

**ENTREVISTA DIAGNÓSTICA DE DISTÚRBIOS DE ANSIEDADE PARA A DSM-IV:
Versão em toda a vida (ADIS-IV-L)**

(ANXIETY DISORDERS INTERVIEW SCHEDULE FOR DSM-IV: LIFETIME VERSION -ADIS-IV-L)

Versão Experimental Portuguesa

VERSÃO PORTUGUESA EXPERIMENTAL

António Macedo

João Relvas

Maria Helena Pinto de Azevedo

ADIS IV:

NOME DA SECÇÃO

INTRODUÇÃO-----	3
A. DISTÚRBIO DE PÂNICO-----	4
B. AGORAFOBIA-----	16
C. FOBIA SOCIAL-----	21
D. DISTÚRBIO DE ANSIEDADE GENERALIZADA -----	28
E. DISTÚRBIO OBSESSIVO-COMPULSIVO -----	38
F. FOBIAS ESPECÍFICAS -----	50
G. DISTÚRBIO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO -----	57
H. HIPOCONDRIA -----	68
I. DISTÚRBIO DE SOMATIZAÇÃO -----	74
I. DISTÚRBIO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO-----	77
I. COTAÇÕES E DIAGNÓSTICOS -----	83

INTRODUÇÃO

A entrevista deve começar por uma breve introdução e explicação sobre o objectivo da entrevista. Deve ser obtida uma breve descrição das queixas actuais. Nesta secção, deve ser feita uma avaliação preliminar da presença de ataques de pânico, ansiedade fóbica, e ansiedade ou tensão crónicas (bem como quaisquer problemas médicos ou circunstâncias de vida que possam estar associadas com as queixas apresentadas).

Vou fazer-lhe algumas perguntas sobre diferentes áreas da sua vida. Em primeiro lugar gostaria de ter uma ideia geral do tipo de problemas que tem tido recentemente. Quais têm sido ?

.....
.....
.....

Se tiver que identificar um factor, qual diria que é a principal razão que o trouxe aqui hoje? (Registe nas palavras do doente)

.....
.....

No ano que passou, teve alguma mudança ou dificuldades com:

Família/Relações.....

Assuntos legais/Polícia.....

Trabalho/Escola.....

Finanças.....

Saúde (do próprio).....

Saúde (de outras pessoas significativas)

.....

DEPOIS DE UM INQUÉRITO BREVE

Agora, vou fazer-lhe algumas perguntas sobre problemas mais específicos que podem ou não aplicar-se a si. Já me falou brevemente de alguns deles de um modo geral, mas agora gostaria de conhecê-los em mais detalhe.

DISTÚRBIO DE PÂNICO

I. INQUÉRITO INICIAL

- 1a. Actualmente há ocasiões em que, de um modo súbito, tem uma crise de medo ou desconforto intenso?

SIM..... NÃO

SE SIM, passar para 2a.

- b. **SE NÃO**, Alguma houve vez ocasiões em que, de um modo súbito, teve uma crise de medo ou desconforto intenso?

SIM..... NÃO

SE SIM, quando é que foi o período mais recente em que isso aconteceu?

.....

SE SIM, a 1a ou 1b. ou não tem a certeza, continue as questões.
De outro modo, passe para **AGORAFOBIA** (pag.16).

- 2a. Para além deste período actual/mais recente, em que teve essas crises repentinas de medo/desconforto intensos, houve outros períodos de tempo separados, em que sentiu, de um modo súbito, medo ou desconforto intensos?

SIM..... NÃO

SE NÃO, passar para 3a.

- b. Assim, antes deste período actual/mais recente, em que tem tido essas crises súbitas de medo/desconforto intensos, houve outros períodos de tempo separados em que sentiu de um modo súbito, medo ou desconforto intensos

SIM..... NÃO

SE NÃO, passar para 3a.

- c. Quanto tempo separou esses períodos; quando é que ocorreram esse(s) período(s) separado(s)?

.....

3. a. Em que tipo de situações tem/teve essas sensações; Onde é mais provável que ocorra/tenham ocorrido essas sensações?

Actual:

Passado:

.....

- b. Essas sensações aparecem/apareceram sempre "vindas do nada", sem razão aparente ou em situações em que não esperava que acontecessem?

Actual: **SIM**.....**NÃO**

Passado: **SIM**.....**NÃO**

Se o doente refere a presença de sintomas de pânico inesperados, são necessárias mais questões para determinar se estes sintomas ocorrem em diversos contextos situacionais ou se os sintomas estão circunscritos a um tipo particular de situação (tal como a que ocorre na Fobia Social ou Fobia Específica).

4. Habitualmente, quanto tempo demora/demorava a sensação de medo/desconforto, a atingir a sua intensidade máxima (pico)?

Actual:minutos

Passado:minutos

5. Habitualmente, quanto tempo dura/durava a sensação de medo/desconforto, no seu nível máximo (pico)?

Actual:minutos

Passado:minutos

Se não há evidência de ataques de pânico inesperados (não situacionais) passar para AGORAFOBIA (pag. 16).

II. COTAÇÃO DOS SINTOMAS

Nesta secção cote os sintomas apenas para ataques de pânico que ocorrem **INESPERADAMENTE**, numa variedade de situações. Os sintomas de pânico que estão limitados a um único estímulo (e.g. lugares fechados ou alturas, situações sociais, conteúdo obsessivo, etc), não devem ser cotados aqui.

Nos casos mistos ou incertos, as cotações podem ser completadas nesta secção.

Cote a gravidade de cada sintoma que é típico do mais recente período de ataques e quando apropriado, o que caracterizou um ataque típico, num episódio passado separado, do distúrbio.

Se o sintoma é sentido apenas durante alguns ataques (i.e. não ocorrem tipicamente durante um ataque), coloque a cotação entre parêntesis.

O DSM-IV define um ataque de pânico como um período distinto de medo ou desconforto intensos, no qual pelo menos 4 dos sintomas abaixo listados, se desenvolvem abruptamente e atingem um pico num período de 10 minutos. Se os ataques típicos não incluírem 4 sintomas, determine se algum ataque incluiu 4 sintomas.

Use as seguintes questões ao cotar os sintomas:

EPISÓDIO ACTUAL:

- 1) Durante este período actual de ataques, habitualmente sentedurante os ataques?
- 2) Para si, em que grau o sintoma é perturbador/grave? Se houver alguma dúvida se o sintoma é típico, perguntar: Sente isso quase sempre que tem um ataque?

EPISÓDIO PASSADO:

- 3) Durante aquele período de tempo de.....(anos), habitualmente sentiudurante os ataques?
- 4) Para si, em que grau o sintoma era perturbador/grave? Se houver alguma dúvida se o sintoma é típico, perguntar: Sentiu isso quase sempre que tinha um ataque?

1. Cote a gravidade dos sintomas típicos, usando a seguinte escala:

	0.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7.....	8
	Nenhuma	Ligeira		Moderada		Grave		Muito Grave	
			</						

	Actual		Coment.	Passado	
	Comp.	ASL		Comp.	ASL
k. Sensações de dormência ou formigueiros, parestesias
l. Medo de morrer
m. Medo de enlouquecer
n. Medo de fazer algo descontrolado

2a. Se o doente refere 4 ou mais sintomas por ataque típico, pergunte:

Tem/teve períodos (ataques/crises) em que tem/teve, de modo súbito, crises inesperadas de medo/desconforto intensos, que são/eram acompanhados por apenas um ou dois destes sintomas?

Actual: **SIM**.....**NÃO**.....

Passado: **SIM**.....**NÃO**.....

SE SIM, volte atrás e cote a gravidade dos sintomas na coluna Ataques de Sintomas Limitados (ASL).

b. Se o doente refere menos de 4 sintomas por ataque típico, pergunte:

Tem/teve períodos (ataques/crises) em que tem/teve, de modo súbito, crises inesperadas de medo/desconforto intensos, que são/eram acompanhados por quatro ou mais destes sintomas?

Actual: **SIM**.....**NÃO**.....

Passado: **SIM**.....**NÃO**.....

SE SIM, volte atrás e cote a gravidade dos sintomas na coluna Ataque Completo (Comp.), mudando as cotações dos ataques de pânico típicos recentes, para a coluna Ataques de Sintomas Limitados (ASL)

III. EPISÓDIO ACTUAL

Se há evidência de um episódio passado distinto, comece o inquérito desta secção com: **Agora gostaria de colocar-lhe uma série de questões sobre este período actual de ataques de pânico que começaram aproximadamente em(especifique mês/ano).**

1a. Quantos ataques de pânico teve no mês passado?

.....Completo.....Limitado

b. Quantos ataques de pânico teve nos últimos 6 meses?

.....Completo.....Limitado

2a. No último mês, em que grau esteve preocupado ou apreensivo de ter outro ataque de pânico?

Cotação.....

0.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7.....	8.....
Nenhuma		Raramente		Ocasionalmente		Frequentemente		Constantemente
Preocupação/		preocupado/		preocupado/		preocupado/		preocupado/
Sem apreensão		apreensão ligeira		apreensão moderada		apreensão grave		apreensão extrema

Se não há evidência de preocupação/apreensão persistentes relativamente ao pânico, no último mês, pergunte: Desde o seu primeiro ataque de pânico, houve um período de um mês ou mais, em que esteve preocupado de ter mais ataques?

SIM..... NÃO

SE SIM, quando foi isso?

De..... A

b. Especificamente, que tipo de coisas antecipa que possam acontecer, em resultado dos ataques? (pergunte sobre as consequências imediatas e a longo-prazo).

.....
.....

c. Os ataques, de algum modo, causaram alterações no seu comportamento/estilo de vida?

SIM..... NÃO

SE SIM, de que modo?.....

.....

Evitamento situacional (i.e. agorafobia):

.....

Evitamento/sensibilidade interoceptiva (e.g. evitar cansaço físico, actividade sexual, cafeína, expressar emoções fortes, lugares quentes, filmes emocionantes, actividades que aumentam as sensações corporais):

.....

Sinais de segurança (e.g. medicações, pessoas, acesso a telefones/carro):

.....

Distracção (música alta, manter a televisão ligada, manter-se envolvido em actividades):

.....

Mudanças de estilo de vida (e.g., redução de actividades "stressantes"):

.....

3. De que modo os ataques de pânico interferiram na a sua vida? (e.g., rotina diária, emprego, actividades sociais); Em que grau se sente incomodado por ter os ataques?

.....
.....

Cote a interferência.....perturbação.....

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8
Nenhuma Ligeira Moderada Grave Muito Grave

- 4a. Lembra-se do primeiro ataque de pânico que iniciou o actual período de ataques?

SIM..... NÃO

SE SIM, quando foi isso?.....Mês.....Ano

- b. Nessa altura estava sujeito a algum "stress"?

SIM..... NÃO

O que é que estava a acontecer na sua vida, nessa altura?

.....
.....

Estava a ter algumas dificuldades ou mudanças:

- (1) Na família/relações.....
(2) No trabalho/escola
(3) Financeiras.....
(4) Em assuntos legais
(5) Na saúde (do próprio/outros).....

- c. No dia deste primeiro ataque, estava a tomar algum tipo de medicação/droga (incluindo álcool/caféina)?

SIM..... NÃO

SE SIM, especifique tipo/quantidade:

5. Ao longo de todo este período actual em que tem tido os ataques, tem estado a tomar regularmente algum tipo de medicação/droga?

SIM..... NÃO

Especifique (tipo; quantidade; datas da toma):.....

.....

6. Ao longo de todo este período actual em que tem tido os ataques, teve alguma situação física, tal como problemas do ouvido interno, prolapso da válvula mitral, gravidez, hipertiroidismo, hipoglicémia?

SIM..... NÃO

Especifique (tipo; data de início/remissão):

.....

7. Neste período actual em que tem tido os ataques, quando é que os ataques de pânico passaram a constituir um problema, no sentido de ocorrerem regularmente e/ou ter ficado muito preocupado ou ansioso sobre ter mais ataques ou estes, de algum modo, causarem alterações no seu comportamento? (nota: se o doente for vago na data de início, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data de início:Mês.....Ano

8. Para além deste período actual de ataques de pânico, houve outros períodos de tempo separados antes deste, em que tenha tido estes ataques?

SIM..... **NÃO**

SE SIM, volte atrás e pergunte 2b. e 2c. do **INQUÉRITO INICIAL** (Pág.3)

SE NÃO, passe para **AGORAFOBIA** (Pág. 16)

IV. EPISÓDIO(S) PASSADO(S)

Agora gostaria de colocar-lhe uma série de questões sobre o período passado de ataques que começaram aproximadamente eme terminaram em.....(especifique mês/ano).

Liste as datas (de início/remissão) correspondentes aos períodos a investigar:

Episódio passado #1: De.....A.....

Episódio passado #2: De.....A.....

1. Durante aquele período de tempo em(anos), tipicamente, quantos ataques de pânico tinha por mês?

Episódio passado #1:CompletoLimitado

Episódio passado #2:CompletoLimitado

- 2a. Durante aquele período de tempo em(anos), em que grau estava preocupado ou receoso de ter outro ataque de pânico?

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nenhuma	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Constantemente
Preocupação/	preocupado/	preocupado/	preocupado/	preocupado/
Sem apreensão	apreensão ligeira	apreensão moderada	apreensão grave	apreensão extrema

Episódio passado #1:

Episódio passado #2:

Se não há evidência de preocupação/receio persistentes ao longo desse período, pergunte: Houve alguma vez um período de um mês ou mais, em que estivesse preocupado de ter mais ataques?

#1: **SIM** **NÃO**

#2: **SIM** **NÃO**

SE SIM, quando foi isso?

#1: De... A

#2: De..... A

b. Especificamente, que tipo de coisas antecipava que pudessem acontecer, em resultado dos ataques? (pergunte sobre as consequências imediatas e a longo-prazo).

#1

#2

c. Os ataques causaram de algum modo, alterações no seu comportamento/estilo de vida?

#1: **SIM** **NÃO**

#2: **SIM** **NÃO**

SE SIM, de que modo? #1

#2

Evitamento situacional (i.e. agorafobia):

.....
Evitamento/sensibilidade interoceptiva (e.g. evitar cansaço físico, actividade sexual, cafeína, expressar emoções fortes, lugares quentes, filmes emocionantes, actividades que aumentam as sensações corporais):

.....
Sinais de segurança (e.g. medicações, pessoas, acesso a telefones/carro):

.....
Distracção (música alta, manter a televisão ligada, manter-se envolvido em actividades):

.....
Mudanças de estilo de vida (e.g., redução de actividades "stressantes"):

.....
3. De que modo os ataques de pânico interferiram na sua vida? (e.g., rotina diária, emprego, actividades sociais); Em que grau se sentia incomodado por ter os ataques?

