

1. Introdução geral

1.1 Estrutura geral do Sistema AMDP

O Sistema AMDP abrange o formulário para documentação de achados psíquicos e somáticos bem como para a anamnese. Também encontra-se disponível um suplemento do Sistema AMDP com outras escalas dentro de um “sistema modular” (Freyberger & Moller, 2003). Por meio dele é possível constatar áreas sintomáticas adicionais (p. ex., sintomas dissociativos), bem como identificar e diferenciar áreas sintomáticas já disponíveis no Sistema (p. ex., transtornos depressivos, obsessivos e sintomas negativos).

O cerne do Sistema AMDP repousa nos “achados psíquicos” e “achados somáticos” que, em função do manejo prático, foram juntados à anamnese em um formulário resumido de quatro páginas, que, contudo, pode ser utilizado de forma independente. Para a inclusão do registro dos “achados somáticos” existem as seguintes razões:

- para a formulação das assim chamadas “síndromes AMDP” (Gebhardt et al., 1983; Apêndice C) também são necessários alguns sintomas somáticos (p. ex., síndromes vegetativas e síndromes depressivas);
- os achados somáticos contêm igualmente sintomas relevantes para a classificação diagnóstica na Classificação Internacional de Doenças (CID) (p. ex.: episódio depressivo e síndromes somatoformes);
- os achados somáticos são utilizados em diversos estudos psicofarmacológicos como escalas de efeitos colaterais, podendo assumir tal função em casos isolados.

Esta 9ª edição concentrou-se, sobretudo, no “achado psíquico”. O “achado somático”, normalmente menos problemático, foi revisto e algumas de suas falhas foram corrigidas. O formulário de anamnese do Sistema AMDP não foi alterado em relação à sua última edição (Baumann & Stieglitz, 1983).

No cabeçalho do formulário do “achado psíquico e somático” podem ser registrados, sob o título “Informações pessoais”, os seguintes dados:

- nome do paciente;
- nome do entrevistador;
- data da entrevista (DD/MM/AAAA);
- idade do paciente (em anos);
- data de nascimento (DD/MM/AAAA);
- gênero (m = masculino e f = feminino);
- período de avaliação (em dias);
- diagnóstico(s).

O Sistema AMDP foi traduzido para muitas línguas (Bobon et al., 1983) e nos apêndices encontra-se a tradução para o inglês e para o francês das expressões das características sintomatológicas individuais (páginas 193 a 201). Essas expressões das características sintomatológicas também podem ajudar na publicação de conceitos equivalentes em diferentes línguas. A última versão é a italiana. Paralelamente à edição alemã está sendo lançada a versão em inglês, juntamente com esta edição em língua portuguesa.

1.2 Representação das características sintomatológicas no Manual

Para a padronização desta representação, todos os sintomas foram estruturados da seguinte forma (em detalhes, no capítulo 2):

- Definição;
- Esclarecimentos e exemplos;
- Indicações para graduação;
- Sintomas diferenciais.

1.3 Pressupostos para o uso

1.3.1 Pressupostos gerais

A familiaridade com o Sistema AMDP é o principal pressuposto para a utilização e confiabilidade dos dados registrados. Portanto, antes de lidar autonomamente com ele, é recomendável a realização de treinamento com colegas profissionais experientes. Para isso são oferecidos seminários de treinamento (conforme subitem 1.3.2).

Antes da utilização rotineira do Sistema AMDP, devem se desenvolver várias entrevistas supervisionadas por profissionais experientes para o preenchimento do “achado psíquico” (e do “somático” se necessário). É importante observar que a entrevista abranja o conteúdo das características sintomatológicas dos formulários AMDP utilizados. Verificou-se serem de grande valia as *Orientações para o preenchimento do achado psíquico: Entrevista semiestruturada do Sistema AMDP* (Faehndrich & Stieglitz, 2016), que oferecem apoio na exploração dos “achados psicopatológicos”.

