriminante para a resolução dos problemas de classificação dos estados depressivos têm permitido a diferenciação de grupos distintos de categorias diagnósticas.

Na opinião de Kendell (1981) a distribuição bimodal dos escores dos pacientes sobre uma função discriminante é uma prova sólida da existência de duas populações e a ausência de distribuição bimodal não permite concluir que a população é necessariamente homogênea. Apesar destas observações, Kendell refere que o papel da análise discriminante é bastante restrito pois ela só se destina a verificar a validade de uma classificação já existente e não cria outra.

Em parte pelo reconhecimento dos limites das análises fatorial e discriminante e pela necessidade de estabelecer classificações sindrômicas baseadas num critério estatístico, foram desenvolvidos estudos utilizando análise de agrupamento ou de "clusters".

## Estudos Utilizando Análise de Agrupamento ou de "Clusters"

A análise de agrupamento se destina essencialmente a agregar indivíduos em grupos ou "clusters" baseando-se em suas semelhanças. Portanto, nesta técnica os "clusters" são definidos pela existência de uma densidade de indivíduos que apresentam uma certa configuração de variáveis (Pichot, 1975).

Aplicada à análise da sintomatologia psiquiátrica, esta técnica ao utilizar os dados fornecidos pelos instrumentos de avaliação (escalas e questionários), permite agregar indivíduos de acordo com seus perfis sintomáticos. A análise em "clusters" fornece, desse modo, protótipos ou padrões de tipos sindrômicos, possibilitando um critério de classificação estatística dos distúrbios mentais. Para Nelson e Charney (1981) esta técnica é a mais apropriada para testar a atual taxionomia psiquiátrica e especialmente os sintomas de classificação da doença depressiva.

O trabalho pioneiro de Grinker e col. (1961), despertou um grande interesse na aplicação da análise de "clusters" no estabelecimento de classificações sindrômicas dos estados depressivos.

Overall e Hollister (1966) apresentaram os resultados de uma análise de agrupamento realizada numa amostra de deprimidos submetida a um estudo com antidepressores a partir dos dados obtidos da "Brief Psychiatric Rating Scale" (BPRS). Três tipos sindrômicos distintos foram identificados "depressão ansiosa", "hostil" e "lentificada". O tipo que apresentou melhor resposta ao tratamento foi a "depressão lentificada" cujos sintomas de maior escore foram: humor deprimido, lentificação psicomotora, ausência de reatividade e perda de interesse. Posteriormente, com a inclusão de mais dois itens na BPRS original, Overall

(1974) realizou um outro estudo numa amostra mista de 2000 pacientes deprimidos franceses e americanos. Este estudo confirmou os perfis anteriores e isolou um quarto tipo denominado "depressão agitada".

Fahy e col. (1969) realizaram uma análise de agrupamento numa amostra de 126 pacientes deprimidos hospitalizados e descreveram um perfil limitado de sintomas da depressão endógena e assim caracterizando: ausência de reatividade, humor deprimido, sentimentos de culpa e fadiga.

Pilowsky e col. (1969) realizaram uma análise de "clusters" a partir dos dados obtidos de um questionário de 57 itens de sintomatologia, aspectos demográficos e tempo de doença, aplicados numa amostra heterogênea de 200 pacientes psiquiátricos. Os resultados individualizaram dois grupos: O primeiro composto de pacientes com depressão endógena e reativa, e o segundo, formado por pacientes com outros distúrbios psiquiátricos. A concordância entre o diagnóstico clínico e o estatístico foi considerada boa mas não foi perfeita.

Evert e col. (1971) descreveram uma análise de agrupamento, realizada por ocasião de um estudo colaborativo Londres-NovaYork numa amostra de 500 pacientes psiquiátricos avaliados pelo "Present State Examination" (PSE). Os resultados produziram quatro "clusters" amplamente compostos pelo grupo de pacientes com depressão grave (endógena). Os pacientes com depressão neurótica não apresentaram tendência a formar "clusters" diferentes.

Paykel (1971) também realizou uma análise de agrupamento do material recolhido utilizando métodos de entrevista semi-estruturadas, escalas de antecedentes, de eventos estressantes e de história pré-mórbida de neurose. Essa bateria de itens foi aplicada em 165 pacientes deprimidos de vários serviços

psiquiátricos que vinham sendo submetidos à diferentes tratamentos. Após a análise, quatro categorias tipológicas foram identificadas: "depressão psicótica"; caracterizada por: meia idade, doença grave, delírios ocasionais e bom ajustamento pré-mórbido. "depressão ansiosa"; caracterizada por: idade avançada, sintomas depressivos graves, alta incidência de antecedentes pré-mórbidos, história pré-mórbida de neurose e ansiedade grave. Os dois outros tipos, "depressão hostil" e "deprimidos jovens com distúrbios de personalidade", apresentaram um perfil mais ou menos semelhante, assim caracterizado: idade jovem, depressão leve, hostilidade acentuada e ocorrência de distúrbios da personalidade. Os resultados obtidos neste estudo evidenciaram uma correspondência dos três primeiros tipos com os três primeiros identificados por Overall e Hollister (1966) enquanto que o quarto tipo apresentou uma correspondência ao padrão "depressão em personalidade anormal" – quarto fator isolado no estudo de Hamilton e White (1959).

Raskin e Crook (1976) realizaram um estudo em 880 pacientes avaliados com 53 variáveis características de depressão endógena e neurótica. Os resultados identificaram quatro tipos de "clusters": "depressão agitada", "depressão neurótica", "depressão endógena" e "depressão esquizo-aletiva". A análise dos casos identificados nos grupos "depressão agitada" e "endógena" indicaram que ambos apresentaram o maior número de depressões autônomas graves. No perfil do tipo "depressão agitada" os sintomas: delírio, sentimentos de culpa e tentativas ou idéias de suicídio, foram os mais importantes, enquanto que no tipo "depressão endógena" os sintomas mais graves foram; fadiga e queixas somáticas. Ambos os grupos receberam altos escores nos sintomas: humor

deprimido, ausência de reatividade, despertar chorado, dificuldades de concentração, despertar precoce e idéias hipocondríacas.

Byrne (1978) aplicou a escala de auto-avaliação de Zung numa amostra de 135 pacientes hospitalizados e realizou uma análise em "clusters" que produziu três grupos de pacientes : "Cluster" A caracterizado por pacientes mais jovens, que exibiam humor deprimido com desesperança e autodepreciação, indecisão e lentificação; o "cluster" B, representou o grupo com níveis de depressão menos grave e o "cluster" C menos diferenciado, não chegou a caracterizar sintomatologia depressiva.

Os estudos utilizando análise de agrupamento têm demonstrado, com forte evidência, a presença de subtipos sindrômicos característicos entre os pacientes deprimidos. Sintomas como: humor deprimido, lentificação e ausência de reatividade, geralmente correlacionados nos estudos fatoriais, têm sido constantemente isolados nas análises em "clusters", representando o tipo "endógeno" da síndrome depressiva. Dessa forma, a interpretação e elaboração de perfis quantitativos significantes, derivados dessas análises têm possibilitado o estabelecimento de classificações puramente sindrômicas.

### II.1.3. Comentários

Em razão de suas características exclusivamente descritivas e de sua independência em relação às considerações etiopatogênicas, a abordagem quantitativa tem sido utilizada como um modelo de pesquisa que tenta resolver problemas fundamentais das classificações psiquiátricas. A identificação de dimensões sintomáticas tem servido como um método de verificação das hipóteses clínicas da nosologia tradicional e servido como opção de comunicação entre psiquiatras de diferentes escolas e culturas.

Embora tenha havido um melhor discernimento do problema das classificações, a abordagem sindrômica quantitativa tem recebido várias críticas.

Kendell (1981) chega a admitir o fracasso dos métodos multivariados na resolução dos problemas de classificação psiquiátrica. Alega o autor que, ao invés de resolver as dificuldades, pondo fim aos desacordos existentes, as análises estatísticas acentuaram os problemas, pois aumentaram o número de classificações rivais. Baseado na opinião de outros autores (Maxwell, 1971; Zubin, 1968) e na sua própria experiência (Kendell, 1968) Kendell (1981) aborda, por exemplo, certos aspectos teóricos da análise fatorial que segundo ele, comprometem os resultados da maioria dos trabalhos que utilizaram este método. Para ele o teorema do limite central garante que a distribuição dos escores fatoriais terão sempre tendência a se aproximar de uma distribuição unimodal e se uma distribuição bimodal é obtida, não representa senão uma indicação de que os dados originais não servem para análise. O autor conclui afirmando que a álgebra da análise fatorial pressupõe que os dados originais têm uma distribuição

multivariada normal e se partimos de uma hipótese de homogeneidade e obtemos em seguida dois grupos distintos, ou mais, o único procedimento justificável é rejeitar a análise como sendo inaplicável. Kendell (1988) defende uma visão unitária na classificação dos distúrbios depressivos, ressaltando que as semelhanças subjacentes das características da síndrome depressiva evidencia a existência de um único distúrbio que difere apenas na sua expressão e intensidade. A depressão é considerada na visão do autor, como inscrita na gama de experiências humanas, como uma reação às diversas modificações pelas quais passa o organismo.

Roth (Roth e Mountjoy, 1981); defende uma opinião oposta à de Kendell. Para ele, a divisão dos distúrbios afetivos em categorias distintas (depressão endógena/depressão neurótica) tem sido demonstrada por ele e por diferentes autores e (Kiloh e Garside, 1963; Roth, 1969) lembra que Maxwell (1971) citado por Kendell (1981) é o único autor a afirmar da impossibilidade na utilização da análise fatorial para a classificação de indivíduos, o que contraria a opinião da maioria dos autores. Para Roth (1981), os distúrbios afetivos têm colocado numerosos problemas diagnósticos em razão da imbricação dos sintomas que lhes caracterizam. Daí, afirma o autor a necessidade da utilização de métodos estatísticos multivariados, que têm servido para demonstrar a existência de várias categorias diagnósticas no interior do grupo "distúrbios afetivos".

O significado dessa bimodalidade, continua um assunto controverso, levando a escola do Hospital Maudsley, de Londres, a uma polêmica com a escola de Newcastle que dura há anos. A primeira defendendo a unimodalidade, portanto uma visão unitária ou um modelo dimensional, a segunda afirmando a

bimodalidade das distribuições e portanto, a existência de categorias qualitativamente distintas.

Ao analisar a utilização da abordagem quantitativa em Psiquiatria, Pichot (1970) afirma ter sido ela um avanço no conhecimento da semiologia e do diagnóstico. Contudo, admite que estes métodos, como a análise fatorial, coloca alguns problemas, como o da questão essencial sobre a natureza dos fatores isolados. "Trata-se de entidades com existência real ou não passam de artefatos matemáticos, sem valor explicativo?", questiona ele. O autor alerta para o fato de que a quantificação não é uma panacéia na pesquisa psiquiátrica e que, o emprego dos procedimentos matemáticos tão possantes, não pode dispensar a reflexão na elaboração de hipóteses clínicas e deve representar um instrumento de verificação dessas hipóteses.

Para Versiani (1986) as técnicas de análise multivariada são muito atraentes em função de seu poder, contudo muitos são os problemas do seu emprego. Para ele, "várias variáveis são categoriais e submetidas a uma quantificação forçada durante o processo para atender a requisitos de normalização, o que gera divergências entre especialistas da área".

Para Wing e col. (1980) as categorias selecionadas através de métodos estatísticos multivariados têm menos validade do que o diagnóstico clínico, mas elas possuem o mérito de constituir um procedimento preciso e determinado.

A aplicação da abordagem quantitativa com o objetivo de resolver os problemas de classificação dos distúrbios depressivos, tem representado um esforço na tentativa de melhorar a confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico. Grupos de sintomas foram condensados, síndromes discriminadas e tipos

sindrômicos identificados. Estudos desse gênero são complexos e não podem ser conceitualizados diretamente, carecem de uma nomenclatura descritiva concisa, que permita resumir as principais características de um determinado perfil. Outro aspecto importante consiste na validação da nomenclatura adotada, pois uma determinada classificação sindrômica só apresentava interesse prático, a partir do momento em que tenha significação precisa e unívoca para os especialistas. Esta última etapa tem sido pouco explorada e esta omissão pode ter sido a responsável pela pouca difusão no meio psiquiátrico, das classificações sindrômicas já estabelecidas.

Novas alternativas, como aplicação de procedimentos computadorizados para o diagnóstico, influenciaram a evolução da pesquisa, arrefecendo o desenvolvimento dos estudos multivariados. Contudo apesar dos limites e dificuldades de sua utilização, as técnicas quantitativas têm prestado importante contribuição ao problema do diagnóstico das depressões.

## II.2. Diagnóstico Computadorizado

O diagnóstico é a área mais complexa de decisão médica, pois depende da análise de um grande número de informações das mais variadas fontes e diferentes naturezas, como também envolve raciocínio simultâneo de processos lógicos e probabilísticos.

O estabelecimento do diagnóstico clínico é um procedimento baseado em princípios de hierarquização incorporados a regras de classificação. Quando essas regras podem ser definidas com suficiente clareza, torna-se possível a elaboração de programas computadorizados de diagnóstico. Um programa, corresponde a uma série de instruções, ordenadas logicamente para posterior processamento automático. O programa fixa, dessa forma, as operações a serem executadas, os diversos parâmetros que devem ser utilizados e as correlações de diferentes dados de acordo com o objetivo proposto (Greist, 1990).

Do ponto de vista lógico, as classificações psiquiátricas pertencem às chamadas classificações por conceitos (em oposição às classificações numéricas) onde cada classe é especificada por um conceito que representa o conjunto das características comuns aos elementos que as compõem e que a distinguem das outras. Essas classificações visam ser naturais, ou seja, onde os conceitos utilizados devam permitir a formulação de princípios gerais que reflitam a uniformidade do conjunto de elementos estudados e assim, fornecer uma base à explicação, predição e compreensão científicas.

Uma das aplicações clínicas da abordagem computadorizada é a de possibilitar um meio útil de decisão e standardização diagnóstica e por conseguinte, diminuir a margem de erro na seleção de populações de pacientes. Spitzer e Endicott (1975) enumeram as seguintes vantagens do diagnóstico computadorizado:

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

Uma grande variedade de técnicas têm sido usadas para projetar e implementar os sistemas de auxílio à decisão médica. Apesar de técnicas de modelo matemático, reconhecimento de padrões, e análise de grande bases de dados terem sido utilizados, os métodos mais importantes derivam da estatística Bayesiana e de um campo da ciência da informática, conhecido como Inteligência Artificial (IA), ou engenharia do conhecimento (Smith, 1986). Em 1959 os estudiosos reconheceram a relevância do teorema de Bayes para realizar diagnósticos médicos (Ledley e Luster, 1959). Como os computadores eram tradicionalmente vistos como máquinas de cálculos numéricos, os pesquisadores utilizaram o computador para avaliações probabilísticas baseados nos dados dos pacientes. Muitos programas diagnósticos foram desenvolvidos nos anos seguintes e muitos deles se mostraram precisos em diferenciar certos grupos de diagnósticos (Fleiss e col. 1972; Reggia e Tuhim, 1985).

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). Esse método, utiliza Inteligência Artificial "sistemas experts" para discriminar entre várias hipóteses diagnósticas competitivas. Quando comparado com os dois métodos estatísticos (probabilidade e função discriminante), o sistema progressivo de decisão lógica mostrou um melhor desempenho em diagnosticar um grupo de pacientes. A comparação tomou como referência o diagnóstico clínico (Fleiss e col. 1972).

Sabbatini (1985), apresenta as seguintes razões para explicar a proliferação dos sistemas "experts":

- 1) Seus implementos são mais adequados às bases do conhecimento médico.
- 2) Seu campo de atuação é mais definido em termos de representação, regras, decisões, standardização da nomenclatura e concordância entre especialistas.
- 3) Apresentam utilidade prática, são de mais fácil utilização e sob esse ponto de vista, são mais aceitos.

Desde o início dos anos 70 que um grande número de pesquisadores têm aplicado técnicas de IA para desenvolvimento de programa de diagnóstico e tratamento médico (Clancy e Shortliffe, 1984; Szolovits, 1982). Inteligência Artificial é o campo da ciência da informática que utiliza representação simbólica (ao invés de representação algorítmica) do conhecimento para a resolução dos problemas (Buchanan e Shortliffe, 1984). Essa definição considera duas características dos programas de computadores (Mishkoff, 1986).

1) Numérico vs simbólico – como descrito anteriormente, os computadores foram originalmente designados para processar números. As pessoas, no entanto, tendem a pensar simbolicamente ao invés de numericamente. Nossa inteligência é, pelo menos em parte, relacionada à nossa capacidade de manipular símbolos.

2) Algoritmo vs não-algoritmo – um algoritmo é uma seqüência de passos com um ponto definido de início e fim, o qual é garantido chegar a uma solução de um problema específico. A arquitetura do computador permite esse procedimento, e os programas de computador tradicionalmente têm sido baseados em algoritmos. Muitos dos processos racionais humanos, entretanto, tendem a ser não-algoritmos, ou seja, nossa atividade mental consiste em mais do que apenas seguir uma série de etapas lógicas.

O campo da IA é muito vasto, sendo as principais áreas os sistemas especialistas, o processamento de linguagem natural, reconhecimento da fala, visão computacional e a robótica. Um sistema especialista é um programa computadorizado designado para agir como um especialista em uma determinada área do conhecimento. Os sistemas especialistas são, também, conhecidos como sistemas baseados em conhecimentos, e, tipicamente incluem uma base de conhecimento e regras (heurística) para serem aplicadas aos fatos. A avançada tecnologia dos sistemas especialistas provocou um grande impacto na indústria, nas empresas e na Medicina, se tornando a principal área da IA.

Atualmente temos muitos desses sistemas especialistas sendo utilizados em hospitais, laboratórios, farmácias, etc. Alguns dos mais conhecidos programas em Medicina são: Internist 1, que realiza o diagnóstico em Medicina geral; Present Illness Program, que explora o processo pelo qual é realizada a hipótese

diagnóstica; MYCIN, que auxilia no diagnóstico de infecções e sugere o tratamento; CASNET, desenvolvido para assistir os médicos no tratamento do glaucoma, este programa inclusive demonstrou sua utilidade utilizando modelos causais e de patofisiologia relacionados com o diagnóstico e com estratégias de tratamento.

Apesar da aplicação do tratamento automático da informação com objetivos diagnósticos em Psiquiatria ter se iniciado na década de sessenta, o primeiro programa baseado num sistema progressivo de decisão lógica só surgiu em 1968, nos Estados Unidos (Spitzer e Endicott, 1968). Em 1971, na Inglaterra, Wing e col. (1972) formularam um programa computadorizado (CATEGO) para classificação dos dados obtidos pelo Exame do Estado Atual (Present State Examination) utilizado com sucesso no Estudo Piloto Internacional sobre Esquizofrenia da Organização Mundial de Saúde (W.H.O., 1973). Os países de língua alemã têm utilizado um programa computadorizado de diagnóstico desenvolvido por von Zerssen, entre 1976 e 1979, (Zerssen, 1980) no Instituto Max Planck de Psiquiatria em Munique.

### II.2.1. Entrevistas Estruturadas e Programas Computadorizados

Para execução do diagnóstico psiquiátrico computadorizado é necessário definir o sistema de dados a ser utilizado, assim como o modo de sua obtenção e registro. Segundo Baro (1976) esses dados devem possuir as seguintes características:

- 1) Uniformidade, ou seja, ter a mesma significação para diversos avaliadores.
- 2) Poder discriminante o que implica em conter uma informação que outras fontes não podem fornecer.
- 3) Objetividade, caracterizada pela capacidade em fornecer o máximo de informações com o mínimo de dados.

Com o objetivo de satisfazer as exigências qualitativas e quantitativas na obtenção dos dados para o diagnóstico automático foram utilizadas entrevistas estruturadas, anteriormente desenvolvidas, cuja extensão e padronização superam as limitações, para esse uso, das escalas de avaliação e questionários.

As entrevistas estruturadas ou padronizadas, são instrumentos de avaliação que permitem um completo inventário da sintomatologia e de outros dados como antecedentes, evolução da doença ou circunstâncias desencadeantes, considerados importantes para o diagnóstico. Esses instrumentos nasceram da necessidade de coordenação e standardização da linguagem descritiva dos sintomas psicopatológicos e sua utilização tem constituído um método eficaz para melhorar a confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico. A sua construção obedece

a uma seqüência padronizada de questões, assim como dos modos de registro dos dados. O comportamento do avaliador durante o exame, seu grau de flexibilidade e de interpretação das informações estão em geral reduzidos pelas regras e definições contidas no instrumento. As entrevistas estruturadas são longas e seu preenchimento requer um treinamento prévio, de modo que não se prestam a utilização clínica cotidiana, elas são normalmente utilizadas em pesquisa.

Entre as principais entrevistas estruturadas, que geraram programas computadorizados de diagnóstico psiquiátrico destacam-se: O Esquema do Estado Mental "Psychiatric Status Schedule" (PSS) que gerou o programa DIAGNO, o Exame do Estado Atual "Present State Examination" (PSE) que serviu de referência para o programa CATEGO e a Associação para Metodologia e Documentação em Psiquiatria "Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie" (AMDP) que referenciou o programa DIASIKA.

Cédula do Estado Mental ("Psychiatric Status Schedule" PSS) e os Programas DIAGNO I, II e III.

O PSS é uma entrevista estruturada desenvolvida por Spitzer e col. (1970) a partir da "Mental State Schedule" (Spitzer, 1964) 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 dura em torno de 45 à 75 minutos.

O sistema de escore foi baseado em diversas análises fatoriais de grupos heterogêneos de pacientes (hospitalizados e ambulatoriais) e não pacientes. O escore básico do sistema utiliza 292 dos itens e produz escores em dois níveis: o primeiro consiste em 17 grupos sintomáticos e 6 escalas de desempenho, o segundo agrupa os sintomas por meio de 4 macro escalas (I. Queixas subjetivas, II. Distúrbios do comportamento, III. Distúrbios no controle dos impulsos e IV. Distúrbios do contato com a realidade).

O PSS possui um anexo contendo 18 escalas de diagnósticos clínicos baseadas nos estudos fatoriais realizados. Estas escalas clínicas foram usadas como referência de um programa computadorizado de diagnóstico que passou a ser conhecido pela sigla DIAGNO.

O programa DIAGNO (Spitzer e Endicott, 1968) é um sistema progressivo de decisão lógica que, segundo seus autores, 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(s) compatíveis com os dados clínicos do paciente. O programa utiliza os dados extraídos do PSS e elabora 27 diagnósticos (quadro) dos quais 25 são categorias "standard" da segunda edição da Classificação Americana de Psiquiatria (DSM-II) (A. P. A., 1968), 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. Deste 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 Endicott (1969) o aperfeiçoaram na fórmula DIAGNO II, que 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 Sistema Multi-Estadual de Informação composto por dois instrumentos: o "Status Examination" (MSER) e o "Psychiatric Anamnesis Record" (PAR) com capacidade de elaborar mais de 75 diagnósticos que compõem o DSM-II.

Os sistemas progressivos de decisão lógica criados por Spitzer e Endicott representa uma alternativa em termos de programas computadorizados para o diagnóstico que 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 Endicott, 1968; Spitzer e Endicott, 1969; Spitzer e col., 1980) demonstrando a viabilidade desse procedimento diagnóstico sobretudo quando aplicado à pesquisa.

---

### **27 Categorias do Diagno I**

---

- Síndrome cerebral aguda, intoxicação por álcool
- Síndrome cerebral aguda, intoxicação por drogas
- Síndrome cerebral crônica, álcool

- Síndrome cerebral crônica, drogas
  - Síndrome cerebral crônica, arterosclerose cerebral
  - Síndrome cerebral crônica, causa não especificada
  - Reação psicótica de involução
  - Psicose maniaco depressiva, mania
  - Depressão psicótica
  - Reação esquizofrênica, hebetenia
  - Reação esquizofrênica, catatonia
  - Reação esquizofrênica, paranóide
  - Reação esquizofrênica, aguda indiferenciada
  - Reação esquizofrênica, crônica indiferenciada
  - Reação esquizofrênica, esquizoafetiva
  - Reação psiconeurótica, ansiedade
  - Reação psiconeurótica, dissociativa
  - Reação psiconeurótica, conversão
  - Reação psiconeurótica, fóbica
  - Reação psiconeurótica, obsessivo-compulsivo
  - Reação psiconeurótica, depressiva
  - Personalidade sociopática, anti-social
  - Personalidade sociopática, desvio sexual
  - Personalidade sociopática, alcoolismo
  - Personalidade sociopática, adição de drogas
  - Doença não especificada com sintomatologia menor
  - Doença não psiquiátrica
-

## O Exame do Estado Atual ("Present State Examination", PSE) e o Programa CATEGO

O PSE (Wing e col., 1974) surgiu em 1964 na Inglaterra e ao longo dos anos foi submetido a várias revisões. A nona versão, de 1974 é a mais recente, ela foi traduzida para o português e divulgada no Brasil por Caetano e Gentil Filho (1983).

O PSE é composto por 140 itens, dos quais 107 dizem respeito à 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 contaminações por idéias pré-concebidas ou estereótipos do examinador (efeito halo). Uma versão abreviada, que pode ser usada em estudos epidemiológicos, exclui a sintomatologia maior e, também, aquela relativa ao comportamento do indivíduo durante a entrevista. Ela contém apenas os 40 primeiros sintomas e sua aplicação dura cerca de dez minutos. Segundo Caetano (1986) "essa versão abreviada fornece um ponto de corte para se detectar um "caso" psiquiátrico na comunidade".

Nos últimos anos foram desenvolvidos uma "syndrome check list" para avaliação de episódios prévios de doença, um "Aetiology Schedule" com a intenção de especificar as causas dos episódios e ainda um programa de

computação (CATEGO) para classificação diagnóstica (Del Porto, 1986; Wing e Sturt, 1978).

O programa CATEGO, foi desenvolvido com o objetivo de classificar os dados clínicos obtidos a partir do PSE. O processo automático de decisão se efetua em duas fases sucessivas: a primeira consiste na redução quantitativa dos dados representando o agrupamento dos 140 itens do PSE em 38 síndromes, a segunda representa a etapa taxonômica que objetiva colocar cada paciente numa das 12 grandes classes definidas segundo os critérios diagnósticos. Cada classe é decomposta em 4 ou 5 subclasses\*, o que permite uma melhor especificação do caso.

Segundo Wing e col. (1974) os princípios de classificação do programa CATEGO são muito próximos daqueles adotados pelos psiquiatras em sua prática cotidiana, pois eles se baseiam numa classificação hierárquica por dicotomias sucessivas que sempre permite discriminar as síndromes mais significativas. Assim, desde que os sintomas da série orgânica estejam presentes, todos os outros sintomas passam a ocupar um segundo plano. Uma vez eliminada a possibilidade de organicidade são os sintomas de esquizofrenia que passam a apresentar maior valor diagnóstico e assim sucessivamente. A escolha de uma classe diagnóstica é dessa forma programada por regras bem definidas.

Ao discutir a hierarquização das síndromes para formar classes diagnósticas no programa CATEGO, Caetano (1984) é de opinião de que essas

---

\*Existem no total 50 sub-classes.

classes representam o pensamento de uma determinada escola psiquiátrica, que elas precisam ser melhor discriminadas e atualizadas e que há necessidade de maiores investigações para determinar as vantagens dessas classes em relação a outros critérios diagnósticos.

---

### **38 Síndromes do Sistema CATEGO**

---

- 01.(SN) Síndrome nuclear
- 02.(SC) Síndrome catatônica
- 03.(I D) Incoerência do discurso
- 04.(SR) Síndrome residual
- 05.(DD) Delírios e alucinações com temas depressivos
- 06.(DS) Depressão simples
- 07.(SO) Síndrome obsessiva
- 08.(AM) Ansiedade manifesta
- 09.(AS) Ansiedade situacional
- 10.(SH) Síndrome histérica
- 11.(IA) Indiferença afetiva
- 12.(HM) Hipomania
- 13.(AA) Alucinações auditivas
- 14.(DP) Delírio de perseguição
- 15.(DR) Delírio de autoreferência
- 16.(DG) Delírios de grandeza e místicos
- 17.(SF) Delírios com temas sexuais e fantásticos

- 18.(AV) Alucinações visuais
  - 19.(AO) Alucinações olfativas
  - 20.(HT) Hiperatividade
  - 21.(LM) Lentificação motora
  - 22.(PN) Psicose não específica
  - 23.(DE) Despersonalização
  - 24.(CD) Características particulares da depressão
  - 25.(AG) Agitação
  - 26.(NC) Negligência corporal
  - 27.(ID) Idéias de autoreferência
  - 28.(TE) Tensão
  - 29.(PE) Perda de energia
  - 30.(PR) Preocupações
  - 31.(IT) Irritabilidade
  - 32.(MS) Impressão de mal estar social
  - 33.(IC) Perda do interesse e da concentração
  - 34.(HI) Hipocondria
  - 35.(SD) Sintomas somáticos da depressão
  - 36.(DO) Distúrbios orgânicos
  - 37.(DC) Delírios e alucinações de origem cultural
  - 38.(IE) Incerteza com relação à entrevista
-

---

## 12 Classes do Sistema CATEGO

---

- S+, S? Esquizofrenia
  - P+, P? Psicose paranóide
  - O+, O? Estados limites
  - M+, M? Mania e Estado misto
  - D+, D? Depressão psicótica
  - R+, Depressão simples
  - N+, N? Depressão neurótica
  - A+, A? Neurose de angústia e neurose fóbica
  - B+, B? Neurose obsessiva
  - H Estados histéricos
  - X Outros
  - NO Ausência de sintomas
- 

O PSE e o programa CATEGO têm sido amplamente utilizado em pesquisas clínicas e epidemiológicas em vários países do mundo. Este programa avaliou em grande escala os resultados obtidos no Estudo Piloto Internacional de Esquizofrenia coordenado pela OMS (W.H.O., 1973) que utilizou o PSE como instrumento de avaliação dos dados clínicos. Vários estudos foram realizados com objetivo de avaliar o índice de concordância entre os diagnósticos realizados por psiquiatras clínicos e aqueles elaborados através do programa computadorizado

PSE-CATEGO. Scharfetter e col. (1976) encontraram uma concordância além dos 80% entre os diagnósticos de esquizofrenia, mania e depressão. Wing e col. (1981) num estudo comparativo entre três populações de pacientes deprimidos do sudoeste de Londres, encontraram uma concordância de 90,2%. Este resultado foi muito próximo dos 90% obtido por Orley e Wing (1979) em duas regiões de Uganda.

Segundo seus autores, o programa CATEGO não se destina a identificar entidades diagnósticas em sua completa acepção, pois lhe falta a dimensão diacrônica, considerada fundamental. Trata-se apenas de uma tentativa para uniformizar a demarcação taxionômica e estabelecer uma classificação menos impregnada de subjetividade.

A Associação Para Metodologia e Documentação em Psiquiatria ("Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie", AMDP) e o Programa Diasika.

O AMDP é um sistema de documentação psiquiátrica, baseada num certo número de temas psicopatológicos descritivos que permitem uma avaliação quantitativa de sintomas e síndromes clínicas.

As primeiras publicações do sistema\* surgiram em 1969 (Silva, 1985) como resultado de um longo trabalho cooperativo de vários autores em três países de língua alemã (Alemanha, Suíça e Áustria). Em 1971 foi publicada sua primeira edição traduzida para o português e introduzida no Brasil em 1973 por Lessa

---

\*Ainda com a sigla AMP

(Lessa, 1973; Lessa, 1986) obtendo pouca divulgação. Em 1979 foi publicada a terceira edição mais aperfeiçoada e com a sigla atual. Esta edição foi traduzida por Silva (Silva, 1979; Silva, 1985) reintroduzindo o AMDP em nosso meio.

O AMDP é composto por cinco formulários que somam 178 itens assim distribuídos: o formulário 1 com 21 itens registra o perfil sócio-econômico, os formulários 2 e 3 contendo 17 itens registram os aspectos biográficos, o formulário 4 com 100 itens registra a sintomatologia psicopatológica no momento do exame e o formulário 5 composto de 40 itens registra os achados somáticos.

A utilização do AMDP é relativamente simples mas exige um treinamento prévio para familiarização com as definições do glossário o que é particularmente importante para uma maior confiabilidade do sistema. Segundo Vilela (1986) o AMDP vem sendo aperfeiçoado há cerca de vinte anos por grupos de pesquisadores de vários países do mundo, daí preconizar que antes de sua adaptação à nossa realidade sócio-cultural é necessário uma prévia familiarização experimental com o instrumento original.

Um programa computadorizado (DIASIKA) foi desenvolvido baseado no glossário do AMDP destinado a elaborar 45 diagnósticos de acordo com a nomenclatura da oitava edição da Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID-8).

O programa Diasika é baseado em critérios operacionais construídos a partir das definições do glossário AMDP, onde cada categoria é constituída por dois grupos de itens: no primeiro, a presença de apenas um dos itens exclui o diagnóstico, o segundo grupo é formado por itens compatíveis com a categoria diagnóstica em questão. A partir deste modelo, foi elaborada uma matriz de

correlação (itens - diagnóstico). A atribuição do diagnóstico é baseada numa hierarquia que leva em consideração a especificidade diagnóstica própria de cada item e a quantificação atribuída ao item quando da avaliação do paciente

A aplicação clínica do Sistema Diasika e a confrontação de resultados obtidos por outros sistemas computadorizados foi favorável ao Sistema alemão (Schimid, 1982; Pichot, 1982; Rein e col., 1982).

## II.2.2. Comentários

A abordagem quantitativa dos sintomas e síndromes psicopatológicas possibilitou o desenvolvimento de programas computadorizados de diagnósticos baseados em modelos estatísticos que, gradativamente foram substituídos pelos sistemas progressivos de decisão lógica. Este modelo, ao simular o processo normalmente utilizado pelo psiquiatra, ofereceu vantagens que asseguraram sua difusão e utilização em vários centros internacionais de pesquisas. Para Spitzer e Endicott (1974) as vantagens do programa DIAGNO e de outros do mesmo gênero incluem, também, a seleção de pacientes para estudos clínicos em psicofarmacoterapia e detecção de casos psiquiátricos na comunidade para estudos epidemiológicos.

Melrose e col. (1970) comparando o programa DIAGNO II com um programa baseado no modelo estatístico de funções discriminantes, relataram a superioridade do sistema progressivo de decisão lógica para a maioria das categorias do DSM-II. Klein e Davis (1969) encontraram eficácia equivalente entre esses dois tipos de programas.

Schimid (1982) realizou um estudo comparativo do índice de concordância entre os programas CATEGO, Diasika e o diagnóstico clínico cujos resultados indicaram um melhor desempenho do programa Diasika. Resultados semelhantes, obteve Pichot (1982) com a experimentação da versão francesa do programa Diasika, destacando, inclusive resultados nitidamente superiores para a categoria das depressões.

Os programas computadorizados de diagnóstico introduziram um alto nível de padronização das regras diagnósticas e representaram uma etapa importante na evolução da pesquisa nosológica em Psiquiatria. Contudo, apesar das contribuições dessa abordagem, algumas dificuldades de ordem prática têm provocado resistências. A obrigatoriedade de respeitar um plano rígido para o exame do paciente e a necessidade de codificar os dados limitando-os a um referencial para a entrada do computador representa um procedimento distante do processo habitual, flexível e sutil do exame clínico. Várias críticas nesse sentido têm destacado o fato de que o diagnóstico clínico não<sup>se</sup> resume apenas a uma combinação matemática lógica entre sinais, sintomas e premissas teóricas.

Crook e col. (1976) reconhecem que a intrusão de uma norma automática para interpretação dos fatos e de uma lógica anônima para decisões diagnósticas e terapêuticas constitui uma inovação insuportável em Medicina, pois, recoloca em questão sua própria concepção liberal, individual e humanista.

Para Leme Lopes (1980) "o uso do computador é útil toda vez que se trabalha com grandes números e se deseja registrá-los numa memória, de modo a formar um acervo clínico, que poderá ser usado para muitos fins", e enfatiza em que "o diagnóstico individual se executa melhor pela entrevista padronizada e exame mental tradicional". Esta opinião é também expressa por Endicott (1988) ao registrar o melhor desempenho do diagnóstico realizado por psiquiatras experientes, em relação aqueles formulados por computadores. Para ela, os programas automáticos são bastante confiáveis mas, possuem uma grande rigidez não conseguindo se equiparar à flexibilidade do diagnóstico realizado pelo psiquiatra.

Essas constatações levaram os pesquisadores a desenvolver uma metodologia clínica para o diagnóstico psiquiátrico que evitasse a rigidez do modelo automático, mas que conservasse sua confiabilidade. Essa sistematização deu margem ao desenvolvimento de um modelo baseado na exigência da utilização de critérios clínicos operacionais de inclusão e exclusão para cada categoria diagnóstica, surgindo desse modo, o atual estágio de evolução da nosologia psiquiátrica.

### II.3. Critérios Operacionais Para o Diagnóstico

Esta abordagem está baseada na idéia de desenvolver definições operacionais para as várias categorias nosológicas. Trata-se da escolha de critérios sintomatológicos, evolutivos e demográficos definidos para cada categoria que explicitam as regras de classificação. Os critérios para o diagnóstico psiquiátrico indicam de maneira objetiva as características que um paciente deve ou não apresentar para ser considerado como pertencente a uma determinada categoria. Dessa forma, diferentes psiquiatras, ao realizarem o diagnóstico, têm maior probabilidade de concordância.

A seleção de critérios operacionais para o diagnóstico psiquiátrico provém, tanto das descrições clínicas realizadas pelos autores antigos, quanto dos resultados de vários estudos empíricos. No conjunto esses critérios são considerados possuidores das seguintes características:

1. Incluem sintomas de definição precisa, o que diminui as divergências entre psiquiatras.
2. Possuem elementos discriminativos, o que permite diferenciar uma categoria das outras.
3. São reconhecidos como bastante restritivos
4. Têm o objetivo essencial de obter grupos homogêneos de pacientes.

Segundo Kendell (1975), a sugestão de que se deveriam desenvolver definições operacionais para as várias categorias diagnósticas da nosologia

psiquiátrica foi feita pelo filósofo Hempel, no princípio da década de sessenta. Em 1965, na Inglaterra, Carney e col. (1965) desenvolveram o primeiro instrumento de diagnóstico baseado nos procedimentos de critérios operacionais; A Escala de Diagnóstico de Newcastle, que permite diferenciar as depressões endógenas das neuróticas. Todavia, apesar de implicar na exigência de critérios, a Escala de Diagnóstico de Newcastle foi construída com o objetivo específico de validar a clássica dicotomia depressão endógena/neurótica, baseando-se na utilização de técnicas estatísticas multivariadas.

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 setenta, o trabalho do grupo de pesquisadores da Faculdade de Medicina da Universidade de Washington – 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 (Feighner e col. 1972). Tratam-se de critérios destinados ao diagnóstico de quinze categorias de distúrbios psiquiátricos 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.

Nesta seção descreveremos as classificações das depressões contidas em dez principais sistemas construídos com base nas exigências de critérios operacionais para o diagnóstico. A maioria desses sistemas é amplamente citada na literatura psiquiátrica mundial, outros permaneceram relativamente restritos a certos centros de pesquisa ou foram, de alguma forma, superados por outros mais abrangentes. Eles compõem a Lista Integrada de Critérios de Avaliação Taxonômica Para as Depressões do Sistema Licet-D10, instrumento de pesquisa que é objeto deste trabalho.

### 11.3.1. Critérios de Newcastle

A Escala de Diagnóstico de Newcastle (Carney e col. 1965) é um instrumento que permite diferenciar as depressões endógenas das neuróticas. A escala contém dez itens cotados presente-absente, oito dos quais possuem peso positivo e os dois outros peso negativo. As respostas "sim" são cotadas 1 e as respostas "não" cotadas 0. As notas são em seguida somadas para obtenção do escore diagnóstico: um valor global igual ou superior a 6 indica depressão endógena, enquanto um valor inferior a 6 indica depressão neurótica.

Os dez itens da Escala de Newcastle representam aqueles de maior poder de diferenciação revelados por uma análise de regressão múltipla de 35 itens clínicos obtidos de uma amostra de 116 pacientes que receberam eletroconvulsoterapia (ECT). Esta escala é, portanto, derivada de um estudo clínico-estatístico e posteriormente operacionalizada para o julgamento clínico global de depressão endógena ou neurótica. Os itens dizem respeito a características sintomatológicas, fatores precipitantes associados a estresse psicossocial e personalidade pré-mórbida.

Os autores propuseram paralelamente uma escala preditiva de resposta à ECT. Esta escala é composta, também, por dez itens e sua utilização segue a mesma orientação da escala de diagnóstico.

A Escala de Newcastle tem sido amplamente estudada e algumas pesquisas têm demonstrado uma boa capacidade preditiva ao tratamento antidepressivo (Carney e Sheffield, 1972; Abou-Saleh e Coppen, 1983; Vlissides e

Jenner, 1982) e aos resultados do teste de supressão à dexametazona (Coppen e col. 1983; Holden, 1983).

