

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

ANELISE CRIPPA SILVA

AUTONOMIA DO IDOSO: avaliação da capacidade da tomada de decisão e
associação com depressão maior

Porto Alegre
2017

ANELISE CRIPPA SILVA

AUTONOMIA DO IDOSO: avaliação da capacidade da tomada de decisão e associação com depressão maior

Tese apresentada à Banca de Defesa do Programa Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, como requisito para obtenção do título de doutora em Gerontologia Biomédica.

Orientador: Prof. Dr. Newton Luiz Terra

Porto Alegre
2017

ANELISE CRIPPA SILVA

AUTONOMIA DO IDOSO: avaliação da capacidade da tomada de decisão e
associação com depressão maior

Aprovada em: 10 de janeiro de 2017.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Lia Rejane Muller Bevilaqua

Prof^a. Dr^a. Maria Regina Fay de Azambuja

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider

Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto
(suplente)

RESUMO

INTRODUÇÃO: No Brasil, nas últimas décadas, a população de idosos cresceu significativamente, elevando-se a média etária de expectativa de vida ao nascer. Os agravos de doenças, principalmente mentais, nessa faixa etária são de preocupação geral, sendo a depressão a mais frequente, já considerada problema de saúde pública. Decorrentes do aumento do número desses indivíduos ocorrem reflexos em diversas áreas, sendo a jurídica uma delas, carecendo maior cuidado e respaldo devido a sua vulnerabilidade. Assim, instrumentos jurídicos de proteção devem estar relacionados com a realidade vivenciada pelos idosos e seus agravos de saúde, que podem afetar as questões legais. **OBJETIVO:** O presente trabalho teve como objetivo criar e validar um instrumento capaz de avaliar a capacidade de decisão, além de aplicá-lo em idosos com depressão maior atual antes e após o tratamento. **MÉTODO:** Para sua realização, esta pesquisa foi dividida em três etapas: criação, validação e aplicação em idosos com depressão maior atual. Na etapa I, criou-se um instrumento que foi avaliado por juízes avaliadores, sendo as respostas baseadas na Escala Likert. Foram avaliadas clareza, ambiguidade, pertinência e se cada uma das perguntas correspondia a apenas uma resposta. Na etapa II, foi aplicado esse instrumento em idosos que faziam parte do Programa de Envelhecimento Cerebral (PENGE) da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre, em parceria com a PUCRS. Os idosos não podiam ter déficit ou declínio cognitivo, nem doenças neuropsiquiátricas, sendo aplicado os instrumentos Vellori e GDS para essa verificação. Na etapa III, foi realizado uma coorte, em que idosos com depressão maior atual e sem declínio ou déficit cognitivo foram atendidos pela equipe de psiquiatras do HSL-PUCRS, no ambulatório do PENGE. Estes realizaram tratamento por seis meses. A escala desenvolvida na etapa I e validada na etapa II foi aplicada nesses idosos, antes e após o tratamento. Foram utilizados os testes Vellori, GDS, MINI-PLUS e Addenbroocke. Esta pesquisa somente teve início após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS. **RESULTADO:** Na etapa I, se obteve um instrumento com 30 questões finais. Na etapa II, para cada pergunta desenvolvida foram entrevistados 10 idosos, totalizando 300 idosos ao final. A validação desse instrumento se deu pelo cálculo de alfa de Cronbach, em um total do alfa de 0,814, mostrando confiabilidade e validade da escala desenvolvida. Esse instrumento, após o cálculo do alfa de Cronbach, foi finalizado com 18 questões e está dividido em quatro domínios: atividade diária, gestão financeira, autogestão e bem-estar. Resultou assim a ESCADE: Escala de Avaliação de Capacidade de Decisão. Na etapa III, foram entrevistados 48 idosos com depressão maior atual, antes e após o tratamento. Eles também foram comparados com indivíduos do grupo-controle. Foi possível verificar que há alteração na autonomia dos idosos no momento em que foram diagnosticados com depressão maior atual, havendo melhora após o tratamento. Quando comparados ao grupo-controle, o resultado não se alterou. **CONCLUSÃO:** Após o desenvolvimento da presente pesquisa, foi possível concluir que se está diante de um instrumento capaz de auxiliar tanto a equipe da área da saúde, em especial os médicos que necessitam realizar laudos, quanto os magistrados que se deparam, não raras as vezes, com casos em que requer sua decisão sobre a incapacidade. Hoje a ESCADE se

faz ainda mais relevante diante da tomada de decisão apoiada, uma vez que é possível, pelos domínios apresentados, identificar a área exata em que necessita de um apoiador.

Palavras-chave: Idoso. Autonomia. Gerontologia. Depressão maior. Bioética.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In recent decades, the elderly population in Brazil has increased significantly, raising the average life expectancy at birth. Diseases are a general concern for this age group, particularly mental illness, with depression being the most common and already considered a public health issue. The growing elderly population affects a variety of areas including the legal field, requiring greater care and support due to their vulnerability. Thus, legal instruments governing elderly rights should be related to the reality experienced by this group and their illnesses, which can affect legal issues.

OBJECTIVE: The present study aimed to create and validate an instrument capable of assessing decision-making ability and apply it to elderly individuals suffering from major depressive disorder, before and after treatment.

METHOD: The study was divided into three stages creation, validation and application to elderly participants suffering from major depressive disorder. In stage one, an instrument was designed and assessed by magistrates, with answers based on the Likert Scale. Aspects assessed were clarity, ambiguity, relevance and whether each of the questions corresponded to only one answer. In stage two, the instrument was applied to elderly participants in the Cerebral Aging Program (PENGE) of the Porto Alegre Family Health Strategy in partnership with the Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul (PUCRS). Exclusion criteria were cognitive deficit or impairment and neuropsychiatric diseases, assessed using the Vellore Screening Instrument for Dementia and the Global Deterioration Scale (GDS). Stage three consisted of a cohort study in which elderly patients with major depressive disorder and no cognitive deficit or impairment were treated by the HSL-PUCRS psychiatric team at the PENGE clinic for six months. The scale designed in stage one and validated in stage two was applied to participants before and after treatment. The Vellore, GDS, MINI-PLUS and Addenbrooke screening instruments were used. The study was approved by the PUCRS Research Ethics Committee.

RESULTS: Stage one produced an instrument containing 30 questions. In stage two, 10 participants were interviewed for each question devised, totaling 300 elderly subjects. The instrument was validated by calculating Cronbach's alpha, obtaining a total alpha of 0.814, demonstrating its reliability and validity. Next, the instrument was finalized with 18 questions and divided into four domains: daily activity, financial management, self-management and well-being. This produced the ESCADE: Assessment Scale for Decision-Making Capacity. In stage three, 48 elderly subjects suffering from major depressive disorder were interviewed before and after treatment and compared to individuals from the control group. A change was observed in the autonomy of the elderly patients from the moment of diagnosis with major depressive disorder, indicating improvement after treatment. This result remained the same on comparison with the control group.

CONCLUSION: It was concluded that the instrument developed in this study is capable of assisting both health care teams, particularly doctors required to provide reports, and magistrates who often deal with cases that require them to rule on incapacity. The ESCADE is highly

relevant in terms of supported decision-making, since the domains presented make it possible to identify the exact area in which support is required.

Keywords: Elderly. Autonomy. Gerontology. Major depression. Bioethics.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

DSM – V – The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EI – Estatuto do Idoso

ESCADE – Escala de Avaliação da Capacidade de Decisão

ESF – Estratégia Saúde da Família

GDS – Escala de Depressão Geriátrica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MP – Ministério Público

PENCE - Programa de Envelhecimento Cerebral

PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio

RJ – Rio de Janeiro

RS – Rio Grande do Sul

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDA – Tomada de Decisão Apoiada

TJRS – Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	Aspectos Demográficos do Envelhecimento	20
2.2	Princípio do Respeito à Autonomia	21
2.3	A Autonomia do Indivíduo no Aspecto Jurídico	26
2.3.1	Interdição e Curatela	26
2.3.2	Tomada de Decisão Apoiada	35
2.3.3	Análise das decisões judiciais no Rio Grande do Sul	38
2.4	DEPRESSÃO	42
3	OBJETIVOS	45
3.1	Objetivo Geral	45
3.2	Objetivos Específicos	45
4	MÉTODO	46
4.1	Etapa I	46
4.2	Etapa II	47
4.2.1	Delineamento	47
4.2.2	População e Amostra	47
4.2.2.1	<i>Critérios de Inclusão</i>	47
4.2.2.2	<i>Critérios de Exclusão</i>	47
4.2.3	Variáveis do Estudo	48
4.2.4	Instrumentos	48
4.2.5	Procedimento para coleta de dados	48
4.2.6	Análise estatística	49
4.2.7	Hipótese	49
4.2.7.1	<i>Nula</i>	49
4.2.7.2	<i>Alternativa</i>	49
4.3	Etapa III	49
4.3.1	Delineamento	50
4.3.2	População e Amostra	50
4.3.2.1	<i>Critérios de Inclusão</i>	50
4.3.2.2	<i>Critérios de Exclusão</i>	50
4.3.3	Variáveis do Estudo	50
4.3.4	Instrumentos	51
4.3.5	Procedimento para coleta de dados	51
4.3.6	Análise estatística	52
4.3.6.1	<i>Cálculo do tamanho amostral</i>	52
4.3.6.2	<i>Análise de dados</i>	52
4.3.7	Primeira Hipótese	53
4.3.7.1	<i>Nula</i>	53
4.3.7.2	<i>Alternativa</i>	53
4.3.8	Segunda hipótese	53
4.3.8.1	<i>Nula</i>	53
4.3.8.2	<i>Alternativa</i>	53

4.4	Aspectos Éticos	53
5	ARTIGO CIENTÍFICO RELACIONADO COM A TESE	55
5.1	Artigo submetido em revista com qualis A2	56
5.2	Artigo submetido em revista com qualis B2	71
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
7	CONCLUSÕES.....	87
	REFERÊNCIAS	88
	ANEXO A – Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage	95
	ANEXO B– Escala Vellore	97
	ANEXO C – MINI PLUS (Versão Brasileira 5.0)	100
	ANEXO D – Exame cognitivo de Addembrooke	136
	ANEXO E – Aprovação da Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS	143
	ANEXO F – Aprovação do Comitê de ética em pesquisa da PUCRS	145
	ANEXO G – Autorização do chefe do serviço	149
	ANEXO H –Comprovante de publicação na Revista Kairós.....	151
	ANEXO I – Comprovante de submissão para Revista Ciência e Saúde Coletiva de qualis A2.....	167
	ANEXO J – Comprovante de submissão para Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia de qualis B2.....	169
	APÊNDICE A – Escala de avaliação da capacidade de decisão (ESCADE)	172
	APÊNDICE B – Questionário de dados sócio-demográficos ..	175
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	177

1 INTRODUÇÃO

O aumento populacional brasileiro tem sido tema bastante referido nos últimos anos devido ao crescimento do número de idosos em nosso país. Em 1º de dezembro de 2015, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicou a expectativa de vida dos brasileiros, calculada com base no ano de 2014, a qual atingiu 75,2 anos. As mulheres ainda estão em vantagem em relação aos homens, tendo uma diferença de 7,2 anos a mais, porém essa diferença foi reduzida em relação ao ano de 2013, que era de 7,4 anos. As mulheres apontaram uma expectativa de vida de 78,8 anos e os homens 71,6 anos (BRASIL, 2015a).

