



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

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

LEANDRO CIULLA

**IDEAÇÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO EM IDOSOS ATENDIDOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre

2013

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

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

LEANDRO CIULLA

**IDEAÇÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO EM IDOSOS ATENDIDOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, para obtenção de título de Mestre em Gerontologia Biomédica.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto

Porto Alegre

2013

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Ficha Catalográfica

C581i Ciulla, Leandro

Ideação e tentativa de suicídio em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre / Leandro Ciulla - Porto Alegre: PUCRS, 2013.

146 f.: tab. Inclui artigo encaminhado para publicação.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Mestrado em Gerontologia Biomédica.

1. IDOSO. 2. SUICIDIO. 3. DEPRESSÃO. 4. TRANSTORNO BIPOLAR. 5. ENVELHECIMENTO. 6. ESTUDO TRANSVERSAL. 7. COLETA PROSPECTIVA. I. Cataldo Neto, Alfredo. II. Título.

CDD 618.97689

CDU 616.89-008.43.44:613.98(043.3)

NLM WM 401

Ficha elaborada pela bibliotecária: Isabel Merlo Crespo
CRB 10/1201

LEANDRO CIULLA

**IDEAÇÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO EM IDOSOS ATENDIDOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Curso de Pós-Graduação em
Gerontologia Biomédica, da Pontifícia
Universidade Católica do Rio Grande do
Sul, para obtenção de título de Mestre em
Gerontologia Biomédica.

Aprovada em: ___ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto (PUCRS)

Prof. Dr. Angelo José Gonçalves Bós (PUCRS)

Prof. Dr. Ygor Arzeno Ferrão (UFCSPA)

Porto Alegre

2013

AGRADECIMENTOS

À minha noiva Luísa, minha paixão.

Agradeço aos meus pais Abelardo e Inge que sempre me incentivaram em todas minhas escolhas, dando força, apoio e muito amor em todos os momentos da minha vida.

À minha irmã Verônica que hoje é colega de profissão e me ajudou na realização deste trabalho com valiosos comentários.

Às minhas avós Wiebke (89 anos de idade) e Elsa (94 anos de idade) pelas quais eu tenho muito afeto.

À minha família, Curthans, Maria do Carmo, Henrique, Gustavo, Antônio Augusto, Roberto, Vinicius, e Eduardo.

Ao Professor Dr. Alfredo Cataldo Neto, que abriu este novo caminho em minha vida.

Ao Dr. Eduardo Lopes Nogueira, pela forte amizade e companheirismo durante todo o desenvolvimento do trabalho.

Ao Professor Dr. Irênio Gomes, exemplo de médico.

À Dra. Caroline Menta, grande amiga.

Aos acadêmicos de medicina Guilherme e Laura, pela dedicação e empenho.

Aos psiquiatras Odon Cavalcanti e Paulo Sérgio Rosa Guedes que me ensinaram muito sobre saúde mental no decorrer destes anos.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que deu suporte com bolsa de estudos para o mestrado.

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que ocorre de forma mais acelerada em países em desenvolvimento como o Brasil. Em consequência disso há um aumento da frequência de problemas de saúde característicos do idoso, entre eles os transtornos mentais. A depressão é a doença psiquiátrica mais frequente entre idosos. Esta patologia pode alcançar diferentes níveis de gravidade, desde o leve até o mais severo e associado ao suicídio. Pessoas idosas têm risco mais alto para suicídio do que qualquer faixa etária. O objetivo do presente estudo é avaliar ideação, tentativa e risco de suicídio em uma amostra aleatória de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre. O estudo é do tipo transversal com coleta prospectiva. A amostra constituiu-se de 530 idosos randomicamente selecionados de 27 Equipes de Saúde da Família do Município de Porto Alegre (ESF/POA) sorteadas de modo estratificado por Gerência Distrital. Para os diagnósticos, psiquiatras com experiência na avaliação de idosos utilizaram a versão brasileira do Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 plus (M.I.N.I. 5.0.0 plus). Em relação aos resultados: um total de 15,7% (n=83) dos idosos da amostra apresentaram risco de suicídio. Desse total, 10% (n=53) obtiveram risco baixo de suicídio, 0,8%(n=4) risco moderado e 4,9%(n=26) risco alto. Dentre os idosos que estavam com risco de suicídio algumas associações significativas podem ser destacadas: sexo feminino (19,5%; $P<0,001$), não ter renda (34,1%; $P=0,022$) e perda de um ou mais filhos (22,6%; $P=0,007$). Com relação ao humor, verificou-se que 59,2% (n=45) dos indivíduos com depressão unipolar atual apresentaram risco de suicídio. 62,5% (n=5) com transtorno bipolar atual estavam com risco de suicídio assim como 33,3% (n=8) dos indivíduos com transtorno bipolar no passado. Neste estudo foi encontrado uma alta taxa de risco de suicídio em idosos que vivem na comunidade de Porto Alegre. Notou-se elevado sofrimento mental nestes indivíduos avaliados e foi possível identificar fatores preditores do risco de suicídio através das análises realizadas. Os achados do presente trabalho são preocupantes, sendo necessário serem reproduzidos em outras localidades e amostras. Mesmo assim, os resultados citados clamam pela urgência na promoção do tratamento de transtornos mentais e do risco de suicídio, em especial, aquele especializado em idosos.

Palavras-chave: Suicídio. Idosos. Depressão. Transtorno bipolar. Envelhecimento.

ABSTRACT

Population aging is a global phenomenon that occurs more rapidly in developing countries like Brazil. As a consequence, there is the increased frequency of health problems characteristic of the elderly, including mental disorders. Depression is the most common psychiatric illness among the elderly. This pathology can achieve different levels of severity, from mild to the most severe and associated with suicide. Older individuals are at higher risk of suicide than any other population. The aim of this study is to evaluate ideation, attempts and risks of suicide in a random sample of the elderly attended by the Family Health Program of Porto Alegre. A prospective cross-sectional study was conducted. The sample consisted of 530 randomly selected older people from 27 Family Health Teams in the city of Porto Alegre (FHT/POA) drawn in a stratified manner by the "Health Districts". Diagnosis was made by psychiatrists experienced in evaluating the elderly and using the Brazilian version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I 5.0.0 plus). The results showed a total of 15.7% (n=83) of the elderly sample presented a risk of suicide. Of this total 10% (n = 53) had low risk, 0.8% (n = 4) moderate risk, and 4.9% (n = 26) high risk. Among the subjects who were at risk for suicide a few significant associations can be highlighted: female (19.5%, $P < 0.001$), not having income (34.1%, $P = 0.022$) and loss of one or more children (22.6%, $P = 0.007$). Regarding the mood it was found that 59.2% (n=45) of those individuals with current unipolar depression presented a suicide risk, whilst 62.5% (n=5) with current bipolar disorder and 33.3% (n=8) with a past history of this disease also presented a risk of suicide. A high rate of suicide risk was found by this study in the elderly population living in the community of Porto Alegre. Increased mental distress was noted in the evaluated individuals and it was possible to identify predictive factors for suicide risk through the analyses performed. The findings of this study are worrying, being necessary to be replicated in other localities and samples. Even so, the results cited clamor for urgency in promoting the treatment of mental disorders and suicide risk, especially those specializing in the elderly.

Key words: Suicide. Elderly. Depression. Bipolar disorder. Aging.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	10
3 REVISÃO DA LITERATURA	12
4 OBJETIVOS	18
4.1 GERAL.....	18
4.2 ESPECÍFICOS.....	18
5 ARTIGO EM INGLÊS SUBMETIDO A PUBLICAÇÃO.....	19
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS.....	37
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E HISTÓRICO PSIQUIÁTRICO FAMILIAR.....	41
ANEXO A QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO IDOSO - QAGI.....	43
ANEXO B - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA - EDG-15.....	50
ANEXO C - MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW(BRAZILIAN VERSION 5.0.0) - M.I.N.I. PLUS	51
ANEXO D – APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA DA PUCRS	141
ANEXO E – APROVAÇÃO DO COMITÊ EM ÉTICA E PESQUISA DA PUCRS ..	142
ANEXO F - APROVAÇÃO DO COMITÊ EM ÉTICA E PESQUISA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE (SMS/POA).....	143

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos vem ocorrendo profundas modificações no perfil demográfico da população em todo mundo, com um rápido e significativo aumento do número absoluto e relativo de pessoas com mais de 60 anos.¹

Esta transição epidemiológica resulta na mudança do perfil populacional, decorrente da passagem de uma predominância das doenças infecciosas e de mortalidade materno-infantil para uma prevalência das doenças não transmissíveis, particularmente as de caráter crônico, devido ao aumento da idade média da população. O envelhecimento e a longevidade crescente da população mundial trazem uma série de desafios, a serem superadas pelos idosos, suas famílias, a comunidade na qual se inserem, o Estado e o país, com repercussões em todos os níveis. Este é um fenômeno complexo, vivido pela primeira vez na história humana.²

O envelhecimento da população mundial tem sido acompanhado por um aumento na prevalência de doença mental, tornando esta uma das causas mais importantes de morbidade.³ A Prevalência de transtornos mentais em pessoas idosas variam bastante, mas uma estimativa conservadora é de que 25% têm sintomas psiquiátricos significativos.⁴

A depressão é um transtorno mental frequente entre idosos, com taxas de prevalência variando entre 5% e 35% de acordo com o nível de gravidade da depressão.⁵ Além disso, os distúrbios psiquiátricos dos idosos interferem de forma negativa na vida daqueles envolvidos com seus cuidados⁶, e representam uma das principais áreas de gasto com a saúde da população em países desenvolvidos.^{7,8} Sendo a depressão uma doença prevalente em idosos, e que se encontra em crescimento constante, salienta-se que o risco de suicídio que ocorre frequentemente como sintoma da depressão, passa também a ser um fator de gravidade dentro da saúde coletiva. Pessoas idosas têm risco mais alto para suicídio do que qualquer outra população. A taxa de suicídio para homens brancos com mais de 65 anos é cinco vezes mais alta do que da população em geral.⁴ Uma revisão geral da literatura nos aponta que um terço dos idosos relata solidão como principal razão para considerar o suicídio. Cerca de 10% dos indivíduos idosos com ideação

suicida relatam problemas financeiros, saúde deficiente ou depressão como razões para pensamentos suicidas. Em torno de 60% daqueles que cometem o suicídio são homens; 75% dos que tentam são mulheres. Vítimas de suicídio em geral utilizam armas ou enforcam-se, enquanto 70% dos que tentam o suicídio tomam uma superdosagem de droga, e 20% cortam os pulsos ou outra parte do corpo.⁴

Estudos de autópsia psicológica (entrevista realizada com a família da vítima do suicídio) sugerem que a maioria das pessoas idosas que cometeram suicídio tiveram um transtorno psiquiátrico, geralmente depressão. Contudo, os transtornos psiquiátricos de vítimas de suicídio muitas vezes não recebem atenção médica ou psiquiátrica. Mais idosos vítimas de suicídio são viúvos e menos são solteiros, separados ou divorciados do que vítimas adultas mais jovens. Métodos de suicídio violentos são mais comuns no idoso, e histórias psiquiátricas e de uso de álcool parecem ser menos frequentes. Os precipitantes mais comuns entre indivíduos idosos são doenças físicas e perda, enquanto problemas com emprego, finanças e relacionamentos familiares são precipitantes mais frequentes entre adultos mais jovens.⁴

A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem considerando o suicídio a partir dos 65 anos como um dos mais sérios problemas atuais de saúde pública.⁹ Entretanto o fenômeno é pouco estudado nesta faixa etária, o que resulta em uma raridade de dados sobre o assunto, dificultando assim, sua compreensão. Por este motivo, o presente estudo tentará buscar fatores associados ao risco de suicídio em idosos de uma amostra aleatória da comunidade de Porto Alegre – capital brasileira em que se encontra as mais altas taxas de suicídio no Brasil. Assim espera-se contribuir com dados para uma melhor compreensão deste fenômeno, que encontra-se em linha ascendente em nossa sociedade, para que possamos diagnosticar e prevenir.

Esta pesquisa é o primeiro estudo que examina profundamente o risco de suicídio e suas associações em uma amostra de idosos da comunidade realizado no Brasil.

2 JUSTIFICATIVA

Poucas pesquisas, mundial ou nacionalmente, contemplam o idoso como único objeto de estudo em relação ao suicídio ou sua tentativa, o que resulta em informações não específicas em relação a esta faixa etária, dificultando a compreensão dos seus reais fatores preditores.¹⁰

Após revisão sistemática da literatura com artigos compreendidos entre 1966 e 2012, foram encontrados somente cinco artigos publicados na base de dados Lilacs e dois artigos na base de dados Medline, de referência Brasileira, sobre o assunto: suicídio em idosos, sendo que quatro estudos foram revisões da literatura, principalmente de outras sociedades que não o Brasil. Não há qualquer estudo com desenho transversal ou coorte que avalia o risco de suicídio em idosos de nossa comunidade brasileira, o que nos mostra a escassez de dados relacionados a este grupo.

Segundo constatação de Beeston, “o crescimento das taxas de suicídio entre idosos indica que o aumento da idade se relaciona com processos biológicos e psicológicos que podem induzir a pessoa à decisão de se autodestruir.¹¹ Essa situação pode ser constatada inclusive no Brasil, onde, apesar de as taxas de suicídio serem relativamente baixas, as que se referem à população na faixa etária acima de 60 anos são o dobro das que a população em geral apresenta, principalmente devido ao aumento crescente das taxas relativas ao grupo de homens idosos.¹²

A população acima de 60 anos é a que mais cresce no Brasil e na maior parte do mundo, o que justifica um olhar atento para os problemas sociais e de saúde que a afetam. O suicídio decorrente da depressão no idoso é prevenível desde que a pessoa obtenha melhora ou recuperação com auxílio do tratamento preconizado. Há necessidade de investimento em pesquisa no Brasil, dado o crescimento persistente das taxas de suicídio em idosos, sobretudo do sexo masculino.¹³

Além das medidas específicas de prevenção, a que a avaliação do paciente em risco se destina, podemos citar medidas gerais. É consenso entre as entidades

que tratam de suicídio que este deve ser tratado como questão de relevância na sociedade. Há um tabu em discutir este tema abertamente, e poucos países têm programas de prevenção de suicídio como prioridade. Entre eles, existem centros de apoio por telefone, a que o indivíduo pode recorrer em momento de crise. O suicídio deve ser priorizado na educação médica e abordado também por setores não médicos, como na educação, trabalho, polícia, justiça, religião, política e mídia.¹⁴

É necessário uma melhor compreensão desta vulnerabilidade do idoso ao suicídio para assim prever e prevenir.¹⁵ Perguntas sobre este tema ainda devem ser realizadas como: quais as reais características que este grupo de indivíduos apresentam nesta idade avançada? Existem sinais de alerta ou principais fatores de risco para o suicídio? Todos apresentam doença mental?

A partir deste estudo se tentará buscar fatores associados ao risco de suicídio para ampliar a compreensão do fenômeno humano autodestrutivo. Se concentrará esforços para que a presente pesquisa possa complementar a literatura com dados que possibilitem profissionais da área da saúde evitarem o suicídio, especialmente no indivíduo idoso.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A psiquiatria geriátrica empenha-se em promover a longevidade. O diagnóstico e o tratamento de idosos podem apresentar mais dificuldades do que o tratamento de pessoas mais jovens, pois aqueles podem ter doenças e incapacidades médicas crônicas coexistentes, tomar muitos medicamentos e apresentar prejuízos cognitivos. Hoje a psiquiatria geriátrica é um dos campos da psiquiatria de mais rápido crescimento.⁴

O objetivo central de uma política para o envelhecimento deve ser o de manter na comunidade o maior número possível de idosos, vivendo de modo integrado e ativo, mantendo o mais alto nível de autonomia, pelo maior tempo alcançável.¹⁶

A velhice é um período normal do ciclo vital caracterizado por algumas mudanças físicas, mentais e psicológicas. É importante fazer esta consideração, pois algumas alterações nesses aspectos não caracterizam necessariamente uma doença. Em contrapartida, há alguns transtornos que são mais comuns em idosos como transtornos depressivos, transtornos cognitivos, fobias e transtorno por uso de álcool.¹⁷

O processo de envelhecimento aumenta a frequência de doenças psiquiátricas, entre as quais, a depressão, que é a desordem mais comum nesse segmento etário.¹⁸ Além disso, estes distúrbios interferem de forma negativa na vida daqueles envolvidos com seus cuidados, e já representam uma das principais áreas de gasto com a saúde da população.¹⁹ Muitos destes transtornos podem ser evitados, aliviados ou mesmo revertidos.

As quatro queixas mais frequentes do idoso desde os tempos da antiguidade até hoje são: a primeira é que a sociedade exclui o idoso de trabalhos importantes, a segunda queixa é que a idade diminui a força física e por isso reduz o valor do indivíduo, a terceira é sobre a diminuição do prazer sexual e a quarta e última queixa é que a idade aumenta a ansiedade em relação a morte.²⁰

Diversos fatores psicossociais de risco também predisõem os idosos a transtornos mentais.¹⁷ Os principais fatores associados a esses transtornos são: gênero feminino, renda baixa, baixa escolaridade, moradores em bairros mais pobres, migrantes, divorciados, trabalhadores informais, condições precárias de moradia, doenças físicas crônicas e incapacidades funcionais. Particularmente em idosos, há uma íntima associação entre transtornos físicos e mentais.²¹ Esses idosos estão muito mais sujeitos a uma situação de isolamento e maior grau de dependência e incapacidade, pois são frutos da pior qualidade de vida a que estão expostos.²²

Há um crescente interesse em estudar doenças mentais em idosos, dentre as quais a depressão é reconhecida como um grave problema de saúde pública, sendo a causa mais frequente de sofrimento emocional e redução da qualidade de vida.²³ Uma revisão de estudos de prevalência de idosos da comunidade de Amsterdã revelou valores de 1,8% para depressão maior, 9,8% para depressão menor, e de 13,5% para sintomas depressivos clinicamente significativos (SDCS), demonstrando a importância clínica dos episódios com sintomas de menor gravidade e intensidade entre os idosos.²⁴ Além disso, a prevalência de depressão em populações clínicas de idosos varia de 5 a 10% entre pacientes ambulatoriais e de 9 a 16% entre pacientes internados, gerando um aumento da mortalidade e dos custos do tratamento.^{25,26}

Os idosos nem sempre apresentam os sintomas clássicos de humor deprimido e perda de interesse, frequentemente identificados em populações mais jovens. Em vez disso, apresentam-se com sintomas como queixas somáticas inespecíficas, desesperança e desamparo, ansiedade e preocupações excessivas, queixas de memória, lentificação motora e irritabilidade ou falta de interesse no cuidado pessoal, que podem se manifestar como não adesão ao uso de medicamentos.²⁷ Na coorte do estudo STAR*D, pacientes idosos com depressão tinham mais insônia intermediária e terminal, menos irritabilidade, menos hipersônia, tinham menor propensão a ter opiniões negativas de si mesmos ou de seu futuro, e tinham menor propensão a relatar tentativas prévias de suicídio.²⁸ Embora sintomas psicóticos sejam menos comuns na depressão em idosos, em comparação com a depressão em adultos jovens, em torno de 25 a 28% dos idosos deprimidos podem

ter sintomas psicóticos.^{29,30} Em um grande estudo, no qual comparou-se depressão psicótica a não-psicótica, em idosos, os fatores associados aos sintomas psicóticos incluíram retardo psicomotor, sentimentos de inutilidade, de culpa, história prévia de delírios, e aumento da ideação e intenção suicidas¹⁰.

