

Critério E. Duração da perturbação (sintomas no critério B,C, e D) é superior a 1 mês

18. Aparecimento dos sintomas

[SE NÃO FICOU CLARO] Quando começou a sentir o que estava me contando (sintomas PTSD)? (Quanto tempo depois do trauma apareceram? Mais do que 6 meses?)	___ total # meses /dias Com aparecimento tardio (6 > meses)? Não Sim
---	--

19. Duração dos sintomas

[ATUAIS] Quanto tempo duraram os sintomas (PTSD) na totalidade?	Duração mais do que 1 mês? Total ___ meses de duração	Atual Sim Não _____	Ao longo da vida Sim Não _____
[AO LONGO DA VIDA] Quanto tempo duraram os sintomas (PTSD) na totalidade?	Agudo (<3meses) ou Crônico (>3 meses)?	Agudo Crônico	Agudo Crônico

Critério F. A perturbação causa angustia ou desajustamento clinicamente significativo a nível social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento.

20. Angustia subjetiva

[ATUAL] No geral, o quanto incomodado você ficou com estes sintomas que me contou? [CONSIDERAR A ANGUSTIA REFERIDA NOS ITENS ANTERIORES]	0 Nenhuma 1 Leve, angustia mínima 2 Moderada, angustia claramente presente, mas ainda assim suportável 3 Severa, angustia considerável, 4 Extrema, angustia incapacitante	Na semana passada _____ No mês passado _____ Ao longo da vida _____
[AO LONGO DA VIDA] No geral, o quanto incomodado você ficou com estes sintomas que me contou? [CONSIDERAR A ANGUSTIA REFERIDA NOS ITENS ANTERIORES]		

21. Desajustamento do funcionamento social

[ATUAL] Como estes sintomas afetaram o seu relacionamento com outras pessoas? [CONSIDERAR O DESAJUSTAMENTO NO FUNCIONAMENTO SOCIAL REFERIDO NOS ITENS ANTERIORES]	0 Nenhum impacto 1 Impacto leve, desajustamento mínimo do funcionamento social 2 Impacto moderado, desajustamento nítido, mas muitos aspectos do funcionamento social ainda intactos 3 Impacto severo, desajustamento bem caracterizado, poucos aspectos do funcionamento social ainda intactos 4 Impacto extremo, pouco ou nenhum funcionamento social	Na semana passada _____ No mês passado _____ Ao longo da vida _____
[AO LONGO DA VIDA] Estes sintomas afetaram a sua vida social? Como? [CONSIDERAR O DESAJUSTAMENTO NO FUNCIONAMENTO SOCIAL REFERIDO NOS ITENS ANTERIORES]		

22. Desajustamento a nível ocupacional ou outra área importante de funcionamento

<p>[ATUAL- SE NÃO FICOU CLARO] Está trabalhando?</p> <p>SE SIM: Estes sintomas afetaram o seu trabalho ou sua capacidade de trabalhar? Como? <i>[Considere a história de trabalho referida, incluindo o número e a duração dos trabalhos, assim como a qualidade das relações de trabalho e o funcionamento pré-mórbido. Se não estiver claro, perguntar sobre experiências de trabalho antes do trauma]</i></p> <p>SE NÃO: Estes sintomas afetaram qualquer outra parte importante da sua vida? <i>[Sendo adequado sugerir exemplos, tais como relação parental, trabalhos de casa, trabalho voluntariado, etc.]</i> Como?</p> <p>[AO LONGO DA VIDA] Estava trabalhando?</p> <p>SE SIM: Estes sintomas afetaram o seu trabalho ou sua capacidade de trabalhar? Como? <i>[Considere a história de trabalho referida, incluindo o número e a duração dos trabalhos, assim como a qualidade das relações de trabalho e o funcionamento pré-mórbido. Se não estiver claro, perguntar sobre experiências de trabalho antes do trauma]</i></p> <p>SE NÃO: Estes sintomas afetaram qualquer outra parte importante da sua vida? <i>[Sendo adequado sugerir exemplos, tais como relação parental, trabalhos de casa, trabalho voluntariado, etc.]</i> Como?</p>	<p>0 Nenhum impacto</p> <p>1 Impacto leve, desajustamento mínimo a nível ocupacional/outra área importante do funcionamento</p> <p>2 Impacto moderado, desajustamento nítido, mas muitos aspectos a nível ocupacional/outra área importante do funcionamento ainda intactos</p> <p>3 Impacto severo, desajustamento bem caracterizado, poucos aspectos a nível ocupacional/outra área importante do funcionamento ainda intactos</p> <p>4 Impacto extremo, pouco ou nenhum funcionamento ocupacional/outra área importante do funcionamento</p>	<p>Na semana passada _____</p> <p>No mês passado _____</p> <p>Ao longo da vida _____</p>
--	---	--