#1

#2

#1. Cote a interferência.....perturbação.....

#2: Cote a interferência.....perturbação.....

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nenhuma

Ligeira

Moderada

Grave

Muito Grave

4a. Lembra-se do primeiro ataque de pânico que iniciou o período de ataques em(ano)?

#1: **SIM** **NÃO**

#2: **SIM** **NÃO**

SE SIM, quando foi isso?

#1:MêsAno

#2:MêsAno

b. Nessa altura estava sujeito a algum "stress"?

#1: **SIM** **NÃO**

#2: **SIM** **NÃO**

O que é que estava a acontecer na sua vida, nessa altura?

#1

#2

Estava a ter algumas dificuldades ou mudanças:

(1) Na família/relações? #1:

#2:

(2) No trabalho/escola? #1:

#2:

(3) Financeiras? #1:

#2:

(4) Em assuntos legais? #1:

#2:

(5) Na saúde (do próprio/outros)? #1:

#2:

c. No dia deste primeiro ataque, estava a tomar algum tipo medicação/droga (incluindo álcool/caféina)?

SIM..... **NÃO**

SE SIM, especifique tipo/quantidade:

5. Ao longo do período de tempo em que estava a ter os ataques em(anos), estava a tomar regularmente algum tipo de medicação/droga?

#1: **SIM** **NÃO**

#2: **SIM** **NÃO**

Especifique (tipo; quantidade; datas da toma):.....

.....

6. Ao longo do período de tempo em que estava a ter os ataques em(anos), teve alguma situação física, tal como problemas do ouvido interno, prolapso da válvula mitral, gravidez, hipertireoidismo, hipoglicémia?

SIM..... **NÃO**

Especifique (tipo; data de início/remissão):.....

.....

7. Durante aquele período de tempo em.....(anos), quando é que os ataques de pânico passaram a constituir um problema, no sentido de ocorrerem regularmente e/ou ter ficado muito preocupado ou ansioso de ter mais ataques ou estes, de algum modo, causarem alterações no seu comportamento? (nota: se o doente for vago na data de início, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data de início: #1.....Mês.....Ano

#2.....Mês.....Ano

- 8a. Quando é que os ataques deixaram de constituir um problema, no sentido de terem deixado de ocorrer e já não estar preocupado ou ansioso por ter mais ataques?

.....

Data de remissão: #1.....Mês.....Ano

#2.....Mês.....Ano

- b. Lembra-se de alguma razão para os ataques deixaram de ocorrer ou para já não estar preocupado com deles?

#1

#2

9. Antes/depois deste período passado de ataques de pânico, houve outros períodos de tempo separados de que não tenhamos falado, em que tenha tido ataques?

SIM..... **NÃO**

SE SIM, verifique se existiu um período separado de perturbação com ataques de pânico inesperados (talvez usando questões do INQUÉRITO INICIAL); se assim for, readministrar os itens do **EPISÓDIO PASSADO** para o Episódio Passado #2.

SE NÃO, continue com **INVESTIGAÇÃO** (opcional) ou passe para **AGORAFOBIA**

V. INVESTIGAÇÃO

As perguntas devem dizer respeito ao episódio actual do distúrbio

1. Que tipo de coisas parecem desencadear os ataques? [pergunte sobre desencadeantes internos (pensamentos, sensações, imagens) e externos (situações temidas, situações que elicitam focalização da atenção sobre si, efeitos físicos de várias actividades tais como cafeína, exercício físico, etc)].

.....

.....

.....

2. Quando ocorre um ataque de pânico, como é que lida com ele?

.....

.....

.....

3. Alguma vez teve sensações semelhantes, talvez mais ligeiras, quando era criança?

SIM..... **NÃO**

SE SIM, especifique as datas e natureza das sensações (situações, frequência, sintomas):

.....

.....

4. Houve alturas em que acordasse em pânico durante o sono?

SIM..... **NÃO**

SE SIM, pergunte:

- a. Em que altura do sono isso aconteceu?

.....

- b. O pânico ocorre pouco depois de adormecer, depois de já estar a dormir há um bocado (e.g. a meio da noite) ou pela manhã, perto do acordar?

.....

- c. O ataque de pânico desperta-o do sono ou habitualmente ocorre momentos depois de ter acordado?

.....

Se o doente parece ter ataques de pânico nocturnos, pergunte:

- d. Quando é que isso ocorreu?

DE.....A.....

- e. Com que frequência isso ocorre/ocorreu?

.....por semana/mês

AGORAFOBIA

I. INQUÉRITO INICIAL

- 1a. Actualmente sente-se em pânico em algumas situações ou evita essas situações, por sentir que elas o possam fazer sentir-se em pânico?

SIM..... NÃO

SE SIM, passe para 2a.

- b. **SE NÃO**, Alguma vez se sentiu em pânico em algumas situações ou evita essas situações por causa do pânico?

SIM..... NÃO

SE NÃO, continue para 1c.

Qual foi a altura mais recente em que isso aconteceu?

.....

Passe para 2a.

- c. Actualmente sente receio em certas situações devido ao medo de poderem aparecer sintomas tais como diarreia, vómitos, tonturas, etc?

SIM..... NÃO

SE NÃO, continue para 1d.

Que sintomas receia que possam aparecer nessas situações?

.....

Passe para 2a.

- d. Alguma vez sentiu receio ao entrar em certas situações devido ao medo de poderem aparecer sintomas tais como diarreia, vómitos, tonturas, etc?

SIM..... NÃO

SE SIM, Que sintomas receia que possam aparecer nessas situações?

.....

Qual foi a altura mais recente em que isso aconteceu?

.....

SE NÃO a todas as questões acima e não há história de Distúrbio de Pânico, passe para **FOBIA SOCIAL** (pag. 21).

2a. Para além deste período actual/mais recente, em esteve receoso relativamente a situações ou as evitou, houve outros períodos de tempo separados, em que esteve receoso sobre situações ou as evitou devido a essas sensações?

SIM..... NÃO

SE NÃO, passar para **COTAÇÃO DAS SITUAÇÕES**

b. Antes do período actual/mais recente em que tem tido receio ou tem evitado situações, houve um período de tempo considerável em que se sentia à vontade nessas situações?

SIM..... NÃO

SE NÃO, passar para **COTAÇÃO DAS SITUAÇÕES**

c. Quanto tempo separou estes períodos?; quando é que ocorreram este/estes períodos separados?

.....

II. COTAÇÃO DAS SITUAÇÕES

Nota: Se existe distúrbio de pânico actual ou passado, obtenha as cotações de situação agorafóbica **ACTUAL** e **PASSADA** (começando com as cotações para agorafobia passada). As cotações devem apenas dizer respeito à antecipação de pânico ou outros sintomas (e.g. diarreia). A apreensão/evitamento devidos a outras condições (e.g., fobia específica ou fobia social) devem ser cotadas "0".

Use as seguintes questões ao cotar as situações:

Em que grau se sente/sentia receoso nesta situação?; Com que frequência evita/evitava esta situação?; Estar acompanhado por alguém, faz/fazia alguma diferença em termos de sentir-se mais à vontade nestas situações?

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Sem evitamento
ou fuga/ Sem
apreensão

Evitamento
ocasional ou fuga/
apreensão ligeira

Moderado:
pode entrar só/
apreensão moderada

Grave: raramente
só; deve ser acompanhada/
grave apreensão

Muito grave
nunca vai mesmo
com pessoa "segura"
apreensão muito grave

	ACTUAL		comentário	PASSADO	
	Receio	Evit.		Receio	Evit.
a. Conduzir:					
localmente
longas distâncias
b Deslocar-se de carro (sem conduzir)
c. Supermercados
d. Centros comerciais
e. Multidões
f. Transportes públicos (e.g. autocarro, comboio)
g. Viajar de avião
h. Consultas Médicas/Dentista
i. Cabeleireiro
j. Esperar em bichas
k. Fazer passeios a pé
l. Pontes
m. Estar em casa sozinho(a)
n. Estar fora da sua povoação
o. Teatros, cinemas, estádios
p. Restaurantes
q. Igrejas
r. Lugares fechados:					
Elevadores
Divisões pequenas/túneis
s. Espaços abertos (parques, estacionamento)
t. Local de trabalho
u. Outro:
.....

Se não há evidência de medo ou evitamento de qualquer destas situações, passe para
FOBIA SOCIAL (pag. 21).

III. EPISÓDIO ACTUAL

Se há evidência de um episódio passado distinto, comece o inquérito desta secção com: **Agora gostaria de colocar-lhe uma série de questões sobre este período actual de receio/evitamento de situações que começaram aproximadamente em**(especifique mês/ano).

1. Há algum tipo de coisas que traga consigo, ou coisas que faça antes de sair, que o ajudem a sentir-se mais à vontade? (Pergunte sobre sinais de securização, tais como frascos de medicações, telemóveis, ter acesso ao carro próprio, livros/instruções para lidar com estas situações, bebidas, toalhas/toalhetes de papel).

.....
.....

2. De que modo é que o receio/evitamento destas situações interferiu na sua vida? (e.g., rotina diária, emprego, actividades sociais).

.....
.....

Cote a interferência.....perturbação.....

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8
Nenhuma Ligeira Moderada Grave Muito Grave

3. Para este período actual, quando é que o receio nessas situações se iniciou?

(Nota: se o doente for vago na data de início, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data de início:Mês.....Ano

4. Para além deste período actual, houve outros períodos de tempo separados antes deste, em que tenha sentido receio ou tenha evitado situações, devido a essas sensações?

SIM..... NÃO

SE SIM, volte atrás e pergunte 2b. e 2c. do **INQUÉRITO INICIAL** (Pág. 16)

SE NÃO, passe para **FOBIA SOCIAL** (Pág. 21)

IV. EPISÓDIO(S) PASSADO(S)

Agora gostaria de colocar-lhe uma série de questões sobre o período passado de receio/evitamento de situações, que começou aproximadamente eme terminaram em.....(especifique mês/ano).

Liste as datas (de início/remissão) correspondentes aos períodos a investigar:

Episódio passado #1: De.....A.....

Episódio passado #2: De.....A.....

1. Havia algum tipo de coisas que trazia consigo, ou coisas que fazia antes de sair, que o ajudavam a sentir-se mais à vontade?

.....
.....

2. De que modo é que o receio/evitamento destas situações interferiram na sua vida? (e.g., rotina diária, emprego, actividades sociais); Em que grau se sentia incomodado por ter os ataques?

#1

#2

Cote a interferência/perturbação: #1.....

Cote a interferência/perturbação: #2.....

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nenhuma

Ligeira

Moderada

Grave

Muito Grave

3. Para aquele período passado, quando é que o receio nessas situações se iniciou?

(Nota: se o doente for vago na data de início, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data de início: #1.....Mês.....Ano

#2.....Mês.....Ano

- 4a. Quando é que o receio/evitamento de situações deixaram de constituir um problema, no sentido em que se sentia à vontade em todas essas situações?

Data de remissão: #1.....Mês.....Ano

#2.....Mês.....Ano

- b. Lembra-se de alguma razão para ter começado novamente a sentir-se à vontade nessas situações?

#1

#2

5. Antes/depois deste período passado, houve outros períodos de tempo separados de que não tenhamos falado, em que tenha sentido receio ou evitado situações devido a essas sensações?

SIM..... **NÃO**

SE SIM, verifique se existiu um período separado de perturbação de evitamento agorafóbico (talvez usando questões do **INQUÉRITO INICIAL**); se assim for, re-administrar itens do **EPISÓDIO PASSADO** para o Episódio Passado #2.

SE NÃO, passe para **FOBIA SOCIAL** (Pág. 21)

FOBIA SOCIAL

I. INQUÉRITO INICIAL

- 1a. Actualmente, sente-se com medo, ansioso ou nervoso, em situações sociais em que pode ser observado ou avaliado por outros?

SIM..... NÃO

- b. Actualmente, sente uma preocupação excessiva de que possa fazer/dizer alguma coisa que o possa embaraçar/humilhar, em frente de outras pessoas ou que as outras pessoas possam pensar mal de si?

SIM..... NÃO

SE NÃO a 1a. e 1b., continue para 1c.

SE SIM para 1a. ou 1b, passe para 2a.

- c. Alguma vez se sentiu ansioso em situações sociais ou esteve excessivamente preocupado por se embaraçar ou humilhar, em frente de outras pessoas?

SIM..... NÃO

SE NÃO, passar para 3.

Qual foi a altura mais recente em que isso aconteceu?

.....

- 2a. Para além deste período actual/mais recente, em que se tem sentido ansioso em situações sociais, houve outros períodos de tempo separados, em que se sentisse ansioso em situações sociais ou estivesse excessivamente preocupado por se embaraçar ou humilhar, em frente de outras pessoas?

SIM..... NÃO

SE NÃO, passar para 3.

- b Assim, antes deste período actual/mais recente, em que se tem sentido ansioso em situações sociais, houve um período de tempo considerável em que se sentia à vontade nessas situações?

SIM..... NÃO

SE NÃO, passar para 3.

- c. Quanto tempo separou estes períodos?; quando é que ocorreram este/estes períodos separados?

.....

3. Vou descrever algumas situações deste tipo e perguntar-lhe de que modo é que se sente em cada uma delas e até que ponto evita estas situações.

Se o doente não refere ansiedade social actual ou passada (i.e., **NÃO** a 1a., 1b. e 1c.), pergunte apenas sobre situações **ACTUAL**. Se o doente refere ansiedade social actual ou passada (i.e., **SIM** a 1a., 1b., 1c. ou 2a.), pergunte sobre situações tanto **ACTUAL** como **PASSADO**. Verifique a presença de episódios prévios distintos do distúrbio (e.g., "**Desde que o medo começou, houve períodos de tempo em que não se tenha sentido incomodado por ele?**"), particularmente se houver evidência de episódios separados. Use o espaço de **COMENTÁRIOS**, para registar outra informação clínica relevante (e.g., frequência com que a situação temida acontece).

Para cada situação, faça cotações separadas do nível de medo e grau de evitamento, usando a seguinte escala:

0.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7.....	8
Sem medo/ Nunca evita/	Medo ligeiro/ Evita raramente	Medo moderado/ Evita por vezes	Medo grave/ Evita frequentemente	Medo muito grave/ Evita sempre				

ACTUAL: Actualmente sente-se ansioso ou tem necessidade de evitar:

PASSADO: Alguma vez se sentiu ansioso ou com necessidade de evitar:

	ACTUAL			PASSADO	
	Medo	Evit.	comentário	Medo	Evit.
a. Festas
b Participar em em reuniões/aulas
c. Falar em público/ em reuniões formais
d. Falar com pessoas desconhecidas
e. Comer em público
f. Usar casas de banho públicas
g. Escrever em público (assinar cheques, preencher formulários)
h. Encontros amorosos
i. Falar com pessoas em posições de autoridade
j. Ser assertivo, e.g. - recusar pedidos não razoáveis - pedir aos outros para mudarem o seu comportamento
k. Iniciar uma conversa
l. Manter uma conversa
m. Outra:
.....