Apesar da diminuição da ideação suicida com a idade, tentativas de suicídio resultando em óbito têm aumentado em idosos.³¹ Entre os idosos que têm doenças psiquiátricas, os transtornos do humor, incluindo depressão maior, aumentam em duas vezes o risco de suicídio³². Em um estudo com idosos deprimidos, as seguintes características clínicas foram preditoras de ideação suicida: depressão grave; história de tentativas prévias, com séria intenção suicida; e suporte social pobre³³. Nos pacientes em meio a um episódio depressivo, aqueles com depressão grave e prejuízo nas atividades instrumentais de vida diária eram mais propensos a tentar o suicídio. No seguimento do mesmo estudo, a gravidade da depressão, gastos médicos, prejuízo funcional e suporte social foram fortes preditores de suicídio, embora a associação mais forte fosse com a gravidade da depressão³³.

Os sintomas depressivos podem ocorrer no contexto de muitos transtornos como: depressão grave, distímia, transtorno bipolar, transtorno ciclotímico, transtorno de ajustamento, luto e depressão devido a uma condição médica geral. O suicídio ocorre frequentemente como consequência destes transtornos. Todo ano aproximadamente um milhão de pessoas morrem por suicídio. A taxa de mortalidade global é 16/100000, o que corresponde a uma morte a cada 40 segundos.³⁴ O suicídio constitui uma importante questão de saúde pública no mundo inteiro.³⁵

Nos últimos 45 anos as taxas de suicídio tiveram um aumento de 60% em todo o mundo. O suicídio está entre as três principais causas de morte entre aqueles com idade de 15 a 44 anos em alguns países, e a segunda principal causa de morte no grupo etário de 10 a 24 anos. Estes números não incluem tentativas de suicídio, que são até 20 vezes mais frequentes do que o suicídio consumado.³⁴

No entanto os transtornos mentais (particularmente depressão e transtornos por uso de álcool) são um importante fator de risco para o suicídio na Europa e América do Norte, embora, em países asiáticos a impulsividade desempenhe um

papel importante. O suicídio é complexo, envolvendo fatores psicológicos, sociais, biológicos, culturais e ambientais.³⁴

No Brasil o índice de suicídio cresceu 29,5% em 26 anos, embora o índice nacional (na população em geral) ainda seja considerado baixo se comparado aos índices mundiais. Os índices de suicídio brasileiros variam muito entre as suas regiões, de 2,7/100000 até 9,3/100000.³⁶ No total ocorrem 25 mortes por dia, fazendo do Brasil o 11º colocado no ranking mundial de suicídios, segundo a OMS. Dados históricos dessa instituição mostram que as taxas de suicídio vêm apresentando crescimento leve, mas consistente, na população acima de 60 anos e masculina, passando de 12 suicídios a cada cem mil pessoas/ano para 15,8 a cada cem mil, entre 1980 a 2006.³⁴

As capitais que mostraram as taxas médias mais altas de suicídio foram Boa Vista (7,6 mortes por 100.000 habitantes), Porto Alegre (7,3 mortes por 100.000 habitantes) e Florianópolis (6,5 por 100.000 habitantes).³⁸ Resultados revelaram que a Região Sul e mais especificamente o estado do Rio Grande do Sul (RS) detiveram os maiores coeficientes de mortalidade por suicídio no Brasil, chegando a 11/100.000 habitantes nesse estado e os maiores coeficientes de mortalidade segundo grupo etário ocorreram entre a população idosa maior de 70 anos.³⁹

É importante ressaltar que os idosos tem taxas mais altas de suicídios na maioria dos países ³⁷, atingindo 20/100000 na idade de 85 anos nos EUA, fazendo com que os homens mais velhos tenham a maior taxa de suicídio entre todos os segmentos da população dos EUA.⁴⁰ Já na França as taxas são particularmente elevadas, atingindo 148/100000 para homens e 24/100000 para mulheres acima de 85 anos ⁴¹ Estudos na China seguem o mesmo raciocínio mostrando que idosos a partir dos 65 anos têm a maior taxa de suicídio, que é de quatro a cinco vezes superior à da população geral.⁴²

Os idosos geralmente usam métodos mais letais como enforcamento, precipitação (queda de altura), veneno agrícola e arma de fogo.⁴³ Apesar da tentativa de suicídio ser menos frequente entre os idosos do que outras faixas

etárias há uma razão de quatro tentativas para cada suicídio consumado, o que reflete uma poderosa determinação para morrer.^{44,45}

Um estudo realizado na França, na região de Languedoc Roussillon (onde a taxa de suicídio é o dobro da taxa nacional) com uma amostra de 1873 idosos da comunidade mostrou uma ideação suicida em 9,8% dos indivíduos. Em pessoas acima de 80 anos a taxa de ideação suicida aumentou para 11,3% em homens e 21,4% em mulheres. 3,7% dos indivíduos tinham realizado ao menos uma tentativa de suicídio ao longo da vida. Em mulheres as taxas foram 2,8% mais frequentes, mas esta diferença pode ser devido a um efeito de sobrevivência, pois a tentativa entre homens tende a ser mais violenta e letal.⁴¹

Em um estudo realizado no oeste da Suécia com 103 idosos foram apontados como preditores de tentativa de suicídio: viver sozinho, baixa escolaridade, história de tratamento psiquiátrico, tentativa de suicídio prévia, depressão maior ou menor e sentimentos de solidão. Estar casado foi um fator protetor. Neste estudo a demência não teve relação significativa com tentativa de suicídio embora outros estudos mostram uma possível associação entre demência e comportamento suicida.⁴⁶ Em outro estudo realizado na Coreia com 57 indivíduos de 65 anos ou mais que tentaram suicídio por auto-envenenamento evidenciou que a depressão foi o diagnóstico mais comum, sendo o uso de psicotrópicos e agrotóxicos os meios mais frequentes. Doenças crônicas e dor foram um dos fatores de risco na tentativa de suicídio nos idosos. O acesso fácil a pesticidas e moradia em zonas rurais foi um fator importante para explicar este achado. Especialmente na cultura coreana tradicional, os homens foram educados para prosseguir uma carreira de sucesso e riqueza. Pelo contrário, mulheres tendem a valorizar as relações pessoais e sacrifício para a família⁴⁷, o que provavelmente possa também explicar razões para tentativa quando este indivíduo sente-se fracassado por não corresponder as pressões culturais.

O presente estudo ganha maior relevo quando observamos que entre 40% e 70% dos idosos que cometeram suicídio, visitaram seu médico de atenção primária em seus últimos 30 dias de vida e entre 20% e 50% tiveram consulta na semana prévia ao suicídio. Mesmo nos casos em que um problema mental não é

propriamente o motivo da consulta, quando a queixa principal é vaga ou quando há múltiplas queixas é importante salientar que pacientes com essas características podem apresentar importantes problemas clínicos, em vista de doenças crônicas, terminais, dolorosas e incapacitantes; o que aumenta o risco de suicídio.⁴³

O suicídio na velhice é um comportamento complexo, multi-determinado que ainda deve ser adequadamente investigado. Acredita-se também que as pessoas da “terceira idade” não formam um grupo homogêneo. Fatores de risco para um idoso de 60 anos e um idoso de 80 anos são provavelmente diferentes,⁴⁸ o que também pode nos abrir outra perspectiva de estudo. Enfim, a velhice é um preditor de suicídio.³¹ Estudos comprovam que o número de suicídios continuará crescendo na próxima década, bem como na população de idosos.⁴⁶ Já em 1917 Freud escreveu “Nós nunca fomos capazes de explicar o jogo de forças que os impulsos suicidas exercem até sua execução”.⁵⁰ Provavelmente o jogo de forças seja diferente para idosos e jovens.⁵¹

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

- Avaliar ideação, tentativa e risco de suicídio em uma amostra aleatória de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre.

4.2 ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de ideação, tentativa e risco de suicídio no último mês.
- Examinar associações entre risco de suicídio e dados sócio-demográficos.
- Examinar associações entre risco de suicídio e transtornos do humor.

5 ARTIGO EM INGLÊS SUBMETIDO A PUBLICAÇÃO

Title

SUICIDE RISK IN THE ELDERLY: DATA FROM BRAZILIAN PUBLIC HEALTH CARE PROGRAM

Authors

Leandro Ciulla^{1,2,3}, Eduardo Lopes Nogueira^{1,2,3,4}, Irenio Gomes da Silva Filho^{1,2,3,5,6},
Guilherme Levi Tres^{1,7}, Paula Engroff^{1,2}, Veronica Ciulla^{1,8}, Alfredo Cataldo
Neto^{1,2,4,7,9}

Note: the first and second authors have worked equally.

1. Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul (PUCRS), Hospital São Lucas, Brazil – www.hospitalsaolucas.pucrs.br
2. Institute of Geriatrics and Gerontology (IGG) / Postgraduate Program in Biomedical Gerontology of PUCRS, Brazil – <http://www3.pucrs.br/portal/page/portal/iggppg/geronbio>
3. Brain Aging Outpatient Clinic (AMBEC) of PUCRS, Brazil
4. Department of Psychiatry of PUCRS, Brazil
5. Department de Neurology of PUCRS, Brazil
6. Brain Institute (InsCer) of Rio Grande do Sul, Brazil – www.pucrs/inscer
7. School of Medicine of PUCRS, Brazil – www.pucrs.br/famed
8. Postgraduate Program in Psychiatry of PUCRS, Brazil
9. Coordinator of the Aging and Mental Health Research Group (GPESM) of PUCRS, Brazil

RESEARCH AND PROFESSIONAL ATTRIBUTIONS

(Curriculum Vitae of the first author and his mentors are available below)

Leandro Ciulla* – leciulla@terra.com.br

Curriculum Vitae: <http://lattes.cnpq.br/8839078436374293>

MSc student in Biomedical Gerontology.

Psychiatrist of the Brain Aging Outpatient Clinic (AMBEC) of PUCRS.

Eduardo Lopes Nogueira, MSc – mdcedln@gmail.com

PhD student in Biomedical Gerontology.

Psychiatrist and Psychotherapist; Residency instructor in Psychiatry and Geriatric Psychiatry; Preceptor Advisor of the Brain Aging Outpatient Clinic (AMBEC) of PUCRS; Preceptor Advisor of Brain Aging Outpatient Clinic (AMBEC) of PUCRS.

Irenio Gomes da Silva Filho, MSc, PhD – irenio.filho@pucrs.br

Curriculum Vitae: <http://lattes.cnpq.br/2685553329964267>

Associate Professor; Coordinator of the Postgraduate Program in Biomedical Gerontology of PUCRS; Investigator of the Brain Institute (InsCer).

Epidemiologist and Neurologist; Chief Preceptor of the Brain Aging Outpatient Clinic (AMBEC) of PUCRS.

Guilherme Levi Tres – quitres3@hotmail.com - Medical student of PUCRS

Paula Engroff – paula.engroff@pucrs.br - PhD student in Biomedical Gerontology.

Biochemist. Main biochemist of the laboratory of the IGG.

Veronica Ciulla – veronicaciulla@terra.com.br - Postgraduate Student in Psychiatry.

Alfredo Cataldo Neto** (corresponding author) – cataldo@pucrs.br

Curriculum Vitae: <http://lattes.cnpq.br/9450739274205081>

Associate Professor of PUCRS School of Medicine; Coordinator of the Aging and Mental Health Research Group (GPESM) of PUCRS.

Psychiatrist and Psychoanalyst; Chief Preceptor of the Geriatric Psychiatry Outpatient Clinic (APG) of PUCRS.

Elsevier Editorial System(tm) for Journal of Affective Disorders
Manuscript Draft

Manuscript Number:

Title: **SUICIDE RISK IN THE ELDERLY: DATA FROM BRAZILIAN PUBLIC HEALTH CARE PROGRAM**

Article Type: Research Paper

Keywords: suicide, elderly, depression, bipolar disorder, aging

Corresponding Author: Dr. Leandro Ciulla

Corresponding Author's Institution: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

First Author: Leandro Ciulla

Order of Authors: Leandro Ciulla; Eduardo Lopes Nogueira, M.D.; Irenio Gomes, PhD; Guilherme L Tres; Paula Engroff; Veronica Ciulla; Alfredo Cataldo Neto, PhD

Abstract: Objective: Examine prevalence and level of suicide risk, and its associations with sociodemographic factors and mood disorders.

Methods: A cross-sectional study with a random sample of 530 individuals aged 60 years or more from Family Health Strategy of Porto Alegre, Brazil. Diagnosis was made by psychiatrists using the Mini International Neuropsychiatric Interview plus (MINI plus).

Results: A total of 15.7% (n=83) of the sample presented a risk of suicide. Among those people at risk: 19.5% were female, 34.1% had no income, 17.8% had no paid activity and 22.6% had lost one or more children. It was found that 59.2% (n=45) of individuals with unipolar depression were at risk of suicide, whilst 62.5% (n=5) with a current episode of bipolar disorder and 33.3% (n=8) with a lifetime bipolar disorder were also at risk.

Limitations: Present study works with a partial sample in a cross-sectional design. The MINI plus questions are not broad enough to assess other important self-destructive behaviors.

Conclusions: A high rate of suicide risk was found. Increased mental distress was noted in these evaluated individuals and it was possible to identify some relevant patterns related with suicide risk.

Loss of sons loss of sons may partly explain a subtype of late onset depression and bipolar syndromes. These findings can be a useful to generate other research hypothesis and for health professionals who care older persons. Detecting characteristics linked to suicide, therefore opening up the possibility of preventing tragic outcomes providing a proper treatment.

* We highlight the inexistence of original works that study the risk of suicide in elderly Brazilians.

Suggested Reviewers: Jay D Amsterdam

University of Pennsylvania
jamsterd@mail.med.upenn.edu
Broad expertise in mood disorders

Eduard Vieta
Barcelona University
evieta@clinic.ub.es
Research expertise in in psychiatry, mood disorders and suicide.

ABSTRACT

Objective: Examine prevalence and level of suicide risk, and its associations with socio-demographic factors and mood disorders.

Methods: A cross-sectional study with a random sample of 530 individuals aged 60 years or more from Family Health Strategy of Porto Alegre, Brazil. Diagnosis was made by psychiatrists using the Mini International Neuropsychiatric Interview plus (MINI plus).

Results: A total of 15.7% (n=83) of the sample presented a risk of suicide. Among those people at risk: 19.5% were female, 34.1% had no income, 17.8% had no paid activity and 22.6% had lost one or more children. It was found that 59.2% (n=45) of individuals with unipolar depression were at risk of suicide, whilst 62.5% (n=5) with a current episode of bipolar disorder and 33.3% (n=8) with a lifetime bipolar disorder were also at risk.

Limitations: Present study works with a partial sample in a cross-sectional design. The MINI plus questions are not broad enough to assess other important self-destructive behaviors.

Conclusions: A high rate of suicide risk was found. Increased mental distress was noted in these evaluated individuals and it was possible to identify some relevant patterns related with suicide risk. Loss of sons loss of sons may partly explain a subtype of late onset depression and bipolar syndromes. These findings can be a useful to generate other research hypothesis and for health professionals who care older persons. Detecting characteristics linked to suicide, therefore opening up the possibility of preventing tragic outcomes providing a proper treatment.

Keywords: suicide, elderly, depression, bipolar disorder, aging

*** We highlight the inexistence of original works that study the risk of suicide in elderly Brazilians.**

Introduction

Traditionally mood disorders have been researched more consistently in young adults. The examination of important characteristics of unipolar and bipolar disorders as the risk of suicide in late adulthood has received little scientific investment.

The depression is the most common mental disorder in the elderly and is increasing in prevalence throughout the world, especially in developing countries (Bottino et al., 2012). Along with depression, suicide rates in Brazil have presented slight but consistent growth, mainly in the population over 60 years and being greater among men. Figures have increased from 12 suicides to 15.8/100.000 inhabitants between 1980 and 2006, according to 2012 up dated information from the WHO (WHO, 2012). The southernmost state of Brazil (state of Rio Grande do Sul) has the highest national rates of suicide mortality, reaching 11/100,000 inhabitants for this state (D'Oliveira, 2005), with the highest mortality rates according to age group occurring in the elderly population over 70 years (Meneghel et al., 2004).

It is important to highlight that the elderly have higher rates of suicide in the majority of countries (Hawton and Van Heeringen, 2009), reaching 20/100,000 at age 85 years in the USA, with older men presenting the highest suicide rates for all sectors of the US population (Pearson, 2002). The rates in France are particularly high, reaching 148/100,000 for men and 24/100,000 for women above 85 years old (Ritchie et al., 2004). Studies in China also follow this pattern, showing that the elderly over 65 years have the highest suicide rate, which is four to five times more than for the general population (Li et al., 2009).

Suicide in old age is a complex and multidetermined behavior that has yet to be adequately investigated. Aging is a predictor of suicide (Chan et al., 2007).

Studies show that the number of suicides will continue to grow over the next decade, as will the elderly population (Wiktorsson et al., 2010). However few researches – either nationally or internationally – have focus it works at the elderly in relation to suicide or attempted suicide proving that suicide is an understudied phenomenon among older individuals (Aizenberg and Olmer, 2006), resulting in a scarcity of data on this subject and therefore, hindering its understanding (Abreu and Cataldo, 2003).

For present work a systematic review searching all papers published between 1966 and 2012 in all languages at MEDLINE, LILACS databases, and manual searching in the paper reference lists encountered 7 Brazilian studies. Only 2 of 7 were original papers, one of them examined suicidal ideation in a small consecutive sample of persons with Parkinson´s Disease (Kummer et al., 2009) and the other one (Miranda and Bós, 2004) research a historical mortality database registry of the Brazilian public health system.

To better elucidate this under-studied theme the present study aim to estimate the prevalence of ideation, attempts and risk of suicide and examine it associations with socio-demographic data and mood disorders in a population-based random sample of elderly.

Methods

The present study is a preliminary report of the “**Multidimensional Study of Elderly of Porto Alegre Family Health Strategy, Brazil**” (EMI-SUS/POA), a cross-sectional survey with a planned sample of 1,080 randomly selected persons with 60 years or more that focused to reveals the “diagnostic of Porto Alegre elder´s Health”(Gomes et al. 2013). The survey is composed by two phases.

In phase 1 data collection was made by Community Health Workers (CHWs) that prioritized sociodemographic characteristics and validated screening evaluations for alcohol misuse, depression and cognitive impairment. They received specific training for this purpose. The phase 2 was characterized by specialized assessments and diagnostic with blinding to the previous phase. Various specific health measures at Hospital São Lucas of the Pontifical University of Rio Grande do Sul (PUCRS) that include the Brazilian version of Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 Plus (MINI Plus) that assess current and lifetime diagnostic of psychiatric disorders and suicide risk. All professionals were experienced in assisting elderly patients with neuropsychiatric disorders in the Brain Aging Outpatient Clinic of PUCRS (AMBEC). The mental health study protocol is fully described elsewhere (Nogueira et al. 2013).

For all individuals that was not found by the CHWs or who were unable to go to the PUCRS a brief version of the previous evaluations in the individuals on their own home will begin in early 2013.

Thus, the present study work with a partial sample of 549 randomly selected seniors who completed both phases until December 2013. Of this partial sample 19 records were excluded because of missing MINIplus data remaining 530 adequate protocols coming from 27 different family health units (FHU) for the analysis.

Percentages were used to estimate dependent variable prevalence and describe the sample. Pearson's chi-square was used to examine associations. The predetermined level of significance considered was 0.05. The statistical analysis was performed using the software SPSS 17.

The research protocol was fully approved by both research ethics committees of PUCRS (Registry: 10/04967) and Public Health Secretariat of Porto Alegre City

(SMS-POA Registry: 499; Process: 001.021434.10.7). All participants or their legal representatives signed a consent form.

Results

The sample was characterized by having a majority of women (62.8%, n=333), younger aged (63.2% in the 60 to 69 year group, n=335) and with low education level (62.0% less than elementary school, n=329) and low income (64.0% one minimum salary or less, n=316).