Avaliações Globais

23. Validade global

ESTIMAR A AVALIDADE GLOBAL DAS RESPOSTAS. CONSIDERAR FATORES, TAIS COMO CONCORDANCIA COM A ENTREVISTA, ESTADO MENTAL (EX: PROBLEMA DE CONCENTRAÇÃO, COMPREENSÃO DOS ITENS, DISSOCIAÇÃO) E PROVA DE ESFORÇO PARA EXAGERAR OU MINIMIZAR OS SINTOMAS.	0 excelente, sem razão para suspeitas de respostas inválidas.
	1 Boa, presença de fatores que podem afetar negativamente a validade
	2 Razoável, presença de fatores que reduzem definitivamente a validade
	3 Fraca, validade substancialmente reduzida
	4 Respostas inválidas, estado mental severamente comprometido.

24. Gravidade global

ESTIMAR A GRAVIDADE GLOBAL DOS SINTOMAS PTSD. CONSIDERAR O GRAU DE ANGUSTIA SUBJETIVA. O GRAU DE DESAJUSTAMENTO NO FUNCIONAMENTO, OBSERVAÇÕES OU COMPORTAMENTOS NA ENTREVISTA E PARECER REFERENTE AO ESTILO DO RELATO.	0 Sem sintomas clinicamente significativos, sem angústia e sem desajustamento no funcionamento	Na semana passada _____
	1 leve, angústia e desajustamento no funcionamento mínimo	No mês passado _____
	2 Moderado, angústia e desajustamento no funcionamento definido, mas funciona satisfatoriamente com esforço	Ao longo da vida _____
	3 Severo, angústia e desajustamento no funcionamento considerável, funcionamento limitado mesmo com esforço	
	4 Extremo, angústia e desajustamento no funcionamento evidente em duas ou mais áreas do funcionamento	

25. Melhora global

AVALIE A TOTALIDADE DA MELHORA GLOBAL APRESENTADA DESDE A AVALIAÇÃO INICIAL. SE NÃO HOUVE AVALIAÇÃO INICIAL, PERGUNTE AGORA COMO OS SINTOMAS CONFIRMADOS ALTERNARAM NOS ÚLTIMOS 6 MESES. AVALIE O GRAU DE MODIFICAÇÃO QUE SEJA DEVIDO OU NÃO, NA SUA OPINIÃO, AO TRATAMENTO.	0 Assintomático
	1 Melhora considerável
	2 Melhora moderada
	3 leve melhora
	4 sem melhora
5 informação insuficiente	

Sintomas PTSD atuais

Critério A aprovado (acontecimento traumático)?	NÃO	SIM
____ Critério B sx(>=1)	NÃO	SIM
____ Critério C sx(>=3)	NÃO	SIM
____ Critério D sx(>=2)	NÃO	SIM
Critério E aprovado (duração >=1mes)	NÃO	SIM
Critério F aprovado (angústia/desajustamento)	NÃO	

PTSD ATUAL (Critério A-F aprovado)? NÃO SIM

SE CRITÉRIOS ATUAIS DE PTSD SÃO APROVADOS IR PARA CARACTERÍSTICAS ASSOCIADAS.

SE CRITÉRIOS ATUAIS NÃO SÃO APROVADOS, AVALIE PTSD AO LONGO DA VIDA
IDENTIFIQUE UM PERÍODO DE PELO MENOS 1 MÊS DESDE O ACONTECIMENTO EM QUE OS SINTOMAS
TENHAM PIORADO.

Desde o ACONTECIMENTO houve algum momento em que estes sintomas estiveram muito pior do que
estiveram no mês passado? Quando foi isso? Quanto tempo durou? (pelo menos 1 mês?)