Os treinamentos poderão ser realizados com base em vídeos ou entrevistas ao vivo. Ambos apresentam prós e contras. Para praticar a técnica de entrevistas e principalmente para a avaliação de sintomas afetivos, as entrevistas presenciais são mais eficazes, uma vez que são vivazes e permitem a todos os participantes formularem perguntas de aprofundamento. No caso de se tratar de uma avaliação para treinamento de avaliação de conteúdo, as gravações em vídeo mostram-

-se muito úteis, pois podem ser repetidas ou utilizadas por mais de um grupo. Mediante seminários e treinamentos do Sistema AMDP, é possível aprimorar claramente a confiabilidade inter-entrevistadores. Isso é de significativa relevância na pesquisa, assim como na prática.

O tempo necessário para se aplicar o Sistema AMDP é idêntico ao tempo normal de uma avaliação psiquiátrica cuidadosa: no mínimo trinta minutos. Quando se tratar de uma primeira entrevista, serão necessários de quarenta e cinco a sessenta minutos. Entretanto, havendo um bom conhecimento dos critérios de documentação do manual, a entrevista poderá durar poucos minutos.

É recomendável, não apenas para iniciantes no Sistema AMDP, que se utilize este manual de documentação. Até os colegas experientes em psicopatologia podem ter dificuldades em utilizar as definições precisas do Sistema AMDP. Somente ao se respeitarem precisamente as definições de sintomas psicopatológicos estabelecidos no manual é possível se alcançar uma boa confiabilidade inter-entrevistadores nas entrevistas.

1.3.2 Seminários de Treinamento AMDP

Para o aprendizado do Sistema, é recomendável participar de, pelo menos, um Seminário AMDP. Para seminários em língua portuguesa, entrar em contato com info@hogrefe.com.br.

Antes da participação em um seminário, recomenda-se a leitura deste manual. O tempo dedicado a um seminário é diretamente proporcional ao conhecimento prévio dos participantes. Todos os seminários focalizam o trabalho prático com o Sistema AMDP. O levantamento do achado pode ser realizado mediante vídeos ou entrevistas ao vivo com pacientes. Após a documentação dos achados por parte dos participantes, os sintomas poderão ser discutidos de forma aprofundada.

As apresentações teóricas nos seminários ocupam-se, principalmente, da introdução ao sistema, bem como da forma de desenvolvimento da entrevista. Para os iniciantes no Sistema AMDP, são oferecidos seminários de um dia a um dia e meio. Seminários de reciclagem poderão ser programados de acordo com os treinadores e o conteúdo desses seminários. Informações atualizadas sobre seminários de treinamento poderão ser encontradas no *site* <www.amdp.de>.

1.4 Estrutura básica

1.4.1 Geral

Para a avaliação das respectivas características sintomatológicas devem ser consideradas informações objetivas (por meio da entrevista e das observações de comportamento pelo médico, equipe de enfermagem, familiares ou correlatos) e subjetivas (relatadas pelo próprio paciente) disponíveis. O registro do exame deverá ser descritivo. A presunção de motivos (p. ex., estresse no trabalho), assim como diagnósticos já conhecidos ou presumidos não deverão ser levados em conta no registro dos sintomas¹. Mesmo havendo uma suspeita de diagnóstico, não deverão ocorrer conclusões baseadas na presença ou ausência de características sintomatológicas.

Um grande problema na avaliação é a possível influência de medicações nos sintomas psicopatológicos. Uma vez que o Sistema AMDP exige um relato descritivo da sintomatologia, a possível influência da medicação não deve ser levada em consideração na avaliação. Somente em interpretações posteriores tal influência deverá ser considerada, dependendo do caso.

¹ Não considerar as possíveis causas dos sintomas, mas registrá-los de forma descritiva. [N.d.T.]

1.4.2 Bases para avaliação

O Sistema AMDP pertence ao grupo das avaliações aplicadas por entrevistador. As fontes de dados da entrevista são os relatos de vivências e comportamentos do próprio paciente e as observações do entrevistador ou de outras pessoas (p. ex.: enfermagem, familiares do paciente).