With regards suicide risk in the last month it was found that 11.3% (n=61) of the elderly patients expressed a desire to be dead; 3.9% (n=21) wanted to harm themselves; 5.6% (n=30) thought of suicide; 4.3% (n=23) thought of ways to commit suicide; and 1.3% (n=7) attempted suicide. A total of 6.9% (n=37) report attempted suicide during their lifetime.

In relation to the severity of suicide risk, 4.9% presented high risk, 0.8% moderate risk and 10% low risk, which equates to 15.7% (n=83) of the elderly from the sample having a risk of suicide.

Table 1 shows the descriptive statistics and the associations between suicide risk and socio-demographic using the chi-square test.

The relationships with suicide risk and mood were presented in the **Table 2**.

Discussion

It was observed that 11.3% of individuals had suicide ideation and 6.9% attempted suicide at some point during their lives. This data is higher than a French study performed in the region of Languedoc Roussillon (Ritchie et al., 2004) that found 9.8% of suicide ideation and 3.7% of lifetime-attempted suicide. It is worth

noting in this French study that the suicide ideation rates increased to 11.3% in men and 21.4% in women for people over 80 years of age. Estimates of suicide ideation in the United States of America ranged from 0.7-1.2% (Callahan et al., 1996). Skoog et al., (1996) observed an increase in suicide ideation in people over 85 years old (9.6% in men and 18.7% in women) in Sweden. In Brazil, a survey conducted in Campinas city found in a partial sample of 93 elderly people (aged 60 years or more) prevalence of 10.4% of suicide ideation, three percent of planned suicide and 0.8% attempted suicide (Botega et al., 2009).

With regards gender differences, 19.5% of women presented a risk of suicide compared to 9.1% of men ($p < 0.001$). Similar results were also found by Ritchie et al., (2004), in which the suicide rate in women was 2.8% more frequent, although this difference may be explained by the survival effect as the suicide attempts by men tend to be more serious, and therefore more lethal (Ritchie et al., 2004). However suicide is associated with men in the majority of countries. China is the only country in which the numbers of female suicides surpass that of the men (Pearson, 2002).

Older people without income and with no paid activity were found to have an increased suicide risk. Economic problems are seen as one of the main risk factors for suicide in the elderly (Bottino et al., 2012). The effects of unemployment are likely to be mediated by factors such as poverty, a reduction in social status, domestic problems and feelings of hopelessness (WHO, 2012). With respect income the increase in minimum wages is related to lower risk of suicide, suggesting that economic level may play a role as potential protective factor against suicide in elders.

Another important finding of this study relates to the loss of sons. Individuals who have experienced the pain caused by the death of one or more of their sons presented a high potential suicide risk. It is known that bereavement increases

suicide risk, and according to Perez Barrero and Matusevich, (2009), the loss of children appears to alter the "natural law of life". Thus loss of sons more frequent in the oldest elders may partly explain a subtype of late onset depression without relationship with degenerative brain diseases that will in future be investigated by the EMI-SUS/POA.

With regards self reported ethnic origin/race we found that Brazilian indigenous had an increased risk of suicide compared to whites, blacks, and multiracial (brown) people. There is no specific data in the literature classifying suicide rates according to ethnicity. White people are four times more likely to commit suicide than blacks in the USA (Sudbrack and Cataldo, 2009).

It was observed an association between the fact of not being retired and suicide risk, although our sample was higher in women, a factor that could influence this finding. Individuals who stop working may fall into depression due to decreasing their purchasing power, their interpersonal relationships sustained in the work environment, and their prestige or status. Some elderly people believe that they may become a burden to their families upon retirement (Barrero and Matusevich, 2009).

Our study found that a high percentage of the elderly with unipolar depression (59.2%) presented with a suicide risk, as was also the case for those older people with a current and past history of bipolar disorder (62.5% and 33.3% respectively). Literature shows that approximately 90% of people who commit suicide have a diagnosed mental disorder at the moment of death (Barrero and Matusevich, 2009). There is a strong relationship between psychiatric diseases and suicide, especially major depression and bipolar depression, which are found in 65-90% of suicides (Sudbrack and Cataldo, 2009). A revision of the literature performed by Minayo and Cavalcante (2010) shows that depression is the most relevant factor associated with

suicide in the majority of the studies evaluated. Hardwood et al., (2001) also found depression to be one of the main diagnoses in individuals that committed suicide.

Mood disorders increase the risk of death by suicide by 20 percent. Bipolar is a psychiatric disorder associated with a high risk of suicide (Kutcher and Chehil, 2007), which is in accordance with the findings of this study where individuals with current episode of bipolar disorder presented a greater suicide risk. Major depression and the mixed and depressive phases of bipolar disorder are the most frequent diagnoses found in deaths by suicide. Individuals that present depressive episodes in bipolar disorder can be at greater risk of committing suicide than those people who have unipolar depression.

In summary, present study found a high rate of suicide risk in the elderly population living in the community. The study protocol used prioritized a model able to screen and diagnose mood and cognitive disorders useful and replicable at community and primary care levels (Nogueira et al. 2013). An Increased mental distress was noted in these evaluated individuals and it was possible to identify some relevant patterns related with suicide risk. Loss of sons may partly explain the suicide risk in some individuals, although the relationship with a subtype of late onset depression and bipolar syndromes deserves further studies. These findings can be a useful to generate other research hypothesis and can be useful for health professionals who care older persons. Detecting characteristics linked to suicide risk, therefore opening up the possibility of preventing self-harm or complete suicide.

References

- Abreu, D.C., Cataldo Neto, A., 2003. Tentativa de suicídio em idosos. In: Cataldo Neto, A., Gauer, G.J.C., Furtado, N, (Orgs.), *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Edipucrs, Porto Alegre, RS, pp. 685-690.
- Aizenberg, D., Olmer, A., Barak, Y., 2006. Suicide attempts amongst elderly bipolar patients. *J Affect Disord.* 91, 91-94.
- Barrero, S., Matusevich, D., 2009. *Suicidio en la vejez*. Editorial Polemos, Buenos Aires, AR.
- Botega, N.J., Marín-León, L., Oliveira, H.B., Barros, M.B., Silva, V.F., Dalgarrondo, P., 2009. Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and attempted suicide: a population-based survey in Campinas, São Paulo State, Brazil, 2009. *Cad Saude Publica.* 25, 2632-2638.
- Bottino, C.M.C., Blay, S.L., Laks, J., 2012. *Diagnóstico e tratamento dos transtornos do humor em idosos*. Atheneu, São Paulo, SP.
- Callahan, C.M., Hendrie, H.C., Nienaber, N.A., Tierney, W.M., 1996. Suicidal ideation among older primary care patients. *J Am Geriatr Soc.* 44, 1205-1209.
- Chan, J., Draper, B., Banerjee, S., 2007. Deliberate self-harm in older adults: a review of the literature from 1995 to 2004. *Int J Geriatr Psychiatry.* 22, 720-732.
- D'Oliveira, C.F.A., 2005. Perfil epidemiológico dos suicídios: Brasil e regiões, 1996 a 2002. <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Suicidios.pdf>>, (accessed 03.05.2011).
- Gomes, I., Nogueira, E.L., Engroff, P., Ely, L.S., Schwanke, C.H.A., De Carli, G.A., Resende, T.L., 2013. The Multidimensional Study of the Elderly in the Family Health Strategy in Porto Alegre, Brazil (EMI-SUS). *Pan Am J Aging Res*;1:[in press].

Hardwood, D., Hawton, K., Hope, T., Jacoby, R., 2001. Psychiatric disorders and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case control study. *Int J Geriatr Psychiatr.* 16, 155-165.

Hawton, K., Van Heeringen, K., 2009. Suicide. *The Lancet.* 373, 1372-1381.

Kummer, A., Cardoso F., Teixeira, A.L., 2009. Suicidal ideation in Parkinson's disease. *CNS Spectr.* 14, 431-436.

Kutcher S., Chehil, S., 2007. Manejo do risco de suicídio: um manual para profissionais de saúde. Lundbeck Institut, Massachusetts.

Li, X., Xiao, Z., Xiao, S., 2009. Suicide among the elderly in mainland China. *Int Psychogeriatr.* 9, 62-66.

Meneghel, E.N., Victora, C.G., Faria, N.M.X., Carvalho, L.A., Falk, J.W., 2004. Epidemiological aspects of suicide in Rio Grande do Sul, Brazil. *Rev Saude Publica.* 38, 804-810.

Minayo, M.C.S., Cavalcante, F.G., 2010. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev Saude Publica.* 44, 750-757.

Miranda, A.C.C.A., Bós, A.J.G., 2004. Incidência de suicídio entre idosos brasileiros. *Rev Med Minas Gerais.* 14, 225-228.

Nogueira, E.L., Moretti, P.F., Ribeiro Junior, F.J.P., Diefenthaeler, E.C., Cataldo Neto, A., Engroff, P., Borges Filho, J.C., Loureiro, F., Gomes, I., 2013. The Mental Health Research Protocol of the Multidimensional Study of the Elderly in the Family Health Strategy in Porto Alegre, Brazil (EMI-SUS). *Pan Am J Aging Res*;1:[in press].

Pearson, J.L., 2002. Recent research on suicide in the elderly. *Curr Psychiatry Rep.* 4, 59-63.

Ritchie, S., Artero, S., Beluche, I., Ancelin, M.L., Mann, A., Dupuy, A.M., Malafosse, A., Boulenger, J.P., 2004. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry*. 184, 147-152.

Skoog, I., Aevansson, O., Beskow, J., Larsson, L., Palsson, S., Waern, M., Landahl, S., Ostling, S., 1996. *Am J Psychiatry*. 153, 1015-1020.

Sudbrack, R.W.G., Cataldo Neto, A., 2009. Suicídio em idosos. *Acta Medica*. 31, 648-656.

Wiktorsson, S., Runeson, B., Skoog, I., Östling, S., Waern, M., 2010. Attempted Suicide in the Elderly: characteristics of suicide attempters 70 years. *Am J Geriatric Psychiatry*. 18, 57-67.

World Health Organization, 2012. Public Health Action for the Prevention of Suicide: a framework.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf>,
(accessed 13.05.2012).

Table 1: Risk of suicide and socio-demographic data

VARIABLE	TOTAL SAMPLE# n(%)	Frequency of Suicide Risk	P
Gender			<0.001
Male	197(37.2)	9.1%	
Female	333(62.8)	19.5%	
Age			0.800
≥60<70	335(63.2)	16.4%	
≥70<80	157(29.6)	14.6%	
80+	38(7.2)	13.2%	
Years of schooling			0.510
< 4 years	115(21.8)	16.5%	
4-7 years	212(40.2)	15.6%	
≥ 8	83(15.7)	10.8%	
Income (minimum salaries)*			0.022
No income	41(8.3)	34.1%	
Up to 1 salary	275(55.7)	17.1%	
Up to 2 salaries	144(29.1)	13.2%	
Up to 4 salaries	25(5.1)	4.0%	
Up to 6 salaries	8(1.6)	12.5%	
Up to 10 salaries	1(0.2)	0.0%	
Retired			0.028
Yes	333(66.2)	13.2%	
No	170(33.8)	21.2%	
Race			0.038
White	336(65.1)	15.2%	
Black	70(13.6)	18.6%	
Multiracial (brown)	95(18.4)	11.6%	
Others (Indian and oriental)	15(2.9)	40.0%	
Marital Status			0.563
Married	198(38.2)	14.6%	
Separated	84(16.2)	16.7%	
Single	88(17.0)	12.5%	
Widowed	148(28.6)	18.9%	
Live alone			0.851
Yes	102(19.7)	16.7%	
No	415(80.3)	15.9%	
Paid activity			0.038
No	404(79.2)	17.8%	
Yes	106(20.8)	9.4%	
Loss of Children			0.007
Had children but no loss	296 (57.5)	11.8%	
Never had children	24 (4.7)	16.7%	
Lost one or more children	195 (37.9)	22.6%	
TOTAL	n=530		

Note: ***Minimum salary is the lowest legal monthly income for an employee in Brazil.

The amount is set by the government and was approximately \$ 300 (US dollars).

Table 2: Suicide Risk vs Mood Disorder (n=530)

VARIABLE: diagnosis of mood disorder	TOTAL SAMPLE# n(%)	Suicide Risk	
		No n(%)	Yes n(%)
CATEGORIES			
No mood disorder	300 (56.6)	293 (97.7) ^a	7 (2.3) ^b
Current Unipolar (major dep., dysthymia, minor dep.)	76 (14.3)	31 (40.8) ^b	45 (59.2) ^a
Past Unipolar (major dep., dysthymia, minor dep.)	108 (20.4)	92 (85.2)	16 (14.8)
Current Bipolar	8 (1.5)	3 (37.5) ^b	5 (62.5) ^a
Past Bipolar	24 (4.5)	16 (66.7) ^b	8 (33.3) ^a
Current Mood Disorder secondary to illness or drug use	4 (0.8)	3 (75.0)	1 (25.0)
Past Mood Disorder secondary to illness or drug use	10 (1.9)	9 (90.0)	1 (10.0)

Note: p value based on Pearson's chi-square test.
^a $P \leq 0.001$. Residual a (residual ≥ 1.96). Residual b (residual ≤ -1.96).

Acknowledgements

We are grateful to Comissão Nacional de desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) that gave support to Ciulla L with scholarship for they master's studies, for Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) and Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) that gave support to Nogueira EL for they PhD studies and for PUCRS that provided a undergraduate scientific scholarship for Tres GL to they undergraduate research. We thanks to the Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (private institution) that also gave support to Ciulla L and Nogueira EL exempting all costs of their Postgraduate studies as a form of counterpart to the above public funding institutions.

Conflict of Interest

Authors declare no conflict of interest.

Contributors

Ciulla L collected data, designed the present study and wrote the paper. Nogueira EL designed the broad (general) and psychiatric study, collected data, developed the relational database and wrote the paper. Irenio Gomes designed all phases of EMI-SUS, collected data, developed the relational database and analyzed data. Tres GL design the present study collected data and wrote the paper. Engroff P collected data and wrote the paper. Ciulla V collected data and wrote the paper. Cataldo Neto A designed all phases of EMI-SUS including the present study, analyzed data and wrote the paper.

Role of the Funding Source

The Multidimensional Study of Elderly of Porto Alegre Family Health Strategy, Brazil (EMI-SUS) received sources from Fundação de Aparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo obteve resultados importantes. Alta taxa (15,7%) de idosos estavam com risco de suicídio. Preditores do risco de suicídio foram: sexo feminino, indivíduos sem renda ou sem atividade remunerada, idosos que perderam um ou mais filhos, índios e orientais apresentaram mais risco. O transtorno depressivo e o transtorno bipolar também estiveram relacionados com maior risco de suicídio em idosos da comunidade de Porto Alegre.

Pacientes idosos com doença mental ou que sofreram perda recente de familiares (principalmente perda de um ou mais filhos) devem ser avaliados para sintomatologia depressiva e ideação ou planos suicidas. Pensamentos e fantasias sobre o suicídio e vida após a morte podem revelar informações que o paciente não consegue compartilhar diretamente. Não deve haver relutância em questionar pacientes sobre suicídio, uma vez que não há evidência de que tais perguntas aumentem a probabilidade do comportamento.

Os idosos tentam menos suicídio que os mais jovens, embora quando tentam o método é altamente letal. O idoso geralmente busca circunstâncias para não ser descoberto, nem salvo. A maioria das pessoas idosos que cometem o ato comunica seus pensamentos suicidas a família ou a amigos antes de fazê-lo.

A depressão é um frequente precursor do suicídio. O adequado reconhecimento e tratamento da depressão pode servir para reduzir consideravelmente o suicídio entre idosos. Neste estudo foi encontrado uma alta taxa de risco de suicídio em idosos que vivem na comunidade de Porto Alegre. Notou-se elevado sofrimento mental nestes indivíduos avaliados e foi possível identificar fatores preditores do risco de suicídio, o que pode ser uma fonte de ajuda para profissionais da saúde detectarem características ligadas ao suicídio, e assim, possibilitar a prevenção de um desfecho trágico na vida de seus pacientes. Vê-se necessário uma medida de urgência na promoção de tratamento especializado em idosos de nossa comunidade.

REFERÊNCIAS

- 1-Bottino CMC, Blay SL, Laks J. Diagnóstico e tratamento dos transtornos do humor em idosos. São Paulo: Atheneu; 2012.
- 2-Elizabeth FM, Vera Maria ANTB. Envelhecimento ou longevidade? São Paulo: Paulus; 2009.
- 3- Fernandes L, Gonçalves-Pereira M, Leuschner A. et al. Validation study of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) in Portugal. *Int Psychogeriatr.* 2009;21(1):94-102.
- 4- Sadok BJ, Sadok, VA. editores. Kaplan & Sadock: compêndio de Psiquiatria. ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
- 5-Veras RP. País jovem com cabelos brancos. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
- 6-Grafström M, Winblad B. Family burden in the care of the demented and nondemented elderly: a longitudinal study. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 1995;9:78-86.
- 7-Gray A, Fenn P. Alzheimer's disease: the burden of the illness in England. *Health Trends.*1993;25:31-7.
- 8-Henk HJ, Katzelnick DJ, Kobak KA, Greis JH, Jefferson JW. Medical costs attributed to depression among patients with a history of high medical expenses in a health maintenance organization. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53:899-904.
- 9-Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
- 10-Abreu DC, Cataldo Neto A. Tentativa de suicídio em idosos. In: Cataldo Neto A, Gauer GJC, Furtado N, organizadores. *Psiquiatria para estudantes de medicina.* Porto Alegre: Edipucrs; 2003. p.685-69.
- 11-Beeston D. Older people and suicide. Stoke on Trent: Centre for Ageing and Mental/Health Staffordshire University; 2006.
- 12-Minayo MCS, Cavalcante FG, Souza ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(8):1587-96.
- 13-Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44(4):750-7.
- 14-Sudbrack RWG, Cataldo Neto A. Suicídio em idosos. *Acta Médica.* 2009;31:648-56.
- 15-Harrison KE et al. Alone? Perceived social support and chronic interpersonal difficulties in suicidal elders. *Int Psychogeriatr.* 2010;22(3):445-54.

16- Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Publ.* 1987;21(3):200-10.

17-Galvão L, Abuchain CM. Transtornos Mentais em Idosos. 2011. [capturado 2012 10 out.]. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?423&-transtornos-mentais-em-idosos>

18-Leite VMM, Carvalho EMF, Barreto KML, Falcão IV. Depressão e Envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta a Terceira Idade. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2006; 6(1):31-8.

19-Almeida OP. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999; 21(1):12-8.

20- Blazer DG, Steffens DC. *Textbook of Geriatric Psychiatry.* 4th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2009. p.5-7.

21-Floriana PJ, Dalgalarondo P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr.* 2007; 56(3):162-70.

22-Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24(Supl I):3-6.

23-Blazer DG, Burchett B, Service C. et al. The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol* 1991;46(6):M210-5.

24-Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999; 174:307-11.

25-Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry* 2003; 54(3):216-26. Review.

26-Cooper JK, Harris Y, McGready J. Sadness predicts death in older people. *J Aging Health* 2002; 14(4):509-26.

27- Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *Am Fam Physician* 1999; 60(3):820-6.

28-Husain MM, Rush AJ et al. Age-related characteristics of depression: a preliminar STAR*D report. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13(10):852-60.

29-Coryell W, Pfohl B, Zimmerman M. The clinical and neuroendocrine features of psychotic depression. *J Nerv Ment Dis* 1984;172(9):521-8.

30-Thakur M, J Hays, Krishnan KR. Clinical, demographic and social characteristics of psychotic depression. *Psychiatry Res* 1999;86(2):99-106.