SE PERÍODOS MÚLTIPLOS NO PASSADO: Quando foi mais incomodado por estes sintomas?

SE PELO MENOS UM PERÍODO, PERGUNTE ITENS 1-17, ALTERANDO A FREQUÊNCIA PARA REFERIR O
PIOR PERÍODO. Durante esse tempo experimentou o sintoma? Quantas vezes?

Sintomas PTSD ao longo da vida

Critério A aprovado (acontecimento traumático)?	NÃO	SIM
____ Critério B sx(>=1)	NÃO	SIM
____ Critério C sx(>=3)	NÃO	SIM
____ Critério D sx(>=2)	NÃO	SIM
Critério E aprovado (duração >=1mes)	NÃO	SIM
Critério F aprovado (angústia/desajustamento)	NÃO	

PTSD AO LONGO DA VIDA (Critério A-F aprovado)? NÃO SIM

Características Associadas		
26. Culpa		
<u>Frequência</u>	<u>Intensidade</u>	<u>Semana Passada</u>
Sentiu-se culpado sobre alguma coisa que fez ou que não fez durante o ACONTECIMENTO? Conte-me como foi isso? (De que sentiu culpa?) quanto tempo se sentiu assim no mês passado (semana)?	Quão fortes foram estes sentimentos de culpa? Quanta angustia ou desconforto lhe causaram?	F _____ I _____
0 Nenhuma vez	0 Sem sentimento de culpa	<u>Mês passado</u> F _____
1 Muito pouco tempo (cerca de 10%)	1 Leve, sentimentos superficiais de culpa	I _____
2 Algum tempo (cerca de 20-30%)	2 Moderada, sentimentos de culpa nitidamente presentes, alguma angustia, mas ainda suportável	Sx: S N
3 Muito tempo (cerca de 50-60%)	3 Grave, nítidos sentimentos de culpa, auto-condenação face ao comportamento, angustia incapacitante.	<u>Ao longo da vida</u> F _____
4 A maior parte ou a totalidade do tempo (mais de 80%)	4 Extrema, invasivos sentimentos de culpa, auto-condenação face ao comportamento, angustia incapacitante	I _____
<u>Descrição/Exemplos</u>	QV (especificar) _____	Sx: S N
27. Culpa do sobrevivente		
<u>Frequência</u>	<u>Intensidade</u>	<u>Semana Passada</u>
Sentiu-se culpado por ter sobrevivido ao acontecimento enquanto que outros não conseguiram? Conte-me mais sobre isso? (De que se sentiu culpado?) Quanto tempo se sentiu assim no mês passado (semana)?	Quão fortes foram estes sentimentos de culpa? Quanta angustia ou desconforto lhe causaram?	F _____ I _____
0 Nenhuma vez	0 Sem sentimento de culpa	<u>Mês passado</u> F _____
1 Muito pouco tempo (cerca de 10%)	1 Leve, sentimentos superficiais de culpa	I _____
2 Algum tempo (cerca de 20-30%)	2 Moderada, sentimentos de culpa nitidamente presentes, alguma angustia, mas ainda suportável	Sx: S N
3 Muito tempo (cerca de 50-60%)	3 Grave, nítidos sentimentos de culpa, angustia considerável	<u>Ao longo da vida</u> F _____
4 A maior parte ou a totalidade do tempo (mais de 80%)	4 Extrema, invasivos sentimentos de culpa, auto-condenação face ao comportamento, angustia incapacitante	I _____
<u>Descrição/Exemplos</u>	QV (especificar) _____	Sx: S N