Devido à grande importância de tal divisão, na prática clínica foram estabelecidas as fontes de dados para cada sintoma.

A designação *P* (= relato do paciente) significa que a fonte do dado é o próprio paciente e expressa uma avaliação que ele faz de si. A designação *E* (= observação do entrevistador) identifica outras fontes de dados (do entrevistador ou de outros) e significa que somente a observação de terceiros é relevante.

Adicionalmente, existe uma classificação *PE*, que mostra que as duas fontes de dados (relato do paciente *ou* observação do entrevistador) são relevantes para a avaliação dos sintomas, ou seja, qualquer uma dessas fontes é suficiente para se concluir pela existência do sintoma.

P (= relato do paciente)

São necessários a declaração, o relato, a descrição do paciente sobre uma situação, tanto emitidos espontaneamente pelo próprio paciente quanto em resposta a uma pergunta feita pelo entrevistador.

E (= observação do entrevistador)

É necessária a observação externa de fatos efetuada pelo entrevistador ou por outras pessoas relacionadas, caso o sintoma se origine de declaração verbal ou comportamento do paciente.

Exemplos de classificação P ou E

- Sintoma 15 “inibição” (P): o paciente percebe e descreve para o entrevistador o pensamento como travado, lentificado ou bloqueado (como se houvesse uma oposição interna).
- Sintoma 62 “alterações da vitalidade” (P): o paciente relata a redução dos sentimentos de força, vivacidade e energia.
- Sintoma 22 “fuga de ideias” (E): aumento da ideação é claramente observado pelo entrevistador na verbalização do paciente.
- Sintoma 26 “neologismos” (E): a criação de novas palavras ou o uso semântico não convencional de palavras já existentes chamam a atenção durante a conversa com o paciente.

Atendendo à solicitação de muitos usuários, essa categorização da fonte de dados dos sintomas foi incluída não apenas neste manual, mas também no formulário de documentação do Sistema, visando à agilidade na orientação.

Exemplos de classificação PE

- Sintoma 24 “bloqueio do pensamento” (PE): o paciente para no meio de uma frase, cala-se e então continua com uma conversa sobre um tema desarticulado do anterior. O pensamento é visto pelo entrevistador como “bloqueado” (E) ou relatado pelo paciente como roubado/arrancado (P), ou seja, há uma interrupção abrupta e sem causa reconhecível no curso do pensamento.
- Sintoma 80 “pobreza de impulsos” (PE): o paciente relata pouco ânimo, elã (P), ou o entrevistador observa tais fatos durante a entrevista, ou ainda conta com informações confiáveis, p. ex., da enfermagem (E).

Mais uma vez, é necessário salientar a importância do seguinte aspecto: a caracterização *P*, *E* ou *PE* refere-se às fontes dos dados. Uma vez que o Sistema AMDP é uma avaliação realizada por um avaliador externo, a classificação e a ponderação das informações disponíveis sempre dependerão do entrevistador. Assim, p. ex., em um sintoma unicamente *P* será necessário incluir a plausibilidade do relato do paciente na ponderação. A simples resposta “sim” para uma pergunta relacionada a “ouvir vozes” não é suficiente, uma vez que o paciente deverá esclarecer, mediante descrição distinta e de exemplos plausíveis, a sua vivência de ouvir vozes. No guia de entrevistas encontram-se exemplos de como levantar corretamente as informações (Faehndrich & Stieglitz, 2016).

1.4.3 Período de avaliação

O relato psíquico e somático mostra o recorte de determinado período de avaliação. A amplitude desse período deverá aparecer em número de dias no cabeçalho do formulário no campo “Período de avaliação”.