O Rio Grande do Sul (RS), segundo as projeções apresentadas pelo IBGE, mostrou o maior número de idosos dos estados brasileiros, 15,63%, sendo 6,80% de homens e 8,83% de mulheres. Em segundo lugar está o estado do Rio de Janeiro (RJ), com um total de 14,62% de sua população composta por idosos, sendo 6,05% homens e 8,57% de mulheres (BRASIL, 2015b).

São consideradas pessoas idosas no Brasil, pessoas com idade igual ou superior à sessenta anos. Estima-se que essa parcela da população continue crescendo e que o RS permaneça sendo o estado brasileiro com a maior quantidade de idosos. Para 2016, projeta-se o RS com 16,19% de idosos, e o RJ com 15,13% (BRASIL, 2015b).

Uma grande preocupação que se apresenta com esse crescente número de idosos é o respeito à sua autonomia, para que, com isso, possa haver um cuidado específico para com a pessoa idosa, com sua aquiescência, e a conseqüente preservação da sua dignidade. Desde o Relatório Belmont (THE NATIONAL..., 1978), a autonomia foi considerada como um princípio da bioética e, um ano após, Beauchamp e Childress (1994) escreveram sua obra intitulada *Principles of Biomedical Ethics*, na qual propuseram o Princípio da autonomia, teoria que abarca quatro princípios não absolutos, entre eles o respeito à autonomia.

A vulnerabilidade também é um ponto muito abordado a partir do prisma bioético, visto que o idoso faz jus a uma atenção especial, tanto do ponto de

vista médico como dos jurídico e social, por ser considerado um grupo vulnerável (LAKS; WERNER; MIRANDA-SÁ JR., 2006). Para garantir os direitos dos idosos e assim protegê-los, preservando o respeito a sua autonomia e a sua dignidade, inclusive visando o cuidado daqueles que, por algumas causas, ficam com sua autonomia reduzida por motivos de doença, faz-se necessário investigar novas situações em que o sujeito de direitos não esteja plenamente capaz de gerir a sua vida.

O Código Civil brasileiro apresenta as hipóteses em que a pessoa tem a sua capacidade decisória restringida pelo instrumento jurídico denominado interdição. Em se tratando de doenças psiquiátricas, tem-se, em idosos, a depressão como sendo a mais comum (BLAZER, 1994). Ela está associada ao maior risco de morbidade e mortalidade, ao maior uso do serviço de saúde, à autonegligência, à baixa adesão terapêutica e ao risco de suicídio (VERAS, 2002; TOLEDO; SANTOS NETO, 2006). Embora a depressão não seja contemplada no Código Civil brasileiro, a pessoa acometida dessa doença pode não estar no seu estado normal de tomada de decisão, o que pode fazer com que opte por ações diversas no período de acometimento da enfermidade e após o tratamento.

A depressão pode ser associada, muitas vezes, a outras enfermidades, como câncer, Doença de Parkinson, doenças mentais, uso medicamentoso, dentre outras (GONÇALVES; ANDRADE, 2010). Além disso, se pode considerar como fatores para a depressão a aposentadoria, o fim da vida reprodutiva e a morte de pessoas próximas (TOLEDO; SANTOS NETO, 2006; COHEN, 1994). Dessa forma, verifica-se que diferentes situações podem desencadear a doença em idosos com mais frequência, do ponto de vista psiquiátrico, podendo, com isso, alterar sua capacidade de escolha. A depressão maior poderá causar prejuízo no funcionamento de áreas importantes de sua vida, sendo que em casos graves poderá ocasionar pensamentos de morte ou morrer (AMERICAN..., 2013).

A autonomia exige plena consciência de si e a responsabilidade por seus atos. Diante da alta incidência de depressão em idosos, do aumento dessa população em nosso país e dos importantes efeitos jurídicos que as decisões causam na vida das pessoas, questiona-se se poderia a depressão

influenciar na decisão plena de vontade e, visando o cuidado do ser humano vulnerável, se seria a depressão maior uma causa para a interdição. Para responder esses questionamentos, é imprescindível que se estude a depressão vinculada ao processo decisório do idoso, antes e depois do tratamento. Assim, busca-se proteger o idoso de possíveis decisões que o prejudiquem, visando incluir uma nova causa de interdição parcial.

Em uma pesquisa realizada na base de dado SciELO, de 2010 a 2015 (29 de dezembro de 2015), pode-se verificar que somente 31 artigos foram publicados com a temática “autonomia” e “idosos”. Destes, nenhum aborda se o idoso tem a capacidade de decidir alterada ou não em ocasiões de diagnóstico de depressão. Essas pesquisas apontam a importância da preservação da autonomia do idoso em relação ao cuidado e à enfermagem, todavia não demonstram seu comprometimento em relação à depressão.

Na base de dados PubMed, cruzando os dados relativos à expressão “*decisional capacity*” e o vocábulo “*aged*”, foi possível encontrar, nos últimos cinco anos, 23 artigos distintos. Nenhum desses 23 estudos apontam o que aqui pretende-se investigar. Em sua maioria, abordam-se o consentimento informado e o comprometimento cognitivo.

Os dados apresentados demonstram que já se vem investigando, de diferentes pontos, a tomada de decisão do idoso. No entanto, ainda não foi analisado se há alteração de autonomia pelo fato de ele ter depressão.

Fisher *et al.* (2012) desenvolveram um interessante estudo, com auxílio do instrumento MacCAT-CR (instrumento qualitativo, de entrevista semiestruturada), para descobrir se os participantes da pesquisa compreendiam, tinham apreciação e raciocínio em relação ao consentimento para participar de uma pesquisa clínica. Esse trabalho poderia ser descrito como a compreensão do consentimento informado, pois questionavam o objetivo do estudo, os benefícios, riscos e o altruísmo em participar. Os autores buscaram saber se a pessoa participante sabia a diferença entre fazer parte de um estudo clínico e de um tratamento clínico. Nesse contexto, os participantes, todos com depressão, demonstraram um desempenho muito bom em consentir.

O que esta tese pretende refere-se a algo inédito. Inicialmente, o desenvolvimento e a validação de um instrumento capaz de mensurar a autonomia do idoso, não encontrado na literatura. Posteriormente, um comparativo com idosos diagnosticados com depressão maior, para verificar se a autonomia deles é alterada no momento em que estão com essa sintomatologia. Para isso, a escala desenvolvida abrange questões de atividade diária, de relacionamentos, questões financeiras e pessoais. O presente trabalho justifica-se pela necessidade de saber se a capacidade decisória do idoso é alterada quando ele está diagnosticado com depressão maior, havendo assim o intuito de buscar um cuidado desse indivíduo, potencialmente vulnerável, que se mostra cada mais frequente na nossa sociedade.

Nesse contexto, a presente tese buscou desenvolver e validar um instrumento de medida da autonomia no idoso e identificar se ela é preservada durante a depressão maior. O trabalho aqui desenvolvido é apresentado através da modalidade de dois artigos (um publicado e outro submetido), opção dentre os modelos disponibilizados pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica para o desenvolvimento de tese.

7 CONCLUSÃO

Após a realização desta pesquisa, foi possível concluir que:

- A ESCADE está apta para avaliar a capacidade de tomada de decisão.
- Os idosos deprimidos, após o tratamento, mostraram melhora na sua autonomia, de acordo com a ESCADE.
- Também foi possível verificar em comparação dos idosos deprimidos e o grupo-controle, que ocorreu mudança, tanto na autonomia total quanto nos domínios.

Assim, cabe ressaltar, ao final do trabalho desenvolvido, que a ESCADE pode ser um instrumento auxiliar aos magistrados, viabilizando um meio mais concreto de avaliação de pessoas envolvidas em pedidos judiciais de interdição. Também se presta para auxiliar nos pedidos de tomada de decisão apoiada, por ter apontado quatro domínios (atividade diária, gestão financeira, autogestão, bem-estar) que direcionam se a pessoa precisará, ou não, de apoio.

REFERÊNCIAS

- AGICH, George J. **Dependência e autonomia na velhice**: um modelo ético para o cuidado de longo prazo. Tradução de Luís Carlos Borges. São Paulo: São Camilo, 2008.
- ALVARENGA, Márcia Regina Martins; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; FACCENDA, Odival. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 497-503, 2012.
- ALVIM, J. E. Carreira. **Interdição e curatela de interditos**: teoria e prática. Curitiba: Juruá, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5. ed. DSM-5, 2013.
- AMORIM, Ana Mônica Anselmo de. **Manual de direito das famílias**. Curitiba: Juruá, 2016.
- BARCELOS-FERREIRA, Ricardo; IZBICKI, Rafael; STEFFENS, David C.; BOTTINO, Cássio M. C. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. **International Psychogeriatrics**, v. 22, n. 5, p. 712-726, 2010.
- BARRETO, Maurício Lima; ALMEIDA FILHO, Naomar de; VERAS, Renato Peixoto; BARATA, Rita Barradas (Orgs.) **Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- BEAUCHAMP, Tom L; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. New York: Oxford, 1994.
- BEEKMAN, Aartjan T. F.; DEEG, Dorly J. H.; VAN TILBURG, Theo; SMIT, Jan H.; HOOIJER, Chris; VAN TILBURG, Willem. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. **Journal of Affective Disorders**, v. 36, n. 5, p. 65-75, 1995.
- BLAZER, Dan German. Depression in late life: review and commentary. **Journal of Gerontology; Medical Sciences**, v. 58, n. 3, p. 249-265, 2003.
- _____. Depressão. In: ABRAMS, William B.; BERKOW, Ruth. **Manual Merck de Geriatria**. São Paulo: Roca, 1994. p. 1086-1096.
- BOTEGA, Neury José; FURLANETTO, Letícia Maria; FRÁGUAS JR., Renério. Depressão. In: BOTEGA, Neury José (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral**: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 294-318.

BOTTINO, Cássio Machado de Campos. The challenge of treating depression in the elderly. **International Clinical Psychopharmacology**, v. 18, Suppl. 1, p. S39-S45, 2003.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2013**. 2015a. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2013/notastecnicas.pdf. Acesso em: 29 dez. 2015.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. 2015b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 29 dez. 2015.

_____. **Lei n. 13.146 de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). 2015c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm#art123. Acesso em: 03 out. 2016.

_____. **Lei n. 13.105/2015, de 16 de março de 2015**. Código de Processo Civil. Brasília, DF, 16 de março de 2015. 2015d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13105.htm. Acesso em: 11 mar. 2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2010a.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados>. 2010b. Acesso em: 2 out. 2015.

_____. **Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 29 set. 2016.

_____. **Lei n. 10.741 de 1 de outubro de 2003**. Institui o Estatuto do Idoso. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 28 jun. 2015.

_____. **Lei n. 10.406 de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm. Acesso em: 17 jun. 2015.

_____. **Decreto n. 891 de 21 de novembro de 1938**. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/decreto_lei/891_38.htm. Acesso em: 23 out. 2015.

CARVALHO FILHO, Milton Paulo de. **Código Civil comentado**: doutrina e jurisprudência. São Paulo: Manole, 2010.