28. Uma diminuição da consciência do que o/a rodeia (ex: estar desorientado)

<u>Frequência</u>	<u>Intensidade</u>	<u>Semana Passada</u>
Houve momentos em que sentiu-se sem relação com as coisas que estavam acontecendo ao seu redor, como se estivesse desorientado. Como foi isso? [DIFERENCIE DE EPISÓDIOS DE FLASHBACK] Quantas vezes isso aconteceu no mês passado (semana)? [SE NÃO FICOU CLARO:] (Foi devido a doença, aos efeitos da droga ou álcool?) Quando começou a se sentir assim pela primeira vez? (após o ACONTECIMENTO?)	Quão forte era este sentimento de estar sem relação com as coisas ou de estar desorientado? (Estava confuso no local onde estava? Quanto tempo durou? O que fez enquanto isso estava acontecendo? (as outras pessoas fizeram uma observação sobre o seu comportamento? O que disseram?))	F _____ I _____
		<u>Mês passado</u>
		F _____ I _____
		Sx: S N
0 Nunca	0 Sem redução da consciência	
1 Uma ou duas vezes	1 Leve, pequena redução da consciência	
2 Uma ou duas vezes por semana	2 Moderada, definida, mas transitória redução da consciência. Pode referir sentir-se "distante"	<u>Ao longo da vida</u>
3 Várias vezes por semana	3 Grave, redução importante da consciência, pode persistir durante varias horas	F _____ I _____
4 Diariamente ou quase todos os dias	4 Extrema, perda completa da consciência, pode ser insensível, possível amnésia do episódio (perda da consciência temporária - black-out).	Sx: S N
Descrição Exemplos:	QV (especificar) _____	
	Relação com o trauma?	
	1 efetiva	
	2 Provável	
	3 Improvável	
	Atual _____	
	Ao longo da vida _____	

29. Desrealização

Frequência	Intensidade	Semana Passada
<p>Houve momentos em que as coisas que sucederam ao seu redor lhe pareciam irrealis ou muito estranhas e pouco familiares? [SE NÃO:] (E momentos em que as pessoas que conhecia lhe pareciam repentinamente pouco familiares?) como foi isso? Quantas vezes isso aconteceu no mês passado (semana)? [SE NÃO FICOU CLARO:] (Foi devido a doença, aos efeitos da droga ou álcool?) Quando começou a se sentir assim pela primeira vez? (após o ACONTECIMENTO?)</p>	<p>Quão forte foi este sentimento (DESREALIZAÇÃO)? Quanto tempo durou? O que fez enquanto isso estava acontecendo? (Outras pessoas observaram o seu comportamento? O que disseram?)</p>	<p>F _____ I _____</p>
<p>0 Nunca 1 Uma ou duas vezes 2 Uma ou duas vezes por semana 3 Várias vezes por semana 4 Diariamente ou quase todos os dias</p>	<p>0 Sem desrealização 1 Leve, pequena desrealização 2 Moderada, desrealização definida, mas transitória 3 Grave, desrealização considerável, confusão importante sobre o que é real, pode durar varias horas 4 Extrema, desrealização profunda, perda dramática do sentido de realidade ou familiaridade.</p>	<p><u>Mês passado</u> F _____ I _____ Sx: S N</p>
<p>Descrição/Exemplos:</p>	<p>QV (especificar) _____</p> <p>Relação com o trauma? 1 efetiva 2 Provável 3 Improvável</p> <p>Atual _____ Ao longo da vida _____</p>	<p><u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____ Sx: S N</p>

30. Despersonalização

<u>Frequência</u>	<u>Intensidade</u>	<u>Semana Passada</u>
Houve momentos em que sentiu como se estivesse fora de seu corpo, conseguia ver a si mesmo como se fosse outra pessoa? [SE NÃO:] (E momentos em que seu corpo lhe pareceu estranho ou pouco familiar, como se estivesse modificado de alguma forma? Quantas vezes isso aconteceu no mês passado (semana)? [SE NÃO FICOU CLARO:] (Foi devido a doença, aos efeitos da droga ou álcool?) Quando começou a se sentir assim pela primeira vez? (após o ACONTECIMENTO?)	Quão forte foi este sentimento (DESPERSONALIZAÇÃO)? Quanto tempo durou? O que fez enquanto isso estava acontecendo? (Outras pessoas observaram o seu comportamento? O que disseram?)	F _____ I _____
		<u>Mês passado</u> F _____ I _____ Sx: S N
0 Nunca 1 Uma ou duas vezes 2 Uma ou duas vezes por semana 3 Várias vezes por semana 4 Diariamente ou quase todos os dias	0 Sem despersonalização 1 Leve, pequena despersonalização 2 Moderada, despersonalização definida, mas transitória 3 Grave, despersonalização considerável, sentimento importante do afastamento de si, pode persistir por varias horas 4 Extrema, despersonalização profunda, sentimento dramático do afastamento de si	<u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____ Sx: S N
Descrição/Exemplos:	QV (especificar) _____ Relação com o trauma? 1 efetiva 2 Provável 3 Improvável Atual _____ Ao longo da vida _____	

