



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA
TESE DE DOUTORADO

**ESTUDO DE RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DA
DEPRESSÃO NOS IDOSOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE, RS, BRASIL**

Eduardo Lopes Nogueira

Porto Alegre

2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA
TESE DE DOUTORADO

ESTUDO DE RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO NOS
IDOSOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE
PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Aluno: Eduardo Lopes Nogueira

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, para obtenção de título de Doutor em Gerontologia Biomédica.

Porto Alegre

2014

DADOS DE CATALOGAÇÃO

N778e Nogueira, Eduardo Lopes

Estudo de rastreamento e diagnóstico da depressão nos idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Porto Alegre, RS, Brasil / Eduardo Lopes Nogueira. - Porto Alegre: PUCRS, 2014.

116 f.: il.; tab. Incluir artigo aceito para publicação na Revista de Saúde Pública e artigo submetido para publicação.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto.

Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica.

1. IDOSOS. 2. DEPRESSÃO. 3. DEPRESSÃO – EPIDEMIOLOGIA. 4. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. 5. SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. 6. ESTUDOS TRANSVERSAIS. I. Cataldo Neto, Alfredo. II. Título.

CDD 618.97689

CDU 613.98:616.89-008.454(043.2)

NLM WT 100

Isabel Merlo Crespo
Bibliotecária CRB 10/1201

Eduardo Lopes Nogueira

**ESTUDO DE RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO NOS
IDOSOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE
PORTO ALEGRE, RS, BRASIL**

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, para obtenção de título de Doutor em Gerontologia Biomédica.

Aprovada em: 26 de Maio de 2014.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Gabriel José Chittó Gauer

Profa. Dra. Mirna Wetters Portuguesez

Profa. Dra. Analuiza Camozzato de Pádua

Porto Alegre

2014

AGRADECIMENTOS

À minha esposa e filho Augusto pela grande alegria de tê-los comigo, proporcionando bem-estar em família e tranquilidade para longas horas de estudos e escrita.

Agradeço aos meus pais, irmãos e avó por todo apoio e carinho ao longo de minha vida pessoal e acadêmica.

Aos meus amigos, que têm sido muito compreensivos com as minhas ausências; não deixando enfraquecer nossos laços afetivos.

Ao Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto meu orientador e supervisor que há cerca de uma década e meia serve como exemplo de dedicação, competência e de trabalho cooperativo.

Ao Prof. Dr. Irênio Gomes pelo suporte científico fundamental e por seu apoio incansável, sempre tranquilizador e fraterno.

Aos Professores, colegas e alunos do Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica e do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria da PUCRS pelo seu companheirismo e comprometimento diário, proporcionando um ambiente fértil que foi fundamental no desenvolvimento do conteúdo deste trabalho de Doutorado.

RESUMO

O envelhecimento populacional ocorre de sobremaneira nos países em desenvolvimento. Tal fato modifica o perfil de saúde e doença na população, prevalecendo as doenças crônico-degenerativas sobre as agudas e infecciosas. Dentre as doenças de características crônicas destaca-se a depressão geriátrica, altamente prevalente no mundo.

O impacto das repercussões do aumento da depressão ainda é difícil de mensurar, embora projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS) para 2030 a coloquem como a principal patologia a contribuir para a carga global de doenças no mundo. O alerta da OMS ainda destaca que o impacto será mais intenso em países de baixa e média renda, o que está relacionado ao subdiagnóstico e subtratamento ao nível da atenção básica (AB). Além disso, outros fatores contribuem para a complexidade da depressão na faixa idosa dentre os quais destaca-se a comorbidade com transtornos de ansiedade contribuindo para a severidade do quadro psiquiátrico o que aponta para uma maior relevância à investigação de ambos transtornos.

Este é um estudo transversal com coleta prospectiva que objetivou examinar fatores relacionados à depressão em uma amostra aleatória estratificada de idosos cadastrados pelo programa Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Porto Alegre. Para o desenvolvimento do trabalho, os dados utilizados são provenientes de duas etapas de coleta: 1) etapa de rastreamento: com coleta de dados sociodemográficos, multidimensionais de saúde e de Sintomas Depressivos Clinicamente Significativos (SDCS) com a Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (EDG-15) em visita domiciliar por Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e 2) entrevista especializada com a avaliação diagnóstica de transtornos psiquiátricos, utilizando-se a versão brasileira validada do *Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 plus* (M.I.N.I. 5.0.0 plus BR) – admitindo-se os critérios da 4ª edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) como padrão ouro.

O presente trabalho objetivou: examinar a prevalência SDCS e suas características associadas, detectadas através da coleta realizada pelos ACS;

2) identificar associações entre os diagnósticos de transtornos depressivos e de ansiedade com os medicamentos psicotrópicos em uso.

Como produto deste trabalho, dois artigos científicos foram produzidos; cada qual investigando um dos objetivos acima descritos. No primeiro trabalho, a amostra foi composta por 621 indivíduos de 60 anos ou mais que completaram a etapa de coleta de rastreamento realizada pelos ACS. Os resultados mostraram que uma prevalência alta de depressão (30,6%) foi estimada através da avaliação de rastreamento realizada por profissionais sem alta especialização. A depressão mostrou-se significativamente mais frequente em mulheres do que em homens (35.9% versus 20.9%; $P < 0.001$). A partir de uma análise robusta pelo método de *Poisson* foram medidas associações independentes através da estimativa de Razões de Prevalências (RP) da depressão com as variáveis: gênero feminino (RP: 1.4, IC: 1.1-1.8); baixa escolaridade, destacando-se analfabetismo (RP:1.8, IC:1.2-2.6); autopercepção de saúde regular (RP: 2.2, IC: 1.6-3.0) e má/péssima (RP: 4.0, IC: 2.9-5.5). Esses achados são compatíveis com a literatura prévia existente. Entretanto, deve-se destacar que essa replicação de achados neste formato é inédita, já que foi realizada exclusivamente por ACS em uma situação próxima da real da Atenção Básica (AB).

O segundo trabalho foi realizado a partir de uma amostra de 501 idosos que completaram as fases de rastreamento e de avaliação especializada. O estudo examinou associações entre diagnósticos de transtornos depressivos e de ansiedade com o uso de psicotrópicos em idosos cadastrados na ESF. As variáveis clínicas foram analisadas de forma dicotômica agrupando-se os diagnósticos de depressão unipolar e ansiedade com indicações psicofarmacoterapêuticas consistentes: 1) depressão unipolar: episódio depressivo maior atual, transtorno depressivo maior recorrente ou distímia; 2) ansiedade: transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno do pânico, fobia social ou agorafobia. As medicações psicotrópicas foram agrupadas em antidepressivos, benzodiazepínicos, estabilizadores de humor, antipsicóticos, anticonvulsivantes e outros medicamentos psicotrópicos.

Como resultado, altas frequências de depressão unipolar (11,4%), de ansiedade (9,0%) e da comorbidade de depressão e ansiedade (8,6%) foram observadas na amostra total. O gênero feminino esteve mais associado tanto com o grupo de depressão unipolar (26,4% versus 9,5%; $P < 0,001$) quanto com o grupo de ansiedade (21,9% versus 10,5%, $P < 0,001$). Os antidepressivos são considerados o tratamento farmacológico de eleição para o grupo de patologias analisadas e foram os mais utilizados (13,2%), seguido pelos benzodiazepínicos (6,8%) e antipsicóticos (2,2%). Na depressão, os idosos recebem mais frequentemente antidepressivos (40,4%) do que benzodiazepínicos (19,3%), antipsicóticos (7,0%), estabilizadores de humor (1,8%) e outros psicotrópicos (24,6%). Entretanto, a análise controlada pelo método de *Poisson* mostrou que o risco de receber benzodiazepínicos, ao invés de antidepressivos é consideravelmente maior na depressão geriátrica (PR: 6,6 vs 4,2); também observou-se a tendência para risco de uso de antipsicóticos (RP: 6,8) nesses casos. Ou seja, os achados deste estudo indicam que idosos portadores de transtornos depressivos unipolares têm maior risco de receber medicamentos psicosedativos como benzodiazepínicos e antipsicóticos do que antidepressivos. No grupo dos transtornos de ansiedade a frequência do uso de antidepressivos é considerada baixa (11,1%) sendo que a risco de uso de benzodiazepínicos nesse grupo diagnóstico é aproximadamente 3,5 vezes maior do que o uso de antidepressivos (RP de 4.3 versus 1.2). Os achados no grupo de idosos que possuem diagnóstico comórbido de, ao menos, um transtorno depressivo e de um transtorno de ansiedade é ainda mais preocupante, já que – embora sejam casos particularmente graves e associados à cronicidade – a chance de usar um antidepressivo é reduzida para quase a metade se comparada com o grupo diagnosticado com depressão isolada (RP: 4.2 versus 2.2).

Com o envelhecimento populacional e o aumento dos transtornos depressivos no mundo, cada vez mais torna-se importante a ampliação do conhecimento acerca desta patologia em faixas de idade cada vez mais avançadas. Embora os resultados evidenciados nestes estudos sejam preocupantes, os mesmos lançam luz para importantes problemas de saúde pública. Além disso, achados a partir da operacionalização de equipes de

saúde locais trazem esperança para um modelo de implementação estratégica de ações em saúde mental do idoso, já que apontam que “profissionais leigos” podem ter um papel fundamental na detecção precoce e na prevenção da depressão ao nível da comunidade e da AB, assim como na identificação de indivíduos deprimidos sem tratamento ou em uso de medicações psicotrópicas inadequadas. Enfim, os estudos permitiram examinar problemas importantes de saúde trazendo dados de alta prevalência de depressão geriátrica, assim como indicadores de que sua terapêutica farmacológica adequada, muitas vezes, não é alcançada. Assim, faz-se necessário a implementação de um modelo estratégico e ativo de ação para abordagem preventiva na saúde mental de idosos, pois utilizando ferramentas de baixo custo (escalas de rastreamento) é possível a identificação de casos de depressão incidente, em fase inicial, de casos severos, bem como auxiliar na identificação daqueles idosos que recebem tratamento inadequado.