### ESCALA DE DIAGNÓSTICO DE NEWCASTLE

ITENS	PESO
1. Personalidade adaptada: ausência de antecedentes de descompensação neurótica, de distúrbios neuróticos invalidantes ou de perturbações importantes da adaptação psicossocial.	+1
2. Ausência de psicogênese suficiente: ausência de estresse psíquico ou de dificuldades existenciais persistindo após o começo dos sintomas e permitindo explicar a perpetuação do distúrbio (ausente cotar SIM).	+2
3. Qualidade especial do humor depressivo: isto é, ele é sentido como algo diferente da sensação vivida após a morte de um ente querido.	+1
4. Culpabilidade excessiva ou inapropriada (podendo ser delirante).	+1
5. Ansiedade	-1
6. Heteroacusações.	-1
7. Agitação ou lentificação psicomotora, não limitada a um sentimento subjetivo.	+2
8. Perda significativa de peso (pelo menos 3kg) na ausência de dieta.	+2
9. Idéias delirantes nihilistas; idéias delirantes de condenação, destruição iminente, dissolução corporal, ruína (do paciente ou de sua família).	+2
10. Episódio(s) depressivo(s) evidente durando no mínimo uma semana.	+1

### 11.3.2. Critérios de Feighner

Em virtude da necessidade de esquematizar e operacionalizar o diagnóstico psiquiátrico para uso em pesquisa, Feighner e col. (1972) publicaram em 1972, critérios diagnósticos específicos para 15 categorias psiquiátricas. Segundo Feighner, "na Psiquiatria atual só existe um número limitado de doenças ou síndromes que podem ser definidas adequadamente". Essas categorias foram então definidas através de critérios particularmente precisos e os pacientes que não os preenchessem seriam considerados não classificáveis.

As noções de distúrbios afetivos primários e secundários constituem a base da classificação das depressões, utilizada com o propósito de evitar implicações de natureza etiológica (Robins e col. 1972). Introduzida por Munro (1966) e posteriormente revista e desenvolvida por Woodruff e col. (1967) e pela escola de Saint-Louis (Feighner e col. 1972), a dicotomia primária/secundária, propõe diferenciar as depressões em dois grupos: 1) depressão primária, definida como uma síndrome depressiva ocorrendo num indivíduo sem antecedentes de doença física ou mental exceto distúrbio afetivo e 2) depressão secundária, definida como uma síndrome depressiva ocorrendo num indivíduo com outros antecedentes de doença física ou mental.

Vale ressaltar que a distinção primária/secundária é completamente independente de outras dicotomias; há pouca relação com a nosologia tradicional. Trata-se portanto, de uma classificação estabelecida essencial, senão exclusivamente, para fins de pesquisa.

Ao discutir as diferenças entre o diagnóstico realizado por glossários e aqueles realizados utilizando os critérios de Feighner, Kendell (1975) afirmou que os primeiros não diferem muito do modo tradicional de diagnosticar dos psiquiatras experientes, enquanto que com a utilização dos critérios de Feighner cerca de 25% dos pacientes são etiquetados como "distúrbio psiquiátrico não diagnosticado".

Relatando sua experiência com a utilização dos critérios de Feighner, Overall (1981) encontrou problemas com relação aos critérios de exclusão concernentes ao tempo de doença exigido (critério o). Para ele é difícil avaliar a persistência da depressão durante pelo menos um mês, sem remissão, quando se entrevista paciente extremamente deprimidos. Para esse autor, os critérios de Feighner são altamente específicos com relação aos itens de inclusão, contudo, os critérios relativos de exclusão, sobretudo os que se referem à existência de outros antecedentes psiquiátricos que não mania ou depressão, são relativamente vagos.

O problema do conceito de depressão secundária foi discutido por Roth (1981) e Van Praag (1982). Estes autores criticaram esta noção pelas suas implicações com os conceitos de alcoolismo, dependência de drogas, neurose de ansiedade, entre outros, os quais são considerados primários no sentido etiológico. Na sua crítica aos critérios de depressão primária, Roth (1981) refere que eles trazem consigo uma variação muito mais ampla do que é o conceito europeu de bipolar/unipolar. Esta observação é confirmada por Winokur (1981) que revela a prevalência de 8% do distúrbio afetivo primário na população geral.

Tentando assimilar as críticas e baseando-se em novas propostas de classificação advindas de estudos genéticos e psicofarmacológicos, Feighner (Feighner, 1978; Feighner, 1981) realizou algumas revisões na sua classificação. Inicialmente ele desdobrou os distúrbios afetivos primários nos sub-tipos bipolar e unipolar. Esta classificação foi surgida por Leonard apud Nowicka (1979) e posteriormente validada por estudos genéticos (Nowicka, 1979; Perris, 1966). Em outro momento, baseando-se em hipóteses bioquímicas e resposta farmacológica das depressões (Goodwin e Ebert, 1977), Feighner (1981), resolveu adotar três sub-tipos sintomáticos:

1) depressão ansiosa/agitada (predominância de depressão unipolar, insônia, altos níveis urinários de metoxi-hidroxi-fenil-glicol e níveis baixos de ácido 5-hidroxi-indol-acético no líquor. Apresentam melhor resposta à amitriptilina ou doxepina)

2) depressão lentificada (predominância de depressão bipolar, hipersonia, baixos níveis urinários de metoxi-hidroxi-fenil-glicol, níveis normais ou altos de ácido-5-hidroxi-indol-acético no líquor. Apresentam melhor resposta à desipramina, nortriptilina ou maprotilina).

3) depressão atípica (predominância de depressão unipolar, ansiedade, sintomas fóbicos, histriônicos, somatizações; com tendência à cronicidade e a apresentar melhor resposta terapêutica aos inibidores de mono-aminoxidase).

Outras modificações da versão original dos critérios de Feighner, incluem a adição de um novo critério para diferenciar os distúrbios esquizoafetivos, anteriormente considerados como não diagnosticáveis e a não exigência como

critério de exclusão das doenças invalidantes ou comprometendo o prognóstico vital.

#### **CRITÉRIOS DE FEIGHNER PARA A DEPRESSÃO PRIMÁRIA**

Para um diagnóstico de depressão primária, os critérios A, B e C são exigidos:

**A - Humor disfórico, caracterizado por sintomas como: deprimido, triste, desanimado, desesperado, irritável, apreensivo ou atormentado.**

**B - Pelo menos cinco dos seguintes critérios são exigidos para depressão definitiva (certa); quatro são exigidos para depressão provável.**

**(1) Diminuição do apetite ou perda de peso (positivo se a perda de peso é de 2kg por semana ou 10Kg ou mais durante o ano na ausência de dieta).**

**(2) Distúrbios do sono (incluindo insônia ou sono excessivo).**

**(3) Perda de energia (p.ex. fadiga, cansaço).**

**(4) Agitação ou lentificação.**

**(5) Perda do interesse pelas atividades de rotina ou diminuição das pulsões sexuais.**

**(6) Sentimentos de auto-reprovação ou de culpa (podendo ser delirante).**

**(7) Capacidade diminuída, referida ou real, de pensar ou de se concentrar, como p.ex: pensamentos lentificados ou confusos.**

(8) Pensamentos recorrentes de morte ou de suicídio, incluindo o desejo de estar morto.

C - Doença psiquiátrica durando pelo menos um mês sem condições psiquiátricas preexistentes tais como: esquizofrenia, neurose de ansiedade, fobia, neurose obsessiva-compulsiva, histeria, alcoolismo, dependência de drogas, personalidade anti-social, homossexualidade e outros desvios sexuais, deficiência mental ou síndrome cerebral orgânica (pacientes com doença invalidante ou que ameaça o prognóstico vital, precedida ou evoluindo paralelamente à depressão, não recebem o diagnóstico de depressão primária). Existem pacientes que preenchem os critérios acima mencionados, mas que, também apresentam acentuadas ou peculiares alterações da percepção e do pensamento como maiores de suas doenças. Estes pacientes são classificados como possuidores de uma "disúrbio psiquiátrico não diagnosticado", não sendo incluídos na categoria "depressão primária", nem na "esquizofrenia".

### II.3.3. Critérios de Klein

Reverendo as dificuldades de delineamento do fenómeno depressivo, Klein (1974) apresentou um modelo classificatório enfocando particularmente os padrões sintomatológicos das depressões que não têm relação com fatores desencadeantes, as quais denominou "endogenomórficas". Na classificação de Klein, os distúrbios afetivos são subdivididos em três grupos:

- 1) Distúrbios depressivos endogenomórficos.
- 2) Depressões unipolares não endogenomórficas.
- 3) Depressões associadas à esquizofrenia.

Segundo Klein (1974), a depressão endogenomórfica se caracteriza por incapacidade global de se experimentar ou antecipar o prazer (anedonia). Para ele, a inibição dos mecanismos do prazer conduz a uma perda massiça do interesse, associado à incapacidade de experimentar prazer nas atividades de um modo geral.

Para Akiskal (1993), a virtude do esquema Kleiniano está na demarcação de um grupo mais homogêneo de pacientes deprimidos em comparação com uma população bastante heterogênea composta pelas depressões "situacionais", "reativas", "neuróticas" ou "caracterológicas".

Do ponto de vista metodológico, o sistema de Klein apresenta a particularidade de só definir pelos procedimentos de critérios operacionais a categoria "depressão endógena".

## **CRITÉRIOS DE KLEIN PARA DEPRESSÃO ENDOGENOMÓRFICA**

É considerada endogenomórfica toda síndrome depressiva que apresente critérios de inclusão, na ausência dos critérios de exclusão aqui definidos ou que ocorra num paciente que apresente antecedentes pessoais de episódios maníacos comprovados, na ausência de características psicóticas não congruentes com o humor.

### **Crítérios de inclusão**

- (1) Aparcimento, desde o começo do episódio, de alterações evidentes do humor, afetividade ou do elan vital, que contrastam com o estado habitual do indivíduo.
- (2) Humor distórfico ou perda do interesse por todas ou quase todas as atividades de rotina ou passatempos.
- (3) Duração do episódio atual maior ou igual a 2 semanas.
- (4) Perda do interesse ou prazer pelas atividades de rotina .
- (5) Redução das atividades agradáveis.
- (6) Perda do interesse ou prazer pelas atividades agradáveis.
- (7) Incapacidade de responder com prazer aparente, à elogios ou recompensas.
- (8) Perda do apetite.

**(9) Insônia ou sono excessivo.**

**(10) Perda do interesse ou do prazer pela sexualidade.**

### **Crterios de Exclusão**

**(1) Presença de distúrbio mental orgânico**

**(2) Características psicóticas não congruentes com o humor (aqui são incluídos sintomas, como idéias delirantes de perseguição, pensamentos impostos, divulgação do pensamento).**

**(3) Depressão associada à esquizofrenia, distúrbio esquizofreniforme ou paranóico.**

#### II.3.4. Critérios 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 Departamento de Pesquisas Clínicas do 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. Um primeiro esforço foi o de demonstrar que critérios fidedignos poderiam ser estabelecidos para várias dessas categorias. Desse modo, o RDC constitui 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.

No que concerne a classificação das depressões, o sistema RDC, descreve de forma hierárquica critérios para o diagnóstico do Distúrbio depressivo maior (com dez subtipos), Distúrbio depressivo menor, Depressão bipolar com mania (bipolar I), Depressão bipolar com hipomania (bipolar II) e Distúrbio depressivo intermitente.

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. O RDC preserva uma definição restrita de depressão, entretanto classifica dez subtipos da categoria

"Distúrbio depressivo maior" possibilitando a incorporação de formas clínicas resultantes de pesquisas de várias abordagens na área das depressões. No seu conjunto, a classificação das depressões proposta no RDC é original e ambiciosa. O distúrbio depressivo maior é a viga mestra dessa classificação, pois as outras categorias são apenas utilizadas num segundo tempo e de modo perfeitamente independente do diagnóstico de "Distúrbio depressivo maior". Neste aspecto o RDC adota uma posição que se aproxima da concepção unitária das depressões.

## **CLASSIFICAÇÃO DAS DEPRESSÕES SEGUNDO O RDC**

### **I. Distúrbio depressivo maior**

Subtipos:

1. Primário
2. Secundário
3. Recorrente
4. Psicótico
5. Incapacitante
6. Endógeno
7. Agitado
8. Lentificado
9. Situacional
10. Simples
11. Mista

### **II. Distúrbio depressivo menor**

### **III. Depressão bipolar com mania (bipolar I)**

### **IV. Depressão bipolar com hipomania (bipolar II)**

### **V. Distúrbio depressivo intermitente.**

O sistema RDC pode ser usado tanto no exame clínico, quanto no registro detalhado de casos; ele contém instruções de como deve ser utilizado para fins diagnósticos. Para diminuir a variação de interpretações e com o objetivo de melhorar a confiabilidade do sistema, foi desenvolvida uma entrevista estruturada; a "Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia" - SADS (Endicott e Spitzer, 1978), afim de orientar a colheita de informações e elaborar o diagnóstico pelo RDC.

Resultados de estudos demonstraram que a confiabilidade das categorias RDC é mais elevada em relação à obtida pelo diagnóstico clínico (Spitzer e col. 1978 b). Apesar disso, algumas críticas foram referidas como resultantes de sua utilização.

Para Overall (1981), os critérios RDC, são menos exclusivos que os critérios de Feighner (1972). Para ele, os critérios de exclusão RDC são bastante específicos mas não permitem excluir todos os pacientes diagnosticados clinicamente como esquizofrênicos. Overall (1981) reconhece este problema e conclui afirmando que, apesar de serem menos restritivos do que os critérios de Feighner (1972), os critérios RDC conseguem excluir um número importante de pacientes considerados e tratados por psiquiatras experientes como autênticos deprimidos.

Segundo Williams e Spitzer (1982), diversos investigadores utilizando o RDC, têm encontrado dificuldades quanto à inclusão de sintomas (provenientes do critério B) pelo fato deles só estarem presentes por um pequeno número de dias. Os autores afirmam que a terceira edição da Classificação Americana de Distúrbios Mentais (DSM-III) (A.P.A., 1980), corrige este tipo de problema ao especificar o período de tempo "de pelo menos duas semanas", para os sintomas

serem considerados presente. Esta especificação, segundo eles, tem ajudado a diminuir o número de diagnósticos falso-positivos de depressão maior.

#### CRITÉRIOS RDC PARA O DISTÚRBO DEPRESSIVO MAIOR

A - Um ou mais períodos distintos com humor distórico ou perda generalizada de interesse ou prazer. A condição caracteriza-se por sintomas como: depressão, tristeza, desesperança, desinteresse ou irritabilidade. O distúrbio deve ser proeminente e relativamente persistente mas não necessariamente o sintoma dominante. Não inclui mudanças momentâneas de um humor distórico a outro, como, por exemplo: ansiedade para depressão, depressão para raiva, como se observa em certos estados psicóticos agudos.

B - São necessários cinco dos seguintes sintomas para o diagnóstico definitivo (certo) e quatro para o diagnóstico provável (para episódios passados, devido às dificuldades de memória, pode-se considerar um sintoma a menos)

(1) Diminuição do apetite ou perda de peso, ou aumento do apetite ou ganho de peso (mudança de 0,5 Kg por semana, em várias semanas, ou 5Kg em um ano, sem que o paciente esteja fazendo dieta )

(2) Insônia ou sono excessivo

(3) Perda de energia, fadiga ou cansaço.

(4) Agitação ou lentificação psicomotora (mas não meramente o sentimento subjetivo de inquietação ou de estar lentificado).

(5) Perda do interesse ou prazer nas atividades de rotina, incluindo contatos sociais ou atividades sexuais (não incluir se a perda de interesse limita-se a períodos em que o paciente esteja delirando ou alucinado). (A perda de interesse pode ou não ser generalizada).

(6) Sentimentos de auto-reprovação ou de culpa excessiva ou inapropriada (ambas podem ser delirantes).

(7) Quebras ou evidências de diminuição da capacidade de elaborar pensamentos ou da concentração, tal como lentificação do pensamento ou indecisão (não incluir se associadas com acentuadas alterações formais do pensamento)

(8) Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio ou qualquer comportamento suicida.

C - Duração dos sintomas distórcos de, pelo menos, uma semana, começando com a primeira alteração constatável no estado habitual do indivíduo (definida (certa) se durou mais de duas semanas e provável para duração de uma a duas semanas).

D - Durante o episódio distórico o paciente procurou ou foi encaminhado para tratamento, tomou medicação, ou teve dificuldades na relação com a família, no lar, na escola, no trabalho, ou socialmente.

E - Nenhum dos seguintes sintomas, que sugerem esquizofrenia, está presente:

(1) Delírios de estar sendo controlado (ou influenciado), transmissão ou inserção de pensamento ou roubo do pensamento.

(2) Alucinações sem conteúdo afetivo de qualquer tipo, durante o dia e por vários dias, ou intermitentemente durante o período de uma semana.

(3) Alucinações auditivas em que uma voz faz comentários sobre as atitudes ou pensamentos do paciente, ou em que duas ou mais vozes dialogam entre si.

(4) Em alguma ocasião, durante o período de doença, o paciente passou mais do que um mês sem exibir sintomas depressivos proeminentes, mas apresentou delírios ou alucinações (embora delírios depressivos típicos, tais como delírios de culpa, pecado, ruína, nihilismo ou autodepreciação ou alucinações com conteúdos semelhantes, não sejam aqui incluídos)

(5) Preocupação com um delírio ou alucinação ao ponto de uma relativa exclusão de outros sintomas ou preocupações (além de delírios depressivos típicos de culpa, pecado, ruína, nihilismo, autodepreciação ou alucinações como conteúdo similares).

(6) Exemplos claros de alterações formais do pensamento, acompanhadas por embotamento ou inadequação do afeto, delírios ou alucinações de qualquer tipo, ou desorganização grosseira do comportamento.

F - O paciente não preenche os critérios para esquizofrenia subtipo residual.

### II.3.5. Critérios de Winokur

Os critérios de Winokur derivam de pesquisas que o autor e colaboradores têm desenvolvido desde 1971. (Winokur e col, 1971; Winokur, 1972; Winokur, 1973), que exemplificam o uso da metodologia da história familiar ou genética como referencial de um sistema nosológico. Nas classificações iniciais foi proposta uma subdivisão das depressões unipolares baseada na idade de começo dos distúrbios e no sexo. Os quatro subgrupos assim constituídos; mulheres e homens de começo precoce e mulheres e homens de começo tardio, apresentaram algumas diferenças quanto aos antecedentes familiares de depressão e personalidade anti-social nos parentes de primeiro grau.

Em razão dessas dificuldades, os autores propuseram um sistema mais simples (Andreasen e Winokur, 1979), no qual as depressões primárias (diagnosticadas pelo Sistema de Feighner e col. (1972)) unipolares são divididas em três subgrupos:

- 1) doença depressiva pura
- 2) espectro de doenças depressivas
- 3) doença depressiva não familiar

Andreasen e Winokur (1979), consideraram que os pacientes diagnosticados como portadores de depressão primária, pelos critérios de Feighner e col. (1972), formam um grupo relativamente homogêneo quando comparados com o grupo diagnosticado depressão secundária. Para Andreasen

e Winokur (1979) o método de classificação genética, possui validade preditiva com relação à resposta terapêutica pois, segundo eles, a doença depressiva não familiar e a doença depressiva pura respondem melhor aos antidepressivos do que o espectro de doenças depressivas.

### CRITÉRIOS DE WINOKUR

Para o diagnóstico de depressão primária definitiva unipolar é exigido (critérios de Feighner, 1972):

Doença depressiva pura: exige-se exclusivamente antecedentes familiares de depressão .

Espectro de doenças depressivas: antecedentes familiares de alcoolismo, personalidade anti-social, abuso de drogas, histeria.

Doença depressiva não familiar: ausência de antecedentes familiares de distúrbio psiquiátrico.

### II.3.6. Critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais - Terceira Edição - DSM-III.

O Manual de Diagnóstico Estatística dos Distúrbios Mentais da Associação Americana de Psiquiatria - DSM-III (A.P.A., 1980) foi publicado em 1980 e representa um marco importante na evolução da nosologia psiquiátrica, pois ao mesmo tempo em que incorpora o conjunto de medidas inovadoras visando à precisão do diagnóstico, é caracterizado por uma atitude atórica com relação aos conceitos teóricos, etiológicos ou patogênicos não demonstrados.

Convenida de que a exigência de critérios específicos de inclusão e exclusão contribuiu 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.

Com exceção da categoria "Distúrbios de adaptação com humor depressivo", todas as depressões são agrupadas numa só classe intitulada "distúrbios afetivos" que se subdivide em "distúrbios afetivos maiores" na qual existe uma "síndrome depressiva completa"; "outros distúrbios afetivos específicos", nos quais só existe uma síndrome depressiva parcial, com uma duração de pelo menos, dois anos; e, finalmente, "distúrbios afetivos atípicos".

categoria reservada aos distúrbios afetivos que não podem ser classificados em nenhuma das suas subclasses específicas precedentes (A.P.A., 1980).

#### CLASSIFICAÇÃO DAS DEPRESSÕES NO DSM-III

##### : Distúrbios Afetivos Maiores

Distúrbio bipolar

296.3 x depressivo

Depressão Maior

296.2 episódio único

296.3 recorrente

##### : Outros Distúrbios Afetivos Específicos

300.13. Distúrbio ciclofímico

300.40. Distúrbio distímico

##### : Distúrbios Afetivos Atípicos

276.70. Distúrbio bipolar atípico

296.82. Depressão atípica

Código do 5º dígito (x): 6. em remissão; 4. com características psicóticas; 3. com melancolia; 2. sem melancolia; 0. não especificada.

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. 1979; Spitzer e col. 1979) 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.

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), todavia, somente com a publicação

da tradução portuguesa em 1986, houve uma maior divulgação da classificação americana em nosso país.

## CRITÉRIOS DO DSM-III PARA O EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

### Distúrbios Afetivos Maiores

#### Episódio depressivo maior

A - Humor distórcico ou perda de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades ou passatempos habituais. O humor distórcico é caracterizado pelos sintomas seguintes: depressão, tristeza, angústia, melancolia, desespero, falta de iniciativa ou irritação. A perturbação do humor deve ser proeminente ou relativamente persistente; mas não é necessariamente o sintoma predominante e não inclui oscilações momentâneas de um humor distórcico para outro humor distórcico, por exemplo, a passagem de ansiedade para depressão ou para cólera, tal como se observa nos estados de perturbação psicótica aguda. (Para crianças com menos de seis anos o humor distórcico deve inferir-se por uma expressão facial triste e persistente)

**B - Pelo menos quatro dos seguintes sintomas , tendo ocorrido cada um quase diariamente durante um período de, pelo menos, duas semanas (nas crianças com menos de seis anos, pelo menos, três dos primeiros quatro).**

**(1) Anorexia, ou perda de peso significativa (na ausência de dieta) ou aumento do apetite, ou aumento significativo de peso (em crianças com menos de seis anos, não se registrar o aumento de peso esperado).**

**(2) Insônia ou sono excessivo**

**(3) Agitação ou inibição psicomotora (mas não meros sentimentos subjetivos de agitação ou de lentificação) (em crianças com menos de seis anos, hipotividade).**

**(4) Perda de interesse ou prazer nas atividades sexuais, ou na redução da atividade sexual, não limitada a um período, comportando idéias delirantes ou alucinações (nas crianças com menos de seis anos, sinais de apatia).**

**(5) Perda de energia, fadiga.**

**(6) Sentimentos de indignidade, auto-acusação ou culpabilidade exagerada ou inadequada (eventualmente delirantes).**

**(7) Diminuição da capacidade de se concentrar ou pensar (queixas ou manifestações objetivas), como lentificação do pensamento ou indecisão, não associada a acentuado afrouxamento das associações ou incoerência.**

**(8) Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida, desejo de estar morto ou tentativa de suicídio.**

**C - Na ausência de uma síndrome afetiva (critérios A e B acima), quer dizer antes do seu desenvolvimento ou depois da sua remissão, o quadro clínico não é dominado por nenhuma das características seguintes:**

**(1) Preocupação com a Idéia delirante de humor-Inoongruente ou com uma alucinação**

**(2) Comportamento bizarro**

**D - Não sobreposto a esquizofrenia, um Distúrbio Esquizofreniforme ou Paranóide.**

**E - Não provocado por qualquer Distúrbio Mental Orgânico ou luto, perdas ou danos, não complicado.**

### II.3.7 Critérios de Taylor e Abrams

Os critérios de Taylor e Abrams (Taylor e col., 1981) para Depressão maior, representam a atualização dos critérios para "Depressão endógena" que os autores publicaram em 1974 (Taylor e col. 1974) baseados, sobretudo, na concepção clínica de Slater e Roth (1969). Esses critérios são essencialmente empíricos, baseados na presença de um certo grupo de sintomas ; não existem critérios de tempo, indicadores de prognóstico ou elementos genéticos. No que diz respeito ao primeiro critério, o termo "humor distórico" não é utilizado aqui como sinônimo de irritabilidade mas, como um termo genérico podendo significar humor triste, ansioso ou irritado. Para Taylor e Abrams, "distória" denota aparentemente um estado afetivo com correspondente na "depression sine tristitia" dos autores clássicos. A importância dos critérios de Taylor e Abrams, (1981), para "depressão maior" é que eles fornecem uma ligação entre a noção Kraepeliniana de estado depressivo e o conceito de depressão maior do DSM-III - R.

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 serem tão populares, 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 ."

## **CRITÉRIOS DE TAYLOR E ABRAMS PARA DEPRESSÃO MAIOR**

**Incluem-se os três critérios seguintes:**

**1. Humor triste, disfórico ou ansioso**

**2. Presença de pelo menos três dos sintomas descritos de a até f:**

**a. despertar matinal precoce**

**b. variação diurna do humor (pior de manhã)**

**c. perda de peso de mais de 2Kg em três semanas**

**d. lentificação ou agitação psicomotora**

**e. pensamento ou comportamento suicida**

**f. sentimentos de culpa / desesperança / desvalia**

**3. Não foi diagnosticado doença cerebral orgânica, uso de esteróides ou reserpina no último mês e nenhuma doença médica que sabidamente causa sintomas depressivos.**

### 11.3.8. Critérios de Berner

Os critérios de Berner (1983), também conhecidos como "critérios de pesquisa de Viena", foram desenvolvidos com base nos resultados de estudos catamnésicos de pacientes paranóicos realizados pelo seu autor, demonstrando que parte desses pacientes havia sofrido de esquizofrenia ou ciclotimia (depressão) em alguma época de suas vidas. Estes critérios foram chamados "síndromes axiais" acrescido do adjetivo "endogenomorfo" para enfatizar que os critérios em questão são para fins exclusivos de pesquisa, não se adequando para um diagnóstico definitivo.

Berner (1983) individualizou cinco síndromes axiais ciclotímicas endogenomorfas (SACE) – depressiva, maníaca, disfórica, mista-instável e mista-estável – e propôs critérios diagnóstico para as quatro primeiras (a última foi considerada extremamente rara). Para cada SACE, os critérios diagnósticos dizem respeito a dois grupos de manifestações características (critérios A e B).

Segundo Berner (1983) o sistema das síndromes axiais ciclotímicas endogenomorfas (SACE) baseia-se nos conceitos de coerência estrutural-dinâmica de Janzarik e de endogeniidade da literatura alemã. Exceção feita às implicações teóricas específicas, subjacentes ao sistema, este apresenta, por outro lado, vários pontos específicos que o diferenciam de outros sistemas, a saber:

a - Não constituem categorias nosológicas, têm um caráter puramente semiológico.

b - São definidos a partir de critérios exclusivamente sintomáticos

c - Não incluem, em suas definições, nenhum critério de exclusão (exceto os distúrbios mentais orgânicos, os quais estão implicitamente excluídos)

d - São avaliados através de uma entrevista estruturada, o "Present State Examination"- PSE

Os sintomas que compõem os critérios A e B, no sistema de Berner, são considerados como fundamentalmente relacionados com depressão endógena. Eles são assim descritos tanto por autores clássicos (Baillarger, 1854; Kraepelin, 1927), quanto por autores mais recentes (Sandifer e col. 1966; Kendell e Gourlay, 1970). Sintomas depressivos como "depressão pior pela manhã" e "despertar precoce" têm sido frequentemente encontrados na depressão endógena e parecem indicar alteração dos ritmos biológicos (Kendell e Gourlay, 1970; Caetano, 1983)

**CRITÉRIOS DE BERNER PARA A SÍNDROME AXIAL CICLOTÍMICA ENDOGENOMORFA-  
DEPRESSIVA**

**Os critérios A e B são obrigatórios:**

**A . Aparecimento de acentuadas alterações do humor, da reatividade emocional ou do elan vital, contrastando com o estado habitual do indivíduo.**

**Exige-se pelo menos um dos seguintes sintomas .**

- 1) Humor deprimido (com ou sem ansiedade)**
- 2) Reatividade emocional ausente ou limitada à respostas depressivas**
- 3) Redução do elan vital ou agitação**

**B . Aparecimento de distúrbios dos ritmos biológicos.**

**Os sintomas 1 e 2 são exigidos:**

- 1) Variações diurnas em um ou mais sintomas citados em A**
- 2) Distúrbios do sono**

**(Exige-se pelo menos um dos seguintes sintomas )**

- a . Sono interrompido**
- b . Despertar precoce**
- c . Sono excessivo**

### II.3.9. Critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais - Terceira Edição - Revista. DSM-III-R

O DSM-III-R é o resultado de um amplo trabalho de revisão do DSM-III iniciado em 1983, pela Associação Americana de Psiquiatria 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, precisam 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).

Com exceção da categoria "Distúrbios da Adaptação com humor depressivo", todas as depressões são agrupadas numa só classe intitulada "Distúrbios do Humor". Nesta classe estão agrupados os Distúrbios bipolares (Distúrbio bipolar, ciclotimia e Distúrbio bipolar SOE) e os Distúrbios depressivos (Depressão maior, Distímia e Distúrbio depressivo SOE).

---

## Classificação das Depressões No DSM-III-R

### **DISTÚRBIOS DO HUMOR**

#### **· Distúrbio Bipolar**

**296.6 x misto**

**296.4 x maníaco**

**296.5 x depressivo**

**301.13 ciclotimia**

**296.20 distúrbio bipolar SOE**

#### **· Distúrbio Depressivo**

**Depressão maior**

**296.2 x episódio isolado**

**296.3 x recorrente**

**300.40 distimia**

**311.00 distúrbio depressivo SOE**

**Codificação do Episódio Depressivo Maior**

- Tipo crônico
- Melancolia
- Padrão sazonal

x= 5º dígito

1. leve
  2. moderado
  3. severo, sem características psicóticas
  4. com características psicóticas
  5. em remissão parcial
  6. em remissão completa
  0. não especificado
- 

Do mesmo modo do DSM-III, a atual edição revisada adota uma abordagem descritiva, recorre a um sistema de classificação multiaxial e utiliza critérios operacionais para o diagnóstico. A classificação das depressões no DSM-III-R, se baseia essencialmente em dois critérios de classificação. O primeiro é um critério de polaridade e o segundo de intensidade.

No DSM-III-R a terminologia e organização de critérios relativo às depressões foram largamente revisados. No DSM-III, esta classe diagnóstica foi

chamada "Distúrbios afetivos", no DSM-III-R utiliza-se a expressão Distúrbios do Humor; além dessa, existem importantes diferenças em relação ao DSM-III original: O DSM-III-R recusa de forma absoluta a clássica dicotomia "endógena/psicógena", a presença de uma síndrome "melancólica" não pode mais ser codificada, apenas especificada; introduzem-se níveis de gravidade para caracterizar um episódio depressivo maior e critérios diagnósticos para definir o caráter sazonal do distúrbio bipolar ou da depressão maior recorrente.

Entre as principais diferenças do DSM-III-R em relação ao DSM-III, um aspecto particularmente importante tem sido a reformulação dos critérios para definição de "melancolia". Segundo Zimmerman e col. (1989) esta mudança ocorreu por duas razões principais:

1. os critérios do DSM-III para este subtipo sindrômico não previu resposta ao tratamento específico.
2. os estudos de validação não identificaram a melancolia como qualitativamente distinta de outros subtipos, apenas expressava maior gravidade da depressão.

Zimmerman e col. (1989) testaram as propriedades psicométricas e a validade das definições de melancolia do DSM-III e DSM-III-R numa população de 60 pacientes deprimidos hospitalizados. Um achado diferencial indicava que a prevalência de melancolia foi significativamente mais alta de acordo com a definição do DSM-III-R. No mais, os resultados demonstraram que em ambas as definições, o subtipo melancolia foi caracterizado por apresentar menos estresse, sintomas altamente graves e baixa frequência de falsas tentativas de suicídio antes do internamento.

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) E 4) a "Composite International Diagnostic Interview" (CIDI), todas com ampla utilização em pesquisa.

#### CRITÉRIOS DO DSM-III-R PARA O EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

Uma "síndrome depressiva maior" é definida como abaixo:

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 (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 (ou pode ser humor irritável em crianças e adolescentes) 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 (por exemplo, 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 deprimida).

**A.7. SENTIMENTOS DE DESVALIA OU CULPA** excessiva ou inadequada (que pode ser delirante) aproximadamente todos os dias (não simplesmente auto-reprovação 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 observado 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) FATOR ORGÂNICO INICIOU E MANTEVE A PERTUBAÇÃO**

**B.(2) A PERTURBAÇÃO NÃO É UMA REAÇÃO NORMAL A MORTE DE UMA PESSOA AMADA (luto não complicação ).**

**NOTA: Preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, comprometimento funcional acentuado ou lentificação psicomotora, ou duração prolongada sugerem luto complicado por Depressão Maior.**

**C. Não houve em qualquer momento da perturbação delírios e alucinações que tenham durado até na ausência de sintomas de humor proeminentes (isto é , antes do desenvolvimento dos sintomas de humor ou após eles terem remittido).**

**D. Não sobreposto a Esquizofrenia, Distúrbio Esquizofreniforme, Distúrbio Delirante, ou Distúrbio Psicótico SOE.**

**Códigos do Episódio Depressivo Maior: quinto dígito do código numérico e critérios de gravidade, do estado atual do Distúrbio Bipolar Depressivo ou Depressão Maior.**

**1. Leve: Poucos, se alguns, sintomas além daqueles requeridos para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam somente de um comprometimento menor no funcionamento ocupacional ou de atividades sociais habituais ou relacionamentos com os outros;**

**2. Moderado: Sintomas ou comprometimento funcional entre "leve" e "grave".**

3. Grave sem Características Psicóticas: Sintomas graves além daqueles requeridos para fazer o diagnóstico, e os sintomas interferem acentuadamente no funcionamento ocupacional ou em atividades sociais habituais ou relacionamento com os outros.

4. Com Características Psicóticas: Delírios ou alucinações. Se possível, especificar se as características psicóticas são congruentes ou incongruentes com o humor.

Características psicóticas congruentes com o humor: Delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente consistente com os temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, nihilismo ou punição merecida.

Características psicóticas incongruentes com o humor: Delírios ou alucinações cujo conteúdo não envolve temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, nihilismo ou punição merecida. Incluem-se aqui sintomas tais como delírios persecutórios (não diretamente relacionados com temas depressivos), inserção de pensamento, pensamento irradiado e delírios de controle.

5. Em Remissão Parcial: Intermediário entre "em completa remissão" e "leve", e sem Distímia prévia (se o Episódio Depressivo Maior for sobreposto à Distímia é dado, uma vez que os critérios para Episódio depressivo Maior não são preenchidos).

6. Em completa Remissão : Durante os últimos seis meses não há sinais ou sintomas significativos do distúrbio.

0. Não Especificado

**Especificar: crônico**, se o episódio atual permaneceu dois anos consecutivos sem um período de dois meses ou mais durante o qual não há sintomas depressivos significativos.

**Especificar** se o episódio atual é do **Tipo Melancólico**

**Critérios Diagnósticos para Tipo Melancólico**

Presença de pelo menos cinco dos seguintes sintomas :

- (1) Perda do interesse ou prazer em todas as atividades.
- (2) Ausência de reatividade aos estímulos habitualmente agradáveis (o paciente não se sente melhor, mesmo que temporariamente, quando acontece qualquer coisa agradável).
- (3) A depressão é regularmente pior pela manhã.
- (4) Despertar matinal precoce (pelo menos duas horas antes do horário habitual de despertar).
- (5) Lentificação ou agitação psicomotora (não limitada a um sentimento subjetivo).
- (6) Anorexia significativa ou perda de peso (mais de 5% do peso corporal no período de um mês).
- (7) ausência de perturbação significativa de personalidade antes do primeiro Episódio Depressivo Maior.
- (8) Ocorrência de um ou mais Episódios Depressivos Maiores anteriores seguidos de recuperação completa ou aproximadamente completa.

(9) Boas respostas prévias à terapia somática antidepressiva específica e adequada, por exemplo, tricíclicos, ECT, IMAO, lítio.

#### Crterios Diagnsticos para Padrão Sazonal

A. Há uma relação temporal regular entre o início de um episódio de Distúrbio Bipolar (Incluindo Distúrbio Bipolar SOE) ou depressão maior (Incluindo Distúrbio Depressivo SOE) e um período particular de 60 dias no ano (por exemplo, aparecimento regular de depressão entre o começo de outubro e o fim de novembro).

**NOTA:** Não incluir casos em que há efeito óbvio de estressores psicossociais sazonalmente relacionados, por exemplo, estar regularmente desempregado no inverno.

B. Remissões completas (ou mudança de depressão para mania ou hipomania) também ocorrem em um período particular de 60 dias (por exemplo, a depressão desaparece de metade de fevereiro à metade de abril).

C. Há pelo menos três episódios de distúrbio de humor em três anos separados que demonstraram a relação sazonal temporal definida em A e B; pelo menos dois dos anos foram consecutivos.

D. Episódios Sazonais de perturbação de humor, como descritos acima, ultrapassaram em número quaisquer episódios não sazonais de tais distúrbios que possam ter ocorrido em mais de três para um.

### **II.3.10. Critérios da Classificação Internacional de Doenças (Capítulo V) – Décima Revisão – CID 10**

O capítulo V (distúrbios mentais, do comportamento e do desenvolvimento) da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) encontra-se em estágio final de um longo processo de elaboração. A versão apresentada aqui é a de 1987, portanto, ainda provisória (W.H.O 1989).

A CID-10 é uma classificação com um novo formato e uma nova filosofia em relação à revisão anterior CID-9. Trata-se de uma classificação alfanumérica com um número maior de categorias diagnósticas que, no seu conjunto constitui uma "família de documentos" com diferentes níveis de precisão, mais perfeitamente compatíveis e complementares.

Fazem parte do conjunto da CID-10:

- Um glossário breve contendo definições dos transtornos que o constituem
- Uma seção denominada "descrições clínicas e diretrizes diagnósticas" destinado ao uso clínico e ao ensino de forma a facilitar e encorajar o uso uniforme internacional das categorias.
- Um conjunto de "critérios diagnósticos para a pesquisa" destinado à investigação científica.
- Um sistema multiaxial (Multi Aspect System) para a descrição dos pacientes e de seus distúrbios.

O capítulo F3 que reúne os Distúrbios de Humor (afetivos) é um dos que mais sofreu modificações. Portanto, considerando que a versão aqui apresentada ainda não é definitiva e que este é um tema bastante controverso da nosologia psiquiátrica é possível que esta classe de distúrbios ainda sofra alterações. Todas as depressões estão agrupadas no capítulo F3 em quatro categorias distintas: Distúrbio afetivo bipolar, Episódio depressivo isolado, Distúrbio depressivo recorrente e Distúrbio afetivo persistente. Duas categorias suplementares. "Outros distúrbios do humor (afetivo) e distúrbio afetivo não especificado", podem ser utilizadas para os casos que suscitem dúvidas diagnósticas. A CID-10 também identifica um "Distúrbio ansioso e depressivo misto" (F41.2) incluído no capítulo F4 (Distúrbios neuróticos, associados a fatores de estresse e distúrbios somatoformes).

---

#### Classificação das Depressões na CID-10

##### **F31. Distúrbio Afetivo bipolar**

##### **F31.3 Episódio depressivo atual leve ou moderado**

**.30 Depressão leve ou moderada sem sintomas somáticos**

**.31 Depressão leve ou moderada com sintomas somáticos**

##### **F31.4 Episódio depressivo atual grave sem sintomas psicóticos**

##### **F31.5 Episódio depressivo atual grave com sintomas psicóticos**

**.50 Sintomas psicóticos congruentes com o humor**

**.51 Sintomas psicóticos não congruentes com o humor**

**F31.6 Episódio atual misto**

**F31.7 Episódio atual em remissão**

**F31.8 Outros distúrbios afetivos bipolares**

**F31.9 Episódio depressivo bipolar não especificado**

**F32 Episódio depressivo**

**F32.0 Episódio depressivo leve**

**.00 sem sintomas somáticos**

**.01 com sintomas somáticos**

**F32.1 Episódio depressivo moderado**

**1.0 sem sintomas somáticos**

**1.1 com sintomas somáticos**

**F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos**

**F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos**

**3.0 sintomas psicóticos congruentes com o humor**

**3.1 sintomas psicóticos não congruentes com o humor**

**F32.8 Outros episódios depressivos**

**F32.9 Episódio depressivo não especificado**

**F33 Distúrbio depressivo recorrente**

**F33.0 Episódio atual leve**

**00 sem sintomas somáticos**

**01 com sintomas somáticos**

**F33.1 Episódio atual moderado**

**1.0 sem sintomas somáticos**

**1.1 com sintomas somáticos**

**F33.2 Episódio atual grave sem sintomas psicóticos**

**F33.3 Episódio atual grave com sintomas psicóticos**

**3.0 sintomas psicóticos congruentes com o humor**

**3.1 sintomas psicóticos não congruentes com o humor**

**F33.4 Atualmente em remissão**

**F33.8 Outros distúrbios depressivos recorrentes**

**F33.9 Distúrbio depressivo recorrente não especificado**

**F34 Distúrbio afetivo persistente**

**F34.0 Clotímia**

**F34.1 Distímia**

**F34.8 Outros distúrbios afetivos persistentes**

**F34.9 Distúrbio afetivo persistente não especificado**

**F38 Outros distúrbios do humor (afetivos)**

**F38.0 Outro episódio afetivo único**

**F38.1 Outro distúrbio afetivo recorrente**

**F38.8 outro**

**F39 Distúrbio afetivo não especificado**

---

A classificação das depressões da atual versão da CID-10 (W.H.O ,1989) se baseia em três critérios: o primeiro é um critério de polaridade que distingue o distúrbio afetivo bipolar dos outros distúrbios depressivos; um outro é um critério de gravidade que define episódios depressivos leves, moderados e graves; finalmente um critério evolutivo é utilizado para diferenciar o episódio depressivo isolado dos distúrbios depressivo recorrente. Ao lado desses três critérios fundamentais de classificação, a CID-10 utiliza igualmente um critério de duração que exige a presença de sintomas depressivos durante pelo menos quinze dias

para um episódio depressivo; variações típicas durante pelo menos dois anos para a ciclotimia e o mesmo período depressivo para distímia.