CAVANAUGH, Stephanie Von Ammon; FURLANETTO, Leticia M.; CREECH, Steven D.; POWELL, Lynda H. Medical illness, past depression, and present depression: a predictive triad for in- hospital mortality. **The American Journal of Psychiatry**, v. 158, n. 1, p. 43-8, 2001.

CLOTET, Joaquim; FEIJÓ, Anamaria Gonçalves dos Santos; OLIVEIRA, Marília Gerhardt **Bioética**: uma visão panorâmica. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

COHEN, Gene D. Alterações e padrões normais da doença psiquiátrica. In: ABRAMS, William B.; BERKOW, Ruth. **Manual Merck de Geriatria**. São Paulo: Roca, 1994. p. 1065-1075.

CUMMINGS, Sherry M. Predictors of psychological well-being among assisted living residents. **Health & Social Work**, v. 27, n. 4, p. 293-302, 2002.

DIAS, Maria Berenice. **Manual de direito das famílias**. 11. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Curso de direito civil**: famílias. 8. ed. Salvador: JusPodivm, 2016.

FISHER, Carl Erik; DUNN, Laura B.; CHRISTOPHER, Paul P.; HOLTZHEIMER, Paul E.; LEYKIN, Yan; MAYBERG, Helen S.; LISANBY, Sarah H.; APPELBAUM, Paul S. The ethics of research on deep brain stimulation for depression: decisional capacity and therapeutic misconception. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1265, p. 69-79, ago. 2012.

FURLANETTO, Leticia Maria; BRASIL, Marco Antônio. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 1, p. 8-19, 2006.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo curso de direito civil**: direito de família. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

GOLDIM, José Roberto. Bioética: origem e complexidade. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, v. 26, n. 2, p. 86-92, 2006.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito de Família**. São Paulo: Saraiva, 2002.

GONÇALVES, Valdênia Costa; ANDRADE, Kátia Lima. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 13, p. 289-299, 2010.

GRACIA, Diego. **Pensar a bioético**: metas e desafios. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2010.

KANT, Immanuel. **Grundlegung zur Metaphysik der Sitten**. Herausgegeben von Wilhem Weischedel, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1968.

LAKS, Jerson; WERNER, Jairo; MIRANDA-SÁ JR., Luiz Salvador. Psiquiatria forense e direitos humanos nos polos da vida: criança, adolescente e idosos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, Supl. II, p. S80-85, 2006.

LÔBO, Paulo. Com avanços legais, pessoas com deficiência mental não são mais incapazes. **Consultor Jurídico**, 2015. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2015-ago-16/processo-familiar-avancos-pessoas-deficiencia-mental-nao-sao-incapazes>. Acesso em: 3 out. 2016.

MACKINNON, Roger A; MICHELS, Robert; BUCKLEY, Peter J. **A entrevista psiquiátrica na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MEDEIROS, Maria Bernadette de Moraes. **Interdição civil: proteção ou exclusão**. São Paulo: Cortez, 2007.

MILL, John Stuart. **On Liberty I Essay on Bentham**. New York: A Meridian Book, 1974.

MIRANDA, Pontes de. **Tratado de Direito Privado**. Rio de Janeiro: Borsoi, 1999.

MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antônio Carvalho. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA. Volnei. **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 53-70.

O'CONNOR, Daniel W. Do older Australians truly have low rates of anxiety and depression? A critique of the 1997 National Survey of Mental Health and Wellbeing. The Royal **Australian and New Zealand College of Psychiatrists**, v. 40, n. 8, p. 623-631, 2006.

PASQUALI, Luiz *et al.* **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PINHO, Miriam Ximenes; CUSTÓDIO, Osvaldir; MACKLISSE, Marcia. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 1, p. 123-140, 2009.

POTTER, Van Rensselaer. **Fragmented Ethics and 'Bridge Bioethics'**. Hasting Center Report, v. 29, n. 1, p. 38-40, 1999.

_____. **Bioethics: bridge to the future**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1971.

PRÉVILLE, Michel; BOYER, Richard; GRENIER, Sébastien *et al.* The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. **La Revue canadienne de psychiatrie**, v. 53, n. 12, p. 822-832, 2008.

REICH, Warren Thomas. **Encyclopedia of Bioethics**. London: Collier California Press, 1983.

RIO GRANDE DO SUL. Câmara Cível, 7. **Agravo de Instrumento n. 70035614239**. Relator: Sérgio Fernando de Vasconcellos Chaves, Porto Alegre, 23 de junho de 2010. Disponível em: http://www.tjrs.jus.br/site_php/consulta/download/exibe_documento.php?numero_processo=70035614239&ano=2010&codigo=1127310. Acesso em: 24 nov. 2016.

_____. Grupo de Câmaras Cíveis, 4. Interdição. Requerida octogenária. **Embargos de Nulidade n. 70001343201**. Relator: Luiz Felipe Brasil Santos. Porto Alegre, 15 de dezembro de 2000. Disponível em: http://www.tjrs.jus.br/busca/?q=idoso+%2B+interdicao&tb=jurisnova&pesq=ementario&partialfields=tribunal%3ATribunal%2520de%2520Justi%25C3%25A7a%2520do%2520RS.%28TipoDecisao%3Aac%25C3%25B3rd%25C3%25A3o%7CTipoDecisao%3Amonocr%25C3%25A1tica%7CTipoDecisao%3Anull%29&requiredfields=&as_q=>. Acesso em: 22 out. 2015.

_____. Grupo de Câmaras Cível, 3. Interdição. Pródigo. **Embargos Infringentes n. 585034846**. Relator: Ruy Rosado de Aguiar Júnior, Porto Alegre, 22 de agosto de 1986. Disponível em: http://www.tjrs.jus.br/busca/?q=idoso+%2B+interdicao&tb=jurisnova&pesq=ementario&partialfields=tribunal%3ATribunal%2520de%2520Justi%25C3%25A7a%2520do%2520RS.%28TipoDecisao%3Aac%25C3%25B3rd%25C3%25A3o%7CTipoDecisao%3Amonocr%25C3%25A1tica%7CTipoDecisao%3Anull%29&requiredfields=&as_q=>. Acesso em: 22 out. 2011.

RIZZARDO, Arnaldo. **Direito de família**. São Paulo: Forense, 2014.

STRAIN, James; BLUMENFIELD, Michael. Challenges for consultation-liaison psychiatry in the 21st century. **Psychosomatics**, v. 49, n. 2, p. 93-96, 2008.

STREINER, David L.; NORMARN, Geoffrey R. **Health measurement scales**. 4. ed. Oxford: Oxford, 2008.

TARTUCE, Flávio. **Direito civil**: direito de família. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

THE NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. **The Belmont Report**. 1979. Disponível em: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>. Acesso em: 16 jun. 2013.

TOLEDO, Maria Alice Vilhena; SANTOS NETO, Leopoldo. Depressão no idoso. In: HARGREAVES, Luiz Henrique Horta (Org.). **Geriatria**. Brasília: PRODASEN, 2006. p. 545-552.

ULRICH, Luiz Eduardo Flores. **Depressão maior de início precoce ou tardio em idosos**: um estudo comparativo. 2012. 154 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

VERAS, Renato Peixoto. Atenção preventiva ao idoso: uma abordagem de saúde coletiva. In: PAPALETTO NETO, Matheus (Org.). **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 383-393.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing chronic diseases?** A vital investment Geneva; the organization, 2015.

_____. **The world health report**. Mental Health: New Understanding, New Hope. Lisboa, 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42390/4/WHR_2001_por.pdf. Acesso em: 15 nov. 2016.

ANEXOS

ANEXO A

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS)

PENCOE - PROGRAMA DE ENVELHECIMENTO CEREBRAL

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

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA
GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS-15)

Nome: _____

Nº no cadastro ESF: _____ Equipe ESF: _____

Data da entrevista: ____/____/____

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

Fontes: Yesavage 1982; Almeida, 1999; Paradedda 2005 e MS 2007

ANEXO B
Escala Vellore

QUESTÕES PARA O PACIENTE

"Sr(a)_____. Agora vamos fazer uma avaliação importante para a memória e outras perguntas de tarefas que o Sr(a) faz no seu dia-a-dia. Eu vou fazer as perguntas lendo como elas estão escritas aqui e preciso que o Sr(a) tenha bastante atenção. Tudo bem? Podemos começar com a primeira pergunta?"

1) "Fui ao mercado e trouxe uma banana, uma cadeira e uma moeda. O Sr(a) pode me dizer o que eu trouxe do mercado?"

Número de acertos: nenhuma palavra 1 palavra 2 palavras 3 palavras

"Eu quero que o (a) Sr(a) grave as três coisas que eu trouxe do mercado porque eu vou pedir para o Sr(a) se lembrar mais tarde."

**2) "Olhe para o meu rosto e faça exatamente o que eu fizer."
(o instrutor fecha os olhos por dois segundos e depois os abre).**

Conseguiu fazer corretamente: Sim Não

3) "O(A) sr(a) pode me dizer uma frase sobre a sua casa?"

Disse corretamente (mínimo: sujeito, verbo e complemento verbal) : Sim Não

4) "O(A) sr(a) pode me mostrar como o(a) Sr(a) acende a luz?"

Conseguiu fazer corretamente: Sim Não

5) "O(A) sr(a) pode me mostrar como o(a) Sr(a) penteia seu cabelo?"

Conseguiu fazer corretamente: Sim Não

6) Mostre ao entrevistado uma chave e pergunte: "O(a) Sr(a) pode me dizer o que é isto?"

Disse corretamente: Sim Não

7) "Feche os olhos. Eu vou colocar um objeto na sua mão. Pode me dizer o que o(a) Sr(a) tem na sua mão? (Entregar uma CANETA)

Disse corretamente: Sim Não

8) "O(A) Sr(a) pode pegar este papel com sua mão direita, dobrar ele ao meio e colocar em cima da mesa, do lado esquerdo?"

Número de acertos: nenhum comando 1 comando 2 comandos 3 comandos

9) "O(A) Sr(a) pode abrir este cadeado?"

Fez corretamente: Sim Não

10) "O(A) Sr(a) pode lembrar as três coisas que eu trouxe do mercado?"

Número de acertos: nenhuma palavra 1 palavra 2 palavras 3 palavras

ANEXO C
MINI PLUS (Versão Brasileira 5.0)

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

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

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 1994, 1998 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.