Se não há evidência de medo ou evitamento, passe para **DISTÚRBO DE ANSIEDADE GENERALIZADA** (pag. 28).

II. EPISÓDIO ACTUAL

Se há evidência de um episódio passado distinto, comece o inquérito desta secção com: **Agora gostaria de colocar-lhe uma série de questões sobre a ansiedade actual em situações sociais que começou aproximadamente em(especifique mês/ano).**

Completar para o episódio actual de ansiedade social, o que potencialmente tem gravidade clínica:

A. Liste as situações mais problemáticas.

1. Nestas situações, o que é que o preocupa que possa acontecer?

.....

2. Fica quase sempre ansioso, quando se encontra.....?

SIM..... NÃO

3. A ansiedade ocorre logo que entra ou se prepara para entrar nessas situações, ou por vezes a ansiedade é adiada ou inesperada?

Imediata Inesperada.....

4a. Sente-se ansioso nessas situações por medo de poder ter um ataque de pânico inesperado?

SIM..... NÃO

SE SIM,

b. Aconteceu sentir um medo/ansiedade inesperados, sem estar exposto a?

.....**SIM****NÃO**

SE SIM, onde é que isso ocorreu:

SE SIM a 4a. ou 4b., considere se o medo pode ser incluído num distúrbio de pânico.

5a. De que modo é que esses medos interferiram na sua vida? (e.g., rotina diária, emprego, actividades sociais). Em que grau se sente incomodado pelos medos?

.....

.....

b. O seu desempenho profissional (trabalho/escola) foi influenciado pelos medos?

.....
.....

Cote a interferência.....perturbação.....

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nenhuma

Ligeira

Moderada

Grave

Muito Grave

6a. Quando é que a ansiedade relativa acomeçou a constituir problema, no sentido em que causava grande perturbação ou interferia com a sua vida?
(Nota: se o doente for vago na data de início, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data de início:Mês.....Ano

b. Lembra-se de alguma coisa que possa ter contribuído para se sentir ansioso em situações sociais?

.....
.....

7. Para além deste período actual de ansiedade em situações sociais, houve outros períodos de tempo separados antes deste, em que tenha tido os mesmos problemas?

SIM..... **NÃO**

SE SIM, volte atrás e pergunte 2b. e 2c. do **INQUÉRITO INICIAL** (Pág. 21)

SE NÃO, passe para **INVESTIGAÇÃO** (opcional) ou **DISTÚRBIO DE ANSIEDADE GENERALIZADA** (Pág. 28)

III. EPISÓDIOS PASSADOS

Agora gostaria de colocar-lhe uma série de questões sobre ansiedade em situações sociais, que começou aproximadamente eme terminou em.....(especifique mês/ano).

Complete para o episódio passado de ansiedade social, o que potencialmente tem gravidade clínica:

A. Liste as situações mais problemáticas.

1. Nestes situações, o que é que o preocupava que pudesse acontecer?

.....

2. Ficava quase sempre ansioso, quando se encontrava.....?

SIM..... NÃO

3. A ansiedade ocorria logo que entrava ou se preparava para entrar nessas situações, ou por vezes a ansiedade era adiada ou inesperada?

Imediata Inesperada.....

4a. Sentia-se ansioso nessas situações por medo de poder ter um ataque de pânico inesperado?

SIM..... NÃO

SE SIM,

b. Aconteceu sentir um medo/ansiedade inesperados, sem estar exposto a?

.....**SIM****NÃO**

SE SIM, onde é que isso ocorreu:

SE SIM a 4a. ou 4b., considere se o medo pode ser incluído num distúrbio de pânico.

5. De que modo é que esses medos interferiram na sua vida? (e.g., rotina diária, emprego, actividades sociais); Em que grau se sentia incomodado por esses medos?

.....

.....

Cote a interferência.....perturbação.....

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nenhuma

Ligeira

Moderada

Grave

Muito Grave

6a. Quando é que a ansiedade relativa acomeçou a constituir um problema, no sentido em que causava grande perturbação ou interferia na sua vida? (**Nota:** se o doente for vago na data de início, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data de início:Mês.....Ano

b. Lembra-se de alguma coisa que possa ter contribuído para se sentir ansioso em situações sociais?

.....

7a. Quando é que a ansiedade relativa a deixou de constituir um problema, no sentido em que se sentia à vontade comou já não causava grave perturbação ou interferência na sua vida?

Data de remissão:Mês.....Ano

b. Lembra-se de alguma razão para já não se sentir ansioso nessas situações?

.....

8. Antes/depois deste período passado de ansiedade em situações sociais, houve outros períodos de tempo separados de que não tenhamos falado, em que tenha tido os mesmos problemas?

SIM..... **NÃO**

SE SIM, volte atrás e pergunte 2b. e 2c do **INQUÉRITO INICIAL** (pág.21).

SE NÃO, continue para **INVESTIGAÇÃO** (opcional) ou passe para **DISTÚRBIO DE ANSIEDADE GENERALIZADA** (Pág. 28)

IV- INVESTIGAÇÃO

As perguntas devem dizer respeito ao episódio actual do distúrbio

A. SINTOMAS DE ATAQUES DE PÂNICO

1. Liste as situações a serem cotadas:
Sente.....quando encontra.....?

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nenhuma **Ligeira** **Moderada** **Grave** **Muito Grave**

- | | |
|---|-------|
| 1. Palpitações, o coração a bater muito ou ritmo cardíaco acelerado | ..... |
| 2. Suores | ..... |
| 3. Tremores ou abalos musculares | ..... |
| 4. Dificuldade em respirar ou sensação de asfixia | ..... |
| 5. Sensação de sufocar | ..... |
| 6 Desconforto ou dor no peito | ..... |
| 7. Náusea ou mal-estar abdominal | ..... |
| 8. Sensações de calor ou frio, ou corar | ..... |

9. Tonturas, sensações de desequilíbrio, "cabeça leve" ou desmaio	.....
10. Sensações de despersonalização ou desrealização	.....
11. Sensações de dormência ou formigueiros, parestesias	.....
12. Medo de morrer	.....
13. Medo de enlouquecer	.....
14. Medo de fazer algo descontrolado	.....
15. Tiques ou espasmos	.....

DISTÚRBIO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

I. INQUÉRITO INICIAL

- 1a. Ao longo dos últimos meses, tem-se sentido continuamente preocupado ou ansioso na sua vida quotidiana, relativamente a um conjunto de acontecimentos ou actividades?

SIM..... NÃO

SE NÃO, passar para 1b

Com que tipo de coisas se preocupa:

.....

Passe para 2a.

- b. Alguma vez passou por um longo período de tempo em que estava continuamente preocupado ou ansioso na sua vida quotidiana, relativamente a um conjunto de acontecimentos ou actividades?

SIM..... NÃO

SE NÃO, passe para 3.

Com que tipo de coisas se preocupava:

.....

Qual foi a altura mais recente em que isso aconteceu?

.....

- 2a. Para além deste período actual/mais recente, em que se tem sentido preocupado persistentemente com diferentes áreas da sua vida, houve outros períodos de tempo separados, em que estivesse continuamente preocupado sobre diversos assuntos da vida?

SIM..... NÃO

SE NÃO, passar para 3.

- b. Assim, antes deste período actual/mais recente, em que tem estado preocupado com diferentes áreas da sua vida, houve um período de tempo considerável em que não tivesse essas preocupações persistentes?

SIM..... NÃO

- c. Quanto tempo separou estes períodos?; Quando é que ocorreram este/estes períodos separados?
-

Agora gostaria de lhe colocar uma série de questões sobre preocupações relativas às seguintes áreas de vida:

Se o doente não refere preocupações actuais ou passadas (i.e., **NÃO** a 1a. e 1b.), pergunte apenas sobre áreas de preocupação **ACTUAL**. Se o doente refere preocupações persistentes actuais ou passadas (i.e., **SIM** a 1a. ou 1b.), pergunte sobre áreas de preocupação tanto **ACTUAL** como **PASSADO**. Particularmente se houver evidência de episódios separados, verifique a presença de episódios prévios distintos do distúrbio (e.g., "**Desde que essas preocupações começaram, houve períodos de tempo em que não se tenha sentido incomodado por elas?**") Use o espaço abaixo de cada área geral de preocupação, para registar o conteúdo específico da preocupação do doente (incluindo informação obtida previamente dos itens 1a. e 1b.). Frequentemente, são necessárias mais questões para determinar se as áreas de preocupação referidas pelo doente não estão relacionadas com um distúrbio do Eixo I concomitante. Se for determinado que uma área de preocupação pode ser totalmente atribuída a outro distúrbio do Eixo I, cote esta área como "0". Use a secção dos comentários para registar informação clínica relevante (e.g., informação relativa ao carácter distinto dos episódios, distúrbio co-existente com o qual a área de preocupação está relacionada).

Para cada área de preocupação, faça cotações separadas da Excessividade (i.e. frequência e intensidade) e da Percepção de Incontrolabilidade, usando as escalas e questões seguintes:

EXCESSIVIDADE

0.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7.....	8.....
Sem preocupação/ Sem tensão	Raramente preocupado/ Tensão ligeira		Ocasionalmente preocupado/ Tensão moderada		Frequentemente preocupado/tensão grave		Constantemente preocupado/ tensão extrema	

CONTROLABILIDADE

0.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7.....	8.....
Nunca/ Sem dificuldade	Raramente/ Ligeira dificuldade		Ocasionalmente/ Dificuldade moderada		Frequentemente/ Dificuldade marcada		Constantemente/ Dificuldade extrema	

EXCESSIVIDADE

Com que frequência se preocupa/preocupava relativamente a? Se as coisas estão/estavam a correr bem, continua/continuava ainda a preocupar-se com?; Que grau de tensão e ansiedade causa/causava a preocupação sobre.....?

INCONTROLABILIDADE

Acha/achava difícil controlar a preocupação relativa a, no sentido em que é/era difícil de parar de se preocupar com isso? A preocupação sobre.....é/era difícil de controlar, no sentido em que vem/vinha à sua cabeça quando está/estava a tentar pensar noutra coisa?

	<u>ACTUAL</u>		comentário	<u>PASSADO</u>	
	Exces.	Contr.		Exces.	Contr.
a. Questões menores (e.g., punctualidade, pequenas reparações)
b. Trabalho/Escola
c. Família
d. Finanças
e. Social/interpessoal
f. Saúde (do próprio)
g. Saúde (de outras pessoas significativas)
h. Assuntos da comunidade/mundo
i. Outro
j. Outro

Se não há evidência de preocupações excessivas/incontroláveis, passe para
DISTÚRBIO OBSESSIVO-COMPULSIVO (pag. 38).

II. EPISÓDIO ACTUAL

Se há evidência de um episódio passado distinto, comece o inquérito desta secção com: **Agora gostaria de colocar-lhe uma série de questões sobre este período actual de preocupações relativas a estas áreas, que começaram aproximadamente em(especifique mês/ano).**

A. Liste os principais tópicos de preocupação:

.....

1. Durante os últimos 6 meses, tem sido incomodado por estas preocupações, a maior parte dos dias?

SIM..... NÃO

2. Num dia médio do último mês, que percentagem do dia se sentiu preocupado?

.....%

3. Especificamente, que tipo de coisas o preocupam, que possam acontecer, relativamente a (pergunte para cada área principal de preocupação).....

.....
.....
.....

4. Durante os últimos 6 meses, sentiu frequentemente.....quando estava preocupado? Essa sensação deesteve presente a maior parte dos dias, ao longo dos últimos 6 meses? (não registar os sintomas que estão associados a outras condições, tais como pânico, ansiedade social, etc).

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nenhuma Ligeira Moderada Grave Muito Grave

Gravidade A maior parte dos dias

a. Agitação; sentir-se à " beira de uma crise de nervos".....	S	N
b. Sentir cansaço fácil	S	N
c. Dificuldades de concentração/ cabeça vazia	S	N
d. Irritabilidade	S	N
e. Tensão muscular	S	N
f. Dificuldades em adormecer/manter-se a dormir; sono inquieto/insatisfatório	S	N

5. De que modo é que essas preocupações e a tensão/ansiedade a elas associadas, interferiram na sua vida? (e.g., rotina diária, emprego, actividades sociais); Em que grau se sentia incomodado por essas preocupações?

.....
.....

Cote a interferência.....perturbação.....

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nenhuma Ligeira Moderada Grave Muito Grave

6. Ao longo de todo este período actual, em que tem tido essas preocupações e essas sensações de tensão/ansiedade, tem tomado regularmente algum tipo de medicação/droga (e.g. medicação/drogas de abuso)?

SIM..... **NÃO**

Especifique: (tipo; dose; datas de consumo):.....

.....

7. Ao longo deste período actual, em que tem tido essas preocupações e essas sensações de tensão/ansiedade, teve algum problema físico(e.g. hipertiroidismo)?

SIM..... **NÃO**

Especifique: (tipo; data de início/remissão):.....

.....

- 8a. Neste período actual, quando é que essas preocupações e os sintomas de tensão/ansiedade começaram a constituir um problema, no sentido em que ocorriam persistentemente, se sentia incomodado pela preocupação ou sintomas e achava difícil controlá-los, ou de algum modo interferiam na sua vida?

(Nota: se o doente for vago na data de início, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data de início:Mês.....Ano

- b. Lembra-se de alguma coisa que possa ter contribuído para este problema?

.....

.....

- b. Nessa altura estava sujeito a algum "stress"?

SIM..... **NÃO**

O que é que estava a acontecer na sua vida, nessa altura?

.....

.....

Estava a ter algumas dificuldades ou mudanças:

(1) Na família/relações.....

(2) No trabalho/escola.....

(3) Financeiras.....

(4) Em assuntos legais.....

(5) Na saúde (do próprio/outros).....

9. Para além deste período actual de preocupações e tensão/ansiedade, houve outros períodos de tempo separados, antes deste em que tenha tido os mesmos problemas?

SIM..... **NÃO**

SE SIM, volte atrás e pergunte 2b. e 2c do **INQUÉRITO INICIAL** (pág. 28).