Lista de eventos – Checklist

Nome: _____ Data: _____

Abaixo está uma lista de situações difíceis ou estressantes que podem acontecer às pessoas. Para cada evento identifique uma ou mais alternativas indicando se: (a) aconteceu com você pessoalmente, (b) você testemunhou isto acontecendo com outra pessoa, (c) você ouviu dizer que isso aconteceu com alguém próximo a você, (d) you não tem certeza da resposta, ou (e) isto não se aplica a você.

Para responder a cada um dos itens abaixo considere os acontecimentos ocorridos durante toda a sua vida.

Evento	Aconteceu comigo	Testemunhei	Ouvi dizer	Não tenho certeza	Não aconteceu
1. Desastre natural (ex: inundação, deslizamento de terra)					
2. Incêndio ou explosão					
3. Acidente com meio de transporte (ex: acidente de carro, barco, trem, avião)					
4. Grave acidente de trabalho, em casa, ou durante atividade recreativa.					
5. Exposição à substância tóxica (radiação, químicos)					
6. Violência física (ex: ter sido atacado, apanhado, espancado)					
7. Assalto a mão armada (ex: ter sido baleado, ameaçado com faca, arma, bomba)					
8. Abuso sexual (estupro, ter sido forçada a realizar qualquer tipo de ato sexual)					
9. Outra experiência sexual contra vontade (ex: assédio)					
10. Exposição ou combate em zona de guerra (como militar ou civil)					
11. Seqüestro (cativo, seqüestro relâmpago)					
12. Doença crônica					
13. Sofrimento humano grave					
14. Morte violenta repentina (homicídio, suicídio)					
15. Morte de alguém próximo repentina					
16. Grave dano, ferimento ou morte que você tenha causado a alguém					
17. Algum outro evento ou experiência muito estressante					

CAPS FOLHA – RESUMO

Nome: _____ N° Identificação _____
 Entrevistador: _____ Estudo: _____ Data: _____

A. Acontecimento traumático: _____

B. Sintomas relacionados com o reviver a experiência	Semana passado			Mês passado			Ao longo da vida		
	Freq	Int	F=I	Freq	Int	F=I	Freq	Int	F=I
(1) recordações invasivas									
(2) sonhos angustiantes									
(3) agir ou sentir como se o acontecimento estivesse acontecendo novamente									
(4) angústia psicológica quando exposto a estímulos									
(5) reação fisiológica quando exposto a estímulos									
B Subtotais									
N° de sintomas do Critério B (necessário 1)									

C. Sintomas de esquiva e de entorpecimento	Semana passado			Mês passado			Ao longo da vida		
	Freq	Int	F=I	Freq	Int	F=I	Freq	Int	F=I
(6) evitamento de pensamento ou sentimentos									
(7) esquiva de atividades, lugares ou pessoas									
(8) incapacidade de recordar aspectos importantes do trauma									
(9) interesse reduzido pelas atividades									
(10) afastamento ou indiferença									
(11) âmbito reduzido do afeto									
(12) sentimento de um futuro abreviado									
C Subtotais									
N° de sintomas do Critério C (necessário 3)									

D. Sintomas de hiperexcitação	Semana passado			Mês passado			Ao longo da vida		
	Freq	Int	F=I	Freq	Int	F=I	Freq	Int	F=I
(13) dificuldade em adormecer ou manter o sono									
(14) irritabilidade ou surtos de raiva									
(15) dificuldade de concentração									
(16) hipervigilância									
(17) resposta de alarme exagerada									
D Subtotais									
N° de sintomas do Critério D (necessário 2)									

Totais de Frequência, intensidade e Gravidade	Semana passado			Mês passado			Ao longo da vida		
	Freq	Int	F=I	Freq	Int	F=I	Freq	Int	F=I
Soma dos Subtotais (B+C+D)									

E. Duração da perturbação	Atual			Ao longo da vida		
(19) Duração da perturbação de pelo menos um mês	NÃO		SIM	NÃO		SIM