TÍTULO (VERSÃO EM INGLÊS)

STUDY OF SCREENING AND DIAGNOSIS OF DEPRESSION IN THE ELDERLY REGISTERED IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY PROGRAM IN PORTO ALEGRE, RS, BRAZIL

ABSTRACT

Population aging is particularly evident in developing countries. This fact modifies the health/disease profile in the population, with chronic diseases becoming more prevalent than the acute and infectious. Geriatric depression stands out among those diseases of a chronic nature, being highly prevalent in the world.

The impact of the consequences of increased depression is still difficult to measure, although projections by the World Health Organization (WHO) place it, by 2030, as being the main disorder contributing to the global burden of disease. The WHO alert also indicates that the impact will be more intense in low- and middle-income countries, which is related to the underdiagnosis and undertreatment of this disorder at a primary care level. Furthermore, other factors increases the complexity of depression in the elderly, especially the comorbidity with anxiety disorders, contributing to the severity of the disease, which suggests a greater relevance for investigating both disorders.

This cross-sectional study with prospective data collection aimed to examine factors related to depression in a random sample of the elderly, registered with the Family Health Strategy (FHS) program in the city of Porto Alegre. Data collection was conducted in two phases: 1) screening phase: measurement of sociodemographic and multidimensional health data and measurement of clinical significant depressive symptoms, using the 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15) accomplished in a home visit by Community Health Agents (CHA); and 2) specialist interview for the diagnostic assessment of psychiatric disorders, using the validated Brazilian version of the Mini International Neuropsychiatric Interview, 5.0.0 plus (M.I.N.I. 5.0.0 plus BR)

- adopting the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR) as the gold standard.

This study aimed to: examine the prevalence of clinical significant depressive symptoms and their associated characteristics, detected through data collection conducted by CHA; 2) identify associations between the diagnoses of depressive and anxiety disorders with the use of psychotropic medications.

Two scientific articles were produced based on this research, with each investigating an objective outlined above. In the first, the sample consisted of 621 individuals aged 60+ years, who had completed the data screening phase performed by the CHA. The results showed that a high prevalence of depression (30.6%) was estimated via the screening assessment conducted by professionals without a high level of specialization. Depression was shown to be significantly more common in women than men (35.9% versus 20.9%; $P < 0.001$). Independent associations were measured through robust analysis with Poisson regression to estimate the prevalence ratios (PR) of depression with the variables: female gender (PR: 1.4, CI: 1.1-1.8); low educational level, especially illiteracy (PR: 1.8, CI: 1.2-2.6); regular self-perceived health (PR: 2.2, CI: 1.6-3) and poor/very poor self-perceived health (PR: 4, CI: 2.9-5.5). These findings are consistent with the existing scientific literature. However, it should be emphasized that this replication of findings was carried out exclusively by CHA in the close to real-life situation of the Family Health Strategy program.

In the second work, the sample consisted of 501 elderly people enrolled in the FHS, who had completed both screening and specialist evaluations. The paper examined associations between diagnosis of depressive and anxiety disorders with the use of psychotropic drugs. Clinical variables were analyzed in a dichotomous manner by grouping the diagnoses of unipolar depression and anxiety with consistent psychopharmacotherapeutic indications: 1) unipolar depression: current major depressive episode, recurrent major depressive disorder or dysthymia; 2) anxiety: generalized anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, posttraumatic stress disorder, panic disorder, social phobia or agoraphobia. The psychotropic drugs were grouped into

antidepressants, benzodiazepines, mood stabilizers, antipsychotics, anticonvulsants, and other psychotropic drugs.

The results showed high frequencies of unipolar depression (11.4%), anxiety (9.0%), and depression and anxiety comorbidity (8.6%), observed in the total sample. Female gender was more associated with both the unipolar depression group (26.4% versus 9.5%, $P < 0.001$) and the anxiety group (21.9% versus 10.5%, $P < 0.001$). Antidepressants are considered the pharmacological treatment of choice for the disease groups analyzed and were the most frequently used (13.2%), followed by benzodiazepines (6.8%), and antipsychotics (2.2%). In depression, the elderly received antidepressants (40.4%) more frequently than benzodiazepines (19.3%), antipsychotics (7.0%), mood stabilizers (1.8%), and other psychotropic drugs (24.6%). However, the chance of receiving benzodiazepines rather than antidepressants was considerably higher (PR: 6.6 vs 4.2); a tendency towards antipsychotic drug use was also observed (PR: 6.8). As such, the findings of this study indicate that elderly individuals with unipolar depressive disorders have a greater risk of receiving psychosedative drugs like benzodiazepines and antipsychotics, than antidepressants. The frequency of antidepressant use in anxiety disorders is considered low (11.1%), with the risk of benzodiazepine use in this diagnostic group being approximately 3.5 times greater than the use of antidepressants (PR 4.3 versus 1.2). The findings in the elderly group with a comorbidity diagnosis of at least one depressive and one anxiety disorder are of even greater concern. Although these are particularly severe cases with a tendency of chronification, the chances of their using an antidepressant is reduced by almost half, in comparison to the group diagnosed with depression alone (PR: 4.2 versus 2.2).

An aging population and the growth of depressive disorders in the world increasingly indicate the importance of expanding our knowledge regarding this disease in older age groups. While results such as those shown by the outlined studies are worrying, they shed light on the significant problems of public health. Findings generated by a strategic model that include the local family health teams provide hope for the implementation of action plans in elderly mental health, by indicating that lay professionals can play a fundamental role in the

early detection and prevention of depression at a community and primary care level. In summary, the research has allowed important health issues to be examined and produced data showing a high prevalence of geriatric depression, as well as indicators that appropriate pharmacological therapy for this disease is not being achieved. Therefore, the implementation of an active strategic model of action is necessary for a preventive approach to elderly mental health care. This would allow the use of low-cost tools (screening scales) that make it possible to detect cases of depression at an early stage and more severe cases, as well as helping in the identification of those elderly individuals at risk or receiving inadequate treatment.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	19
3	OBJETIVOS.....	25
4	HIPÓTESES.....	26
5	ARTIGO ACEITO PARA PUBLICAÇÃO: <i>THE SCREENING OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN OLDER ADULTS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY, PORTO ALEGRE, RS, BRAZIL</i>	28
6	ARTIGO SUBMETIDO PARA PUBLICAÇÃO: <i>DEPRESSION AND ANXIETY IN OLDER BRAZILIANS: A MAJOR CHALLENGE IN PUBLIC HEALTH PHARMACOTHERAPEUTIC APPROACH</i>	46
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
	REFERÊNCIAS.....	69
	ANEXO A – Instrumento de Rastreamento: Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (EDG-15).....	75
	ANEXO B – Instrumento Diagnóstico: <i>Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 plus Brazilian version (M.I.N.I.plus)</i>	76

APÊNDICE A – Questionário de Avaliação Global do Idoso.....103

APÊNDICE B – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.....114

APÊNDICE C – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município de Porto Alegre/RS.....115

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) entre o ano de 2000 e 2050 a população de indivíduos de 60 anos ou mais irá passar de 600 milhões para 2 bilhões.¹ A maior parcela deste crescimento se dará em países de baixa e média renda crescendo de 400 milhões para 1,7 bilhões no mesmo período. Cerca de 80% das pessoas acima de 60 anos estará vivendo nos países em desenvolvimento. Em 2030, estima-se que o Brasil contribua com um contingente aproximado de 40 milhões de idosos.²

No que se referem à saúde, tais modificações caracterizam-se pelo predomínio das enfermidades crônicas sobre as agudas e infecciosas. Com o envelhecimento acelerado da população e aumento da expectativa de vida, espera-se o aumento do contingente de indivíduos portadores de transtornos psiquiátricos pertencentes a esta faixa etária. Dentre as patologias frequentes do idoso, destaca-se a depressão,³ compreendida modernamente como uma patologia crônica.^{4,5} É, atualmente, um importante problema de saúde pública no mundo devido à sua alta prevalência sendo uma das principais causas de incapacidade no mundo.^{6,7} De fato, o impacto da depressão no mundo todo será impressionante ao observarmos a projeção da OMS para 2030 a qual estima que a depressão tornar-se-á a principal patologia contribuinte para a carga global de doenças, ultrapassando as doenças cardíacas.⁸

A depressão no idoso impõe um pesado sofrimento para pacientes, familiares e cuidadores. Está associada à acentuação da incapacidade relacionada a doenças físicas e transtornos cognitivos, aumento dos custos com cuidados de saúde, mortalidade aumentada por suicídio e a doença física.^{9,10} Vem crescendo no mundo o número de estudos que visam estimar prevalência e incidência de depressão no período final do ciclo vital; a maioria dos trabalhos obtém as estimativas de depressão por meio de escalas que medem sintomas. No entanto, não parece haver consenso entre pesquisadores da área na questão relativa ao que se constitui o termo “sintomas depressivos clinicamente significantivos” quando idosos são avaliadas por essas escalas.³ Um menor número de trabalhos buscou estimar as frequências de transtornos

depressivos, seguindo os critérios considerados como padrão ouro para o diagnóstico de transtornos mentais, como é o caso da 4ª revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV).¹¹ Uma questão importante é a existência de considerável sobreposição entre os subtipos de depressão de diferentes níveis de intensidade ou quantidade de sintomas.³ Entretanto, os manuais diagnósticos que dispomos atualmente dão maior destaque à complexa fenomenologia psiquiátrica e, como regra, determinam os subtipos de transtornos com base nesta premissa, carecendo de informações científicas empíricas que dão luz à base etiológica para tal fragmentação classificatória.^{3,12} A sobreposição assim como a comorbidade de depressão e ansiedade merece destaque especial, já que são os dois grupos de transtornos psiquiátricos mais frequentes em idosos.^{13,14,15,16}

Países desenvolvidos possuem uma produção científica consolidada, embora as taxas de prevalência de depressão geriátrica apresentem variações conforme a região, amostra e instrumentos utilizados. Prevalências mais altas tendem a ser encontradas em trabalhos que utilizam escalas de sintomas ou rastreamento ao invés do exame de critérios diagnósticos e em países de baixa e média renda quando comparados com países desenvolvidos.¹⁷ A quantidade de trabalhos de qualidade que examinaram frequências do diagnóstico depressão, transtornos de ansiedade e a comorbidade entre ansiedade e depressão em idosos a literatura é considerada pequena.^{13,15,18}

No plano nacional, há poucos estudos de prevalência em amostras aleatórias de base populacional que conseguiram estimar frequências mais homogêneas, ficando mais distantes ainda ao que se refere à capacidade de aprofundar as relações de associação da depressão no idoso com outras variáveis.^{9,16} Quase a totalidade destes procurou medir a prevalência utilizando escalas de sintomas ou de rastreamento. Além disso, os diferentes instrumentos e pontos de corte dificultam a comparação de dados e explica a amplitude de prevalências de sintomas apontados em revisão sistemática e metanálise de estudos realizada por Barcelos-Ferreira (2010); apenas a relação de associação da depressão com doenças cardiovasculares e com gênero feminino pode ser evidenciada na metanálise.¹⁶ Os poucos estudos que utilizaram entrevistas diagnósticas estruturadas possuíam amostras pequenas

e não puderam incluir a pesquisa de uma variedade maior de subtipos de depressão como a distímia ou de comorbidades importantes como os transtornos de ansiedade.¹⁶

Assim, embasando-se na literatura atual os trabalhos não demonstram uniformidade na capacidade de estimar as prevalências diagnósticas nesta faixa etária. Adicionalmente, tal corpo de evidência, até o momento, gera incerteza ao comparar testes de baixo custo que detectam a depressão por sintomas com os diagnósticos considerados como padrão ouro.