SE NÃO, passe para **DISTÚRBIO OBSESSIVO-COMPULSIVO** (Pág.38)

III. EPISÓDIO PASSADO

Agora gostaria de colocar-lhe uma série de questões sobre o período passado de preocupações relativas a estas áreas, que começou aproximadamente eme terminou em.....(especifique mês/ano).

b. Liste os principais tópicos de preocupação:

1. Nessa altura, era incomodado por estas preocupações a maior parte dos dias, durante um período de pelo menos 6 meses?

SIM..... **NÃO**

2. Nessa altura, em média, que percentagem do dia se sentia preocupado?

.....%

3. Especificamente, que tipo de coisas o preocupavam que pudessem acontecer, relativamente a (pergunte para cada área principal de preocupação)

.....
.....
.....

4. Durante esse período, sentia frequentemente.....quando estava preocupado? Nessa altura, essa sensação deesteve presente a maior parte dos dias, ao longo de pelo 6 meses? (não registar os sintomas que estavam associados a outras condições, tais como pânico, ansiedade social, etc).

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nenhuma

Ligeira

Moderada

Grave

Muito Grave

Gravidade
A maior parte dos dias

a. Agitação; sentir-se à " beira de uma crise de nervos"

S **N**

b. Sentir cansaço fácil

S **N**

c. Dificuldades de concentração/ cabeça vazia

S **N**

- | | Gravidade | A maior parte dos dias | |
|--|------------------|-------------------------------|----------|
| | | S | N |
| d. Irritabilidade | | S | N |
| e. Tensão muscular | | S | N |
| f. Dificuldades em adormecer/manter-se a dormir;
sono inquieto/insatisfatório | | S | N |
5. De que modo é que essas preocupações e a tensão/ansiedade a elas associadas, interferiam na sua vida? (e.g., rotina diária, emprego, actividades sociais); Em que grau se sentia incomodado por essas preocupações?

.....

Cote a interferência.....perturbação.....

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nenhuma **Ligeira** **Moderada** **Grave** **Muito Grave**

6. Nesse período de tempo em(anos), em que tinha essas preocupações e sentia essa tensão/ansiedade, estava a tomar regularmente algum tipo de medicação/droga (e.g. medicação/drogas de abuso)?

SIM..... **NÃO**

Especifique: (tipo; dose; datas de consumo):.....

.....

7. Nesse período de tempo em.....(anos), em que tinha essas preocupações e sentia essa tensão/ansiedade, teve algum problema físico(e.g. hipertiroidismo)?

SIM..... **NÃO**

Especifique: (tipo; data de início/remissão):.....

.....

- 8a. Nesse período de tempo em(anos), quando é que essas preocupações e sintomas de tensão/ansiedade passaram a constituir um problema, no sentido em que ocorriam persistentemente, se sentia incomodado pela preocupação ou sintomas e achava difícil controlá-los, ou de algum modo interferiam na sua vida?

(Nota: se o doente for vago na data de início, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data de início:Mês.....Ano

b. Lembra-se de alguma coisa que possa ter contribuído para este problema?

.....
.....

c. Nessa altura estava sujeito a algum "stress"?

SIM..... **NÃO**

O que é que estava a acontecer na sua vida, nessa altura?

.....
.....

Estava a ter algumas dificuldades ou mudanças:

- (1) Na família/relações.....
- (2) No trabalho/escola
- (3) Financeiras.....
- (4) Em assuntos legais
- (5) Na saúde (do próprio/outros)

9a. Quando é que isso deixou de constituir um problema, no sentido em que as preocupações e sintomas de tensão/ansiedade já não ocorriam persistentemente, já não se sentia incomodado por eles, nem tinha dificuldade em os controlar e já não interferiam na sua vida?

Data de remissão:Mês.....Ano

b. Lembra-se de alguma razão para essas preocupações e a tensão/ansiedade já não constituírem um problema para si?

10. Antes/depois deste período passado de preocupações e tensão/ansiedade, houve outros períodos de tempo separados de que não tenhamos falado, em que tenha tido os mesmos problemas?

SIM..... **NÃO**

SE SIM, volte atrás e pergunte 2b. e 2c do **INQUÉRITO INICIAL** (pág. 28).

SE NÃO, continue com **INVESTIGAÇÃO** ou passe para **DISTÚRBIO OBSESSIVO-COMPULSIVO** (Pág. 38)

IV- INVESTIGAÇÃO

As perguntas devem dizer respeito ao episódio actual do distúrbio

Liste os principais tópicos de preocupação:.....

.....

1a. Quando uma preocupação lhe vem à cabeça, o que é que habitualmente a desencadeia?
(pergunte sobre preocupações precipitantes, e.g. situações, actividades).

.....

.....

b. Com que frequência uma preocupação lhe vem à cabeça, sem razão aparente?

.....

.....

Cote a frequência de preocupações sem precipitante (por semana):.....

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nunca

Raramente

Algumas vezes

Frequentemente

**Muito frequente/
sempre**

2a. As suas preocupações levaram-no a fazer alguma coisa, para se sentir mais seguro ou reduzir a ansiedade associada à preocupação? (Investigue outros comportamentos efectuados em resposta à preocupação; e.g. verificação, acções preventivas, procura de tranquilização, distração)

SIM..... NÃO

SE SIM, especifique:

.....

Para cada preocupação observada:

b. Com que frequência, uma preocupação determina uma acção com o objectivo de o fazer sentir mais tranquilo ou reduzir a sua ansiedade/tensão?

.....

Cote a frequência:

Comportamento relacionado com a preocupação #1:

Comportamento relacionado com a preocupação #2:

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nunca

Raramente

Algumas vezes

Frequentemente

**Muito frequente/
sempre**

3a. Antes da primeira vez em que isto se tornou num problema (refira a data de início do primeiro episódio), tinha tendência a preocupar-se?

SIM..... **NÃO**

- b. SE SIM, Quais são os exemplos que mostram essa tendência (e.g. reagir ao stress mais acentuadamente que as outras pessoas; noites sem conseguir dormir antes dos exames ou de um novo emprego ou novo ano escolar)?

:

.....

4a. Lembra-se de ter uma tendência para se preocupar, quando era criança?

SIM..... **NÃO**

- b. SE SIM, Consegue identificar algumas coisas que aconteceram na sua infância que contribuíram para a sua tendência para se preocupar? (Investigue sobre acontecimentos de vida stressantes, vida familiar instável, exposição às preocupações/doença mental de outras pessoas, etc.)

SIM..... **NÃO**

SE SIM, especifique:

.....

DISTÚRBIO OBSESSIVO-COMPULSIVO

I. INQUÉRITO INICIAL

1a. Actualmente, é incomodado por pensamentos, imagens ou impulsos repetitivos que parecem inapropriados ou sem sentido, mas que não consegue impedir de lhe virem à cabeça?

SIM..... NÃO

SE SIM, especifique:.....

.....

b. Actualmente, sente-se forçado a repetir algum comportamento ou a repetir alguma coisa na sua mente, várias vezes, para tentar sentir menos desconforto?

SIM..... NÃO

SE SIM, especifique:.....

.....

SE NÃO a 1a. e 1b., continue para 1c. e 1d.

SE SIM para 1a. e 1b, passe para 2a.

c. Houve alguma vez um período em que se sentisse incomodado por pensamentos, imagens ou impulsos que repetidamente vinham à sua cabeça e lhe pareciam inapropriados ou sem sentido?

SIM..... NÃO

SE SIM, especifique:.....

.....

d. Alguma vez se sentiu forçado a repetir algum comportamento ou a repetir alguma coisa na sua mente, várias vezes, para tentar sentir menos desconforto

SIM..... NÃO

SE SIM, especifique:.....

.....

SE NÃO a 1c. e 1d., passe para 3 (Cotações das Obsessões e Compulsões).

Qual foi a altura mais recente em que isso aconteceu?

.....

2a. Para além deste período actual/mais recente, houve outros períodos de tempo separados, em que se sentisse incomodado por tais pensamentos, imagens, impulsos ou acções repetitivas?

SIM..... **NÃO**

SE NÃO, passar para 3.

b. Assim, antes deste período actual/mais recente, houve um período de tempo considerável em que não tivesse esses pensamentos, imagens, impulsos ou acções repetitivas?

SIM..... **NÃO**

c. Quanto tempo separou estes períodos?; quando é que ocorreram este/estes períodos separados?

.....

3. Se o doente não refere obsessões e compulsões actuais ou passadas (i.e., **NÃO** desde 1a. a 1d.), pergunte apenas sobre obsessões e compulsões **ACTUAL**. Se o doente refere obsessões ou obsessões actuais ou passadas (i.e., **SIM** a 1a., 1b., 1c. ou 1d.), pergunte sobre obsessões e compulsões tanto **ACTUAL** como **PASSADO**. Particularmente se houver evidência de episódios separados, verifique a presença de episódios prévios distintos do distúrbio (e.g., "**Desde que estes pensamentos/imagens/comportamentos começaram, houve períodos de tempo em que não se tenha sentido incomodado por eles?**") Use o espaço debaixo de cada item, para registar o conteúdo e natureza específicos das obsessões e/ou compulsões do doente (incluindo informação obtida previamente dos itens 1a. a 1d.). Se for determinado que um dos itens abaixo é melhor explicado no contexto de outro distúrbio do Eixo I, cote "0". Use a secção dos **COMENTÁRIOS** para registar informação clínica relevante (e.g., informação relativa ao carácter distinto dos episódios, distúrbio co-existente com o qual o item está relacionado).

OBSESSÕES:

Para cada obsessão, faça cotações separadas da Persistência/Perturbação e Resistência usando as escalas e questões abaixo sugeridas.

PERSISTÊNCIA/PERTURBAÇÃO:

Com que frequência (a obsessão).....lhe vem à cabeça; Que grau de perturbação isso lhe causa quando (a obsessão).....lhe vem à cabeça?

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nunca/ Sem perturbação	Raramente/ Perturbação ligeira	Ocasionalmente/ Perturbação moderada	Frequentemente Perturbação marcada;	Muito grave/ Perturbação extrema
---------------------------	-----------------------------------	---	--	-------------------------------------

RESISTÊNCIA:

Com que frequência tenta livrar-se de (a obsessão).....tentando ignorar, suprimir ou neutralizá-la(s), com algum pensamento ou acção?

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nunca Raramente Ocasionalmente Frequentemente Constantemente

	ACTUAL			PASSADO		
	Persist.	Resist.	comentário	Persist.	Resist.	
	Pertur.			Pertur.		
a. Dúvidas (e.g., fechaduras desligar interruptores; se as tarefas estão correctas/completas)
b. Contaminação (e.g. contraír germes dos puxadores das portas, casas de banho, dinheiro, etc)
c. Impulsos sem sentido (e.g. gritar/ despir-se em público)
d. Impulsos agressivos (e.g. magoar-se/ magoar outros intencionalmente, destruir objectos)
e. Sexuais (e.g. pensamentos ou imagens obscenos)
f. Religiosos/Satânicos (e.g. pensamentos/ impulsos blasfemos)
g. Fazer mal a outros acidentalmente (e.g. envenenar ou magoar alguém sem saber)
h. Imagens de horror (e.g. corpos mutilados)
i. Pensamentos/imagens sem sentido (e.g. números, letras, canções)

	<u>ACTUAL</u>			<u>PASSADO</u>	
	Persist.	Resist.	comentário	Persist.	Resist.
	Pertur.			Pertur.	
j. Outro
k. Outro

COMPULSÕES:

Para cada compulsão, faça cotações da Frequência usando as escalas e questões sugeridas abaixo.

FREQUÊNCIA:

Com que frequência se sente forçado a efectuar acções tais como.....?

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nunca Raramente Ocasionalmente Frequentemente Constantemente

	<u>ACTUAL</u>		<u>PASSADO</u>	
	Frequência	comentário	Frequência	
a. Contar (e.g., certas letras ou números, outras objectos do ambiente)	
b. Verificar (e.g. fechaduras, interruptores, trajectos de condução, papeis importantes, cestos do lixo)	
c. Lavagem	
d. Guardar/armazenar (e.g. jornais, lixo, objectos sem importância)	
e. Repetição mental (e.g. frases, palavras, rezas)	

	<u>ACTUAL</u>		<u>PASSADO</u>
	Frequência	comentário	Frequência
f. Adesão a certas regras ou sequências (e.g. simetria, actos ritualísticos, rotinas quotidianas específicas)
g. Outra
h. Outra

Se não há evidência de obsessões ou compulsões, passe para **FOBIAS ESPECÍFICAS** (pag. 50).

II. EPISÓDIO ACTUAL

A. Obsessões

Se não há evidência de obsessões, passe para Compulsões (pág. 132)

Se há evidência de um episódio passado distinto, comece o inquérito nesta secção com: **Agora gostaria de colocar-lhe uma série de questões sobre este período actual de pensamentos, imagens ou impulsos repetitivos, que começaram aproximadamente em(especifique mês/ano).**

Liste as principais obsessões: 1:
2:

Para cada obsessão pergunte:

1a..Num dia médio, do último mês, que percentagem do dia foi ocupado com os pensamentos/impulsos/imagens que lhe vêm à cabeça sobre.....?

#1:% #2:% Total:%

b. Se não tem a certeza, **Tipicamente, estes pensamentos/impulsos/imagens estão na sua cabeça durante pelo menos uma hora por dia?**

SIM..... NÃO

2a.. Enquanto o pensamento/impulso/imagem sobre.....está na sua cabeça, com que grau acredita que ele é verdadeiro (escala de 0 a 100, em que 0= nada e 100=completamente)?

#1:% #2:%

b. No actual período de tempo em que tem sido incomodado por esses pensamentos/impulsos/imagens sobre....., com que grau acredita que são verdadeiros, mesmo quando não lhe vêm à cabeça (escala de 0 a 100)?

#1:% #2:%

3. Como é que esses pensamentos/impulsos/imagens sobre.....lhe vêm à cabeça (verifique se o doente reconhece as obsessões como sendo produto da sua própria mente)?

.....

Se há evidência de inserção do pensamento, **Esses pensamentos/impulsos/imagens são sempre impostos por alguma coisa exterior a si?**

SIM..... NÃO

SE SIM, especifique:.....

4 .De que modo esses pensamentos/impulsos/imagens lhe dizem respeito?; Em que é que o preocupa o que possa significar ter esses pensamentos/impulsos/imagens?

.....

.....

B. Compulsões

Se não há evidência de compulsões, passe para **Episódio Actual** (Obsessões e Compulsões, pág. 133)

Se há evidência de um episódio passado distinto, comece o inquérito desta secção com: **Agora gostaria de colocar-lhe uma série de questões sobre este período actual de comportamentos repetitivos ou acções mentais, que começaram aproximadamente em(especifique mês/ano).**

Liste as principais compulsões: 1:

2:

Para cada compulsão pergunte:

1a.. Num dia médio, do último mês, que percentagem do dia estava a (compulsão):.....?