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

A CID-10 sofreu significativa influência do DSM-III-R; a classificação das depressões guarda muitas semelhanças nos dois sistemas. Apenas, a CID-10 não utiliza a expressão "depressão maior" e possibilita a avaliação de sintomas somáticos para cada tipo de depressão independente do nível de gravidade. Em 1983, 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". Assim, 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". Portanto, apesar de esforços taxonômicos empreendidos no campo dos distúrbios mentais, o atual estágio da nosologia psiquiátrica e particularmente a classificação das depressões continua uma questão em aberto.

## CRITÉRIOS DA CID-10 PARA O EPISÓDIO DEPRESSIVO

### Crériterios gerais: O episódio depressivo

- Deve existir há pelo menos duas semanas.
- Não está relacionado com abuso de álcool ou droga, distúrbio endócrino, tratamento medicamentoso ou distúrbio mental orgânico

### Sintomatologia:

(grupo) A.

(1) Humor deprimido em um nível que considerado anormal para paciente, presente a maior parte do dia e quase todos os dias, não influenciável consideravelmente pelos fatores ambientais, e mantido por pelo menos 2 semanas.

(2) Importante diminuição do interesse ou prazer pelas atividades que normalmente são agradáveis.

(3) Diminuição de energia e fadiga.

(grupo) B

(4) Diminuição da autoconfiança e da auto-estima.

(5) Sentimentos irracionais de auto-acusação ou culpabilidade excessiva e inapropriada.

(6) Pensamentos repetidos de morte ou suicídio, ou comportamento suicida.

(7) Queixas ou evidência de diminuição da capacidade para pensar ou se concentrar, como indecisão ou hesitação .

(8) Alteração da atividade psicomotora, como agitação ou lentificação .

(9) Distúrbio do sono de qualquer tipo.

(10) Alteração do apetite (diminuição ou aumento), com correspondente modificação do peso corporal.

#### Níveis de intensidade do episódio depressivo

##### F32.0 Episódio depressivo leve

A. Presença de pelo menos dois dos sintomas do grupo A

B. Presença de pelo menos dois dos sintomas do grupo B

C. Nenhum dos sintomas (inclui os dois grupos) estão presentes de forma severa

##### F32.1 Episódio depressivo moderado

- A. Presença de pelo menos dois dos sintomas do grupo A
- B. Presença de pelo menos três dos sintomas do grupo B
- C. Pelo menos três dos sintomas do grupo A ou B presentes de forma evidente (marked) ou um total de pelo menos sete sintomas estão presentes com leve ou moderado nível de intensidade

**F32.2 Episódio depressivo grave**

- A. Presença de três sintomas do grupo A
- B. Presença de pelo menos três dos sintomas do grupo B
- C. Pelo menos dois dos sintomas são severos e os outros evidentes/acentuados (marked)
- D. o episódio depressivo dura há pelo menos duas semanas

Alguns sintomas depressivos são considerados como possuidores de significado clínico especial. Aqui, eles são chamados de sintomas somáticos e correspondem em outras classificações a termos como biológicos, vitais, melancólicos, endogenomórficos, entre outros. Estes sintomas podem estar presentes em diferentes categorias de depressão contudo, para caracterizar a presença de uma síndrome somática, a CID 10 exige a presença de pelo menos quatro dos sintomas abaixo relacionados:

- (1) Perda do interesse ou do prazer pelas atividades agradáveis.**
- (2) Ausência de reatividade emocional.**
- (3) Despertar matinal precoce, pelo menos duas horas antes do horário habitual de despertar.**
- (4) A depressão é regularmente mais acentuada pela manhã.**
- (5) Agitação ou lentificação psicomotora, observável ou relatada por outros.**
- (6) Anorexia.**
- (7) Perda significativa de peso (pelo menos 3kg ou 5% do peso corporal no período de 1 mês).**
- (8) Perda da libido.**

### II.3.11. Comentários

Os sistemas contendo os critérios operacionais de inclusão e exclusão resultaram de um longo esforço de pesquisa que tem procurado otimizar o diagnóstico psiquiátrico reduzindo as controvérsias resultantes de adesões de diferentes escolas à modelos classificatórios baseados, na sua maioria em paradigmas etiopatogênicos.

Com a publicação do DSM-III, a abordagem baseada na utilização de critérios para o diagnóstico passou a integrar um conjunto de modificações da nosologia psiquiátrica que têm sido comparadas, em perspectiva histórica, à sistemática Kraepeliniana de 1935 que delimitou o essencial dos quadros conceituais da Psiquiatria (Pichot, 1983). Se antes os critérios de inclusão e exclusão eram apenas utilizados em pesquisa, a partir do DSM-III passaram, também, a ter aplicação clínica.

Segundo Loreto (1984) "a necessidade de se tentar primeiramente atingir um consenso amplo em torno de categorias puramente sindrômicas foi dado com o DSM-III. Para ele, ao adotar deliberadamente uma posição atórica em relação aos problemas etiológicos o DSM-III pode ser utilizado por clínicos de várias orientações doutrinárias e essa busca de uma linguagem comum é de grande importância para o progresso da especialidade. Essa posição "atórica" e "empirista" é criticada por Faust e Miner (1986) que, apesar de reconhecerem a importância da descrição como etapa do desenvolvimento da ciência, atribuem ao DSM-III, uma posição metodológica extremista constituindo um verdadeiro "empirismo primitivo" decorrente de uma visão Baconiana da ciência.

Ao instituir o empirismo clínico-descritivo, a abordagem baseada na exigência de critérios para o diagnóstico passou a exercer uma marcante influência na concepção nosológica mundial. No Brasil, apesar dos esforços para uniformização e introdução de instrumentos e critérios para o diagnóstico (Bueno, 1986; Versiani, 1986), sua maior discussão e divulgação somente viria acontecer a partir de 1985 (Carlini, 1986).

É sabido que a utilização de critérios considerados restritivos exclui do diagnóstico um número significativo de pacientes "falsos positivos". Esta discriminação necessária, sobretudo em pesquisa, visa selecionar grupos mais homogêneos de pacientes. Neste sentido, uma população de deprimidos que preencha simultaneamente os critérios dos distúrbios depressivos "maiores" dos sistemas aqui descritos (grupo concordante), está hipoteticamente mais próxima de representar o consenso sobre a definição do fenômeno depressão .

Apesar da inegável contribuição e os avanços com a utilização dos critérios operacionais para o diagnóstico é necessário enfatizar que a maior parte dessas definições integrantes da maioria dos sistemas está baseada em conhecimentos ainda limitados, necessitando de mais estudos para validação. Nos últimos anos, o desenvolvimento de instrumentos de aproximação multidagnóstica tem favorecido a comparação simultânea dos diferentes critérios propostos nos vários sistemas de classificação existentes. Aplicados ao estudo dos distúrbios depressivos estes instrumentos contribuirão para o avanço do conhecimento psiquiátrico que no seu estágio atual é muito mais de investigação do que de certeza.

## **2ª PARTE - SISTEMA LICET - D10**

Nessas duas últimas décadas vários esforços têm sido realizadas no sentido do aprimoramento conceitual e operacional do diagnóstico psiquiátrico. Esse movimento deve-se, por um lado, à utilização de técnicas de entrevistas padronizadas estruturadas ou semiestruturadas e escalas de avaliação quantitativa da sintomatologia e por outro ao desenvolvimento da tendência de definir categorias nosológicas através de critérios operacionais de inclusão e exclusão. Assim é que o exame do paciente produz informações mais confiáveis e para que ele seja diagnosticado como pertencente a uma certa categoria deve apresentar determinados sintomas (inclusão) e não apresentar sintomas de outra categoria (exclusão). Esses critérios não têm vinculações com postulados teóricos sobre etiologia, objetivam definir claramente amostras de pacientes e permitir, por exemplo, que determinada investigação possa ser entendida e sobretudo reproduzida em outros centros.

Uma vez lidado com o problema da colheita dos sinais e sintomas da forma fidedigna, o outro aspecto diz respeito à combinação desses sinais e sintomas para produzir diagnóstico. Este último ainda é um assunto não-concordante entre os psiquiatras e a consequência disso é uma proliferação de sistemas de classificação e diagnósticos. 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. Entretanto, a disponibilidade de vários sistemas propondo diferentes definições operacionais estimulou a necessidade de comparações interdiagnósticas. Referindo-se a esta necessidade, Berner (1983) propôs o termo "abordagem multidiagnóstica" 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 multidiagnóstica 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.

O primeiro instrumento criado com o objetivo específico de integrar diferentes classificações reunindo critérios para o diagnóstico das depressões foi a "Check-list Composta para o Diagnóstico da Depressão", desenvolvida no Estados Unidos por Overall (1981) no final dos anos setenta. O mesmo propósito de comparações intersistemas para diferentes categorias nosológicas aparece simultaneamente em outras publicações (Endicott e col., 1982; Helzer e col., 1981; Overall e Hollister, 1979; Stephens e col., 1982; Maser e Philipp, 1986).

No início dos anos oitenta, Pull e Pichot (Pull e col., 1984) desenvolveram a "Liste Intégrée de Critères d'Evaluation Taxinomiques pour les Depressions - LICET-D100", um instrumento composto de cem critérios operacionais de diagnóstico contidos em sete diferentes sistemas de classificação. Em 1985, nós publicamos a versão brasileira deste instrumento (Sougey, 1985) e

posteriormente, desenvolvemos em colaboração, um programa computadorizado de diagnóstico para processamento dos dados colhidos através da LICET-D100 (Carvalho e col., 1989).

Com o surgimento de novos sistemas de classificação, como foi o caso da Edição Revista do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais da Associação Americana de Psiquiatria – o DSM-III-R, (A.P.A. 1987) e da nova versão da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde – a CID-10 (W.H.O. 1989) decidimos ampliar a LICET-D100 de modo a incorporar estas novas classificações. Este trabalho exigiu uma completa reformulação na estrutura da LICET-D100 e nos levou a criação de um novo programa computadorizado de multid diagnóstico. Paralelamente, visando facilitar a utilização do sistema, sentimos a necessidade de construir um glossário dos sintomas contidos na nova LICET. Estas inovações deram origem ao atual Sistema LICET-D10.

Este sistema é um instrumental que integra os critérios de diagnóstico para as depressões incluídos em dez sistemas diferentes de classificação; define, exemplifica e orienta a avaliação da sintomatologia inserida nesses sistemas e contém para cada classificação um programa computadorizado de diagnóstico, integrando-os, posteriormente, ao produzir automaticamente para cada paciente examinado possibilidade de dez diferentes diagnósticos de depressão .

Compõem o sistema LICET- D10:

1) A Lista Integrada de Critérios de Avaliação Taxionômica para as Depressões – LICET- D10.

**2) O Glossário das Definições dos Sintomas**

**3) O Programa Computadorizado de Multidiagnóstico.**

## Capítulo III – Lista Integrada de Critérios de Avaliação Taxionômica Para as Depressões – LICET-D10

### Definição

A LICET-D10 é um instrumento que permite recolher as informações necessárias ao estabelecimento do diagnóstico em cada um dos sistemas que a compõem. Ela reúne todos os critérios (itens) para o diagnóstico das depressões contidas em dez diferentes sistemas de classificação.

A LICET-D10 é constituída, exclusivamente, pelos sistemas nos quais as categorias são definidas pelo procedimento de critérios diagnósticos. Portanto, ela poderá ser completada ou estendida a qualquer novo sistema na condição de que este se baseie na utilização de critérios diagnósticos.

A LICET-D10 comporta um total de 133 critérios, e constitui a versão ampliada da LICET-D100 (Sougey, 1985) em função da evolução da nosologia psiquiátrica. Em relação a LICET-D100, a atual versão contém as seguintes modificações:

- 1) Incorporação dos critérios de três novos sistemas de classificação (Taylor e Abrams, DSM-III-R e CID-10).
- 2) Acréscimo de 33 novos critérios.
- 3) Reformulação na seqüência dos critérios.

4) Introdução de pontos de corte para as diversas dimensões da sintomatologia.

5) Maior precisão quanto à formulação dos diferentes critérios.

No conjunto, as modificações permitem eliminar as pequenas dificuldades da versão anterior, atualizando a Lista, sem perder os critérios de classificações mais antigas o que permite compreender a evolução contemporânea da nosologia das depressões.

### Descrição

A LICET - D10 compreende um total de 133 critérios. Cada critério que compõe consta de, pelo menos, um dos sistemas citados anteriormente. A formulação dos critérios corresponde, exatamente, à empregada nos respectivos sistemas. alguns critérios propostos nos vários sistemas possuem certa semelhança, contudo, eles não são exatamente idênticos. Visando manter o máximo de fidelidade, decidiu-se conservar o título exato de cada critério evitando reunir critérios similares numa categoria comum, mesmo que este procedimento conduza a um certo número de redundâncias.

No que concerne aos critérios relativos à sintomatologia, dez deles devem ser cotados duas vezes; a primeira independente da sua duração e a segunda especificando se duram, ao menos, há duas semanas.

Os critérios estão agrupados em oito capítulos que dizem respeito respectivamente, às características demográficas, à personalidade, ao modo de começo do episódio atual e aos antecedentes pessoais e familiares. Os três últimos critérios estão agrupados sob o título "Diversos".

---

#### Agrupamento dos Critérios da LICET-D10

<b>Capítulos da LICET - D10</b>	<b>Critérios</b>
1. Características demográficas	1 - 8
2. Personalidade	9 - 13
3. Modo de começo de episódio atual	14 - 19
4. Sintomatologia	20 - 98
5. Distúrbios associados	99 - 108
6. Duração	109 - 113
7. Antecedentes pessoais	114 - 127
8. Antecedentes familiares	128 - 130
9. Diversos	131 - 133

---

Exceção feita aos "critérios demográficos", e aos critérios "idade do começo da doença" e "duração" (que implica em proposições de duração diferentes), a cotação exige uma resposta em Sim ou Não. Supõe-se, portanto, que para servir de critério o elemento a cotar não pode ser qualificado; ele está simplesmente presente ou ausente.

Além dos critérios propriamente ditos a LICET-D10 preserva, igualmente, os cinco eixos de diagnóstico do DSM-III, os quais reúnem, respectivamente, as síndromes clínicas, os distúrbios e afecções físicas, os fatores de estresse psicossociais e os níveis de adaptação e desempenho mais elevado no ano passado. As cotações relativas aos dois últimos eixos, podem ser complementadas por uma avaliação quantitativa de 1 a 7.

---

#### **Eixos do DSM-III**

- 1. Síndrome clínica**
  - 2. Distúrbios da personalidade - Traços específicos de personalidade a) - b)**
  - 3. Distúrbios e afecções físicas c)**
  - 4. Severidade dos fatores de estresse psicossociais d)**
  - 5. Nível de adaptação e de desempenho mais elevado no ano passado e)**
-

## **Instruções**

A LICET-D10 é um instrumento de fácil e rápida utilização. Seu emprego deve seguir as seguintes instruções:

1. A LICET- D10 pode ser empregada independentemente dos hábitos diagnósticos do examinador para as depressões. Diante de paciente que apresentem elementos de sintomatologia depressiva o examinador:

a) Diagnostica de acordo com o seu sistema de classificação habitual

b) Preenche a LICET- D10, que é uma lista de critérios diagnósticos utilizada em dez sistemas de referência.

2. Ao contrário das escalas de avaliação que visam registrar a sintomatologia presente num determinado momento, a LICET- D10 tem por objetivo reunir o conjunto de elementos atuais, recentes ou passados, que os sistemas nela incluídos utilizam para diagnosticar. Por conseguinte:

a) Além das informações emanadas dos exames psiquiátricos, o examinador deve utilizar toda fonte de informação disponível, como entrevistas com a família, parentes próximos ou amigos, a opinião do pessoal de enfermagem e, se necessário, dossiers médicos;

b) A cotação da LICET- D10 só deve ser feita a partir do momento em que o avaliador tem convicção de conhecer bem o paciente. Os critérios que não forem preenchidos ou que suscitem dúvidas após a primeira tentativa de cotação, devem ser registrados ou corrigidos numa data ulterior.

3. Em virtude da importância atribuída a cada critério da LICET- D10, torna-se indispensável fornecer uma resposta para todos os 133 critérios que a compõem. Todavia, certos itens são redundantes e para alguns pode ser impossível o preenchimento. Nestes casos deve-se seguir as seguintes instruções:

a) Mesmo quando houver redundância entre dois critérios, ambos devem ser cotados;

b) Os critérios para os quais torna-se impossível fornecer uma resposta Sim ou Não são arbitrariamente cotados ausentes (não), com exceção do critério nº 10. "Personalidade adaptada", o qual, nestas condições, é cotado presente (sim).

4. A utilização simultânea de vários sistemas de critérios divergentes só é possível na condição de que cada critério dos respectivos sistemas seja utilizado segundo as regras determinadas por cada sistema. Assim é que:

a) O avaliador deve se limitar, rigorosamente, ao enunciado de cada critério.

b) Cada critério deve ser avaliado independentemente dos outros.

5. Os critérios de nº 131 (Personalidade Lábil, nº 132 (Síndrome de Briquet) e nº 133 (Luto não-complicado) são diagnósticos que constituem critérios particulares; antes de respondê-los, solicita-se ao examinador verificar as respectivas definições contidas na LICET- D10.

6. Entre os critérios sintomatológicos, dez critérios devem ser cotados duas vezes; primeira independente de sua duração e a segunda levando em consideração sua duração. No segundo caso, a resposta Sim exige sua presença quase todos os dias, durante um período de, pelo menos, duas semanas.

7. A seqüência dos critérios referentes a sintomatologia foi organizada para possibilitar os procedimentos de ponto de corte. Deste modo, existem dimensões sintomáticas que quando julgadas ausentes enviam imediatamente o avaliador à dimensão seguinte.

### Validação

Cada um dos dez sistemas integrados à LICET-D10 foi objeto de estudos de validação. Até o momento nenhum desses estudos pode ser considerado como conclusivo e o interesse de um determinado grupo de critérios em relação aos outros ainda não foi demonstrada. De qualquer forma, a LICET-D10 não é considerada um instrumento definitivo. É provável que os critérios propostos nos diferentes sistemas sofram modificações no futuro. A LICET-D10 deverá, por conseguinte, ser revista e adaptada, periodicamente, em função da evolução de cada sistema que ela reuna.

## CAPÍTULO IV - GLOSSÁRIO DAS DEFINIÇÕES DOS SINTOMAS CONTIDOS NA LICET-D10

Este glossário contém os itens de sintomatologia do capítulo IV da LICET-D10. Para cada item existe uma definição e quando necessário, exemplos e sugestões de algumas perguntas a serem formuladas na pesquisa dos sintomas. Estes procedimentos visam auxiliar a avaliação clínica e não pretendem esgotar todas as possibilidades de abordagem e descrição do comportamento dos pacientes deprimidos.

Para avaliação os sintomas devem ser considerados a partir do início do episódio atual. A cotação é do tipo "sim" ou "não", indicando respectivamente a presença ou ausência do sintoma. Não existe a possibilidade de indicar que o sintoma é de presença duvidosa, isto significa que persistindo a dúvida, o examinador deve cotar "não". Esta decisão indica que o item foi arbitrariamente considerado ausente.

O examinador deve avaliar o sintoma baseado na descrição do paciente, nas informações de familiares e na sua observação, em seguida, comparar o seu julgamento com a definição deste glossário. No caso de dúvida quanto à presença do sintoma, três regras podem ser utilizadas:

1. O sintoma não pode ser controlado pela vontade.
2. O sintoma é desproporcional às circunstâncias.
3. O sintoma é acompanhado de um sentimento desagradável.

**20. HUMOR DEPRIMIDO** considerado anormal pelo paciente e presente na maior parte do dia, aproximadamente todos os dias, por um período de pelo menos duas semanas.

**DEFINIÇÃO:** Humor desagradável, de conotação negativa caracterizado por tristeza, desesperança e infelicidade, podendo variar de uma intensidade leve até o completo desespero contaminando a totalidade da vida psíquica..

**OBS:** Aqui o paciente considera o seu humor anormal, representando uma mudança do seu desempenho anterior.

**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.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) sente alguma mudança no seu estado de ânimo? Sente-se abatido, triste, deprimido, chateado?

Qual foi a última vez em que o Sr.(a) realmente teve prazer com alguma coisa?

**21. HUMOR DISFÓRICO OU PERDA DO INTERESSE** por todas ou quase todas atividades de rotina ou passatempos.

**DEFINIÇÃO:** Humor desagradável tal como depressão, ansiedade ou irritabilidade ou diminuição na intensidade ou perda total do interesse, com abandono de algumas tarefas diárias.

OBS. Cotar sim quando o paciente declara que suas atividades não mais lhe interessam, mesmo que continue a desenvolver algumas atividades.

**EXEMPLO:** O paciente declara sentir-se triste, infeliz ou nervoso, irritado de "mau humor" ou revela ter perdido o interesse em seu trabalho habitual, na vida doméstica, nas atividades de lazer, no noticiário, vestuário, manutenção de compromissos, entre outras. O paciente não quer mais engajar-se em nenhuma atividade porque nada mais lhe interessa.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) sente alguma mudança no seu humor?

Tem a sensação de estar com os nervos à flor da pele? Sente-se abatido, triste?

Continua com o mesmo interesse pelo seu trabalho e por outras atividades?

Tomou-se indiferente pelas coisas do cotidiano?

22. HUMOR DISFÓRICO caracterizado por sintomas como:deprimido, triste, chateado, sem esperança, sem saber o que dizer, irritado.

**DEFINIÇÃO:** Humor desagradável, doloroso, caracterizado pela tristeza, desesperança, sentimento de insuficiência e infelicidade. No mais das vezes o

**paciente exprime pelo seu comportamento, sua atitude, sua expressão facial, o tom de sua voz, que está abatido, triste, desencorajado.**

**OBS. Este sintoma deve ser avaliado de acordo com o que o paciente declara sentir, esteja ou não o humor deprimido refletido no seu aspecto geral. Se o humor é mais irritado que deprimido cotar "não".**

**EXEMPLO: O paciente declara sentir-se triste, infeliz; a vida lhe parece insuportável, sente-se aborrecido, entregue a idéias tristes. Em alguns casos, embora a pessoa negue sentir-se deprimida, a presença de humor deprimido pode ser observada pelo examinador.**

**PERGUNTAS:**

**O Sr.(a) sente-se triste, abatido, deprimido?**

**Sente-se aborrecido, chateado?**

**Este estado é muito forte, pensa poder suportá-lo?**

**Qual foi a última vez em que o Sr.(a) realmente teve prazer com alguma coisa?**

**23. HUMOR DEPRIMIDO na maior parte do dia, mais dias sim do que não, como indicado pelo relato subjetivo ou pela observação dos outros, por, pelo menos, 2 anos . Durante esse período, nunca sem sintomas depressivos por mais de dois meses. Sem evidência de um episódio depressivo maior inequívoco, durante os 2 anos da perturbação.**

**DEFINIÇÃO:** Humor desagradável, de conotação negativa caracterizado por tristeza, desesperança e infidelidade, podendo variar de uma intensidade leve até o completo desespero contaminando a totalidade da vida psíquica.

**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.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) sente alguma mudança no seu estado de ânimo? Sente-se abatido, triste, deprimido, chateado?

Qual foi a última vez em que o Sr.(a) realmente teve prazer com alguma coisa?

24. HUMOR DISFÓRICO caracterizado mais por irritabilidade do que depressão.

**DEFINIÇÃO:** Humor desagradável caracterizado pela irritabilidade, pelo "mal-humor", ou seja, o paciente torna-se susceptível e intolerante com relação aos acontecimentos que habitualmente não o perturbariam.

**EXEMPLO:** O paciente torna-se hostil, intolerante, com tendência a expressar censuras, recriminações, críticas cáusticas ou ofensivas em relação aos outros. Essa irritabilidade pode também expressar-se por gritos, quereias ou reações agressivas.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) sente-se Irritado? Tem a impressão de estar com os "nervos à flor da pele"?

O Sr.(a) se aborrece facilmente? Mesmo por pequenos motivos?

Sente-se intolerante em relação às outras pessoas? Elas o aborrecem?

**25. HUMOR ANSIOSO ou TRISTEZA.**

**DEFINIÇÃO:** Humor desagradável, caracterizado por uma sensação subjetiva de temor, receio, apreensão, expectativa ou inquietação, experimentado de maneira mais ou menos persistente; ou sentimento de tristeza, desesperança, insuficiência ou infelicidade.

**EXEMPLO:** Quando o humor é ansioso o paciente relata uma sensação desagradável de apreensão, de expectativa de perigo, como se algo ruim ou até mesmo catastrófico estivesse na iminência de acontecer. Pode apresentar-se inquieto, tenso ou quebrar-se de nervosismo. Na existência de tristeza do humor o paciente declara sentir-se infeliz, a vida lhe parece insuportável; sente-se aborrecido e entregue à idéias pessimistas.

**PERGUNTAS:**

Humor Ansioso

O Sr.(a) sente-se temeroso, apreensivo; chega a sentir uma expectativa desagradável, como se fosse acontecer alguma coisa ruim?

Sente-se nervoso, inquieto, sem paciência?

Humor Triste

O Sr.(a) sente-se triste, abatido, deprimido?

Sente-se aborrecido, chateado?

Este estado é muito forte, pensa poder suportá-lo?

Qual foi a última vez em que o Sr.(a) realmente teve prazer com alguma coisa?

## **26. DISTÚRPIO DO HUMOR EVIDENTE E RELATIVAMENTE PERSISTENTE**

(mas não é forçosamente o sintoma dominante).

**DEFINIÇÃO:** Humor desagradável tal como depressão, ansiedade, ou irritabilidade, que pode não estar no primeiro plano da sintomatologia, mas está presente de forma persistente.

**OBS.** Cotar SIM, mesmo que a alteração do humor não seja o sintoma dominante

**EXEMPLO:** O paciente pode queixar-se de dores difusas, sensação de cansaço, falta de energia e sentir-se chateado, triste, desanimado ou aborrecido e irritado.

Pode ocorrer nestes casos maior valorização dos sintomas somáticos.

### **PERGUNTAS:**

O Sr.(a) sente alguma mudança do humor?

Sente-se aborrecido, chateado?

**27. MUDANÇAS SÚBITAS** do humor distórico para outro (depressão e/ou ansiedade, euforia/expansividade/hostilidade), de uma reatividade emocional para outra (depressão, ansiedade, expansividade, hostilidade) ou de um elan vital para outro (inibição , agitação , aumento do elan vital, eventualmente agressividade).

**DEFINIÇÃO:** Mudanças rápidas e espontâneas do estado afetivo/tímico (da tristeza à alegria ou vice-versa) eventualmente associadas a respostas emocionais intensas. (labilidade afetiva).

**OBS.** Considerar apenas a mudança do humor e não o tipo de humor que está presente.

**EXEMPLO:** O humor do paciente é variável. Num dado momento ele pode estar amedrontado, no outro confiante. Euforia pode alternar com depressão ou hostilidade com afabilidade.

**28. PERSISTÊNCIA** sob a mesma forma e durante todo episódio de oposição entre as alterações do humor e as da reatividade emocional e elan vital (uma oposição desse tipo se encontra p.ex. na mania inibida (mas não é forçosamente o sintoma dominante).

**DEFINIÇÃO:** Durante o episódio atual existe concomitantemente e persistente oposição entre o tipo de distúrbio do humor e a reatividade emocional e elan vital. Trata-se dos estados mistos que associam sintomas de excitação maníaca à elementos da série depressiva.

**EXEMPLO:** Uma oposição desse tipo se encontra, por exemplo, na mania inibida ou estupor maniaco, no qual o paciente permanece quieto, calado e inacessível, mas a expressão facial é de animação. Outras formas de apresentação incluem estados depressivos acompanhados de fuga de idéias e depressões agitadas.

**29. QUALIDADE ESPECIAL DO HUMOR DEPRESSIVO:** isto é, ele é sentido como algo diferente da sensação vivida após a morte de um ente querido.

**DEFINIÇÃO:** O humor depressivo é percebido pelo paciente como qualitativamente diferente do tipo de sentimento que ele experimentou ou experimentaria, após a morte de um ente querido.

**OBS.** Não se trata da intensidade da tristeza ou de sua relação com outros sintomas como perda dos interesses.

**EXEMPLO:** O paciente refere uma sensação de tristeza diferente daquela ocorrida após a morte de um ente querido.

**PERGUNTAS:**

O sentimento de (utilizar a palavra empregada pelo paciente p. ex. tristeza, desalento, etc.) que o Sr.(a) experimenta, é diferente do que sentiu ou sentiria com a morte de um ente querido?

Como é que ele é diferente?

**30. AUSÊNCIA DE REATIVIDADE EMOCIONAL** ou reatividade emocional limitada a respostas depressivas.

**DEFINIÇÃO:** Incapacidade global de reatividade emocional e de experimentar prazer ou reatividade limitada à respostas depressivas. O paciente não responde emocionalmente aos estímulos do ambiente ou quando o faz, tudo que é experimentado parece doloroso e a reatividade é depressiva.

**EXEMPLO:** O paciente declara que nada o faz feliz. Ele é incapaz de amar, não sente prazer em nada, nada lhe dá satisfação. Ele tem impressão de que perdeu seus sentimentos e que aceita os acontecimentos com apatia. Ele é incapaz de sentir prazer na companhia dos outros, de sentir raiva ou compaixão . Ele sente penosamente sua incapacidade de experimentar sentimentos e se ocasionalmente ele experimenta sentimentos, a vivência é depressiva.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) sente-se indiferente, sem alegria, apático, insensível?

As coisas que acontecem, mesmo as que poderiam ser agradáveis, o deixam triste?

**31. AUSÊNCIA DE REATIVIDADE AOS ESTÍMULOS HABITUALMENTE AGRADÁVEIS** (o paciente não se sente melhor, mesmo que temporariamente, quando acontece qualquer coisa de agradável).

**DEFINIÇÃO:** Incapacidade de experimentar prazer com as situações que lhe eram anteriormente agradáveis. Existe diminuição das emoções, dos sentimentos e da capacidade de modulação afetiva.

**EXEMPLO:** O paciente não se sente melhorado, mesmo que temporariamente, diante de um acontecimento agradável.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) sente-se indiferente, sem alegria, apático insensível, diante de situações agradáveis?

Sente-se melhor quando está acompanhado ou executando algum trabalho?

**32. INCAPACIDADE DE RESPONDER COM PRAZER APARENTE, A ELOGIOS OU RECOMPENSAS.**

**DEFINIÇÃO:** Incapacidade de reatividade emocional e de experimentar prazer, mesmo que aparente, diante de situações de gratificação pessoal como receber elogios ou recompensas. Existe diminuição das emoções, dos sentimentos e da capacidade de modulação afetiva.

**EXEMPLO:** O paciente não responde afetivamente, sequer com aparência, ao receber elogios ou recompensas. Ele tem a impressão de falta de sensibilidade ou de participação afetiva; geralmente permanece num determinado estado de humor independente da situação exterior.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) sente-se indiferente, sem alegria, apático, insensível, mesmo ao receber um elogio ou recompensa?

Consegue manter as aparências e demonstrar satisfação diante de situações agradáveis?

**33. REATIVIDADE EMOCIONAL limitada a respostas de irritabilidade.**

**DEFINIÇÃO:** Reatividade emocional caracterizada exclusivamente por humor irritável. O paciente torna-se susceptível e reage aos estímulos do ambiente com intolerância.

**EXEMPLO:** O paciente reage sempre com hostilidade, "mau-humor", com tendência a expressar oenstras, recriminações, críticas cáusticas ou ofensivas em relação aos outros. Essa irritabilidade pode, também, expressar-se por gritos, querelas ou reações agressivas.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) sente-se irritado? Tem a impressão de estar com os nervos a "flor da pele"?

O Sr.(a) se aborrece facilmente, mesmo por pequenos motivos?

Sente-se intolerante em relação as outras pessoas, elas o(a) aborrecem?

**34. PERDA DO INTERESSE OU DO PRAZER PELAS ATIVIDADES DE ROTINA**  
(sem precisar a duração).

**DEFINIÇÃO:** Diminuição na intensidade ou perda total do interesse ou do prazer pelas tarefas diárias e/ou da vida social. O paciente não quer mais engajar-se em nenhuma situação ou atividade porque nada ou quase nada mais lhe interessa.

**OBS.** Leva-se em consideração a perda do interesse ou do prazer que dizem respeito ao trabalho habitual (atividade profissional, tarefas caseiras), na vida doméstica, no vestuário, na manutenção de compromissos etc.

**EXEMPLO:** Habitualmente o paciente tem a consciência dolorosa e se queixa de não mais ter interesse ou sentir prazer pelas suas atividades profissionais nos afazeres domésticos; evita qualquer tarefa nova ou fora de sua rotina. O paciente, pode no entanto não se queixar, ou mesmo não ter consciência dessa perda de interesses; um amigo ou parente poderá notar a mudança.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) continua com o mesmo interesse pelo seu trabalho e por outras atividades usuais?

Tem perdido o interesse por essas coisas?

Tornou-se indiferente pelas coisas do cotidiano?

**35. PERDA DO INTERESSE OU DO PRAZER PELAS ATIVIDADES DE ROTINA -**  
Presente todos os dias durante um período de, pelo menos, duas semanas.

**DEFINIÇÃO:** Diminuição na intensidade ou perda total do interesse ou do prazer pelas tarefas diárias e/ou da vida social. O paciente não quer mais engajar-se em nenhuma situação ou atividade porque nada ou quase nada mais lhe interessa.

**OBS.** Leva-se em consideração a perda do interesse ou do prazer que dizem respeito ao trabalho habitual (atividade profissional, tarefas caseiras), na vida doméstica, no vestuário, na manutenção de compromissos etc.

**EXEMPLO:** Diminuição na intensidade ou perda total do interesse ou do prazer pelas tarefas diárias e/ou da vida social. O paciente não quer mais engajar-se em nenhuma situação ou atividade porque nada ou quase nada mais lhe interessa.

**OBS.** Leva-se em consideração a perda do interesse ou do prazer que dizem respeito ao trabalho habitual (atividade profissional, tarefas caseiras), na vida doméstica, no vestuário, na manutenção de compromissos etc.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) continua com o mesmo interesse pelo seu trabalho e por outras atividades usuais?

Tem perdido o interesse por essas coisas?

Tornou-se indiferente pelas coisas do cotidiano?

**36. 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). O sintoma deve estar presente por um período de pelo menos duas semanas e representa uma mudança do funcionamento anterior.

**DEFINIÇÃO:** Diminuição na intensidade ou perda total do interesse ou do prazer pelas tarefas diárias e/ou da vida social. O paciente não quer mais engajar-se em nenhuma situação ou atividade porque nada ou quase nada mais lhe interessa.

**OBS.** Leva-se em consideração a perda do interesse ou do prazer que dizem respeito ao trabalho habitual (atividade profissional, tarefas caseiras), na vida doméstica, no vestuário, na manutenção de compromissos etc.

**EXEMPLO:** Diminuição na intensidade ou perda total do interesse ou do prazer pelas tarefas diárias e/ou da vida social. O paciente não quer mais engajar-se em nenhuma situação ou atividade porque nada ou quase nada mais lhe interessa.

**OBS.** Leva-se em consideração a perda do interesse ou do prazer que dizem respeito ao trabalho habitual (atividade profissional, tarefas caseiras), na vida doméstica, no vestuário, na manutenção de compromissos etc.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) continua com o mesmo interesse pelo seu trabalho e por outras atividades usuais?

Tem perdido o interesse por essas coisas?

Tornou-se indiferente pelas coisas do cotidiano?

**37. REDUÇÃO DAS ATIVIDADES AGRADÁVEIS.**

**DEFINIÇÃO:** Redução geral das atividades que habitualmente eram consideradas agradáveis pelo paciente. Leva-se em consideração a redução nas atividades que dizem respeito ao lazer, à família, aos amigos, à sexualidade e outros aspectos do cotidiano.

**EXEMPLO:** O paciente afasta-se de suas atividades sociais usuais, evita seus amigos, torna-se indiferente perante os passatempos que constituíam anteriormente uma fonte de prazer.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) sente-se menos ativo que de costume?

Tem reduzido as atividades que antes lhe proporcionavam prazer?

Tem evitado os amigos e os passatempos?

**38. PERDA DO INTERESSE OU DO PRAZER PELAS ATIVIDADES AGRADÁVEIS.**

**DEFINIÇÃO:** Diminuição na intensidade ou perda total do interesse ou do prazer pelas atividades que habitualmente eram consideradas agradáveis pelo paciente. Leva-se em consideração a perda do interesse ou do prazer pelas atividades que dizem respeito ao lazer, à família, aos amigos, à sexualidade e outros aspectos do cotidiano

**EXEMPLO:** Habitualmente o paciente tem a consciência dolorosa e se queixa de não mais ter interesse ou sentir prazer com situações ou atividades que lhe eram

anteriormente agradáveis. Contudo, o indivíduo pode não se queixar, ou mesmo não ter consciência dessa perda, contrariamente aos membros da família.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) continua com o mesmo interesse pelas atividades que antes lhe proporcionavam prazer?

Tem perdido o interesse por essas coisas?

Tomou-se indiferente pelos passatempos, ou atividades sociais?

**39. SENTIMENTO DE INDIGNIDADE, AUTO-ACUSAÇÃO, CULPABILIDADE EXCESSIVA (sem precisar a duração).**

**DEFINIÇÃO:** Consciência dolorosa por avaliação pejorativa de si próprio; auto-censura; vergonha. O paciente se auto-despreza, culpa-se exageradamente por pequenas faltas, podendo sentir-se responsável por tudo que acontece de errado no seu meio ambiente. O sentimento de indignidade varia da inadequação até avaliações pejorativas do próprio valor sem nenhuma base real.

**EXEMPLO:** O paciente atribuirá seu fracasso a esforço insuficiente, negligência culpável, mau uso de habilidades que possuía anteriormente, vida extravagante etc. Todo passado é visto através dessas faltas. Pode pensar que, por causa dos seus "erros" está sendo ou será punido no futuro.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) tem tendência a se auto-acusar?

Sente-se culpado de omissão no cumprimento do dever?

**40. SENTIMENTO DE INDIGNIDADE, AUTO-ACUSAÇÃO, CULPABILIDADE EXCESSIVA** - Presente quase todos os dias por um período de pelo menos duas semanas.

**DEFINIÇÃO:** Consciência dolorosa por avaliação pejorativa de si próprio; auto-censura; vergonha. O paciente se auto-despreza, culpa-se exageradamente por pequenas faltas, podendo sentir-se responsável por tudo que acontece de errado no seu meio ambiente. O sentimento de indignidade varia da inadequação até avaliações pejorativas do próprio valor sem nenhuma base real.

**EXEMPLO:** O paciente atribuirá seu fracasso a esforço insuficiente, negligência culpável, mau uso de habilidades que possuía anteriormente, vida extravagante etc. Todo passado é visto através dessas faltas. Pode pensar que, por causa dos seus "erros" está sendo ou será punido no futuro.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) tem tendência a se auto-acusar?

Sente-se culpado de omissão no cumprimento do dever?

**41. CULPABILIDADE EXCESSIVA OU INAPROPRIADA** (podendo ser delirante).

**DEFINIÇÃO:** Consciência dolorosa, auto-acusação, vergonha, remorso excessivo concernente a erros, omissões, pecados, ações repreensíveis que o paciente

nunca praticou ou cuja importância ele exagera. A culpabilidade pode ser delirante e existir independentemente de idéias de punição .

**EXEMPLO:** O paciente sente-se culpado de haver cometido atos repreensíveis; sente-se culpado de omissão no cumprimento do dever; acusa-se de haver cometido pecados, de ter prejudicado os outros.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) sente-se culpado de alguma coisa?

Reprova o seu passado?

Sente-se culpado de omissão no cumprimento do dever?

**42. PERDA DA CONFIANÇA EM SI MESMO OU SENTIMENTO DE INADEQUAÇÃO.**

**DEFINIÇÃO:** Diminuição ou perda total da confiança em si mesmo produzindo um sentimento de insuficiência e incapacidade. Há falta de perseverança e uma atitude de submissão, conformismo e procura de apoio e segurança; ou sentimento de incompetência, incapacidade, desajuste, indecisão ou inadaptação, vivido pelo paciente como desagradável e perturbador.