Um aspecto que merece destaque nos planos nacional e internacional é o fato de as medidas de sintomas depressivos terem sido aferidas em nível de cuidados ambulatoriais ou de cuidados primários por médicos, estudantes de medicina, enfermagem ou colaboradores da própria pesquisa.^{19,20,21} No presente estudo esta etapa de rastreamento em idosos da comunidade foi realizada por ACS capacitados responsáveis pela região de sorteio à compor a amostra – tal metodologia melhor detalhada já encontra-se publicada e é de acesso livre.²² Escalas de sintomas como a EDG-15 têm como principais qualidades em sua construção a alta sensibilidade e o baixo custo; sendo recomendada a aplicação por profissionais considerados leigos, especialmente em países em desenvolvimento como é o caso do Brasil. Ainda, os ACS realizaram a coleta de dados sociodemográficos e revisaram cautelosamente a prescrição atual de cada idoso participante da pesquisa. Cabe destacar que o exame do perfil psicofarmacológico de fato (conferindo a prescrição e os medicamentos em uso juntamente com o paciente) e da sua relação com a depressão são raros na literatura e com análises descritivas menos robustas.^{23,24}

De fato, uma hierarquização mais bem definida para os níveis de assistência, para organização de equipes de profissionais e para aplicação instrumentos complementares é de grande importância, já que diagnósticos especializados além de caros e de requererem recursos humanos de mais alta especialização não têm se mostrado sensíveis na detecção de “síndromes psiquiátricas menores” ou de transtornos em estágio precoce em idosos;³ ponto fundamental na prevenção da cronicidade da depressão, do subtratamento e da prescrição inapropriada de psicotrópicos.²⁵ Nesse último aspecto, ressalta-

se a alta frequência de uso de medicamentos sedativos em idosos, particularmente os benzodiazepínicos. Tais fármacos modernamente tem indicação restrita a poucas patologias devendo ser utilizados por períodos curtos não maiores do que poucas semanas. Em idosos devem estar geralmente proscritos, podendo ser considerados indicadores de tratamento inadequado da depressão geriátrica.²⁶

Assim, uma melhor hierarquização ao nível da Atenção Básica (AB) pode priorizar o melhor diagnóstico e contribuir para a redução da elevada taxa de sub-diagnósticos e, conseqüentemente, de indicações inadequadas de hipnosedativos – que figuram como medicamentos excessivamente prescritos também para pacientes com depressão.²⁷

Deste modo, a partir de uma amostra aleatória de idosos cadastrados no programa ESF de Porto Alegre, o presente estudo objetiva: 1) estimar as prevalências de sintomas depressivos clinicamente significativos em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Porto Alegre; 2) examinar associações entre o diagnóstico de transtornos depressivos ou de transtornos de ansiedade com o perfil terapêutico psicofarmacológico atual.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nosso meio, são poucos os estudos comunitários que objetivaram o estudo do diagnóstico dos diferentes transtornos depressivos em indivíduos de 60 anos ou mais e seus resultados não são uniformes.¹⁶ Estudos que investigam SDCS e os transtornos depressivos em amostras brasileiras de idosos são fundamentais pela elevada ocorrência da depressão e de ansiedade – principais comorbidades psiquiátricas – bem como pela escassez de dados disponíveis, o que dificulta o planejamento de serviços, estratégias e políticas de saúde.⁵²

Os achados deste estudo são relevantes, pois evidenciam a importância e protagonismo de profissionais de área da saúde tanto de baixa, quanto de alta especialização – fundamentais na identificação de casos de depressão e subsequentemente para o aprofundamento diagnóstico.

Além do fator fundamental da detecção de novos casos, é de vital importância que toda a estrutura das equipes de saúde da família estejam preparadas para minorar problemas evidenciados nos achados preocupantes quanto à psicofarmacoterapia de transtornos depressivos e de ansiedade. Cabe citar os achados nesse aspecto: 1) o alto índice de uso inapropriado de medicamentos sedativos e hipnóticos em casos de depressão e ansiedade; 2) risco mais elevado de uso de benzodiazepínicos do que antidepressivos em idosos com depressão ou ansiedade; 3) redução da chance de tratamento com antidepressivos nos casos de comorbidade de depressão e ansiedade.

Tais associações encontradas são de extrema preocupação, mas trazem com eles a exposição de problemas de alta relevância para a saúde pública, podendo ser um ponto de partida para novas ações estratégicas da ESF, beneficiando a saúde mental de idosos. Este trabalho proporcionou também, de forma preliminar, um modelo estratificado em que profissionais como ACS (considerados leigos) são capazes de realizar a detecção da depressão e de importantes fatores associados com problemas de saúde mental que permaneciam “silenciosos” na esfera da comunidade e da AB. Complementarmente, uma vez detectada a doença ou o risco do desenvolvimento da mesma, enfermeiros e médicos de família podem conduzir

avaliações mais aprofundadas e aperfeiçoar a terapêutica – a qual inclui a identificação de casos complexos ou de maior gravidade que devem ser encaminhados ao especialista ou ao nível terciário.

Enfim, a depressão, a ansiedade e problemas relacionados ao uso de medicamentos têm impacto, ao menos, comparável ao de doenças como o diabetes e a hipertensão que caracteristicamente têm recebido maior destaque em políticas públicas, em ações estratégicas e em pesquisas. Considerando que a OMS vem destacando o crescimento da depressão em todas as faixas etárias e projetou para 2030 como sendo a principal patologia contribuinte para a carga global de doenças no mundo – particularmente em países de baixa e média renda como o Brasil – faz-se necessário um trabalho de base assistencial e científico, junto a Estratégia Saúde da Família, para consolidar os temas aqui estudados como importantes problemas de saúde pública. De forma concomitante, a sensibilização e a capacitação de profissionais da saúde, assim como a redução do estigma da doença mental⁵⁴ devem também fazer parte de iniciativas duradouras ao nível da comunidade e da AB.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization (WHO). What are the public health implications of global aging? Geneva: World Health Organization; 2006. Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/42/en/index.html>
- 2 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da População Brasileira: População por Sexo e Grupos de Idade. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm
- 3 Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003;58(3):249-265.
- 4 Blazer DG, Steffens DC, König HG. Mood Disorders. In: Blazer DG, Steffens DC, Editors. *Textbook of Geriatric Psychiatry*. 4th ed. Washington DC: The American Psychiatric Publishing; 2009. p. 275-299.
- 5 Beekman ATF, Geerlings SW, Deeg DJH, Smit JH, Schoevers RS, Beurs E, et al. The natural history of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:605-611.
- 6 Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005;365:1961-1970.
- 7 World Health Organization (WHO). Depression. Geneva: World Health Organization; 2006. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- 8 World Health Organization (WHO). Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level, World Health Organization. Executive Board. Provisional agenda item 6.2, 130th session 1, EB130/9. Geneva: World Health Organization; 2011.

- 9 Pinho MX, Custódio O, Makdisse M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2009;12(1):123-140.
- 10 Shanmugham B, Alexopoulos GS. Depressão Geriátrica. In: Licinio J, Wong ML. *Biologia da Depressão.* Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 332-349.
- 11 Associação de Psiquiatria Americana. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.* 4a ed. Rev. – DSM-IV-TRTM. Trad.: Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- 12 Horowitz A. *Creating Mental Illness.* Chicago: University of Chicago Press; 2002.
- 13 Beekman AT, Bremmer MA, Deeg DJ, van Balkom, AJ, Smit JH, de Beurs E, et al. Anxiety disorders in late life: a report from de Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int Geriatr Psychiatry.* 1998;13:717-726.
- 14 Flint AJ. Anxiety disorders in late life. *Can Fam Physician.* 1999;45: 2672-2679.
- 15 Gum AM, King-Kallimanis B, Kohn R. Prevalence of mood, anxiety, and substance abuse disorders for older American in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2009;17:769-781.
- 16 Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC, Bottino CMC. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr.* 2010;22:712-726.
- 17 Kessler RC, Birbaum HG, Shaly V, Bomet E, Hwang I, mclaughlin KA, et al. Age Differences in the Prevalence and co-Morbidity of DSM-IV Major Depressive Episodes: Results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depression and Anxiety.* 2010;27:351-364.
- 18 Lamers F, van Oppen P, Comijs HC, Smit JH, Spinhoven P, van Balkom AJLM, et al. Comorbidity Patterns of Anxiety and Depressive Disorders in a Large Cohort Study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Clin Psychiatry.* 2011;72(3):341-348.