A escolha do período depende do objetivo do levantamento de relatos. Para um mesmo paciente, poderá haver períodos de avaliação distintos. P. ex., na documentação do relato de admissão e na inclusão da anamnese, são consideradas as últimas duas semanas; no caso de controle (acompanhamento) durante a avaliação do tratamento, será considerado o tempo desde a última entrevista. Nos casos de documentação sem um objetivo específico, recomenda-se restringir o período de avaliação apenas aos últimos três ou quatro dias, para constatar apenas o *status* atual. Entretanto, quando se deseja realizar comparações com outras escalas de avaliação (autoaplicadas ou aplicadas por entrevistador), pode ser utilizado um período de avaliação de sete dias, uma vez que este é empregado

frequentemente por outras escalas (p. ex., Lista de Verificação de Sintomas SCL-90-R). Entretanto, se quisermos ainda fazer um levantamento visando à constatação de um diagnóstico, deverão ser utilizados os critérios de tempo dos respectivos sistemas de classificação (p. ex., para Episódio Depressivo conforme CID-10, usar catorze dias; para episódio maníaco, período de sete dias; para esquizofrenia, quatro semanas).

1.4.4 Documentação

A classificação de sintomas é sistemática. Por isso deverá ser utilizada uma codificação para cada sintoma. A marcação “inexistente” para algum deles só poderá ser empregada quando houver completa segurança de que o sintoma realmente não consta em toda a gama de sintomas disponível. Recomenda-se o uso muito cuidadoso da documentação global dentro da gama de sintomas, por existir o risco de não se identificar corretamente alguma sintomatologia.

1.5 A lógica formal da decisão

O processo formal de decisão pode ser representado por um modelo lógico, a assim chamada árvore de decisão (veja ilustração 1). Essa árvore contempla quatro níveis de decisão.

Importante

A árvore de decisão necessita ser repassada a cada sintoma constatado, ou seja, antes de assinalar no formulário de documentação é necessário confirmar em qual nível se está.

1.5.1 Nível de Decisão 1: Viabilidade da investigação/exame

Pode ocorrer a inviabilidade de avaliação quando o paciente não permite a investigação de determinado sintoma. Então, a anotação é codificada como “não avaliado”.

Exemplo
Um paciente em estupor ou mutismo não poderá ser avaliado quando apresentar distúrbios de orientação, de atenção, de memória, de raciocínio formal e uma série de outros sintomas psicopatológicos.