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A) : _____
PROTOCOLO NÚMERO: _____

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

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

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

MINI 5.0.0 / Brazilian Version / DSM-IV / Current

<i>MÓDULOS</i>	PERÍODOS EXPLORADOS
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 últimas semanas) + vida i
A.º EDM com características melancólicas	Atual (2 últimas semanas) <u>Opcional</u>
B. DISTIMIA	Atual (2 últimos anos)
C. RISCO DE SUICÍDIO	Atual (último mês)
D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO	Atual + vida inteira
E. TRANSTORNO DE PÂNICO	Vida inteira + atual (último mês)
F. AGORAFOBIA	Atual
G. FOBIA SOCIAL	Atual (último mês)
H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	Atual (último mês)
I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (último mês) <u>Opcional</u>
J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL	Atual (12 últimos meses)
K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) (Não	Atual (12 últimos meses)
L. SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira + atual
M. ANOREXIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)

N.	BULÍMIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
O.	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (6 últimos meses)	
P.	TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	<u>Opcional</u>

INSTRUÇÕES GERAIS

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

- **Entrevista:**

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

- **Apresentação:**

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

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

- **Convenções:**

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

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

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

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

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

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

• **Instruções de cotação :**

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

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

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

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

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| a | O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg)
COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO | NÃO | SIM | 3 |
| b | Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)? | NÃO | SIM | 4 |
| c | Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 5 |
| d | Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 6 |
| e | Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias? | NÃO | SIM | 7 |

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| f | Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 8 |
| g | Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ? | NÃO | SIM | 9 |

A4 **HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ?**
(ou 4 se A1 **OU** A2 = "NÃO")

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

<p>NÃO</p> <p>SIM</p> <p><i>EPISÓDIO</i></p> <p><i>DEPRESSIVO</i></p> <p><i>MAIOR</i></p> <p><i>ATUAL</i></p>

- | | | | | |
|-----|---|----------|-----|--------|
| A5a | Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]? | →
NÃO | SIM | 1
0 |
| b | Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses? | NÃO | SIM | 1
1 |

A5b É COTADA SIM ?

**NÃO
SIM**

**MAIOR
PASSADO**

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

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

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
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

Patrícia AMORIM
N.A. P. S. Novo Mundo
Avenida Manchester 2000
Jd Novo Mundo
74000 – Goiânia - Goiás
BRASIL

Tel: + 55 62 208 85 50
fax: + 55 62 285 43 60
e-mail: p.amorim@persogo.com.br

David SHEEHAN
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@com1.med.usf.edu

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

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

A6	A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	1
	Durante este último período de depressão, quando se sentiu pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam	NÃO	SIM	2
	b ou o (a) alegravam?	→ NÃO	SIM	1 3

SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de se sentir melhor, mesmo temporariamente?

A6a OU A6b SÃO COTADAS SIM ?

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

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

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

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

A7	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	1 4
	b Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior de manhã ?	NÃO	SIM	1 5
	c Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, tendo dificuldade em voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1 6
	d A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	1 7
	e A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	1 8
	f Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	1 9

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO	SIM
<i>EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR com Características Melancólicas ATUAL</i>	

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

B. DISTIMIA

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

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	2 0
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante mais de 2 meses ?	NÃO	→ SIM	2 1
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	2 2
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	2 3
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	2 4
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	2 5
e	Tem dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões ?	NÃO	SIM	2 6
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	2 7
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM B3?	→ NÃO	SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→ NÃO	SIM	2 8

B4 É COTADA SIM?

<p>NÃO SIM</p> <p><i>DISTIMIA ATUAL</i></p>
--

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

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

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

Ao longo da sua vida:

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

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

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

C1 ou C2 ou C6 = SIM : LEVE

C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO

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

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO	
<i>ATUAL</i>	
<i>LEVE</i>	<i>o</i>
MODERADO	<i>o</i>
<i>Elevado</i>	<i>o</i>

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

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

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

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

a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7

d Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...) ?	NÃO	SIM	11

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

HÁ PELO MENOS **3 RESPOSTAS "SIM"** EM **D3**

OU **4** SE **D1a** = “NÃO” (EPISÓDIO PASSADO) OU **D1b** = “NÃO” (EPISÓDIO ATUAL) ?



NÃO SIM

D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana e lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas? COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	12
--	-----	-----	----

D4 É COTADA “NÃO” ?

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

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

D4 É COTADA “SIM” ?

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO **SIM**

**EPISÓDIO
MANÍACO**

Atual

Passado

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

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

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

m	Tinha ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	16
E5	HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
	SE E5 = "NÃO", PASSAR a E7.			
E6	Durante o último mês, teve pelo menos 2 dessas crises de ansiedade, e sentia um medo constante de ter outra crise ?	NÃO	SIM	1 7
	SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.			
E7	HÁ 1, 2 OU 3 "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	1 8
				<i>Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira</i>

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

F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, sobre uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	1 9
----	--	-----	-----	--------

SE F1 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM F2.

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

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “NÃO”

e

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

NÃO SIM

**TRANSTORNO DE
PÂNICO sem
Agorafobia
ATUAL**

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM”

e

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

NÃO SIM

**TRANSTORNO DE
PÂNICO com
Agorafobia
ATUAL**

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM”

e

E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA “NÃO” ?

NÃO SIM

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

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

G. FOBIA SOCIAL

G1 Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?

→
NÃO SIM 1

G2 Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?

→
NÃO SIM

G3 Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?

→
NÃO SIM

G4 Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais? NÃO SIM

G4 É COTADA “SIM” ?

NÃO SIM
FOBIA SOCIAL
ATUAL

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

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

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

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

SE H1 = “NÃO”, PASSAR A H4.

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

SE H2 = “NÃO”, PASSAR A H4

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

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

H3 OU H4 SÃO COTADAS “SIM” ?

→
NÃO SIM

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

→
NÃO SIM

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

H6 É COTADA “SIM” ?

NÃO SIM

**TRANSTORNO
OBSESSIVO-
COMPULSIVO
ATUAL**

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

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

I1	Alguma vez viveu ou foi testemunha ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física?	NÃO	SIM	1
----	--	-----	-----	---

EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO,

ATENTADO, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE

SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...

I2	Durante o último mês, pensou frequentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou frequentemente teve a impressão de revivê-lo?	NÃO	SIM	2
----	--	-----	-----	---

I3 Durante o último mês:

a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades em lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6 7
e	Teve dificuldade em sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, de que já não encararia o futuro da mesma maneira?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM I3 ?		NÃO	SIM

I4 Durante o último mês:

a	Teve dificuldade para dormir ?	NÃO	SIM	
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	
c	Teve dificuldades em concentrar-se?	NÃO	SIM	
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM I4		NÃO	SIM

I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	
----	---	-----	-----	--

I5 É COTADA SIM?

**NÃO
SIM**

**TRANSTORNO
DE ESTRESSE
PÓS-
TRAUMÁTICO
ATUAL**

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

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

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

J2 Durante os últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ? | NÃO | SIM | 2 |
| b | Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a) ?
Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? | 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 outros por causa da bebida ? | NÃO | SIM | 7 |

g Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM 8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL	

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

J3 Durante os últimos 12 meses:

a Ficou embriagado ou de “ressaca” várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 9

COTAR "**SIM**" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS

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

b Alguma vez esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ? NÃO SIM

c Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido? NÃO SIM

d Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?

NÃO
SIM

*ABUSO DE
ÁLCOOL*

ATUAL

LISTA DE SUBSTÂNCIAS

ANFETAMINA

BRANCA

CANNABIS

BASEADO

COCAÍNA

CODEÍNA

COLA

CRACK

MACONHA

MERLA

ECSTASY

ERVA

ÉTER

GASOLINA

HAXIXE

HEROÍNA

L.S.D.

MARIJUANA

MESCALINA

METADONA

MORFINA

ÓPIO

PCP

PÓ

RITALINA

COGUMELO

SPEEDS

TEGISEC

TOLUENO

TRICLOROETILENO

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

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

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBTÂNCIA CONSUMIDA

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

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

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

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

Solventes voláteis: “cola”, éter.

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

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

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

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

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

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):

CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE

SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA

- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):

SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

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

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

- b Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS 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 qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? NÃO SIM 2
COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO
- c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia? NÃO SIM 3
- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]? 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 ainda pensando nessas coisas? NÃO SIM 5

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

- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da(s) droga(s)? NÃO SIM 6
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM 7

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS(S)	
ATUAL	

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

NÃO  SIM

K3 Durante os últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|----|
| a | Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado” com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? | NÃO | SIM | 8 |
| COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS | | | | |
| b | Alguma vez esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? | NÃO | SIM | 9 |
| c | Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]? | NÃO | SIM | 10 |
| d | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A 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 | 11 |

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) :

NÃO SIM

**ABUSO DE
SUBSTÂNCIAS(S)
ATUAL**

L. SÍNDROME PSICÓTICA

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

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

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

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

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

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

			BIZARRO	
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO SIM	SIM	1
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO SIM	SIM ^L6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO SIM	SIM	3
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO SIM	SIM ^L6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído?	NÃO	SIM	5
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM ^L6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM	7
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM ^L6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR “SIM” APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRÍACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA , DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO SIM	SIM	9
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR “SIM” “BIZARRO” UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes a falar entre elas?	NÃO SIM	SIM	11
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO SIM	SIM SIM ^L8a	12

L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado?	NÃO SIM	13
COTAR “SIM” SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.			
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO SIM	14
<u>OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:</u>			
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO SIM	15
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO SIM	16
L10	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO SIM	17
L11	DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS : UMA QUESTÃO « b » COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « b » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ?	NÃO SIM SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL	
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO « a » COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « a » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ? (VERIFICAR SE OS 2 SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA “SIM” ?	NÃO SIM SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA	
L13a	SE L12 É COTADA “SIM” E SE HÁ PELO MENOS UM “SIM” DE L1 A L7:		
O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4) OU PASSADO (A5b) OU UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4) ?			
		→ NÃO SIM	
b	SE L13a É COTADA “SIM”: Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / particularmente irritável. Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram somente durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / irritável ?	→ NÃO SIM	18

SE L13a É COTADA “SIM”:

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

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

d L13b OU L13c SÃO COTADAS “SIM”?

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

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

M. ANOREXIA NERVOSA

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

Durante os últimos 3 meses:

M2	Recusou-se a engordar , embora pesasse pouco ?	→	NÃO	SIM	2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais ?	→	NÃO	SIM	3
M4a	Achou que era ainda muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?		NÃO	SIM	4
b	A sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?		NÃO	SIM	5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?		NÃO	SIM	6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	→	NÃO	SIM	
M6	PARA AS MULHERES APENAS: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	→	NÃO	SIM	7

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

NÃO SIM
ANOREXIA NERVOSA
ATUAL

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

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

(15% DE REDUÇÃO EM RELAÇÃO AO PESO NORMAL)

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

N. BULIMIA NERVOSA

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	8
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	9
N3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ NÃO	SIM	10
N4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ NÃO	SIM	11

N5	A opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	12
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)? SE N6 = “NÃO”, PASSAR A N8	NÃO	SIM	13
N7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kg* ?	NÃO	SIM	14

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

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

NÃO SIM

**BULIMIA NERVOSA
ATUAL**

N7 É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM

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

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

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

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

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

b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2				
O2	Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	3				
DE O3 A O3f COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO QUADRO DOS TRANSTORNOS EXPLORADOS ANTERIORMENTE								
O3	Nos últimos seis meses, quando se sentia particularmente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), freqüentemente:							
a	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4				
b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5				
c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6				
d	Tinha dificuldade em concentrar-se ou ter esquecimentos / “dar branco” ?	NÃO	SIM	7				
e	Ficava particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8				
f	Tinha problemas de sono (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9				
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL	
NÃO	SIM							
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL								

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

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

P1 Antes dos 15 anos:

a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1
---	---	-----	-----	---

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

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?

→
NÃO SIM

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

Depois dos 15 anos:

a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para assegurar o mínimo necessário?	NÃO	SIM	7
b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c	Freqüentemente foi violento fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	NÃO	SIM	9
d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	NÃO	SIM	10
e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11
f	Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL VIDA INTEIRA	

REFERÊNCIAS

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 interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

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.

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. *Journal of Clinical 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.