**EXEMPLO:** Num paciente inseguro de si mesmo ocorrem dúvidas e preocupações constantes decorrentes da perda da confiança nas suas habilidades. As atitudes passam a ser vacilantes, débeis e dependentes; "tomam-se pessoas excessivamente mutáveis de acordo com o ambiente". O paciente

sente não ter uma personalidade forte e prevê mal-estar e fracasso em assuntos que dependam da auto-confiança; sente-se inútil, indesejado, um peso para os outros. No sentimento de inadequação, o paciente relata sentir-se inconveniente ou impróprio num determinado ambiente ou situação. Tem a desagradável sensação de inadequação, de se sentir "um peixe fora d'água".

#### PERGUNTAS:

O Sr.(a) sente-se embaraçado em público?

Tem a sensação de que os outros estão sempre lhe observando na rua, no ônibus ou no restaurante? p.ex. Eles parecem rir do Sr.(a) ou comentar a seu respeito?

Sente-se mal adaptado nos ambientes como "um peixe fora d'água"?

O Sr.(a) tem a impressão de não ser mais capaz de cumprir com as suas obrigações; que não faz nada bem feito?

O Sr.(a) perdeu a confiança em si mesmo?

Tem a impressão de não valer mais grande coisa?

**43. PENSAMENTOS REPETIDOS DE MORTE, DESEJO DE ESTAR MORTO, IDÉIAS DE SUICÍDIO (sem precisar a duração), OU TENTATIVA DE SUICÍDIO.**

DEFINIÇÃO: O suicídio apresenta-se ao paciente como a única saída, essa idéia se impõe e pode se acompanhar de rumações sobre o modo de executá-la. O

paciente, no mais das vezes é reticente a exprimi-las; ou tentativa de suicídio que põe em perigo a vida do paciente.

**EXEMPLO:** O paciente pensa constantemente na morte; pode achar que seria melhor para todos se estivesse morto. Não vê mais sentido em continuar vivendo; ou executa tentativa de suicídio que põe em risco a sua vida.

**PERGUNTAS:**

Tem-lhe ocorrido pensar na morte?

Tem o sentimento de que não vale mais a pena viver?

O Sr.(a) chegou realmente a tentar suicídio?

**44. PENSAMENTOS REPETIDOS DE MORTE, DESEJO DE ESTAR MORTO, IDÉIAS DE SUICÍDIO – Presente quase todos os dias durante um período de, pelo menos, duas semanas – OU TENTATIVA DE SUICÍDIO.**

**DEFINIÇÃO:** O suicídio apresenta-se ao paciente como a única saída, essa idéia se impõe e pode se acompanhar de rumações sobre o modo de executá-la. O paciente, no mais das vezes é reticente a exprimi-las; ou tentativa de suicídio que põe em perigo a vida do paciente.

**EXEMPLO:** O paciente pensa constantemente na morte; pode achar que seria melhor para todos se estivesse morto. Não vê mais sentido em continuar vivendo; ou executa tentativa de suicídio que põe em risco a sua vida.

**PERGUNTAS:**

Tem lhe ocorrido pensar na morte?

Tem o sentimento de que não vale mais a pena viver?

O Sr.(a) chegou realmente a tentar suicídio?

**45. PERDA DE ENERGIA, FADIGA (sem precisar duração).**

**DEFINIÇÃO:** Sensação de diminuição da energia, do elan, do dinamismo, da vitalidade. Impressão subjetiva de se fatigar com mais facilidade que de costume. Essa sensação se acompanha habitualmente de impressão subjetiva de lentificação geral. Toda atividade requer um esforço.

**EXEMPLO:** O paciente declara ser incapaz de realizar qualquer tarefa por falta de ânimo. O cansaço é sentido como desagradável e o paciente é incapaz de vencê-lo, é inapropriado à situação . O paciente declara sentir-se mais fatigado que de costume, permanece com sensação de cansaço mesmo após um período de repouso.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) sente-se com menos energia, menos vitalidade que de costume?

Sente-se fisicamente esgotado mesmo sem razão?

**46. PERDA DE ENERGIA, FADIGA (presente quase todos os dias durante um período de, pelo menos, duas semanas).**

**DEFINIÇÃO:** Sensação de diminuição da energia, do elan, do dinamismo, da vitalidade. Impressão subjetiva de se fatigar com mais facilidade que de costume. Essa sensação se acompanha habitualmente de impressão subjetiva de lentificação geral. Toda atividade requer um esforço.

**EXEMPLO:** O paciente declara ser incapaz de realizar qualquer tarefa por falta de ânimo. O cansaço é sentido como desagradável e o paciente é incapaz de vencê-lo, é inapropriado à situação . O paciente declara sentir-se mais fatigado que de costume, permanece com sensação de cansaço mesmo após um período de repouso.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) sente-se com menos energia, menos vitalidade que de costume?

Sente-se fisicamente esgotado mesmo sem razão?

**47. INCAPACIDADE PARA REALIZAR AS ATIVIDADES DE ROTINA.**

**DEFINIÇÃO:** Incapacidade de realizar as atividades que dizem respeito ao trabalho, à família, aos amigos e a outros aspectos do cotidiano (telefonar, escrever etc.).

**OBS.** Aqui não se trata de avaliar a(s) causa(s) da incapacidade, p.ex. se ela é devido à falta de interesse, lentificação psicomotora ou outro sintoma qualquer.

Apenas deve-se avaliar a existência ou não de comprometimento das atividades de rotina.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) tem a impressão de que o seu nível de desempenho cotidiano diminuiu?

O Sr.(a) tem deixado de realizar tarefas usuais, como ir ao trabalho ou fazer contato com amigos, ou sair com os familiares, etc?

48. EM VIRTUDE DA GRAVIDADE DOS SINTOMAS, O PACIENTE É INCAPAZ DE TRABALHAR HÁ PELO MENOS UMA SEMANA, OU É INCAPAZ DE SE ALIMENTAR, DE SE VESTIR OU DE MANTER A HIGIENE PESSOAL MÍNIMA SEM ASSISTÊNCIA.

49. DIMINUIÇÃO DA EFICIÊNCIA OU DO RENDIMENTO na escola, trabalho ou em casa.

**DEFINIÇÃO:** Diminuição global do desempenho e/ou da capacidade produtiva na escola, trabalho ou nas atividades domésticas.

**EXEMPLO:** Ocorre um evidente déficit da eficiência e do rendimento; o paciente não consegue cuidar de suas ocupações habituais e os efeitos podem ser vistos tanto na qualidade quanto na velocidade de trabalho.

**PERGUNTAS:**

Como está a sua capacidade de trabalho?

O Sr.(a) tem trabalho <sup>de</sup> menos ou de uma forma mais lenta?

O Sr.(a) tem produzido menos no seu trabalho?

**50. COMPROMETIMENTO ACENTUADO NO FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL,** ou de atividades sociais habituais ou relacionamento com os outros.

**DEFINIÇÃO:** Incapacidade de trabalhar, ou de freqüentar as atividades sociais de rotina ou isolamento/ retraimento.

**EXEMPLO:** O paciente é incapaz de trabalhar, deseja estar só, se limita a responder as perguntas que lhe são formuladas, não entra em discussões nem participa de nenhuma atividade em comum.

**51. MENOS ATIVO.**

**DEFINIÇÃO:** Diminuição geral da atividade dirigida para um fim, em relação ao ritmo habitual do paciente.

**EXEMPLO:** O paciente refere uma diminuição da sua capacidade de agir. Não consegue cuidar de suas ocupações habituais; há uma redução tanto na

qualidade quanto na velocidade de trabalho, nos contatos sociais e em outros aspectos do cotidiano.

**PERGUNTAS:**

Atualmente, o Sr.(a) sente-se menos ativo que de costume?

Tem trabalhado menos, ou realizado menos?

<sup>ATIVIDADES</sup>  
As sociais diminuíram?

**52. MENOS FALADOR DO QUE O NORMAL.**

**DEFINIÇÃO:** Diminuição do fluxo verbal, em relação ao modo habitual do paciente falar.

**EXEMPLO:** Observa-se ou o paciente pode referir que tem falado menos. Não toma iniciativa para falar; suas respostas são breves, há poucas respostas complementares, espontâneas.

**PERGUNTAS:**

Atualmente o Sr.(a) tem falado menos?

Passa mais tempo calado que de costume?

**53. SENTE-SE LENTIFICADO, tem o sentimento de viver lentamente.**

**DEFINIÇÃO:** Sensação subjetiva de diminuição dos movimentos voluntários.

**OBS.** Deve-se considerar apenas o que é relatado pelo paciente

**EXEMPLO:** O paciente refere que seus movimentos ficaram lentos, tem o sentimento de viver lentamente.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) tem a sensação de que seus movimentos estão lentos?

Tem a impressão de que as coisas estão ocorrendo depressa demais para o Sr.(a)?

**54. AGITAÇÃO OU LENTIFICAÇÃO PSICOMOTORA,** não limitada a um sentimento subjetivo (sem precisar a duração).

**DEFINIÇÃO:** Aumento ou diminuição observáveis da frequência e velocidade dos movimentos voluntários ( comportamento motor).

**EXEMPLO:** Pacientes com agitação estão continuamente em movimento; eles andam, correm ou movem os membros sem parar. O comportamento pode estar exaltado, manifesto por múltiplas atividades que parecem despropositadas porque nunca são completadas. Pacientes com lentificação estão geralmente parados , os gestos são lentos raros e de amplitude reduzida com um começo laborioso e retardado.

**55. AGITAÇÃO OU LENTIFICAÇÃO PSICOMOTORA;** não limitada a um sentimento subjetivo - Presente quase todos os dias durante um período de, pelo menos, duas semanas.

**DEFINIÇÃO:** Aumento ou diminuição observáveis da frequência e velocidade dos movimentos voluntários (comportamento motor).

**EXEMPLO:** Pacientes com agitação estão continuamente em movimento; eles andam, correm ou movem os membros sem parar. O comportamento pode estar exaltado, manifesto por múltiplas atividades que parecem despropositadas porque nunca são completadas. Pacientes com lentificação estão geralmente parados, os gestos são lentos raros e de amplitude reduzida com um começar laborioso e retardado.

**56. LENTIFICAÇÃO PSICOMOTORA ACENTUADA.**

**DEFINIÇÃO:** Intensa diminuição do comportamento motor.

**EXEMPLO:** Neste nível de severidade do sintoma, o paciente passa a maior parte do tempo parado, sentado ou deitado. A latência da resposta motora é anormalmente longa, podendo chegar em casos extremos à imobilidade estuporosa.

**57. AGITAÇÃO PSICOMOTORA ACENTUADA.**

**DEFINIÇÃO:** Intenso aumento do comportamento motor.

**EXEMPLO:** Neste nível de severidade do sintoma há uma excessiva movimentação motora (exaltação) podendo atingir a excitação grosseira e violência.

#### **58. DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO.**

**DEFINIÇÃO:** Incapacidade de manter ou conservar a atenção num determinado objetivo ou ocupação . A experiência é sentida como desagradável mas, o paciente não pode evitá-la; está fora de seu controle voluntário a não ser por poucos momentos.

**OBS.** Caso as alterações não sejam objetiváveis durante o exame, pedir ao paciente que as detalhe com exemplos.

**EXEMPLO:** O paciente se queixa de não poder concentrar totalmente a atenção numa determinada tarefa ou objeto. O esforço requerido para conservar a atenção é desproporcional às dificuldades reais.; ele é incapaz de ler um jornal, de acompanhar uma conversa, um programa de televisão ou de realizar uma ação duradoura.

#### **PERGUNTAS:**

Ultimamente, como tem estado a sua capacidade de se concentrar?

Consegue ler um artigo inteiro no jornal ou assistir a um programa de TV até o fim?

O Sr.(a) tem dificuldade em realizar determinadas tarefas, mesmo que elas lhe interessem, por falta de concentração?

**59. DIMINUIÇÃO DA APTIDÃO PARA PENSAR OU PARA SE CONCENTRAR** (queixas ou manifestações objetivas) p.ex. indecisão ou lentificação do pensamento sem relação com a diminuição da lógica das associações ou incoerência (sem precisar a duração ).

**DEFINIÇÃO:** Incapacidade de pensar de uma maneira clara e eficaz mesmo sobre assuntos do cotidiano. A experiência é sentida como desagradável, está fora do controle voluntário do paciente e é desproporcional aos problemas ou dificuldades intelectuais objetivamente constatáveis; ou dificuldade de concentração.

**OBS.** Caso as alterações não sejam objetiváveis durante o exame, pedir ao paciente que as detalhe com exemplos.

**EXEMPLO:** O paciente se queixa da <sup>10</sup>capacidade de pensar claramente, que suas idéias estão embaraçadas, atrapalhadas, ou lentas, dando voltas sem nenhuma finalidade. Pode referir uma impressão de diminuição das suas capacidades intelectuais ou referir dificuldade de concentração.

**PERGUNTAS:**

Ultimamente como tem estado a sua capacidade de pensar?

O Sr.(a) tem impressão de que seus pensamentos estão embaraçados?

Tem sido difícil pensar claramente?

O Sr.(a) consegue se decidir facilmente a respeito das coisas corriqueiras?

**60. DIMINUIÇÃO DA APTIDÃO PARA PENSAR OU PARA SE CONCENTRAR** (queixas ou manifestações objetivas) p.ex. Indecisão ou lentificação do pensamento sem relação com a diminuição da lógica das associações ou incoerência (presente quase todos os dias durante um período de, pelo menos, duas semanas).

**DEFINIÇÃO:** Incapacidade de pensar de uma maneira clara e eficaz mesmo sobre assuntos do cotidiano. A experiência é sentida como desagradável, está fora do controle voluntário do paciente e é desproporcional aos problemas ou dificuldades intelectuais objetivamente constatáveis; ou dificuldade de concentração.

**OBS.** Caso as alterações não sejam objetiváveis durante o exame, pedir ao paciente que as detalhe com exemplos.

**EXEMPLO:** O paciente se queixa da <sup>10</sup>capacidade de pensar claramente, que suas idéias estão embaraçadas, atrapalhadas, ou lentas, dando voltas sem nenhuma finalidade. Pode referir uma impressão de diminuição das suas capacidades intelectuais ou referir dificuldade de concentração.

**PERGUNTAS:**

Ultimamente como tem estado a sua capacidade de pensar?

O Sr.(a) tem impressão de que seus pensamentos estão embaraçados?

Tem sido difícil pensar claramente?

O Sr.(a) consegue se decidir facilmente a respeito das coisas corriqueiras?

## **61. DIMINUIÇÃO DA APTIDÃO PARA SE CONCENTRAR OU TOMAR DECISÕES.**

### **DEFINIÇÃO:**

Dificuldade de concentração ou dificuldade de escolher entre os termos de uma alternativa. Hesitação ou demora para tomar uma decisão.

**EXEMPLO:** O paciente refere dificuldade de concentração ou dificuldade em decidir-se por coisas simples como: ir passear ou não, qual roupa usar, que gênero alimentício comprar. O paciente declara-se hesitante, sem iniciativa, sem saber o que fazer. Pode ocorrer ansiedade no momento de tomar uma decisão e ruminatórias e lamentações: logo que uma decisão é tomada.

### **PERGUNTAS:**

O Sr.(a) acha difícil tomar uma decisão?

Sente que precisa de mais tempo que de hábito para decidir-se, mesmo por coisas banais do cotidiano?

**62. DIMINUIÇÃO DA APTIDÃO PARA PENSAR OU SE CONCENTRAR, OU INDECISÃO**, aproximadamente todos os dias (por relato subjetivo ou observado pelos outros).

**DEFINIÇÃO:** Incapacidade de pensar de uma maneira clara e eficaz mesmo sobre assuntos do cotidiano. A experiência é sentida como desagradável, está fora do controle voluntário do paciente e é desproporcional aos problemas ou dificuldades intelectuais objetivamente constatáveis; ou dificuldade de concentração. Dificuldade de escolher entre os termos de uma alternativa.

**OBS.** Caso as alterações não sejam objetiváveis durante o exame, pedir ao paciente que as detalhe com exemplos.

**EXEMPLO:** O paciente se queixa da capacidade de pensar claramente, que suas idéias estão embaraçadas, atrapalhadas, ou lentas, dando voltas sem nenhuma finalidade. Pode referir uma impressão de diminuição das suas capacidades intelectuais ou referir dificuldade de concentração. O paciente refere dificuldade em decidir-se por coisas simples como: ir passear ou não, qual roupa usar, que gênero alimentício comprar.

**PERGUNTAS:**

Ultimamente como tem estado a sua capacidade de pensar?

O Sr.(a) tem impressão de que seus pensamentos estão embaraçados?

Tem sido difícil pensar claramente?

O Sr.(a) consegue se decidir facilmente a respeito das coisas corriqueiras?

**63. ANOREXIA (sem precisar a duração).**

**DEFINIÇÃO:** Diminuição do apetite habitual conduzindo a uma redução da ingestão de alimentos.

**EXEMPLO:** O paciente refere haver perdido o desejo de se alimentar; não ter mais apetite, mesmo quando se trata de alimentos de sua preferência. Há uma nítida diminuição da ingestão de alimentos.

**PERGUNTAS:**

Desde que o Sr.(a) está doente seu apetite diminuiu?

O Sr.(a) é obrigado a esforçar-se para comer?

**64. ANOREXIA - Presente quase todos os dias, durante um período de, pelo menos, duas semanas.**

**DEFINIÇÃO:** Diminuição do apetite habitual conduzindo a uma redução da ingestão de alimentos.

**EXEMPLO:** O paciente refere haver perdido o desejo de se alimentar; não ter mais apetite, mesmo quando se trata de alimentos de sua preferência. Há uma nítida diminuição da ingestão de alimentos.

**PERGUNTAS:**

Desde que o Sr.(a) está doente seu apetite diminuiu?

O Sr.(a) é obrigado a esforçar-se para comer?

**65. PERDA SIGNIFICATIVA DE PESO** (pelo menos 3kg ou mais de 5% do peso corporal em 1 mês) na ausência de regime.

**66. AUMENTO DO APETITE OU GANHO SIGNIFICATIVO DE PESO** (sem precisar a duração).

**DEFINIÇÃO:** Aumento do apetite habitual, conduzindo a uma ingestão alimentar exagerada ou ganho significativo de peso.

**EXEMPLO:** O paciente refere aumento do desejo de se alimentar, em consequência, ocorre um nítido aumento quer da quantidade, quer da variedade da ingesta de alimentos; ou ganho significativo de peso.

**PERGUNTAS:**

Desde que o Sr.(a) está doente, seu apetite aumentou?

Atualmente o Sr.(a) come mais que de costume?

O Sr.(a) engordou depois da doença?

**67. AUMENTO DO APETITE OU GANHO SIGNIFICATIVO DE PESO - Presente** quase todos os dias, durante um período de, pelo menos, duas semanas.

**DEFINIÇÃO:** Aumento do apetite habitual, conduzindo a uma ingestão alimentar exagerada ou ganho significativo de peso.

**EXEMPLO:** O paciente refere aumento do desejo de se alimentar, em consequência, ocorre um nítido aumento quer da quantidade, quer da variedade da ingestão de alimentos; ou ganho significativo de peso.

**PERGUNTAS:**

Desde que o Sr.(a) está doente, seu apetite aumentou?

Atualmente o Sr.(a) come mais que de costume?

O Sr.(a) engordou depois da doença?

**68. INSÔNIA .**

**DEFINIÇÃO:** Diminuição involuntária das horas de sono, expresso pela dificuldade em iniciá-lo ou mantê-lo.

**EXEMPLO:**

**Insônia do adormecer:** O paciente apresenta dificuldade em adormecer, nas duas horas que se seguem ao deitar, apesar do seu desejo de dormir.

**Insônia do meio da noite** (sono perturbado): O paciente experimenta um sono intermitente e agitado, desperta várias vezes durante a noite, falta-lhe a sensação de repouso do sono noturno.

**Insônia matinal** (despertar precoce): O paciente desperta duas ou três horas mais cedo que de costume e não consegue mais conciliar o sono.

**PERGUNTAS:**

Atualmente, como está a qualidade do seu sono?

Tem levado mais tempo para adormecer?

Fica acordado, na cama durante a noite?

Seu sono é agitado e/ou pouco repousante?

Acorda mais cedo do que de costume?

**69. HIPERSÔNIA.**

**DEFINIÇÃO:** Aumento involuntário das horas de sono expresso pela dificuldade em despertar ou manter o tempo habitual de vigília.

**EXEMPLO:** O paciente desperta duas ou três horas mais tarde que de costume, e tem a sensação de não ter repousado o suficiente, sente-se fatigado e sonolento durante a maior parte do dia.

**PERGUNTAS:**

Atualmente o Sr.(a) dorme mais que de costume?

Faz longas sestas durante o dia?

Mesmo tendo retardado o despertar, sente-se fatigado e sonolento durante o dia?

**70. INSÔNIA OU HIPERSÔNIA** (presente quase todos os dias durante um período de, pelo menos, duas semanas).

**71. DESPERTAR MATINAL PRECOCE** (pelo menos 2h. antes da hora habitual do despertar).

**DEFINIÇÃO:** Modalidade de insônia na qual o paciente desperta duas ou três horas mais cedo que de costume e não consegue mais conciliar o sono.

**72. PERDA DA LIBIDO.**

**DEFINIÇÃO:** Diminuição ou perda total do desejo ou necessidade sexual (debilitamento da pulsão sexual).

**EXEMPLO:** O paciente relata uma experiência subjetiva de diminuição ou perda do desejo ou apetite sexual. Não sente a necessidade de sexo. À esta condição podem se associar impotência ou frigidez.

**PERGUNTAS:** Atualmente, o Sr.(a) sente alguma mudança no desejo sexual?

Sente a mesma necessidade de sexo? A mesma "energia"? O mesmo apetite?

**73. PERDA DO INTERESSE OU DO PRAZER PELA SEXUALIDADE.**

**DEFINIÇÃO:** Diminuição na intensidade ou perda total do interesse ou prazer pela sexualidade.

**EXEMPLO:** O paciente relata não mais sentir interesse ou motivação pelas atividades sexuais que antes lhe proporcionavam prazer. Ocorre uma diminuição da atividade sexual e consideráveis dificuldades associadas a esta área.

**PERGUNTAS:**

Houve alguma mudança no seu interesse por sexo?

Tem algum problema sexual?

Continua sentindo a mesma motivação por sexo?

**74. DIMINUIÇÃO DA ATIVIDADE SEXUAL** não limitada a um período concomitante de idéias delirantes ou alucinações (sem precisar a duração).

**DEFINIÇÃO:** Diminuição global das atividades relacionadas com a esfera sexual como procura de excitação, erotismo e relações sexuais.

**EXEMPLO:** O paciente refere franca diminuição da sua atividade sexual. Não experimenta, como antes, o mesmo nível de sensação erótica, não procura relações sexuais com a mesma frequência. Enfim constata claramente que o seu padrão atual de relacionamento sexual é nitidamente inferior.

**PERGUNTAS:**

Houve alguma mudança na sua atividade sexual?

Atualmente a sua frequência de relações sexuais é a mesma?

**75. DIMINUIÇÃO DA ATIVIDADE SEXUAL** não limitada a um período concomitante de idéias delirantes ou alucinações - Presente quase todos os dias durante um período de, pelo menos, duas semanas.

**DEFINIÇÃO:** Diminuição global das atividades relacionadas com a esfera sexual como procura de excitação, erotismo e relações sexuais.

**EXEMPLO:** O paciente refere franca diminuição da sua atividade sexual. Não experimenta, como antes, o mesmo nível de sensação erótica, não procura relações sexuais com a mesma frequência. Enfim constata claramente que o seu padrão atual de relacionamento sexual é nitidamente inferior.

**PERGUNTAS:**

Houve alguma mudança na sua atividade sexual?

Atualmente a sua frequência de relações sexuais é a mesma?

**76. A DEPRESSÃO É REGULARMENTE MAIS ACENTUADA PELA MANHÃ.**

**DEFINIÇÃO:** Agravamento matinal diário da depressão, isto é, os sintomas depressivos são mais intensos pela manhã e declinam com o avançar do dia.

**EXEMPLO:** O paciente queixa-se de um despertar difícil e triste; deseja que a noite não termine; sente-se incapaz de levantar para enfrentar o dia, no qual o seu ritmo é lento. A flutuação do humor ou de outros sintomas deve ser mais ou menos regular.

**PERGUNTAS:**

Existe um período durante o dia onde o Sr.(a) sente-se pior?

A depressão fica pior em alguma hora do dia?

**77. A DEPRESSÃO É REGULARMENTE MAIS ACENTUADA À NOITE.**

**DEFINIÇÃO:** Agravamento vespéral diário da depressão; isto é, os sintomas depressivos são mais intensos no final da tarde e durante o período noturno.

**EXEMPLO:** O paciente afirma de forma inequívoca que a depressão é pior durante à noite. Ele teme a perspectiva do anoitecer, seu humor degrada com o correr do dia. A flutuação do humor ou de outros sintomas deve ser mais ou menos regular.

**PERGUNTAS:**

Existe um período durante o dia onde o Sr.(a) sente-se pior?

A depressão fica pior em alguma hora do dia?

**78. SENTIMENTO DE INADEQUAÇÃO, AUTODEPRECIAÇÃO OU PERDA DA AUTO-ESTIMA.**

**DEFINIÇÃO:** Sentimento de incompetência, incapacidade, desajuste, indecisão ou inadaptação, vivido pelo paciente como desagradável e perturbador ou avaliação negativa de si mesmo, sentimento geral de inferioridade e Insuficiência,

expresso por sentimentos negativos sobre o seu próprio valor, desvalorização e perda da estima do eu. A perda da auto-estima pode concernir às capacidades intelectuais, às aptidões e às relações sociais.

OBS. Diferenciar a perda da auto-estima dos sentimentos de culpa, se bem que eles podem, eventualmente coexistir. Uma expressão como "eu sou um peso para os outros" pode ser interpretada em duas direções: "eu sou um peso para os outros em razão de minha incapacidade" ou "eu me reprovo de ser um peso para os outros".

EXEMPLO: O paciente refere sentir-se como um bobo, estúpido, inapto, desajeitado, incompetente, impotente, ineficaz, que tem um sentimento de fracasso, sente-se inútil, indesejado, um peso para os outros.

#### PERGUNTAS:

O Sr.(a) tem a impressão de sentir-se incapaz de cumprir suas obrigações, que não faz mais nada bem feito?

O Sr.(a) perdeu a confiança em si mesmo? Tem a impressão de não mais valer grande coisa.

#### 79. DIMINUIÇÃO DA AUTOCONFIANÇA E DA AUTO-ESTIMA.

DEFINIÇÃO: Diminuição da confiança em si mesmo produzindo um sentimento de insuficiência e incapacidade. Há falta de perseverança e uma atitude de de submissão, conformismo e procura de apoio e segurança.

**EXEMPLO:** O paciente revela dúvidas e preocupações constantes decorrentes da perda da confiança nas suas habilidades. As atitudes passam a ser vacilantes, débeis e dependentes. Tomam-se pessoas excessivamente mutáveis de acordo com o ambiente. O paciente sente não ter uma personalidade forte e prevê mal-estar e fracasso em assuntos que dependam da autoconfiança; sente-se inútil, indesejado, um peso para os outros.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) tem a impressão de não ser mais capaz de cumprir com as suas obrigações; que não faz mais nada bem feito?

O Sr.(a) perdeu a confiança em si mesmo?

Tem a impressão de não valer mais grande coisa?

**80. SENTIMENTOS DE DESESPERO OU DESESPERANÇA.**

**DEFINIÇÃO:** Aflição extrema em função de sentimentos de que o futuro é sem esperança; visão pessimista da situação atual e futura tanto sobre o plano pessoal, quanto em relação aos outros.

**EXEMPLO:** O paciente revela intensa aflição, está sem perspectiva de futuro, desencorajado, a vida lhe parece insuportável; "nada vale a pena".

Este item diz respeito ao caráter pejorativo geral da perspectiva do futuro. Ele é considerado presente mesmo quando estiver associado a temática de ruína, incurabilidade, punição ou catástrofe.

**PERGUNTAS:**

Quais são as suas perspectivas de futuro?

O Sr.(a) acha que a sua situação pode melhorar?

O Sr.(a) tem projetos?

81. **PESSIMISMO** em relação ao futuro ou ruminções concernentes a fatos passados.

**DEFINIÇÃO:** Sentimento de que o futuro é sem esperança; visão fatalista da situação atual e futura tanto sobre o plano pessoal, quanto em relação aos outros. Ou idéias de tonalidade dolorosa concernente a fatos passados.

**EXEMPLO:** O paciente atribui um caráter pejorativo geral à perspectiva de futuro; falta-lhe esperança, imagina seu futuro como sombrio; ou ruma idéias pejorativas concernente à fatos passados (seu estado de saúde, sua situação financeira, atividade social etc.).

**PERGUNTAS:**

Sua situação pode se modificar no futuro?

O Sr.(a) pensa que sua situação pode melhorar?

O Sr.(a) tem projetos?

O Sr.(a) se preocupa facilmente?

## 82. AUTOCOMPAIXÃO.

**DEFINIÇÃO:** Atitude consistindo em lamuriar-se, queixar-se e apiedar-se de si próprio. O paciente gostaria que as pessoas se apiedassem dele, mas está persuadido de que ninguém quer ou pode lhe ajudar ou compreender.

**EXEMPLO:** O paciente considera que seus problemas são únicos, ou em todo caso, mais importantes que o dos outros, lamenta-se a qualquer um que lhe dê ouvidos. Entrevista acompanhada de lágrimas, suspiros e lamentações. Interrompe o interlocutor vez por outra para contar-lhe sua infelicidade.

### **PERGUNTAS:**

O Sr.(a) sente-se incompreendido ou negligenciado pelos outros?

## 83. CRISES DE CHORO ou choro fácil.

**DEFINIÇÃO:** O paciente inrompe em soluços durante o exame e/ou refere que chora frequentemente desde que está doente.

**EXEMPLO:** O paciente chora mais frequentemente que de hábito. Pode referir não saber o motivo; no mais das vezes não há uma razão compreensível para o choro.

### **PERGUNTAS:**

O Sr.(a) chora com freqüência desde que se sente doente?

#### 84. ISOLAMENTO SOCIAL.

**DEFINIÇÃO:** Retratamento por dificuldades em estabelecer contato afetivo com os outros. O paciente não procura companhia de forma espontânea, podendo até rejeitá-la quando esta lhe é oferecida.

**OBS.** Esta atitude não resulta da desconfiança em relação aos outros, nem da recusa sistemática de cooperação .

**EXEMPLO:** O paciente afasta-se de suas atividades sociais usuais, evita seus amigos e se forçado a ficar em companhia deles, parece chateado, desatento e desinteressado.

#### **PERGUNTAS:**

"Desde quando o Sr.(a) está doente":

Tem vontade de conversar com os outros?

Prefere estar sozinho?

Era mais sociável antes de adoecer?

#### 85. ANSIEDADE.

**DEFINIÇÃO:** Sentimento de medo, apreensão, temor mal definido, imotivado e incontrolável geralmente acompanhado de manifestações autonômicas tais como palpitações, falta de ar, tonturas, ondas de calor ou suores frios etc.

**OBS.** Aqui as manifestações são mais ou menos permanentes e não estão associadas a nenhuma situação particular.

**EXEMPLO:** O paciente experimenta uma situação duradoura de expectativa, apreensão ou impressão de que algo de ruim está prestes a acontecer. São comuns sensações de pressão no peito, asfixia ou sufocação, perda do apetite, boca seca, dispepsia, entre outras.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) sente medo sem saber por que?

Tem a sensação frequente de que algo ruim está para acontecer?

Experimenta sensações físicas ruins?

**86. HIPOCONDRIA** - preocupação excessiva ou mórbida com respeito a sensações físicas, sem nenhuma ou sem base orgânica suficiente.

**DEFINIÇÃO:** Interpretação irrealista de sinais ou sensações físicas como anormais, levando à preocupação com o medo ou convicção de ter uma doença.

**OBS.** Incluir aqui as manifestações hipocondríacas da síndrome de COTARD

**EXEMPLO:** O paciente refere preocupar-se excessivamente com o funcionamento dos órgãos, saúde física ou doenças (reais ou imaginárias). Teme que seus órgãos devam de funcionar normalmente; pensa estar acometido de uma doença.

**PERGUNTAS:**

O Sr.(a) tem tendência a se preocupar com sua saúde física?

Como se sente fisicamente?

**87. HETEROACUSAÇÕES.**

**DEFINIÇÃO:** Tendência a atribuir a outrem de maneira injusta a responsabilidade pelos problemas, insuficiências, dificuldades ou malogros pessoais.

**EXEMPLO:** O paciente atribui, injustamente, seu estado atual ao comportamento do cônjuge, dos colegas de trabalho, dos seus filhos.

**PERGUNTAS:**

O comportamento ou atitude de outras pessoas tem relação com seu estado atual?

**88. TENDÊNCIA A AGIR DE MODO HOSTIL E/OU AGRESSIVO.**

**DEFINIÇÃO:** Tendência geral a expressar observações, censuras, críticas cáusticas ou ofensivas a respeito dos outros. Eventualmente, animosidade, desprezo ou raiva pelos outros, que pode exprimir-se por ameaça verbal ou reação física violenta.

**EXEMPLO:** O paciente quebra-se frequentemente dos outros; o ambiente é desagradável, a comida é ruim, os tratamentos inadequados. Ameaça prestar

queixa, lança olhar carregado de ódio, ameaça esbofetear alguém ou quebrar tudo, apresenta reações físicas violentas. Não coopera e apresenta-se sempre irritado, zangado, francamente hostil, insolente e insatisfeito.

**89. ESTUPOR DEPRESSIVO:** o paciente está em mutismo e sem reações.

**DEFINIÇÃO:** Acentuada lentificação psicomotora chegando à imobilidade, associada ao mutismo e desinteresse severo.

**EXEMPLO:** O paciente em estupor depressivo encontra-se geralmente deitado no leito "largado" sem esboçar reações, está praticamente imóvel, em mutismo com olhar parado e a expressão monótona.

**90. SINTOMAS CATATÔNICOS:** como estupor, mutismo, negativismo, posturas catatônicas.

**DEFINIÇÃO:** Sintomas da série catatônica hipocinética como estupor, imobilidade psicomotora, hipertonia muscular e alheamento, na presença de consciência clara; mutismo, ausência de expressão verbal; negativismo, comportamento negativo ou de oposição. O paciente não faz o que lhe é solicitado (negativismo passivo) ou faz o oposto (negativismo ativo); posturas catatônicas com flexibilidade cêrea.

**91. INCOERÊNCIA ACENTUADA**, nítido afrouxamento das associações e/ou neologismos.

**DEFINIÇÃO:** Nítida perda da seqüência lógica e coerência interna das associações de idéias e/ou uso bizarro de novas palavras ou frases que não têm significado aceito.

**EXEMPLO:** "O paciente tem comprometida sua capacidade de estabelecer relações conceptuais. O pensamento resulta dissociado, anárquico; os conceitos distantes das palavras que o expressam e estes de seu significado, quebram-se os sistemas de construção de frases e prejudicam-se os recursos de utilização sintática. As conexões de um pensamento não podem ser seguidas pelos demais e, para o observador, um pensamento não representa relação com o que precede". Pode ocorrer uso de palavras que o paciente inventa e que não têm significado aceito.

**92. IDÉIAS DELIRANTES NILISTAS:** idéias delirantes de condenação, destruição iminente, dissolução corporal, ruína (do paciente ou de sua família).

**DEFINIÇÃO:** Idéias delirantes nilistas, se referem à ausência de sentido, ao absurdo e à inutilidade da vida. Idéias delirantes de condenação dizem respeito à crença de que está sendo ou será punido ou condenado por atos cometidos. A condenação pode ser de natureza civil ou religiosa. Nas idéias de destruição iminente ou dissolução corporal, o paciente acredita que um acontecimento desastroso está na iminência de acontecer. Nas idéias delirantes de ruína existem

preocupações excessivas com a própria situação financeira; o paciente declara que não terá mais dinheiro suficiente, que sua família cairá em ruína.

**PERGUNTAS:**

Atualmente o Sr.(a) acha a vida sem sentido, inútil de ser vivida?

Tem a impressão de que está sendo punido, ou condenado?

Acha que alguma catástrofe está prestes a acontecer?

Tem medo que o dinheiro lhe falte, de arruinar-se financeiramente?

**93. IDÉIAS DELIRANTES SOMÁTICAS:** Idéias de transformação corporal ou de doenças geralmente estranhas.

**DEFINIÇÃO:** Impressão de não ter mais exatamente o mesmo corpo, de estranheza da sua imagem. Preocupações excessivas concernentes às grandes funções corporais, funcionamento dos órgãos, saúde física ou doenças somáticas, reais ou imaginárias.

**EXEMPLO:** O paciente revela preocupações excessivas sobre o seu corpo. Durante a entrevista aparecem numerosas queixas concernentes à saúde. Acredita estar acometido de uma doença grave, ou que os seus órgãos não funcionam bem, ou estão parados. Diante do espelho tem a impressão de estranheza de sua imagem.

## **PERGUNTAS:**

Como o Sr.(a) se sente no plano físico?

O Sr.(a) se sente diferente?

Seus órgãos estão em bom funcionamento?

**94. PERCEPÇÃO DELIRANTE OU IDÉIAS DELIRANTES** de controle, influência ou passividade, que se relacionem com o corpo ou movimento dos membros, pensamento, ação ou sensação.

**DEFINIÇÃO:** A percepção delirante se caracteriza em se atribuir a percepções reais, sem motivo emocional ou racionalmente compreensíveis, um significado anormal. São portanto, idéias delirantes primárias baseadas em experiências sensoriais nas quais o paciente subitamente se convence que um determinado conjunto de acontecimentos tem significado especial. Este significado é de natureza particular, ele é importante, enérgico e pessoal, como uma mensagem do outro mundo, ou um sinal. Distinguem-se duas etapas sucessivas: a primeira, uma percepção normal e a segunda a significação patológica atribuída pelo paciente à sua percepção.

A essência das idéias delirantes de controle, influência ou passividade está na crença de que o seu corpo, o movimento dos membros, o pensamento, as ações ou sensações sofrem a ação de controle ou a influência de alguma força ou agente externo. A vivência pode ser elaborada de diversas maneiras – o paciente acredita que palavras de outra pessoa estão sendo ditas através de sua

voz, ou que o que ele escreve não é seu, ou que ele é vítima de alguma possessão, uma espécie de robô controlado pela vontade de alguém, julgando que até seus movimentos corporais são dirigidos por alguma outra força. Revela experiências subjetivas de que seus sentimentos, impulsos e vontades são "feitos", influenciados, dirigidos ou impostos por outrem, ou que seus pensamentos não são seus próprios, como se eles fossem colocados na sua cabeça por uma força externa. Podem, também, ocorrer vivências de influência corporal, erros sensoriais referentes ao corpo (alucinações cenestésicas) interpretadas como influências externas de aparelhos, raios, magnetismo entre outras.

#### PERGUNTAS:

(Diante da idéia delirante, pergunte)

Como o Sr.(a) descobriu que a explicação era esta?

Aconteceu de repente? Como foi que começou?

O Sr.(a) sente-se controlado por uma força ou poder que não o seu?

Esta força substituiu sua personalidade; via sua voz ou sua caligrafia faz os movimentos por você sem que você queira?

95. ALUCINAÇÕES AUDITIVAS que comentam o comportamento, vozes que falam entre si sobre o paciente ou vozes que são emitidas de alguma parte do próprio corpo do paciente) OU ALUCINAÇÕES DE QUALQUER TIPO quando: acompanhadas de delírios fugazes ou mal formados, sem uma repercussão

afetiva; idéias supervalorizadas persistentes; quando ocorrem por semanas ou meses.

96. DELÍRIOS OU ALUCINAÇÕES durante um período de pelo menos duas semanas na ausência de sintomas de humor proeminentes (isto é, antes do desenvolvimento dos sintomas de humor ou após eles terem remitidos).

97. CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS CONGRUENTES COM O HUMOR: idéias delirantes ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente relacionado com temas de inadequação pessoal, culpabilidade, doença, morte, niilismo ou de punição merecida.

98. CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS NÃO-CONGRUENTES COM O HUMOR: idéias delirantes ou alucinações cujo conteúdo não implica em temas de inadequação pessoal, culpabilidade, doença, morte, niilismo ou de punição merecida. Aqui são incluídos sintomas como: idéias delirantes de perseguição, pensamentos impostos, divulgação do pensamento e idéias de influência, cujo conteúdo não tem relação aparente com nenhum dos temas supracitados.

## CAPÍTULO V - PROGRAMA COMPUTADORIZADO PARA O SISTEMA LICET-D10

O Sistema LICET-D10 foi desenvolvido para realizar, a partir de determinados dados clínicos, o diagnóstico de depressão em 10 diferentes sistemas de classificação em Psiquiatria. Dado o grande número de variáveis clínicas que utiliza e os complexos sistemas de decisão para os diagnósticos, foi necessário desenvolver um programa computadorizado (software). O programa processa automaticamente os dados clínicos e fornece os diagnósticos nos 10 diferentes sistemas de classificação .

Em Psiquiatria a falta de um "padrão ouro" de validade diagnóstica tem levado à adoção de classificações muito mais baseadas em consenso do que na etiologia ou fisiopatologia. Um sistema especialista que utiliza as mesmas regras desses sistemas de classificação deve ter a mesma aceitação do método utilizado por um psiquiatra baseado num manual para aquele diagnóstico.