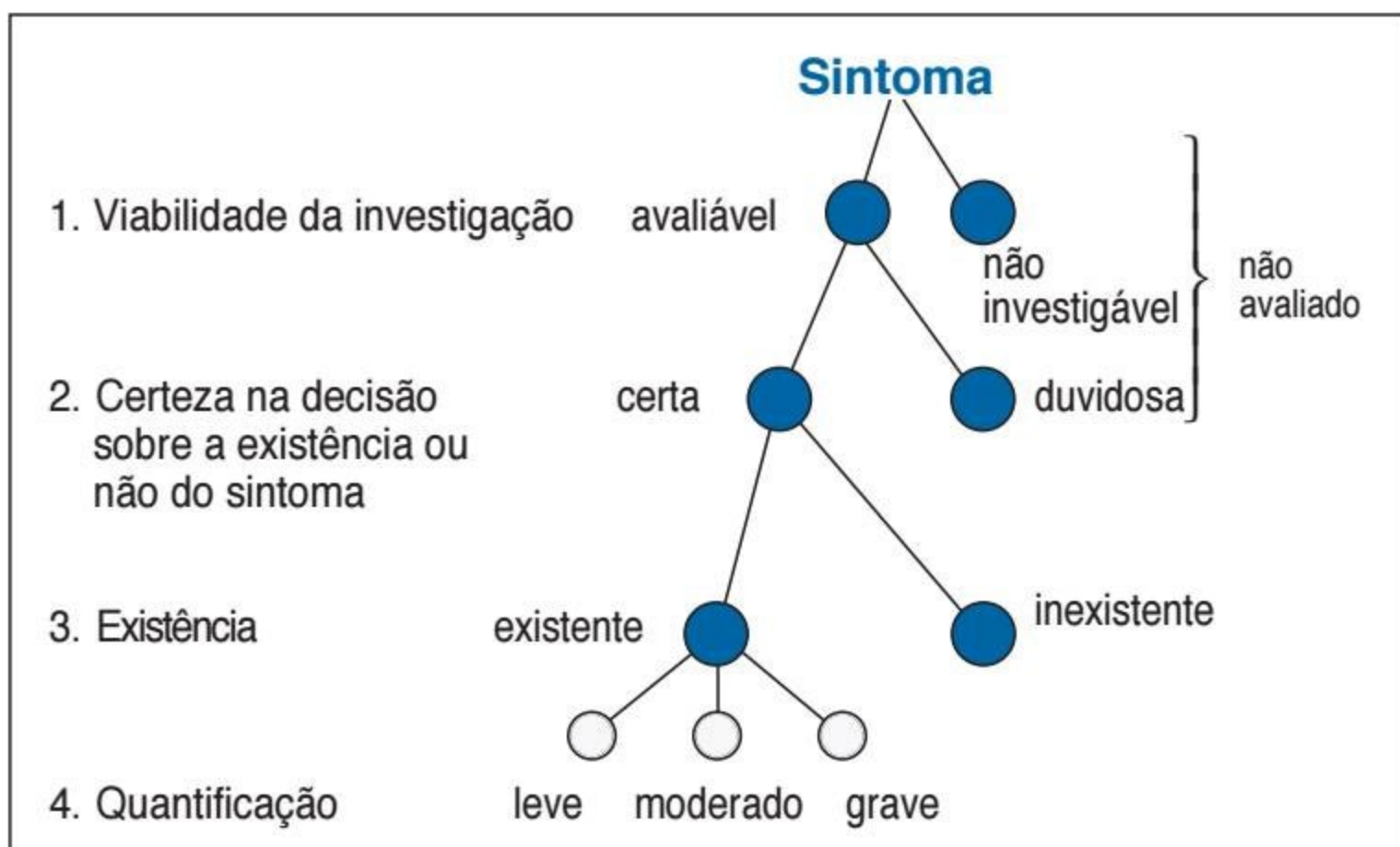


Ilustração 1:
Árvore de Decisão AMDP

1.5.2 Nível de Decisão 2: Certeza na decisão sobre a existência ou não do sintoma

Existem duas possibilidades de declaração para a existência ou não de determinado sintoma: certa ou duvidosa. Se a declaração for duvidosa e, portanto, o sintoma só se apresenta de forma incerta, sua codificação deverá ser do tipo “não avaliado”.

Exemplo

A falta de cooperação do paciente pode levar à dúvida no processo de decisão se este apresenta ou não alucinações. A observação de seu comportamento poderá induzir o entrevistador à existência de alucinações, mesmo com o paciente insistindo em negá-las. Nesse caso, a anotação deverá ser “não avaliado”.

A rubrica “não avaliado” não deve refletir a insegurança pessoal do entrevistador, mas se referir a uma situação de impossibilidade de verificar um sintoma psicopatológico do paciente.

A não viabilidade de avaliação e de exame ou mesmo a dificuldade de decisão por dúvida ou insegurança deverão ser marcadas como “não avaliado”. Além disso, “não avaliado” também deverá ser registrado quando se perdeu a oportunidade de aprofundar determinado sintoma, uma vez que não tenha sido possível obter informações suficientes sobre determinada característica. Para o examinador, o registro dessa rubrica significa, como regra geral, que o fenômeno deverá ser explorado em algum momento posterior.

1.5.3 Nível de Decisão 3: Existência do sintoma

A decisão sobre a existência ou ausência de um sintoma psicopatológico confirma-se muitas vezes no exercício regular de exames e de documentação. As dificuldades na objetivação ocorrem principalmente em sintomas limítrofes entre a situação normal e a patológica (o assim chamado problema de transição – ilustração 2), como, p. ex., na avaliação de sintomas afetivos.