As versões originais francesa e inglesa do MINI / DSM IV foram traduzidas e podem pedir-se aos autores (ver página 3). Uma versão CIM-10 do MINI está também disponível em francês, inglês e dinamarquês.

Traduções	M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores	M.I.N.I. 5.0, M.I.N.I. PLUS, M.I.N.I. screen
Afrikaans		R. Emsley
Alemão	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		En préparation
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Brasileiro	P. Amorim	P. Amorim
Búlgaro		L.G. Hranov
Catalão		En préparation
Chinês		L. Caroll
Croata		En préparation
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rahola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	En préparation
Galês		En préparation
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		K. Batra, S. Gambir
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Italiano	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, P. Donda, A. Rossi, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano
Japonês		H. Watanabe
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Holandês/ Flamenco	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Megen

Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. Leiknes, U. Malt, E. Malt
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim, T. Guterres	T. Guterres, P. Levy, P. Amorim
Punjabi		S. Gambir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble
Checo	P. Zvolsky	P. Zvolsky
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		S. Gambir

O M.I.N.I. foi desenvolvido simultaneamente em francês e inglês. O desenvolvimento e a validação do M.I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pela CNAM (701061), os laboratórios SmithKline Beecham e a U.E. Imp. 18.10

ANEXO D

Exame Cognitivo de Addenbrooke



27342

5

EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE - VERSÃO REVISADA

FLUÊNCIA VERBAL - Letra "P" e Animais																						
<p>➤ Letras</p> <p>Diga: "Eu vou lhe dizer uma letra do alfabeto e eu gostaria que você dissesse o maior número de palavras que puder começando com a letra, mas não diga nomes de pessoas ou lugares. Você está pronto(a) ? Você tem um minuto e a letra é "P".</p>				[Escore 0-7] <input type="text"/>																		
0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg	<table border="1"> <tr><td>>17</td><td>7</td></tr> <tr><td>14-17</td><td>6</td></tr> <tr><td>11-13</td><td>5</td></tr> <tr><td>8-10</td><td>4</td></tr> <tr><td>6-7</td><td>3</td></tr> <tr><td>4-5</td><td>2</td></tr> <tr><td>2-3</td><td>1</td></tr> <tr><td><2</td><td>0</td></tr> <tr><td>total</td><td>acertos</td></tr> </table>	>17	7	14-17	6	11-13	5	8-10	4	6-7	3	4-5	2	2-3	1	<2	0	total	acertos
>17	7																					
14-17	6																					
11-13	5																					
8-10	4																					
6-7	3																					
4-5	2																					
2-3	1																					
<2	0																					
total	acertos																					
<p>➤ Animais</p> <p>Diga: "Agora você poderia dizer o maior número de animais que conseguir, começando com qualquer letra?"</p>				[Escore 0-7] <input type="text"/>																		
0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg	<table border="1"> <tr><td>>21</td><td>7</td></tr> <tr><td>17-21</td><td>6</td></tr> <tr><td>14-16</td><td>5</td></tr> <tr><td>11-13</td><td>4</td></tr> <tr><td>9-10</td><td>3</td></tr> <tr><td>7-8</td><td>2</td></tr> <tr><td>5-6</td><td>1</td></tr> <tr><td><5</td><td>0</td></tr> <tr><td>total</td><td>acertos</td></tr> </table>	>21	7	17-21	6	14-16	5	11-13	4	9-10	3	7-8	2	5-6	1	<5	0	total	acertos
>21	7																					
17-21	6																					
14-16	5																					
11-13	4																					
9-10	3																					
7-8	2																					
5-6	1																					
<5	0																					
total	acertos																					
LINGUAGEM - Compreensão																						
<p>➤ Mostrar a instrução escrita e pedir ao indivíduo para fazer o que está sendo mandado (não auxilie se ele pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando):</p>				[Escore 0-1] <input type="text"/>																		
<h1>Feche os olhos</h1>																						
<p>➤ Comando :</p> <p>" Pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque -o no chão."</p> <p>Dar um ponto para cada acerto. Se o indivíduo pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.</p>				[Escore 0-3] <input type="text"/>																		
LINGUAGEM - Escrita																						
<p>➤ Peça ao indivíduo para escrever uma frase: Se não compreender o significado, ajude com: <i>alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer.</i> Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos. Dar um ponto.</p>				[Escore 0-1] <input type="text"/>																		



27342

5

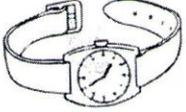
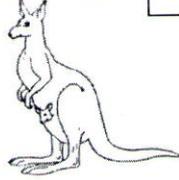
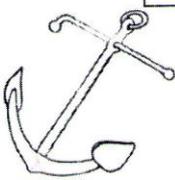
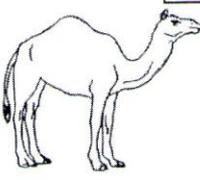
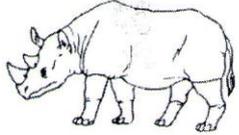
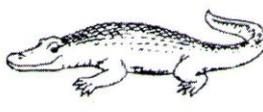
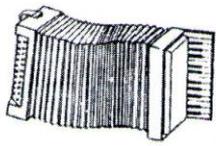
EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE - VERSÃO REVISADA

FLUÊNCIA VERBAL - Letra "P" e Animais																						
<p>➤ Letras</p> <p>Diga: "Eu vou lhe dizer uma letra do alfabeto e eu gostaria que você dissesse o maior número de palavras que puder começando com a letra, mas não diga nomes de pessoas ou lugares. Você está pronto(a) ? Você tem um minuto e a letra é "P".</p>				[Escore 0-7] <input type="text"/>																		
0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg	<table border="1"> <tr><td>>17</td><td>7</td></tr> <tr><td>14-17</td><td>6</td></tr> <tr><td>11-13</td><td>5</td></tr> <tr><td>8-10</td><td>4</td></tr> <tr><td>6-7</td><td>3</td></tr> <tr><td>4-5</td><td>2</td></tr> <tr><td>2-3</td><td>1</td></tr> <tr><td><2</td><td>0</td></tr> <tr><td>total</td><td>acertos</td></tr> </table>	>17	7	14-17	6	11-13	5	8-10	4	6-7	3	4-5	2	2-3	1	<2	0	total	acertos
>17	7																					
14-17	6																					
11-13	5																					
8-10	4																					
6-7	3																					
4-5	2																					
2-3	1																					
<2	0																					
total	acertos																					
<p>➤ Animais</p> <p>Diga: "Agora você poderia dizer o maior número de animais que conseguir, começando com qualquer letra?"</p>				[Escore 0-7] <input type="text"/>																		
0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg	<table border="1"> <tr><td>>21</td><td>7</td></tr> <tr><td>17-21</td><td>6</td></tr> <tr><td>14-16</td><td>5</td></tr> <tr><td>11-13</td><td>4</td></tr> <tr><td>9-10</td><td>3</td></tr> <tr><td>7-8</td><td>2</td></tr> <tr><td>5-6</td><td>1</td></tr> <tr><td><5</td><td>0</td></tr> <tr><td>total</td><td>acertos</td></tr> </table>	>21	7	17-21	6	14-16	5	11-13	4	9-10	3	7-8	2	5-6	1	<5	0	total	acertos
>21	7																					
17-21	6																					
14-16	5																					
11-13	4																					
9-10	3																					
7-8	2																					
5-6	1																					
<5	0																					
total	acertos																					
LINGUAGEM - Compreensão																						
<p>➤ Mostrar a instrução escrita e pedir ao indivíduo para fazer o que está sendo mandado (não auxilie se ele pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando):</p>				[Escore 0-1] <input type="text"/>																		
<h1>Feche os olhos</h1>																						
<p>➤ Comando :</p> <p>" Pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque -o no chão."</p> <p>Dar um ponto para cada acerto. Se o indivíduo pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.</p>				[Escore 0-3] <input type="text"/>																		
LINGUAGEM - Escrita																						
<p>➤ Peça ao indivíduo para escrever uma frase: Se não compreender o significado, ajude com: <i>alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer.</i> Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos. Dar um ponto.</p>				[Escore 0-1] <input type="text"/>																		

L I N G U A G E M F L U E N C I A



LINGUAGEM - Repetição	
<p>➤ Peça ao indivíduo para repetir: “hipopótamo”; “excentricidade”; “ininteligível”; “estatístico”. Diga uma palavra por vez e peça ao indivíduo para repetir imediatamente depois de você. Pontue 2, se todas forem corretas; 1, se 3 forem corretas; 0, se 2 ou menos forem corretas.</p>	[Escore 0-2] <input type="text"/>
<p>➤ Peça ao indivíduo que repita: “Acima, além e abaixo”</p>	[Escore 0-1] <input type="text"/>
<p>➤ Peça ao indivíduo que repita: “Nem aqui, nem ali, nem lá”</p>	[Escore 0-1] <input type="text"/>

LINGUAGEM - Nomeação	
<p>➤ Peça ao indivíduo para nomear as figuras a seguir:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">  <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">  <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">  <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;">  <input type="text"/> </div> </div>	<div style="margin-bottom: 20px;"> [Escore 0-2] caneta + relógio <input type="text"/> </div> <div> [Escore 0-10] <input type="text"/> </div>

M E A G U G N I N G L I N G U A G E M

LINGUAGEM - Compreensão	
<p>➤ Utilizando as figuras acima, peça ao indivíduo para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apontar para aquela que está associada com a monarquia _____ • Apontar para aquela que é encontrada no Pantanal _____ • Apontar para aquela que é encontrada na Antártica _____ • Apontar para aquela que tem uma relação náutica _____ 	[Escore 0-4] <input type="text"/>



27342

EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE - VERSÃO REVISADA

5

LINGUAGEM - Leitura

- Peça ao indivíduo para ler as seguintes palavras: [Pontuar com 1, se todas estiverem corretas]

[Escore 0-1]

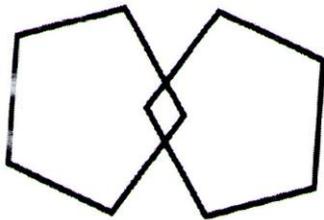
táxi
testa
saxofone
fixar
ballet

L I N G U A G E M

HABILIDADES VISUAIS-ESPACIAIS

- **Pentágonos sobrepostos:** Peça ao indivíduo para copiar o desenho e para fazer o melhor possível.