- 31- Conwell Y, PR Duberstein, Caine ED. Risk factors for suicide in later life. *Biol Psychiatry* 2002;52(3):193-204.
- 32-Erlangsen A, SH Zarit, Tu X, Conwell Y. Suicide among older psychiatric inpatients: an evidence-based study of high-risk group. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14(9):734-41.
- 33- Alexopoulos GS, ML Bruce, Hull J, Sirey JA, Kakuma T. Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(11):1048-53.
- 34- World Health Organization (WHO). Public Health Action for the Prevention of Suicide: a framework. 2012. [informações on-line]. [capturado 2012 Maio 23]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf
- 35- Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*. 2002;7(2):6-8.
- 36-D'Oliveira CFA. Perfil epidemiológico dos suicídios: Brasil e regiões, 1996 a 2002. 2005 [capturado 2011 Mai 03]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Suicidios.pdf>
- 37- Hawton K, Van Heeringen K. Suicide. *The Lancet*. 2009;373:1372-81.
- 38- Lovisi GM, Santos AS, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009; 31(supl2):S86-94.
- 39- Meneghel E, Victora CG, Faria NMX. et al. Epidemiological aspects of suicide in Rio Grande do Sul, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(6):804-10.
- 40- Pearson JL. Recent research on suicide in the elderly. *Curr Psychiatry Rep*. 2002;4:59-63.
- 41- Ritchie K, Artero S, Beluche I. et al. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry*. 2004;184:147-52.
- 42- Li X, Xiao Z, Xiao S. Suicide among the elderly in mainland China. *Int Psychogeriatr*. 2009;9:62-6.
- 43-Barrero S, Matusevich D. Suicidio en la vejez. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2009.
- 44-Conwell Y, Lyness JM, Duberstein P, Cox C, Seidlitz L, DiGiorgio A, Caine ED. Completed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48:23-9.
- 45-Rapagnani G. Suicide in the elderly. *Rev Med Liege*. 2002;57:91-6.
- 46-Wiktorsson S, Runeson B, Skoog I, Östling S, Waern M. Attempted Suicide in the

Elderly: Characteristics of Suicide Attempters 70 Years. *The Am J Geriatric Psychiatry*. 2010;18(1):57.

47- Kim YR, Choi KH, Oh Y. et al. Elderly suicide attempters by self-poisoning in Korea International. *Int Psychogeriatr*. 2011; Mar 1:1-7.

48- Paraschakis A et al. Late onset suicide: Distinction between “Young-old” VS. “old-old” suicide victims. How different populations are they? *Arch Gerontol Geriatr*. [periódico on-line]. 2011 Mar. [capturado 2011 Maio 18]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494311000379>

49- Chan J, Draper B, Banerjee S. Deliberate self-harm in older adults: a review of the literature from 1995 to 2004. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22:720-32.

50- Freud S. Mourning and Melancholia: the standard edition of the complete psychological works: v. 14. London: Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis; 1962.

51- Loebel JP. Practical geriatrics: completed suicide in late life. *Psychiatr Serv*. 2005; 56(3):260-262.

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E HISTÓRICO
PSIQUIÁTRICO FAMILIAR**

AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA – EMI / IGG-PUCRS

Nº identificação:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome: _____

Sexo: ()M ()F

Idade: __ __

Examinador: _____

OBS.: Especificar a tentativa de suicídio! E pesquisar história familiar de DEPRESSÃO, TENTATIVA DE SUICÍDIO E SUICÍDIO que consta no verso desta página logo após a sessão “C” (risco de suicídio no entrevistado).

Coleta da HISTÓRIA FAMILIAR de DEPRESSÃO, TENTATIVA DE SUICÍDIO e SUICÍDIO.

	Paterno	Materno
Geração -2	Avô Depressão	
Geração -1		Tio Suicídio (tiro)
Geração 0 (pcte)	Irmão Tentativa (Cianureto)	
Geração +1		
Geração +2		

Ver exemplo!

ANEXO A QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO IDOSO - QAGI

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)
 (4) NR (não respondeu)

9. Frequentou escola?(1) sim. **COMPLETOU** até que série?

Primário	<input type="checkbox"/> 1ª série	Ginásio	<input type="checkbox"/> 5ª série	Científico	<input type="checkbox"/> 1ª série	Supletivo	<input type="checkbox"/> 1º grau
	<input type="checkbox"/> 2ª série		<input type="checkbox"/> 6ª série		<input type="checkbox"/> 2ª série		<input type="checkbox"/> 2º grau
	<input type="checkbox"/> 3ª série		<input type="checkbox"/> 7ª série		<input type="checkbox"/> 3ª série		
	<input type="checkbox"/> 4ª série		<input type="checkbox"/> 8ª série				

(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

(3) NR (não respondeu)

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?

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

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 cisterna (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

70. O senhor(a) tem costume de tomar 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)

ANEXO B - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA - EDG-15

QUESTÕES	PONTOS (0 OU 1)
1. Você está satisfeito com a sua vida?	
2. Você deixou de lado muitos de suas atividades e interesses?	
3. Você sente que sua vida está vazia?	
4. Você sente-se aborrecido com freqüência?	
5. Está você de bom humor na maioria das vezes?	
6. Você teme que algo de ruim lhe aconteça?	
7. Você se sente feliz na maioria das vezes?	
8. Você se sente freqüentemente desamparado?	
9. Você prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?	
10. Você sente que tem mais problemas de memória que antes?	
11. Você pensa que é maravilhoso estar vivo?	
12. Você se sente inútil?	
13. Você se sente cheio de energia?	
14. Você sente que sua situação é sem esperança?	
15. Você pensa que a maioria das pessoas está melhor do que você?	

PONTUAÇÃO EDG:

≥ 5: Depressão

≥ 11: Depressão Grave

Pontuação máxima: 15 pontos

**ANEXO C - MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC
INTERVIEW(BRAZILIAN VERSION 5.0.0) - M.I.N.I. PLUS**

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)

Nome do(a) entrevistado(a): _____	Número do protocolo: _____
Data de nascimento: _____	Hora de início da entrevista: _____
Nome do(a) entrevistador(a): _____	Hora do fim da entrevista: _____
Data da entrevista: _____	Duração total da entrevista: _____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	ICD-10
A EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Passado	Atual (2 semanas) <input type="checkbox"/>	296.30-296.36	<input type="checkbox"/> 296.20-29
Recorrente	F33.x			
TRANSTORNO DO HUMOR DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Passado	Atual <input type="checkbox"/>	293.83	293.83F06.xx
TRANSTORNO DO HUMOR INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Passado	Atual <input type="checkbox"/>	29x.xx	29x.xxnenhum
EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26	nenhum
Single	F32.x		296.30-296.36	
Recurrent	F33.x			
B TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Passado	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	nenhum	nenhum
	Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto			
D EPISÓDIO MANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Passado	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34
	Passado	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34
EPISÓDIO MANÍACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.83	293.83F06.30
	Passado	<input type="checkbox"/>	293.83	F06.30
EPISÓDIO HIPOMANÍACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.83	293.83nenhum
	Passado	<input type="checkbox"/>	293.83	nenhum
EPISÓDIO MANÍACO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
	Passado	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
EPISÓDIO HIPOMANÍACO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	291.8-292.84
	Passado	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
E TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
TRANSTORNO ANSIOSO COM ATAQUES DE PÂNICO	Atual	<input type="checkbox"/>	F06.4	
293.89				
DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL				
TRANSTORNO ANSIOSO COM ATAQUES DE PÂNICO	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum
INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
G FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.29	F40.2
H FOBIA ESPECÍFICA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
TOC DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum
TOC INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
K DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
ABUSO DE ÁLCOOL	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-	
L DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>		
.90 F11.0-F19.1				
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-	
.90 F11.0-F19.1				
ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-	
.90 F11.0-F19.1				
M TRANSTORNOS PSICÓTICOS	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	295.10-	
295.90/297.1/	F20.xx-F29			
	Atual	<input type="checkbox"/>		
297.3/293.81/293.82/				
293.89/298.8/298.9				
TRANSTORNO DO HUMOR COM	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	<input type="checkbox"/>	295.10-295.60	F20.xx
ESQUIZOFRENIA	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	295.10-295.60	F20.xx

	TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	295.70	F25.x
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	295.70	F25.x
	TRANSTORNO ESQUIZOFRENIFORME	Atual	<input type="checkbox"/>	295.40	F20.8
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	295.40	F20.8
	TRANSTORNO PSICÓTICO BREVE	Atual	<input type="checkbox"/>	298.8	F23.80-F23.81
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	298.8	F23.80-F23.81
	TRANSTORNO DELIRANTE	Atual	<input type="checkbox"/>	297.1	F22.0
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	297.1	F22.0
	TRANSTORNO PSICÓTICO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.xx	F06.0-F06.2
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	293.xx	F06.0-F06.2
	TRANSTORNO PSICÓTICO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.5-	
292.12		nenhum			
	TRANSTORNO PSICÓTICO SOE	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	291.5-292.12	nenhum
		Atual	<input type="checkbox"/>	298.9	F29
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	298.9	F29
	TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		F31.X3/F31.X2/F39
	TRANSTORNO DO HUMOR SOE	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.90	F39
	TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	<input type="checkbox"/>	296.24	F33.X3
		Passado	<input type="checkbox"/>	296.24	F33.X3
	TRANSTORNO BIPOLAR I COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	<input type="checkbox"/>	296.04-296.64	F31.X2/F31.X5
		Passado	<input type="checkbox"/>	296.04-296.64	F31.X2/F31.X5
	TRANSTORNO BIPOLAR II	Atual	<input type="checkbox"/>	296.89	F31.8
		Passado	<input type="checkbox"/>	296.89	F31.8
N	ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O	BULIMIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	BULIMIA NERVOSA TIPO PURGATIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	BULIMIA NERVOSA TIPO SEM PURGAÇÃO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
	ANOREXIA NERVOSA, TIPO RESTRITIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
P	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum
Q	TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2
R	TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	330.81	F45.0
		Atual	<input type="checkbox"/>		
S	HIPOCONDRIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.7	F45.2
T	TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	Atual	<input type="checkbox"/>	300.7	F45.2
U	TRANSTORNO DOLOROSO	Atual	<input type="checkbox"/>	300.89/307.8	F45.4
V	TRANSTORNO DA CONDUTA	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	312.8	F91.8
W	TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (Crianças/Adolescentes)	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	314.00/314.01	F90.0/F90.9/ F98
	TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (Adultos)	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	314.00/314.01	F90.0/F98.8
		Atual	<input type="checkbox"/>		
X	TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO	Atual	<input type="checkbox"/>	309.xx	F43.xx
Y	TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL	Atual	<input type="checkbox"/>		
Z	TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO	Atual	<input type="checkbox"/>		

ALERTA

MESMO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM CLARO FATOR ESTRESSANTE AGRAVANDO A SINTOMATOLOGIA, EXPLORE INICIALMENTE OS DIAGNÓSTICOS DE “A –W” ACIMA. NUNCA USE O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO SE OS CRITÉRIOS PARA QUALQUER OUTRO TRANSTORNO EXPLORADO DE “A –W” FOREM PREENCHIDOS.

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (Associação Psiquiátrica Americana, 1994) e da CID-10 (Organização Mundial da Saúde - OMS, 1992). Estudos de confiabilidade e validade foram desenvolvidos, comparando o M.I.N.I. ao SCID-P e ao CIDI (uma entrevista padronizada desenvolvida pela OMS para entrevistadores

leigos). Os resultados desses estudos mostraram que o M.I.N.I. apresenta índices de confiabilidade e de validade comparáveis aos dos instrumentos referidos, mas que pode ser administrado em um tempo muito mais curto (média= 18.7 ± 11.6 minutos; mediana = 15 minutos). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva. O M.I.N.I. Plus é uma versão mais detalhada do M.I.N.I. Sintomas imputáveis a uma causa orgânica ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool não devem ser cotados positivamente no M.I.N.I. O M.I.N.I. Plus tem perguntas que investigam essas questões.

- **Entrevista:**

Com o objetivo 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 para o módulo Transtornos 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 (Ù) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o final 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”).

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

David V Sheehan, M.D., M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788
ph: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@hsc.usf.edu

Yves LECRUBIER, M.D. / Thierry HERGUETA,
M.S.
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE
tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

Patricia AMORIM, M.D., PhD
N.A. P. S. Novo Mundo
Avenida Manchester 2000, Chácara 2
Jardim Novo Mundo
74703-000 – Goiânia - Goiás
BRASIL
Tel: + 55 62 524 18 02
+ 55 62 524 18 04
fax: + 55 62 213 64 87
e-mail: p.amorim@persogo.com.br

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

Para entrevistados com aparência psicótica antes do início da entrevista, ou para aqueles que são suspeitos de apresentar uma esquizofrenia, favor adotar a seguinte ordem de administração dos módulos:

- 1) parte 1 do módulo "m" (transtornos psicóticos m1-m18).
- 2) módulos a-d (episódio depressivo maior a episódio (hipo)maniaco).
- 3) parte 2 do módulo "m" (transtornos psicóticos m19-m23).
- 4) outros módulos na sua sequência usual.

Se o módulo "m" já foi explorado e se sintomas psicóticos foram identificados (m1 a m10b), examinar, para cada resposta positiva às questões seguintes, se os sintomas depressivos descritos não são melhor explicados pela presença de um transtorno psicótico e cotar em função.

A1 a Alguma vez sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas ?

NÃO SIM 1

SE A1a = SIM:

b Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias, ? NÃO SIM 2

A2 a Alguma vez teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo, durante pelo menos duas semanas ?

NÃO
SIM 3

SE A1a = SIM:

b Nas duas últimas semanas, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo ?

NÃO SIM 4

è

A1a OU A2a SÃO COTADAS SIM ?

NÃO
SIM

SE O(A) ENTREVISTADO(A) ESTÁ DEPRIMIDO(A) ATUALMENTE (A1b ou A2b = SIM): EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL.
SE NÃO: EXPLORAR O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A3 **Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:**

Episódio Passado

Episódio Atual

a Seu apetite aumentou ou diminuiu, quase todos os dias ? O seu peso

NÃO SIM
NÃO SIM
5

aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (VARIÇÃO DE $\pm 5\%$ AO LONGO DE UM MÊS, ISTO É, $\pm 3,5$ KG, PARA UMA PESSOA DE 65 KG)
COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO

b Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar

NÃO SIM
NÃO SIM
6

no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais) ?

- | | | | |
|---|---|-----------------|------------|
| c | Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário,
sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias? | NÃO
NÃO
7 | SIM
SIM |
| d | Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias? | NÃO
NÃO
8 | SIM
SIM |
| e | Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias? | NÃO
NÃO
9 | SIM
SIM |

SE **A3e** = **SIM**: PEDIR UM EXEMPLO.

O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? NÃO SIM

	<u>Episódio Atual</u>	<u>Episódio Passado</u>		
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?		NÃO NÃO 10	SIM SIM
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
NÃO	SIM	11		
A4	<p>è</p> <p>HÁ 3 OU MAIS RESPOSTAS “SIM” EM A3 (OU 4 RESPOSTAS POSITIVAS, SE A1a OU A2a É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO PASSADO OU SE A1b OU A2b É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL)?</p> <p>VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO DE DUAS SEMANAS.</p> <p>SE A4 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A3a - A3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.</p>		NÃO NÃO	SIM SIM
A5	<p>è</p> <p>Esses problemas de depressão lhe causaram sofrimento importante ou o(a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?</p> <p>SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4 E A 5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.</p>		NÃO NÃO 12	SIM SIM
A6	<p>è</p> <p>Esses problemas de depressão foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais às que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?</p> <p>UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?</p> <p>NÃO</p> <p>SIM</p> <p>13</p> <p>SE A6 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 E A6 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.</p>		NÃO	SIM
A7	<p>a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).</p> <p>A7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 14</p>			

SE A7 (SUMÁRIO) É COTADA **NÃO** PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 A6 E A7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- A8 COTAR **SIM** SE A7 (SUMÁRIO) = **SIM** OU **INCERTO**.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

- A9 COTAR **SIM** SE A7b = **SIM** E A7 (SUMÁRIO) = **NÃO**.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

- A10 COTAR **SIM** SE A7a = **SIM** E A7 (SUMÁRIO) = **NÃO**.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior induzido por substância</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

CRONOLOGIA

- A11 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou um período de 2 semanas ou mais em que apresentou esses problemas de depressão ?

	idade	15
--	-------	----

- A12 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de depressão teve, que duraram pelo menos 2 semanas ?

	16
--	----

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

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

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A8 = **SIM, ATUAL**), EXPLORAR O SEGUINTE:

A13 a	A2b É COTADA SIM ?	NÃ SIM	
	O		
b	Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃ SIM	17
	O		
	SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?	è	
	A13a OU A13b SÃO COTADAS SIM ?	NÃ SIM	
	O		
A14	Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:		
a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se	NÃ SIM	18
	O		
	pode sentir quando se perde uma pessoa querida?		
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ?	NÃ SIM	19
	O		
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade	NÃ SIM	20
	O		
	para voltar a dormir, quase todos os dias?		
d	A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃ SIM	
	O		
e	A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃ SIM	
	O		
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃ SIM	21
	O		

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A14 ?

NÃ	SIM
Episódio Depressivo Maior	
com características	
melancólicas	
Atual	

SUBTIPOS DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

Assinale tudo que se

aplica

Leve

 296.21/296.31

Moderado

 296.22/296.32

Severo sem aspectos psicóticos

 296.23

Severo com aspectos psicóticos

 296.24

Em remissão parcial

 296.25

Em remissão completa

 296.26

Crônico

Com características catatônicas

Com características melancólicas

Com características atípicas

Com início no pós-parto

Com padrão sazonal

Com recuperação completa entre episódios

Sem recuperação completa entre episódios

SE A8 OU A9 OU A10 = SIM, PASSAR PARA RISCO DE SUICÍDIO è

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

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

Se a sintomatologia do(a) entrevistado(a) preenche os critérios para um Episódio Depressivo Maior Atual, NÃO explore Transtorno Distímico Atual, mas explore Transtorno Distímico Passado. Assegure-se de que a Transtorno Distímico Passado explorado não corresponde, de fato, a um Episódio Depressivo Maior passado e de que existe um intervalo de pelo menos 2 meses de remissão completa entre qualquer Episódio Depressivo Maior anterior e o Transtorno Distímico Passado. [APLICAR ESSAS REGRAS UNICAMENTE SE ESTÁ INTERESSADO EM EXPLORAR DEPRESSÃO DUPLA.]

ESPECIFICAR O PERÍODO DE TEMPO EXPLORADO ABAIXO:

Atual

Passado

B1 è
Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte

NÃO

SIM

22

do tempo ? [OU, SE ESTÁ EXPLORANDO TRANSTORNO DISTÍMICO PASSADO:

"No passado, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo, por um período de 2 anos ou mais ?"]

B2 Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?

NÃO

SIM

23

B3 Desde que se sente [Durante esse período em que se sentia]deprimido(a)

è

a maior parte do tempo:

a O seu apetite mudou de forma significativa ?

NÃO

SIM

24

b Tem [teve] problemas de sono ou dorme [dormia] demais ?

NÃO

SIM

25

c Sente-se [sentia-se] cansado(a) ou sem energia ?

NÃO

SIM

26

d Perdeu a auto-confiança ?

NÃO

SIM

27

e Tem [tinha] dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?

NÃO

SIM

28

f Sente-se [sentia-se] sem esperança ?

NÃO

SIM

29

è

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM B3?

NÃO

SIM

B4 Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira
è

significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?
 NÃO SIM 30

B5 Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?
 Não Sim

Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?
 Não Sim

NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIOCINAIS SE NECESSÁRIO).

UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?

NÃO

SIM

31

B5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISTÍMICO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

CRONOLOGIA

B6 Que idade idade quando, pela primeira vez, teve esses problemas de depressão, idade 32
 continuamente, por um período de 2 anos ou mais ?

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

Pontos

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 suicídio ? NÃO SIM 6

C4 Pensou numa maneira de se suicidar ? NÃO SIM 10

C5 Tentou o suicídio ? NÃO SIM 10

Ao longo da sua vida:

C6 Já fez alguma tentativa de suicídio ? NÃO SIM 4

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 A C6 ?