No que se refere à categoria “grave”, é importante ficar-se atento ao fato de que se trata de uma categoria aberta para cima e assim, mesmo que se possa imaginar uma sintomatologia ainda mais grave, a classificação a ser adotada é “grave” se os critérios assim o definirem (como no caso de definições de situações de transição). Entretanto, a classificação especialmente importante é a de transição para “leve”, uma vez que a partir daí se constata a existência de um sintoma. Isso é significativo, uma vez que os sistemas de classificação como CID-10 e DSM-5 caracterizam critérios de existência de um sintoma sem mostrar sua gravidade.

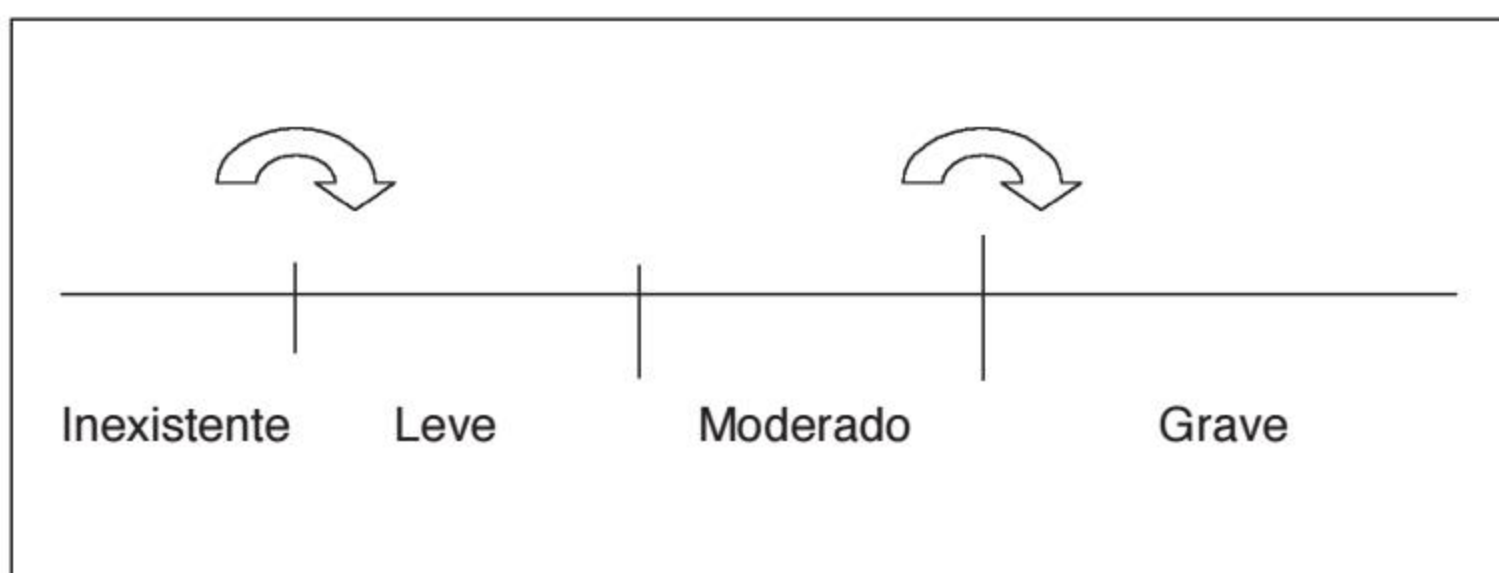


Ilustração 2:

Problema de transição no Sistema AMDP

Os problemas também poderão surgir por causa da linguagem popular adotada. O conceito “ambivalente”, na linguagem popular, significa

algo diferente (ambíguo) do que na linguagem descritiva da psicopatologia. Portanto, recomenda-se estudar não apenas as definições, mas também os esclarecimentos e exemplos.