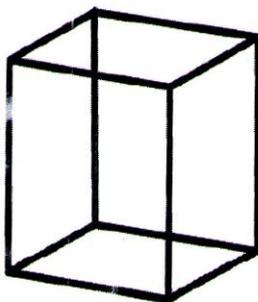
[Escore 0-1]



V I S U A L - E S P A C I A L

- **Cubo:** Peça ao indivíduo para copiar este desenho (para pontuar, veja guia de instruções)

[Escore 0-2]



- **Relógio:** Peça ao indivíduo para desenhar o mostrador de um relógio com os números dentro e os ponteiros marcando 5:10 h. (para pontuar veja o manual de instruções: círculo = 1; números = 2; ponteiros = 2, se todos corretos)

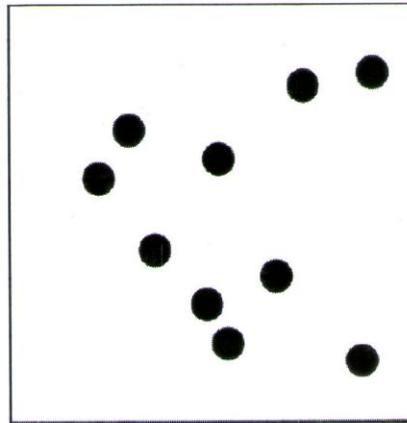
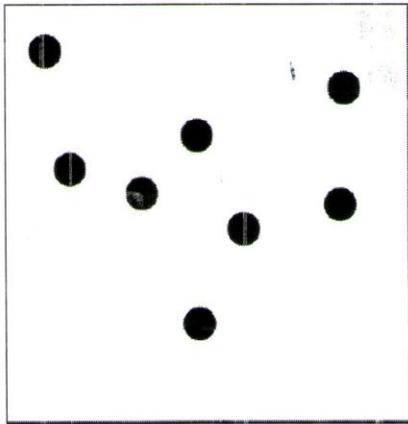
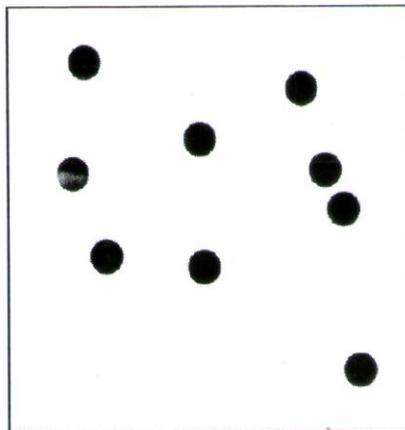
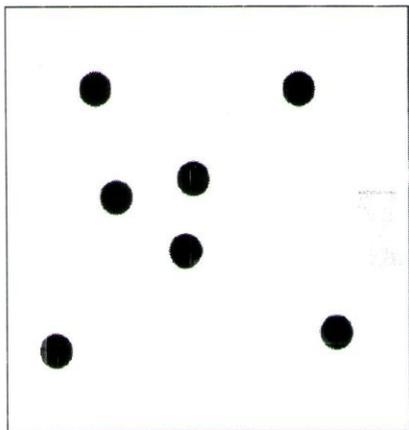
[Escore 0-5]



HABILIDADES PERCEPTIVAS

➤ Peça ao indivíduo para contar os pontos sem apontá-los.

[Escore 0-4]

V I S U A L - E S P A C I A L

ANEXO E

Aprovação da Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da
PUCRS



SIPESQ
Sistema de Pesquisas da PUCRS



Código SIPESQ: 5759

Porto Alegre, 5 de junho de 2014.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "AUTONOMIA DO IDOSO: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DA TOMADA DE DECISÃO EM INDIVÍDUOS DIAGNOSTICADOS COM DEPRESSÃO MAIOR" coordenado por IRENIO GOMES DA SILVA FILHO. Caso este projeto necessite apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e/ou da Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP/CEUA, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

ANEXO F

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AUTONOMIA DO IDOSO: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DA TOMADA DE DECISÃO EM INDIVÍDUOS DIAGNOSTICADOS COM DEPRESSÃO MAIOR

Pesquisador: IRENIO GOMES DA SILVA FILHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24134013.0.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 452.964

Data da Relatoria: 08/11/2013

Apresentação do Projeto:

O presente trabalho ocorrerá em três etapas: criação do instrumento de pesquisa (para avaliar autonomia do idoso), validação do instrumento e aplicação do instrumento validado em idosos com depressão maior, para avaliar a autonomia.

Conjuntamente ao crescente número da população idosa verifica-se um elevado índice de diagnósticos de depressão maior. Assim, surge uma preocupação em relação ao respeito à sua autonomia, para que, com isso, possa haver um cuidado específico para com a pessoa idosa, com sua aquiescência, e a conseqüente preservação da sua dignidade. Objetiva-se analisar a capacidade da tomada de decisão do idoso com depressão maior. Para tanto será aplicado um questionário para verificar se há alteração na autonomia da idoso, antes e após o tratamento para depressão maior.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a capacidade da tomada de decisão do idoso com depressão maior.

Elaborar um instrumento de pesquisa para avaliar a autonomia; (ETAPA I) e validar o questionário relativo a autonomia; (ETAPA II)

Descrever a autonomia quando o idoso está diagnosticado com depressão maior; (ETAPA III) descrever a autonomia após o tratamento psiquiátrico para a depressão maior; (ETAPA III)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681

Bairro:

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)320-3345

Fax: (513)320-3345

E-mail: cep@puhrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 452.964

Identificar se houve, ou não, alteração na autonomia do idoso no momento da depressão maior. (ETAPA III.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há.

Benefícios:

Caso identificado que a pessoa diagnosticada com depressão maior tem sua autonomia reduzida, possibilitará uma maior proteção no momento em que estiver com esses sintomas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sugestão. Rever alguns itens do Questionário de Autonomia, pois alguns itens são claramente referentes a independência e não a autonomia. E se os juízes não levarem estas questões conceituais em questão?

Há confusão entre hipótese nula e alternativa. Por que não apresentar apenas hipótese de pesquisa de maneira mais ampla? A hipótese nula é aquela que o pesquisador deseja rejeitá-la!

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Plenamente satisfatório.

Recomendações:

Aprofundar a parte conceitual sobre Autonomia. No texto é colocado a autonomia como uma variável dependente, mas trata-se de um construto em que são buscados os traços latentes para a sua identificação. O coeficiente Alfa de Cronbach não avalia construto conforme está no texto, mas a consistência interna do conjunto de itens do instrumento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Será necessário as três etapas propostas para a realização do Doutorado? As duas primeiras não seriam suficientes?

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Ipiranga, 6681

Bairro:

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)320--3345

Fax: (51)320--3345

E-mail: cep@puhrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 452.964

PORTO ALEGRE, 11 de Novembro de 2013

Assinador por:
caio coelho marques
(Coordenador)

Endereço: Av.Ipiranga, 6681

Bairro:

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)320--3345

Fax: (513)320--3345

E-mail: cep@puhrs.br

ANEXO G
Autorização do Chefe do Serviço

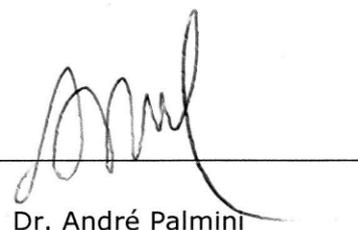
Porto Alegre, 17 de setembro de 2013.

Prezados Senhores,

Eu, André Palmini, Chefe do Serviço de Neurologia do Hospital São Lucas (HSL) da PUCRS, conheço o protocolo de pesquisa "AUTONOMIA DO IDOSO: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DA TOMADA DE DECISÃO EM INDIVÍDUOS DIAGNOSTICADOS COM DEPRESSÃO MAIOR" desenvolvida pela doutoranda Anelise Crippa Silva sendo o pesquisador responsável o Professor Dr. Irenio Gomes.

O início desta pesquisa, no Ambulatório de Envelhecimento Cerebral, só poderá ocorrer a partir da apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Atenciosamente,



Dr. André Palmini

Ao Comitê de Ética em Pesquisa
À Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia
Hospital São Lucas da PUCRS
Nesta Universidade

ANEXO H

Comprovante de publicação na Revista Kairós

Pedidos Judiciais relacionados à interdição de idosos

Juridical Appeals concerning interdiction of elderly

Anelise Crippa
Irenio Gomes

RESUMO: Interdição é um meio de suprimimento de capacidade para casos específicos em que a pessoa não mais poderá responder por seus atos, sejam da vida civil e/ou de gerência de bens. A presente investigação busca identificar os recursos judiciais de 2003-2013 envolvendo idosos e pedidos de interdição no Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Este instrumento ímpar deve ser mais respeitado e utilizado com parcimônia, sempre buscando o melhor interesse do idoso e sua proteção.

Palavras-chave: Idosos; Interdição; Jurisprudência.

ABSTRACT: *Interdiction is a way of outlawing specific cases in which the person can no longer answer for their actions, whether civil life and/or assets. This study aims to identify the juridical appeals from 2003 to 2013 involving elderly and interdiction at the Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (Justice Tribunal of Rio Grande do Sul). This unique instrument should be respected and used with caution, always aiming for the best interests of the elderly and their protection.*

Keywords: *Elderly; Interdiction; Jurisprudence.*

Introdução

O instrumento da interdição foi criado com o intuito de proteger o indivíduo. Seu objetivo é conceder proteção aos incapazes, resguardando seus interesses e dando garantia a terceiros que com eles venham a se relacionar, evitando nulidade em negócio jurídico (Salermo, 1981). Através do processo de interdição, é designada que uma pessoa passe a ser o curador, ou seja, a incapacidade será suprida pela representação do incapaz através de seu curador. O curador, portanto, terá o encargo legal de reger a pessoa e os bens, ou somente os bens de um indivíduo que não tem mais capacidade para fazê-lo (Pontes de Miranda, 2012).

Com o Código Civil de 2002, no qual se enfoca a pessoa humana, a curatela passou a ter, segundo Teixeira e Freire (2004), objetivo principal de proteger a pessoa e não mais unicamente o patrimônio, sendo justificada quando a pessoa não mais puder exercer sua liberdade. O que se observa no cotidiano é uma inversão neste importante instrumento, ocasionando que uma proteção se transforme em um motivador para que terceiros passem a ter a gerência sobre as finanças de alguém. Desta forma, a interdição só deve ser decretada após implacável investigação e certeza da necessidade deste suprimento de capacidade, para atender o melhor interesse do curatelado (Dimiz, 2011).

É consabido que o envelhecimento humano é um fenômeno crescente em nossa sociedade, ensejo este que nos leva a preocupação com a proteção deste ser mais vulnerável. No entanto, não é a velhice que incapacitará alguém, nem esta por si só poderá ser causa de extinção da capacidade civil, mas ela que desencadeará um estado de vulnerabilidade, expondo-o a uma situação de maior probabilidade de riscos (Peres, 2009). Esta condição de aumento de risco determina a vulnerabilidade que é “condição substancial e essencial ao humano” (Loch, Gauer, & Clotet, 2013, p.289). Com isso, o idoso será uma “vítima em potencial, pois se encontra especialmente exposto ao risco, em razão de seu estado, de sua fraqueza” (Barboza, 2009, p.113).

A interdição não se dá por meros motivos de senilidade. O envelhecimento deve ser visto e entendido como um processo normal e natural e não patológico. Todavia, algumas causas da interdição ocorrem com maior frequência com o avanço da idade, motivo este que leva a ter pedidos envolvendo idoso. Esta incapacidade deverá ser comprovada e reconhecida em juízo, sendo a sentença judicial que decretará a incapacidade ao idoso (Rodrigues, 2006).

O crescimento do número de idosos apresentado pelo censo demográfico de 2010 mostra que o número de idosos do Brasil deverá quadruplicar de 2013 para 2060, passando, os brasileiros, a ter uma expectativa de vida de 81 anos (BBC, 2013). O Rio Grande do Sul foi apresentado pelo censo como o estado brasileiro com a maior proporção de indivíduos com 60 anos ou mais e, em 2020, este percentual deverá representar 15% da população do Brasil (IBGE, 2011). Assim, uma preocupação que se apresenta com o aumento desta população é a proteção jurídica de sua capacidade civil.