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
1-5 pontos	Baixo <input type="checkbox"/>
6-9 pontos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 pontos	Alto <input type="checkbox"/>

D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

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

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR A EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO 'M' (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10b), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA ÀS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

D1 a Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia

NÃO

SIM

1

ou cheio(a) de si que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ?

(NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL).

SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO(A)" OU "CHEIO (A) DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA:

Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir,

ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou produtivo ou impulsivo(a).

SE D1a = SIM:

b Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?

NÃO

SIM

2

D2 a Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava

NÃO

SIM			
3			
as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família? Você ou outras pessoas achou/acharam que você estava mais irritável ou hiperreativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL).			
SE D2a = SIM :			
b	Sente-se, continuamente irritável atualmente?		
NÃO			
SIM			
4			
è			
D1a <u>OU</u> D2a SÃO COTADAS “SIM” ?NÃO			SIM

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

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

	<u>Episódio Passado</u>	<u>Episódio Atual</u>
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante? SE SIM : PEDIR UM EXEMPLO. O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	NÃO SIM NÃO SIM 5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO SIM NÃO SIM 6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO SIM NÃO SIM 7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO SIM 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
NÃO		
	<u>Episódio Passado</u>	<u>Episódio Atual</u>
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO SIM 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
 NÃO SIM
 11

D3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3

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

VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO.

SE **D3 (SUMÁRIO)** É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR **D 3 a - D3 g** PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- D4 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?
 Não Sim
- b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?
 Não Sim

NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA (HIPO)MANIA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).

D4 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 12

SE **D4 (SUMÁRIO)** É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR **D 3 e D4** PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- D5 Esses problemas duraram pelo menos uma semana E o (a) perturbaram NÃO SIM
 NÃO SIM

13
 em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?
 COTAR **SIM**, SE **SIM** NUM CASO OU NO OUTRO

SE **D5** É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR **D 3, D 4 e D 5** PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- D6 COTAR **SIM** PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO SE:
D3 (SUMÁRIO) = SIM E D4 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO E D5 = NÃO, E NENHUMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM **D3a**.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

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

- D7 COTAR **SIM** PARA EPISÓDIO MANÍACO SE:
D3 (SUMÁRIO) = **SIM** E **D4** (SUMÁRIO) = **SIM** OU **INCERTO**
 E **D5** = **SIM** OU UMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM **D3a**.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

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

- D8 COTAR **SIM** SE:
D3 (SUMÁRIO) E **D4b** E **D5** = **SIM** E **D4** (SUMÁRIO) = **NÃO**

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

- D9 COTAR **SIM** SE:
D3 (SUMÁRIO) E **D4a** E **D5** = **SIM** E **D4** (SUMÁRIO) = **NÃO**

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
Episódio (Hipo) Maníaco induzido por substância	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

SE **D8** OU **D9** = **SIM**, PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.

SUBTIPOS

Ciclagem Rápida

Nos últimos 12 meses, teve 4 ou mais episódios de
 euforia/ irritabilidade excessiva ou de depressão ?

NÃO	SIM
14	
Ciclagem Rápida	

Episódio Misto

ENTREVISTADO PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA AMBOS –
 EPISÓDIO MANÍACO E EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR,
 QUASE TODO DIA, DURANTE PELO MENOS UMA SEMANA.

NÃO	SIM
15	
Episódio Misto	

Padrão Sazonal

O INÍCIO E AS REMISSÕES OU MUDANÇAS PARA UM EPISÓDIO
 DE POLARIDADE OPOSTA (EX: DE DEPRESSÃO PARA
 (HIPO)MANIA) OCORREM NUM PERÍODO CARACTERÍSTICO DO
 ANO.

NÃO	SIM
16	
Padrão Sazonal	

Com remissão completa entre episódios

Entre os dois episódios mais recentes de euforia/
irritabilidade excessiva teve um período de pelo menos 2
meses em que não apresentou nenhum desses problemas ?

<p>NÃO</p> <p><i>Com remissão completa entre episódios</i></p>	<p>17</p> <p>SIM</p>
---	-----------------------------

ASSINALAR A OPÇÃO QUE SE APLICA

O EPISÓDIO MAIS RECENTE É **MANÍACO / HYPOMANÍACO / MISTO / DEPRESSIVO**

GRAVIDADE

- | | | |
|-----------|--------------------------------|--------------------------|
| X1 | Leve | <input type="checkbox"/> |
| X2 | Moderado | <input type="checkbox"/> |
| X3 | Severo sem aspectos psicóticos | <input type="checkbox"/> |
| X4 | Severo sem aspectos psicóticos | <input type="checkbox"/> |
| X5 | Em remissão parcial | <input type="checkbox"/> |
| X6 | Em remissão completa | <input type="checkbox"/> |

CRONOLOGIA

D10 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de euforia / idade 18

irritabilidade excessiva de que falamos ?

D11 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de euforia / 19

irritabilidade excessiva já teve?

TRANSTORNO DE PÂNICO

(È SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE PARA E6, E7 E E8, ASSINALAR NÃO EM CADA QUADRO DIAGNÓSTICO E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

- | | | | |
|----|---|---|----------------|
| E1 | a | Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a),
è
muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não

O

se sentiria assim ? | NÃ
SIM
1 |
| | b | SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?

O | NÃ
SIM
2 |

E2 è
Alguns desses episódios súbitos de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis

NÃO

SIM

3

ou ocorreram sem que nada os provocasse ou sem motivo ?

E3 Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual

NÃO

SIM

4

teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?

E4 **Durante o episódio em que se sentiu pior :**

a Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?

NÃO

SIM

5

b Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?

NÃO

SIM

6

c Teve tremores ou contrações musculares ?

NÃO

SIM

7

d Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?

NÃO

SIM

8

- e Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?

NÃO

SIM

9

- f Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?

NÃO

SIM

10

- g Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?

NÃO

SIM

11

- h Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?

NÃO

SIM

12

- i Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se

NÃO

SIM

13

como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?

- j Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?

NÃO

SIM

14

- k Teve medo de morrer ?

NÃO

SIM

15

- l Teve dormências ou formigamentos no corpo?

NÃO

SIM

16

- m Teve ondas de frio ou de calor ?

NÃO

SIM

17

E4 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?

NÃO

SIM

- E5 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?

Não Sim

- b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?

Não Sim

NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DOS ATAQUES DE PÂNICO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIOCINAIS SE NECESSÁRIO).

E5 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?

NÃO

SIM

18

SE **E5 (SUMÁRIO)** = NÃO, PASSAR A **E9**.

E6 **E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5 (SUMÁRIO) = SIM? NÃO SIM**

TRANSTORNO DE PÂNICO

VIDA INTEIRA

E7 **SE E6 = NÃO, HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA SIM EM E4 ?**

NÃO SIM

ATAQUES POBRES EM SINTOMAS VIDA INTEIRA

E8 Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios súbitos de ansiedade,

NÃO

SIM

19

seguidos de um medo constante de ter outro episódio ?

TRANSTORNO DE PÂNICO

ATUAL

(SE RESPOSTA NEGATIVA, INSISTIR NA QUESTÃO, RELEMBRANDO CADA UM DOS SINTOMAS DESCRITOS EM E4).

E9 **E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5b SÃO COTADAS SIM E E5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?**

NÃO

SIM

*Transtorno de Ansiedade
com ataques de pânico
devido a condição médica
geral
ATUAL*

E10 **E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5a SÃO COTADAS SIM E E5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?**

NÃO

SIM

*Transtorno de Ansiedade
com ataques de pânico
induzido por substância
ATUAL*

CRONOLOGIA

E11 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses episódios súbitos de idade 20
ansiedade de que falamos ?

E12 No último ano, durante quantos meses teve episódios súbitos de 21
ansiedade ou medo de ter um desses episódios ?

F. AGORAFOBIA

F1 Alguma vez sentiu-se muito ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou situações em que

NÃO

SIM

22

poderia ter episódios súbitos de ansiedade dos quais acabamos de falar ? OU sentiu-se muito ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou situações dos quais é difícil escapar ou ter ajuda como: estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?

SE F1 = NÃO, COTAR NÃO EM F2 E F3.

F2 Sempre teve tanto medo dessas situações que na prática, as evitou, sentiu um intenso mal-estar quando as enfrentou ou procurou estar acompanhado(a) para enfrentá-las ?

NÃO	SIM
23	
AGORAFOBIA VIDA INTEIRA	

F3 Atualmente teme ou evita esses lugares ou situações ?

NÃO	SIM 24
AGORAFOBIA ATUAL	

AGORAFOBIA (F2 / F3) É COTADA **SIM**?
TRANSTORNO DE PÂNICO (E6/ E8) É COTADO **SIM** ?

SE **SIM**, ASSINALAR SE:
F2 vida inteira F3 atual
E6 vida inteira E8 atual

F4 a E8 (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA **SIM**
E
F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **NÃO** ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL <i>sem Agorafobia</i>	

b E8 (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA **SIM**
E
F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **SIM** ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL <i>com Agorafobia</i>	

c **E6** (TRANSTORNO DE PÂNICO VIDA INTEIRA) É COTADA **NÃO**
E
F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **SIM** ?

NÃO	SIM
AGORAFOBIA ATUAL <i>sem história</i> <i>de Transtorno de Pânico</i>	

d **F3** (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **SIM**
E **E8** (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA **NÃO**
E **E6** (TRANSTORNO DE PÂNICO VIDA INTEIRA) É COTADA **SIM** ?

NÃO	SIM
AGORAFOBIA ATUAL <i>sem Transtorno de Pânico Atual</i> <i>mas com história passada</i> <i>de Transtorno de Pânico</i>	

e **F3** (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **SIM**
E **E7** (ATAQUES POBRES EM SINTOMAS) É COTADA **NÃO** ?

NÃO	SIM
AGORAFOBIA ATUAL <i>sem história de ataques</i> <i>pobres em sintomas</i>	

CRONOLOGIA

F5 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer ou evitar os lugares / idade 25
as situações de que falamos ?

F6 No último ano, durante quantos meses teve medo ou evitou de forma importante 26
os lugares / as situações de que falamos ?

G. FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social)

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

G1 Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções,
è
teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais, por exemplo: quando devia
NÃO

SIM

1

falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos,
ou escrever quando alguém estava olhando ?

G2 è
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
 è
 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? 4

NÃO	SIM
FOBIA SOCIAL <i>(Transtorno de Ansiedade Social)</i> ATUAL	

SUBTIPOS

Você teme ou evita mais de 4 situações sociais ?
 NÃO
 SIM

SE SIM → Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) Generalizada(o)
SE NÃO → Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) não generalizada(o)

CRONOLOGIA

- G5 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações sociais idade 5
 de que falamos ?
- G6 No último ano, durante quantos meses teve medo importante das as situações sociais 6
 de que falamos ?

H. FOBIA ESPECÍFICA

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

- H1 è
 Durante o último mês, você teve um medo intenso e persistente de coisas ou situações como
 NÃO
 SIM
 1
 por exemplo : voar, dirigir, alturas, trovões, animais, insetos, ver sangue, tomar injeção ?

- H2 è
 Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?
 NÃO
 SIM

2

H3 Tem tanto medo dessas situações que, na prática, as evita ou sente
 è
 um intenso mal-estar quando as enfrenta ?

NÃO

SIM

3

H4 Esse medo causa-lhe um sofrimento
 importante ou perturba de forma significativa
 seu trabalho ou suas relações sociais?

<p>NÃO SIM</p> <p>FOBIA ESPECÍFICA</p> <p>ATUAL</p>	4
--	---

CRONOLOGIA

H5 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a
 temer as situações de que falamos ?

 idade

5

H6 No último ano, durante quantos meses teve medo importante
 dessas situações ?

6

I. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (T.O.C.)

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

- I1 Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis,
NÃO
SIM
- 1
inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo ? è
passar a I4
- (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/ 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 LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS 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).
- I2 Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?
- NÃO
SIM
- 2 è
passar a I4
- I3 Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas
- NÃO
SIM
- 3
do exterior ?
- I4 Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar,
- NÃO
SIM
- 4
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?
- è
I3 ou I4 SÃO COTADAS SIM?
- NÃO
SIM
- è

I5 Reconhece que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais,

NÃO

SIM

5
absurdos(as) ou exagerados(as) ?

I6 Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa

NÃO

SIM

6
seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?

I7 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? Não Sim

b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem ? Não Sim

NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DAS OBSESSÕES/ COMPULSÕES ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).

I7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?

NÃO

SIM

7

I6 E I7 (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?

NÃO	SIM
<i>T.O.C. ATUAL</i>	

I8 **I6 E I7 b SÃO COTADAS SIM E I7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?**

NÃO	SIM
<i>T.O.C. ATUAL devido a condição médica geral</i>	

I9 **I6 E I7 a SÃO COTADAS SIM E I7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?**

NÃO	SIM
<i>T.O.C. ATUAL induzido por substância</i>	

CRONOLOGIA

I10 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas de que falamos ?

 idade

8

I11 No último ano, durante quantos meses teve, de forma persistente, esses problemas de que falamos ?

9

J. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

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

J1 **è**
Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente

NÃO

SIM

1

traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo(a) 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, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...

J2 **è**
Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou

NÃO

SIM

2

sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?

J3 **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 de 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

e Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?

NÃO

SIM

7

f Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ?

NÃO

SIM

8

è

J3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM J3 ?

NÃO

SIM

J4 Durante o último mês:

a Teve dificuldade de dormir ?

NÃO

SIM

9

b Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?

NÃO

SIM

10

c Teve dificuldades de se concentrar ?

NÃO

SIM

11

d Estava nervoso(a), constantemente alerta?

NÃO

SIM

12

e Ficava sobressaltado(a) por quase nada?

NÃO

SIM

13

è

J4 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM J4 ?

NÃO

SIM

J5 Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho,

NÃO

SIM

14

suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?

J5 É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL	

CRONOLOGIA

J6 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas ? idade 15J7 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos teve, em que 16

apresentou a maior parte das dificuldades das quais falamos ?

J8 No último ano, durante quantos meses apresentou esses problemas de forma persistente ? 17**K. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL**

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

è

K1 **Nos últimos 12 meses**, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja

NÃO

SIM

1

ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, vodka, conhaque, whisky...), num período de três horas ?

K2 **Nos 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)?
Alguna vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca?

NÃO SIM 3

(COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO).

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 amigos ou a família 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 k2 ?

NÃO	è SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL	

K3 Nos 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? NÃO SIM 9 (COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS) NÃO
- b Por várias vezes 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 Por várias vezes 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 K3 ?

NÃO	SIM
ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL	

K. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL VIDA INTEIRA (Opcional)

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

- K4 è
Ao longo da sua vida, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja
NÃO
SIM
13
ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, vodka, conhaque, whisky...), num período de três horas ?

K5 Ao longo da sua vida:

- a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?

NÃO

SIM

14

- 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?

NÃO SIM 15

(COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).

- c Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?

NÃO

SIM

16

- d Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?

NÃO

SIM

17

- e Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?

NÃO

SIM

18

- f Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?

NÃO

SIM

19

- g Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?

NÃO SIM

20

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM k5 ?

NÃO	è SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL VIDA INTEIRA	

K6 Ao longo da sua vida:

- a Ficou embriagado ou de “ressaca” várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 21
(COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS)
- b Por várias vezes 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 22
- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido? NÃO SIM 23
- d Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM 24

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K6 ?

NÃO	SIM
ABUSO DE ÁLCOOL VIDA INTEIRA	

L. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (OUTRAS QUE O ÁLCOOL)

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

Agora, vou mostrar / ler para você, uma lista de drogas e medicamentos (MOSTRAR / LER A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS ABAIXO).

- è
- L1 a Alguma vez na sua vida, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor,
- NÃO
- SIM
- para mudar o seu estado de humor ou para ficar “ de cabeça feita / chapado”?

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBTÂNCIA CONSUMIDA:

ESTIMULANTES : anfetaminas, “bolinha”, “rebite”, ritalina, pílulas anorexígenas ou tira-fome.

COCAÍNA: “coca”, pó, “neve”, “branquinha”, pasta de coca, merla, crack

OPIÁCEOS: heroína, morfina, pó de ópio (Tintura de ópio→, Elixir Paregórico→, Elixir de Dover→), codeína (Belacodid→,

Belpar→, Pambenyl→), meperidina (Dolantina→, Demerol→), propoxifeno (Algafan→, Doloxene A→), fentanil (Inoval→)

ALUCINOGÊNEOS: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, “vegetal” (Caapi /Chacrona), trombeteira / saia-branca, Artane→.

SOLVENTES VOLÁTEIS: “cola”, éter, “lança perfume”, “cheirinho”, “loló”

CANABINÓIDES: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, hasish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

SEDATIVOS: Valium→, Diazepam→, Dienpax→, Somalium→, Frisium→, Psicosedin→, Lexotan→, Lorax→, Halcion→,

Frontal→, Rohypnol→, Urbanil→, Sonebon→, barbitúricos

DIVERSOS: Anabolisantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica.

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:

Assinalar

SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) QUE ESTÁ SENDO CONSUMIDA

SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA

CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) CONSUMIDA SEPARADAMENTE

(FOTOCOPIAR L2 E L3, SE NECESSÁRIO).

ESPECIFICAR A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) QUE SERÁ EXPLORADA ABAIXO, EM CASO DE USO CONCOMITANTE OU SEQUENCIAL DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS:

L2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ao longo da sua vida:

- 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

NÃO SIM 2

qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? (COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO).

- 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 SELECCIONADA], 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 SELECCIONADA], ou

NÃO

SIM

5

ainda pensando nessas drogas ?

- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com

NÃO

SIM

6

os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ?

- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]

NÃO

SIM

7

mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM L2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) VIDA INTEIRA	

- L3 a Você consumiu [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]

è

nos últimos 12 meses ?

NÃO

SIM

8

Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], nos últimos 12 meses:

Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] para obter o mesmo efeito ?

NÃO

SIM

Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], 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

NÃO SIM

qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ?
(COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO).

Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ?

NÃO

SIM

Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?

NÃO

SIM

Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], 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 SELECCIONADA], ou

NÃO

SIM

ainda pensando nessas drogas ?

Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com

NÃO

SIM

os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ?

Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]

NÃO

SIM

mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?

b HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM L3b (SUMÁRIO), nos últimos 12 meses ?

NÃO

SIM

L3a E L3b (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO	è SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	

Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], nos últimos 12 meses:

- L4 a Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado” com [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO
- SIM 9
(COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS).
- b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.?
- NÃO
- SIM
- 10
- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?
- NÃO
- SIM
- 11
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ?
- NÃO SIM 12

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM L4 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) :

NÃO	SIM
ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	

CRONOLOGIA

- L5 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a consumir [SUBSTÂNCIA idade 13
OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] de forma abusiva ?
-

M. TRANSTORNOS PSICÓTICOS - Parte 1

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

TODAS AS RESPOSTAS DO(A) ENTREVISTADO(A) DEVEM SER COTADAS NA COLUNA “A”. UTILIZAR A COLUNA “B” (JULGAMENTO CLÍNICO DO/A ENTREVISTADOR/A) APENAS SE EXISTEM EVIDÊNCIAS CLÍNICAS (DURANTE A ENTREVISTA) OU EXTERNAS (POR EXEMPLO, INFORMAÇÕES DA FAMÍLIA) DE QUE O SINTOMA ESTÁ PRESENTE, APESAR DE ESTAR SENDO NEGADO PELO(A) ENTREVISTADO(A).