- 19 Herrmann N, Mittmann N, Silver IL, Shulman KI, Busto UA, Shear NH, et al. A validation study of the geriatric depression scale short form. *Int geriatr psychiatry*. 1996;11:457-460.
- 20 Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):918-923.
- 21 Castelo MS, Coelho-Filho JM, Carvalho AF, Lima JWO, Noletto JCS, Ribeiro KG, et al. Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(1):109–113.
- 22 Gomes I, Nogueira EL, Engroff P, Ely LS, Schwanke CHA, De Carli GA, et al. The multidimensional study of the elderly in the family health strategy in Porto Alegre, Brazil (EMI-SUS). *Pan Am J Aging Res*. 2013;1(1):20-24.
- 23 Pirkis J, Pfaff J, Williamsom M, Tyson O, Stocks N, Goldney R, et al. The community prevalence of depression in older Australians. *J Affect Disord*. 2009;115:54-61
- 24 Rikala M, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Psychotropic drug use in community-dwelling elderly people-characteristics of persistent and incident users. *Eur J Clin Pharmacol*. 2011;67(7):731-739.
- 25 American Geriatrics Society. Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(4):616-631.
- 26 Assem-Hilger E, Jungwirth S, Weissgram S, Kirchmeyr W, Fischer P, Barnas C. Benzodiazepine use in the elderly: an indicator for inappropriately treated geriatric depression? *Int J Geriatr Psychiatry* 2009;24(6):563-569.
- 27 Pirkis J, Pfaff J, Williamsom M, Tyson O, Stocks N, Goldney R, et al. The community prevalence of depression in older Australians. *J Affect Disord*. 2009;115:54-61.

- 28 Ciulla L, Nogueira EL, Gomes I, Tres GL, Engroff P, Ciulla V, Cataldo Neto A. Suicide risk in the elderly: data from Brazilian public health care program. *J Affect Disord.* 2014;152-154:513-516.
- 29 Hybels CF, Blazer DG, Hays JC. Demography and Epidemiology of Psychiatric Disorders in Late Life. In: Blazer DG, Steffens DC, Editors. *Textbook of Geriatric Psychiatry.* 4th ed. Washington DC: The American Psychiatric Publishing; 2009. p.19-44, 2009.
- 30 Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Meader N. Diagnostic validity and added value of the geriatric depression scale for depression in primary care: A meta-analysis of GDS30 and GDS15. *J Affect Disord.* 2010;125:10–17.
- 31 Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999;14:858–865.
- 32 Almeida OP, Almeida SA. Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form. *Arq Neuropsiquiatr.* 1999;57:421–426.
- 33 Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema P, Adey M, Rose TL. Screening tests for geriatric depression. *Clin Gerontologist.* 1982;1:37-44.
- 34 Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of Geriatric Depression Screening Scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1983;17:37-49.
- 35 Blazer DG. Dysthymia in community and clinical samples of older adults. *Am J Psychiatr.* 1994;151:1567-1569.
- 36 Gallo J, Rabins P, Lyketsos C. Depression Without sadness: functional outcomes of nondysphoric depression in later life. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45:570-578.
- 37 Gallo J, Rabins P, Anthony J. Sadness in older persons: 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Mariland. *Psychol Med.* 1999;29:341-350.

- 38 Adams K. Depressive Symptoms, depletion, or developmental change? Withdrawal, apathy, or lack of vigor in the Geriatric Depression Scale. *Gerontologist*. 2001;41:768-777.
- 39 World Health Organization (WHO) 2006. Suicide prevention. Geneva: World Health Organization; 2006. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- 40 Braga VF, Cataldo Neto A, Furtado, NR. Avaliação do risco de suicídio na prática clínica. *Acta Medica*. 2003;24:415-430.
- 41 Abreu DC. Um ato de violência: tentativa de suicídio em idosos [dissertação]. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2001.
- 42 Cuijpers P, Graaf R, van Dorsselaer S. Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *J Affect Disord*. 2004;79:71-79.
- 43 Michell AJ, Subramaniam H. Prognosis of Depression in Old Age Compared to Middle Age: A Systematic Review of Comparative Studies. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1588-1601.
- 44 Mueller TI, Khon R, Leventhal N, Leon AC, Solomon D, Cryell, W. The Course of Depression in Elderly Patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2004;12:22-29.
- 45 Salloway S, Malloy P, Kohn R, Gillard E, Duffy J, Rogg J, et al. MRI and neuropsychological differences in early and late-life-on set geriatric depression. *Neurology*. 1996;46(6):1567-1574.
- 46 Novaretti TMS, Marcolin MA, Meira JrS, Gelás PL, Baudelin CGR, Bottino CMC. Hipersinais subcorticais no exame de ressonância magnética. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001;59(3B):754-760.
- 47 Krishnan KR, Hays JC, Blazer DG. MRI-defined vascular depression. *Am J Psychiatry*. 1997;154:497-501.

- 48 Zhao KX, Huang CQ, Xiao Q, Gao Y, Liu QX, Wang ZR., et al. Age and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of the published literature. *CNS Spectr.* 2012;17(3):142-454.
- 49 Braam AW, Copeland JR, Delespaul PA, Beekman AT, Como A, Dewey M, et al. Depression, subthreshold depression and comorbid anxiety symptoms in older Europeans: results from the EURODEP concerted action. *J Affect Disord.* 2014;155:266-272.
- 50 Spanemberg L, Nogueira EL, da Silva CT, Dargél AA, Menezes FS, Cataldo Neto A. High prevalence and prescription of benzodiazepines for elderly: data from psychiatric consultation to patients from an emergency room of a general hospital. *Gen Hosp Psychiatry.* 2011;33(1):45-50.
- 51 Manthey L, van Veen T, Giltay EJ, Stoop JE, Neven AK, Pennix WJH, Zitman FG. Correlates of (inappropriate) benzodiazepine use: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *British Med J Clin Pharmacol.* 2011;72(2):263-272.
- 52 Blay SL, Laks J, Nitrini R, Caramelli P. Epidemiologia dos transtornos mentais em idosos e a utilização dos serviços por esta população. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil.* Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 143-150.
- 53 Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(3):106-115.
- 54 Bell RA, Franks P, Duberstein PR, Epstein RM, Feldman MD, Fernandez GE, Kravitz RL. Suffering in silence: reasons for not disclosing depression in primary care. *Ann Fam Med.* 2011;9(5):439-446.

ANEXO A



57120

ID:

5

PENGE - PROGRAMA DE ENVELHECIMENTO CEREBRAL

Secretaria Municipal de Saúde – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS-15)

Nome

Nº do cadastro ESF

Data da entrevista

 / / 20

Equipe ESF

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Você se sente satisfeito(a) com sua vida? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 2. Você interrompeu muitas de suas atividades? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 3. Você sente sua vida vazia? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 4. Você se sente aborrecido com frequência? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 5. Você se sente bem com a vida na maior parte do tempo? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 6. Você teme que algo ruim lhe aconteça? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 7. Você se sente alegre a maior parte do tempo? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 8. Você se sente desamparado com frequência? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 10. Você acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 11. Você acha que é maravilhoso estar vivo(a)? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 12. Você se sente inútil? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 13. Você se sente cheio/a de energia? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 14. Você se sente sem esperança? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

ANEXO B

M.I.N.I. PLUS**MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW****Brazilian Version 5.0.0**

USA: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

M.I.N.I. Plus 5.0.0 (Junho, 2001)

M.I.N.I. - MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A) : _____

PROTOCOLO NÚMERO: _____

DATA DE NASCIMENTO : _____ **HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA:** _____

NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A): _____ **HORA DO FIM DA ENTREVISTA:** _____

DATA DA ENTREVISTA: _____ **DURAÇÃO TOTAL DA ENTREVISTA:** _____

MINI 5.0.0 / Brazilian Version / DSM-IV / Current

MÓDULOS	PERÍODOS EXPLORADOS	
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 últimas semanas) + vida inteira:	
A.' EDM com características melancólicas	Atual (2 últimas semanas)	<u>Opcional</u>
B. DISTIMIA	Atual (2 últimos anos)	
C. RISCO DE SUICÍDIO	Atual (último mês)	
D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO	Atual + vida inteira	
E. TRANSTORNO DE PÂNICO	Vida inteira + atual (último mês)	
F. AGORAFOBIA	Atual	
G. FOBIA SOCIAL	Atual (último mês)	
H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	Atual (último mês)	

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (último mês)	<u>Opcional</u>
J. DEPENDÊNCIA/ABUSO DE ÁLCOOL	Atual (12 últimos meses)	
K. DEPENDÊNCIA/ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) (Não alcoólicas)	Atual (12 últimos meses)	
L. SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira + atual	
M. ANOREXIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
N. BULÍMIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (6 últimos meses)	
P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	<u>Opcional</u>

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica estruturada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), explorando de modo padronizado os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

- **Entrevista:**

Com o objectivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

- **Apresentação:**

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto do que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

- **Convenções:**

As frases escritas em “letras minúsculas” devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em “MAÍUSCULAS” não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em “negrito” indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As respostas com uma seta sobreposta (∧) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar “NÃO” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

- **Instruções de cotação :**

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O clínico deve-se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar: _____

∧: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
		→		
	A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?	NÃO	SIM	

A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:

- a O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg)

COTAR **SIM**, SE RESPOSTA **SIM** NUM CASO OU NO OUTRO

		NÃO	SIM	3
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7
f	Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	9

A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ?

(ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL	

A5a Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?



NÃO SIM 10

b Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses?

NÃO SIM 11

A5b É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO	

^: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = **SIM**), EXPLORAR O SEGUINTE:

A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	12
A6 a Durante este último período de depressão, quando se sentiu pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de se sentir melhor, mesmo temporariamente?			
A6a OU A6b SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

A7 a Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior de manhã ?	NÃO	SIM	15
c Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, tendo dificuldade em voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR com Características Melancólicas ATUAL	

^: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

B. DISTIMIA

Não explorar este módulo se o(a) entrevistado(a) apresenta um Episódio Depressivo Maior Atual.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20				
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante mais de 2 meses ?	NÃO	→ SIM	21				
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:							
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22				
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23				
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24				
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25				
e	Tem dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões ?	NÃO	SIM	26				
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27				
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?	→ NÃO	SIM					
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→ NÃO	SIM	28				
	B4 É COTADA SIM?	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">DISTIMIA ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	DISTIMIA ATUAL	
NÃO	SIM							
DISTIMIA ATUAL								

^: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicidar-se ?	NÃO	SIM	3
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	4
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	5

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	6
----	---------------------------------------	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

SE **SIM**, ESPECIFICAR O NÍVEL DO RISCO DE SUICÍDIO:

C1 ou C2 ou C6 = SIM : LEVE

C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO

C4 ou C5 OU (C3 + C6) = SIM : ELEVADO

	NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL		
LEVE		<input type="radio"/>
MODERADO	<input type="radio"/>	
Elevado		<input type="radio"/>

⚠: **IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE**

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ?	NÃO	SIM	1
	NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	SE “SIM”			
b	Sente-se, neste momento, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 a	Alguma vez teve um período em que estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família?	NÃO	SIM	3
	NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
	SE “SIM”			
b	Sente-se, excessivamente irritável neste momento?	NÃO	SIM	4
	D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?	→ NÃO	SIM	

D3 SE **D1b** OU **D2b** = “SIM”: EXPLORAR APENAS O EPISÓDIO ATUAL
SE **D1b** E **D2b** = “NÃO” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE

Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia / mais irritável :

a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...) ?	NÃO	SIM	11

^: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3

OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?