Diante desta realidade de aumento da população idosa em nosso país, e visando a uma maior proteção destes indivíduos, questionamo-nos de que forma vem se dando os processos de interdição no estado do Rio Grande do Sul. O que se busca identificar são quais as doenças mais recorrentes que levam a esses pedidos, a decisão dos magistrados quanto ao deferimento ou não da interdição, o gênero dos idosos envolvidos e a quantidade de processos realizada nos últimos dez anos.

Para responder a estas inquietações, buscou-se analisar as jurisprudências disponibilizadas de 2003 a 2013, através de uma busca *online* no site do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (TJRS) com as palavras-chave *interdição + idosos*. Os dados foram armazenados em planilha Excel e, após, analisados pelo software SPSS, versão 17.0.

O processo de interdição no Brasil

De acordo com a legislação brasileira, é possível pedir a interdição de pessoas nas seguintes condições: a) diagnosticadas com enfermidade ou deficiência mental; b) que não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil; c) que por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade; d) deficientes mentais; e) ébrios habituais; f) viciados em tóxicos; g) excepcionais sem completo desenvolvimento mental; e h) pródigos (Código Civil, 2002).

Utilizando estes referidos critérios, identificam-se causas comuns a qualquer pessoa, independentemente da faixa etária. No entanto, doenças decorrentes de problemas cognitivos, e doenças que podem levar à perda do discernimento como, por exemplo, Acidentes Vasculares, são os mais frequentes em idosos.

Aos que sofrerem interdição por terem sido diagnosticados com alguma enfermidade ou deficiência mental, ou ainda os que não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil, terão restrição absoluta ou plena, ou seja, a restrição de sua capacidade será tanto para atos

da vida civil, como para a administração de bens. Este é o caso, por exemplo, dos diagnosticados com a doença de Alzheimer. A ocorrência desta restrição se dará a partir do momento da decretação da interdição.

Nesse sentido, explica Carvalho Filho (2010), quando o juiz decreta a curatela, no momento da sentença, ele estabelecerá os limites que ela terá, podendo ser relativa ou parcial, ou ampla ou plena, variando com a espécie de interdição (absoluta ou relativa).

Não basta ter alguma enfermidade e idade avançada para recorrermos à interdição. A velhice não é motivo para a interdição. Esses casos já eram negados no Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, mesmo na regência do Código de 1916, como podemos ver a seguir:

Interdição. Requerida octogenária. A interditanda, embora evidencie deficiências decorrentes da idade avançada, não tem afetada sua possibilidade de entendimento e manifestação de vontade em extensão tal que justifique a limitação de sua capacidade civil. E certo que, como toda a pessoa idosa, necessita de apoio, da assistência e do aconselhamento dos familiares, porém isto pode ocorrer sem que venha a ser decretada sua interdição. Desacolheram os embargos. (TJRS, 2000).

Em consonância a isso, o legislador prevê a curatela para aqueles que, por causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade, ou seja, aqueles que estiverem em coma e traumatismos que impossibilitem a manifestação de sua vontade. Também são exemplos os portadores de arteriosclerose ou paralisia avançada e irreversível (Carvalho Filho, 2010).

A interdição dos que por outra causa duradoura não puderem exprimir a sua vontade; dos deficientes mentais; dos ébrios habituais; dos viciados em tóxicos; dos excepcionais sem completo desenvolvimento mental; e dos pródigos, será relativa.

Os ébrios habituais são as pessoas que tem alguma dependência alcoólica, a ponto de terem seu entendimento profundamente alterado, podendo ter alucinações que prejudicam seus atos e negócios (Azevedo, 2003). Já os toxicômanos, tendo regulamentação desde 1921 com o decreto 4.294, são dependentes químicos, que usam recorrentemente drogas ilícitas, como, por exemplo, o crack e a cocaína.

É considerado pródigo aquele que dissipa seu patrimônio a ponto de atingir a sobrevivência de seus descendentes. Em alguns casos pode haver tentativas de interdição de idosos nesta hipótese que tem causa infundada, baseadas em motivos de interesse próprio, quando pai

ou mãe constitui novo relacionamento amoroso e os filhos, com vistas a uma possível futura herança, tentam reger o patrimônio de seu(sua) genitor(a).

Apesar de termos o Estatuto do Idoso – lei ordinária exclusivamente destinada aos idosos–, ele prevê apenas um caso especial quanto à tomada de decisão para beneficiar o idoso enfermo, devendo, portanto, utilizarmos o Código Civil. Esta proteção relacionada com o curador e a saúde do idoso diz que:

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I – pelo curador, quando o idoso for interditado;

II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público (Estatuto do Idoso, 2003).

Portanto, quando o idoso que se encontra doente não puder expressar sua vontade e escolher o tratamento que deseja ou não realizar, a primeira opção que o agente de saúde irá consultar será o curador. Isso independe da vontade dos familiares, caso seja divergente. Se antes de ser interditado, o idoso houver declarado de forma expressa a sua vontade em relação ao tratamento de saúde, através da Diretiva Antecipada de Vontade, esta deverá ser respeitada (Crippa, Buonicore, & Feijó, 2013).

O processo de interdição deverá ser promovido pelos pais ou tutores e pelo cônjuge, ou por qualquer parente. Esse rol não segue ordem de preferência, mas sim há legitimidade concorrente. Ele é taxativo, ou seja, terceiro estranho não poderá fazer o pedido. Quanto aos pais, não há necessidade dos dois requererem conjuntamente a interdição, sendo suficiente o pedido de um deles.

Há ainda a possibilidade de ser feito o pedido de interdição pelo Ministério Público (MP), porém, os casos em que o MP tem legitimidade para impetrar a ação são limitados. O Código Civil (2002), reza sobre estas situações específicas no artigo 1769:

Art. 1.769. O Ministério Público só promoverá interdição:

I - em caso de doença mental grave;

II - se não existir ou não promover a interdição alguma das pessoas designadas

nos incisos I e II do artigo antecedente;

III - se, existindo, forem incapazes as pessoas mencionadas no inciso antecedente.

Aquí, ao referirmos o MP, o Estatuto do Idoso abarcou em seu artigo 74, inciso II, esse órgão em especial para acompanhar e promover ações de interdição total e parcial e a designação de curador especial, quando necessário (Estatuto do Idoso, 2003). Esse órgão, porém, só promoverá a interdição nos casos em que não houver, ou não promoverem a ação, os pais, tutores, cônjuge ou parentes. Além de parente próximo, outro requisito é que seja maior e capaz. No caso de filhos menores que queiram promover essa ação, terão o seu pedido entendido como notícia do fato e, assim, o MP examinará os autos e, caso entenda que se trata de necessidade de interdição, assumirá a autoria da ação. Ao que tange aos terceiros, não poderão promover a interdição, mas sim comunicar ao MP casos que necessitem desse ato.

Sendo a interdição promovida pelo MP, haverá nomeação de um defensor ao que for supostamente considerado incapaz. Nos demais casos, quando outra pessoa for a proponente da ação de interdição, o próprio MP será o defensor. Isso ocorre para que os princípios do contraditório e da ampla defesa estejam presentes e sejam respeitados.

Para se certificar da incapacidade civil do curatelado, o juiz examinará pessoalmente, junto com especialistas, o arguido de incapacidade. Havendo a interdição, o juiz nomeará um curador e estabelecerá os limites da curatela (artigo 1772, do Código Civil).

Nos casos de pessoa casada, o cônjuge ou companheiro, não separado judicialmente ou, de fato, será curador do outro. Isso ocorrerá se entre os cônjuges existir harmonia e mútua compreensão, além da vida em comum. Se o cônjuge for desinteressado ou mau administrador e não dispuser da atenção e do cuidado necessário, o cargo recairá aos pais ou descendentes mais aptos.

Entre os descendentes, os mais próximos precedem aos mais remotos – conforme exposto no artigo 1775, do Código Civil. Caso não tenha nenhuma dessas pessoas citadas anteriormente, o juiz nomeará um curador (Código Civil, 2002). Se for necessária a nomeação de um terceiro, haverá a curatela dativa, porém um desconhecido nem sempre terá um nível satisfatório de eficiência, devido às dificuldades burocráticas e do zelo funcional de quem exerça a função (Rizzardo, 2005).

Observa-se, ainda, a seguinte regra: “artigo 1775: A autoridade do curador estende-se à pessoa e aos bens dos filhos do curatelado” (Código Civil, 2002).

Quando no exercício da curatela, o curador receberá os bens do curatelado mediante termo específico deles e seus valores, facultando ao juiz impor que seja prestada caução. Ao terminar

a curatela, ou quando exigido, o curador deverá devolver esses bens, incluindo seus acréscimos e rendimentos, se for o caso (Rizzardo, 2005).

O curador estará responsável por resguardar a vida, saúde, segurança, alimentação, vestuário e educação do curatelado, dentre outras necessidades que forem indispensáveis ao seu bem-estar, inclusive internando este, se for o caso, para recuperação em clínicas ou hospitais para se reestabelecer de seu estado de incapacidade. Além disso, também faz parte das incumbências do curador o recebimento de rendimentos e pensão, bem como o pagamento de despesas correspondentes à subsistência do interditado e o atendimento aos compromissos que já haviam sido assumidos, antes da decretação da interdição (Rizzardo, 2005).

Haverá a prestação de contas a cada dois anos e o balanço anual, com exceção para o curatelado casado em regime de comunhão universal de bens e sendo o curador o seu cônjuge. Neste caso, não será necessário prestar contas, salvo por determinação legal (Código Civil, 2002).

Importante ressaltar que a curatela limita-se à administração dos bens, não recaindo sobre a responsabilidade dos atos ilícitos praticados pelo curatelado, com exceção dos casos em que o curador tiver concorrido por negligência ou culpa no evento danoso (Rizzardo, 2005).

Para extinguir a interdição, o interditado poderá fazer um pedido de levantamento da interdição, devendo, para fundamentar esse pedido, ter a causa da incapacidade suprida. O juiz nomeará perito para examinar o interditado e, após, haverá uma audiência. Quando o pedido for procedente, será extinta a interdição ocorrendo, com isso, o levantamento da interdição (Câmara, 2005). No entanto, normalmente veem-se pedidos de interdição para pessoas diagnosticadas com doenças ainda irreversíveis, apesar da evolução da medicina, como é o exemplo do mal de Alzheimer, o que impossibilita que seja levantada a interdição.

No site do TJRS, estão disponibilizados todos os recursos feitos ao Tribunal do estado do Rio Grande do Sul. Quando a pessoa está inconformada com a decisão do juiz de primeiro grau (juízo *a quo*), ela pode pedir para que um magistrado de instância superior revise a decisão prolatada (juízo *ad quem*). Dessa forma, as pessoas ingressam com um recurso – havendo diversos tipos de recursos cabíveis, dependendo da situação -, para ver a decisão do seu pedido revista.

São esses pedidos de revisão que a população poderá ter acesso, através do site do TJRS, que dispõe de um sistema de busca. Portanto, não é que apenas foram ingressados com esses pedidos, mas apenas esses ficaram inconformados com a decisão e recorreram. Assim, muitos são os casos em que não houve inconformidade e, portanto, não há disponibilidade à população dos processos.