Para fazer um sistema baseado em regras utilizando esses sistemas de classificação, é necessário desenvolver árvores de decisão. As árvores de decisão consistem de uma seqüência de questões dicotômicas (isto é, verdadeira ou falsa), e a resposta de cada questão vai determinar qual a questão que vai ser determinada posteriormente. Programas utilizando árvores de decisão foram desenvolvidos desde os anos 70, como o DIAGNO e o CATEGO. Desde a introdução do DSM-III em 1980 (A.P.A., 1980) Três sistemas foram desenvolvidos para fazer o diagnóstico a partir do DSM-III, baseados no modelo utilizando árvores de decisão: o Automated Manual of Psychiatric Diagnosis, o Psysician Interview

Program e o DECISIONBASE. Todos esses sistemas utilizam questões baseadas nos critérios diagnósticos. Mais recentemente foi desenvolvido o DTREE (Berner, 1983; Endicott e col., 1982), um sistema especialista utilizando o modelo de árvores diagnósticas baseado no DSM-III-R.

A LICET-D10 é um sistema especialista que emprega dez sistemas diferentes de classificação, o que exigiu a confecção de árvores diagnósticas para cada um dos sistemas, e a codificação dos sintomas para serem implantados em um programa computadorizado de inteligência artificial. As árvores de decisão e as possibilidades de diagnóstico de cada um dos sistemas da LICET-D10 estão no Anexo 1.

Para se ter uma idéia melhor como se trabalha no desenvolvimento de um software é necessário algumas considerações sobre a estrutura de um computador e a linguagem de programação. Os componentes físicos de um computador (componentes eletrônicos, placas, periféricos, etc.) recebem o nome de hardware (em inglês, ferragem ou equipamento). Entretanto, o computador é um hardware programável, ou seja, ele é uma espécie de máquina universal altamente flexível, que pode realizar distintas tarefas, de acordo com uma seqüência de ordens que se coloca dentro dele. Esta seqüência de ordens é chamada de programa. Enquanto o hardware é a parte física, o software, ou programa, é a parte lógica do computador.

O computador digital moderno é também chamado de um dispositivo de programa armazenado. Quer dizer que, a seqüência de operações a ser realizada pela máquina (o programa) é armazenado na própria memória do computador, e o processador central encarrega-se de executar estas operações, uma de cada

vez, e na ordem exata em que estão armazenadas. Por isto se diz também que o computador é um dispositivo de ação seqüencial.

Um computador não pode realizar absolutamente nenhuma tarefa, por mais elementar que seja, se não for alimentado com um programa previamente. A atividade de produção de software para o computador é denominada *programação*. Os computadores de uso geral (é o caso dos micros profissionais) são feitos de tal forma que permitam a sua programação diretamente por quem o adquiriu, desde que seja usada uma linguagem de programação adequada. Atualmente existem várias linguagens de programação, cada uma mais apropriada para um tipo de tarefa.

Uma linguagem de programação é de certo modo semelhante a um idioma qualquer, pois possui um vocabulário (palavras permitidas) e uma sintaxe ou gramática. As "palavras" são geralmente comandos ou funções que se deseja que o computador realize (por exemplo, ler um dado na memória, resolver uma equação, traçar um gráfico, calcular um logaritmo, etc.). Os diferentes comandos e funções devem ser dispostos em uma determinada ordem e disposição, convencionalizada por quem inventou a linguagem: esta é a sintaxe.

Conforme o nível em que se trabalha, existem diferentes tipos de linguagens. O nível mais baixo, ou mais próximo da linguagem que o computador "entende" é o da linguagem de máquina. É um conjunto de instruções codificadas numericamente (em números do sistema binário ou do hexadecimal, usados comumente em computadores digitais), muito difícil de se lembrar.

As linguagens que trabalham com instruções mais compreensíveis para o ser humano são chamadas de linguagens simbólicas. Algumas são bem

primitivas, como o *Assembler*, incluem apenas códigos alfabéticos abreviados (mnemônicos) e são muito parecidas em estrutura com a linguagem de máquina. Outras são linguagens bem conhecidas como *BASIC*, *PASCAL*, *FORTRAN*, *COBOL*, etc.

Qualquer que seja o tipo de linguagem simbólica que se está utilizando, é necessário recorrer a um programa tradutor (compilador ou interpretador), que converte o programa simbólico escrito pelo programador (chamado programa fonte) para a linguagem de máquina, binária, que é a única que o processador do computador realmente é capaz de executar (programa objeto).

Atualmente estão sendo desenvolvidas linguagens de alto nível, ou linguagens especiais, como o *PROLOG* (inteligência artificial), linguagens de bancos de dados (*dBASE*), etc., que são chamadas de linguagens de quarta geração. Futuramente, espera-se que o computador possa entender a linguagem natural (inglês, português, etc.), o que facilitará sobremaneira o acesso aos computadores.

Diversas linguagens se prestam bem para o desenvolvimento de aplicações em medicina. As linguagens de alto nível mais gerais como o *BASIC* e o *PASCAL* (ideais para aplicações que envolvam cálculos matemáticos, gráficos, etc. ou mistas, envolvendo bancos de dados, textos e matemática) são as mais usadas em medicina hoje. Têm a vantagem de serem fáceis de se aprender.

O programa da *LICETD-10* foi desenvolvido em *BASIC* e pode rodar em um microcomputador *IBM-PC* (ou compatível), modelo *XT* ou qualquer outro modelo superior como *AT* ou *386*. O programa tem 555 linhas de programação *BASIC*. Depois de pronto o programa foi compilado em *QuickBasic* versão 4.5,

que produz um programa executável e ocupa um total de 70 Kbytes de memória de disco. Foi escolhido o desenvolvimento do programa em BASIC ao invés de utilizar um programa shell de inteligência artificial baseado em regras pela disponibilidade do programa em BASIC já estava sendo utilizado para a LICET-D100. Para utilizar um programa shell seria necessário um profissional especializado no sistema shell selecionado para o desenvolvimento do programa.

A linguagem de programação BASIC, sabidamente a mais popular do mundo, tem atualmente várias de suas versões rodando em mais de 25 milhões de computadores. Sua popularidade deve-se ao fato de ser uma linguagem extremamente poderosa, porém de fácil utilização. A linguagem de programação BASIC foi desenvolvida por J. Kemeny e T. Kurtz da Faculdade de Dartmouth nos anos 60. O Dartmouth College comprometeu-se, em 1963, a tornar todos os seus computadores disponíveis a todos os seus alunos, o que significava que os computadores grandes da escola teriam de estar disponíveis a todos os alunos de uma só vez (Sabbatini, 1990). Em resposta a essa necessidade, foi desenvolvido o primeiro sistema de compartilhamento de tempo, em que o computador particiona o tempo entre vários usuários. Além disso, para que os computadores fossem acessíveis a todos os alunos, era necessária uma nova linguagem que permitisse que qualquer pessoa programasse e controlasse o computador. Os professores John G. Kemeny e Thomas E. Kurtz, do Dartmouth College, desenvolveram a linguagem BASIC original como uma ferramenta de instrução para os novos programadores. A finalidade era criar uma linguagem fácil de aprender, mas ainda assim útil para qualquer tarefa de programação. O sucesso do BASIC (Beginner's All-purpose Symbolic Instruction Code – Código de Instruções Simbólicas de Caráter Geral para Principiantes) e seu uso tão difundido deve-se a sua

simplicidade, facilidade de uso e potência de computação de finalidade geral. Desde aquela época o BASIC tornou-se uma das linguagens de programação mais conhecidas para sistemas interativos.

As características originais do BASIC foram projetadas para:

- Serem de finalidade geral por natureza e assim poderem ser usadas para escrever qualquer tipo de programa.
- Permitir o acréscimo posterior de recursos avançados.
- Propiciar a interação usuário/computador.
- Fornecer resposta rápida a programas pequenos.
- Não exigir nenhum conhecimento de hardware.
- Proteger o usuário do sistema operacional do computador.

Em 1965, o BASIC passou a estar disponível fora do Dartmouth College, inicialmente por meios de sistemas de compartilhamento de tempo. Mais tarde seu uso se expandiu para minicomputadores exclusivos, menos dispendiosos. Quando os microcomputadores foram apresentados ao público no final dos anos 70, na forma de computadores pessoais (PC), o computador deixou a esfera do programador profissional e entrou nos domínios do amador criativo. A única linguagem disponível para esses primeiros computadores pessoais era o BASIC. No início da era da microinformática, a memória era muito cara e os programas em BASIC eram armazenados no menor espaço possível. Como resultado, eram ilegíveis para qualquer pessoa que não estivesse muito familiarizada com a linguagem e com o computador no qual esta operasse. Pode-se ainda encontrar

vestígios dessa prática em revistas especializadas em computadores que publicam programas compreensíveis somente para alguns usuários, mas incompreensíveis para a maioria de nós. Felizmente as coisas melhoraram, os computadores são hoje menos dispendiosos e mais poderosos, a memória é maior e muito mais barata e o BASIC foi aperfeiçoado.

Após o desenvolvimento de todo o programa (ver no Anexo 2), cada sistema diagnóstico foi testado. Com o programa em BASIC para a LICETD-10 pronto, foi gerado um programa executável, isto é, um programa que precisa apenas estar em ambiente DOS para rodar, não necessitando do programa BASIC. Para iniciar o programa, ele deve estar no disquete ou no winchester do computador e, a partir do DOS, o usuário tecla o drive em que se encontra o programa e digita "LICETD". Por exemplo, se o programa está no disquete no drive A e o computador está utilizando o drive C, aparecerá na tela o designação do acionador (C) e o prompt (>). Em seguida o usuário deve digitar A:LICETD. Aparecerá na tela o seguinte:

```
> A:LICETD
```

Nesse momento basta teclar o *Enter* e o programa prontamente se inicia. Surge uma tela de apresentação do programa e em seguida as instruções "Se Sim tecle 1, Se Não tecle 2". Essas instruções são para o usuário saber que caso a resposta de um item seja sim ele deverá digitar a tecla 1, caso a resposta do item seja não ele deverá digitar a tecla 2.

O programa então inicia perguntando pela resposta da questão 9 pois as questões de 1 a 8 referem-se aos dados demográficos e não alteram o diagnóstico final. Quando o usuário digitar o número correspondente à resposta, a

tela apresenta o número do item seguinte e fica aguardando o usuário digitar a próxima resposta. O usuário deverá ir digitando 1 ou 2 conforme for a resposta do item correspondente. Se ele digitar uma tecla diferente de 1 ou 2 o computador continua no mesmo item aguardando pela resposta correta. Esse procedimento continua até o último item, que corresponde ao critério 133.

Em três itens o tipo de resposta é diferente. No item 68 (insônia) se a resposta for 1 o computador soa um bip e a tela apresentará três opções (A, B ou C), que correspondem aos três tipos de insônia, Inicial, intermediária e final. O usuário deve selecionar uma dessas três letras. A letra selecionada desaparece do menu de opções e aparece junto ao número do item 68. O computador continua apresentando as três letras restantes e mais a letra "N". Isso porque a questão 68 se refere a insônia, de maneira que o paciente pode apresentar vários tipos diferentes de insônia simultaneamente. Caso não deseje selecionar mais uma das opções deve ser então digitado a letra "N" e o computador passará para o item 69.

O item 109 (duração do episódio atual) exige um tipo diferente de resposta. Portanto ao chegar nesse item o computador soa um bip e pede ao digitador para selecionar uma opção entre A, B, C, D ou E, que corresponde à duração do episódio atual de depressão.

O item 114 se refere à idade de início da doença. Nesse caso o computador também soa um bip e na tela surge a instrução de que o usuário deve digitar a idade de início da doença, e não as teclas 1 e 2.

Ao digitar a resposta do item 133 o computador pergunta se todos os dados foram digitados corretos e espera uma resposta "S" (sim) ou "N" (não). Se o

usuário digitar "N" o computador pergunta de qual item deseja mudar a resposta. O usuário deve então digitar o número do item e o cursor prontamente vai para o item digitado e fica esperando um novo valor. Após digitar o valor correto, novamente o computador pergunta se todas respostas estão corretas, permitindo corrigir quantos itens forem necessários. Se o usuário responde "S" o computador fornece imediatamente os diagnósticos nos dez sistemas que compõem a LICETD-10. Em seguida o computador pergunta se deseja imprimir os diagnósticos. Caso o usuário tecla "S" (sim), o computador passará para a impressora os diagnósticos do caso que está sendo avaliado. Se o usuário não quiser imprimir, deverá então teclar "N" (não) e o computador coloca uma mensagem na tela informando de que se apertar qualquer tecla o programa será reiniciado. Se teclar a letra "S" o usuário sai do programa e volta ao DOS.

## CAPÍTULO VI - EXPERIMENTAÇÃO DO SISTEMA

Para o estudo experimental do Sistema LICET-D10 foram avaliados 28 pacientes de ambos os sexos, hospitalizados com o diagnóstico clínico CID-9 de depressão, com média de idade de 48,5 anos. O estudo foi realizado na enfermaria psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco e na Casa de Saúde São José, ambos localizados na cidade de Recife.

### Crterios de inclusão

- encontrar-se hospitalizado com diagnóstico clínico CID-9 de depressão.
- encontrar-se na faixa etária entre 18 e 65 anos.
- não ser portador de Distúrbio cerebral orgânico.
- não ser portador de Deficiência mental.
- Aceitar ser avaliado.

### Crterios de exclusão

- não se encontrar hospitalizado.
- possuir menos de 18 ou mais de 65 anos de idade.

- ser portador de Distúrbio cerebral orgânico.
- ser portador de Deficiência mental.
- não aceitar ser avaliado.

As características da população em relação ao sexo e a média de idade estão na Tabela 1 e a distribuição dos diagnósticos da CID-9 em relação à média de idade está resumida na Tabela 2.

Cada paciente foi avaliado em pelo menos duas entrevistas, cada uma durando uma média de 50 minutos, realizadas em sala apropriada, durante as quais foram preenchidos os itens da LICET-D10. Os dados coletados basearam-se nas respostas dos pacientes durante as entrevistas e nas informações de familiares.

Seguindo as instruções de utilização da LICET-D10, os itens para os quais tornou-se impossível fornecer uma resposta "sim" ou "não", foram arbitrariamente considerados ausentes: o examinador limitou-se rigorosamente ao enunciado de cada item, os quais foram avaliados independentemente dos outros.

**Tabela 1**

**Características da amostra em relação ao sexo e média de idade**

**(N=28)**

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Média de Idade</b>
<b>Masculino</b>	<b>10</b>	<b>36</b>	<b>46</b>
<b>Femenino</b>	<b>18</b>	<b>64</b>	<b>51</b>

**Tabela 2**

**Diagnósticos (CID-9) da amostra em relação à média de idade**

**(N=28)**

<b>Diagnóstico (CID-9)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Média de Idade</b>
<b>Psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo</b>	<b>12</b>	<b>43</b>	<b>47</b>
<b>Psicose maníaco-depressiva circular, fase depressiva</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>57</b>
<b>Psicose maníaco-depressiva, não especificada</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>54</b>
<b>Outras psicoses não-orgânicas, tipo depressivo</b>	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>52</b>
<b>Depressão neurótica</b>	<b>6</b>	<b>21</b>	<b>43</b>

## **RESULTADOS**

Após o preenchimento completo de todas as LICET-D10, foram transportados para o computador afim de serem processados. A Tabela 3 resume os resultados fornecidos pelo programa computadorizado LICET-D10, referentes ao diagnósticos dos pacientes estudados.

Dos 28 pacientes diagnosticados pela LICET-D10, 11 não receberam diagnósticos em todos os sistemas (casos 03, 06, 07, 09, 14, 17, 18, 23, 26, 27 e 28) isto ocorreu em função das diferentes exigências diagnósticas das classificações que compõem a LICET-D10. Os casos 03, 06, 14, 17, 23, 26, 27 e 28 não receberam diagnóstico de depressão primária no sistema de Feighner, por conseguinte nenhum deles recebeu diagnóstico no sistema de Winokur que só avalia o caso a partir do diagnóstico de depressão primária certa. O sistema de Taylor e Abrams não diagnosticou como depressão maior os casos 03, 06 e 09.

Dentre as classificações que diagnosticam especificamente endogenicidade o sistema de Newcastle foi o mais restritivo, diagnosticando como depressão endógena os casos 01, 02, 04, 11, 12, 13, 15, 16, 20, 22, e 25. O sistema de Klein não diagnosticou como depressão endogenomorfa os casos 03, 06, 07, 09, 14, 17, 18, 23, 27, e 28 enquanto a classificação de Berner não reconheceu como SACE depressiva os casos 06, 09, 14, 17, 18, 23, 26, e 27.

No que tange aos sistemas de classificação mais completos, o RDC não reconheceu como depressão os casos 09, 22 e 27; o DSM-III excluiu deste

diagnóstico os casos 03, 09 e 22, enquanto o DSM-III-R excluiu apenas o caso 26. O fator que mais contribuiu para estas divergências foi, sem dúvida, a definição de Distímia. A CID-10 diagnosticou algum tipo de depressão em todos os pacientes examinados, tornando-se a classificação mais abrangente de todo o Sistema LICET-D10.

Finalmente, o Sistema LICET-D10 também produziu o diagnóstico do "grupo concordante" composto por apenas sete (casos 01, 11, 12, 13, 16, 20 e 25).

A análise comparativa detalhada das semelhanças e diferenças entre as diversas classificações que compõem o Sistema LICET-D10 não é objetivo deste trabalho. A experimentação aqui realizada serve apenas para demonstrar a funcionalidade do Sistema, que efetivamente produziu diagnósticos simultâneos nas dez classificações, além de identificar o "grupo concordante", de interesse nosológico pelas suas características clínicas.

TABELA 3. Quadro Geral CID-9 x LICET-010 : Comparação Diagnóstica

PACIENTE	CID-9	NEWCASILE	FEINHER	KLEIN	RDC	WINOKUR
1	296.1	Depressão endógena Boa resposta à ECT	Depressão primária celta	Depressão endógena sem alteração da atividade identificada	Distúrbio depressivo maior, certo, recorrente, endógeno	Doença depressiva pura
2	296.1	Depressão endógena Boa resposta à ECT	Depressão primária celta	Depressão endógena identificada	Distúrbio depressivo maior certo, recorrente, endógeno	Espectro de doenças depressivas
3	300.4	Depressão neurótica Boa resposta à ECT	Depressão primária celta	Depressão endógena identificada	Distúrbio depressivo menor certo	
4	296.1	Depressão endógena Boa resposta à ECT	Depressão primária celta	Depressão endógena identificada	Distúrbio Depressivo maior certo, recorrente, endógeno	Espectro de doenças depressivas
5	296.1	Depressão neurótica Má resposta à ECT	Depressão primária celta	Depressão endógena identificada	Distúrbio depressivo maior certo, não recorrente, endógeno	Doença depressiva não-familiar
6	300.4	Depressão neurótica Má resposta à ECT	Depressão secundária celta		Distúrbio depressivo maior, certo, não recorrente, endógeno provável	
7	296.1	Depressão neurótica Boa resposta à ECT	Depressão primária provável		Distúrbio depressivo maior provável	
8	296.1	Depressão neurótica Má resposta à ECT	Depressão primária celta	Depressão endógena sem alteração de atividade identificada	Distúrbio depressivo maior certo, não recorrente, endógeno	Espectro de doenças depressivas
9	300.4	Depressão neurótica Má resposta à ECT	Depressão primária celta		Não é Distúrbio afetivo	Doença depressiva não-familiar
10	296.1	Depressão neurótica Má resposta à ECT	Depressão primária celta	Depressão endógena identificada	Distúrbio depressivo maior certo, recorrente, endógeno	Doença depressiva para
11	296.1	Depressão endógena Boa resposta à ECT	Depressão primária celta	Depressão endógena identificada	Distúrbio depressivo maior certo, recorrente, endógeno	Doença depressiva familiar
12	296.1	Depressão endógena Má resposta à ECT	Depressão primária celta	Depressão endógena sem alteração de atividade identificada	Distúrbio depressivo maior certo, recorrente, endógeno	Doença depressiva não-familiar
13	296.1	Depressão endógena Má resposta à ECT	Depressão primária celta	Depressão endógena sem alteração de atividade identificada	Distúrbio depressivo maior certo, não recorrente, endógeno	Doença depressiva pura
14	300.4	Depressão neurótica Má resposta à ECT	Depressão secundária celta		Distúrbio depressivo maior provável, não recorrente, endógeno provável	
15	296	Depressão endógena Boa resposta à ECT	Depressão primária celta	Depressão endógena sem alteração de atividade identificada	Distúrbio depressivo maior certo, recorrente, endógeno	Espectro de doenças depressivas
16	296	Depressão endógena Má resposta à ECT	Depressão primária celta	Depressão endógena identificada	Distúrbio depressivo maior certo, não recorrente, endógeno	Doença depressiva não-familiar
17	296.1	Depressão neurótica Má resposta à ECT	Depressão primária celta		Distúrbio depressivo maior provável, não recorrente, endógeno	
18	296.9	Depressão neurótica Má resposta à ECT	Depressão primária celta		Distúrbio depressivo maior provável, bipolar II, não recorrente, endógeno provável	Distúrbio afetivo bipolar
19	296.9	Depressão neurótica Má resposta à ECT	Depressão primária celta	Depressão endógena sem alteração de atividade identificada	Distúrbio depressivo maior certo, bipolar I, não recorrente, endógeno provável	Distúrbio afetivo bipolar
20	296.9	Depressão endógena Boa resposta à ECT	Depressão primária celta	Depressão endógena identificada	Distúrbio depressivo maior certo, bipolar I, não recorrente, endógeno	Distúrbio afetivo bipolar
21	300.4	Depressão neurótica Má resposta à ECT	Depressão primária celta	Depressão endógena sem alteração de atividade identificada	Distúrbio depressivo maior certo, não recorrente, endógeno	Doença depressiva pura
22	296.1	Depressão endógena Boa resposta à ECT	Depressão primária celta	Depressão endógena sem alteração de atividade identificada	Não é Distúrbio afetivo	Doença depressiva não-familiar
23	296.9	Depressão neurótica Má resposta à ECT	Depressão secundária celta		Distúrbio depressivo maior provável, bipolar II, não recorrente, endógeno provável	
24	296	Depressão neurótica Má resposta à ECT	Depressão primária celta	Depressão endógena sem alteração de atividade identificada	Distúrbio depressivo maior certo, não recorrente, endógeno	Doença depressiva não-familiar
25	296	Depressão endógena Boa resposta à ECT	Depressão primária celta	Depressão endógena sem alteração de atividade identificada	Distúrbio depressivo maior certo, recorrente, endógeno	Doença depressiva não-familiar
26	300.4	Depressão neurótica Má resposta à ECT	Depressão primária celta	Depressão endógena sem alteração de atividade identificada	Distúrbio depressivo maior, certo, recorrente, situacional	Doença depressiva não-familiar
27	296.9	Depressão neurótica Má resposta à ECT	Depressão secundária celta	Ver LICET-5	Ver LICET-5	
28	296	Depressão neurótica Má resposta à ECT	Depressão secundária celta		Distúrbio depressivo maior provável, recorrente, endógeno	

DSM-III	TAYLOR-ABRAMS	BERNER	DSM-III-R	QID-10	CONCORDANTE
Depressão maior recorrente, com melancolia	Depressão maior	Saca depressiva	Depressão maior recorrente, moderado, com melancolia	Episódio depressivo recorrente, grave	Sim
Depressão maior recorrente, com melancolia	Depressão maior	Saca depressiva	Depressão maior, recorrente, grave, com melancolia	Episódio depressivo recorrente, grave	Não
Distúrbio de adaptação com humor depressivo	Depressão maior	Saca depressiva	Distímia (início tardio)	Episódio depressivo leve, com sintomas somáticos	Não
Depressão maior recorrente, com melancolia	Depressão maior	Saca depressiva	Depressão maior, recorrente, grave, com melancolia + Distímia	Episódio depressivo recorrente, grave	Não
Depressão maior, episódio único, com melancolia	Depressão maior	Saca depressiva	Depressão maior, episódio único, grave com melancolia + Distímia	Episódio depressivo único, grave	Não
Depressão maior recorrente, sem melancolia	Depressão maior	Não é Saca	Depressão maior recorrente, moderada com melancolia	Episódio depressivo recorrente, grave	Não
Depressão maior recorrente, sem melancolia	Depressão maior	Saca depressiva	Distímia (início tardio)	Episódio depressivo recorrente, moderado, com sintomas somáticos	Não
Depressão maior, episódio único, sem melancolia	Depressão maior	Saca depressiva	Depressão maior, episódio único, grave, com melancolia + Distímia	Episódio depressivo único, grave	Não
Não é Distúrbio afetivo	Não é Distúrbio afetivo	Não é Saca	Distímia (início tardio)	Episódio depressivo recorrente, grave	Não
Depressão maior recorrente, com melancolia	Depressão maior	Saca depressiva	Depressão maior, recorrente, grave, com melancolia + Distímia	Episódio depressivo recorrente, grave	Não
Depressão maior recorrente, com melancolia	Depressão maior	Saca depressiva	Depressão maior, recorrente, grave, com melancolia + Distímia	Episódio depressivo recorrente, grave	Sim
Depressão maior recorrente, com melancolia	Depressão maior	Saca depressiva	Depressão maior, recorrente, grave, com melancolia + Distímia	Episódio depressivo recorrente, grave	Sim
Depressão maior recorrente, com melancolia	Depressão maior	Saca depressiva	Depressão maior, recorrente, grave, com melancolia + Distímia	Episódio depressivo recorrente, grave	Sim
Depressão maior recorrente, com melancolia	Depressão maior	Saca depressiva	Depressão maior, episódio único, grave com melancolia + Distímia	Episódio depressivo único, grave	Sim
Depressão maior recorrente, sem melancolia	Depressão maior	Não é Saca	Depressão maior, recorrente, grave, sem melancolia + Distímia	Episódio depressivo recorrente, grave	Não
Depressão maior recorrente, com melancolia	Depressão maior	Saca depressiva	Depressão maior, recorrente, grave, com melancolia + Distímia	Episódio depressivo recorrente, grave	Não
Depressão maior recorrente, com melancolia	Depressão maior	Saca depressiva	Depressão maior, recorrente, grave, com melancolia + Distímia	Episódio depressivo recorrente, grave	Sim
Distúrbio bipolar atípico ou depressão atípica	Depressão maior	Saca misto-insuficiente	Distímia (início precoce)	Reação depressiva breve	Não
Distúrbio bipolar atípico ou depressão atípica	Depressão maior	Saca misto-insuficiente	Distímia (início tardio)	Distúrbio bipolar, Episódio depressivo grave	Não
Distúrbio bipolar depressivo sem melancolia	Depressão maior	Saca depressiva	Distúrbio bipolar depressivo, moderado com melancolia	Distúrbio bipolar, Episódio depressivo grave	Não
Distúrbio bipolar depressivo com melancolia	Depressão maior	Saca depressiva	Distúrbio bipolar depressivo grave, com melancolia	Distúrbio bipolar, Episódio depressivo grave, com sintomas psicóticos humor congruentes	Sim
Depressão maior, episódio único, sem melancolia	Depressão maior	Saca depressiva	Depressão maior, episódio único, grave sem melancolia + Distímia	Episódio depressivo único, grave	Não
Não é Distúrbio afetivo	Depressão maior	Saca Depressiva	Depressão maior, recorrente, grave, com melancolia + Distímia	Episódio depressivo recorrente, grave	Não
Depressão atípica	Depressão maior	Não é Saca	Distímia (início tardio)	Outro distúrbio afetivo persistente	Não
Depressão maior, episódio único, com melancolia	Depressão maior	Saca depressiva	Depressão maior, episódio único grave, com melancolia + Distímia	Episódio depressivo único, grave	Não
Depressão maior recorrente, com melancolia	Depressão maior	Saca depressiva	Depressão maior, recorrente, grave, com melancolia + Distímia	Episódio depressivo recorrente, grave	Sim
Depressão maior recorrente, sem melancolia	Depressão maior	Não é Saca	Ver LUCE 1-S	Episódio depressivo recorrente, moderado, sem sintomas somáticos	Não
Distúrbio bipolar misto	Depressão maior	Saca misto-insuficiente	Distúrbio bipolar misto com sint. psicóticos	Distúrbio bipolar, Episódio depressivo leve com sintomas somáticos	Não
Depressão maior recorrente, sem melancolia	Depressão maior	Saca depressiva	Depressão maior, recorrente, grave, com melancolia + Distímia	Episódio depressivo recorrente, grave	Não

pois formula suposições entre possíveis causas ou processos subjacentes; p. ex. a distinção entre "depressão endógena" e "reativa".

Hempel (1961) propôs os seguintes requisitos básicos para o desenvolvimento de classificações científicas em Psiquiatria:

- 1) Que os eventos pudessem ser adequadamente descritos.
- 2) Que leis e teorias gerais pudessem ser estabelecidas permitindo exploração e predição destes eventos.

Estes requisitos são praticamente semelhantes aqueles estabelecidos por Feinstein, (1972), ao se referir as funções de uma classificação de doenças: denominação e qualificação do fenômeno e também capacidade de predição sobre curso, resposta à tratamento etc.

O desenvolvimento recente de classificações psiquiátricas baseadas na utilização de critérios operacionais para o diagnóstico possibilitou a criação de programas computadorizados de auxílio diagnóstico baseados em métodos progressivos de decisão lógica.

Utilizar programas de computador para auxílio à decisão médica tem se tornado cada dia mais comum na prática clínica. Um sistema médico de auxílio à decisão é um programa computadorizado desenvolvido para ajudar os profissionais de saúde a tomar decisões clínicas (Shortliffe, 1987). Apesar de estarem relacionados com o metodologia da ciência da computação, os sistemas de auxílio à decisão clínica lidam com dados médicos dos pacientes, semelhantes que são encontrados nos prontuários médicos. As regras utilizadas por esses sistemas informatizados derivam do conhecimento da Medicina para interpretar

esses dados. Eles, geralmente, ajudam a determinar a natureza do problema dos pacientes ou formulam diagnósticos ou tratamentos.

Infelizmente, apesar do excepcional avanço das classificações operacionais, nenhuma destas classificações produziu resultados que resolvessem as históricas dificuldades do diagnóstico e taxionomias psiquiátricas. Os sistemas de classificação baseados nos procedimentos de critérios para o diagnóstico aumentaram consideravelmente a confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico; contudo, a utilização desses critérios nem sempre é suficientemente homogênea e isto tem gerado controvérsias dificultando a delimitação clínica do fenômeno "depressão".

Helzer e Coryell, (1983), observaram que o uso de critérios operacionais não elimina a possibilidade de diferenças diagnósticas entre diversos serviços; os critérios, segundo eles, estão sujeitos à diferentes interpretações e isso pode estar na origem de muitas inconsistências da literatura. Para os autores variações na prevalência de depressão , p. ex. podem refletir aplicações idiossincráticas dos critérios operacionais.

Essas discrepâncias na utilização de critérios operacionais foram bem demonstradas num estudo de Zimmerman e col. (1990), que compararam os métodos diagnósticos para depressão endógena utilizados em três serviços universitários da América do Norte. Inicialmente foram comparados os métodos utilizados no Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Iowa com aqueles empregados por um grupo de psiquiatras pesquisadores de Pittsburg, no que concerne ao diagnóstico do subtipo Melancolia do DSM-III. Nesta primeira comparação as discrepâncias foram devidas às definições dos instrumentos

estandardizados para determinar a presença do sintoma. Em seguida os autores compararam os métodos diagnósticos para depressão endógena do RDC entre o Serviço de Iowa e o da Clínica de Distúrbios Afetivos de Dallas. Aqui, as discrepâncias foram devidas primariamente à diferenças de interpretação dos critérios.

Robinson e col. (1988), relataram que muitos psiquiatras clínicos ainda utilizam mal os critérios diagnósticos que definem um episódio depressivo maior. Segundo os autores, esses critérios são, às vezes, confundidos com critérios mais restritivos utilizados para definir subformas clínicas de depressão. No estudo que realizou entre profissionais de Saúde Mental de Albert Einstein College of Medicine em Nova York foi detectado, p. ex. que o erro mais frequente (48% dos entrevistados) estava na crença de que a presença de sintomas vegetativos/somáticos são obrigatórios para o diagnóstico de depressão maior.

Um estudo de Maier e Philipp (1986) reuniu oito diferentes definições operacionais de depressão endógena contidas nos sistemas RDC, DSM-III, Índice Discriminatório de Michigan, Escala de Newcastle I, Newcastle II, Taylor e Abrams, Berner e no Índice de Endogenidade de Hamilton. Estas definições foram utilizadas na construção de uma escala de multidiagnóstico aplicada numa amostra de pacientes deprimidos hospitalizados diagnosticados pela CID-9. Os autores verificaram que seis dos diferentes sistemas (RDC, DSM-III, Newcastle I e II, Taylor e Abrams e Berner) apresentaram definições muito concordantes de depressão endógena e selecionaram praticamente os mesmos pacientes independentemente da CID-9.

É importante observar que continuam existindo diferenças consideráveis entre populações de pacientes definidas por diferentes grupos de critérios. Estas diferenças originam dificuldades sobretudo para a pesquisa onde a utilização de critérios diagnósticos mais restritivos excluiria certos pacientes que, ao contrário seriam incluídos caso os critérios que definem a presença da condição fossem mais abrangentes. Este problema é particularmente importante sobretudo porque até o momento não existem provas definitivas que confirmem a supremacia de certos critérios sobre outros. O que existe é um certo número de dados que destaca a importância de uma diferenciação sindrômica da categoria depressão. Nesse sentido, a construção de um sistema que possibilite comparações simultâneas de diversas definições contidas em diferentes classificações tem sido considerada de grande utilidade para o atual estágio de evolução da nosologia psiquiátrica. Assim um instrumental como o sistema LICET-D10 representa uma perspectiva promissora em pesquisa sobre classificação das depressões.

A utilidade operacional do Sistema LICET-D10 foi testada numa amostra de 28 pacientes deprimidos hospitalizados e os resultados demonstraram a funcionalidade do sistema. Em que pese a análise das convergências e divergências entre as diversas classificações fugir aos objetivos deste trabalho, os resultados ratificam a necessidade de comparações diagnósticas e confirmam que a classificação dos estados depressivos ainda é uma questão em aberto.

A utilização do Sistema LICET-D10, exige a familiarização com a semiologia e nosologias contemporâneas dos estados depressivos, permitindo aprendizado quando da execução de programas de treinamento em Psiquiatria. 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 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" de cada classificação. No plano prático, isto implica que o Sistema LICET-D10, pode ser um instrumento adequado para a identificação de resposta terapêutica, isto é, populações com significado nosológico dentro das doenças depressivas.

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 multidiagnóstica oferece atualmente uma das melhores vias para a pesquisa nosológica dos estados depressivos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abou-Saleh, M.T.; Coppen, A.: Classification of depression and response to antidepressive therapies. The British Journal of Psychiatry. 143:601-603, 1983.

Afonso-Fernandez, F.: Fundamentos de La Psiquiatria Actual. Tomo I. Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1977.

Akiskal, H.S.; Rosenthal, T.L.; Haykal, R.F. : Characterological depressions: clinical and sleep EEG findings separating "subaffective dysthymias" from "character of spectrum disorders". Archives of General Psychiatry. 37:777-783, 1980.

Akiskal, H.S.: Diagnosis and classification of affective disorders: New insights from clinical and laboratory approaches. Psychiatry Development. 2: 123-160, 1983.

Akiskal, H.S.; Hirschfeld, R.M.A.; Yerevanian, B.I.: The relationship of personality to affective disorders: a critical review. Archives of General Psychiatry. 40:801-810, 1983.

Akiskal, H.S.; Lemmi, H.: Chronic depressions: Part 2. sleep EEG differentiation of primary dysthymic disorders from anxious depressives. Journal of Affective Disorders. 6: 287- 295, 1985.

Akiskal, H.S.: Ansiedade: Definição, relação com depressão e proposta para um modelo integrador. (Trad. Port.) Nardi, A.E. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 35(6): 375- 381, 1986.

American Psychiatric Association: Diagnostic and <sup>STATISTICAL</sup> Manual of Mental Disorders, Second Edition (DSM-II). American Psychiatric Association Ed. Washington, 1968.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). American Psychiatric Association Ed. Washington, 1980.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised (DSM-III-R). American Psychiatric Association Ed. Washington D.C. 1987.

Andreasen, N.C.; Winokur, G.: New experimental method for classification of depression. Archives of General Psychiatry, 36:447-452, 1979.

Andreasen, N.C.; Scheftner, W.; Reich, T.; Hirschfeld, R.M.A.; Endicott, J.; Keller, M.B.: The validation of the concept of endogenous depression: A family study approach. Archives of General Psychiatry, 43: 246-251, 1986.

Angst, J. : Zur Ätiologie und Nosologie Endogener Depressiver Psychosen. Springer, Berlin, 1966.

- Baillarger, M. : De la folie à double forme. Annales Médico Psychologiques. 1: 369-391, 1854.
- Baro, F. : Traitement de l'information en psychiatrie. Psychologie Médicale, 8(3): 455-466, 1976.
- Barret, J.E.: Naturalistic change after 2 years in neurotic depressive disorders (RDC categories). Comprehensive Psychiatry, 25:404-418, 1984.
- Bartko, J.J.; Carpenter Jr., W.T.: On the methods and theory of reliability. Journal of Nervous and Mental Diseases, 163(5): 307-317, 1976.
- Bastos, O. : Depressão pós-esquizofrênica. Tese Apresentada a Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco para Professor Titular da Disciplina de Psiquiatria. Recife, 1981.
- Bastos, O.: O diagnóstico em psiquiatria. Neurobiologia, 48(2): 171-184, 1985.
- Bayle, A.L.J. : La paralysie générale. vol.I e II. Masson. Paris, 1922.
- Beard, G.M. : Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia). New York, 1892.
- Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M.; Mook, J.E.; Erbaugh, J.K.: An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4: 561-571, 1961.

- Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M.; Mock, J.E.; Erbaugh, J.K. : Reliability of psychiatric diagnosis 2: A study of consistency of clinical judgments and ratings. American Journal of Psychiatry, 119: 351-357, 1962.
- Beck, A.T.; Beck, R.W.: Screening Depression Patients in Family Practice. Post Graduate Medicine. 52: 81-85, 1972.
- Berner, P.: Diagnostic Criteria for Schizophrenic and Affective Psychoses. World Psychiatric Association, Washington, 1983.
- Berner, P.: Vienna Research Criteria (Endogenomorphic Cyclothymic Axial Syndrome). In: Berner, P. (ed.): Diagnostic Criteria for Schizophrenia and Affective Psychoses. pp. 157-163. World Psychiatric Association, Washington, 1983.
- Bertolote, J.M.: 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. (suplemento)6: 89-94, 1986.
- Bhrolchain, M.N.: Psychotic and neurotic depression: I. Some points of methods. The British Journal of Psychiatry. 134: 87-93, 1979.
- Brasil, M.A.A.: Os distúrbios afetivos na Classificação Internacional de Doenças: Situação atual e mudanças previstas. Informação Psiquiátrica. 7(2): 39-44, 1988.

Buchanan, B.G.; Shortliffe, E.H.: Rule-based Expert System. Addison-Wesley, Reading, New York, 1984.

Bucher, R. : Depressão e Melancolia: Estrutura e classificação dos estados depressivos. Trad: Mendonça, I. Zahar Editores. Rio de Janeiro, 1979.

Bueno, J.R. : Tentativa de uniformização no Brasil de instrumentais e critérios diagnósticos em pesquisa psiquiátrica. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Psiquiátrica da América Latina, (suplemento)8:9-11, 1986.

Bumke, O.: Tratado de Enfermedades Mentales. (Trad.) Sarro, R Seix Editores, Barcelona, 1946.

Buzzard, E.F.: Discussion on maniac-depressive psychosis. The British Medical Journal. II: 877, 1926.

Byrne, D.G.: Cluster analysis applied to self-reported depressive symptomatology. Acta Psychiatrica Scandinavica. 57: 1-10, 1978.

Caetano, D.: Enquiries in to the Classification of Affective Disorders. PhD Dissertation. Cambridge, 1980.

Caetano, D.: Classificação em psiquiatria: breve revisão histórica. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria. 13(4): 71-74, 1982.

Caetano, D.: Distúrbios afetivos e ritmos biológicos. Boletim de Psiquiatria.16(2): 57-74, 1983.

Caetano, D.: Exame do estado mental atual: uma nova técnica de entrevista psiquiátrica. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria. 21: 64-66, 1984.

Caetano, D.; Roth, M.; Mountjoy, C.: Anxiety state and depressive disorders: Separation in terms of symptom – cluster, patient-groups and personality features. In: Psychiatry vol. I Ed. Pichot, P.; Berner, P.; Wolf, R. and Thau, K. Plenum Publishing Corporation, Washington, 1985.

Caetano, D. : Experiência com o Present State Examination (PSE) em pacientes ingleses e brasileiros. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Psiquiátrica da América Latina. (suplemento) 8: 34-43, 1986.

Caetano, D. : Esquizofrenia – critérios diagnósticos (CID-10 e DSM-III-R). Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 40(suplemento)1: 41s-52s, 1991.

Caetano, R. : Causas de baja confiabilidad del diagnóstico en psiquiatria: una revisión crítica. Acta Psiquiátrica y Psicologica de la América Latina. 24: 116-130, 1978.

Caetano, R.; Gentil Filho, V.: P.S.E. – Exame do Estado Psíquico. Edição mimeografada. São Paulo, 1983.

Cardenal, L.: Dicionário Terminológico de Ciências Médicas. Salvat Editores S.A. Barcelona , Madrid, 1958.

Carlini, E.A.(ed.): Instrumentos e critérios para diagnósticos psiquiátricos 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. (suplemento)8 , novembro, 1986.