→
NÃO SIM

D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana e lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais

ou você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

NÃO SIM 12

D4 É COTADA "NÃO" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D4 É COTADA "SIM" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

^: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

E1	Alguma vez teve crises ou ataques repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ? Estas crises de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos? SÓ COTAR SIM SE RESPOSTA SIM ÀS DUAS QUESTÕES	NÃO	SIM	1
SE E1 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.				
E2	Algumas dessas crises de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada as provocasse/ sem motivo ?	NÃO	SIM	2
SE E2 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.				
E3	Após uma ou várias dessas crises, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outras crises ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	3
SE E3 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.				
E4	Durante a crise em que se sentiu pior :			
a	Tinha palpitações ou o seu coração batia muito rápido ?	NÃO	SIM	4
b	Transpirava ou tinha as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	5
c	Tinha tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	6
d	Tinha dificuldade em respirar ou sentia-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	7
e	Tinha a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	8
f	Sentia dor ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	9
g	Tinha náuseas, desconforto no estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	10
h	Sentia-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	11
i	Tinha a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentia-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	12
j	Tinha medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	13
k	Tinha medo de morrer ?	NÃO	SIM	14
l	Tinha dormências ou formigamentos ?	NÃO	SIM	15
m	Tinha ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	16
E5	HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
SE E5 = "NÃO", PASSAR a E7.				
E6	Durante o último mês, teve pelo menos 2 dessas crises de ansiedade, e sentia um medo constante de ter outra crise ?	NÃO	SIM	17
SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.				
E7	HÁ 1, 2 OU 3 "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	18
Transtorno de Pânico Vida inteira				
Transtorno de Pânico Atual				
Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira				

⚠: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, sobre uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19
----	--	-----	-----	----

SE F1 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ?	NÃO	SIM	20
----	---	-----	-----	----

Agorafobia Atual

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “NÃO”
e
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO SIM
**TRANSTORNO DE PÂNICO sem
Agorafobia
ATUAL**

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM”
e
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO SIM
**TRANSTORNO DE PÂNICO com
Agorafobia
ATUAL**

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM”
e
E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA “NÃO” ?

NÃO SIM
**AGORAFOBIA
sem história de
Transtorno de Pânico
ATUAL**

⚡: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

G. FOBIA SOCIAL

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA “SIM” ?

NÃO SIM

**FOBIA SOCIAL
ATUAL**

⚠: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo, por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?	NÃO	SIM	1
----	--	-----	-----	---

Não levar em consideração preocupações excessivas com problemas da vida Cotidiana, nem as obsessões ligadas à perturbação do comportamento alimentar, desvios sexuais, jogo patológico, abuso de drogas ou álcool, porque o(A) ENTREVISTADO(A) pode TER prazer COM ESSAS EXPERIÊNCIAS e desejar resistir A ELAS apenas POR suas conseqÜências negativas.

SE **H1 = "NÃO"**, PASSAR A **H4**.

H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM	2
----	---	-----	-----	---

SE **H2 = "NÃO"**, PASSAR A **H4**

H3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3
----	---	-----	-----	---

H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4
----	--	-----	-----	---

H3 OU H4 SÃO COTADAS "SIM" ?



NÃO SIM

H5	Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	➔ NÃO	SIM	5
----	--	----------	-----	---

H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6
----	--	-----	-----	---

H6 É COTADA "SIM" ?

<p>NÃO SIM</p> <p>TRANSTORNO</p> <p>OBSESSIVO-COMPULSIVO</p> <p>ATUAL</p>
--

^: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

11	Alguma vez viveu ou foi testemunha ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ATENTADO, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL..	→ NÃO	SIM	1
12	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2
13	Durante o último mês:			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades em lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6 7
e	Teve dificuldade em sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	8
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, de que já não encararia o futuro da mesma maneira?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM 13 ?	→ NÃO	SIM	
14	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade para dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades em concentrar-se?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM 14	→ NÃO	SIM	
15	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

15 É COTADA SIM?

NÃO SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE
PÓS- TRAUMÁTICO
ATUAL

⚠: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

J1	Nos últimos 12 meses, por mais de três vezes você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...)?	→ NÃO	SIM	1
----	--	----------	-----	---

J2 **Durante os últimos 12 meses:**

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ? | NÃO | SIM | 2 |
| b | Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a) ?
Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca?
COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO | NÃO | SIM | 3 |
| c | Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ? | NÃO | SIM | 4 |
| d | Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ? | NÃO | SIM | 5 |
| e | Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ? | NÃO | SIM | 6 |
| f | Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida ? | NÃO | SIM | 7 |
| g | Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos? | NÃO | SIM | 8 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO SIM

DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ?

→
NÃO SIM

J3 **Durante os últimos 12 meses:**

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| a | Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas?
COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS | NÃO | SIM | 9 |
|---|---|-----|-----|---|

⚠: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

- | | | | |
|--|-----|-----|----|
| b Alguma vez esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ? | NÃO | SIM | 10 |
| c Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido? | NÃO | SIM | 11 |
| d Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ? | NÃO | SIM | 12 |

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?

NÃO SIM

ABUSO DE ÁLCOOL

ATUAL

LISTA DE SUBSTÂNCIAS

ANFETAMINA	ECSTASY	MORFINA
BRANCA	ERVA	ÓPIO
CANNABIS	ÉTER	PCP
BASEADO	GASOLINA	PÓ
COCAÍNA	HAXIXE	RITALINA
CODEÍNA	HEROÍNA	COGUMELO

COLA	L.S.D.	SPEEDS
CRACK	MARIJUANA	TEGISEC
MACONHA	MESCALINA	TOLUENO
MERLA	METADONA	TRICLOROETILENO

^: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

- K1 Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “ de cabeça feita / chapado”?
- 
 NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

Estimulantes : anfetaminas, “speed”, ritalina, pílulas anorexígenas.

Cocaína: cocaína, “coca”, crack, pó, folha de coca

Opiáceos: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina

Alucinogêneos: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, “pó de anjo”, “cogumelos”, ecstasy.

Solventes voláteis: “cola”, éter.

Canabinóides: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, haxixe, THC

Sedativos: Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, Rohypnol, barbitúricos

Diversos: Anabolisantes, esteróides, “poppers”. Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
 - CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
 - SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
 - SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

K2 **Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:**

- a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ?
- NÃO SIM 1

- b Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ?
COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO
- NÃO SIM 2
- c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ?
- NÃO SIM 3
- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?
- NÃO SIM 4
- e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas coisas ?
- NÃO SIM 5
- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da(s) droga(s) ?
- NÃO SIM 6
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?
- NÃO SIM 7

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS(S)	
ATUAL	

O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE UMA/ VÁRIAS SUBSTÂNCIA(S) CONSUMIDA(S) ?

NÃO **→** SIM

K3 Durante os últimos 12 meses:

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou " de cabeça feita / chapado" com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas?
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- NÃO SIM 8
- b Alguma vez esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.?
- NÃO SIM 9
- c Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?
- NÃO SIM 10

- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ?

NÃO SIM 11

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : _____

NÃO	SIM
ABUSO DE SUBSTÂNCIAS(S) ATUAL	

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.

SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA..

DELÍRIOS BIZARROS : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.

			BIZARRO	
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO SIM	SIM	1
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO SIM	SIM ^L6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO SIM	SIM	3
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO SIM	SIM ^L6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído?	NÃO	SIM	5
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM ^L6a	6

L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO		SIM	7
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM ^L6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR " SIM " APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIÁCAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA , DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR " SIM " "BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes a falar entre elas?	NÃO	SIM	SIM	11
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	SIM ^L8a	12
L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR " SIM " SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO	SIM		13
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM		14
OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:					
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO	SIM		15
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM		16
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM		17
L11	DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS : UMA QUESTÃO « b » COTADA " SIM " BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « b » COTADAS " SIM " (NÃO BIZARRO) ?	NÃO SIM SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL			
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO « a » COTADA " SIM " BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « a » COTADAS " SIM " (NÃO BIZARRO) ? (VERIFICAR SE OS 2 SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA " SIM " ?	NÃO SIM SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA			

L13a SE L12 É COTADA "SIM" E SE HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE L1 A L7:

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA

UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4) OU PASSADO (A5b)

OU

UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4) ?

→
NÃO SIM

b SE L13a É COTADA "SIM":

Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / particularmente irritável.

Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram **somente** durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / irritável ?

→
NÃO SIM 18

SE L13a É COTADA "SIM":

ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DO HUMOR	
<i>com Sintomas Psicóticos</i>	
ATUAL	

d L13b OU L13c SÃO COTADAS "SIM"?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DO HUMOR	
<i>com Sintomas Psicóticos</i>	
VIDA INTEIRA	

▲: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

M. ANOREXIA NERVOSA

M1a	Qual é a sua altura ?	_ _ _ cm		
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	_ _ _ kg		
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	→ NÃO SIM		1

Durante os últimos 3 meses:

M2	Recusou-se a engordar , embora pesasse pouco ?	→ NÃO SIM		2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais ?	→ NÃO SIM		3
M4a	Achou que era ainda muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO SIM		4
b	A sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO SIM		5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO SIM		6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	→ NÃO SIM		

M6 PARA AS MULHERES APENAS: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?



NÃO SIM

7

PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?
PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM
ANOREXIA NERVOSA
ATUAL

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

ALTURA (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Mulheres	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Homens	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(15% DE REDUÇÃO EM RELAÇÃO AO PESO NORMAL)

^: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

N. BULIMIA NERVOSA

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	NÃO	SIM	8
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	NÃO	SIM	9
N3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	NÃO	SIM	10
N4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	NÃO	SIM	11
N5	A opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	NÃO	SIM	12
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)? SE N6 = “NÃO”, PASSAR A N8	NÃO	SIM	13

N7 Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem **sempre** que o seu peso é inferior a ____ Kg* ? NÃO SIM 14

* RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA)

N8 N5 É COTADA “SIM” E N7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?