#1:% #2:% Total:%

- b. Se não tem a certeza, tipicamente, gasta pelo menos uma hora por dia a efectuar estes comportamentos/acções mentais?

SIM..... NÃO

2. Acha que a repetição desses comportamentos/acções mentais não faz sentido ou leva mais tempo do que realmente seria necessário?

SIM..... NÃO

Especifique:

SE NÃO, Em alguma altura do período actual em que tem sido incomodado por estes comportamentos/actos mentais, achou que eles não faziam sentido ou levavam mais tempo do que seria necessário?

SIM..... NÃO

Especifique:

- 3a. Com que frequência resiste a efectuar estes comportamentos/actos mentais?

.....

- b. Que grau de ansiedade sente, se não pode ou não efectua estes comportamentos?

.....

- c. O que é que o preocupa que possa acontecer se não efectuar esses comportamentos?

.....

C. Episódio Actual (Obsessões e/ou Compulsões)

1. De que modo esses pensamentos/impulsos/imagens/comportamentos repetitivos interferiram na a sua vida? (e.g., rotina diária, emprego, actividades sociais)?; Em que grau se sente incomodado por esses sintomas?.....

.....

Cote a interferência:.....perturbação:.....

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8
Nenhuma Ligeira Moderada Grave Muito Grave

2. Ao longo de todo este período actual em que tem tido esses pensamentos/ imagens/impulsos/ comportamentos repetitivos, tem estado a tomar regularmente algum tipo de medicação/droga (incluindo drogas de abuso)?

SIM..... NÃO

Especifique (tipo; quantidade; datas do consumo):

.....

3. Ao longo deste período actual em que tem tido esses pensamentos/impulsos/imagens/comportamentos repetitivos, teve algum problema médico?

SIM..... **NÃO**

Especifique (tipo; data de início/remissão):.....

.....

4a. Neste período actual, quando é que esses pensamentos/impulsos/imagens/comportamentos repetitivos passaram a constituir um problema, no sentido de ocorrerem persistentemente (mais de uma hora/dia), sentir-se incomodado pelos sintomas ou estes, de algum modo interferirem na sua vida? (nota: se o doente for vago na data de início, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data de início:Mês.....Ano

b. Lembra-se de alguma coisa que possa ter contribuído para este problema?

.....

.....

c. Nessa altura estava sujeito a algum "stress"?

SIM..... **NÃO**

O que é que estava a acontecer na sua vida, nessa altura?

.....

.....

Estava a ter algumas dificuldades ou mudanças:

(1) Na família/relações.....

(2) No trabalho/escola

(3) Financeiras.....

(4) Em assuntos legais

(5) Na saúde (do próprio/outros)

5. Para além deste período actual em que tem tido esses pensamentos/imagens/impulsos/comportamentos, houve outros períodos de tempo separados antes deste, em que tenha tido os mesmos problemas?

SIM..... **NÃO**

SE SIM, volte atrás e pergunte 2b. e 2c. do **INQUÉRITO INICIAL** (Pág. 37)

SE NÃO, passe para **FOBIAS ESPECÍFICAS** (Pág. 50)

III. EPISÓDIO PASSADO

A. Obsessões

Se não há evidência de obsessões, passe para Compulsões (Pág.)

Agora gostaria de colocar-lhe uma série de questões sobre o período passado de pensamentos, imagens ou impulsos repetitivos, que começaram aproximadamente em(especifique mês/ano) e terminaram em(especifique mês/ano)

Liste as principais obsessões: 1:
2:
.....

Para cada obsessão pergunte:

1a.. Num dia médio, durante este período, que percentagem do dia foi ocupado com os pensamentos/impulsos/imagens que lhe vinham à cabeça sobre.....?

#1:% #2:% Total:%

b. Se não tem a certeza, **Tipicamente, estes pensamentos/impulsos/imagens estavam na sua cabeça durante pelo menos uma hora por dia?**

SIM..... NÃO

2a.. Enquanto o pensamento/impulso/imagem sobre.....estava na sua cabeça, em que grau acreditava que ele era verdadeiro (escala de 0 a 100, em que 0= nada e 100=completamente)?

#1:% #2:%

b. Durante aquele período de tempo em que era incomodado por esses pensamentos/impulsos/imagens sobre....., com que grau acreditava que eram verdadeiros, mesmo quando não lhe vinham à cabeça (escala de 0 a 100)?

#1:% #2:%

3. Como é que esses pensamentos/impulsos/imagens sobre.....lhe vinham à cabeça (verifique se o doente reconhece as obsessões como sendo productos da sua própria mente)?

.....
Se há evidência de inserção do pensamento, **Esses pensamentos/impulsos/imagens eram sempre impostos por alguma coisa exterior a si?**

SIM..... NÃO

SE SIM, especifique:.....

.....

4. De que modo esses pensamentos/impulsos/imagens lhe diziam respeito? Em que é que o preocupava, que pudesse significar ter esses pensamentos/impulsos/imagens?

.....

.....

B. Compulsões

Se não há evidência de compulsões, passe para **Episódio Passado** (Obsessões e Compulsões, pág.)

Agora gostaria de colocar-lhe uma série de questões sobre o período passado de pensamentos, imagens ou impulsos repetitivos, que começaram aproximadamente em(especifique mês/ano) e terminaram em(especifique mês/ano).

Liste as principais compulsões: 1:

2:

.....

Para cada compulsão pergunte:

- 1a.. Num dia médio naquele período, que percentagem do dia estava a (compulsão):.....?

#1:% #2:% Total:%

- b. Se não tem a certeza, **Tipicamente, gastava pelo menos uma hora por dia a efectuar estes comportamentos/acções mentais?**

SIM..... NÃO

2. Achava que a repetição desses comportamentos/acções mentais não fazia sentido ou levava mais tempo do que realmente seria necessário?

SIM..... NÃO

Especifique:

SE NÃO, Em alguma altura do período passado em que era incomodado por estes comportamentos/actos mentais, achou que eles não faziam sentido ou levavam mais tempo do que seria necessário?

SIM..... NÃO

Especifique:

3a. Com que frequência resistia a efectuar estes comportamentos/actos mentais?

.....

b. Que grau de ansiedade sentia, se não podia ou não efectuava estes comportamentos?

.....

c. O que é que o preocupava que pudesse acontecer se não efectuasse esses comportamentos?

.....

C. Episódio Passado (Obsessões e/ou Compulsões)

1. De que modo esses pensamentos/impulsos/imagens/comportamentos repetitivos interferiram na sua vida? (e.g., rotina diária, emprego, actividades sociais)?; Em que grau se sentia incomodado por ter esses sintomas?.....

.....

Cote a interferência.....perturbação.....

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nenhuma

Ligeira

Moderada

Grave

Muito Grave

2. Ao longo de todo este período passado em que tinha esses pensamentos/impulsos/imagens/comportamentos repetitivos, estava a tomar regularmente algum tipo de medicação/droga (incluindo drogas de abuso)?

SIM..... NÃO.....

Especifique (tipo; quantidade; datas da toma):.....

.....

3. Ao longo deste período passado em que tinha esses pensamentos/impulsos/imagens/comportamentos repetitivos, teve alguma situação médica?

SIM..... NÃO.....

Especifique (tipo; data de início/remissão):.....

.....

4a. Neste período passado, quando é que esses pensamentos/impulsos/imagens/comportamentos repetitivos passaram a constituir um problema, no sentido de ocorrerem persistentemente (mais de uma hora/dia), sentir-se incomodado pelos sintomas ou estes, de algum modo interferirem na sua vida? (nota: se o doente for vago na data de início, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data de início:Mês.....Ano

b. Lembra-se de alguma coisa que possa ter contribuído para problema?

.....
.....

c. Nesta altura estava sujeito a algum "stress"?

SIM..... **NÃO**

O que é que estava a acontecer na sua vida, nesta altura?

.....
.....

Estava a ter algumas dificuldades ou mudanças:

(1) Na família/relações.....

(2) No trabalho/escola

(3) Financeiras.....

(4) Em assuntos legais

(5) Na saúde (do próprio/outros)

5a. Quando é que esses sintomas deixaram de consituir um problema, no sentido de já não consumirem tempo ou ocorrerem repetidamente, não sentir-se incomodado pelos sintomas e não interferirem na sua vida?

.....

Data de remissão:Mês.....Ano

b. Lembra-se de alguma razão para os sintomas terem acabado?

.....

6. Antes/depois deste período passado de pensamentos/imagens/impulsos/comportamentos repetitivos, houve outros períodos de tempo separados de que não tenhamos falado, em que tenha tido os mesmos problemas?

SIM..... **NÃO**

SE SIM, volte atrás e pergunte 2b. e 2c. do **INQUÉRITO INICIAL** (Pág. 37)

SE NÃO, passe para **FOBIAS ESPECÍFICAS** (Pág. 50)

FOBIAS ESPECÍFICAS

I. INQUÉRITO INICIAL

Para cada situação, faça cotações separadas do nível de medo e grau de evitamento, usando a seguinte escala:

0.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7.....	8
Sem medo/ Nunca evita	Medo ligeiro/ Evita raramente		Medo moderado/ Evita algumas vezes		Medo grave Evita frequentemente;		Medo muito grave/ Evita sempre	

Para cada situação, investigue tanto episódios actuais como passados:

1. Actualmente, tem medo ou sente necessidade de evitar coisas tais como:

Alguma vez, teve medo ou sentiu necessidade de evitar coisas tais como

Se o doente refere um medo específico actual, ao inquirir sobre medos passados relativos ao mesmo objecto/situação, investigue a presença de episódios prévios distintos do distúrbio (e.g., **"Desde que o medo começou, houve períodos de tempo em que não se tenha sentido incomodado por ele?"**). Use o espaço para COMENTÁRIOS para registar outra informação clínica relevante (e.g., frequência com que ocorre cada situação temida)).

	<u>ACTUAL</u>			<u>PASSADO</u>	
	Medo	Evit.	comentário	Medo	Evit.
a. Animais (e.g., cobras, aranhas, cães, abelhas/insectos)
b. Ambiente natural					
Alturas
Tempestades
Água
c. Sangue/injecções/ferimentos:do próprio					
Sangue em pequenos cortes
Levar injecções
Tirar sangue
d. Sangue/injecções/ferimentos:nos outros					
Sangue em pequenos cortes
Levar injecções
Tirar sangue
e. Situacional					
Viajar de avião
Elevadores/espacos fechados pequenos
Conduzir

	ACTUAL			PASSADO	
	Medo	Evit.	comentário	Medo	Evit.
f. Outro					
Procedimentos médicos/dent.
Sufocar
Vomitar
Contraír uma doença

II. EPISÓDIO ACTUAL

Complete para cada medo específico que potencialmente apresenta gravidade clínica:

Se há evidência de um episódio passado distinto, comece o inquérito desta secção com: **Agora gostaria de colocar-lhe uma série de questões sobre os seus actuais medos específicos.**

A. Medo específico #1:

1. Nesta situação, o que é que o preocupa que possa acontecer?

.....

2. Sente ansiedade quase sempre que encontra ?

SIM..... **NÃO**

3. A ansiedade ocorre logo que entra ou se prepara para entrar na situação, ou por vezes a ansiedade é adiada ou inesperada?

Imediata Adiada

4a. Sente-se ansioso nesta situação por ter medo de poder ter um ataque de pânico inesperado?

SIM..... **NÃO**

SE SIM,

b. Aconteceu sentir um medo/ansiedade inesperado, sem estar exposto a?

.....**SIM****NÃO**

SE SIM, onde é que isso ocorreu:

SE SIM a 4a. ou 4b., considere se o medo pode ser incluído num distúrbio de pânico.

5. De que modo é que este medo tem interferido na sua vida? (e.g., rotina diária, emprego, actividades sociais). Em que grau se sente incomodado por este medo?

.....
.....

Cote a interferência.....perturbação.....

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nenhuma Ligeira Moderada Grave Muito Grave

6a. Quando é que a ansiedade sobre..... passou a constituir um problema, no sentido de causar grande perturbação ou interferência na sua vida? (nota: se o doente for vago na data de início, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data de início:Mês.....Ano

b. Lembra-se de alguma coisa que possa ter contribuído para este medo?.....

.....

B. Medo específico #2:

1. Nesta situação, o que é que o preocupa que possa acontecer?.....

.....

2. Sente ansiedade quase sempre que encontra..... ?

SIM..... NÃO

3. A ansiedade ocorre logo que entra ou se prepara para entrar na situação, ou por vezes a ansiedade é adiada ou inesperada?

Imediata Adiada

4a. Sente-se ansioso nesta situação por ter medo de poder ter um ataque de pânico inesperado?

SIM..... NÃO

SE SIM,

b. Aconteceu sentir um medo/ansiedade inesperado, sem estar exposto a?

.....**SIM****NÃO**

SE SIM, onde é que isso ocorreu:

SE SIM a 4a. ou 4b., considere se o medo pode ser incluído num distúrbio de pânico.

5. De que modo é que este medo interfere na sua vida? (e.g., rotina diária, emprego, actividades sociais). Em que grau se sente incomodado por este medo?

.....
.....

Cote a interferência.....perturbação.....

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nenhuma

Ligeira

Moderada

Grave

Muito Grave

- 6a. Quando é que a ansiedade sobre..... começou a constituir um problema, no sentido de causar grande perturbação ou interferência na sua vida? (nota: se o doente for vago na data de início, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data de início:Mês.....Ano

- b. Lembra-se de alguma coisa que possa ter contribuído para este medo?.....

.....

III. EPISÓDIOS PASSADOS

Complete para cada medo específico, que potencialmente apresentava gravidade clínica:

Agora gostaria de colocar-lhe uma série de questões sobre os seus medos específicos passados.

A. Medo específico #1:

1. Nesta situação, o que é que o preocupava que pudesse acontecer?

.....

2. Sentia ansiedade quase sempre que encontrava..... ?

SIM..... NÃO

3. A ansiedade ocorria logo que entrava ou se preparava para entrar na situação, ou por vezes a ansiedade era adiada ou inesperada?

Imediata Adiada

4a. Sentia-se ansioso nesta situação por ter medo de poder ter um ataque de pânico inesperado?

SIM..... NÃO

SE SIM,

b. Aconteceu sentir um medo/ansiedade inesperado, sem estar exposto a

.....**SIM****NÃO**

SE SIM, onde é que isso ocorreu:

SE SIM a 4a. ou 4b., considere se o medo pode ser incluído num distúrbio de pânico.

5. De que modo é que este medo interferia na sua vida? (e.g., rotina diária, emprego, actividades sociais). Em que grau se sente incomodado por este medo?

.....
.....

Cote a interferência.....perturbação.....