Carney, M.W.P.; Roth, M.; Garside, R.F. : The diagnosis of depressive syndrome and prediction of ECT response. The British Journal Psychiatry. 111: 59-67, 1965.

Carney, M.W.P.; Sheffield, B.F.: Depression and the Newcastle scales: Their relationship to Hamilton's scale. The British Journal of Psychiatry. 21: 36-40, 1972.

Carrete, C.: Le mal american. Contribution à l'histoire de la neurasthénie en France de 1870 a 1914. Mémoire CES de Psychiatrie, Paris, 1980.

Carvalho, T.F.R.; Sougey, E.B.; Caetano, D.: Programa computadorizado para o diagnóstico das depressões : Sistema LICET-D100. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 38: 19-22, 1989.

Child, D.: The Essentials of Factor Analysis. Billing e Sons Ltda. London, 1976.

Clancey, W.J.; Shortliffe, E.H.: Readings in Medical Artificial Intelligence: The first decade reading. Addison - Wesley , Publishing Co, Massachusset, 1984.

Cohen, J.: A coefficient of agreement for nominal scales. Educational Psychology. 20: 37-46, 1960.

Collet, G.: Remarques sur le mot "nosologie". Annales Médico Psychologiques. 4(2): 494-497, 1966.

Cooper, J.E.; Kendell, R.E.; Gurland, B.J.; Sharpe, L.; Copeland, J.R.M.; Simon, R.: Psychiatric Diagnosis in New York and London. Oxford University Press. London , 1972.

Coppen, A.; Abou-Saleh, M.; Milln, P.; Metcalfe, M.; Harwood, J.; Bailey, J.: Dexamethasone Supression test in depression and other psychiatric illnesses. The British Journal of Psychiatry. 142: 498-504, 1983.

Costa e Silva, J.A.: DSM-III e DSM-IV: avaliação crítica. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Psiquiatrica da América Latina. (suplemento)8 : 83-88, 1986.

Crocq, L.; Fondarai, B.; Longevialle, P.: Informatique et psychiatrie. Annales du Congrès Psychiatrie et Neurologie, Roven, 1976.

- Curran, D.: Neuroses and maniac-depressive psychoses. Journal of Mental Science, 83: 156-174, 1937.
- Curran, D.; Mallinson, W.P.: Depressive states in the war. The British Medical Journal, I: 305-309, 1941.
- Curtis, G.C.; Cameron, O.G.; Nesse, R.M.: The dexamethasone suppression test in panic disorder and agoraphobia. American Journal of Psychiatry, 139:1043-1046, 1982.
- DaCosta, J.M.: On irritable heart: A clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. Archives of General Psychiatry, 45:120-127, 1988.
- Davidson, J.R.T.; Giller, E.L.; Zisook, S.: An efficacy study of isocarborazid and placebo in depression, and its relationship to depressive nosology. Archives of General Psychiatry, 45: 120-127, 1988.
- Del Porto, J.A.: Visão geral sobre os instrumentos para obtenção de informações (entrevistas estruturadas e semi-estruturadas). Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Psiquiátrica da América Latina, (suplemento)8: 18-24, 1986.

- Depue, R.A.; Monroe, S.M.: The unipolar-bipolar distinction in the depressive disorders: implications for stress-onset interaction. Citado por Malt, V.: Classification and diagnosis of depression. Acta Psychiatrica Scandinavica, (suplemento)302: 7-35, 1983.
- Derogatis, L.R.; Lipman, R.S.; Covi, L.; Rickels, K.: Factorial invariance of symptom dimensions in anxious and depressive neuroses. Archives of General Psychiatry, 27: 659-665, 1972.
- Downing, R.W.; Rickels, K.: Mixed anxiety-depression. Archives of General Psychiatry, 30: 312-317, 1974.
- Endicott, J.; Spitzer, R.L.: A diagnostic interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 35: 837-844, 1978.
- Endicott, J.; Nee, J.; Fleiss, J.; Cohen, J.; Williams, J.B.W.; Simon R. : Diagnostic criteria for schizophrenia. Reliabilities and agreement between systems. Archives of General Psychiatry, 39: 884-889, 1982.
- Endicott, J.: Recent work on diagnosis from RDC to DSM-IV. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação psiquiátrica da América Latina, (suplemento)8: 130-134, 1986.
- Entinger, R.: Le dialogue Abraham-Freud sur la mélancolie. Confrontations Psychitriques, 14: 159-197, 1976.

Esquirol, J.E.D.: Des Maladies Mentales Considerées sous les Rapports Médical, Hygiénique et Médico-legal. Vol. I e II. Baillière Ed., Paris, 1838.

Everitt, B.S.; Gourlay, A.J.; Kendell, R.E.: An attempt at validation of traditional psychiatric syndromes by cluster analysis. The British Journal of Psychiatry, 119: 399-412, 1971.

Ey, H.: Estudes psychiatriques. Vol. III. Desclées de Brouwer Editions, Paris, 1954.

Ey, H.; Bernard, P.; Brisset, C.: Manuel de Psychiatrie, 5<sup>e</sup> ed, Masson, Paris, 1978.

Eysenck, H.J.: Classification and the problem of diagnosis. In: Eysenck, H.J. Handbook of Abnormal Psychology, Pitman Medical Publishing, London, 1960.

Fahy, T.J.; Brandon, S.; Garside, R.F.: Classification of depressive illness. Proceedings of the Royal Societes of Medicine, 62: 331-339, 1969.

Falret, J.P.: Leçons Cliniques de Médecine Mentale; faites à l'hospice de la Salpêtrière. Baillière, Ed. Paris, 1854.

Faust, D.; Miner, R.A.: The empiricist and his new clothes: DSM-III in perspective. American Journal of Psychiatry, 143: 962-967, 1986.

Feigner, J.P.; Robins, E.; Guze, S.B.; Woodruff, R.A.; Winokur, G.; Munro, R.: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Archives of General Psychiatry, 25: 27-63, 1972.

Feighner, J.P.: The nosology and phenomenology of primary affective disorders. Proceedings of the 2nd World Congress on Biological Psychiatry, North Holland Biomedical Press. 1978.

Feighner, J.P.: Nosology of primary affective disorders and application to clinical research. Acta Psychiatrica Scandinavica. (suplemento) 190(63): 29-41, 1981.

Feinstein, A.R.: Clinical biostatistics XIII: on homogeneity taxonomy and nosography. Clinical Pharmacology and Therapeutics, 13: 114-129, 1972.

Feinstein, A.: A critical overview of diagnosis in psychiatry. In: Rakov, V. et al. Psychiatric Diagnosis. Brunner Mazel, New York, 1977.

Fieve, R.R.; Dunner, D.L.: Unipolar and bipolar affective states . In: Flach, F.; Draghi, S.: The Nature and Treatment of Depression, p. 145-160, John Wiley and Sons, New York, 1975.

First, M.B.; Williams, J.B.W.; Spitzer, R.L.: DTREE: Microcomputer-assisted teaching of psychiatric diagnosis using a decision tree model. Proceedings of 12th Annual Symposium of Computer Application in Medical Care. IEEE Press, New York, 1988.

First, M.B.; Williams, J.B.W.; Spitzer, R.L.: DTREE: an expert system for psychiatric diagnosis. Proceedings of 13th Annual Symposium of Computers Applications in Medical Care. IEEE Press; New York; 954-955, 1989.

- Fleiss, J.L.; Gurland, B.J.; Cooper, J.E.: Some contribution to the measurement of psychopathology. The British Journal of Psychiatry, 119: 647-656, 1971.
- Fleiss, J.L.: Classification of the depressive disorders by numerical tipology. Journal of Psychiatric Research, 9: 141-153, 1972.
- Fleiss, J.L.; Spitzer, R. L.; Cohen, J.: Three computer diagnosis methods compared. Archives of General Psychiatry, 27: 643-649, 1972.
- Foulds, G.A.; Caine, T.M.: The assessment of some symptoms and signs of depression in women. Journal of Mental Sciences, 105: 182-189, 1959.
- Foulds, G.A.: Psychotic depression and age. Journal of Mental Science, 106:1394-1397, 1960.
- Freitas Jr., J.O.: Investigações semiológicas em um grupo de deprimidos de ambulatório. Tese para o concurso de professor catedrático de clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Recife. Recife, 1951.
- Freud, S.: Deuil et mélancolie. In: Métapsychologie, 147-174. Coll. Idées. Gallimard, Paris, 1968.
- Freud, S.: Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada "neurose de angústia". (1894). ED. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. III. Imago Editora. Rio de Janeiro, 1976.

Freud, S.: Inibições, sintomas e ansiedade (1926). ED. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XX. Imago Editora, Rio de Janeiro, 1976.

Gamany, G.: "Anxiety states". The British Medical Journal, I: 943-946, 1956.

Gillespie, R.D.: The clinical differentiation of types of depression. Guy's Hospital Report, 79: 306-344, 1929.

Goodwin, F.K.; Ebert, M.H.: Recent advances in drug treatment of affective disorders. In: Jarvik, M.E. (ed): Psychopharmacology in the Practice of Medicine. Appleton-Century. Crofts, Publishers, New York pp.227-287, 1977.

Greist, J.H.: Computers and psychiatry diagnosis. In: Baskin, D.: Computer Applications in Psychiatry and Psychology. Brunner/Mazel Publishers, New York, 1990.

Grinker, R.R.: The Phenomena of Depression. Paul Hoeber, New York, 1961.

Guiraud, P.: Emil Kraepelin: Quelques grands noms de la psychiatrie. Confrontations Psychiatriques. 11: 83-101, 1973.

Hamilton, M.; White, J.: Clinical syndromes in depressive states. Journal of Mental Sciences. 105: 985-998, 1959.

- Hamilton, M.: A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosciences and Psychiatry, 23: 56-62, 1960.
- Hamilton, M.: Development of a rating scale of depression. British Journal of Societes of Clinical Psychology, 6: 278-296, 1967.
- Helzer, J.E.; Brockington, I.F.; Kendell, R.E.: 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.
- Helzer, J.E.; Coryell, W.: More on DSM-III: How consistent are precise criteria (editorial). Biological Psychiatry, 18: 1201-1203, 1983.
- Hempel, C.G.: Introduction to problems of taxonomy. In; Zubin, J. Ed. Field Studies in Mental Disorders, pp. 326 New York; Grune and Stratton, 1961.
- Holden, N.L.: Depression and the Newcastle scale: their relationship to the dexamethasone suppression test. The British Journal of Psychiatry, 142: 505-507, 1983.
- Hordern, J.: Depressive States: a pharmaco therapeutic study. Springfield (Ill) Thomas, 1965.
- Jablensky, A.: Methodological issues in psychiatric classification. The British Journal of Psychiatry, 152(suplemento) 1:15-20, 1988.

Jaspers, K.: Psicopatologia Geral, Vol I. (Trad.) Reis, S.P.A. Livraria Atheneu S.A.  
Rio de Janeiro, 1973.

Keller, M.B.; Lavori, P.W.; Endicott, J.: "Double depression": two year follow-up.  
American Journal of Psychiatry, 140: 689-694, 1983.

Kendell, R.E.: The Classification of Depressive Illness. Maudsley Monograph n°  
18. London. Oxford University Press. 1968.

Kendell, R.E.; Gourlay, J.: The clinical distinction between psychotic and neurotic  
depressions. The British Journal of Psychiatry, 117: 257-266, 1970.

Kendell, R.E.; Pichot, P.; von Cranach, M.: Diagnostic criteria of English, French  
and German psychiatrists. Psychological Medicine, 4: 187-195, 1974.

Kendell, R.E.: The Role of Diagnosis in Psychiatry. Oxford, Blackwell Scientific  
Publication, Oxford, 1975.

Kendell, R.E.: The classification of depression. A review of contemporary  
confusion. The British Journal of Psychiatry, 129: 15-28, 1976.

Kendell, R.E.: L'échec des méthodes statistiques multivariées à résoudre nos  
difficultés de classification. p. 131-137. in Pichot, P.; Pull, C.: La  
Symptomatologie Dépressive: enregistrement et évaluation. Ed. Spire, Paris.  
Laboratoires CIBA-GEIGY, 1981.

- Kerr-Corrêa, F.: Depressões: critérios clínicos de diagnóstico. Temas, 30(31): 79-102, 1986.
- Kiloh, L.G.; Garsid, R.F.: The independance of neurotic depression and endogenous depression. The British Journal of Psychiatry, 109: 451-463, 1963.
- Klein, D.F.; Davis, J.M.: Diagnosis and Drug Treatment of Psychiatric Disorders. Williams e Wilkins, Baltimore, 1969.
- Klein, D.F.: Endogenomorphic depression: A conceptual and terminological revision. Archives of General Psychiatry, 31: 447-454, 1974.
- Klerman, G.L.: Clinical research in depression. Archives of General Psychiatry, 24: 305-319, 1971.
- Klerman, G.L.; Endicott, J.; Spitzer, R.; Hirschfeld, R.M.A.: Neurotic depressions: A systematic analysis of multiple criteria and meanings. American Journal of Psychiatry, 136: 57-61, 1979.
- Klerman, G.L.: La nosologie comparative des états dépressifs. In Pichot, P.; Pull, C.: La Symptomatologie Dépressive: Enregistrement et évaluation. Ed. Spire, Laboratoires Ciba-Geigy, Paris, 1981.
- Kocsis, J.H.; Frances, A.J.; Voss, C.: Imipramine treatment for chronic depression. Archives of General Psychiatry, 45: 253-257, 1988.

- Kraepelin, E.: Die Erscheinungsformen des Irreseia. Zeitung der Neurologie und Psychiatrie, 62: 2-29, 1920.
- Kraepelin, E.: Psychiatrie, 9ª ed. Barth, Leipzig, 1927.
- Kramer, M.: Cross-national study of the mental disorders: origin of the problem. American Journal of Psychiatry, 125(suplemento):1, 1969.
- Kreitman, N.; Sainbury, P.; Morrissey, P.: The reliability of psychiatric assessment: an analysis. Journal of Mental science, 107: 887-905, 1961.
- Kretschmer, E.: Constitucion y Carater. (Trad) Sagarra, S. Ed. Labor. Barcelona, 1947.
- Kupfer, D.J.; Pickar, D.; Himmelhoch, J.M.; Detre, T.P.: Are there two types of unipolar depression? Archives of General Psychiatry, 32, 866-871, 1975.
- Lader, M.H.: Physical and psysiological aspects of anxiety and depression. The British Journal of Clinical Practitioner, 24: 55-59, 1970.
- Lange, J.: Uber melancolie. Zeitung der Neurologie und Psychiatrie, 101: 293-319, 1926.
- Laplanche, J.; Pontalis, J.B.: Vocabulaire de la Psychanalyse. Presses Universitaires de France. Paris, 1973.

- Ledley, R.S.; Luster, L.B.: Reasoning foundations of medical diagnosis. Science, 130: 9-21, 1959.
- Lessa, L.M.: Perfil Psiquiátrico. Metodologia e Documentação Psiquiátrica. Modelo 2. Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia. Salvador, 1973.
- Lessa, L.M.: Tradução vs. adaptação de uma escala de avaliação em meio brasileiro, a propósito do AMDP. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Psiquiátrica da América Latina, (suplemento) 8: 74-82, 1986.
- Lewis, A.J.: Melancholia: a clinical survey of depressive states. Journal of Mental Science, 80: 277-378, 1934.
- Lidz, T.h.: Adolf Meyer; psychobiologie et psychiatrie dynamiques. Confrontations Psychiatriques, 11: 163-181, 1973.
- Loor, M.; Hamlin, R.M.: A multimethod factor analysis of behavioral and objective measures of psychopathology. Journal of Consultation in Clinical Psychology, 36: 136-141, 1971.
- Lopes, J.L.: Diagnóstico em Psiquiatria. Editora Cultura Médica Ltda. Rio de Janeiro, 1980.
- Loreto, G.: Diagnóstico em Psiquiatria. Neurobiologia, 47(3): 141-152, 1984.

Maas, J.W.; Koslow, S.H.; Davis, J.M.; Katz, M.M.; Mendels, J.; Robins, E.; Stokes, P.E.; Bowden, C.L.: Biological component of the NIMH clinical research branch collaborative program on psychobiology of depression: I. Background and theoretical considerations. Psychological Medicine, 10: 759-776, 1980.

Mac Conaghy, J.; Joffe, L.; Murphy, G.H.: The independence of neurotic and endogenous depression. The British Journal of Psychiatry, 113(498): 479-486, 1968.

Maier, W.; Philipp, M.: A polydiagnostic scale for dimensional classification of endogenous depression: derivation and validation. Acta Psychiatrica Scandinavica, 74: 152-160, 1986.

Malt, U.: Classification and diagnosis of depression. Acta Psychiatrica Scandinavica, (suplemento) 302: 7-35, 1983.

Mapother, E.: Opening paper of discussion of maniac-depressive psychosis. The British Medical Journal, II: 872-876, 1926.

Maxwell, A.E.: Multivariate statistical methods and classification problems. The British Journal of Psychiatry, 119: 121-127, 1971.

Meyer-Gross, W.; Slater, E.; Roth, M.: Psiquiatria Clínica. Vol I. Trad. Martins Filho, C. Editora Mestre Jou. São Paulo, 1972.

- McNair, D.; Fisher, S.: Separacion entre ansiedad y depresion. In: Lipton, M.A.; Dimascio, A.; Killam, K.F.: Psicofarmacologia: A los treinta años de progreso. Ed. española. ESPAXS S.A. Barcelona, 1982.
- Mead, B.T.: An In-Depth Discussion of Depression. West Point, PA. Merck Sharp-Dohme, New York , 1973.
- Melrose, J.P.; Stroebel, C.; Gluek, B.: Diagnosis of psychopathology using stepwise multiple discriminant analysis. Comprehensive Psychiatry, 12:43-50, 1970.
- Mendels, J.: Concepts of Depression. John Wiley - Sons. Inc. New York, 1970.
- Mendlewicz, J.; Baron, M.: Morbidity risks in subtypes of unipolar depressive illness: differences between early and late onset forms. The British Journal of Psychiatry, 139: 463-466, 1981.
- Menninger, K.: The Vital Balance: The life process in mental health and illness. Viking Press, New York, 1963.
- Mezzich, J.E.; Fabrega Jr., H.; Mezzich, A.C.: An international consultation on multiaxial diagnosis. Apresentado no VII Congresso Mundial de Psiquiatria. Exemplar mimeografado, Viena, 1983.
- Mishkoff, H.C.: Understanding Artificial Intelligence. Texas Instruments Inc., Texas, USA, 1986.

- Moore, T.V.: The empirical determination of certain syndromes underlying praecox and maniac-depressive psychoses. American Journal of Psychiatry, 9: 719, 1930.
- Mundim, F.D.: O diagnóstico em psiquiatria: Problemas e perspectivas. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psiquiatria da Universidade do Rio de Janeiro, 1980.
- Munro, A.: Some familial and social factors in depressive illness. The British Journal of Psychiatry, 112: 429-441, 1966.
- Nelson, J.C.; Chamey, D.S.: The symptoms of major depressive illness. American Journal of Psychiatry, 138: 1-13, 1981.
- Nowicka, E.: Contribution à l'étude des différences symptomatiques entre différentes formes de depression. Thèse. Paris, 1979.
- Noyes, R.; Clancy, J.: The familial prevalence of anxiety neurosis. Archives of General Psychiatry, 35: 1057-1059, 1978.
- Overall, J.E.; Hollister, L.E.: Nosology of depression and differential response to drugs. JAMA, 195: 946-948, 1966.
- Overall, J.E.: The Brief Psychiatry Rating Scale. in: Psychopharmacology Research. Medical Problems in Pharmacopsychiatry, 7: 67-78, 1974.

- Overall, J.E.; Hollister, L.E.: Comparative evaluation of research diagnostic criteria for schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 36: 1198-1205, 1979.
- Overall, J.E.: Des critères pour le diagnostic de dépression. In: Pichot, P.; Pull, C. (Ed.): La Symptomatologie Dépressive: Enregistrement et Évaluation. p.15-29, Editions Spire. Paris. Laboratoires Ciba-Geigy. 1981.
- Orley, J.; Wing, J.K.: Psychiatry disorders in two african villages. Archives of General Psychiatry, 36: 513-520, 1979.
- Pasamanick, B.; Dinitz, S.; Lefton, M.: Psychiatry orientation and its relation to diagnosis and treatment in a mental hospital. American Journal of Psychiatry, 116: 127-132, 1959.
- Paykel, E.S.: Classification of depressed patients: A cluster analysis derived grouping. The British Journal of Psychiatry, 118: 275-288, 1971.
- Paykel, E.S.; Hollyman, J.A.; Freeling, P.: Predictors of therapeutic benefit from amitriptyline in mild depression: A general practice placebo-controlled trial. Journal of Affective Disorders, 14: 83-95, 1988.
- Pelcoier, Y.: Le Vocabulaire de l'Angoisse. Roussel Uclaf Ed. Paris, 1977.
- Perris, C.: A study of bipolar (maniac-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. Acta Psychiatrica Scandinavica, (suplemento)42: 11-44, 1966.

- Pichot, P.; Lemperiere, T.: Analyse factorielle d'un questionnaire d'autoévaluation des symptômes dépressifs. Revue de Psychologie Appliquée, 14: 15-29, 1964.
- Pichot, P.; Piret, J.; Clyde, D.J.: Analyse de la symptomatologie dépressive subjective. Revue de Psychologie Appliquée, 16: 105-115, 1966.
- Pichot, P.: Problèmes méthodologiques de la classification en psychiatrie. Annales Médico Psychologiques, 4(2): 486-494, 1966.
- Pichot, P.; Overall, J.E.; Samuel-Lajeunesse, B.; Dreyfus, J.F.: Structure factorielle de l'échelle abrégée d'appréciation psychiatrique (B.P.R.S.). Revue de Psychologie Appliquée, 19: 217-232, 1969.
- Pichot, P.: Le problème de la quantification dans la recherche psychiatrique. Bulletin de l'Académie Suisse des Sciences Médicales. 25(1-2): 147-159, 1970.
- Pichot, P.: Elementos de metodologia quantitativa: perspectivas de aplicacion en la investigacion psiquiatrica. Departamiento de Psicologia, Medicina Psiquiátrica y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Mexico. 1975.
- Pichot, P.: Evolution de la nosologie psychiatrique. Bulletin de l'Académie Médicale de Belgique, 133: 170-177, 1978a.
- Pichot, P.: Les dépressions, problèmes de vocabulaire et nosologie. In: Pichot, P.: Les Voix Nouvelles de la Dépression, Masson, Paris, 1978b.

- Pichot, P.: Un système de diagnostic psychiatrique par ordinateur; version française du système "Diasika". Premiers résultats. Annales Médico Psychologiques, 140(1): 115-123, 1982.
- Pichot, P.: Un Siècle de Psychiatrie. Ed. Roger Dacosta. Laboratoire Roche, Paris, 1983.
- Pilowsky, I.; Levine, S.; Boulton, D.M.: The classification of depression by numerical taxonomy. The British Journal of Psychiatry, 115: 937-945, 1969.
- Pinel, Ph.h: Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale ou la Manie. Richard, Caille et Ravier Ed. Paris, 1801.
- Pires, N.: Psicoses de Reação. Tese de Docência apresentada à Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1947.
- Pope, H. G.; Lipinski, J. F.: Diagnosis in schizophrenia and maniac-depressive illness. A reassessment of the specificity of "schizophrenic" symptoms in the light of current research. Archives of General Psychiatry, 35: 811-828, 1978.
- Prusoff, B.; Klerman, G.L.: Differentiating depressed from anxious neurotic outpatients. Archives of General Psychiatry, 30: 302-309, 1974.
- Pull, C.: Historique de la mélancolie d'involution. Thèse Université René Descartes. Paris, 1975.

- Pull, C.B.; Pull, M.C.; Pichot, P.: LICET-D: Une Liste Intégrée de Critères d'Evaluation Taxinomiques pour les Dépressions. Psychologie Médicale, 16(1): 125-131, 1984.
- Rao, C.R.; Slater, P.: Multivariate analysis applied to differences between neurotic groups. The British Journal of Psychiatry, 2: 17-29, 1949.
- Raskin, A.; Crook, T.A.: The endogenous-neurotic distinction as a predictor of response to antidepressant drugs. Psychological Medicine, 6: 69-70, 1976.
- Reggia, J.A.; Tuhim, S.: Computer Assisted Medical Decision Making. Springer-Verlag N.Y. Inc. New York, 1985.
- Rein, W.; Piree, S.; Pichot, P.: Premiers résultats du système diagnostique Diasika. Acta Psychiatrica Belgica, 82: 407-412, 1982.
- Robins, E.; Munor, R.A.; Martin, S.; Gentry, K.A.: A primary and secondary affective disorders. In: Zubin, J.; Freyhan, F. (Eds.): Disorders of Mood. Baltimore and The Johns Hopkins Press. p. 36-45, London, 1972.
- Rogerson, C.H.: The differentiation of neuroses and psychoses with special reference to status of depression and anxiety. Journal of Mental Science, 86: 632-644, 1940.

Roth, M.; Garside, R.F.; Gurney, C.: Clinical statistical enquiries into the classification of anxiety states and depressive disorders. Proceedings of the Leeds Symposium on Behavioural Disorders, Leeds, 1965.

Roth, M.: The classification of affective disorders. Proceedings Symposium on Treatment of Depression. Appelbergs, Bohtrvakiri, Uppsala, 1969.

Roth, M.; Gurney, R.F.; Kerr, T.A.: Studies in the classification of affective disorders: the relationship between anxiety states and depressive illness. The British Journal of Psychiatry, 121: 147-161, 1972.

Roth, M.; Mounjoy, C.: Quelques problèmes dans la classification et le choix du traitement dans les troubles affectifs. In Pichot, P.; Pull, C.: La Symptomatologie Dépressive: Enregistrement et évaluation. p. 119-129. Ed. Spire, Paris. Laboratoires Ciba-Geigy, 1981.

Roth, M.: Problems in the classification of affective disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica, (suplemento 290)63: 42-51, 1981.

Rubinson, E.; Asnis, G.M.; Friedman, J.M.H.: Knowledge of the diagnostic criteria for major depression: A survey of mental health professionals. The Journal of Nervous and Mental Disease, 176(8): 480-484, 1988.

Sabbatini, R.M.E.: Medical Informatics Applications Review. World Health Organization Ed., 1985.

Sabbatini, R.M.E.: Curso Prático de Microinformática em Saúde, Terceira Edição.

Dataquest Informatica, Campinas - S.P., 1990.

Sandifer, M.G.; Wilson, I.C.; Green, L.: The two-type thesis of depressive disorders. American Journal of Psychiatry, 123: 93-97, 1966.

Sartorius, N.: The ICD10 and depression. Acta Psychiatrica Scandinavica, 310 (suplemento): 103-105, 1983.

Schalling, D.; Åsberg, M.; Montgomery, S.: Construcion d'une nouvelle échelle d'appréciation de psychopathologie et d'une sous-échelle de dépression. In: Pichot, P.; Pull, C.: La Symptomatologie Dépressive: Enregistrement et Évaluation. p. 107-117, Laboratoires Ciba-Geigy, 1978.

Scharfetter, C.; Moerbth, H.; Wing, J.K.: Diagnosis of functional psychoses: comparison of clinical and computerized classification. Archives of Psychiatry Nevenkr, 222: 61-67, 1976.

Schmid, W.; Bronisch, T.; von Zerssen, D.: A comparative study of PSE/CATEGO and Diasika. Two psychiatric computer systems. The British Journal of Psychiatry, 141: 292-295, 1982.

Schneider, K. : Psicopatologia Clínica. (Trad.) Leão, E. C.- Editora Mestre Jou, São Paulo, 1968.

- Schneider, K.: Las Personalidades Psicopáticas. (Trad.) Llopis, B.- Ediciones Morata. Madrid, 1974.
- Shortliffe, E.H.: Computer programs to support clinical decision making. JAMA: 258: 61-66, 1987.
- Silva, D.B.: Associação para Metodologia e Documentação em Psiquiatria: AMDP. Edição Mimeografada. São Paulo, 1979.
- Silva, D.B.: O sistema AMDP: um instrumento de pesquisa e ensino em psiquiatria. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 34(4): 225-228, 1985.
- Slater, E.; Roth, M.: Clinical Psychiatry. Williams and Wilkins, Baltimore, 1969.
- Sletten, J. : Routine diagnosis by computer. American Journal of Psychiatry, 127: 1147-1152, 1971.
- Smith, W.: A model for psychiatric diagnosis. Archives of General Psychiatry, 14: 521-529, 1966.
- Sougey, E.B.: Lista Integrada de Critérios de Avaliação Taxionômica para as Depressões: versão brasileira. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 34: 157-169, 1985.

- Sougey, E.B.: As escalas de avaliação nos ensaios clínicos com benzodiazepínicos: a propósito da escala de ansiedade de Hamilton. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 36: 49-53, 1987.
- Spitzer, R.: The mental state schedule: rationale, reliability and validity. Comprehensive Psychiatry, 5: 384-395, 1964.
- Spitzer, R.L.; Endicott, J.: DIAGNO: a computer program for psychiatric diagnosis utilizing the differential diagnostic procedure. Archives of General Psychiatry, 18: 746-756, 1968.
- Spitzer, R.L.; Endicott, J.: Diagno II: Further developments in a computer program for psychiatric diagnosis. American Journal of Psychiatry, 125(suplemento 8): 12-21, 1969.
- Spitzer, R.L.; Endicott, J.; Fleiss, J.L.; Cohen, J.: The psychiatric status schedule: a technique for evaluating psychopathology and impairment in role functioning. Archives of General Psychiatry, 23: 41-55, 1970.
- Spitzer, R.L.; Endicott, J.; Fleiss, J. L.: Constraints on the validity of computer diagnosis. Archives of General Psychiatry, 31: 197-203, 1974.
- Spitzer, R.; Endicott, J.: Can the computer assist clinicians in psychiatric diagnosis? American Journal of Psychiatry, 131: 523-530, 1974.

Spitzer, R.L.; Fleis, J.L.: A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. The British Journal of Psychiatry, 125: 341-347, 1974.

Spitzer, R.L.; Endicott, J.; Robins, E.: Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. American Journal of Psychiatry, 132: 1187-1192, 1975.

Spitzer, R.L.; Endicott, J.: Computer applications in psychiatry. In Arieti, S.: American Handbook of Psychiatry. Basic Books, Inc. Publishers. New York, 1975.

Spitzer, R.L.; Endicott, J.; Robins, E.: Research Diagnostic Criteria (RDC) for selected group of functional disorders. 3rd. Edition. New York State Psychiatry Institute, 1978a.

Spitzer, R.L.; Endicott, J.; Robins, E.: Research diagnostic criteria: Rationale and reliability. Archives of General Psychiatry, 35: 773-782, 1978b.

Spitzer, R.L.; Forman, J.B.W.; Nee, J.: DSM-III field trials: I. initial interrater diagnostic reliability. American Journal of Psychiatry, 136: 815-817, 1979.

Spitzer, R.L.; Forman, J.B.W.: DSM-III field trial: II. initial experience with the multiaxial system. American Journal of Psychiatry, 136: 818-820, 1979.

- Spitzer, R.L.; Fleiss, J.L.; Endicott, J.: Problems of classification: reliability and validity. In: Kaplan, H.I.; Freedman, A.M.; Sadock, B.J.: Comprehensive Textbook of Psychiatry/III Vol 1, Williams e Wilkins. Baltimore, 1990.
- Spitzer, R.L.; Williams, J.B.W.: Structured Clinical Interview for DSM-III. New York, Biometric Research Department, New York State Psychiatric Institute, 1984.
- Stephens, J.H.; Astrup, C.; Carpenter, W.T.Jr.; Shaffer, J.W.; Goldberg, J.: A comparison of nine systems to diagnose schizophrenia. Psychiatry Research, 6: 127-143, 1982.
- Stewart, J.W.; Quitkin, F.M.; Liebowitz, M.R.: Efficacy of desipramine in depressed outpatients: response according to research diagnostic criteria diagnoses and severity of illness. Archives of General Psychiatry, 40: 202-207, 1983.
- Szolovits, P.: Artificial Intelligence in Medicine. Westview Press(AAAS Symposium Series), Colorado, USA, 1982.
- Taylor, M.A.; Gaztanaga, P.; Abrams, R.: Manic-depressive illness and acute schizophrenia: a clinical, family history and treatment-response study. American Journal of Psychiatry, 131(6): 678-682, 1974.
- Taylor, M.A., Abrams, R.: Early-and late-onset bipolar illness. Archives of General Psychiatry, 38: 58-61, 1981.

- Taylor, M.A.; Redfield, J.; Abrams, R.: Neuropsychological disfunction in schizophrenia and affective disease. Biological Psychiatry, 16(5): 467-478, 1981.
- Tellenbach, H.: La Melancolia: vision histórica del problema: Endogenidad tipología, patogenia y clínica. Ediciones Morata S.A. Madrid, 1976.
- Van Praag, W.M.: A transatlantic view of the diagnosis of depressions according to the DSM-III: I. Controversies and misunderstandings in depression diagnosis. Comprehensive Psychiatry, 23: 315-329, 1982.
- Versiani, M.: O diagnóstico psiquiátrico para pesquisa psicofarmacológica. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Psiquiátrica da América Latina. (suplemento)8: 12-17, 1986.
- Vilela, W.A.: O sistema AMDP – Associação para Metodologia e Documentação em Psiquiatria – uso em psicóticos esquizofrênicos. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação psiquiátrica da América Latina. (suplemento)8: 71-73, 1986.
- Vlissides, D.N.; Jenner, F.A.: The response of endogenously and reactively depressed patients to eletroconvulsive therapy. The British Journal of Psychiatry, 141: 239-242, 1982.

- Wechsler, H.; Grosser, G.H.; Busfield, B.L.: The depression rating scale: a quantitative approach to the assessment of depressive symptomatology. In Pichot, P.: Les aspects symptomatiques des états dépressifs. Sonderdruck aus Schweizer. Archives der Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 94(2): 392-410, 1964.
- Weissman, M.N.; Klerman, G.L.: Epidemiology of mental disorders. Archives of General Psychiatry, 35: 705-712, 1978.
- West, E.D.; Dally, P.J.: Effect of iproniazid in depressive syndromes. The British Journal of Psychiatry, 1: 1491-1494, 1959.
- Williams, J.B.W.; Spitzer, R.L.: Research diagnostic criteria and DSM-III: an annotated comparison. Archives of General Psychiatry, 39: 1263-1269, 1982.
- Wing, J.K.: A procedure for measuring and classifying "Present Psychiatric State". The British Journal of Psychiatry, 113: 499-515, 1972.
- Wing, J.K.; Cooper, J.E.; Satorius, N.: The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms. Cambridge, Cambridge University Press. 1974.
- Wing, J.K.; Sturt, E.: The PSE-ID-CATEGO System, Supplementary Manual. Medical Research Council, London. 1978.

- Wing, J.K.; Cooper, J.E.; Sartorius, N.: Guide pour un Examen Psychiatrique. Traduit de l'Anglais par Berthier, M.T.; Ledent, A.B.: Pierre Mardaga, Editeur. Bruxelles, 1980.
- Wing, J.k.; Mann, S.A.; Lefk, J.P.; Nixon, J.N.: The concept of a "case" in psychiatric population surveys. In: Pichot, P.; Pull, C.: La Symptomatologie Dépressive: Enregistrement et Évaluation. Editions Spire. Laboratoires Ciba-Geigy. Paris, 1981.
- Winokur, G.; Clayton, P.: Family history studies: I two types of affective disorders separated according to genetic and clinical factors. In: Wortis, J.(Ed.). Recent Advances in Biological Psychiatry. Plenum Publishing. New York, 1967.
- Winokur, G.: Maniac Depressive Illness. C.V. Mosby Company. St. Louis, 1969.
- Winokur, G.; Cadoret, R.; Dorzab, J.: Depressive disease: a genetic study. Archives of General Psychiatry, 24: 135-144, 1971.
- Winokur, G.: Depression spectrum disease: Description and family study. Comprehensive Psychiatry, 13: 3-8, 1972.
- Winokur, G.: Genetics aspects of depression. Proceedings of the American Association of Advancement Sciences, p. 125-237, 1973.
- Winokur, G.: Classification: The bridge over the river. Advance in Biological Psychiatry, 7: 14-25, 1981.

- Woodruff, R.A.; Murphy, G.E.; Herjanic, M.: The natural history of affective disorders: I. Symptoms of 72 patients at the time of index hospital admission. Journal of Psychiatry Research, 5: 255-263, 1967.
- World Health Organization: Report of the International Pilot Study of Schizophrenia. W.H.O. Ed. Genève, 1973.
- World Health Organization: Mental Disorders: glossary and guide to their classification in accordance with the Ninth Revision of the International Classification Disease. W.H.O. Ed. Genève, 1978.
- World Health Organization: International Classification Diseases: Chapter V - Mental and Behavioural Disorders. WHO/MNH/MEP 87.1.Rev.3 - W.H.O Ed. 1989.
- Zerssen, D.V.: Die Diagnostische Sichtloch - Kartei (DiaSIKA) - ein einfaches Instrument zur Standardisierung der Psychiatrischen Diagnostik. In Resumé. Symposium A.M.D.P. Biele, 1980.
- Zimmerman, M.; Coryell, W.; Pfohl, B.: The categorial and dimensional models of endogenous depression. Journal of Affective Disorders, 9: 181-186, 1985.
- Zimmerman, M.; Black, D.W.; Coryell, W.: Diagnostic Criteria for Melancholia: the comparative validity of DSM-III and DSM-III-R. Archives of General Psychiatry. 46: 361-368, 1989.

Zimmerman, M.; Coryell, W.; Black, D.W.: Variability in the application of contemporary diagnostic criteria: Endogenous depression as an exemple. American Journal of Psychiatry, 14(9): 1173-1179, 1990.

Zubin, J.: Biometric assement of mental patient. In Katz, M.M.; Cole, J.O.; Barton, W.E.: Classification in Psychiatry and Psychopathology. pp. 353-376. Washington D.C. Public Health Service Publication, n°1584, 1968.

Zung, W.W.K.: Self-rating depression scale. Archives of General Psychiatry, 12: 63-70, 1965.