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

		COLUNA A				
COLUNA B		Resposta do(a) entrevistado(a)				
Julgamento clínico do/a entrevistador/a (se necessário)						
			BIZARRO		BIZARRO	
M1	a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM	SIM
	b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ? NOTE: PEÇA EXEMPLOS PARA EXCLUIR FATOS REAIS.	NÃO	SIM	SIM	SIM
				➔M6		➔M6
M2	a	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
	b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM		SIM
				➔M6		➔M6
M3	a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de forma diferente do seu jeito habitual? Alguma vez acreditou que estava possuído(a)? CLÍNICO: PEDIR EXEMPLOS E DESCONSIDERAR O QUE NÃO FOR PSICÓTICO.	NÃO	SIM		SIM
	b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM		SIM
				➔M6		➔M6
M4	a	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	SIM	SIM
	b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM	SIM
				➔M6		➔M6
M5	a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? PEDIR UM EXEMPLO. 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 M1 A M4.	NÃO	SIM	SIM	SIM

	b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
			COLUNA A (ENTREVISTADO/A)		COLUNA B		
		(ENTREVISTADOR/A)			BIZARRO		BIZARRO
M6	a	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 falando entre elas?	NÃO	SIM		SIM	SIM
	b	SE SIM : Ouviu essas coisas/vozes no último mês? COTAR “ SIM BIZARRO ” SE O(A) ENTREVISTADO(A) OUVIR VOZES QUE COMENTAM SEUS PENSAMENTOS OU ATOS OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.	NÃO	SIM	SIM →M8	SIM	SIM →M8
M7	a	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.	NÃO	SIM		SIM	
	b	IF YES: Teve essas visões no último mês ?	NÃO	SIM		SIM	
JULGAMENTO DO CLÍNICO							
M8	b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU NÃO SIM 15 DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?					
M9	b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE NÃO SIM 16 DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?					
M10	b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, NÃO SIM 17 POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?					
M11	a	HÁ PELO MENOS UM “ SIM ” DE M1 A M10b? NÃO SIM SE M11a = NÃO → PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.					

M11 b

OS ÚNICOS SINTOMAS PRESENTES SÃO
AQUELES IDENTIFICADOS PELO
CLÍNICO DE **M1 A M7** (COLUNA B) E DE **M8b**
A **M10b** ?

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO
EPISÓDIO É ATUAL (PELO MENOS UMA
QUESTÃO "b" COTADA "**SIM**" DE **M1 A**
M10b) E/OU VIDA INTEIRA
(QUALQUER
QUESTÃO COTADA "**SIM**" DE **M1 A**
M10b) E PASSAR PARA O MÓDULO
SEGUINTE.

SE **NÃO**, CONTINUAR.

<p>NÃO SIM</p> <p>TRANTORNO PSICÓTICO SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO*</p> <p>Atual <input type="checkbox"/> Vida inteira <input type="checkbox"/></p> <p>*Diagnóstico provisório devido à insuficiência de informações disponíveis no momento</p>

ALERTA: SE PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" = **SIM** : COTAR **M11c** E **M11d**.
SE TODAS AS QUESTÕES "b" = **NÃO** : COTAR **APENAS M11d**.

M11c

DE **M1 A M10b**: HÁ UMA OU MAIS
QUESTÕES "b" = **SIM BIZARR0**?"
oU
HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES "b" =
SIM MAS NÃO " SIM BIZARR0?"

<p>NÃO</p> <p>Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido ATUAL</p>

<p>SIM</p> <p>Critério A da Esquizofrenia preenchido ATUAL</p>

M11d

DE **M1 A M7**: HÁ UMA OU
MAIS QUESTÕES "a" = **SIM**
BIZARR0?"
oU
HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES
"a" = **SIM MAS NÃO " SIM**
BIZARR0?"
(VERIFICAR QUE OS
SINTOMAS OCORRERAM
NO MESMO PERÍODO)

oU **M11c** É COTADA "**SIM**" ?

<p>NÃO</p> <p>Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido VIDA INTEIRA</p>
--

<p>SIM</p> <p>Critério A da Esquizofrenia preenchido VIDA INTEIRA</p>
--

M12 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? Não
 Sim

b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? Não
 Sim

c **NO JULGAMENTO DO CLÍNICO**: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É
PROVAVELMENTE
A CAUSA DIRETA DA PSICOSE ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO). Não
 Sim

d UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?? NÃO SIM
INCERTO

21

SE **M12d** = **NÃO**: COTAR **M13 (a, b)** E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE
SE **M12d** = **SIM**: COTAR **NÃO** EM **M13 (a, b)** E PASSAR À **M14**
SE **M12d** = **INCERTO**: COTAR **INCERTO** EM **M13 (a, b)** E PASSAR À **M14**

M13a

M12d É COTADA **NÃO** DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL (M12b = SIM) ?

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:

ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO “b” COTADA “**SIM**” DE **M1** A **M10b**)
E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA “**SIM**” DE **M1** A **M10b**)

NÃO	SIM
22	
TRANSTORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral	
Atual	<input type="checkbox"/>
Vida inteira	<input type="checkbox"/>
Incerto	<input type="checkbox"/>

M13b

M12d É COTADA **NÃO** DEVIDO AO USO DE SUBSTÂNCIA (M12a = SIM) ?

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:

ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO “b” COTADA “**SIM**” DE **M1** A **M10b**)
E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA “**SIM**” DE **M1** A **M10b**)

NÃO	SIM
23	
TRANSTORNO PSICÓTICO induzido por substância	
Atual	<input type="checkbox"/>
Vida inteira	<input type="checkbox"/>
Incerto	<input type="checkbox"/>

M14 Quanto tempo durou o período mais longo em que teve essas crenças/experiências? _____
SE <1 DIA, PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.

M15 a **Durante ou depois** desse (de um desses) período(s) em que teve essas crenças/experiências,

O

você teve dificuldades para trabalhar, ou dificuldades para se relacionar com as pessoas ou dificuldades para cuidar de si mesmo(a) ?

NÃO
SIM 25

b SE **SIM** : Quanto tempo duraram essas dificuldades? _____

SE ≥ 6 MESES, PASSAR PARA M16.

c Você foi tratado(a) com medicamentos ou foi hospitalizado(a) por causa dessas

O

crenças/experiências, ou das dificuldades / problemas que elas causaram?

NÃO
SIM 27

d SE **SIM** : Quanto tempo durou esse tratamento com medicamentos / a hospitalização mais longa por causa desses problemas ? _____

M16 a O(A) ENTREVISTADO(A) DESCREVE UM FUNCIONAMENTO DETERIORADO

O

(**M15a = SIM**) OU FOI TRATADO / HOSPITALIZADO POR PSICOSE (**M15c = SIM**).

NÃO
SIM 29

b JULGAMENTO DO CLÍNICO: CONSIDERANDO SUA EXPERIÊNCIA, A DISFUNÇÃO ausente

1

CAUSADA PELA PSICOSE, **AO LONGO DA VIDA** DO(A) ENTREVISTADO(A) É:

2

leve

30

3 moderada

- M17 QUAL É A DURAÇÃO TOTAL DA PSICOSE, CONSIDERANDO A FASE ATIVA <1 mês (M14) E AS DIFICULDADES ASSOCIADAS (M15b) E O TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (M15d) ? meses
- 1 ≥ 1 dia a 31
- 2 ≥ 1 mês
- 3 ≥ 6
- CRONOLOGIA
- M18 a Que idade tinha quando, pela primeira vez, teve essas crenças/experiências pouco comuns ? idade 32
- b Desde o começo desses problemas, quantos episódios distintos em que apresentou essas crenças/experiências, já teve ? 33

TRANSTORNOS PSICÓTICOS - PARTE 2

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNOS PSICÓTICOS E DO HUMOR

COTAR AS QUESTÕES M19 A M23 UNICAMENTE:

- SE o(A) ENTREVISTADO(A) DESCREVE PELO MENOS UM SINTOMA PSICÓTICO (M11a = SIM E M11b = NÃO), NÃO EXPLICADO POR UMA CAUSA ORGÂNICA (M12d = SIM OU INCERTO);
- APÓS A ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS 'A' (EDM) E 'D' (EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO)

- M19 a o(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA UM EPISÓDIO NÃO
- SIM
DEPRESSIVO MAIOR ATUAL OU PASSADO (QUESTÃO A8 = SIM) ?
- b SE SIM: QUESTÃO A1 (HUMOR DEPRESSIVO) É COTADA SIM ?
- NÃO
- SIM
- c o(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA UM EPISÓDIO NÃO
- SIM
MANÍACO ATUAL OU PASSADO (QUESTÃO D7 = SIM)?
- d M19a oU M19c É COTADA SIM?
- NÃO
- SIM
- ↓

PARAR. Passar à M24

NOTA: VERIFICAR QUE AS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES M20 À M23 ESTÃO DE ACORDO COM AS DATAS DOS EPISÓDIOS PSICÓTICO (M11c E M11d), DEPRESSIVO (A8) E MANÍACO (D7), JÁ EXPLORADOS. EM CASO

DE DISCREPÂNCIAS, REEXPLORAR A SEQUÊNCIA DOS TRANSTORNOS, TENDO COMO REFERÊNCIA EVENTOS MARCANTES DE VIDA E COTAR **M20** A **M23** EM FUNÇÃO.

- M20 Você relatou ter apresentado períodos em que se sentia [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO(A)] e períodos em que teve [CITAR AS RESPOSTAS POSITIVAS EM COLUNA “A” DE M1 À M7]. Quando apresentava

NÃO

SIM

34

essas crenças/ experiências, sentia-se, ao mesmo tempo, [deprimido(a) / eufórico(a) /

↓

irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO(A)] ?

PARAR. Passar à M24

- M21 Essas crenças/ experiências que descreveu (DAR EXEMPLOS SE NECESSÁRIO) aconteceram exclusivamente durante o(s) período(s) em que se sentia, quase todo tempo, [deprimido(a) /

NÃO

SIM

35

eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO(A)] ?

↓

- M22 Você já teve essas crenças/ experiências durante 2 semanas ou mais, quando não se sentia nem [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO (A)] ?

NÃO SIM

36

↓

PARAR. Passar à M24

- M23 O que durou mais tempo: as crenças / experiências ou os episódios em que se sentiu [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO (A)] ?

1
humor
37

2
crenças

/ experiências

3

mesma duração

- M24 AO FINAL DA ENTREVISTA, PASSAR AOS ALGORITMOS PARA OS TRANSTORNOS PSICÓTICOS E DO HUMOR.

CONSULTE OS ÍTENS **M11a** E **M11b**:

SE O CRITÉRIO “A” DA ESQUIZOFRENIA FOI PREENCHIDO (**M11c** E/OU **M11d** = **SIM**) ⇒ ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS I

SE O CRITÉRIO “A” DA ESQUIZOFRENIA NÃO FOI PREENCHIDO (**M11c** E/OU **M11d** = **NÃO**) ⇒ ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS II

PARA OS TRANSTORNOS DO HUMOR ⇒ ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS III

N. ANOREXIA NERVOSA

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

N1 a Qual é a sua altura ?

cm.

b Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?

kgs. è

O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO
NÃO SIM

INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO).

Durante os últimos 3 meses:

N2 Tentou não engordar , embora pesasse pouco ?

NÃO
SIM 1

è

N3 Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ?

NÃO
SIM 2

N4 a Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?

NÃO
SIM 3

b Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?

O
4

NÃ
SIM

c Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?

O
5

NÃ
SIM

N5 HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM N4 ?

O

è
NÃ
SIM

N6 APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?

O
6

è
NÃ
SIM

**PARA AS MULHERES: N5 E N6 SÃO COTADAS "SIM" ?
PARA OS HOMENS: N5 É COTADA "SIM" ?**

è	NÃO	SIM
ANOREXIA NERVOSA ATUAL		

CRONOLOGIA

- N7 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de peso idade 7
que acabamos de falar ?
- N8 Desde que esses problemas de começaram, quantos períodos distintos teve, em que 8
apresentou a maior parte das dificuldades das quais falamos ?
- N9 No último ano, durante quantos meses apresentou esses problemas de peso, de 9
forma persistente ?

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

Mulheres altura/ peso														
cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178
kgs	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51
Homens altura/ peso														
cm	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188
kgs	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59

Os limites de peso acima correspondem a uma redução de 15% em relação ao peso normal, segundo o gênero, como requerido pelo DSM-IV. Essa tabela reflete pesos 15% menores que o limite inferior do intervalo da distribuição normal da Tabela de Peso da Metropolitan Life Insurance.

O. BULIMIA NERVOSA

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

- O1 è
 Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu
 NÃO
 SIM
 10
 quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?
- O2 è
 Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos 2 vezes por semana ?
 NÃO
 SIM
 11
- O3 è
 Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de
 NÃO
 SIM
 12
 comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?
- O4 Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar
 è
 o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou
 NÃO
 SIM
 13
 medicamentos para tirar a fome ?
- O5 Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso
 è
 ou pelas suas formas corporais ?
 NÃO
 SIM
 14
- O6 O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (QUESTÃO N6=SIM)?
 NÃO SIM 15
- ↓

passar a O8

- O7 Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem **sempre** que o seu peso é inferior a ____ Kgs ?
NÃO
SIM

16

[RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO NA TABELA DO MÓDULO “N” (ANOREXIA NERVOSA)]

- O8 **O5** É COTADA "SIM" E **O7** COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?

NÃO	SIM
BULIMIA NERVOSA ATUAL	

CRONOLOGIA

- O9 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou crises de comer descontroladamente ? idade 17
- O10 Desde que esses problemas de começaram, quantos períodos distintos teve, em que 18
apresentou crises de comer descontroladamente ?
- O11 No último ano, durante quantos meses apresentou crises de comer descontroladamente ? 19

O12 SUBTIPOS DE BULIMIA NERVOSA

Após comer descontroladamente, regularmente faz coisas como provocar vômitos, ou tomar laxantes, diuréticos ou fazer lavagem intestinal (enemas) para perder peso?

[NO TIPO NÃO-PURGATIVO O(A) ENTREVISTADO(A) UTILIZA-SE DE OUTROS COMPORTAMENTOS COMPENSATÓRIOS NÃO PURGATIVOS COMO O JEJUM OU EXERCÍCIOS EXAUSTIVOS].

NÃO	SIM
<i>Tipo sem purgação purgativo</i>	<i>Tipo</i>
BULIMIA NERVOSA	

SUBTIPOS DE ANOREXIA NERVOSA

Tipo Compulsão Periódica / Purgativo

O7 E **O12** SÃO COTADAS SIM?

NÃO	SIM 21
ANOREXIA NERVOSA	
<i>Tipo Compulsão Periódica / Purgativo</i>	
ATUAL	

Tipo Restritivo

Para perder peso, você regularmente faz jejum ou faz exercícios exaustivos, mas não usa métodos como provocar vômitos, ou fazer uso indevido de laxantes, diuréticos ou lavagem intestinal (enemas) ?

22

NÃO

SIM

ANOREXIA NERVOSA*Tipo Restritivo***ATUAL**

P. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

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

- è
- P1 a Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a)
- NÃO
- SIM
- 1
- 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 ?
- è
- b Teve essas preocupações quase todos os dias ?
- NÃO
- SIM
- 2
- A ANSIEDADE DO(A) ENTREVISTADO(A) É RESTRITA OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO
- è
- TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ?
- NÃO
- SIM
- 3

- è
- P2 Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a)
- NÃO
- SIM
- 4

impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?

- P3 DE **P3 a** A **P3f** COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO CONTEXTO DOS TRANSTORNOS JÁ EXPLORADOS ANTERIORMENTE:

Nos últimos 6 meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:

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

NÃO

SIM

5

- b Tinha os músculos tensos?

NÃO

SIM

6

- c Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?

NÃO

SIM

7

- d Tinha dificuldade para se concentrar ou tinha esquecimentos / “branco na mente” ?

NÃO

SIM

8

- e Sentia-se particularmente irritável ?

NÃO

SIM

9

- f Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou

NÃO

SIM

10

muito cedo, dormir demais)?

è

P3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM P3 ?

NÃO

SIM

- P4 Esses problemas de ansiedade lhe causaram sofrimento importante ou perturbaram de

è

forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?

NÃO SIM 11

- P5 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?
-
- Não
-
-
- Sim

- b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?
-
- Não
-
-
- Sim

NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA ANSIEDADE GENERALIZADA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).

P5 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?

NÃO

SIM

12

P5 (SUMÁRIO) É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL	

P6 **P5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO E P5 b É COTADA SIM ?**

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL <i>devido a condição médica geral</i>	

P7 **P5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO E P5 a É COTADA SIM ?**

NO	YES
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL <i>induzido por substância</i>	

CRONOLOGIA

P8 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou essas preocupações excessivas/ idade 13

esses problemas de ansiedade ?

P9 No último ano, durante quantos meses apresentou essas preocupações excessivas / 14

Q. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

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

Q1 **Antes dos 15 anos:**

a Frequentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?

NÃO

SIM

1

b Frequentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?

NÃO

SIM

2

c Provocou, ameaçou ou intimidou os outros ?

NÃO

SIM

3

d Destruiu ou incendiou coisas de propósito ?

NÃO

SIM

4

- e Machucou animais ou pessoas de propósito ?

NÃO

SIM

5

- f Forçou alguém a ter relações sexuais com você?

NÃO

SIM

6

è

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM Q1?

NÃO

SIM

NAS QUESTÕES ABAIXO, NÃO COTAR “SIM” SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

Q2 Depois dos 15 anos:

- a Frequentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como

NÃO

SIM

7

não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar?

- b Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade

NÃO

SIM

8

dos outros, roubar, vender droga ou cometer um crime?

- c Frequentemente foi violento fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a)

NÃO

SIM

9

ou seus filhos ?

- d Frequentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro

NÃO

SIM

10
ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?

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,

NÃO

SIM

12
ou destruído a propriedade alheia ?

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM Q2 ?

NÃO

SIM

**TRANSTORNO DA
PERSONALIDADE
ANTISOCIAL VIDA INTEIRA**

R. TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO (opcional)

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

R1 a ^è Antes dos 30 anos, teve muitos problemas ou sintomas físicos para os quais um

NÃO

SIM

1
diagnóstico preciso não foi achado ?

b ^è Esses problemas / sintomas físicos persistiram por vários anos ?

NÃO

SIM

2

c ^è Você consultou um médico por causa desses problemas / sintomas físicos ?

NÃO

SIM

3

d Esses problemas / sintomas físicos o(a) perturbaram na escola, no trabalho,
^è nas suas relações sociais ou nas suas atividades cotidianas ?

NÃO

SIM

4

Entre esses vários problemas físicos que teve e que o(a) perturbaram durante vários anos:

R2	Teve dores:	de cabeça ?	NÃO
			SIM
			5
		de barriga ?	NÃO
			SIM
			6
		nas costas ?	NÃO
			SIM
			7

nas juntas, nos braços ou nas pernas, no peito ou no reto ?

NÃO

SIM

8

durante a menstruação ?

NÃO

SIM

9

durante as relações sexuais ?

NÃO

SIM

10

para urinar ?

NÃO

SIM

11

è
HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM R2 ?

NÃO

SIM

R3 Teve algum dos seguintes problemas abdominais:

náuseas ?

NÃO

SIM

12

gases ?

NÃO

SIM

13

vômitos ?

NÃO

SIM

14

diarréia ?

NÃO

SIM

15

intolerância a vários alimentos ?

NÃO

SIM

16

è
HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM R3 ?

NÃO

SIM

R4 Teve algum dos seguintes problemas:

perda do interesse sexual ?

NÃO

SIM

17

dificuldades de ereção ou de ejaculação ?

NÃO

SIM

18

ciclos menstruais irregulares ?

NÃO

SIM
 19
 sangramentos abundantes durante a menstruação ?
 NÃO
 SIM
 20
 vômitos durante a gravidez ?
 NÃO
 SIM
 21

è HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM R4 ?