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nenhuma

Ligeira

Moderada

Grave

Muito Grave

6a. Quando é que a ansiedade sobre..... começou a constituir um problema, no sentido de causar grande perturbação ou interferência na sua vida? (nota: se o doente for vago na data de início, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data de início:Mês.....Ano

b. Lembra-se de alguma coisa que possa ter contribuído para este medo?.....

.....
.....

7a. Quando é que a ansiedade sobre..... deixou de constituir um problema, no sentido de sentir-se mais à vontade ou já não causar grande perturbação ou interferência na sua vida?

.....

Data de remissão:Mês.....Ano

b. Lembra-se de alguma razão para ter deixado de ter medo nesta situação?

.....

B. Medo específico #2:

1. Nesta situação, o que é que o preocupava que pudesse acontecer?

.....

2. Sentia ansiedade quase sempre que encontrava..... ?

SIM..... **NÃO**

3. A ansiedade ocorria logo que entrava ou se preparava para entrar na situação, ou por vezes a ansiedade era adiada ou inesperada?

Imediata Adiada

4a. Sentia-se ansioso nesta situação por ter medo de poder ter um ataque de pânico inesperado?

SIM..... **NÃO**

SE SIM,

b. Aconteceu sentir um medo/ansiedade inesperado, sem estar exposto a?

.....**SIM****NÃO**

SE SIM, onde é que isso ocorreu:

SE SIM a 4a. ou 4b., considere se o medo pode ser incluído num distúrbio de pânico.

5. De que modo é que este medo interferia na sua vida? (e.g., rotina diária, emprego, actividades sociais). Em que grau se sentia incomodado por este medo?

.....

.....

Cote a interferência.....perturbação.....

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nenhuma

Ligeira

Moderada

Grave

Muito Grave

6a. Quando é que a ansiedade sobre..... começou a constituir um problema, no sentido de causar grande perturbação ou interferência na sua vida? (nota: se o doente for vago na data de início, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data de início:Mês.....Ano

b. Lembra-se de alguma coisa que possa ter contribuído para este medo?.....

.....

.....

.....

7a. Quando é que a ansiedade sobre..... deixou de constituir um problema, no sentido de sentir-se mais à vontade ou já não causar grande perturbação ou interferência na sua vida?

.....

Data de remissão:Mês.....Ano

b. Lembra-se de alguma razão para ter deixado de ter medo nesta situação?

.....

IV. INVESTIGAÇÃO

O inquérito deve relacionar-se a episódios actuais do distúrbio

A. SINTOMAS DE ATAQUE DE PÂNICO

1. Medo específico # 1:

Sente quando encontra

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8
Ausente Ligeiro Moderado Grave Muito Grave

- | | | | |
|---|-------|--|-------|
| 1. Palpitações, o coração a bater muito ou ritmo cardíaco acelerado | ..... | 9 Tonturas, sensações de desequilíbrio, "cabeça leve" ou desmaio | ..... |
| 2. Suores | ..... | 10. Sensações de despersonalização ou desrealização | ..... |
| 3. Tremores ou abalos musculares | ..... | 11. Sensações de dormência ou formigueiros, parestesias | ..... |
| 4. Dificuldade em respirar ou sensação de asfixia | ..... | 12. Medo de morrer | ..... |
| 5. Sensação de sufocar | ..... | 13. Medo de enlouquecer | ..... |
| 6 Desconforto ou dor no peito | ..... | 14. Medo de fazer algo descontrolado | ..... |
| 7. Náusea ou mal-estar abdominal | ..... |  |  |
| 8. Sensações de calor ou frio | ..... |  |  |

1. Medo específico # 1:

Sente quando encontra

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8
Ausente Ligeiro Moderado Grave Muito Grave

- | | | | |
|---|-------|--|-------|
| 1. Palpitações, o coração a bater muito ou ritmo cardíaco acelerado | ..... | 9 Tonturas, sensações de desequilíbrio, "cabeça leve" ou desmaio | ..... |
| 2. Suores | ..... | 10. Sensações de despersonalização ou desrealização | ..... |
| 3. Tremores ou abalos musculares | ..... | 11. Sensações de dormência ou formigueiros, parestesias | ..... |
| 4. Dificuldade em respirar ou sensação de asfixia | ..... | 12. Medo de morrer | ..... |
| 5. Sensação de sufocar | ..... | 13. Medo de enlouquecer | ..... |
| 6 Desconforto ou dor no peito | ..... | 14. Medo de fazer algo descontrolado | ..... |
| 7. Náusea ou mal-estar abdominal | ..... |  |  |
| 8. Sensações de calor ou frio | ..... |  |  |

DISTÚRBIO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO (DSPT)/DISTÚRBIO DE STRESS AGUDO

I. INQUÉRITO INICIAL

- 1a. Alguma vez experienciou ou testemunhou um acontecimento traumático ou ameaçador para a vida, tal como assalto, violação, ver alguém ser gravemente ferido ou morto, combates, acidentes ou catástrofes naturais ou causadas pelo homem?

SIM..... NÃO

SE SIM, especifique a natureza e data do(s) acontecimento(s); se o acontecimento persistiu, especifique a data do fim do trauma (e.g. abuso físico continuado).

.....
.....

- b. Lembra-se de algum acontecimento deste tipo, que tenha ocorrido na sua infância?

SIM..... NÃO

SE SIM, especifique a natureza e data do(s) acontecimento(s); se o acontecimento persistiu, especifique a data do fim do trauma (e.g. abuso físico continuado).

.....
.....

SE NÃO para 1a. e 1b., passe para **HIPOCONDRIA** (pag. 68).

- c. Qual foi a sua resposta emocional, enquanto o acontecimento estava a acontecer? (Especificar para cada trauma referido em 1a e 1b.).

.....
.....

Se não tem a certeza, **Enquanto o acontecimento estava a acontecer, sentiu medo intenso, desespero ou horror?**

SIM..... NÃO

- d. Actualmente, tem-se sentido incomodado por coisas tais como recordações recorrentes, pensamentos ou sonhos sobre o acontecimento, ou perturbação quando ouve ou vê coisas que lhe lembram o acontecimento?

SIM..... NÃO

SE SIM, Depois do acontecimento ocorrer/começar quanto tempo é que demorou a começarem esses sintomas?

.....

Passe para 2a.

- e. **SE NÃO**, desde que o acontecimento ocorreu, alguma vez se sentiu incomodado por coisas tais como recordações recorrentes e perturbadoras, sonhos ou pensamentos sobre o acontecimento?

SIM..... NÃO

SE NÃO, passe para 3.

Depois do acontecimento começar, quanto tempo é que demorou a sentir esses pensamentos/recordações/sonhos recorrentes e perturbadores?; Quando é que esses sintomas pararam?

.....
.....

- 2a. Para além deste período actual/mais recente, em que tem tido esses pensamentos/recordações/sonhos recorrentes e perturbadores, sobre o acontecimento, houve outros períodos de tempo separados, durante os quais tivesse tido sintomas semelhantes?

SIM..... NÃO

- b. Assim, antes deste período actual/mais recente, em que tem tido esses pensamentos/recordações/sonhos recorrentes e perturbadores, sobre o acontecimento, houve um período de tempo considerável em que não tivesse estes sintomas?

SIM..... NÃO

- c. Quanto tempo separaram esses períodos; quando é que ocorreram esse(s) períodos separados?

.....

3. Re-experienciação dos sintomas

Se o doente não refere uma re-experienciação actual ou passada dos sintomas (i.e., **NÃO** a 1d. e 1e.), pergunte apenas sobre **PASSADO** (usando as questões abaixo mencionadas, ligadas ao período de um mês após o trauma ter começado/ocorrido). Se o doente refere uma re-experienciação actual ou passada dos sintomas (i.e. **SIM** a 1d ou 1e.) pergunte tanto sobre sintomas **ACTUAIS** como **PASSADOS**. Particularmente se houver evidência de episódios separados, verifique a presença de episódios prévios distintos do distúrbio (e.g., "**Desde que esses sintomas começaram, houve períodos de tempo em que não tenha sido incomodado por eles?**") Use o espaço abaixo de cada sintomas para registar a natureza específica do sintoma (e.g., pistas que elicitam a perturbação associada ao trauma). Use a secção dos **COMENTÁRIOS** para registar informação clínica relevante (e.g.informação relativa ao carácter distinto dos episódios, duração do sintoma mais relacionada com um Distúrbio Agudo de Stress).

Para cada sintoma re-experimentado, faça citações separadas da Recorrência/Perturbação (i.e. frequência e intensidade) usando a escala e questões abaixo mencionadas.

RECORRÊNCIA/PERTURBAÇÃO

Com que frequência sente/sentiu? Que grau de perturbação isso causa/causou?

Pergunta para os doentes que respondem **NÃO** aos itens 1d. e 1e.

Dentro do período de um mês depois do acontecimento ter ocorrido/começado, sentiu.....?; Com que frequência sentiu.....?; Que grau de perturbação isso causa/causou?

0.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7.....	8
Não/ Sem perturbação	Raramente/ Ligeira perturbação	Ocasionalmente/ Perturbação moderada	Frequentemente Perturbação grave	Constantemente/ Perturbação extrema				

	ACTUAL	Comentários	PASSADO
a. Recordações intrusivas do acontecimento (incluindo imagens,pensamentos) percepções)
b. Sonhos sobre o acontecimento
c. Actuar ou sentir como se o acontecimento estivesse a acontecer de novo (e.g. flashback, alucinações, ilusões, reviver o trauma)
d. Perturbação emocional causada pela exposição a estímulos internos ou externos que fazem recordar o acontecimento.
e. Reacção física à exposição a estímulos internos ou externos que fazem recordar o acontecimento.

Se não evidência actual ou passada de re-experienciação dos sintomas, passe para **HIPOCONDRIA** (pag. 68).

II. EPISÓDIO ACTUAL

Se há evidência de um episódio passado distinto, comece o inquérito desta secção com: **Agora gostaria de colocar-lhe uma série de questões sobre este período actual em que tem tido recordações/sonhos/pensamentos recorrentes e perturbadores do acontecimento, que começaram aproximadamente em**(especifique mês/ano).

Especifique o acontecimento traumático:

1. Desde que o acontecimento ocorreu/começou, com que frequência sente.....?; Com que grau sente.....?; Só teve esse sintoma desde que o acontecimento ocorreu/começou? (não registar sintomas que estão associados a outras condições tais como pânico, depressão, ansiedade generalizada, etc).

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nunca/
Nenhum

Raramente/
Ligeiro

Ocasionalmente/
Moderado

Frequentemente
Grave

Constantemente/
Muito grave

	GRAVIDADE	INÍCIO DESDE O TRAUMA	
a. Evitamento de pensamentos, emoções ou conversas associadas como o acontecimento
b. Evitamento de actividades, situações ou pessoas que relembram o acontecimento
c. Incapacidade para recordar aspectos importantes do acontecimento
d. Perda de interesse e/ou diminuição da participação em actividades importantes	S	N
e. Sentimentos de distanciamento emocional relativamente aos outros	S	N
f. Restrição das emoções (e.g. incapaz de ter emoções agradáveis ou de carinho)	S	N
g. Sentimentos de expectativas negativas relativamente ao futuro (e.g. não espera ter uma carreira, casar-se, ter expectativa de vida normal)	S	N

2. Desde que o acontecimento ocorreu/começou, com que frequência sentiu.....? Em que grau sentiu.....?; Só teve esse sintoma desde que o acontecimento ocorreu/começou? (não registar sintomas que estão associados a outras condições tais como pânico, depressão, ansiedade generalizada, etc).

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nunca/
Nenhum

Raramente/
Ligeiro

Ocasionalmente/
Moderado

Frequentemente
Grave

Constantemente/
Muito grave

GRAVIDADE **INÍCIO DESDE**
O TRAUMA

- a. Dificuldade em adormecer ou manter o sono **S** **N**
- b. Irritabilidade ou surtos de raiva **S** **N**
- c. Dificuldades de concentração **S** **N**
- d. Hipervigilância (e.g. vigilância constante do ambiente à sua volta) **S** **N**
- e. Resposta de reacção exagerada **S** **N**

3. De que modo essas recordações/pensamentos/sonhos recorrentes e perturbadores e os sintomas a eles associados, interferiram na sua vida (e.g., rotina diária, emprego, actividades sociais); Em que grau se sente incomodado por esses sintomas?

.....

.....

Cote a interferência.....perturbação.....

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nunca/
Nenhum

Raramente/
Ligeiro

Ocasionalmente/
Moderado

Frequentemente
Grave

Constantemente/
Muito grave

Se houver alguma incerteza sobre quando ocorreu/começou o acontecimento traumático, pergunte:

- 4a. Lembra-se da data específica em que o acontecimento ocorreu/começou? (nota: se o doente for vago na data de ocorrência, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data do acontecimento:Mês.....Ano

Para acontecimentos que estavam a decorrer (e.g. abuso físico recorrente), pergunte:

b. Lembra-se da data específica em que o acontecimento terminou?

.....

Data do fim do acontecimento:Mês.....Ano

Se houver alguma incerteza sobre o início do distúrbio, pergunte:

5a. Para este período actual, quando é que essas recordações/pensamentos/sonhos recorrentes e perturbadores e os sintomas a eles associados, passaram a constituir um problema, no sentido de ocorrerem persistentemente, sentir-se incomodado pelos sintomas ou estes, de alguma forma, interferirem na sua vida? (nota: se o doente for vago na data de início, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data de início:Mês.....Ano

b. Quanto tempo depois do acontecimento ocorrer/começar, é que começou a ter esses pensamentos/recordações/sonhos recorrentes e perturbadores; bem como os outros sintomas a eles associados?

.....

Nota: se o síndrome começou pelo menos 6 meses depois do acontecimento stressante, considere a presença de DSPT de Início Adiado. Se os acontecimentos ocorreram dentro de 4 semanas após o acontecimento e não duraram mais que 4 semanas, considere a presença de Distúrbio de Stress Agudo.

6. Para além deste período actual, em que tem tido essas recordações/pensamentos/sonhos recorrentes e perturbadores, houve outros períodos de tempo separados antes deste, em que tivesse tido os mesmos problemas, quer seja em relação com este acontecimento, quer com outro?

SIM..... **NÃO**

SE SIM, volte atrás e pergunte 2b. e 2c. do **INQUÉRITO INICIAL** (Pág. 56). Se há evidência de um acontecimento traumático adicional, registre a natureza do acontecimento em 1a. ou 1b.

SE NÃO, passe para **HIPOCONDRIA** (Pág. 68)

III. EPISÓDIO PASSADO

Agora gostaria de colocar-lhe uma série de questões sobre o período passado em que teve recordações/sonhos/pensamentos recorrentes e perturbadores do acontecimento, que começaram aproximadamente em(especifique mês/ano) e terminaram aproximadamente em(especifique mês/ano)

Especifique o acontecimento traumático:

1. Depois do acontecimento ter ocorrido/começado, com que frequência sentiu.....?; Com que grau sentiu.....?; Só teve esse sintoma depois do acontecimento ter ocorrido/começado? (não registar sintomas que estão associados a outras condições tais como pânico, depressão, ansiedade generalizada, etc).