## **ANEXO 1**

**Categorias e Árvores de Decisão para os Sistemas Diagnósticos da LICET-D10**

TABELA LICET-D10 PARA O SISTEMA DE NEWCASTLE

ÍNDICE DIAGNÓSTICO

---

ITEM	PESO
10	(+1)
17	(+2)
29	(+1)
41	(+1)
85	(-1)
87	(-1)
54	(+2)
65	(+2)
92	(+2)
116 ou 117	(+1)

ÍNDICE ELETROCHOQUE

---

ITEM	PESO
09	(+3)
13	(-3)
82	(-1)
85	(-2)
86	(-3)
65	(+3)
71	(+2)
77	(-3)
93	(+2)
98	(+1)

## CATEGORIAS DO SISTEMA DE NEWCASTLE INCLUÍDAS NA LICET-D10

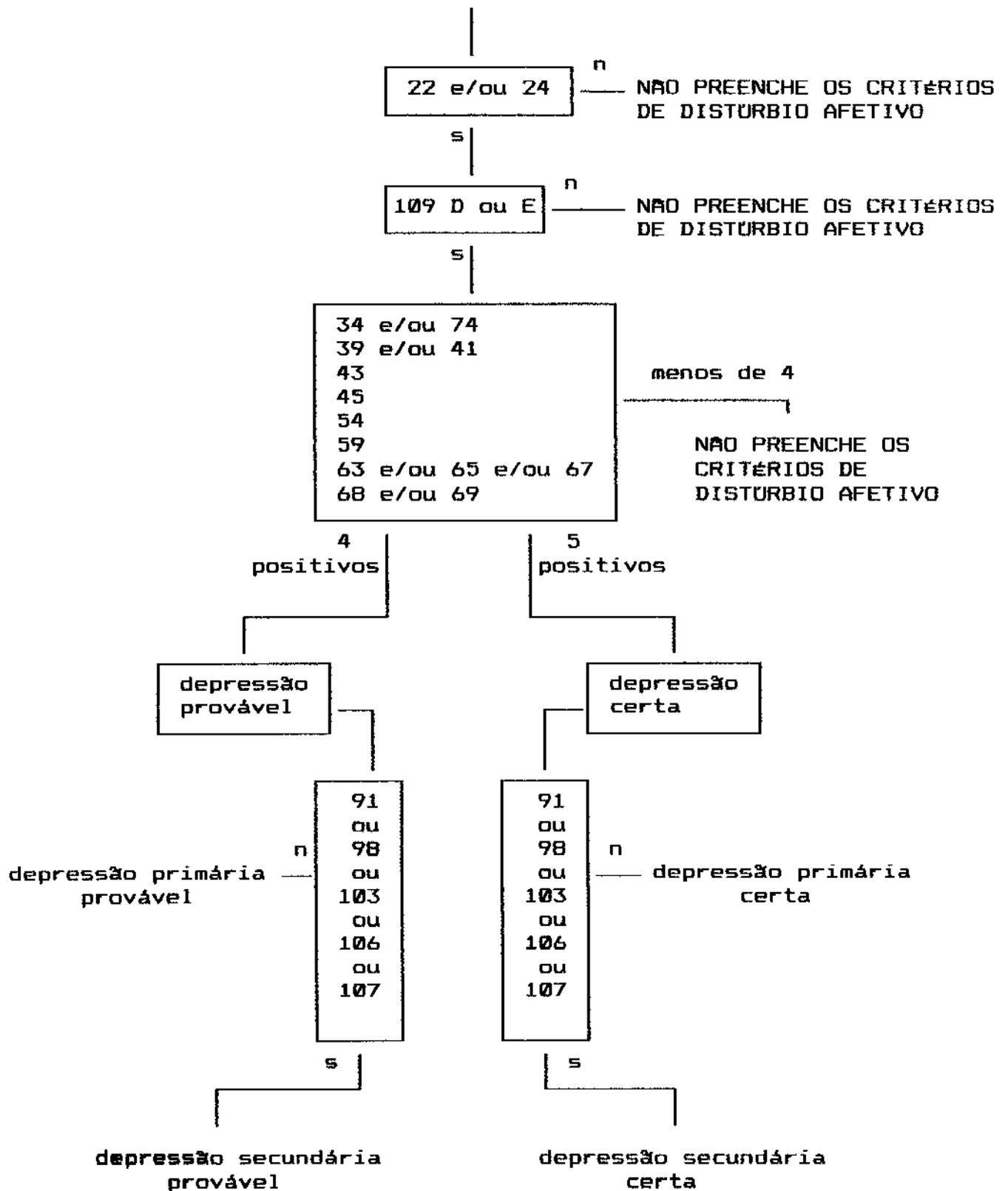
### ÍNDICE DIAGNÓSTICO

1. DEPRESSÃO ENDÓGENA
2. DEPRESSÃO NEURÓTICA

### ÍNDICE DE ELETROCHOQUE

1. SUGESTÃO DE BOA RESPOSTA
2. SUGESTÃO DE MÁ RESPOSTA

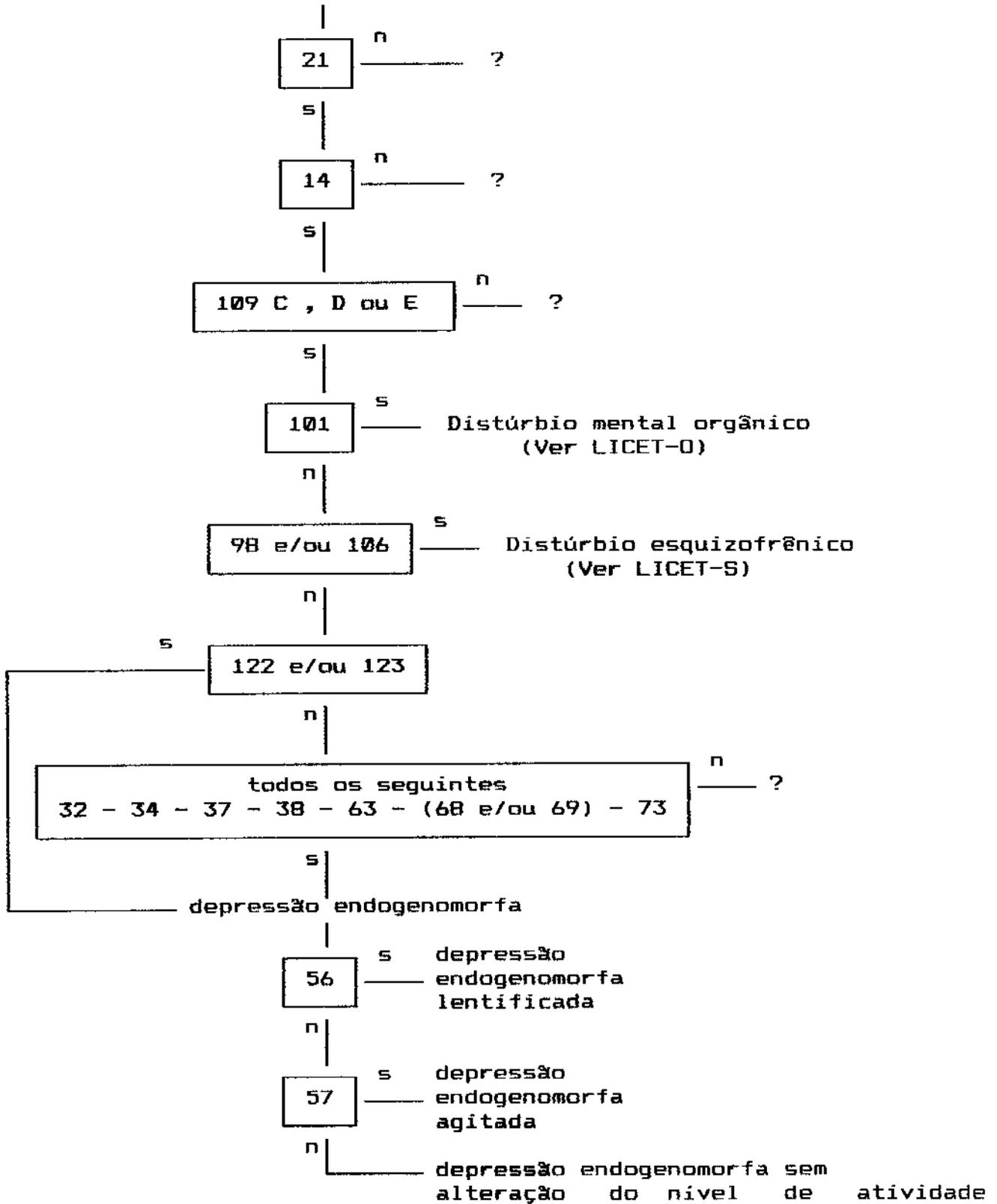
ÁRVORE DE DECISÃO DA LICET-D10  
SISTEMA DE SAINT-LOUIS



CATEGORIAS PARA OS DISTÚRBIOS DEPRESSIVOS DE SAINT-LOUIS  
INCLUÍDAS NA LICET-D10

1. DEPRESSÃO PRIMÁRIA CERTA
2. DEPRESSÃO PRIMÁRIA PROVÁVEL
3. DEPRESSÃO SECUNDÁRIA CERTA
4. DEPRESSÃO SECUNDÁRIA PROVÁVEL

ARVORE DE DECISAO DA LICET-D10  
SISTEMA DE KLEIN



## CATEGORIAS DO SISTEMA DE KLEIN INCLUÍDAS NA LICET-D10

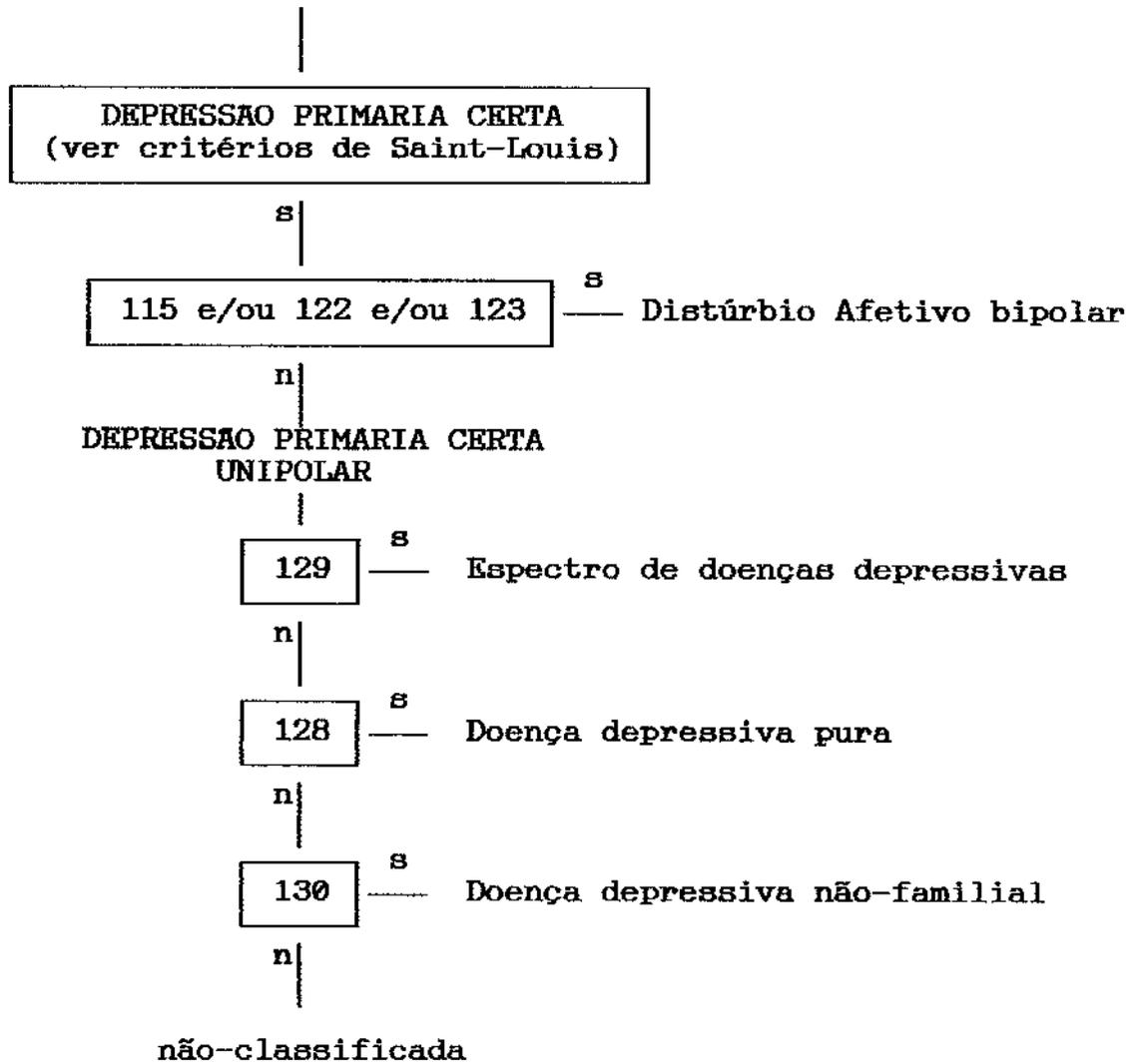
1. DISTÚRBO MENTAL ORGÂNICO
2. DISTÚRBO ESQUIZOFRÊNICO
3. DEPRESSÃO ENDOGENOMORFA LENTIFICADA
4. DEPRESSÃO ENDOGENOMORFA AGITADA
5. DEPRESSÃO ENDOGENOMORFA SEM ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE



## CATEGORIAS DO RDC INCLUÍDAS NA LICET-D10

1. DISTÚRBO DEPRESSIVO MAIOR CERTO
2. DISTÚRBO DEPRESSIVO MAIOR PROVÁVEL
- SUBTIPOS DE DISTÚRBO DEPRESSIVO MAIOR:
  - A. PRIMÁRIA ou SECUNDÁRIA
  - B. RECORRENTE ou NÃO-RECORRENTE
  - C. PSICÓTICA ou NÃO-PSICÓTICA
  - D. INCAPACITANTE ou NÃO-INCAPACITANTE
  - E. AGITADA ou NÃO-AGITADA
  - F. LENTIFICADA ou NÃO-LENTIFICADA
  - G. SITUACIONAL ou NÃO-SITUACIONAL
  - H. SIMPLES ou NÃO-SIMPLES
  - I. ENDÓGENA CERTA OU PROVÁVEL ou NÃO-ENDÓGENA
3. DEPRESSÃO BIPOLAR COM MANIA (I)
4. DEPRESSÃO BIPOLAR COM HIPOMANIA (II)
5. ESTADO MISTO
6. LUTO NÃO-COMPLICADO
7. SÍNDROME DE BRIQUET
8. PERSONALIDADE CICLOTÍMICA
9. DISTÚRBO DEPRESSIVO INTERMITENTE
10. PERSONALIDADE LÁBIL
11. DISTÚRBO DEPRESSIVO MENOR CERTO
12. DISTÚRBO DEPRESSIVO MENOR PROVÁVEL

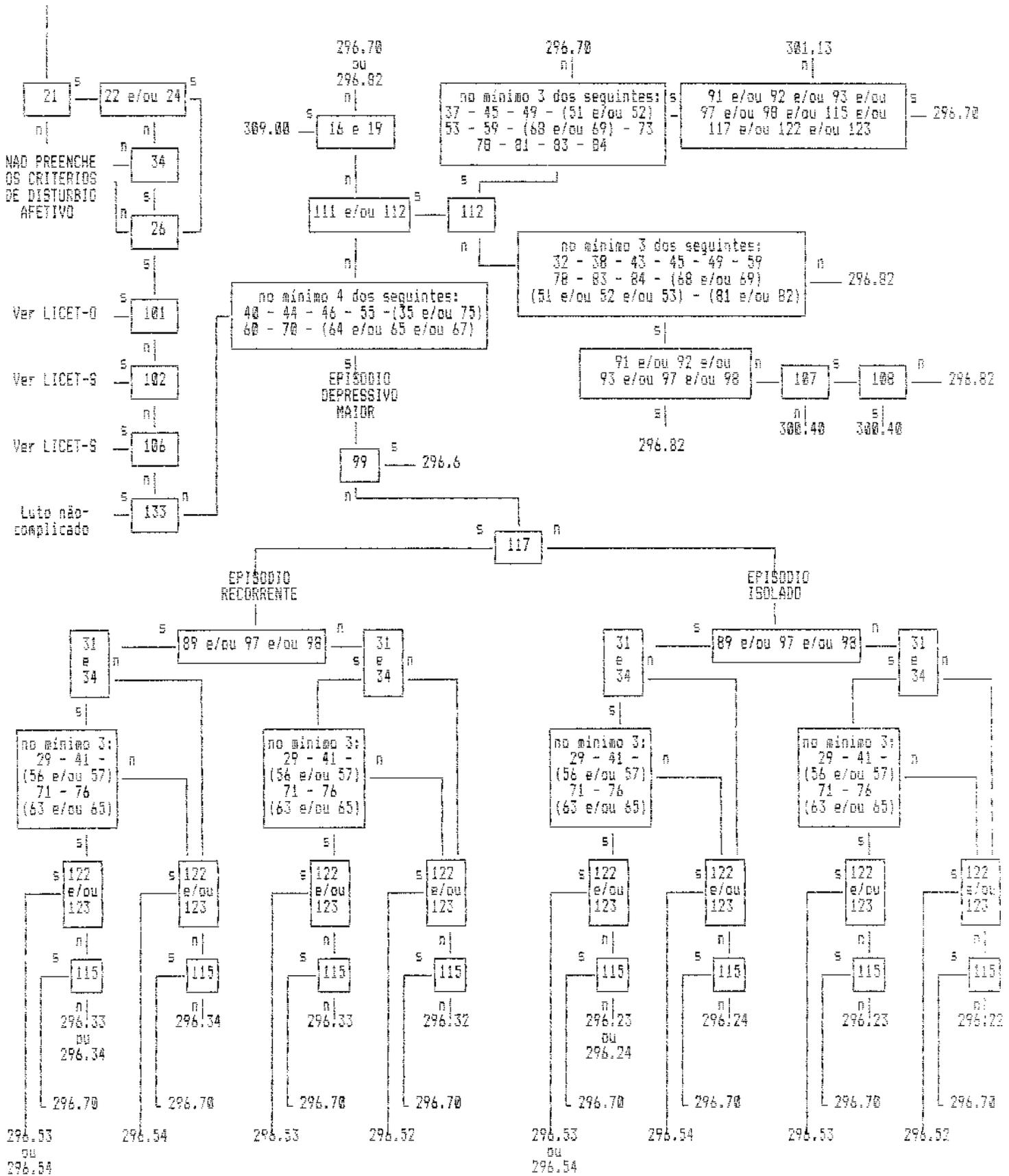
ARVORE DE DECISAO DA LICET-D10  
SISTEMA DE WINOKUR



## CATEGORIAS DO SISTEMA DE WINOKUR INCLUÍDAS NA LICET-D10

1. DISTÚRBO AFETIVO BIPOLAR
2. ESPECTRO DE DOENÇAS DEPRESSIVAS
3. DOENÇA DEPRESSIVA PURA
4. DOENÇA DEPRESSIVA NÃO-FAMILIAL

ARVORE DE DECISAO LICET-D10  
 DISTURBIOS DEPRESSIVOS DO DSM-III

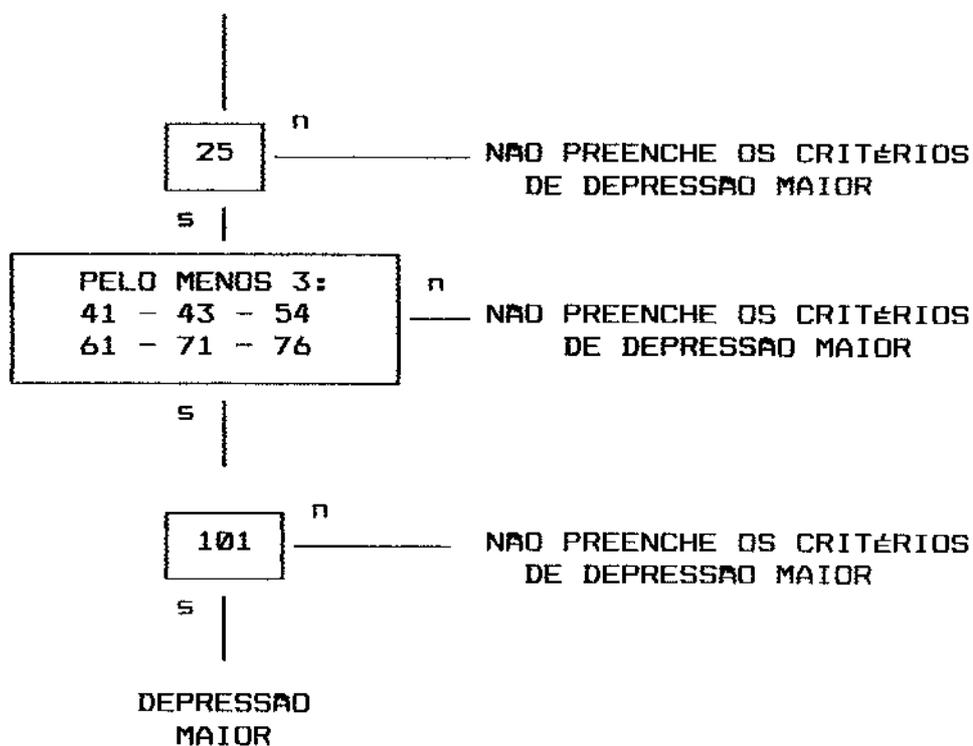


## CATEGORIAS DO DSM-III INCLUÍDAS NA LICET-D10

1. 296.22 DISTÚRBIO DEPRESSIVO MAIOR, EPISÓDIO ÚNICO,  
SEM MELANCOLIA
2. 296.23 DISTÚRBIO DEPRESSIVO MAIOR, EPISÓDIO ÚNICO,  
COM MELANCOLIA
3. 296.24 DISTÚRBIO DEPRESSIVO MAIOR, EPISÓDIO ÚNICO,  
COM QUADRO PSICÓTICO
4. 296.32 DISTÚRBIO DEPRESSIVO MAIOR, RECORRENTE, SEM MELANCOLIA
5. 296.33 DISTÚRBIO DEPRESSIVO MAIOR, RECORRENTE, COM MELANCOLIA
6. 296.34 DISTÚRBIO DEPRESSIVO MAIOR, RECORRENTE, COM QUADRO  
PSICÓTICO
7. 296.52 DISTÚRBIO BIPOLAR DEPRESSIVO, SEM MELANCOLIA
8. 296.53 DISTÚRBIO BIPOLAR DEPRESSIVO, COM MELANCOLIA
9. 296.54 DISTÚRBIO BIPOLAR DEPRESSIVO, COM QUADRO PSICÓTICO
10. 296.6 DISTÚRBIO BIPOLAR MISTO
11. 296.70 DISTÚRBIO BIPOLAR ATÍPICO
12. 296.82 DEPRESSÃO ATÍPICA
13. 300.40 DISTIMIA
14. 301.13 CICLOTIMIA
15. 309.00 DISTÚRBIO DE AJUSTAMENTO COM HUMOR DEPRESSIVO

ARVORE DE DECISAO DA LICET - D10

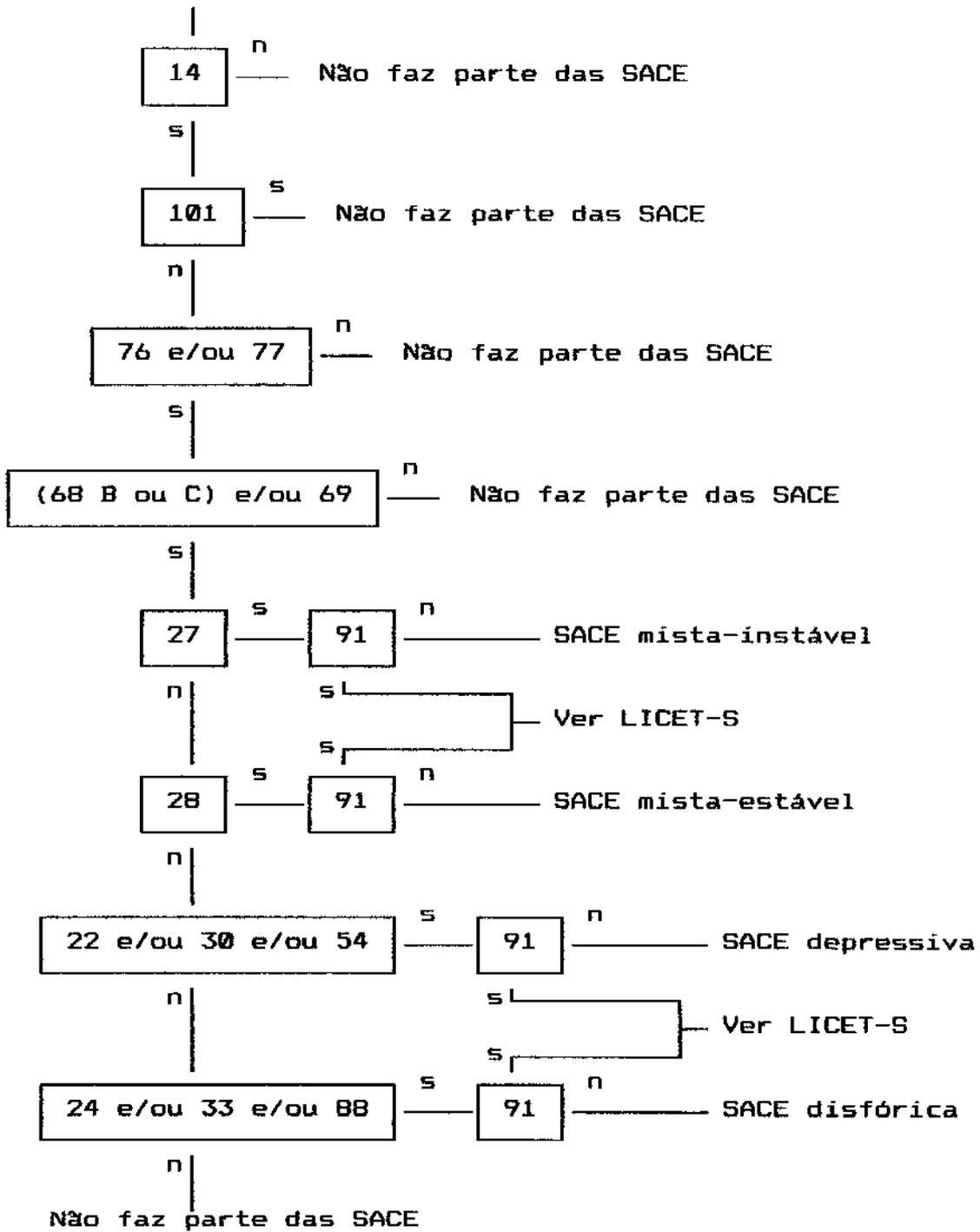
SISTEMA DIAGNOSTICO DE TAYLOR/ABRAMS PARA DEPRESSAO MAIOR



## CATEGORIAS DO SISTEMA DE TAYLOR/ABRAMS INCLUÍDAS NA LICET-D10

- DEPRESSÃO MAIOR

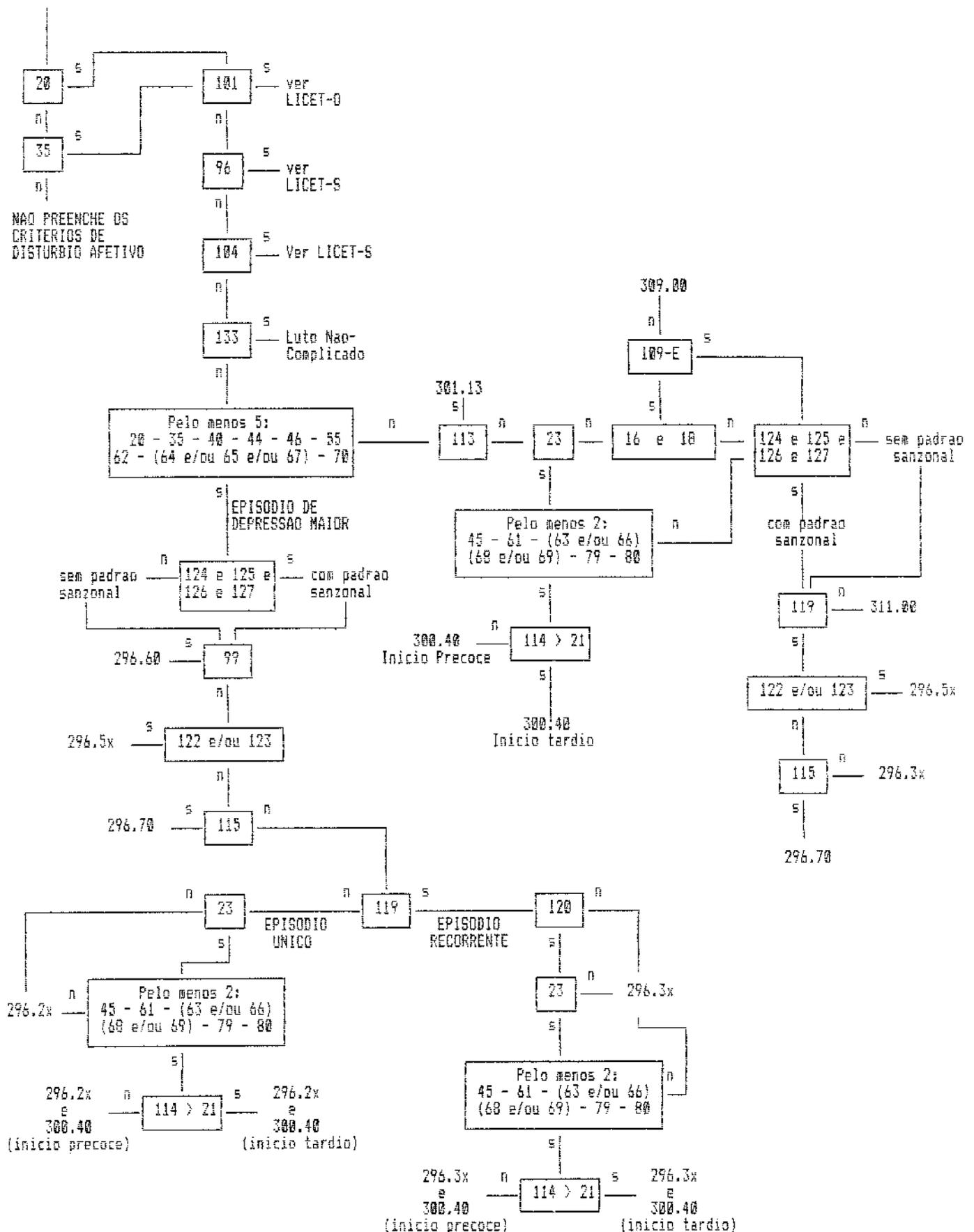
ÁRVORE DE DECISÃO DA LICET-D10  
 SISTEMA DIAGNÓSTICO DE BERNER PARA SACE



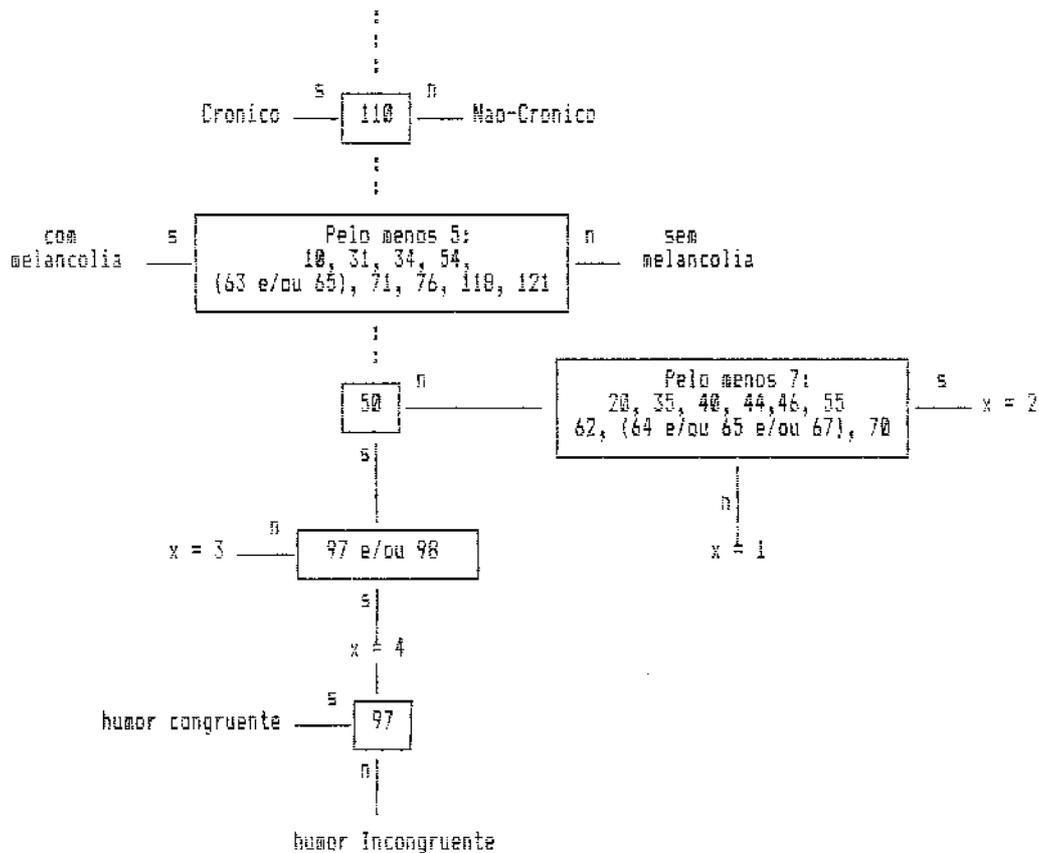
## CATEGORIAS DO SISTEMA DE BERNER INCLUÍDAS NA LICET-D10

1. SACE MISTA-INSTÁVEL
2. SACE MISTA-ESTÁVEL
3. SACE DEPRESSIVA
4. SACE DISFÓRICA

ARVORE DE DECISAO LICET-D10  
 DISTURBIOS DEPRESSIVOS DO DSM-III-R



ARVORE DE DECISAO (DSMIII-R) PARA: 50 digito (x)  
 se crônico  
 se apresenta melancolia



## CATEGORIAS DO DSM-III-R INCLUÍDAS NA LICET-D10

1. 296.21 DISTÚRBIO DEPRESSIVO MAIOR, EPISÓDIO ÚNICO, LEVE
2. 296.22 DISTÚRBIO DEPRESSIVO MAIOR, EPISÓDIO ÚNICO, MODERADO
3. 296.23 DISTÚRBIO DEPRESSIVO MAIOR, EPISÓDIO ÚNICO, GRAVE
4. 296.24 DISTÚRBIO DEPRESSIVO MAIOR, EPISÓDIO ÚNICO, COM QUADRO PSICÓTICO
5. 296.31 DISTÚRBIO DEPRESSIVO MAIOR, RECORRENTE, LEVE
6. 296.32 DISTÚRBIO DEPRESSIVO MAIOR, RECORRENTE, MODERADO
7. 296.33 DISTÚRBIO DEPRESSIVO MAIOR, RECORRENTE, GRAVE
8. 296.34 DISTÚRBIO DEPRESSIVO MAIOR, RECORRENTE, COM QUADRO PSICÓTICO
9. 296.51 DISTÚRBIO BIPOLAR DEPRESSIVO, LEVE
10. 296.52 DISTÚRBIO BIPOLAR DEPRESSIVO, MODERADO
11. 296.53 DISTÚRBIO BIPOLAR DEPRESSIVO, GRAVE
12. 296.54 DISTÚRBIO BIPOLAR DEPRESSIVO, COM QUADRO PSICÓTICO
13. 296.60 DISTÚRBIO BIPOLAR MISTO, SEM ESPECIFICAÇÃO
14. 296.70 DISTÚRBIO BIPOLAR MISTO, SOE
15. 300.40 DISTIMIA
16. 301.13 CICLOTIMIA
17. 309.00 DISTÚRBIO DE AJUSTAMENTO COM HUMOR DEPRESSIVO
18. 311.00 DISTÚRBIO DEPRESSIVO, SOE



## CATEGORIAS DA CID-10 INCLUÍDAS NA LICET-D10

1. F31.30 DISTÚRBO AFETIVO BIPOLAR, EPISÓDIO DEPRESSIVO LEVE OU MODERADO SEM SINTOMAS SOMÁTICOS
2. F31.31 DISTÚRBO AFETIVO BIPOLAR, EPISÓDIO DEPRESSIVO LEVE OU MODERADO COM SINTOMAS SOMÁTICOS
3. F31.4 DISTÚRBO AFETIVO BIPOLAR, EPISÓDIO DEPRESSIVO GRAVE SEM SINTOMAS PSICÓTICOS
4. F31.50 DISTÚRBO AFETIVO BIPOLAR, EPISÓDIO DEPRESSIVO GRAVE COM SINTOMAS PSICÓTICOS HUMOR CONGRUENTE
5. F31.51 DISTÚRBO AFETIVO BIPOLAR, EPISÓDIO DEPRESSIVO GRAVE COM SINTOMAS PSICÓTICOS HUMOR INCONGRUENTE
6. F31.6 DISTÚRBO AFETIVO BIPOLAR, EPISÓDIO MISTO
7. F32.00 EPISÓDIO DEPRESSIVO LEVE SEM SINTOMAS SOMÁTICOS
8. F32.01 EPISÓDIO DEPRESSIVO LEVE COM SINTOMAS SOMÁTICOS
9. F32.10 EPISÓDIO DEPRESSIVO MODERADO SEM SINTOMAS SOMÁTICOS
10. F32.11 EPISÓDIO DEPRESSIVO MODERADO COM SINTOMAS SOMÁTICOS
11. F32.2 EPISÓDIO DEPRESSIVO GRAVE SEM SINTOMAS PSICÓTICOS
12. F32.30 EPISÓDIO DEPRESSIVO GRAVE COM SINTOMAS PSICÓTICOS HUMOR CONGRUENTE
13. F32.31 EPISÓDIO DEPRESSIVO GRAVE COM SINTOMAS PSICÓTICOS HUMOR INCONGRUENTE

- 14. F33.00 EPISÓDIO DEPRESSIVO RECORRENTE LEVE SEM SINTOMAS  
SOMÁTICOS
- 15. F33.01 EPISÓDIO DEPRESSIVO RECORRENTE LEVE COM SINTOMAS  
SOMÁTICOS
- 16. F33.10 EPISÓDIO DEPRESSIVO RECORRENTE MODERADO SEM  
SINTOMAS SOMÁTICOS
- 17. F33.11 EPISÓDIO DEPRESSIVO RECORRENTE MODERADO COM  
SINTOMAS SOMÁTICOS
- 18. F33.2 EPISÓDIO DEPRESSIVO RECORRENTE GRAVE SEM SINTOMAS  
PSICÓTICOS
- 19.F33.30 EPISÓDIO DEPRESSIVO RECORRENTE COM SINTOMAS  
PSICÓTICOS HUMOR CONGRUENTE
- 20.F33.31 EPISÓDIO DEPRESSIVO RECORRENTE COM SINTOMAS  
PSICÓTICOS HUMOR INCONGRUENTE
- 21. F34.0 CICLOTIMIA
- 22. F34.1 DISTIMIA
- 23. F34.8 OUTRO DISTÚRPIO AFETIVO PERSISTENTE
- 24. F43.20 REAÇÃO DEPRESSIVA BREVE
- 25. F43.21 REAÇÃO DEPRESSIVA PROLONGADA
- 26. F39.8 OUTRO DISTÚRPIO AFETIVO

## ANEXO 2

LISTAGEM DO PROGRAMA COMPUTADORIZADO DA LICET-D10

```

10 DIM A(133)
15 COLOR 15, 1
20 CLS
30 KEY OFF
40 '
50 '
60 'APRESENTACAO
70 '
80 '
90 LOCATE 6
95 PRINT
"=====
=====
100 PRINT "          SISTEMA LICET-D10"
105 PRINT
"=====
=====
110 PRINT
120 PRINT : PRINT
130 FOR I = 1 TO 5000: NEXT
140 PRINT "          LISTA INTEGRADA DE CRITERIOS"
150 PRINT : PRINT
160 PRINT "          DE AVALIAAO TAXIONOMICA"
170 PRINT : PRINT
180 PRINT "          PARA AS DEPRESSOES"
190 FOR I = 1 TO 17000: NEXT
200
210 'INSTRUCOES
215 Z$ = "Nao preenche os criterios para disturbio afetivo"
220 CLS
230 AX = 0: V = 0: DISTIMIA = 0
240 LOCATE 10, 12
250 PRINT "          SE 'SIM' TECLE 1"
260 FOR I = 1 TO 6000: NEXT
270 LOCATE 13, 12

```

```

280 PRINT "          SE 'NAO' TECLE 2"
290 FOR I = 1 TO 5000: NEXT
300 CLS
310 '
320 'DIGITACAO DOS DADOS
330 '
340 WIDTH 80
350 PRINT "SISTEMA"
360 PRINT "LICET-D10"
370 FOR I = 1 TO 1000: NEXT I
380 FOR I = 9 TO 133
390 IF I = 9 THEN LOCATE 9, 2: PRINT "09 = ";
400 IF I > 9 AND I < 20 THEN LOCATE I, 1: PRINT I; "= ";
410 IF I > 19 AND I < 39 THEN LOCATE I - 19, 12: PRINT I; "= ";
420 IF I > 38 AND I < 58 THEN LOCATE I - 38, 24: PRINT I; "= ";
430 IF I > 57 AND I < 77 THEN LOCATE I - 57, 36: PRINT I; "= "; CHR$(29);
CHR$(29); CHR$(29);
440 IF I > 76 AND I < 96 THEN LOCATE I - 76, 48: PRINT I; "= ";
450 IF I > 95 AND I < 115 THEN LOCATE I - 95, 60: PRINT I; "= ";
460 IF I > 114 AND I < 134 THEN LOCATE I - 114, 72: PRINT I; "= ";
470 '
480 'ROTINA DO CRITERIO 109
490 IF I <> 109 THEN GOTO 590
500 BEEP
510 LOCATE 23, 20: PRINT "          "
520 LOCATE 23, 10: PRINT "QUESTAO 109 ( A , B , C , D ou E ) ?"
530 AB$ = INPUT$(1)
540 IF AB$ < "A" OR AB$ > "E" THEN GOTO 510
550 LOCATE 14, 67: PRINT AB$
560 LOCATE 23, 10: PRINT "          "
570 GOTO 890
580 '
590 'ROTINA DO CRITERIO 114
600 IF I <> 114 THEN GOTO 680
610 BEEP

```

```

620 LOCATE 23, 20: PRINT "          "
630 LOCATE 23, 10: INPUT "QUESTAO 114 (idade de inicio da doenca) "; A(114)
640 LOCATE 19, 66: PRINT A(114)
650 LOCATE 23, 10: PRINT "          "
660 GOTO 890
670 '
680 A$ = INPUT$(1)
690 A(I) = VAL(A$)
700 PRINT CHR$(29); CHR$(29);
710 PRINT A(I)
720 IF A(I) < 1 OR A(I) > 2 THEN BEEP: GOTO 390
730 '
740 ' ROTINA DO CRITERIO 68
750 IF A(68) = 2 OR I <> 68 THEN GOTO 885
760 MM$ = "QUESTAO 68=1 ("; MN$ = "A/B/C)"
770 FOR Y = 1 TO 3
780 BEEP
790 LOCATE 23, 1: PRINT MM$ + MN$; "          "
800 AC$(Y) = INPUT$(1)
810 IF Y = 1 THEN IF AC$(1) < "A" OR AC$(1) > "C" THEN GOTO 790
820 IF Y > 1 THEN IF AC$(Y) = AC$(Y - 1) OR AC$(Y) = AC$(Y - 2) OR AC$(Y) <>
"A" AND AC$(Y) <> "B" AND AC$(Y) <> "C" AND AC$(Y) <> "N" THEN GOTO 790
830 IF AC$(Y) = "N" THEN Y = 3: GOTO 870
840 W = INSTR(MN$, AC$(Y)): MID$(MN$, W) = " ": MN$ = LEFT$(MN$, 7) + "/"
'N)'
850 LOCATE 11, 42 + Y
860 PRINT AC$(Y)
870 NEXT Y
880 LOCATE 23, 1: PRINT "          "
885 IF AX = 1 THEN GOTO 910
890 NEXT I
900 '
910 'ALTERAR DADOS DIGITADOS
920 LOCATE 23, 1
930 PRINT "OS DADOS DIGITADOS ESTAO CORRETOS? (S/N)"