No caso de avaliação da existência (ou inexistência) de determinado sintoma, é fundamental a definição sobre qual a norma de classificação que o examinador (entrevistador) utilizará. Dessa maneira, os vários tipos de normas poderão ter significado na avaliação, como a norma cultural geral (p. ex., em sintomas de “lentificação” ou “logorreia”), a norma do grupo sociocultural do paciente, como ainda a norma individual (ipsativa) do paciente (p. ex., “distúrbios de concentração” ou “distúrbios de memória”).

1.5.4 Nível de Decisão 4: Quantificação

No caso da existência de determinado sintoma, ele poderá ser classificado como leve, moderado ou grave.

Desta forma, a sua intensidade, a sua duração e frequência poderão ter influência significativa na graduação de cada sintoma.

Para a avaliação da gravidade também deverão ser levados em consideração a relevância dos comportamentos e seu reflexo na vida do paciente. Os exemplos mostrados para ilustração não representam critérios, mas são apenas exemplificações para auxiliar a graduação e que deverão facilitar a classificação. Assim, servem especificamente como referência, para identificação do início de determinado grau, ou seja, quando há a transposição de um grau para outro. Quanto à graduação “grave”, esta não deverá ser entendida como a ilustração da situação mais grave concebível. “Grave” é uma categoria “aberta para cima”. Assim, p. ex., no caso de um paciente classificado como

“gravemente deprimido”, este poderá ter melhoras em seu estado de depressão, mas esse sintoma ainda poderá continuar a ser registrado como “grave” em uma nova avaliação.

A operacionalização dos casos do tipo “leve” e “grave” contém exemplos (referências) que foram escolhidos por critérios didáticos. Obviamente, é possível imaginar muitos outros exemplos adequados. Não desenvolvemos a operacionalização da categoria intermediária (“moderada”) por considerarmos esta um tanto artificial, o que estreitaria demais o espaço de decisão clínica. Faz-se a anotação dessa decisão no formulário de documentação (ilustração 3).

Achados						
Sintoma	Fonte de dados Entrevistador ou Paciente	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Não avaliado
Alterações da consciência		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
1. Rebaixamento da consciência	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Turbamento da consciência	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estreitamento da consciência	PE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Expansão da consciência	P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ilustração 3:
Parte do novo formulário

1.6 Processamento de dados

Desde o início do desenvolvimento do Sistema AMP/AMDP, levou-se em consideração o preparo e análise de dados de maneira eletrônica (Stassen, Bente, Feder, Freudenthal & Strauss, 1983).

Na primeira edição (Scharfetter, 1971), os formulários foram previstos para simples preenchimento e por cartão perfurado. Já na terceira edição do Sistema AMDP (1979) encontram-se instruções detalhadas no capítulo “Indicações para processamento dos dados”. Nessa época já haviam sido desenvolvidos *softwares* em várias clínicas psiquiátricas de universidades (principalmente Berlim, Munique e Zurique) para diferentes tipos de computadores (principalmente *mainframes*). Esses equipamentos realizavam procedimentos para coleta e controle de dados, além de programas estatísticos relacionados à avaliação dos níveis de sintomas ou de síndromes, principalmente visando à utilização nos estudos terapêuticos. Em 1989 foi publicado o primeiro programa de avaliação para computadores pessoais, elaborado por Gebhardt et al. e publicado por Hengesch et al. Atualmente o Sistema AMDP já faz parte dos prontuários médicos de muitas clínicas.

O desenvolvimento da área de processamento de dados nas últimas décadas trouxe muitas simplificações e melhorias ao Sistema AMDP, tanto *hardware* quanto em *software*. O desenvolvimento de PCs mais poderosos e capazes de processar maiores volumes de dados eliminou a necessidade de *mainframes*. Além disso, o desenvolvimento e prosseguimento na evolução de programas estatísticos (especialmente SPSS, SAS e BMDP) tornaram quase desnecessário o desenvolvimento de programas próprios de avaliação. Isso dá ao usuário do Sistema AMDP a possibilidade de utilizar ou desenvolver formatos adaptados à própria necessidade. Os bancos de dados e a formatação de tabelas

podem ser muito úteis (p. ex., Access e Excel), bem como o desenvolvimento de formas específicas de lançamento de dados (p. ex., Data Entry do SPSS). A avaliação poderá ser desenvolvida com a ajuda de qualquer um desses *softwares* disponíveis.