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nunca/
Nenhum

Raramente/
Ligeiro

Ocasionalmente/
Moderado

Frequentemente
Grave

Constantemente/
Muito grave

	GRAVIDADE	INÍCIO DESDE O TRAUMA	
a. Evitamento de pensamentos, emoções ou conversas associadas como o acontecimento
b. Evitamento de actividades, situações ou pessoas que relembram o acontecimento
c. Incapacidade para recordar aspectos importantes do acontecimento
d. Perda de interesse e/ou diminuição da participação em actividades importantes	S	N
e. Sentimentos de distanciamento emocional relativamente aos outros	S	N
f. Restrição das emoções (e.g. incapaz de ter emoções agradáveis ou de carinho)	S	N
g. Sentimentos de expectativas negativas relativamente ao futuro (e.g. não espera ter uma carreira, casar-se, ter expectativa de vida normal)	S	N

2. Depois do acontecimento ter ocorrido/começado, com que frequência sentiu.....?; Com que grau sentiu.....?; Esse sintoma só começou depois do acontecimento ter ocorrido/começado? (não registar sintomas que estão associados a outras condições tais como pânico, depressão, ansiedade generalizada, etc).

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nunca/
Nenhum

Raramente/
Ligeiro

Ocasionalmente/
Moderado

Frequentemente
Grave

Constantemente/
Muito grave

	GRAVIDADE	INÍCIO DESDE O TRAUMA	
a. Dificuldade em adormecer ou manter o sono	S	N
b. Irritabilidade ou surtos de raiva	S	N

- | | GRAVIDADE | INÍCIO DESDE
O TRAUMA | |
|--|------------------|----------------------------------|----------|
| c. Dificuldades de concentração | | S | N |
| d. Hipervigilância (e.g. vigilância constante
do ambiente à sua volta | | S | N |
| e. Resposta de reacção exagerada | | S | N |
3. De que modo essas recordações/pensamentos/sonhos recorrentes e perturbadores e os sintomas a eles associados, interferiram na sua vida (e.g., rotina diária, emprego, actividades sociais); Em que grau se sente incomodado por esses sintomas?

.....

.....

Cote a interferência.....perturbação.....

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

**Nunca/
Nenhum**

**Raramente/
Ligeiro**

**Ocasionalmente/
Moderado**

**Frequentemente
Grave**

**Constantemente/
Muito grave**

Se houver alguma incerteza sobre quando ocorreu/começou o acontecimento traumático, pergunte:

- 4a. Lembra-se da data específica em que o acontecimento ocorreu/começou? ? (nota: se o doente for vago na data de ocorrência, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data do acontecimento:Mês.....Ano

Para acontecimentos que estavam a decorrer (e.g. abuso fisico recorrente), pergunte:

- b. Lembra-se da data específica em que o acontecimento terminou?

.....

Data do fim do acontecimento:Mês.....Ano

Se houver alguma incerteza sobre o início do distúrbio, pergunte:

- 5a. Para este período passado, quando é que essas recordações/pensamentos/sonhos recorrentes e perturbadores e os sintomas a eles associados passaram a constituir um problema, no sentido de ocorrerem persistentemente, sentir-se incomodado pelos sintomas ou estes, de alguma forma, interferirem na sua vida? (nota: se o doente for vago na data de início, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data de início:Mês.....Ano

- b. Quanto tempo depois do acontecimento ocorrer/começar, é que começou a ter esses pensamentos/recordações/sonhos recorrentes e perturbadores; bem como os outros sintomas a eles associados?

.....

Nota: se o síndrome começou pelo menos 6 meses depois do stressor, considere a presença de DSPT de Início Adiado. Se os acontecimentos ocorreram dentro de 4 semanas após o acontecimento e não duraram mais que 4 semanas, considere a presença de Distúrbio de Stress Agudo (pag. 69)

- 6a. Quando é que isso deixou de constituir um problema, no sentido em que essas recordações/pensamentos/sonhos recorrentes e perturbadores, já não ocorriam persistentemente, já não se sentia incomodado por eles e essas recordações e os sintomas a elas associados já não interferiam na sua vida?

Data de remissão:Mês.....Ano

7. Antes/depois deste período passado, em que teve essas recordações/pensamentos/sonhos recorrentes e perturbadores, houve outros períodos de tempo separados de que não tenhamos falado, em que tenha tido os mesmos problemas, quer em relação com este acontecimento, quer com outro?

SIM..... NÃO

SE SIM, volte atrás e pergunte 2b. e 2c. do **INQUÉRITO INICIAL** (Pág.56). Se há evidência de um acontecimento traumático adicional, registe a natureza do acontecimento em 1a. ou 1b.

SE NÃO, passe para **HIPOCONDRIA** (Pág. 68)

IV. DISTÚRPIO DE STRESS AGUDO

Se foi determinado que o doente experienciou um acontecimento traumático associado com sintomas de re-experienciação e evitamento dos estímulos relacionados com o trauma e sintomas de ansiedade/intensa activação que surgiram dentro do período de 4 semanas após o acontecimento e não duraram mais de 4 semanas, administrar esta secção.

Especifique o acontecimento traumático:

1. Depois do acontecimento ter ocorrido/começado, com que frequência sentiu.....?; Com que grau sentiu.....?; Só teve esse sintoma depois do acontecimento ter ocorrido/começado? (não registar sintomas que estão associados a outras condições tais como pânico, depressão, ansiedade generalizada, etc).

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nunca/
Nenhum

Raramente/
Ligeiro

Ocasionalmente/
Moderado

Frequentemente
Grave

Constantemente/
Muito grave

GRAVIDADE

ACTUAL COMENT. PASSADO

- | | | | |
|---|-------|-------|-------|
| a. Sentimentos de entorpecimento, distanciamento, ou ausência de resposta emocional | ..... | ..... | ..... |
| b. percepção diminuída do ambiente circundante (e.g. estar nodaze) | ..... | ..... | ..... |
| c. Desrealização | ..... | ..... | ..... |
| d. Despersonalização | ..... | ..... | ..... |
| e. Incapacidade de evocar um aspecto importante do acontecimento | ..... | ..... | ..... |
| f. Estar agitado, incapaz de ficar quieto | ..... | ..... | ..... |

- 2.a. Quanto tempo depois do acontecimento ter ocorrido/começado, começou a sentir esses sintomas?

ACTUAL:

PASSADO:

Se a investigar sobre um episódio PASSADO, pergunte:

- b. Quanto tempo duraram esses sintomas?

.....

3. Durante este período em que teve/tem estes sintomas, (estava/está a tomar regularmente qualquer tipo de fármaco? (inclui drogas de abuso, medicação).

SIM..... NÃO

Especifique (tipo; doses; datas de consumo):

ACTUAL:

PASSADO:

4. Durante este/aquele período, teve/tem qualquer problema físico?

SIM..... **NÃO**

Especifique (tipo; data de início/remissão):

ACTUAL:

PASSADO:

HIPOCONDRIA

I. INQUÉRITO INICIAL

- 1a. Ao longo dos últimos meses, teve medo continuamente ou acreditou que pudesse ter uma doença física grave (cancro, doença do coração, SIDA, etc.)

SIM..... NÃO

SE NÃO, passe para 1b

SE SIM, Que tipo de doenças tem medo de poder ter?

.....

Passe para 2a.

- b. Alguma vez houve um longo período de tempo em que continuamente teve medo ou acreditou que podia ter uma doença física grave?

SIM..... NÃO

SE SIM, Que tipo de doenças tinha medo de poder ter?

.....

Quando foi o período mais recente em que isso aconteceu?

.....

SE SIM a 1a. ou 1b. ou não tem a certeza, continue as perguntas. De outra forma, passe **DISTÚRBIO DE SOMATIZAÇÃO** (pag. 74).

- 2a. Para além deste período actual/mais recente, em que tem tido medo de ter uma doença grave, houve outros períodos de tempo separados, em que continuamente tenha tido medo ou acreditado que tinha uma doença física grave?

SIM..... NÃO

SE NÃO, passe para **EPISÓDIO ACTUAL**

- b. Assim, antes deste período actual/mais recente, em que tem tido medo de ter uma doença grave, houve um período de tempo considerável em que não tenha estado com medo ou acreditado que tinha uma doença física grave?

SIM..... NÃO

- c. Quanto tempo separou esses períodos?; Quando é que esse(s) períodos separados ocorreram?

.....

II. EPISÓDIO ACTUAL

Se há evidência de um episódio passado distinto, comece o inquérito desta secção com: **Agora gostaria de colocar-lhe uma série de questões sobre este período actual em que tem tido medo ou acreditado que tem uma doença grave, que começou aproximadamente em(especifique mês/ano).**

Liste as doenças a investigar:

- 1a. Tem alguns sintomas ou sensações corporais que estão associados com o seu medo ou crença de ter.....(especifique a doença)?

SIM..... NÃO

SE SIM,

- b. Que sintomas sente?

.....

- c. Com que frequência ocorrem esses sintomas?

.....

- 2a. Consultou algum médico para determinar se tem ou qualquer outra doença física?

SIM..... NÃO

SE SIM,

- b. Neste episódio actual, quantas vezes consultou um médico por causa desses sintomas, desde que começou o seu medo ou crença de ter.....?

- c. Quais foram os resultados dessas avaliações médicas?

.....

- d. Se o médico lhe diz que não encontra qualquer alteração, sente-se tranquilizado de não ter uma doença física?

SIM..... NÃO

SE SIM, Quanto tempo dura essa tranquilização

Essa tranquilização desvanece-se, de modo que continua a acreditar que está fisicamente doente?

SIM..... **NÃO**

3a. Actualmente, qual o grau de convicção, com que acredita ter(Escala de 0-100, em que 0= nada e 100=completamente)

.....%

b. Lembra-se de alguma evidência que lhe possa indicar que não tem?

SIM..... **NÃO**

SE SIM, o doente que especifique:.....

4. De que modo este medo ou crença de que tem..... interferiram na a sua vida? (e.g., rotina diária, emprego, actividades sociais); Em que grau se sente incomodado pelo medo/crença de ter.....?

.....
.....

Cote a interferência.....perturbação.....

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nenhuma

Ligeira

Moderada

Grave

Muito Grave

5a. Neste período actual, quando é que o medo/crença de ter passou a constituir um problema, no sentido de ficar preocupado com este medo/crença, sentir-se incomodado por esta preocupação ou, de algum modo interferirem na sua vida? (nota: se o doente for vago na data de início, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data de início:Mês.....Ano

Se não tem certeza quanto à duração, Tem-se sentido incomodado com esta preocupação de ter, pelo menos durante os últimos 6 meses?

SIM..... **NÃO**

b. Lembra-se de alguma coisa que possa ter contribuído para este problema?.....

.....
.....

6. Para além deste período actual, em que tem tido medo/acreditado que tinha....., houve outros períodos de tempo separados antes deste, em que tenha tido os mesmos problemas (talvez envolvendo uma doença diferente)?

SIM..... NÃO

SE SIM, volte atrás e pergunte 2b. e 2c do INQUÉRITO INICIAL (pág.65).

SE NÃO, passe para **DISTÚRBIO DE SOMATIZAÇÃO** (Pág. 74)

III. EPISÓDIO PASSADO

Agora gostaria de colocar-lhe uma série de questões sobre o período passado em que tenha tido medo ou acreditado que tinha uma doença grave, que começou aproximadamente em(especifique mês/ano) e terminou aproximadamente em(especifique mês/ano)

Liste as doenças a investigar:

- 1a. Sentia alguns sintomas ou sensações corporais que estavam associados com o seu medo ou crença de que tinha.....(especifique a doença)?

SIM..... NÃO

SE SIM,

- b. Que sintomas sentiu?

.....

- c. Com que frequência ocorreram esses sintomas?

.....

- 2a. Consultou algum médico para determinar se tinha ou qualquer outra doença física?

SIM..... NÃO

SE SIM,

- b. Durante este episódio passado, quantas vezes consultou um médico por causa desses sintomas?

- c. Quais foram os resultados dessas avaliações médicas?

.....

Se o médico lhe dizia que não encontrava qualquer alteração, sentia-se tranquilizado por não ter uma doença física?

SIM..... **NÃO**

SE SIM, Quanto tempo durou essa tranquilização.....

Essa tranquilização desvaneceu-se, de modo que continuou a acreditar que estava fisicamente doente?

SIM..... **NÃO**

3a. Nessa altura, qual o grau de convicção, com que acreditava ter(Escala de 0-100, em que 0= nada e 100=completamente)

.....%

b. Era capaz de admitir alguma evidência em contrário, que lhe pudesse indicar que não tinha?

SIM..... **NÃO**

4. De que modo este medo ou crença de que tinha..... interferiu na a sua vida? (e.g., rotina diária, emprego, actividades sociais); Em que grau se sentia incomodado pelo medo/crença de ter.....?

.....
.....

Cote a interferência.....perturbação.....

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nenhuma

Ligeira

Moderada

Grave

Muito Grave

5a. Durante esse período de tempo em(ano), quando é que o medo/crença de ter passou a constituir um problema, no sentido de ficar preocupado com este medo/crença, sentir-se incomodado por esta preocupação ou, de algum modo interferirem na sua vida? (nota: se o doente for vago na data de início, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data de início:Mês.....Ano

b. Lembra-se de alguma coisa que possa ter contribuído para este problema?.....

.....

.....

6a. Quando é que isso deixou de ser um problema, no sentido em, já não estava preocupado de ter.....e o medo/crença de ter esta doença física já não o incomodava ou não interferia na sua vida?

Data de remissão:Mês.....Ano

Se não tem a certeza quanto à duração, Durante esse período, sentiu-se incomodado com esta preocupação de ter, durante pelo menos 6 meses?

SIM..... NÃO

b. Lembra-se de alguma razão para ter deixado de se preocupar com o medo ou crença de ter.....?

.....
.....

7. Antes/depois deste período passado, em que tinha medo/acreditava que tinha....., houve outros períodos de tempo separados de que não tenhamos falado, em que tenha tido os mesmos problemas (talvez envolvendo outra doença)?

SIM..... NÃO

SE SIM, volte atrás e pergunte 2b. e 2c do **INQUÉRITO INICIAL** (pág.65).

SE NÃO, passar para **DISTÚRBIO DE SOMATIZAÇÃO** (Pág. 74)

DISTÚRBIO DE SOMATIZAÇÃO

I. INQUÉRITO INICIAL

1a. Na sua vida, teve muitos problemas físicos diferentes?