```

```

940 A$ = INPUT$(1)
950 IF A$ = "S" GOTO 1060
960 IF A$ <> "N" GOTO 940
970 AX = 1
980 LOCATE 23, 1
990 INPUT "QUAL QUESTAO A TROCAR A RESPOSTA? "; I
1000 LOCATE 23, 1
1010 PRINT "                "
1020 LOCATE 23, 1
1030 PRINT "DIGITE A NOVA RESPOSTA DO CRITERIO "; I
1040 IF I = 68 THEN FOR Y = 1 TO 3: AC$(Y) = "": NEXT Y
1050 GOTO 390
1060 '
1070 '
1080 ' DSM-III
1090 '
1100 IF A(21) = 2 THEN M$ = Z$: GOTO 1810
1110 IF A(22) = 1 OR A(24) = 1 THEN GOTO 1130
1120 IF A(34) = 2 THEN M$ = Z$: GOTO 1810
1130 IF A(26) = 2 THEN M$ = Z$: GOTO 1810
1140 IF A(101) = 1 THEN M$ = "Ver LICET-O": GOTO 1810
1150 IF A(102) = 1 OR A(106) = 1 THEN M$ = "Ver LICET-S": GOTO 1810
1160 IF A(133) = 1 THEN M$ = "LUTO NAO-COMPLICADO": GOTO 1810
1170 IF A(35) = 1 OR A(75) = 1 THEN B1 = 1 ELSE B1 = 2
1180 IF A(64) = 1 OR A(65) = 1 OR A(67) = 1 THEN B2 = 1 ELSE B2 = 2
1190 IF A(40) + A(44) + A(46) + A(55) + A(60) + A(70) + B1 + B2 > 12 GOTO 1520
1200 IF A(99) = 1 THEN M$ = "296.6": GOTO 1810
1210 IF A(117) = 2 THEN GOTO 1370
1220 IF A(97) = 2 AND A(89) = 2 AND A(98) = 2 GOTO 1300
1230 X$(1) = "296.53 ou 296.54"
1240 X$(2) = "296.70"
1250 X$(3) = "296.33 ou 296.34"
1260 X$(4) = "296.54"
1270 X$(5) = "296.70"
1280 X$(6) = "296.34"

```

1290 GOTO 1700  
 1300 X\$(1) = "296.53"  
 1310 X\$(2) = "296.70"  
 1320 X\$(3) = "296.33"  
 1330 X\$(4) = "296.52"  
 1340 X\$(5) = "296.70"  
 1350 X\$(6) = "296.32"  
 1360 GOTO 1700  
 1370 IF A(89) = 1 OR A(97) = 1 OR A(98) = 1 GOTO 1450  
 1380 X\$(1) = "296.53"  
 1390 X\$(2) = "296.70"  
 1400 X\$(3) = "296.23"  
 1410 X\$(4) = "296.52"  
 1420 X\$(5) = "296.70"  
 1430 X\$(6) = "296.22"  
 1440 GOTO 1700  
 1450 X\$(1) = "296.53 ou 296.54"  
 1460 X\$(2) = "296.70"  
 1470 X\$(3) = "296.23 ou 296.24"  
 1480 X\$(4) = "296.54"  
 1490 X\$(5) = "296.70"  
 1500 X\$(6) = "296.24"  
 1510 GOTO 1700  
 1520 IF A(111) = 1 OR A(112) = 1 GOTO 1550  
 1530 IF A(16) = 1 AND A(19) = 1 THEN M\$ = "309.00": GOTO 1810  
 1540 M\$ = "296.70 ou 296.82": GOTO 1810  
 1550 IF A(112) = 2 GOTO 1610  
 1560 IF A(51) = 1 OR A(52) = 1 THEN B1 = 1 ELSE B1 = 2  
 1570 IF A(68) = 1 OR A(69) = 1 THEN B2 = 1 ELSE B2 = 2  
 1580 IF A(37) + A(45) + A(49) + A(53) + A(59) + A(73) + A(78) + A(81) + A(83) +  
 A(84) + B1 + B2 > 21 THEN M\$ = "296.70": GOTO 1810  
 1590 IF A(91) = 1 OR A(92) = 1 OR A(93) = 1 OR A(97) = 1 OR A(98) = 1 OR  
 A(115) = 1 OR A(117) = 1 OR A(122) = 1 OR A(123) = 1 THEN M\$ = "296.70":  
 GOTO 1810  
 1600 M\$ = "301.13": GOTO 1810

1610 IF A(68) = 1 OR A(69) = 1 THEN B1 = 1 ELSE B1 = 2  
 1620 IF A(81) = 1 OR A(82) = 1 THEN B2 = 1 ELSE B2 = 2  
 1630 IF A(51) = 1 OR A(52) = 1 OR A(53) = 1 THEN B3 = 1 ELSE B3 = 2  
 1640 IF A(32) + A(38) + A(43) + A(45) + A(49) + A(59) + A(78) + A(83) + A(84) + B1  
 + B2 + B3 > 21 THEN M\$ = "296.82": GOTO 1810  
 1650 IF A(91) = 1 OR A(92) = 1 OR A(93) = 1 OR A(97) = 1 OR A(98) = 1 THEN M\$  
 = " 296.82": GOTO 1810  
 1660 IF A(107) = 2 THEN M\$ = "300.40": GOTO 1810  
 1670 IF A(108) = 1 THEN M\$ = "300.40": GOTO 1810  
 1680 M\$ = "296.82": GOTO 1810  
 1690 '  
 1700 IF A(31) = 2 OR A(34) = 2 THEN GOTO 1770  
 1710 IF A(56) = 1 OR A(57) = 1 THEN B1 = 1 ELSE B1 = 2  
 1720 IF A(63) = 1 OR A(65) = 1 THEN B2 = 1 ELSE B2 = 2  
 1730 IF A(29) + A(41) + A(71) + A(76) + B1 + B2 > 9 THEN GOTO 1770  
 1740 IF A(122) = 1 OR A(123) = 1 THEN M\$ = X\$(1): GOTO 1810  
 1750 IF A(115) = 1 THEN M\$ = X\$(2): GOTO 1810  
 1760 M\$ = X\$(3): GOTO 1810  
 1770 IF A(122) = 1 OR A(123) = 1 THEN M\$ = X\$(4): GOTO 1810  
 1780 IF A(115) = 1 THEN M\$ = X\$(5): GOTO 1810  
 1790 M\$ = X\$(6): GOTO 1810  
 1800 '  
 1810 '  
 1820 ' RDC  
 1830 '  
 1840 IF A(21) = 2 THEN N\$ = Z\$: GOTO 2380  
 1850 IF A(34) = 1 GOTO 1870  
 1860 IF A(22) = 2 AND A(24) = 2 THEN N\$ = Z\$: GOTO 2380  
 1870 IF A(26) = 2 THEN N\$ = Z\$: GOTO 2380  
 1880 IF A(101) = 1 THEN N\$ = "Ver LICET-O": GOTO 2380  
 1890 IF A(91) = 1 OR A(98) = 1 OR A(106) = 1 THEN N\$ = "Ver LICET-S": GOTO  
 2380  
 1900 IF A(133) = 1 THEN N\$ = "LUTO NAO-COMPLICADO": GOTO 2380  
 1910 IF A(14) = 2 GOTO 2260  
 1920 IF A(35) = 1 OR A(75) = 1 THEN B1 = 1 ELSE B1 = 2

1930 IF A(64) = 1 OR A(65) = 1 OR A(67) = 1 THEN B2 = 1 ELSE B2 = 2  
 1940 IF A(40) + A(44) + A(46) + A(55) + A(60) + A(70) + B1 + B2 > 11 GOTO 2190  
 1950 IF AB\$ = "A" OR AB\$ = "B" GOTO 2190  
 1960 N\$ = "DISTURBIO DEPRESSIVO MAIOR CERTO"  
 1970 IF A(122) = 1 OR A(123) = 1 THEN NB\$ = "Depressao Bipolar com Mania (I)":  
 GOTO 2000  
 1980 IF A(115) = 1 THEN NB\$ = "Depressao Bipolar com Hipomania (II)": GOTO  
 2000  
 1990 IF A(99) = 1 THEN NB\$ = "Estado Misto"  
 2000 IF A(103) = 1 OR A(107) = 1 THEN N\$(1) = "Secundaria" ELSE N\$(1) =  
 "Primaria"  
 2010 IF A(116) = 2 AND A(117) = 2 THEN N\$(2) = "Nao-recorrente": GOTO 2030  
 2020 IF A(111) = 2 AND A(115) = 2 AND A(122) = 2 AND A(123) = 2 THEN N\$(2) =  
 "Recorrente" ELSE N\$(2) = "Nao-recorrente"  
 2030 IF A(89) = 1 OR A(97) = 1 THEN N\$(3) = "Psicotica" ELSE N\$(3) = "Nao-  
 psicotica"  
 2040 IF A(48) = 1 THEN N\$(4) = "Incapacitante" ELSE N\$(4) = "Nao-incapacitante"  
 2050 IF A(57) = 1 THEN N\$(5) = "Agitada" ELSE N\$(5) = "Nao-agitada"  
 2060 IF A(56) = 1 THEN N\$(6) = "Lentificada" ELSE N\$(6) = "Nao-lentificada"  
 2070 IF A(16) = 1 THEN N\$(7) = "Situacional" ELSE N\$(7) = "Nao-situacional"  
 2080 IF A(15) = 1 THEN N\$(8) = "Simples" ELSE N\$(8) = "Nao-simples"  
 2090 IF A(29) = 2 AND A(31) = 2 AND A(32) = 2 AND A(76) = 2 THEN N\$(9) =  
 "Nao-endogena": GOTO 2380  
 2100 IF A(34) = 1 OR A(74) = 1 THEN B1 = 1 ELSE B1 = 2  
 2110 FOR Y = 1 TO 3  
 2120 IF AC\$(Y) = "B" OR AC\$(Y) = "C" THEN B2 = 1: GOTO 2150  
 2130 NEXT Y  
 2140 B2 = 2  
 2150 IF A(29) + A(31) + A(32) + A(39) + A(54) + A(63) + A(65) + A(76) + B1 + B2 <  
 15 THEN N\$(9) = "Endogena certa": GOTO 2380  
 2160 IF A(29) + A(31) + A(32) + A(39) + A(54) + A(63) + A(65) + A(76) + B1 + B2 >  
 16 THEN N\$(9) = "Nao-endogena": GOTO 2380  
 2170 N\$(9) = "Endogena provavel": GOTO 2380  
 2180 '  
 2190 IF A(34) = 1 OR A(74) = 1 THEN B1 = 1 ELSE B1 = 2

2200 IF A(63) = 1 OR A(65) = 1 OR A(66) = 1 THEN B2 = 1 ELSE B2 = 2  
 2210 IF A(68) = 1 OR A(69) = 1 THEN B3 = 1 ELSE B3 = 2  
 2220 IF A(39) + A(43) + A(45) + A(54) + A(59) + B1 + B2 + B3 > 12 GOTO 2260  
 2230 IF AB\$ = "A" GOTO 2260  
 2240 N\$ = "DISTURBIO DEPRESSIVO MAIOR PROVAVEL": GOTO 1970  
 2250 '  
 2260 IF A(34) = 1 OR A(74) = 1 THEN B1 = 1 ELSE B1 = 2  
 2270 IF A(63) = 1 OR A(65) = 1 OR A(66) = 1 THEN B2 = 1 ELSE B2 = 2  
 2280 IF A(68) = 1 OR A(69) = 1 THEN B3 = 1 ELSE B3 = 2  
 2290 IF A(24) + A(41) + A(78) + A(81) + A(82) + A(83) + A(86) + A(87) + A(43) +  
 A(45) + A(54) + A(59) + B1 + B2 + B3 > 28 THEN N\$ = "NAO-CLASSIFICADO" :  
 GOTO 2800  
 2300 IF A(132) = 1 THEN N\$ = "SINDROME DE BRIQUET": GOTO 2380  
 2310 IF A(112) = 1 THEN N\$ = "PERSONALIDADE CICLOTIMICA": GOTO 2380  
 2320 IF A(111) = 1 THEN N\$ = "DISTURBIO DEPRESSIVO INTERMITENTE":  
 GOTO 2380  
 2330 IF A(131) = 1 THEN N\$ = "PERSONALIDADE LABIL": GOTO 2380  
 2340 IF A(107) = 1 AND A(108) = 2 THEN N\$ = "NAO CLASSIFICADO": GOTO  
 2380  
 2350 IF AB\$ = "A" THEN N\$ = "NAO CLASSIFICADO": GOTO 2380  
 2360 IF AB\$ = "C" OR AB\$ = "D" OR AB\$ = "E" THEN N\$ = "DISTURBIO  
 DEPRESSIVO MENOR CERTO": GOTO 2380  
 2370 N\$ = "DISTURBIO DEPRESSIVO MENOR PROVAVEL"  
 2380 '  
 2390 ' S LOUIS  
 2400 '  
 2410 IF A(22) = 2 AND A(24) = 2 THEN O\$ = Z\$: GOTO 2530  
 2420 IF AB\$ <> "D" AND AB\$ <> "E" THEN O\$ = Z\$: GOTO 2530  
 2430 IF A(34) = 1 OR A(74) = 1 THEN B1 = 1 ELSE B1 = 2  
 2440 IF A(39) = 1 OR A(41) = 1 THEN B2 = 1 ELSE B2 = 2  
 2450 IF A(63) = 1 OR A(65) = 1 OR A(67) = 1 THEN B3 = 1 ELSE B3 = 2  
 2460 IF A(68) = 1 OR A(69) = 1 THEN B4 = 1 ELSE B4 = 2  
 2470 IF A(43) + A(45) + A(54) + A(59) + B1 + B2 + B3 + B4 > 12 THEN O\$ = Z\$:  
 GOTO 2530  
 2480 IF A(43) + A(45) + A(54) + A(59) + B1 + B2 + B3 + B4 < 12 THEN GOTO 2510

2490 IF A(98) = 1 OR A(91) = 1 OR A(103) = 1 OR A(106) = 1 OR A(107) = 1 THEN  
 O\$ = "DEPRESSAO SECUNDARIA PROVAVEL": GOTO 2530  
 2500 O\$ = "DEPRESSAO PRIMARIA PROVAVEL": GOTO 2530  
 2510 IF A(98) = 1 OR A(91) = 1 OR A(103) = 1 OR A(106) = 1 OR A(107) = 1 THEN  
 O\$ = "DEPRESSAO SECUNDARIA CERTA": GOTO 2530  
 2520 O\$ = "DEPRESSAO PRIMARIA CERTA"  
 2530 '  
 2540 'CID-10  
 2550 '  
 2560 IF A(20) = 2 AND A(38) = 2 AND A(45) = 2 THEN CID10\$ = Z\$: GOTO 3180  
 2570 IF A(101) = 1 THEN CID10\$ = "Ver LICET-O": GOTO 3180  
 2580 IF A(115) = 1 OR A(122) = 1 OR A(123) = 1 THEN IF A(100) = 1 THEN  
 CID10\$ = "F 31.6 Disturbio afetivo bipolar, episodio misto": GOTO 3180  
 2590 IF A(68) = 1 OR A(69) = 1 THEN B1 = 1 ELSE B1 = 2  
 2600 IF A(63) = 1 AND A(65) = 1 THEN B3 = 1 ELSE B3 = 2  
 2610 IF A(66) = 1 OR B3 = 1 THEN B2 = 1 ELSE B2 = 2  
 2620 IF A(39) + A(43) + A(54) + A(59) + A(79) + B1 + B2 > 12 THEN GOTO 3040  
 2630 IF AB\$ = "A" OR AB\$ = "B" THEN GOTO 3040  
 2640 IF (A(20) + A(38) + A(45)) > 4 THEN GOTO 3040  
 2650 IF A(115) = 1 OR A(122) = 1 OR A(123) = 1 THEN GOTO 2930  
 2660 IF A(120) = 1 THEN GOTO 2800  
 2670 IF A(68) = 1 OR A(69) = 1 THEN B1 = 1 ELSE B1 = 2  
 2680 IF A(63) = 1 AND A(65) = 1 THEN B3 = 1 ELSE B3 = 2  
 2690 IF A(66) = 1 OR B3 = 1 THEN B2 = 1 ELSE B2 = 2  
 2700 IF A(39) + A(43) + A(54) + A(59) + A(79) + B1 + B2 > 11 THEN GOTO 2780  
 2710 IF A(20) = 1 AND A(38) = 1 AND A(45) = 1 THEN GOTO 2740  
 2720 IF A(31) + A(38) + A(54) + A(63) + A(65) + A(71) + A(72) + A(76) > 12 THEN  
 CID10\$ = "F 32.10 Ep. depressivo moderado sem sintomas somaticos" ELSE  
 CID10\$ = "F32.11 Ep. depressivo moderado com sintomas somaticos"  
 2730 GOTO 3180  
 2740 IF A(89) = 2 AND A(97) = 2 AND A(98) = 2 THEN CID10\$ = "F 32.2 Ep.  
 depressivo GRAVE sem sintomas psicoticos": GOTO 3180  
 2750 IF A(94) = 1 OR A(95) = 1 OR A(105) = 1 THEN CID10\$ = "Ver LICET-S":  
 GOTO 3180

2760 IF A(89) = 2 AND A(97) = 2 THEN CID10\$ = "F 32.31 Ep. depressivo GRAVE  
 c/ SPH incongruente" ELSE CID10\$ = "F 32.30 Ep. depressivo GRAVE c/ SPH  
 congruente"

2770 GOTO 3180

2780 IF (A(31) + A(38) + A(54) + A(63) + A(65) + A(71) + A(72) + A(76)) > 12 THEN  
 CID10\$ = "F 32.00 Ep. depressivo leve sem sintomas somaticos" ELSE CID10\$ =  
 "F32.01 Ep. depressivo leve com sintomas somaticos"

2790 GOTO 3180

2800 IF A(68) = 1 OR A(69) = 1 THEN B1 = 1 ELSE B1 = 2

2810 IF A(63) = 1 AND A(65) = 1 THEN B3 = 1 ELSE B3 = 2

2820 IF A(66) = 1 OR B3 = 1 THEN B2 = 1 ELSE B2 = 2

2830 IF A(39) + A(43) + A(54) + A(59) + A(79) + B1 + B2 > 11 THEN GOTO 2910

2840 IF A(20) = 1 AND A(38) = 1 AND A(45) = 1 THEN GOTO 2870

2850 IF (A(31) + A(38) + A(54) + A(63) + A(65) + A(71) + A(72) + A(76)) > 12 THEN  
 CID10\$ = "F 33.10 Ep. depressivo recorrente moderado sem sintomas somaticos"  
 ELSE CID10\$ = "F33.11 Ep. depressivo recorrente moderado com sintomas  
 somaticos"

2860 GOTO 3180

2870 IF A(89) = 2 AND A(97) = 2 AND A(98) = 2 THEN CID10\$ = "F 33.2 Ep.  
 depressivo recorrente GRAVE s/ sintomas psicoticos"; GOTO 3180

2880 IF A(94) = 1 OR A(95) = 1 OR A(105) = 1 THEN CID10\$ = "Var LICET-S":  
 GOTO 3180

2890 IF A(89) = 2 AND A(97) = 2 THEN CID10\$ = "F 33.31 Ep. depressivo  
 recorrente GRAVE c/ SPH incongruente" ELSE CID10\$ = "F 33.30 Ep. depressivo  
 GRAVE recorrente c/ SPH congruente"

2900 GOTO 3180

2910 IF A(31) + A(38) + A(54) + A(63) + A(65) + A(71) + A(72) + A(76) > 12 THEN  
 CID10\$ = "F 33.00 Ep. depressivo recorrente leve sem sintomas somaticos" ELSE  
 CID10\$ = "F33.01 Ep. depressivo recorrente leve com sintomas somaticos"

2920 GOTO 3180

2930 IF A(20) = 2 OR A(38) = 2 OR A(45) = 2 THEN GOTO 3020

2940 IF A(68) = 1 OR A(69) = 1 THEN B1 = 1 ELSE B1 = 2

2950 IF A(63) = 1 AND A(65) = 1 THEN B3 = 1 ELSE B3 = 2

2960 IF A(66) = 1 OR B3 = 1 THEN B2 = 1 ELSE B2 = 2

2970 IF A(39) + A(43) + A(54) + A(59) + A(79) + B1 + B2 > 11 THEN GOTO 3020

2980 IF A(89) = 2 AND A(97) = 2 AND A(98) = 2 THEN CID10\$ = "F 31.4 Dist Bipolar, Ep. depressivo GRAVE s/ sintomas psicoticos": GOTO 3180

2990 IF A(94) = 1 OR A(95) = 1 OR A(105) = 1 THEN CID10\$ = "Ver LICET-S":  
GOTO 3180

3000 IF A(89) = 2 AND A(97) = 2 THEN CID10\$ = "F 31.51 Dist Bipolar, Ep depressivo GRAVE c/ SPH incongruente" ELSE CID10\$ = "F 31.50 Dist Bipolar, Ep depressivo GRAVE c/ SPH congruente"

3010 GOTO 3180

3020 IF (A(31) + A(38) + A(54) + A(63) + A(65) + A(71) + A(72) + A(76)) > 12 THEN  
CID10\$ = "F 31.30 Dist Bipolar, Ep dep leve ou moderado s/ sint somaticos" ELSE  
CID10\$ = "F31.31 Dist Bipolar, Ep dep leve ou moderado c/ sint somaticos"

3030 GOTO 3180

3040 IF A(112) = 2 GOTO 3090

3050 IF A(45) = 1 OR A(49) = 1 THEN B1 = 1 ELSE B1 = 2

3060 IF A(38) = 1 OR A(73) = 1 THEN B2 = 1 ELSE B2 = 2

3070 IF A(42) + A(52) + A(58) + A(68) + A(81) + A(84) + B1 + B2 > 13 THEN  
CID10\$ = "F 34.8 Outro disturbio afetivo persistente" ELSE CID10\$ = "F 34.0  
Ciclotimia"

3080 GOTO 3180

3090 IF A(111) = 2 GOTO 3150

3100 IF A(115) = 1 OR A(120) = 1 OR A(122) = 1 OR A(123) = 1 THEN CID10\$ = "F  
34.8 Outro disturbio afetivo persistente": GOTO 3180

3110 IF A(45) = 1 OR A(49) = 1 THEN B1 = 1 ELSE B1 = 2

3120 IF A(38) = 1 OR A(73) = 1 THEN B2 = 1 ELSE B2 = 2

3130 IF A(42) + A(47) + A(58) + A(68) + A(80) + A(81) + A(83) + B1 + B2 > 15  
THEN CID10\$ = "F 34.8 Outro disturbio afetivo persistente" ELSE CID10\$ = "F 34.1  
Distimia"

3140 GOTO 3180

3150 IF A(18) = 2 THEN CID10\$ = "F 38.8 Outro disturbio afetivo": GOTO 3180

3160 IF AB\$ = "D" OR AB\$ = "E" THEN CID10\$ = "F 43.21 Reacao depressiva  
prolongada": GOTO 3180

3170 CID10\$ = "F 43.20 Reacao depressiva breve"

3180 '

3190 'KLEIN

3200 '

```

3210 IF A(21) = 2 THEN P$ = "?": GOTO 3320
3220 IF A(14) = 2 THEN P$ = "?": GOTO 3320
3230 IF AB$ = "A" OR AB$ = "B" THEN P$ = "?": GOTO 3320
3240 IF A(101) = 1 THEN P$ = "DISTURBIO MENTAL ORGANICO (Ver LICET-O)":
GOTO 3320
3250 IF A(98) = 1 OR A(106) = 1 THEN P$ = "DISTURBIO ESQUIZOFRENICO
(Ver LICET-S)": GOTO 3320
3260 IF A(122) = 1 OR A(123) = 1 THEN GOTO 3290
3270 IF A(68) = 2 AND A(69) = 2 THEN GOTO 3290
3280 IF A(32) = 2 OR A(34) = 2 OR A(37) = 2 OR A(38) = 2 OR A(63) = 2 OR A(73)
= 2 THEN P$ = "?": GOTO 3320
3290 IF A(56) = 1 THEN P$ = "DEPRESSAO ENDOGENOMORFA
LENTIFICADA": GOTO 3320
3300 IF A(57) = 1 THEN P$ = "DEPRESSAO ENDOGENOMORFA AGITADA":
GOTO 3320
3310 P$ = "DEPRESSAO ENDOGENOMORFA SEM ALTERAçAO DO NIVEL DE
ATIVIDADE"
3320 '
3330 'BERNER
3340 '
3350 IF A(14) = 2 THEN Q$ = "NAO FAZ PARTE DAS SACE": GOTO 3550
3360 IF A(101) = 1 THEN Q$ = "NAO FAZ PARTE DAS SACE": GOTO 3550
3370 IF A(76) = 2 AND A(77) = 2 THEN Q$ = "NAO FAZ PARTE DAS SACE":
GOTO 3550
3380 IF A(69) = 1 THEN GOTO 3430
3390 FOR Y = 1 TO 3
3400 IF AC$(Y) = "B" OR AC$(Y) = "C" THEN GOTO 3430
3410 NEXT Y
3420 Q$ = "NAO FAZ PARTE DAS SACE": GOTO 3550
3430 IF A(27) = 2 THEN GOTO 3460
3440 IF A(91) = 2 THEN Q$ = "SACE MISTA-INSTAVEL": GOTO 3550
3450 Q$ = "Ver LICET-S": GOTO 3550
3460 IF A(28) = 2 THEN GOTO 3490
3470 IF A(91) = 2 THEN Q$ = "SACE MISTA-ESTAVEL": GOTO 3550
3480 Q$ = "Ver LICET-S": GOTO 3550

```

3490 IF A(22) = 2 AND A(30) = 2 AND A(54) = 2 THEN GOTO 3520  
3500 IF A(91) = 2 THEN Q\$ = "SACE DEPRESSIVA": GOTO 3550  
3510 Q\$ = "Ver LICET-S": GOTO 3550  
3520 IF A(24) = 2 AND A(33) = 2 AND A(45) = 2 THEN Q\$ = "NAO FAZ PARTE  
DAS SACE": GOTO 3550  
3530 IF A(91) = 2 THEN Q\$ = "SACE DISFORICA": GOTO 3550  
3540 Q\$ = "Ver LICET-S"  
3550 '  
3560 'WINOKUR  
3570 '  
3580 IF O\$ <> "DEPRESSAO PRIMARIA CERTA" THEN GOTO 3630  
3590 IF A(122) = 1 OR A(123) = 1 OR A(115) = 1 THEN R\$ = "DISTURBIO  
AFETIVO BIPOLAR": GOTO 3640  
3600 IF A(129) = 1 THEN R\$ = "ESPECTRO DE DOENCAS DEPRESSIVAS":  
GOTO 3640  
3610 IF A(128) = 1 THEN R\$ = "DOENCA DEPRESSIVA PURA": GOTO 3640  
3620 IF A(130) = 1 THEN R\$ = "DOENCA DEPRESSIVA NAO-FAMILIAL": GOTO  
3640  
3630 R\$ = "NAO CLASSIFICADA"  
3640 '  
3650 'NEWCASTLE  
3660 '  
3670 IF A(10) = 1 THEN B1 = 1 ELSE B1 = 0  
3680 IF A(17) = 1 THEN B2 = 2 ELSE B2 = 0  
3690 IF A(29) = 1 THEN B3 = 1 ELSE B3 = 0  
3700 IF A(41) = 1 THEN B4 = 1 ELSE B4 = 0  
3710 IF A(85) = 1 THEN B5 = -1 ELSE B5 = 0  
3720 IF A(87) = 1 THEN B6 = -1 ELSE B6 = 0  
3730 IF A(54) = 1 THEN B7 = 2 ELSE B7 = 0  
3740 IF A(92) = 1 THEN B8 = 2 ELSE B8 = 0  
3750 IF A(65) = 1 THEN B9 = 2 ELSE B9 = 0  
3760 IF A(116) = 1 OR A(117) = 1 THEN C1 = 1 ELSE C1 = 0  
3770 IF B1 + B2 + B3 + B4 + B5 + B6 + B7 + B8 + B9 + C1 > 5 THEN S\$ =  
"DEPRESSAO ENDOGENA" ELSE S\$ = "DEPRESSAO NEUROTICA"  
3780 IF A(9) = 1 THEN B1 = 3 ELSE B1 = 0

```

3790 IF A(13) = 1 THEN B2 = -3 ELSE B2 = 0
3800 IF A(82) = 1 THEN B3 = -1 ELSE B3 = 0
3810 IF A(85) = 1 THEN B4 = -2 ELSE B4 = 0
3820 IF A(86) = 1 THEN B5 = -3 ELSE B5 = 0
3830 IF A(65) = 1 THEN B6 = 3 ELSE B6 = 0
3840 IF A(71) = 1 THEN B7 = 2 ELSE B7 = 0
3850 IF A(77) = 1 THEN B8 = -3 ELSE B8 = 0
3860 IF A(93) = 1 THEN B9 = 2 ELSE B9 = 0
3870 IF A(98) = 1 THEN C1 = 1 ELSE C1 = 0
3880 IF B1 + B2 + B3 + B4 + B5 + B6 + B7 + B8 + B9 + C1 > 0 THEN T$ =
"SUGESTAO DE BOA RESPOSTA" ELSE T$ = "SUGESTAO DE MA
RESPOSTA"
3890 '
3900 '
3910 ' TAYLOR/ABRAMS
3920 '
3930 IF A(25) = 2 OR A(101) = 1 THEN TAYLOR$ = Z$: GOTO 3960
3940 IF A(41) + A(43) + A(54) + A(61) + A(71) + A(76) > 9 THEN TAYLOR$ = Z$:
GOTO 3960
3950 TAYLOR$ = "DEPRESSAO MAIOR"
3960 '
3970 ' DSM-III-R
3980 '
3990 IF A(20) = 1 THEN GOTO 4010
4000 IF A(35) = 2 THEN DSMIIIIR$ = Z$: GOTO 4560
4010 IF A(101) = 1 THEN DSMIIIIR$ = "Ver LICET-O": GOTO 4560
4020 IF A(96) = 1 THEN DSMIIIIR$ = "Ver LICET-S": GOTO 4560
4030 IF A(104) = 1 THEN DSMIIIIR$ = "Ver LICET-S": GOTO 4560
4040 IF A(133) = 1 THEN DSMIIIIR$ = "Luto Nao-complicado": GOTO 4560
4050 IF A(64) = 1 OR A(65) = 1 OR A(67) = 1 THEN B1 = 1 ELSE B1 = 2
4060 IF A(20) + A(35) + A(40) + A(44) + A(46) + A(55) + A(62) + A(70) + B1 > 13
THEN GOTO 4280
4070 IF A(124) = 1 AND A(125) = 1 AND A(126) = 1 AND A(127) = 1 THEN PZ$ =
"com padrao sanzonal" ELSE PZ$ = "sem padrao sanzonal"
4080 IF A(99) = 1 THEN DSMIIIIR$ = "296.60": GOTO 4560

```

4090 IF A(122) = 1 OR A(123) = 1 THEN DSMIIIR\$ = "296.5": GOTO 4450  
 4100 IF A(115) = 1 THEN DSMIIIR\$ = "296.70": GOTO 4560  
 4110 IF A(119) = 1 THEN GOTO 4190  
 4120 DSMIIIR\$ = "296.2"  
 4130 IF A(23) = 2 THEN GOTO 4450  
 4140 IF A(63) = 1 OR A(66) = 1 THEN B1 = 1 ELSE B1 = 2  
 4150 IF A(68) = 1 OR A(69) = 1 THEN B2 = 1 ELSE B2 = 2  
 4160 IF A(45) + A(61) + A(79) + A(80) + B1 + B2 > 10 THEN GOTO 4450  
 4170 IF A(114) > 21 THEN DISTIMIA = 2: GOTO 4450  
 4180 DISTIMA = 1: GOTO 4450  
 4190 ' episodio recorrente  
 4200 DSMIIIR\$ = "296.3"  
 4210 IF A(120) = 2 THEN GOTO 4450  
 4220 IF A(23) = 2 THEN GOTO 4450  
 4230 IF A(63) = 1 OR A(66) = 1 THEN B1 = 1 ELSE B1 = 2  
 4240 IF A(68) = 1 OR A(69) = 1 THEN B2 = 1 ELSE B2 = 2  
 4250 IF A(45) + A(61) + A(79) + A(80) + B1 + B2 > 10 THEN GOTO 4450  
 4260 IF A(114) > 21 THEN DISTIMIA = 2: GOTO 4450  
 4270 DISTIMA = 1: GOTO 4450  
 4280 ' nao preenche os criterios para ep. depressivo maior  
 4290 IF A(113) = 1 THEN DSMIIIR\$ = "301.13": GOTO 4560  
 4300 IF A(23) = 2 THEN GOTO 4360  
 4310 IF A(63) = 1 OR A(66) = 1 THEN B1 = 1 ELSE B1 = 2  
 4320 IF A(68) = 1 OR A(69) = 1 THEN B2 = 1 ELSE B2 = 2  
 4330 IF A(45) + A(61) + A(79) + A(80) + B1 + B2 > 10 THEN GOTO 4390  
 4340 IF A(114) > 21 THEN DSMIIIR\$ = "300.40 (inicio tardio)": GOTO 4560  
 4350 DSMIIIR\$ = "300.40 (inicio precoce)": GOTO 4560  
 4360 IF A(16) = 2 OR A(18) = 2 THEN GOTO 4390  
 4370 IF AB\$ = "E" THEN GOTO 4390  
 4380 DSMIIIR\$ = "309.00": GOTO 4560  
 4390 IF A(124) = 1 AND A(125) = 1 AND A(126) = 1 AND A(127) = 1 THEN PZ\$ =  
 "com padrao sanzonal" ELSE PZ\$ = "sem padrao sanzonal"  
 4400 IF A(119) = 2 THEN DSMIIIR\$ = "311.00": GOTO 4560  
 4410 IF A(122) = 1 OR A(123) = 1 THEN DSMIIIR\$ = "296.5": GOTO 4450  
 4430 IF A(115) = 2 THEN DSMIIIR\$ = "296.3": GOTO 4450

```

4440 DSMIIIR$ = "296.70": V = 1: GOTO 4560
4450 IF A(110) = 1 THEN CR$ = "Cronico" ELSE CR$ = "nao Cronico"
4460 IF A(63) = 1 OR A(65) = 1 THEN B1 = 1 ELSE B1 = 2
4470 IF A(10) + A(31) + A(34) + A(54) + A(71) + A(76) + A(118) + A(121) + B1 > 13
THEN MC$ = "sem Melancolia" ELSE MC$ = "com Melancolia"
4480 IF A(50) = 1 THEN GOTO 4510
4490 IF A(64) = 1 OR A(65) = 1 OR A(67) = 1 THEN B1 = 1 ELSE B1 = 2
4500 IF A(20) + A(35) + A(40) + A(44) + A(46) + A(55) + A(62) + A(70) + B1 > 11
THEN DSMIIIR$ = DSMIIIR$ + "1" ELSE DSMIIIR$ = DSMIIIR$ + "2": GOTO 4540
4510 IF A(97) = 2 AND A(98) = 2 THEN DSMIIIR$ = DSMIIIR$ + "3": GOTO 4540
4520 DSMIIIR$ = DSMIIIR$ + "4"
4530 IF A(97) = 1 THEN HUMOR$ = "humor congruente" ELSE HUMOR$ =
"humor incongruente"
4540 IF DISTIMIA = 1 THEN DSMIIIR$ = DSMIIIR$ + " + 300.40 (inicio precoce)"
4550 IF DISTIMIA = 2 THEN DSMIIIR$ = DSMIIIR$ + " + 300.40 (inicio tardio)"
4560 '
4570 '
4580 'APRESENTACAO DOS DIAGNOSTICOS
4590 '
4600 CLS
4610 PRINT "          DIAGNOSTICOS"
4620 PRINT : PRINT
4630 PRINT "CID - 10 : "; CID10$
4640 PRINT
4650 PRINT "DSM-III-R : "; DSMIIIR$; " ";
4660 IF DSMIIIR$ = "301.13" OR DSMIIIR$ = "300.40 (inicio tardio)" OR DSMIIIR$ =
"300.40 (inicio precoce)" OR DSMIIIR$ = "309.00" OR DSMIIIR$ = Z$ OR A(101) = 1
OR A(96) = 1 OR A(104) = 1 OR A(133) = 1 THEN GOTO 4710
4670 PRINT PZ$
4680 IF DSMIIIR$ = "311.00" OR V = 1 THEN GOTO 4710
4690 PRINT "          episodio "; CR$; " , "; MC$
4700 IF A(97) = 1 OR A(98) = 1 THEN PRINT "          com sintomas psicoticos ";
HUMOR$
4710 PRINT
4720 PRINT "DSM-III : "; M$

```

```

4730 PRINT
4740 PRINT "RDC : "; N$
4750 IF N$ <> "DISTURBIO DEPRESSIVO MAIOR CERTO" AND N$ <>
"DISTURBIO DEPRESSIVO MAIOR PROVAVEL" THEN GOTO 4800
4760 IF A(122) = 1 OR A(123) = 1 OR A(115) = 1 OR A(99) = 1 THEN PRINT " ";
NB$
4770 PRINT " "; N$(1); " "; N$(2); " "; N$(3)
4780 PRINT " "; N$(4); " "; N$(5); " "; N$(6)
4790 PRINT " "; N$(7); " "; N$(8); " "; N$(9)
4800 PRINT
4810 PRINT "TAYLOR : "; TAYLOR$
4820 PRINT "SAINT LOUIS : "; O$
4830 PRINT "WINOKUR : "; R$
4840 PRINT "KLEIN : "; P$
4850 PRINT "BERNER : "; Q$
4860 PRINT "NEWCASTLE : "; S$
4870 PRINT "ECT : "; T$
4871 ' GRUPO CONCORDANTE
4872 IF LEFT$(M$, 5) = "296.2" OR LEFT$(M$, 5) = "296.3" THEN IF LEFT$(N$,
26) = "DISTURBIO DEPRESSIVO MAIOR" THEN IF LEFT$(O$, 18) =
"DEPRESSAO PRIMARIA" THEN IF S$ = "DEPRESSAO ENDOGENA" THEN IF
LEFT$(P$, 23) = "DEPRESSAO ENDOGENOMORFA" THEN IF R$
= "DOENCA DEPRESSIVA PURA" THEN IF Q$ = "SACE DEPRESSIVA" THEN
IF LEFT$(CID10$, 4) = "F 31" OR LEFT$(CID10$, 4) = "F 32" OR LEFT$(CID10$, 4)
= "F 33" THEN IF LEFT$(DSMIIIR$, 5) = "296.2" OR LEFT$(DSMIIIR$, 5) = "296.3"
THEN IF TAYLOR$ = "DEPRESSAO MAIOR" THEN GRUPOCONCORDANTE$ =
"GRUPO CONCORDANTE": GOTO 4876
4875 GOTO 4880
4876 PRINT GRUPOCONCORDANTE$
4880 LOCATE 22, 50
4890 PRINT " Imprimir (S/N)"
4900 A$ = INPUT$(1)
4910 IF A$ = "N" THEN GOTO 5220
4920 IF A$ <> "S" THEN GOTO 4900
4930 LPRINT "          DIAGNOSTICOS"

```

```

4940 LPRINT : PRINT
4950 LPRINT "CID - 10 : "; CID10$
4960 LPRINT
4970 LPRINT "DSM-III-R : "; DSMIIIR$; " ";
4980 IF DSMIIIR$ = "301.13" OR DSMIIIR$ = "300.40 (inicio tardio)" OR DSMIIIR$ =
"300.40 (inicio precoce)" OR DSMIIIR$ = "309.00" OR DSMIIIR$ = Z$ OR A(101) = 1
OR A(96) = 1 OR A(104) = 1 OR A(133) = 1 THEN GOTO 5030
4990 LPRINT PZ$
5000 IF DSMIIIR$ = "311.00" OR V = 1 THEN GOTO 5030
5010 LPRINT "      episodio "; CR$; " , "; MC$
5020 IF A(97) = 1 OR A(98) = 1 THEN LPRINT "      oom sintomas psicoticos ";
HUMOR$
5030 LPRINT
5040 LPRINT "DSM-III : "; M$
5050 LPRINT
5060 LPRINT "RDC : "; N$
5070 IF N$ <> "DISTURBIO DEPRESSIVO MAIOR CERTO" AND N$ <>
"DISTURBIO DEPRESSIVO MAIOR PROVAVEL" THEN GOTO 5120
5080 IF A(122) = 1 OR A(123) = 1 OR A(115) = 1 OR A(99) = 1 THEN LPRINT "
"; NB$
5090 LPRINT "      "; N$(1); " "; N$(2); " "; N$(3)
5100 LPRINT "      "; N$(4); " "; N$(5); " "; N$(6)
5110 LPRINT "      "; N$(7); " "; N$(8); " "; N$(9)
5120 LPRINT
5130 LPRINT "TAYLOR : "; TAYLOR$
5140 LPRINT "SAINT LOUIS : "; O$
5150 LPRINT "WINOKUR : "; R$
5160 LPRINT "KLEIN : "; P$
5170 LPRINT "BERNER : "; Q$
5180 LPRINT "NEWCATLE : "; S$
5190 LPRINT "      ECT : "; T$
5195 LPRINT GRUPOCONCORDANTE$
5200 FOR I = 1 TO 10: LPRINT : NEXT I
5210 '
5220 LOCATE 23, 1

```

```
5230 PRINT "Aperte qualquer tecla para reiniciar ou S para sair do programa"
```

```
5240 A$ = INPUT$(1)
```

```
5260 IF A$ = "S" OR A$ = "s" THEN END ELSE CLEAR : GOTO 210
```