NÃO SIM
BULIMIA NERVOSA
ATUAL

N7 É COTADA “SIM” ?

NÃO SIM
ANOREXIA NERVOSA
tipo *Compulsão Periódica /
Purgativa*
ATUAL

^: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O1 a Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ? NÃO SIM 1

NÃO COTAR SIM SE A ANSIEDADE DESCRITA CORRESPONDE A UM TIPO DE ANSIEDADE JÁ EXPLORADA, COMO MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA)...

b Teve essas preocupações quase todos os dias? NÃO SIM 2

O2 Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer? NÃO SIM 3

DE O3 A O3f COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO QUADRO DOS TRANSTORNOS EXPLORADOS ANTERIORMENTE

O3 Nos últimos seis meses, quando se sentia particularmente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), freqüentemente:

a Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele? NÃO SIM 4

b Tinha os músculos tensos? NÃO SIM 5

c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
d	Tinha dificuldade em concentrar-se ou ter esquecimentos / “dar branco” ?	NÃO	SIM	7
e	Ficava particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
f	Tinha problemas de sono (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL	

^: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

P1 Antes dos 15 anos:

a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1
b	Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2
c	Brutalizou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3
d	Destruiu ou incendiou coisas porque quis?	NÃO	SIM	4
e	Fez sofrer animais ou pessoas porque quis?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM P1?

→
NÃO SIM

P2 Não cotar “SIM” as respostas abaixo se os comportamentos DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE em contextos políticos ou religiosos ESPECÍFICOS.

Depois dos 15 anos:

a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para assegurar o mínimo necessário?	NÃO	SIM	7
---	---	-----	-----	---

b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c	Freqüentemente foi violento fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	NÃO	SIM	9
d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	NÃO	SIM	10
e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11
f	Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL VIDA INTEIRA	

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO IDOSO - QAGI

IDENTIFICAÇÃO

Nº Protocolo de Avaliação									
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome do Agente Comunitário: _____
 ESF/Gerência Distrital: _____
 Data da entrevista: _____

Nome do Idoso: _____
 Data de nascimento do Idoso: ____/____/____ RG do Idoso: _____
 Nome da Mãe do Idoso: _____
 Endereço: _____
 Bairro: _____
 Telefone: _____
 Pessoa para contato (familiar/ cuidador): _____
 Telefone: _____
 Pessoa para contato (outro): _____
 Telefone: _____

DADOS DEMOGRÁFICOS: GERAIS

- Há quanto tempo reside em Porto Alegre? _____
- Sexo**
 (1) masculino (2) feminino
- Cor/raça**
 (1) branca (2) preta (3) parda (4) oriental (5) índio (6) NR (não respondeu)
- Estado civil: (no papel):**
 (1) solteiro(a)
 (2) casado(a)
 (3) viúvo(a)
 (4) separado(a)/desquitado(a)
 (5) NR (não respondeu)
- Atualmente vive com companheiro(a)?:**
 (1) sim. Há quanto tempo? _____ (2) não (3) NR (não respondeu)

DADOS DEMOGRÁFICOS: ESCOLARIDADE

- Sabe ler?**
 (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)
- Sabe escrever?**
 (1) sim (2) somente assina o nome (2) não (3) NR (não respondeu)
- Qual mão ou lado que o senhor(a) teve mais força e habilidade ao longo da vida (ex: para escrever, trabalhar)?**
 (1) direita (destro)
 (2) esquerda (canhoto)
 (3) usa os dois lados sem preferência (ambidestro)

9. Frequentou escola?

(1) sim. **COMPLETEU** até que série?

Primário	() 1ª série () 2ª série () 3ª série () 4ª série	Ginásio	() 5ª série () 6ª série () 7ª série () 8ª série	Científico	() 1ª série () 2ª série () 3ª série	Supletivo	() 1º grau () 2º grau
----------	--	---------	--	------------	--	-----------	----------------------------

(2) não

(3) NR (não respondeu)

10. Frequentou curso superior?

(1) sim. Incompleto? () Qual curso? _____

Completo? () Qual curso? _____

(2) não

(3) NR (não respondeu)

DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS: GERAIS

11. Quantos filhos teve? _____

12. Destes filhos, quantos estão vivos? _____

13. Atualmente mora:

(1) sozinho(a)

(2) somente com cônjuge/companheiro(a)

(3) com cônjuge/companheiro(a) e outros familiares

(4) sem cônjuge/companheiro(a) e com outros familiares

(5) com empregado ou cuidador e sem familiares

(6) NR (não respondeu)

14. Quantas pessoas moram na casa?(incluindo o idoso) _____

15. Tem cuidador principal?

(1) sim. Que tipo de relação?

() cuidador familiar (não remunerado). Quem? _____ (ex: filha; esposa)

() cuidador não familiar (não remunerado). Quem? _____ (ex: amigo; vizinha)

() cuidador remunerado. Quem? _____ (ex: empregada; enfermeiro; parente)

(2) não

(3) NR (não respondeu)

16. Tempo que o cuidador principal permanece com o senhor(a)?

A. Quantas vezes na semana? () 1x () 2x () 3x () 4x () 5x () 6x () 7x

B. Quantas horas por dia? _____

17. Cuidador mora junto?

(1) sim

(2) não

(3) NR (não respondeu)

18. Está aposentado(a)?

(1) sim. Há quanto tempo? _____

Motivo: () por idade.

() por tempo de serviço

() por invalidez. Qual doença ou incapacidade? _____

(2) não

(3) NR (não respondeu)

19. Está em benefício-saúde pelo INSS (encostado)?

(1) sim. Há quanto tempo? _____

Qual doença ou incapacidade? _____

(2) não

20. Recebe algum outro tipo de benefício do governo?

- (1) sim. Há quanto tempo? _____ Fonte: () IPE/RGS () Estado () União
 Que tipo? () pensão
 () bolsa família
 () outro. Qual? _____
- (2) não

21. Possui alguma atividade profissional remunerada atual?

- (1) Sim Qual: _____
- (2) não
- (3) NR (não respondeu)

22. Qual sua atividade de trabalho principal ao longo da vida? _____ (ex: do lar, motorista, comerciante, vendedor)**23. Qual SUA renda mensal ATUAL?**

- (1) não tem renda própria.
- (2) até 1 salário mínimo (R\$ 540,00)
- (3) até 2 salários mínimo (R\$ 1.080,00)
- (4) até 4 salários mínimos (R\$ 2.160,00)
- (5) até 6 salários mínimos (R\$ 3.240,00)
- (6) até 10 salários mínimos (R\$ 5.400,00)
- (7) mais que 10 salários mínimos
- (8) NR (não respondeu)

24. Qual a renda mensal da FAMÍLIA?

- (1) Até 1 salário mínimo (R\$ 540,00)
- (2) até 3 salários mínimos (R\$ 1.620,00)
- (3) até 6 salários mínimos (R\$ 3.240,00)
- (4) até 10 salários mínimos (R\$ 5.400,00)
- (5) mais que 10 salários mínimos
- (6) NR (não respondeu)

25. Quantas pessoas vivem desta renda? _____***DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS: ESPIRITUALIDADE/RELIGIÃO*****26. Qual a sua religião?**

- (1) católica
- (2) evangélica (anglicana, episcopal, luterana, batista, congregação cristã do Brasil, pente-costal, adventista, testemunha de Jeová, outras).
- (3) espírita (kardecista).
- (4) judaica (israelita).
- (5) afro-brasileira (umbanda, candomblé).
- (6) outra (budista, xintoísta, maometana, esotérica, etc).
- (7) não tem religião definida, mas tem suas próprias crenças (agnóstico)
- (8) não tem religião ou crença (ateu)
- (9) NR (não respondeu)

27. É praticante de sua religião ou sua crença/fé?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

28. Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?

- (1) nada (2) muito pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) extremamente

29. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

- (1) nada (2) muito pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) extremamente

30. Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?

31. Em que medida suas crenças lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?

- (1) nada (2) muito pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) extremamente

DADOS DE SAÚDE: GERAIS

32. Em geral diria que sua saúde é:

- (1) ótima (2) boa (3) regular (4) má (5) péssima (6) NR (não respondeu)

33. O(A) senhor(a) consultou o médico nos ÚLTIMOS SEIS MESES?

- (1) sim. Há quanto tempo? _____ (2) não (3) NR (não respondeu)

34. No ÚLTIMO ANO, internou-se em algum hospital?

- (1) sim, apenas uma vez
 (2) sim, mais de uma vez. Quantas vezes? _____
 (3) não
 (4) NR (não respondeu)

DADOS DE SAÚDE: DOENÇAS

35. ALGUM MÉDICO já lhe disse que você tem ou teve alguma dessas doenças?

DOENÇAS	SIM	NÃO	NR
Hipertensão arterial (pressão alta)			
Diabetes			
• Complicação da diabetes: () visão/olhos () circulação () úlcera diabética () coração () sensibilidade dos membros/pés () rins			
Problema gástrico (úlcera, gastrite, hérnia hiato)			
Insuficiência cardíaca congestiva (coração grande)			
Doença vascular periférica			
Infarto do miocárdio (infarto do coração)			
Angina do peito (do coração)			
Hemiplegia (lado do corpo paralisado)			
Doença cerebrovascular (derrame)			
Isquemia transitória (até 24 horas)			
Doença crônica do pulmão (enfisema ou bronquite crônica)			
Doença moderada ou severa dos rins (comprovado por exame de uréia e creatinina elevados ou hemodiálise)			
Doença da tireóide			
HIV positivo			
Tumor não maligno			
Linfoma			
Leucemia			
Câncer de cólon (intestino)			
Câncer de mama			
Câncer de próstata			
Câncer de pele			
Outro câncer (fígado, pâncreas, estômago, pulmão, bexiga)			
Hepatite crônica (vírus B, C)			
Cirrose do fígado			

DOENÇAS	SIM	NÃO	NR
Outra doença crônica do fígado. Qual? _____			
Artrite reumatóide			
Outro reumatismo Qual? _____			
Osteoporose			
Artrose (dor e deformidade nas juntas)			
Demência			
Doença de Parkinson			
Depressão			
Lúpus			
Outras. Especificar: _____			