SIM..... **NÃO**

SE SIM,

b. Ao longo dos últimos anos, estes problemas físicos fizeram com que consultasse um médico várias vezes ou interferiram significativamente na sua vida (e.g. trabalho, actividades sociais)?

SIM..... **NÃO**

SE SIM, especifique.....

c. Ao longo dos últimos anos, os médicos frequentemente tiveram dificuldades em diagnosticar a causa desses sintomas ou em tratá-los de forma eficaz?

SIM..... **NÃO**

SE SIM, especifique.....

SE SIM a 1a. e 1b. ou 1c., ou não tem a certeza, continue as perguntas. De outra forma, passe para **ANSIEDADE-DEPRESSÃO MISTA** (pag. 77).

II. EPISÓDIO ACTUAL

1. Sintomas Físicos

Cote cada sintoma usando as escalas e questões sugeridas abaixo indicadas. A cotação da **GRAVIDADE** é obtida para estabelecer a presença e gravidade de cada sintoma físico. Se o sintoma ocorreu em alguma altura durante o distúrbio, obtenha **IDADE DE INÍCIO** e as cotações **NÃO-ORGÂNICO/EXCESSIVO**.

GRAVIDADE (escala 0-8)

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nunca/ Nenhum	Raramente/ Ligeiro	Ocasionalmente/ Moderado	Frequentemente Grave	Constantemente/ Muito grave
------------------	-----------------------	-----------------------------	-------------------------	--------------------------------

IDADE DE INÍCIO (sim= início <30 anos; não= início>30 anos)

Que idade tinha quando estes sintomas começaram?, se incerto: Estes sintomas começaram antes dos 30 anos?

NÃO DEVIDO A DOENÇA MÉDICA CONHECIDA OU O(S) SINTOMA(S) SÃO EXCESSIVOS (sim/não):

Ao longo dos últimos anos, os médicos frequentemente tiveram dificuldades em diagnosticar a causa desses sintomas ou em tratá-los de forma eficaz?

	GRAVIDADE	INÍCIO < 30	NÃO-ORGÂNICO EXCESSIVO
A. <u>Sintomas de dor</u>			
Dor de cabeça	S N	S N
Dor abdominal	S N	S N
Dor nas costas	S N	S N
Dor nas articulações	S N	S N
Dor nas extremidades	S N	S N
Dor no peito	S N	S N
Dor no recto	S N	S N
Dor durante as relações sexuais	S N	S N
Menstruação dolorosa	S N	S N
Dor ao urinar	S N	S N
B. <u>Sintomas gastrointestinais:</u>			
Náusea	S N	S N
Diarreia	S N	S N
Enfartamento	S N	S N
Vómitos (não devidos a gravidez)	S N	S N
Intolerância a vários alimentos	S N	S N
C. <u>Sintomas pseudo-neurológicos:</u>			
Cegueira	S N	S N
Diplopia	S N	S N
Surdez	S N	S N
Perda do tacto ou sensibilidade à dor	S N	S N
Alucinações	S N	S N
Afonia	S N	S N
Prejuízo da coordenação ou equilíbrio	S N	S N
Paralisia ou fraqueza localizada	S N	S N
Dificuldade de deglutição	S N	S N

GRAVIDADE		INÍCIO < 30		NÃO-ORGÂNICO EXCESSIVO	
Dificuldade na respiração	.....	S	N	S	N
Retenção urinária	.....	S	N	S	N
Convulsões	.....	S	N	S	N
Amnésia	.....	S	N	S	N
Perda de consciência (sem ser desmaio)	.....	S	N	S	N

D. Sintomas sexuais - masculinos:

Indiferença sexual	.....	S	N	S	N
Disfunção erétil/da ejaculação	.....	S	N	S	N

E. Sintomas sexuais - femininos:

Indiferença sexual	.....	S	N	S	N
Menstruações irregulares	.....	S	N	S	N
Menorragias	.....	S	N	S	N
Vómitos ao longo da gravidez	.....	S	N	S	N

2. De que modo estes sintomas físicos interferiram na sua vida (e.g. trabalho, actividades sociais, problemas financeiros devido às consultas/tratamentos médicos); Em que grau tem sido incomodado por estas dificuldades?

.....

Cote a interferência.....perturbação.....

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nenhuma Ligeira Moderada Grave Muito Grave

- 3a. Quando é que estes problemas físicos passaram a constituir um problema, no sentido de o levar pela primeira vez ao médico ou de alguma forma terem começado a interferir na sua vida? (Nota: se o doente for vago na data de início, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data de início:Mês.....Ano

- b. Lembra-se de alguma coisa que possa ter contribuído para este problema?

.....

DISTÚRBIO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO

NÃO ADMINISTRAR esta secção se o doente:

- (a) Actualmente preenche os critérios para qualquer distúrbio de Ansiedade ou do Humor (incluindo distúrbios em remissão parcial)
- (b) Tem um diagnóstico passado (ou actual) de Depressão Major, Distímia, Distúrbio de Pânico ou Distúrbio de Ansiedade Generalizada.

I. INQUÉRITO INICIAL

- 1a. Actualmente, é frequente ter dias em que se sente algo em baixo ou deprimido ou talvez ansioso ou com os "nervos à flor da pele"?

SIM..... NÃO

SE SIM, passe para 2a.

- b. **SE NÃO**, Alguma vez teve um período de um mês ou mais em que se sentisse algo em baixo ou deprimido ou talvez ansioso ou com os "nervos à flor da pele"?

SIM..... NÃO

SE SIM, Quando foi o período mais recente em que isso aconteceu?

.....

SE SIM a 1a. ou 1b., ou não tem a certeza, continue as perguntas. De outra forma, termine aqui a entrevista e passe para a folha de **COTAÇÕES DO ENTREVISTADOR E DIAGNÓSTICOS** (pag. 87).

- 2a. Para além deste período actual/mais recente em que se tem sentido algo em baixo ou ansioso, houve outros períodos de tempo separados, em que teve sentimentos semelhantes?

SIM..... NÃO

SE NÃO, passe para **EPISÓDIO ACTUAL**

- b. Assim, antes deste período actual/mais recente, em que se tem sentido algo em baixo ou ansioso, houve um período de tempo considerável em que não sentisse nada disso?

SIM..... NÃO

- c. Quanto tempo separou esses períodos?; Quando é que esse(s) período(s) separado(s) ocorreram?.....

II. EPISÓDIO ACTUAL

Se há evidência de um episódio passado distinto, comece o inquérito desta secção com: **Agora gostaria de colocar-lhe uma série de questões sobre este período actual em que se tem sentido algo em baixo ou ansioso, que começou aproximadamente em(especifique mês/ano).**

1. Ao longo do último mês, que percentagem dos dias se sentia em baixo, deprimido, ansioso ou "com os nervos à flôr da pele"?

.....%

Se não tem a certeza, ao longo do último mês, sentiu-se assim, a maior parte dos dias?

SIM..... **NÃO**

2. Ao longo do último mês, sentiu frequentemente.....enquanto se sentia em baixo, deprimido ou com "os nervos à flôr da pele"?

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8
Nenhuma **Ligeira** **Moderada** **Grave** **Muito Grave**

GRAVIDADE

- a. Dificuldade de concentração ou "cabeça vazia"
- b. Dificuldade em adormecer ou manter o sono; sono agitado, insatisfatório
- c. Fadiga ou falta de energia
- d. Irritabilidade
- e. Preocupação sobre coisas do dia-a-dia
- f. Chorar facilmente
- g. Hipervigilância
- h. Antecipar o pior
- i. Pessimismo sobre o futuro
- j. Baixa auto-estima; sentimentos de não valer nada

3. De que modo esses sintomas interferiram na sua vida (e.g., rotina diária, emprego, actividades sociais); Em que grau se sente incomodado por ter estes sintomas?

.....
.....

Cote a interferência.....perturbação.....

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8
Nenhuma **Ligeira** **Moderada** **Grave** **Muito Grave**

4. Ao longo de todo este período de tempo em que tem tido estes sentimentos, tem estado a tomar regularmente algum tipo de fármaco (incluir drogas de abuso, medicação)?

SIM..... **NÃO**

Especifique (tipo; quantidade; datas da toma):.....

.....

5. Ao longo de todo este período actual em que tem tido estes sentimentos, teve algum problema físico (gravidez, hipotireoidismo, hipoglicémia)?

SIM..... **NÃO**

Especifique (tipo; data de início/remissão):.....

.....

- 6a. Neste período de tempo actual, quando é que os sintomas de ansiedade e depressão, passaram a constituir um problema, no sentido de ocorrerem persistentemente (i.e., quase todos os dias), sentir-se incomodado por esses sintomas ou de algum modo, interferirem na sua vida? (nota: se o doente for vago na data de início, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data de início:Mês.....Ano

- b. Lembra-se de alguma coisa que possa ter contribuído para este problema?

.....

- c. Nessa altura estava sujeito a algum "stress"?

SIM..... **NÃO**

O que é que estava a acontecer na sua vida, nessa altura?

.....

.....

Estava a ter algumas dificuldades ou mudanças:

(1) Na família/relações.....

(2) No trabalho/escola

(3) Financeiras.....

(4) Em assuntos legais

(5) Na saúde (do próprio/outros).....

7. Para além deste período actual, houve outros períodos de tempo separados, em que se tenha sentido algo em baixo ou ansioso, a maior parte dos dias, durante um período de um mês ou mais?

SIM..... **NÃO**

SE SIM, volte atrás e pergunte 2b. e 2c. do INQUÉRITO INICIAL (Pág. 74)

SE NÃO, passe para COTAÇÕES DO ENTREVISTADOR E DIAGNÓSTICOS
(Pág. 87)

III. EPISÓDIO PASSADO

Agora gostaria de colocar-lhe uma série de questões sobre períodos passados de ansiedade/depressão, que começaram aproximadamente em(especifique mês/ano) e terminaram aproximadamente em(especifique mês/ano).

1. Durante aquele período de tempo em(anos), em média, que percentagem dos dias por mês, se sentia em baixo, deprimido, ansioso ou?

.....%

Se não tem a certeza, em média, sentia-se assim, a maior parte dos dias, durante este período?

SIM..... NÃO

4. Durante aquele período de tempo em(anos), sentia frequentemente.....enquanto se sentia em baixo, deprimido, ansioso ou com os "nervos à flôr da pele"?

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nenhuma

Ligeira

Moderada

Grave

Muito Grave

GRAVIDADE

- a. Dificuldade de concentração ou "cabeça vazia"
- b. Dificuldade em adormecer ou manter o sono; sono agitado, insatisfatório
- c. Fadiga ou falta de energia
- d. Irritabilidade
- e. Preocupação sobre coisas do dia-a-dia
- f. Chorar facilmente
- g. Hipervigilância
- h. Antecipar o pior
- i. Pessimismo sobre o futuro
- j. Baixa auto-estima; sentimentos de não valer nada

3. De que modo esses sintomas interferiram na sua vida (e.g., rotina diária, emprego, actividades sociais); Em que grau se sente incomodado por ter estes sintomas?

.....
.....

Cote a interferência.....perturbação.....

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

Nenhuma

Ligeira

Moderada

Grave

Muito Grave

4. Ao longo de todo aquele período de tempo em que tinha estes sentimentos, estava regularmente a tomar algum tipo de fármaco (incluir drogas de abuso, medicação)?

SIM..... NÃO

Especifique (tipo; quantidade; datas da toma):.....

.....

5. Durante aquele período de tempo, teve algum problema físico (gravidez, hipotireoidismo, hipoglicémia)?

SIM..... NÃO

Especifique (tipo; data de início/remissão):.....

.....

- 6a. Durante aquele período de tempo passado, quando é que os sintomas de ansiedade e depressão, passaram a constituir um problema, no sentido de ocorrerem persistentemente (i.e., quase todos os dias), sentir-se incomodado por esses sintomas ou de algum modo, interferirem na sua vida? (nota: se o doente for vago na data de início, tente recolher informação mais específica, e.g. ao ligar o início com acontecimentos de vida objectivos).

.....

Data de início:Mês.....Ano

- b. Lembra-se de alguma coisa que possa ter contribuído para este problema?.....

.....

- c. Nessa altura estava sujeito a algum "stress"?

SIM..... NÃO

O que é que estava a acontecer na sua vida, nessa altura?

.....

.....

Estava a ter algumas dificuldades ou mudanças:

(1) Na família/relações.....

(2) No trabalho/escola

(3) Financeiras.....

(4) Em assuntos legais

(5) Na saúde (do próprio/outros)

7. Quando é que os sintomas de ansiedade e depressão deixaram de constituir um problema, no sentido de já não ocorrerem persistentemente, não se sentir incomodado por estes sintomas e já não interferiam na sua vida?

Data de remissão:Mês.....Ano

- b. Lembra-se de alguma razão para esses sentimentos terem desaparecido?

.....

8. Antes/depois deste período passado, houve outros períodos de tempo separados de que não tenhamos falado, em que tenha tido os mesmos problemas?

SIM..... **NÃO**

SE SIM, volte atrás e pergunte 2b. e 2c. do **INQUÉRITO INICIAL** (Pág. 77)

SE NÃO, passe para **COTAÇÕES DO ENTREVISTADOR E DIAGNÓSTICOS** (Pág. 83)

COTAÇÕES DO ENTREVISTADOR E DIAGNÓSTICOS

AUSENTE	LIGEIRO	MODERADO	GRAVE	MUITO GRAVE
0.....	1.....	2.....	3.....	4.....
5.....	6.....	7.....	8.....	
Nenhum	Ligeiramente perturbador/ Pouco incapacitante	Sem dúvida perturbador/ incapacitante	Marcadamente perturbador/ incapacitante	Muito gravemente perturbador incapacitante

DIAGNÓSTICOS DSM-IV ACTUAIS

	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	COTAÇÃO DA GRAVIDADE	DIAGNÓSTICOS ADICIONAIS	COTAÇÃO DA GRAVIDADE
EIXO I:	.....	.....	.....	.....

		
		
		
		
EIXO II:	.....	.....	.....	.....
EIXO III:	.....	.....	.....	.....
EIXO IV:	Agudo.....		Duradouro.....	
	Stressores:.....			
			
EIXO V:	Actual:	Último ano:.....		

DIAGNÓSTICOS DSM-IV PASSADOS

DIAGNÓSTICO	COTAÇÃO DA GRAVIDADE	DATA DE INÍCIO	DATA DE REMISSÃO
.....
.....
.....
.....

COTAÇÃO DA CONFIANÇA NO DIAGNÓSTICO (0-100): Se cotação ≤ 70 , comente:

.....

.....

.....