NÃO

SIM

- R5 Teve algum dos seguintes problemas:
- paralisia ou fraqueza em algumas partes de seu corpo?
 NÃO
 SIM
 22
 - dificuldades de coordenação ou sensação de desequilíbrio ?
 NÃO
 SIM
 23
 - dificuldade de engolir ou sensação de ter um nó na garganta ?
 NÃO
 SIM
 24
 - dificuldade de falar ?
 NÃO
 SIM
 25
 - dificuldade de urinar ?
 NÃO
 SIM
 26
 - perda do tato ou sensações dolorosas ?
 NÃO
 SIM
 27
 - visão dupla ou cegueira por alguns momentos?
 NÃO
 SIM
 28
 - ficar surdo ou ter desmaios ou convulsões ?
 NÃO
 SIM
 29
 - períodos importantes de perda de memória?
 NÃO
 SIM
 30
 - sensações inexplicadas no seu corpo ?
 NÃO SIM
 (CLÍNICO: AVALIAR SE SE TRATA DE ALUCINAÇÕES SOMÁTICAS)

è

HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM R5 ?

NÃO
SIM

R6 Esses problemas foram investigados pelo seu médico?

NÃO
SIM
32

R7 Uma doença física foi encontrada ou você tomava alguma droga ou medicamento que podia explicar esses problemas?

Não Sim

R6 E R7 (SUMÁRIO): JULGAMENTO DO CLÍNICO: UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?

NÃO
SIM

R8 Esses problemas ou a incapacidade que eles causavam eram muito mais importantes

NÃO
SIM
34

do que se podia esperar considerando a gravidade da doença ?

è

R7 (SUMÁRIO) OU R8 É COTADA SIM?

NÃO
SIM

è

R9 Os problemas /sintomas descritos eram produzidos ou simulados de propósito (COMO NO TRANSTORNO FACTÍCIO) ? NÃO SIM 35

R9 É COTADA NÃO ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO VIDA INTEIRA	

R10 Atualmente você ainda apresenta esses problemas ?

NÃO	³⁶ SIM
TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO ATUAL	

S. HIPOCONDRIA

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

S1 Nos últimos 6 meses, esteve excessivamente preocupado(a) ou com medo de ter uma doença
è
física grave ? NÃO COTAR **SIM** SE QUALQUER DOENÇA FÍSICA PODE EXPLICAR OS SINAIS / SINTOMAS
NÃO

SIM

1

SOMÁTICOS DESCRITOS PELO(A) ENTREVISTADO(A).

S2 Teve essa preocupação/ esse medo durante 6 meses ou mais ?
è

NÃO

SIM

2

S3 Foi examinado(a) por um médico por causa desses problemas ?
è

NÃO

SIM

3

S4 A preocupação/ o medo de ter uma doença física grave persistiu, apesar do médico
è
ter lhe garantido que não você tinha nenhum problema grave ?

NÃO

SIM

4

S5 Essa preocupação/ esse medo lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma
significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?

O

NÃO
SIM
5

S6 S5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
HIPOCONDRIA ATUAL	

T. TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

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

T1 **è**
Você tem estado preocupado com algum defeito em sua aparência ?

NÃO

SIM

1

T2 **è**
Essa preocupação persistiu mesmo quando outras pessoas (incluindo médicos) acharam,

NÃO

SIM

2
com razão, que sua preocupação era exagerada ?

T3 Essa preocupação lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma

NÃO

SIM

3
significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?

T4 T3 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ATUAL	

U. TRANSTORNO DOLOROSO

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

U1 è
Atualmente, uma dor é seu principal problema ?

NÃO

SIM

1

U2 è
Atualmente essa dor é severa a ponto de justificar uma avaliação médica ?

NÃO

SIM

2

U3 è
Atualmente essa dor lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma

NÃO

SIM

3

significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais ?

U4 è
Fatores psicológicos ou estressantes tiveram um papel importante no aparecimento da dor

NÃO

SIM

4

ou eles mantêm ou agravam a dor ?

U5 è
A dor está sendo produzida ou simulada de propósito ?

NÃO

SIM 5

(COMO NO TRANSTORNO FACTÍCIO OU NA SIMULAÇÃO ?)

U6 Algum problema médico / alguma doença física teve influência importante no aparecimento

NÃO

SIM

6
da dor ou ele/a mantem ou agrava a dor ?

U7 A dor está presente há mais de 6 meses ?

NÃO

SIM

7
↓ ↓
Agudo Crônico

U8 **U6 É COTADA NÃO ?**

SE **U8** É COTADA SIM
E **U7** É COTADA NÃO = AGUDO
E **U7** É COTADA SIM = CRÔNICO

NÃO	SIM
TRANSTORNO DOLOROSO associado a fatores psicológicos ATUAL <input type="checkbox"/> agudo <input type="checkbox"/> crônico	

U9 **U6 É COTADA SIM ?**

SE **U8** OU **U9** SÃO COTADAS SIM
E **U7** É COTADA NÃO = AGUDO
E **U7** É COTADA SIM = CRÔNICO

NÃO	SIM
TRANSTORNO DOLOROSO associado a fatores psicológicos e a uma condição médica geral ATUAL <input type="checkbox"/> agudo <input type="checkbox"/> crônico	

V. TRANSTORNO DA CONDUTA (Idade de 17 anos ou menos)

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

SOLICITAR COLABORAÇÃO DA FAMÍLIA OU RESPONSÁVEIS PARA COLHER ESSAS INFORMAÇÕES.

V1 **Nos últimos 12 meses:**

a frequentemente provocou, ameaçou ou intimidou outras pessoas?

NÃO

SIM

1

b frequentemente começou brigas ?

NÃO

SIM

2

c utilizou arma(s) que podia ferir pessoas (por ex., faca, arma de fogo, tijolo, pau, garrafa quebrada)?

NÃO

SIM

3

d machucou pessoas de propósito ?

NÃO

SIM

4

e machucou animais de propósito?

NÃO

SIM

5

f roubou de forma violenta (por ex., assalto à mão armada, bater carteira, arrancar bolsa, extorção) ?

NÃO

SIM

6

g forçou alguém a ter relações sexuais com você?

NÃO

SIM

7

h incendiou coisas com intenção de causar danos ?

NÃO

SIM

8

i Destruíu coisas dos outros de propósito?

NÃO

SIM

9

j arrombou casa ou carro de outros ?

NÃO

SIM

10

k mentiu frequentemente para obter coisas ou enganar os outros ?

NÃO

SIM

11

l roubou objetos ?

NÃO

SIM

12

m ficou na rua, à noite, apesar da proibição de seus pais, e começou a fazer isto antes dos 13 anos ?

NÃO

SIM

13

n fugiu de casa, à noite, pelo menos duas vezes ?

NÃO

SIM

14

o frequentemente faltou à escola , e começou a fazer isto antes dos 13 anos ?

NÃO

SIM

15

è
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS SIM EM V1 ?

NÃO

SIM

SE SIM:

è

Apresentou pelo menos um desses comportamentos nos últimos 6 meses?

NÃO

SIM

V2 **è**
Esses comportamentos causaram problemas na escola, no trabalho, com seus amigos ou familiares ?

NÃO

SIM

16

V2 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA CONDUTA ATUAL	

**Subtipos
que for apropriado**

Assinalar tudo

Com Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade

Com história de abuso físico ou sexual

Com história de divórcio traumático

Com história de adoção

Com história de outros fatores estressantes

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE (Crianças / Adolescentes)

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

SOLICITAR COLABORAÇÃO DA FAMÍLIA OU RESPONSÁVEIS PARA COLHER ESSAS INFORMAÇÕES.

Nos últimos 12 meses, frequentemente:

- W1 a Deixou de prestar atenção nos detalhes ou, por descuido, cometeu erros nas atividades escolares, de trabalho ou outras?
- NÃO
- SIM
- 1
- b Teve dificuldades de prestar atenção quando estava fazendo tarefas ou jogando?
- NÃO
- SIM
- 2
- c Parecia não escutar quando alguém falava diretamente com você ?
- NÃO
- SIM
- 3
- d Não seguiu instruções ou não terminou suas tarefas escolares, de trabalho ou outras
- NÃO SIM
- 4
- (mesmo quando tinha compreendido as instruções e não tinha motivos para não segui-las) ?
- e Teve dificuldades de organizar suas tarefas ou atividades ?
- NÃO
- SIM
- 5
- f Evitou ou relutou fazer coisas que exigiam um esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)?
- NÃO
- SIM
- 6
- g Perdeu coisas necessárias para fazer tarefas ou atividades (por ex., materiais escolares, brinquedos)?
- NÃO
- SIM

7

h Ficou facilmente distraído(a) com qualquer coisa ?

NÃO

SIM

8

i Ficou esquecido(a) nas suas atividades diárias ?

NÃO

SIM

9

W1 (SUMÁRIO): HÁ 6 OU MAIS QUESTÕES COTADAS SIM EM w1?

NÃO

SIM

Nos últimos 6 meses, frequentemente:

W2 a Agitava as mãos ou os pés ou se remexia na cadeira ?

NÃO

SIM

10

b Levantava da sua cadeira em sala de aula ou em outras situações em que deveria ficar sentado ?

NÃO

SIM

11

c Corria ou pulava demais quando não deveria ou quando outras pessoas não queriam que fizesse isso ?

NÃO

SIM

12

d Tinha dificuldades de brincar em silêncio ?

NÃO

SIM

13

e Sentia-se a “todo vapor” ou “a mil por hora” ?

NÃO

SIM

14

f Falava demais ?

NÃO

SIM

15

g Respondia precipitadamente, antes mesmo que as perguntas fossem completadas ?

NÃO

SIM

16

h Tinha dificuldade de esperar a sua vez ?

NÃO

SIM

17

i Interrompia ou se intrometia nos assuntos dos outros ?

NÃO

SIM

18

è

W2 (SUMÁRIO): HÁ 6 OU MAIS QUESTÕES COTADAS SIM EM w2?

NÃO

SIM

è

W3 Alguns desses problemas de agitação ou de falta de atenção de que falamos

NÃO

SIM 19 começaram antes dos 7 anos de idade ?

è

W4 Esses comportamentos causaram problemas em duas ou mais das seguintes situações:

NÃO

SIM

20

na escola, no trabalho, em casa, ou com seus amigos ou familiares ?

W4 É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE ATUAL	

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE (Adulto)

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

Quando criança:

W5 a Era ativo(a), inquieto(a), agitado(a), impaciente, estava sempre “a todo vapor” ?

NÃO

SIM

21

b Era desatento(a) e se distraía com facilidade ?

NÃO

SIM

22

c Era incapaz de se concentrar na escola ou quando fazia tarefas de casa ?

NÃO

SIM

23

d Não conseguia terminar as coisas como tarefas escolares, projetos, etc ?

NÃO

SIM

24

e Tinha o estopim curto, era irritável ou tendia a ser explosivo(a) ?

NÃO

SIM

25

f As coisas tinham que ser repetidas várias vezes para você para que as fizesse ?

NÃO

SIM

26

g Tendia a ser impulsivo(a) sem pensar nas consequências ?

NÃO

SIM

27

h Tinha dificuldades de esperar a sua vez, precisando sempre ser o(a) primeiro(a) ?

NÃO

SIM

28

i Se metia em brigas ou aborrecia/ incomodava outras crianças ?

NÃO

SIM

29

j Teve reclamações da escola sobre seu comportamento ?

NÃO

SIM

30

è

W5 (SUMÁRIO): HÁ 6 OU MAIS QUESTÕES COTADAS SIM EM w5?

NÃO

SIM

è

W6 Alguns desses problemas de agitação ou de falta de atenção de que falamos

NÃO

SIM

31

começaram antes dos 7 anos de idade ?

Enquanto adulto:

W7 a Ainda é muito distraído (a) ?

NÃO

SIM

32

- b É intrometido(a), ou diz coisas para amigos, ou no trabalho ou em casa, das quais se arrepende depois?

NÃO

SIM

33

- c É impulsivo(a), ainda que tendo melhor controle do que quando era criança ?

NÃO

SIM

34

- d Ainda é muito inquieto(a), agitado(a), impaciente, está sempre “a mil por hora”,

NÃO

SIM

35

ainda que tendo melhor controle do que quando era criança ?

- e Ainda é irritável e fica muito enraivecido(a) sem necessidade ?

NÃO

SIM

36

- f Ainda é impulsivo(a), por exemplo, tende a gastar mais dinheiro do que realmente deveria ?

NÃO

SIM

37

- g Tem dificuldades de organizar seu trabalho?

NÃO

SIM

38

- h Tem dificuldades de se organizar mesmo fora do seu trabalho?

NÃO

SIM

39

- i É subempregado(a) ou trabalha aquém de suas possibilidades ?

NÃO

SIM

40

- j Não tem o êxito/ o sucesso que corresponde às expectativas que as pessoas têm em relação às suas habilidades / capacidades ?

NÃO

SIM

41

- k Mudou de emprego ou foi demitido(a) mais frequentemente que outras pessoas ?

NÃO

SIM

42

- l Sua (seu) companheira (o) queixa-se de sua falta de atenção em relação a ela(e) e/ou a família ?

NÃO

SIM

43

- m Se divorciou duas ou mais vezes, ou trocou de parceiro(a)s mais frequentemente que outras pessoas ?

NÃO

SIM

44

- n Sente-se às vezes como se estivesse numa neblina, ou como uma TV com chuveiro ou fora de foco?

NÃO

SIM

45

è

W7 (SUMÁRIO): HÁ 9 OU MAIS QUESTÕES COTADAS SIM EM W7?

NÃO

SIM

è

- W8 Esses comportamentos lhe causaram problemas em duas ou mais das seguintes situações:

NÃO

SIM

46

na escola, no trabalho, em casa, ou com seus amigos ou familiares ?

W8 É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (ADULTO) ATUAL	

X. TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO

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

MESMO SE UM FATOR ESTRESSANTE ESTÁ PRESENTE OU DESENCADEOU O(S) TRANSTORNO(S) DO(A) ENTREVISTADO(A), NUNCA USE O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO EM PRESENÇA DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSQUIÁTRICO. PULAR O MÓDULO TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO SE OS SINTOMAS DO(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHEM OS CRITÉRIOS PARA QUALQUER TRANSTORNO DO EIXO I OU CORRESPONDEM A UMA MERA EXACERBAÇÃO DE UM TRANSTORNO DO EIXO I OU II PRÉ-EXISTENTE.

- X1 è
Tem apresentado problemas emocionais ou de comportamento decorrentes de algum fato
- NÃO
- SIM
- 1
ou situação de vida muito estressante ? [EXEMPLOS: ansiedade, depressão, queixas físicas, comportamentos desviantes (brigas, dirigir perigosamente, vandalismo, faltar às aulas, desrespeitar os direitos dos outros, fazer coisas ilegais)].
- X2 è
Esses problemas emocionais ou de comportamento começaram durante os 3 meses que
- NÃO
- SIM
- 2
se seguiram ao fato ou à situação de vida estressante de que falou ?
- X3 a è
Esses problemas emocionais ou de comportamento o(a) perturbam mais do que se poderia esperar ?
- NÃO
- SIM
- 3
- b è
Esses problemas emocionais ou de comportamento o(a) perturbam no seu trabalho, na escola, nas suas atividades cotidianas ou nas suas relações sociais ?
- NÃO
- SIM
- 4
- X4 è
Esses problemas emocionais ou de comportamento foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais ao que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?

è
UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?

NÃO

SIM

5

X5 è
Esses problemas emocionais ou de comportamento persistiram durante mais de 6 meses depois

NÃO

SIM

6

que esse fato / situação de vida estressante terminou ? (SE O FATO / SITUAÇÃO ESTRESSANTE AINDA ESTÁ PRESENTE COTAR **NÃO**).

OS SEGUINTE SINTOMAS EMOCIONAIS / DE COMPORTAMENTO ESTÃO PRESENTES ?

ASSINALAR TUDO QUE FOR APROPRIADO
QUALIFICADORES:

- A Depressão, crises de choro, desesperança.
- B Ansiedade, nervosismo, agitação, preocupações.
- C Comportamentos desviantes (brigas, dirigir perigosamente, vandalismo, faltar às aulas, desrespeitar os direitos dos outros, fazer coisas ilegais)
- D Problemas no trabalho, na escola, queixas físicas, retraimento social.

SE ASSINALADOS:

- Somente **A**, cotar Transtorno de Ajustamento com humor depressivo (309.0)
- Somente **B**, cotar Transtorno de Ajustamento com ansiedade (309.24)
- Somente **C**, cotar Transtorno de Ajustamento com perturbação da conduta (309.3)
- Somente **A e B**, cotar Transtorno de Ajustamento misto de ansiedade e depressão (309.28)
- **C e (A ou B)**, cotar Transtorno do Ajustamento com perturbação mista das emoções e conduta (309.4)
- Somente **D**, cotar Transtorno do Ajustamento Inespecificado (309.9)

SE X5 = NÃO, COTAR **SIM** E ESPECIFICAR OS QUALIFICADORES

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO <i>com</i> _____ <i>(qualificadores)</i>	

Y. TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL

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

- Y1 è
 No último ano, em quase todos os meses sua menstruação foi precedida por um período de
 NÃO
 SIM
 1
 mais ou menos uma semana em que o seu estado de humor mudou de forma significativa ?
- Y2 Durante esses períodos de \pm uma semana que precedem suas regras, tem dificuldades nas
 suas atividades cotidianas, uma diminuição da sua eficiência no trabalho, problemas de
 è
 relacionamento ou evita sair ou ver as pessoas ?
 NÃO
 SIM
 2
- Y3 Durante esses períodos de \pm uma semana que precedem suas regras, (mas não durante ou
 após a menstruação) tem os seguintes problemas, a maior parte do tempo:
- a Sente-se triste, desanimada, deprimida ou se sente sem esperança ou se auto-deprecia ?
 NÃO
 SIM
 3
- b Sente-se particularmente ansiosa, tensa, nervosa, com os nervos à flor da pele?
 NÃO
 SIM
 4
- c Com frequência, sente-se subitamente triste ou chora ou ainda fica particularmente
 sensível aos comentários dos outros ?
 NÃO
 SIM
 5
- d Fica extremamente irritável, tem explosões de raiva ou briga com frequência ?
 NÃO
 SIM

6

è

HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" de Y3a à Y3d ?

NÃO

SIM

7

e Tem menos interesse por suas atividades cotidianas como o trabalho, atividades de lazer,

NÃO

SIM

8

encontrar os amigos ?

f Tem dificuldades de se concentrar?

NÃO

SIM

9

g Sente-se abatida, se cansa facilmente ou sente-se sem energia ?

NÃO

SIM

10

h Seu apetite muda de forma significativa, você come muito ou tem "desejos"

NÃO

SIM

11

de comer certos alimentos ?

i Dorme demais ou, ao contrário, tem dificuldades de dormir ?

NÃO

SIM

12

j Tem a impressão de ser dominada pelas situações ou de perder o controle ?

NÃO

SIM

13

k Tem sintomas físicos como os seios sensíveis ou inchados, dores de cabeça, dores musculares

NÃO

SIM

14

ou nas articulações, sensação de estar inchada ou ainda um ganho de peso ?

HÁ PELO MENOS 5 RESPOSTAS "SIM" EM Y3 ?

SE SIM, O DIAGNÓSTICO DEVE SER CONFIRMADO POR UMA AVALIAÇÃO PROSPECTIVA (COTAÇÕES COTIDIANAS DURANTE PELO MENOS 2 CICLOS CONSECUTIVOS).

NÃO SIM

**TRANSTORNO
DISFÓRICO
PRÉ-MENSTRUAL
PROVÁVEL
ATUAL**

Z. TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO

NÃO UTILIZAR ESSE MÓDULO ISOLADAMENTE SEM ANTES COMPLETAR TODOS OS MÓDULOS REFERENTES AOS TRANSTORNOS ANSIOSOS E DO HUMOR.

[PULAR ESSE MÓDULO SE OS CRITÉRIOS PARA QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ FORAM PREENCHIDOS E ASSINALAR **NÃO** NO QUADRO DIAGNÓSTICO].

(è SIGNIFICA: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM.)