36. Com que idade a senhora iniciou a MENOPAUSA (idade da última menstruação)? (Obs: perguntar somente para as mulheres)

- (1) Idade aproximada: _____
 (2) NR (não respondeu)

37. Tem dificuldade para controlar a urina ou para urinar?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

38. Porque tem dificuldade para controlar a urina? (PODE MARCAR MAIS QUE UMA OPÇÃO)

- (1) não consegue prender (tem vontade de urinar e corre para o banheiro ou a urina sai sozinha)
 (2) perde urina quando ri ou tosse ou faz algum esforço
 (3) não sente vontade de urinar e a urina sai sem nenhum controle
 (4) usa sonda para conseguir urinar
 (5) tem dificuldade para conseguir urinar (a urina não sai facilmente quando tem vontade)
 (6) a urina sai fraca (sem um jato forte)
 (7) sente que a urina não saiu totalmente (sente que ainda fica urina na bexiga)
 (8) NR (não respondeu)

39. A. Usa óculos?

- () Sim () Não

B. Como diria que está sua VISÃO no momento?

- (1) não enxerga
 (2) ruim
 (3) regular
 (4) boa
 (5) NR (não respondeu)

40. A. Usa aparelho auditivo

- () Sim () Não

B. Como diria que está sua AUDIÇÃO (escuta) está no momento?

- (1) não escuta
 (2) ruim
 (3) regular
 (4) boa
 (5) NR (não respondeu)

DADOS DE SAÚDE: MOBILIDADE, FORÇA E EQUILÍBRIO

41. Consegue ficar de pé?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

42. Tem dificuldade para andar?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

43. Tem fraqueza (falta de força) nas pernas?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

44. Tem falta de equilíbrio quando fica em pé ou caminha?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

45. Tem problema articular no quadril ou no joelho que dificulta o caminhar?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

46. Tem muita dor quando tenta ficar de pé ou caminhar?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

DADOS DE SAÚDE: QUEDAS**47. Tem histórico de quedas no chão quando estava em pé, sentado ou deitado?**

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

48. Caiu nos últimos 12 meses?

- (1) sim. Quantas vezes caiu? () 1x () 2x () 3x () 4x () 5x () mais do que 5x
-
- (2) não
-
- (3) NR (não respondeu)

49. Se SIM, quebrou algum osso devido à queda?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

50. Se SIM, quais os locais de fratura?

- (1) fêmur
-
- (2) punho
-
- (3) costelas
-
- (4) vértebras
-
- (5) antebraço
-
- (6) tornozelo
-
- (7) pé
-
- (8) outro local. Qual? _____

51. Quebrou algum osso nos últimos 5 anos de forma ESPONTÂNEA (sem ter batido, caído ou sofrido acidentes)?

- (1) sim. Qual osso ou local da fratura?
-
- () fêmur () punho () costelas () vértebras
-
- () antebraço () tornozelo () pé () outro local. Qual? _____
-
- (2) não
-
- (3) NR (não respondeu)

DADOS DE SAÚDE: CONDIÇÕES HIGIÊNICO-SANITÁRIAS**52. Sabe como é o abastecimento de água em sua residência? (pode marcar mais de uma opção)**

- (1) ligado em rua com rede de água
-
- (2) possui poço próprio
-
- (3) possui sistema (reservatório para água da chuva)
-
- (4) abastece-se em chafariz público
-
- (5) NR (não respondeu)

53. Possui caixa d'água?

- (1) sim (2) não

54. Possui banheiro?

- (1) sim (2) não

55. Possui filtro de água?

- (1) sim (2) não

56. Como é o destino de DEJETOS em sua residência?

- (1) Ligado à rua com rede de esgotos
(2) possui privada de fossa
(3) não possui privada

57. Como é o destino de LIXO em sua residência? (pode marcar mais de uma opção)

- (1) atendido pela coleta pública
(2) queimado
(3) enterrado
(4) exposto

58. Tem ANIMAIS em casa?

- (1) sim. Quais? () cachorro () gato () outros: _____
(2) não
(3) NR (não respondeu)

59. Onde vive o animal?

- (1) dentro do domicílio
(2) no pátio (na rua)
(3) dorme na rua, mas entra em casa

60. O animal é vacinado com frequência (1 x ao ano)?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

61. O animal toma vermifugo com frequência (6/6 meses)?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

62. O animal é banhado com que frequência?

- (1) nunca é banhado
(2) banhado diariamente
(3) banhado semanalmente
(4) banhado mensalmente ou em maiores intervalos

63. Qual o tipo de alimentação?

- (1) ração (2) resto de comida (3) misto (ração e comida)

64. Costuma lavar as mãos após fazer carinho no animal?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

65. Se você come salada verduras e frutas, você costuma lavá-los antes de comer?

- (1) sim, apenas com água
(2) sim, com água sanitária
(3) não, nunca lavo

66. Você costuma trabalhar no jardim ou na horta?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

67. Você costuma lavar as mãos antes das refeições?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

68. Você costuma lavar as mãos SEMPRE após ir ao banheiro (obs: se responder "às vezes", marcar "não")?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

69. O senhor(a) tomou algum antiparasitário (remédio para vermes) no último mês?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

70. O senhor(a) tem costume de tomar antiparasitário (remédio para vermes) com frequência?

- (1) sim, uma vez ao ano
 (2) sim, duas vezes ao ano
 (3) não
 (4) NR (não respondeu)

DADOS DE SAÚDE: FUMO (TABAGISMO)

71. Tem o hábito de fumar cigarro?

- (1) sim. Há quantos anos? _____
 Nº médio de cigarros por dia: _____
 Pretende parar? () Sim () Não
- (2) não atualmente, mas já fumou.
 Parou de fumar há: () dias: _____ () meses: _____ () anos: _____
 Motivo: () Vontade () Problema de saúde () pressão familiares/amigos () outros _____
 Fumou durante quantos anos? _____
 Nº médio de cigarros por dia: _____
- (3) não, nunca fumou
 (4) NR (não respondeu)

DADOS DE SAÚDE: ÁLCOOL

72. O senhor(a) consome algum tipo de bebida alcoólica?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

73. Se SIM, qual o tipo de bebida alcoólica que o senhor(a) MAIS consome? E a dose ingerida? (marcar mais de uma opção, se for o caso)

- (1) vinho tinto.
 Quantidade em: copos: _____ ou cálices: _____ ou garrafas: _____ por: () dia () semana () mês
- (2) vinho branco.
 Quantidade em: copos: _____ ou cálices: _____ ou garrafas: _____ por: () dia () semana () mês
- (3) cerveja com álcool.
 Quantidade em: copos: _____ ou latas: _____ ou garrafas: _____ por: () dia () semana () mês
- (4) cachaça.
 Quantidade em: martelinhos: _____ ou copos: _____ ou garrafas: _____ por: () dia () semana () mês
- (5) vodca.
 Quantidade em: martelinhos: _____ ou copos: _____ ou garrafas: _____ por: () dia () semana () mês
- (6) uísque.
 Quantidade em: martelinhos: _____ ou copos: _____ ou garrafas: _____ por: () dia () semana () mês
- (7) caipirinha.
 Quantidade em: copos: _____ por: () dia () semana () mês
- (8) outro. Qual(is)? _____
 Quantidade em: martelinhos: _____ ou copos: _____ ou garrafas: _____ por: () dia () semana () mês
- (9) outro. Qual(is)? _____
 Quantidade em: martelinhos: _____ ou copos: _____ ou garrafas: _____ por: () dia () semana () mês

74. Alguma vez sua família, seus amigos, seu médico ou seu sacerdote comentou ou sugeriu que estava bebendo demais?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

75. Alguma vez o senhor(a) tentou deixar de beber, mas não conseguiu?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

76. O senhor(a) já teve dificuldades no trabalho por causa da bebida? (ex: faltar ao trabalho ou estudo)

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

77. O senhor(a) tem se envolvido em brigas ou já foi preso por estar embriagado?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

78. O senhor(a) já pensou alguma vez que estava bebendo demais?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

DADOS DE SAÚDE: IMUNIZAÇÃO (VACINAS)**79. IMUNIZAÇÃO** Verificada no cartão Informado pelo idoso ou cuidador**80. Vacinação anti-tetânica**

(1) Completa

(2) Incompleta

(3) Ausente

(4) Ignorado

Data da última dose: _____

Se negativo, especificar porque: _____

81. Vacinação antinfluenza no último ano

(1) sim. Ano: _____ Especifique: _____

(2) não

(3) NR (não respondeu)

82. Vacinação anti-pneumocócica

(1) sim. Ano: _____ Especifique: _____

(2) não

(3) NR (não respondeu)

83. Vacinação contra febre amarela

(1) sim. Ano: _____ Especifique: _____

(2) não

(3) NR (não respondeu)

- 85. Quando o(a) senhor(a) acha que está doente o que faz primeiro para resolver o problema?**
 (3) procura o médico
 (4) pede ajuda ao ACS
 (3) pede a opinião de outra pessoa
 (4) usa remédios que tem em casa
 (5) vai à farmácia e compra remédios
 (6) Outro. Qual _____
- 86. Em relação aos medicamentos que usa atualmente, o(a) senhor(a) consegue todos os remédios que precisa tomar?**
 (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)
- 87. De que forma consegue os seus remédios?**
 (1) posto de saúde
 (2) em Farmácias Comerciais/ Farmácia Popular
 (3) em Farmácia de Manipulação
 (4) ganha do seu médico
- 88. Quando o(a) senhor(a) toma o seu remédio, como sabe que aquele é o certo?**
 (1) cor (2) rótulo (3) tamanho (4) marca (5) outro: _____
- 89. O(A) Sr(a) entende o que está escrito na sua receita?**
 (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)
- 90. Onde o(a) Sr(a) costuma guardar os seus remédios?**
 (1) quarto (2) banheiro (3) cozinha (4) outro: _____
- 91. Com que tipo de líquido você costuma ingerir o medicamento?**
 (1) sem líquido (2) água (3) suco (4) refrigerante (5) leite (6) café (7) chá (8) cerveja/ vinho/ cachaça
- 92. Você costuma utilizar algum CHÁ como tratamento natural ou caseiro?**
 (1) sim. Quais e para qual tratamento? _____

 (2) não
- 93. O(A) senhor(a) alguma vez se esquece de tomar os seus remédios?**
 (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)
- 94. Se o(a) senhor(a) esquece de tomar os seus remédios, o que o(a) Sr.(a) faz?**
 (1) não toma (2) toma assim que lembra (3) toma a próxima dose dobrada
 (4) NR (não respondeu)
- 95. O senhor(a) é descuidado com os horários de tomar os seus remédios?**
 (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)
- 96. Quando o senhor(a) está se sentindo melhor, às vezes para de tomar os seus remédios?**
 (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)
- 97. Em algum momento, se o senhor(a) se sentiu mal, parou de tomar os seus remédios? (sentiu dor de cabeça, ou tontura ou enjôo e então resolveu não tomar seu remédio)**
 (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

APÊNDICE B



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-127/10

Porto Alegre, 26 de janeiro de 2010.