1.7 A anamnese AMDP

O formulário de anamnese AMDP abrange doze sintomas (o formulário encontra-se também como anexo ao livro, p. 189). A notação geral “não avaliado” deverá ser utilizada se determinado sintoma não foi adequadamente investigado no paciente ou se não foi possível obter informações confiáveis.

1. *Sexo do paciente.*
2. *Data de nascimento.* No formato DD/MM/AAAA (dia, mês e ano) informada pelo paciente.
3. *Situação de moradia.* Distinguir se o indivíduo tem moradia independente (mora só, com parceiro, com família própria), se reside com os pais, avós ou outros parentes, se mora em residência assistida, moradia compartilhada ou moradias asilares/hospitalares. Pessoas sem lar, assim como aquelas que vivem em abrigos, são classificadas na mesma categoria. Na categoria “outros” são incluídos, p. ex., presidiários.
4. *Convivência.* Solteiros, viúvos e divorciados são classificados como pessoas que vivem sozinhas (“mora só”). Entre os que vivem “com parceiros” são considerados os que têm cônjuge ou companheiro. Um caso especial são solteiros, separados ou divorciados que vivem com seus filhos. Na categoria residual “outros” podem ser incluídas as pessoas que vivem com amigos ou em condições especiais, p. ex., em conventos. É possível preencher mais de uma resposta.

5. *Escolaridade.* Aqui se marca o maior nível de educação escolar concluído pelo paciente. Se uma pessoa cursou e não concluiu o ensino médio, marca-se “ensino médio incompleto”. Quando indivíduos ainda em formação não concluíram seu nível, marca-se o maior nível educacional concluído. P. ex., deve-se marcar “ensino médio completo” para um estudante que se prepara para o vestibular e já concluiu o ensino médio.
6. *Ocupação.* Na categoria “estudante/em treinamento” são incluídos também estagiários, aprendizes e alunos. Na categoria “aposentado” entram os pensionistas e aqueles aposentados prematuramente. Trabalhadores especialistas e semiqualeificados são listados juntos, assim como funcionários públicos e demais empregados, e profissionais liberais e autônomos.
7. *Local da terapia.* Enfermaria, hospital-dia, ambulatório, outros (p. ex., setor de observação do pronto-socorro).
8. *Motivo da consulta.* Aqui se diferencia entre tratamento, avaliação, aconselhamento e outras investigações.
9. *Evolução da doença.* Existindo mais de um transtorno psiquiátrico, deve-se considerar o diagnóstico principal. Se for o primeiro acometimento psico/patológico do paciente, deve-se marcar “primeiro episódio”. Doenças fásicas e cíclicas devem ser codificadas como “recorrente ou crônica”.
10. *Transtornos psiquiátricos na família.* Aqui se deve registrar se há outras pessoas acometidas por transtornos mentais na família. Também se incluem nessa categoria familiares que tentaram suicídio. Não importa se os parentes têm ligação sanguínea ou não, assim como se o paciente conviveu com eles ou não.
11. *Intensidade dos sintomas.* A classificação da gravidade da doença mental mencionada é mensurada a partir da escala CGI (*Clinical Global Impression*). Deve-se atentar às regras de aplicação da es-

cala, sendo que o examinador deve utilizar-se de toda sua experiência para avaliar a situação atual do paciente.

12. *Diagnósticos.* Aqui podem ser incluídos outros diagnósticos (tanto psíquicos quanto somáticos), de acordo com a codificação do sistema diagnóstico vigente (CID-10 ou DSM-5).