- è
- Z1 Alguma vez sentiu-se constantemente triste, desanimado(a), deprimido(a), durante pelo menos **1 mês** ?
- NÃO
- SIM
- 1
- Z2 Quando sentiu-se constantemente deprimido(a), teve algum dos problemas seguintes, durante pelo menos **1 mês**:
- a. Teve dificuldade de se concentrar ou “brancos na mente” ?
- NÃO
- SIM
- 2
- b. Teve problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?
- NÃO
- SIM
- 3
- c. Sentiu-se cansado (a), sem energia ?
- NÃO
- SIM
- 4
- d. Sentiu-se particularmente irritável ?
- NÃO
- SIM
- 5
- e. Ficou excessivamente preocupado(a) por pelo menos um mês?
- NÃO
- SIM
- 6

f. Chorava facilmente ?

NÃO

SIM

7

g. Ficou constantemente alerta com relação a possíveis perigos?

NÃO

SIM

8

h. Temia sempre o pior ?

NÃO

SIM

9

i. Sentiu-se sem esperança ?

NÃO

SIM

10

j. Perdeu a auto-confiança ou sentiu-se inútil ?

NÃO

SIM

11

è

Z2 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM Z2 ?

NÃO

SIM

Z3 Esses problemas lhe causaram sofrimento importante ou perturbaram de forma
è
significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?

NÃO

SIM

12

Z4 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? Não
 Sim

b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? Não
 Sim

NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA SINTOMATOLOGIA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).

UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO
INCERTO
13

- è
- Z5 a. O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA: Depressão Maior **VIDA INTEIRA**
 NÃO SIM
14
- è
- NÃO SIM
15 Distímia **VIDA INTEIRA**
- è
- NÃO SIM
16 Transtorno de Pânico **VIDA INTEIRA**
- è
- NÃO SIM
17 Transtorno de Ansiedade Generalizada **VIDA INTEIRA**
- è
- b. **ATUALMENTE** O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA: qualquer outro Transtorno Ansioso
 NÃO SIM
18
- è
- NÃO SIM
19 qualquer outro Transtorno do Humor
- è
- c. A SINTOMATOLOGIA PRESENTE É MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSQUIÁTRICO ? NÃO SIM
20

Z6 **Z5c** É COTADA **SIM**?

NÃO	SIM
TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO ATUAL	

RELAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DSM-IV/CID-10 - CÓDIGOS PARA DIAGNÓSTICOS DO M.I.N.I.

Transtorno Depressivo Maior Social)
Episódio Único/F32.x

Fobia Social (Tr. de Ansiedade
300.23/F40.1

296.51/F31.3	leve		com
Alucinações			
296.52/F31.3	moderado	293.89/F06.4	Transtorno
Ansioso devido a.....			
296.53/F31.4	severo sem aspectos psicóticos		(indicar a
condição médica geral)			
296.54/F31.5	severo com aspectos psicóticos	293.89/F06.x	Transtorno
Catatônico devido a.....			
296.55/F31.7	em remissão parcial		(indicar a
condição médica geral)			
296.56/F31.7	em remissão completa		
Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Misto /F31.x		298.80/F23.xx	Transtorno
Psicótico Breve			
296.60	inespecificado	298.90/F29	Transtorno
Psicótico SOE			
296.61/F31.3	leve		
296.62/F31.3	moderado	Anorexia Nervosa	
296.63/F31.4	severo sem aspectos psicóticos	307.10/F50.0	
296.64/F31.5	severo com aspectos psicóticos	Bulimia Nervosa	
296.65/F31.7	em remissão parcial	307.51/F50.2	
296.66/F31.7	em remissão completa	Transtorno de Estresse Pós-	
Traumático			
296.70/F31.9	Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Inespecificado	309.81/F43.1	
296.80/F31.9	Tr. Bipolar I, SOE	Risco de Suicídio	
296.89/F31.8	Tr. Bipolar II	Nenhum código alocado	
		Transtorno da Personalidade	
		301.70/F60.2	
Anti-social		Transtornos Somatoformes	
Transtorno do Pânico/F40.01			
300.01/F41.0	Sem Agorafobia		
300.21/F40.01	Com Agorafobia	300.81/F45.0	Transtorno
de Somatização			
Agoraphobia		300.70/F45.2	
Hipocondria			
300.22/F40.00	Sem história de Transtorno de Pânico	300.70/F45.2	Transtorno
Dismórfico Corporal			
Transtornos Dolorosos			
307.80/F45.4	Transtorno Doloroso associado com fatores psicológicos		
307.89/F45.4	Transtorno Doloroso associado com fatores psicológicos e com uma condição médica geral		
Transtorno da Conduta			
312.80/F91.8			
Transtornos de Déficit de Atenção/ Hiperatividade			
314.01/F90.0	Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Tipo Combinado		
314.00/F98.8	Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento		
314.01/F90.0	Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-impulsivo		
Transtornos de Ajustamento			
309.00/F43.20	Transtorno de Ajustamento com humor depressivo		
309.24/F43.28	Transtorno de Ajustamento com ansiedade		
309.28/F43.22	Transtorno de Ajustamento misto de ansiedade e depressão		
309.30/F43.24	Transtorno de Ajustamento, com perturbação da conduta		
309.40/F43.25	Transtorno de Ajustamento, com perturbação mista das emoções e conduta		
309.90/F43.9	Transtorno de Ajustamento, sem especificação		
Transtorno Disfórico Pré-menstrual			
Nenhum código alocado			

CRITÉRIOS PARA EXCLUIR OUTROS TRANSTORNOS DO EIXO I

[Em caso de comorbidade, o seguinte algoritmo (or hierarquia de transtornos baseada no DSM-IV) pode ser usada para reduzir o número de transtornos comórbidos àqueles provavelmente mais significativos clinicamente.]

Questão Sim Não
 Os sintomas de **X** são exclusivamente restritos a, ou melhor explicados por **Y, Z?**
 Se o diagnóstico **X** foi feito, faça a pergunta acima, inserindo o diagnóstico **X** na coluna 1, e os diagnósticos **Y, Z** correspondentes na coluna 2

Em qualquer situação em que:

<u>Diagnóstico X</u>	está presente, mantê-lo	<u>Diagnósticos Y, Z, etc.</u>
	a menos que o transtorno seja exclusivamente restrito a , ou melhor explicado pelo(s) diagnóstico(s) Y, Z, etc	
A Episódio Depressivo Maior Esquizoafetivo, Tr. Esquizofrenia (EDM)		Episódios Hipomaníaco, maníaco e misto, Tr. niforme, Tr. Delirante, Tr. Psicótico não especificado
B Transtorno Distímico		EDM ou Mania
C Risco de Suicídio	"	"
D Episódio (Hipo)Maníaco	"	"
E Transtorno de Pânico Traumático	"	"
F Agoraphobia Traumático	"	"
G Fobia Social	"	"
H Fobia Específica Pós-Traumático	"	"
I Obsessive-Compulsive Disorder	"	"
J Tr. de Estresse Pós-Traumático	"	"
K Abuso/ Dependência de álcool	"	"
L Abuso/ Dependência de Drogas (Não-álcool)	"	"
M Transtorno Psicótico	"	"
N Anorexia Nervosa	"	"
O Bulimia Nervosa	"	"
P Tr. Ansiedade Generalizada Social e Específica,	"	"
Q Tr. Personalidade Anti-social	"	"
R Transtorno de Somatização	"	"
S Hipocondria Tr. da ansiedade de	"	"
T Transtorno Dismórfico Corporal, Psicose	"	"
U Transtorno Doloroso TOC, Tr. de Estresse	"	"
Psicótico, Dispareunia		Qualquer outro transtorno do eixo I Agorafobia Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I EDM, Distímia, Mania, Tr. Psicótico, Tr. Pânico, Fobia Social e Específica, TOC, Tr. de Estresse Pós-Traumático, Tr. Ansioso Tr. Psicótico, Mania Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I Tr. Ansiedade Generalizada, TOC, Tr. Pânico, EDM, Mania, Separação, Outro Tr. Somatoforme, Anorexia Nervosa, Fobia Social e Específica, Tr. de Estresse Pós-Traumático, Tr. Delirante, Tr. Dismórfico EDM, Mania, Tr. Pânico, Tr. Ansiedade Generalizada, Pós-Traumático, Fobia Social e Específica, Tr.

V	Transtorno da Conduta com TDAH	"	"	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I e
W	Tr. de Déficit de Atenção/ Conduta Hiperatividade (TDAH)	"	"	Tr. Psicótico, Mania, EDM, Tr. Ansioso, Tr. da
X	Transtorno de Ajustamento	"	"	Qualquer transtorno do eixo I
Y	Tr. Disfórico Pré-menstrual Transtorno de Personalidade	"	"	Transtorno de Pânico, EDM, Distímia ou um
Z	Tr. Misto de Ansiedade e Depressão	"	"	Qualquer outro transtorno psiquiátrico

REFERÊNCIAS

- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*. 1997; 12:232-241.
- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry*. 1997; 12: 224-231.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G: The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 20):22-33.
- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D: DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*. 1998: 13:26-34.

Translations

M.I.N.I. 4.4 or earlier versions

M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0 and M.I.N.I. Screen 5.0:

Afrikaans	R. Emsley	
Alemão	I. v. Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M.
Ackenheil		
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		Em preparação
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Búlgaro		L.G.. Hranov
Catalão		Em preparação
Checo		P. Zvlosky
Chinês		L. Carroll, K-d Juang
Coreano		Em preparação
Croata		Em preparação
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Schütze
Esloveno	M.Kocmur	M. Kocmur
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M.
Soto, J. Bobes-Garcia,		
Estonian	J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl	
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M.Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen, M. Lijeström, O.
Tuominen		
Francês	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Lepine	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim,
T. Hergueta		
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
Holandês/Flamenco	I.Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen	E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K.
Demyttenaere		
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balaz
Inglês	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan,	D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K.
Harnett-Sheehan,		
	E. Knapp, M. Sheehan	M. Sheehan
Islandês		J.G. Stefansson
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
Japonês		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka,
K. Kamijima,		
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	V. Janavs, J. Janavs
Leganger		K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S.
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim	P. Amorim, T. Guterres, P. Levy
Português - Brasil	P. Amorim	P. Amorim
Punjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystritsky, E. Selivra, M.
Bystritsky		

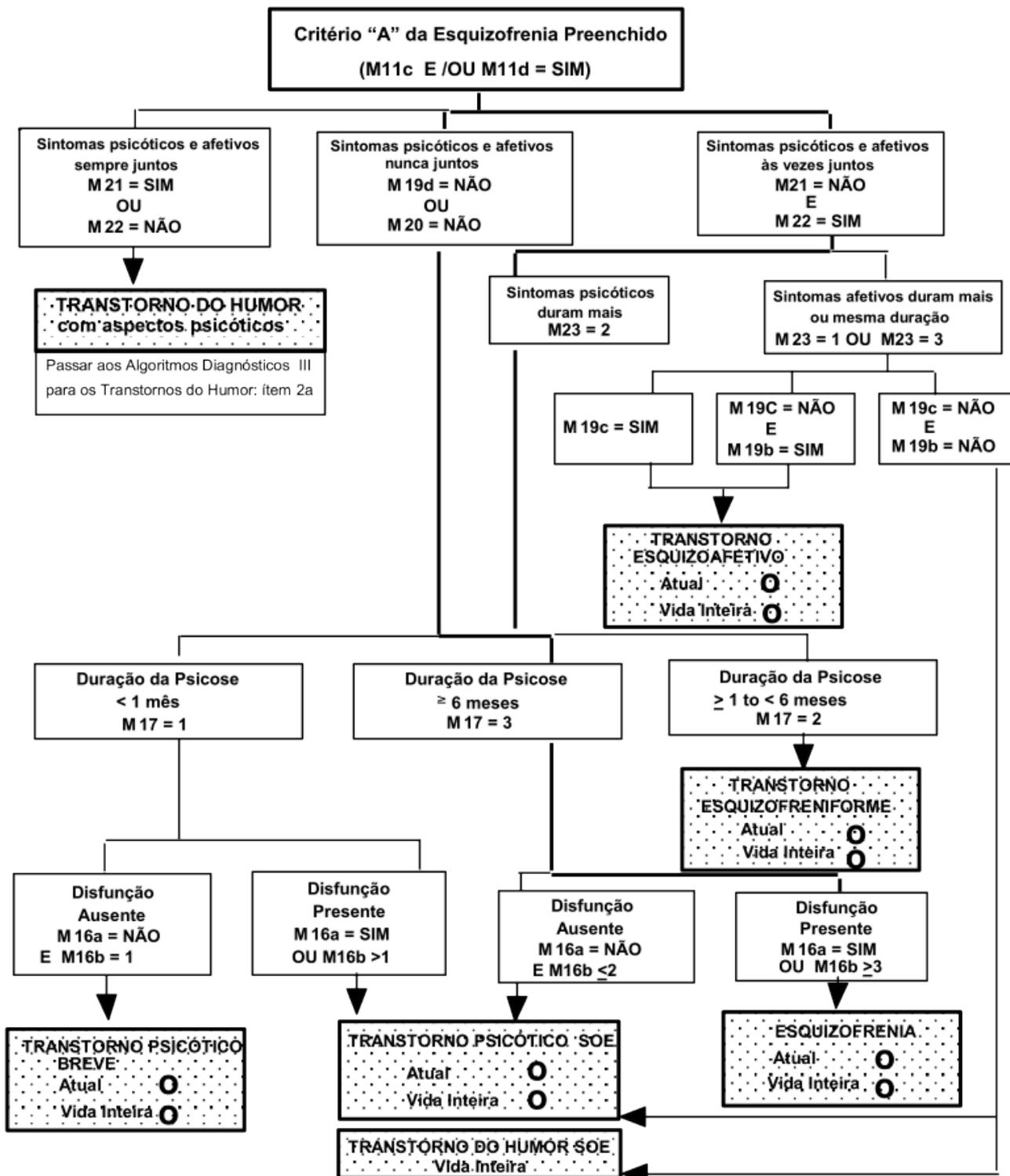
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Sueco	M. Waern,, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse,
M. Humble, H.Agren		
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		A. Taj, S. Gambhir

Os estudos de validação do M.I.N.I. foram possíveis, em parte, graças a fundos da SmithKline Beecham e da União Européia.
Os autores agradecem a : Dr. Pauline Powers por suas contribuições nos módulos Anorexia e Bulimia Nervosa
Dr. Humberto Nagera por suas contribuições nos módulos TDAH (para crianças e adultos)
Drs. Jonathan Cohen e Donald Klein por suas sugestões no módulo Transtorno do Pânico do MINI

Plus
Prof. Istvan Bitter e Dr. Judit Balazs por suas contribuições no módulo Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão

TRANSTORNOS PSICÓTICOS: ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS I

Fazer um círculo na alternativa diagnóstica apropriada e especificar se o Transtorno é Atual (M11c = SIM) e/ou Vida Inteira (M11d = SIM). Um diagnóstico positivo exclui todos os outros. Se o critério A da Esquizofrenia não foi preenchido atualmente (M11c = NÃO), mas está presente ao longo da vida (M11d = SIM), os diagnósticos Atual e Vida Inteira poderão ser diferentes.



TRANSTORNOS DO HUMOR : ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS III

Consultar os Módulos: A [Episódio Depressivo Maior]
 D [Episódio (Hipo)Maníaco]
 M [Transtornos Psicóticos]

MÓDULO M: Diagnóstico diferencial entre Transtornos Psicóticos e do Humor

- 1 a M20 = NÃO ? NÃO SIM → PASSAR À 2c
- b M21 = NÃO E M22 = SIM ? NÃO SIM → COTAR NÃO EM
 2c, 2d E 2e
- c M21 = SIM OU M22 = NÃO ? NÃO SIM

MÓDULOS A e D:

- 2 a UMA IDÉIA DELIRANTE FOI IDENTIFICADA EM A3e? Não Sim
- b UMA IDÉIA DELIRANTE FOI IDENTIFICADA EM D3a? Não Sim

- c A8 = SIM (Episódio Depressivo Maior presente)
 E
 D6 e D7 = NÃO (Episódios Hipomaníaco e Maníaco ausentes)?

Especificar:

SEM Aspectos Psicóticos (AP): SE 1a = SIM E 2a = NÃO
 COM Aspectos Psicóticos (AP): SE 1a = NÃO OU 2a = SIM

**Especificar se o episódio depressivo é Atual ou Passado
 (Questão A8)**

NÃO	SIM
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR	
Sem AP	<input type="checkbox"/>
Com AP	<input type="checkbox"/>
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

- d D7 = SIM (Episódio Maníaco presente)?

Especificar:

SEM Aspectos Psicóticos (AP): SE 1a = SIM E [2a = NÃO E 2b =

NÃO]

COM Aspectos Psicóticos (AP): SE 1a = NÃO OU [2a = SIM E 2b =

SIM]

**Especificar se o episódio de humor mais recente é Atual ou Passado
 (Questões A8 ou D6 ou D7)**

NÃO	SIM
TRANSTORNO BIPOLAR I	
Sem AP	<input type="checkbox"/>
Com AP	<input type="checkbox"/>
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

e **A8 = SIM** (Episódio Depressivo Maior presente)

E

D6 = SIM (Episódio Hipoanfaco presente)?

E

D7 = NÃO (Episódio Maníaco ausente)?

**Especificar se o episódio de humor mais recente
é Atual ou Passado
(Questões A8 ou D6)**

NÃO	SIM
<i>TRANSTORNO BIPOLAR II</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

ANEXO D – APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA DA PUCRS



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
COMISSÃO CIENTÍFICA

Porto Alegre, 03 de novembro de 2011.

Senhor (a) Pesquisador (a) LEANDRO CIULLA,

A Comissão Científica do IGG apreciou e aprovou seu protocolo de "IDEAÇÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO EM IDOSOS ATENDIDOS PEL ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE"

Solicitamos que providencie os documentos necessários para o encaminhamento do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS. Salientamos que somente após a aprovação deste Comitê o projeto deverá ser iniciado.

Obs.: Retirar a pasta padrão na secretaria do IGG para encaminhamento dos documentos ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

Profa. Carla Helena Schwanke

Coordenadora da CC/IGG

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 – P. 60 – CEP: 90.610-000
Fone: (51) 3336-8153 – Fax (51) 3320-3862
E-mail: igg@pucrs.br
www.pucrs.br/igg

ANEXO E – APROVAÇÃO DO COMITÊ EM ÉTICA E PESQUISA DA PUCRS

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.

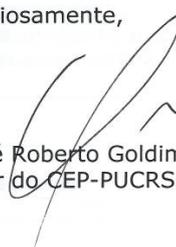
Senhor Pesquisador,

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”**.

Salientamos 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

ANEXO F - APROVAÇÃO DO COMITÊ EM ÉTICA E PESQUISA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE (SMS/POA)



**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°.** 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 glutathione-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 o 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 INFECCÕES 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. Cujo 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. Cujo objetivo: a) Mensurar valores do 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 DÉFICIT COGNITIVO. Cujo 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. Cujo 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. Cujo 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. Cujo 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 PERCEPÇÃO CORPORAL, ESTADO NUTRICIONAL E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EM IDOSAS. Cujo 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. Cujo objetivo : a) Determinar a prevalência de transtornos psiquiátricos na população de idoso atendidos pelo PSF de Porto Alegre.

Subprojeto 12: AUTOPERCEPÇÃO DE ENVELHECIMENTO E SUA ASSOCIAÇÃO COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS (DCNT) EM IDOSOS ATENDIDOS PELO ESF DE PORTO ALEGRE. Cujo 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).

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

IMPORTANTE : Deverá ser acordado com a coordenação/supervisão da ESF escolhida para realização desta pesquisa, “Qual o agente comunitário que estará atuando junto aos pesquisadores e em que horário do seu dia de trabalho estarão disponíveis para pesquisa”.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 26/10/2010


Márcia Cançado Figueiredo
Vice-Coordenadora do CEP