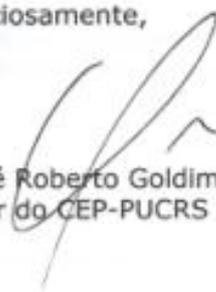
Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 10/04967 intitulado "**Estudo epidemiológico e clínico dos idosos atendidos pela estratégia de saúde da família (ESF) do município de Porto Alegre**".

Sallentamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,


Prof. Dr. José Roberto Goldim
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.
Prof. Irenio Gomes da Silva Filho
IGG
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

APÊNDICE C



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Irenio Gomes da Silva Filho
Equipe executora: Alfredo Cataldo Neto, Carla Helena Augustin Schwanke, Geraldo Atílio de Carli, Karin Viegas, Maria Gabriela Valle Gottlieb, Rodolfo Herberto Schneider, Elen Maria Bandeira Borba.
Registro do CEP: 499 **Processo N.º.** 001.021434.10.7
Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – todas as Gerencias Distritais
Utilização: TCLE
Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.021434.10.7, referente ao projeto de pesquisa: “Estudo epidemiológico e clínico dos idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Porto Alegre”, tendo como pesquisador responsável Irenio Gomes da Silva Filho cujo objetivo é “Analisar a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), infecto-parasitárias, alterações nutricionais, antropométricas, cutâneas e marcadores genéticos e bioquímicos oxidativo em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Porto Alegre”.

Subprojeto 1 : PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO DE DEMÊNCIA EM IDOSOS ATENDIDOS PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. Cujo objetivo a) Validar um instrumento de identificação de demência para idosos de baixa renda e escolaridade, que possa ser aplicado por agentes comunitários de saúde em populações. b) Determinar a prevalência de demência em idosos atendidos pelo programa de saúde da família do município de Porto Alegre. c) Identificar fatores de risco para demência em uma população de baixa renda. d) Criar uma coorte de pacientes com demência, que será acompanhada no ambulatório de neuropsiquiatria do IGG. e) Desenvolver um banco de dados para acompanhamento dos pacientes atendidos no ambulatório de neuropsiquiatria do IGG

Subprojeto 2 : IDENTIFICAÇÃO DE MARCADORES GENÉTICOS E BIOQUÍMICOS DO METABOLISMO OXIDATIVO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS. Cujo objetivo a) Determinar a prevalência das seguintes DCNT na população de idosos atendidos pelo Programa de Saúde da Família da Secretaria de Saúde do Município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul: - doenças neurodegenerativas (doença de Alzheimer, demência vascular, doença de Parkinson), - síndrome metabólica (SM), - doença cardiovascular diagnosticada previamente, - osteopenia/osteoporose, - diabetes mellitus tipo 2. b) Determinar as frequências gênicas e genotípicas do polimorfismo do gene da SOD2 em idosos com DCNT. c) Determinar os níveis de marcadores do estresse oxidativo (TBARS, enzimas antioxidantes SOD2, catalase e glutatona-peroxidase, carbonilação de proteínas, LDLox, antiLDL-ox, polifenóis totais e dano de DNA por teste cometa) em idosos com DCNT. d) Verificar se existe associação entre o polimorfismo do gene da SOD2 e DCNT em idosos. e) Verificar se existe associação entre o polimorfismo do gene da SOD2 e os marcadores do estresse oxidativo em idosos com DCNT. f) Verificar se existe associação entre do polimorfismo do gene da SOD2 e dos marcadores do estresse oxidativo com o estilo de vida (dieta e atividade física) em idosos com DCNT. g) Determinar os valores preditivos, na população, dos marcadores identificados, que tenham potencial uso para o diagnóstico precoce das DCNT em idosos.

Subprojeto 3: PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES ENTEROPARASITÁRIAS NA POPULAÇÃO IDOSA ATENDIDA PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DE PORTO ALEGRE. Cujo objetivo : a) Avaliar a prevalência de idosos infectados por enteroparasitos e descrever os enteroparasitos encontrados através do exame parasitológico de fezes (EPF). b) Avaliar a prevalência de anemia e eosinofilia nos idosos infectados por enteroparasitos através da análise do hemograma. c) Relacionar as condições socioeconômicas e hábitos de higiene com a prevalência de idosos infectados por enteroparasitos através de questionário.

Subprojeto 4: PREVALÊNCIA DE SÍNDROME METABÓLICA E DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. **Objetivo:** a) Descrever a prevalência de SM através de 3 diferentes critérios. b) Descrever a prevalência dos componentes individuais da SM. c) Analisar a associação entre SM e escore de risco cardiovascular de Framingham. d) Construir banco de dados que possibilite estudos longitudinais futuros.

Subprojeto 5: PREVALÊNCIA DE OSTEOPOROSE E SUA ASSOCIAÇÃO COM RISCO DE FRATURAS EM IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. **Objetivo:** a) Mensurar valores de ultrasonometria de calcâneo em idosos. b) Mensurar valores da densidade mineral óssea pela densitometria óssea em parte dos idosos. c) Relacionar os valores de ultrasonometria de calcâneo com a densidade mineral óssea da densitometria óssea de Coluna Lombar e Fêmur Proximal. d) Mensurar níveis séricos de cálcio e PTH.

Subprojeto 6: ESTADO NUTRICIONAL E HABITO ALIMENTAR DOS IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE E SUA ASSOCIAÇÃO COM DEFICIT COGNITIVO. **Objetivo:** a) Descrever o estado nutricional dos idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Porto Alegre. b) Descrever o padrão alimentar dos idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Porto Alegre. c) Verificar se existe associação entre o estado nutricional dos idosos e déficit cognitivo. d) Verificar se existe associação entre o padrão dietético dos idosos e déficit cognitivo. e) Verificar a associação do estado nutricional e do padrão alimentar com os diagnósticos específicos de déficit cognitivo (transtorno cognitivo leve, doença de Alzheimer, demência vascular).

Subprojeto 7: MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS RELACIONADAS A RISCO DE DOENÇA E MORTE. **Objetivo:** a) Descrever o perfil antropométrico; b) Analisar as medidas antropométricas; c) Verificar a associação entre as medidas antropométricas e o risco de doenças crônicas não transmissíveis; d) Construir um banco de dados que possibilite estudos longitudinais futuros.

Subprojeto 8: DERMATOSES EM IDOSOS ATENDIDOS PELA ESF DE PORTO ALEGRE - RS. **Objetivo:** a) Identificar as principais dermatoses em idosos atendidos pelo Programa de Saúde da Família de Porto Alegre - RS; b) Determinar a prevalência das dermatoses em idosos atendidos pelo Programa de Saúde da Família de Porto Alegre - RS; c) Analisar eventos associados com as causas das dermatoses em idosos atendidos pelo Programa de Saúde da Família de Porto Alegre - RS, permitindo que sejam traçadas estratégias de prevenção das mesmas.

Subprojeto 9: PREVALÊNCIA DE POLINEUROPATIA DIABÉTICA SENSITIVO-MOTORA DISTAL SIMÉTRICA EM IDOSOS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2, ATENDIDOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. **Objetivo:** a) Determinar a prevalência de polineuropatia diabética sensitivo-motora distal simétrica nos idosos com DM2, atendidos ESF de Porto Alegre. b) Analisar eventos associados as causas da polineuropatia diabética sensitivo-motora distal simétrica, permitindo que sejam traçadas estratégias de prevenção das mesmas. c) Relacionar a prevalência de polineuropatia diabética sensitivo-motora distal simétrica com o controle glicêmico, tratamento e tempo de duração da doença. d) Avaliar a eficácia dos monofilamentos de Semmes - Weinstein no diagnóstico e prognóstico do pé com neuropatia diabética. e) Correlacionar a sensibilidade cutânea dos pés, os achados clínicos e o eletroneuromiográficos.

Subprojeto 10: ASSOCIAÇÃO DA PERCEÇÃO CORPORAL, ESTADO NUTRICIONAL E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EM IDOSAS. **Objetivo:** - verificar a associação da percepção da imagem corporal, estado nutricional, autoestima e características sociodemográficas de idosas acima de 60 anos, atendidas pela estratégia de saúde da família do município de Porto Alegre. - analisar a percepção da imagem corporal das idosas; - verificar a associação da percepção da imagem corporal com o estado nutricional das idosas; - verificar a associação da percepção da imagem corporal com as variáveis sociodemográficas (nível socioeconômico, escolaridade, idade e estado civil).

Subprojeto 11: PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NA POPULAÇÃO DE IDOSO ATENDIDOS PELO ESF DE PORTO ALEGRE. **Objetivo:** a) Determinar a prevalência de transtornos psiquiátricos na população de idoso atendidos pelo PSF de Porto Alegre.

Subprojeto 12: AUTOPERCEÇÃO DE ENVELHECIMENTO E SUA ASSOCIAÇÃO COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS (DCNT) EM IDOSOS ATENDIDOS PELO ESF DE PORTO ALEGRE. **Objetivo:** - verificar a associação da autopercepção de envelhecimento e a incidência de DCNT em idosos acima de 60 anos, atendidas pela estratégia de saúde da família do município de Porto Alegre. - analisar a autopercepção de envelhecimento dos idosos; - verificar a associação da autopercepção do envelhecimento com a incidência de DCNT nos idosos; - verificar a associação da autopercepção do envelhecimento com as variáveis sócio-demográficas (nível socioeconômico, escolaridade, idade e estado civil).