Diante dessa possibilidade de acesso aos recursos e das situações de interdição que ocorrem na nossa sociedade, foi realizada uma busca de todas as decisões disponibilizadas integralmente no período de 2003-2013. Para realizar esse estudo, buscaram-se as decisões através das palavras-chave *interdição + idosos*.

Foram encontrados 83 pedidos. Destes, foram excluídos 11 que não se referiam a interdição propriamente dita, mas a pedidos de alimentos, medicamentos e pedidos administrativos como conflito de competência entre comarcas e pedido de assistência judiciária gratuita. Dos 72 acórdãos referentes a processos de interdição envolvendo idosos, havia tanto processos em relação à interdição da pessoa idosa, quanto em relação à interdição de Instituições de Longa Permanência (ILPI). Isso ocorre uma vez que as ILPI's são objeto de fiscalização e precisam atender requisitos para que o seu funcionamento seja considerado adequado.¹ Dentre esses pedidos, integravam 40 comarcas distintas, sendo que a mais frequente foi a de Porto Alegre (30,6%).

Em relação ao sexo dos idosos envolvidos 19,4% são casos em que não constam informações de gênero, pois se referem a casos de ILPI ou situações em que não estava referido o sexo do idoso. Em 47,2% dos casos referiram-se a casos de mulheres e 33,3% de homens.

Foi decretada a interdição em 77,8% dos pedidos. Destas interdições, em se tratando do vínculo existente entre o curador e o idoso interditado, a maioria dos casos decretam como curadores os filhos (34,8%), seguindo de irmão(ã), conforme Tabela 1. Em 20,8% dos recursos não referiu o grau de vínculo com o idoso. Além disso, 19,4% corresponderam a casos relacionados com a interdição de ILPI.

¹ As ILPIs aparecem, via de regra, nos pedidos judiciais de "interdição + idosos", haja vista que se destinam ao acolhimento de idosos e podem ser interditadas (por mau funcionamento ou não adequação) e, também, idosos podem ser interditados, momento em que receberão um curador para suprir a sua incapacidade.

TABELA 1: Distribuição dos curadores, de acordo com o vínculo de proximidade ao idoso

CURADOR	N(%)
Filho(a)	25(34,8)
Irmão/irmã	5(7,0)
Companheiro(a)	3(4,2)
Proprietário ILPI	3(4,2)
Curador dativo	2(2,8)
Esposo(a)	1(1,4)
Pai	1(1,4)
Primo(a)	1(1,4)
Sobrinho(a)	1(1,4)
Neto(a)	1(1,4)
Referente à ILPI	14(19,4)
Não refere o curador	15(20,8)
TOTAL	72 (100)

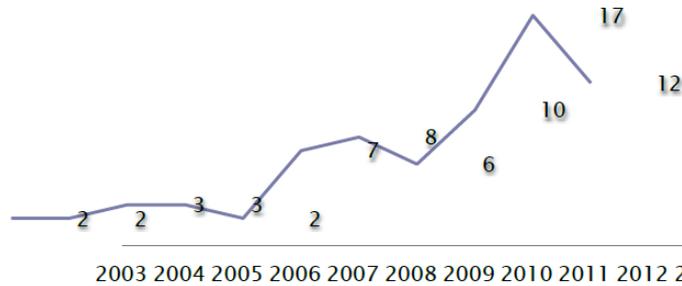
Em relação à decisão judicial, os pedidos podem ser considerados como deferidos (quando a pessoa ganha o que pediu), indeferidos (quando é negado o pedido do recurso), extinto (casos em que há alguma ilegalidade na ação), e prejudicado (quando algum fato impede o julgamento e não é mais possível analisar o pedido como, por exemplo, a morte de quem pediu).

Assim, o fato de ter um deferimento não está relacionado com a interdição, mas com o atendimento do pedido que pode ser tanto pela interdição, como pela troca de curador, ou, por exemplo, pela não interdição.

Dos pedidos judiciais analisados, 26 (36,1%) casos foram deferidos, 44 (61,1%) foram indeferidos, 1 (1,4%) foi extinto, e 1 (1,4%) foi prejudicado e não pôde ser julgado. O idoso ou a ILPI sofre interdição em 56 (77,8%) casos, não sofreu interdição em 15 (20,8%) dos pedidos, e em 1 (1,4%) não referiu interdição na decisão do magistrado.

A figura 1 ilustra a frequência com que as ações foram decididas, de acordo com o ano. Houve uma oscilação de 17 (23,6%) decisões em 2012 e 30 (2,8%) decisões, com inteiro teor de disponibilidade no site do TJRS em 2003, 2004 e 2007.

FIGURA 1: Frequência dos pedidos judiciais relacionados com *interdição + idosos*, correspondente a cada ano, no período de 2003-2013 (N=72)



Com relação ao ano das decisões e o número de interdições, na maioria dos anos o número de interdições foi superior ao de não interdições, com exceção de 2005. Nos anos de 2004, 2006 e 2007, as interdições chegaram a 100% dos casos. Apenas em 2005 as interdições correspondem a 33,3% das decisões.

Na maioria dos casos analisados, não havia a especificação de doença (62,5%); isso se deve ao fato de que alguns desses casos estavam relacionados genericamente com ILPI's, ou ainda, simplesmente por falta de informação da decisão.

Ressalta-se que isso ocorre porque os processos envolviam diversos quesitos da interdição, como a troca de curador, liberação da hipoteca legal, liberação de imóvel, pedido de perícia domiciliar, dentro outras questões administrativas da interdição. Entre os pedidos, não havia, de forma explícita, casos de interdição para ébrios, toxicômanos ou pródigos. Dos casos que mencionavam a doença em questão, a doença de Alzheimer foi o mais recorrente (12,5%), seguido de casos de AVC (6,9%), conforme a tabela 2:

TABELA 2: Distribuição das doenças relacionadas com os pedidos de interdição de idosos no TJRS, de 2003 a 2013

DOENÇAS	N(%)
Alzheimer	9 (12,5)
AVC	5 (6,9)
Deficiente mental	3 (4,2)
Transtorno mental	2 (2,8)
Depressão e Transtorno cognitivo	2 (2,8)
Parkinson e distúrbio cognitivo	2 (2,8)
Alienado mental	1 (1,4)
Isquemia cerebral	1 (1,4)
Esquizofrenia	1 (1,4)
Neoplasia	1 (1,4)
Recursos sem doença relatada/relacionada	45 (62,5)
TOTAL	72 (100,0)

As doenças referidas na tabela 2 foram as motivadoras que ensejaram os pedidos judiciais; no entanto, alguns casos não obtiveram êxito. Assim, não são essas doenças, necessariamente, ensejadoras de interdição, ou seja, não basta comprovar a existência de alguma dessas doenças para garantir que a pessoa será interdita, mas elas desencadearam os pedidos nos anos pesquisados.

Na tabela 3, pode-se identificar a quantidade de interdições correspondendo com cada uma das doenças que apareceram nos recursos judiciais. Em nenhum dos casos foi possível verificar significância; este dado, porém, pode estar relacionado com o baixo número de processos judiciais encontrados. Ocorreram casos em que mais de uma doença estava associada no mesmo processo, como por exemplo, depressão e transtorno cognitivo.

TABELA 3: Doenças que ensejaram os pedidos de interdição relacionados com a quantidade de interdição judicial

Doenças Informadas	Interdição de Idoso	
	Interditado N (%)	Não Interditado N (%)
Alzheimer	9 (100,0)	0
AVC	3 (60,0)	2 (40,0)
Deficiente Mental	2 (66,7)	1 (33,3)
Depressão	2 (100,0)	0
Transtorno cognitivo	4 (66,7)	2 (33,3)
Parkinson	1 (33,3)	2 (66,7)
Alienado mental	1 (100)	0
Isquemia cerebral	0	1 (100,0)
Esquizofrenia	1 (100,0)	0
Neoplasia	0	1 (100,0)

Pode-se verificar a relação do sexo dos idosos envolvidos com a decisão de interdição, ou não, na tabela 4. Identifica-se, com isso, que mais homens obtêm a interdição (91,3%) do que as mulheres (70,6%). No entanto, quando se compara os idosos – independentemente do sexo –, com as Instituições de Longa Permanência (ILPI), mostram-se ambos com elevado número de interdição.

TABELA 4: Relação de interdição com gênero do envolvido e do tipo de pessoa

	Interdição de Idoso		P
	Interditado N (%)	Não Interditado N (%)	
Sexo (N= 57)			0,035
Feminino	24 (70,6)	10 (29,4)	
Masculino	21 (91,3)	1 (4,3)	
Tipo de Pessoa (N= 72)			0,884
Pessoa Jurídica (ILPI)	11 (78,6)	3 (21,4)	
Pessoa Física (Idosos)	45 (77,6)	12 (20,7)	

P= teste do qui-quadrado

Considerações finais

Diante da realidade brasileira do crescente número de idosos, é necessário que haja uma maior preocupação com os meios legais criados para proteção deste grupo de indivíduos. O processo de interdição deve ser mais valorizado, tamanha sua importância e efeito na vida do curatelado. Este instrumento poderá ser tanto um benefício, suprimindo a falta da capacidade, como

um grande mal quando empregado de forma desmedida, beneficiando alguém que visa ao patrimônio do idoso. Assim, é imprescindível que haja uma apurada investigação antes da decretação da interdição.

O número de pedidos judiciais vem aumentando com o passar dos anos, como se pode verificar com o aumento do número de recursos judiciais. Cabe, com isso, atentarmos para as doenças que incapacitam e as que possam vir a limitar a capacidade civil do indivíduo, podendo se transformar em motivador para interdição. Dessa forma, poderá haver uma facilitação no diálogo entre a esfera médica e jurídica, buscando atender de forma mais célere e efetiva aos que necessitarem deste instrumento e aos que precisarem de uma proteção contra o abuso do mesmo.

Referências

- Azevedo, A.V. (2003). *Comentários ao Código Civil: parte especial, do direito de família*. São Paulo (SP): Saraiva (vol. 19).
- Barboza, H.H. (2009). Vulnerabilidade e Cuidado: aspectos jurídicos. In: Pereira, T.S., & Oliveira, G. *Cuidado & Vulnerabilidade*. São Paulo (SP): Atlas.
- BRASIL. *Estatuto do Idoso*. Lei n.º 10.741 de 1 de outubro de 2003. Recuperado em 09 maio, 2014, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm.
- Câmara, A.F. (2005). *Lições de direito processual civil*. (8ª ed.rev.atual). Rio de Janeiro (RJ): Lumen Juris (vol.3).
- Carvalho Filho, M.P. (2010). In: Peluso, Cezar. *Código Civil comentado: doutrina e jurisprudência*. São Paulo (SP): Manole.
- Crippa, A., Buonicore, G.P., & Feijó, A.G.S. (2013, jul.-set.). Diretivas Antecipadas de Vontade e a responsabilidade civil do médico. *Revista da AMRIGS*, 53(3), 344-348. Porto Alegre (RS): Associação Médica do Rio Grande do Sul.
- Diniz, F.P. (2011). *Direito dos idosos na perspectiva civil-constitucional*. Belo Horizonte (MG): Arraes.
- IBGE (2011). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010 [internet]. Recuperado em 02 maio, 2011, de: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.
- Loch, J.A., Gauer, G.J.C., & Clotet, J. (2013). Bioética, Dignidade Humana e Vulnerabilidade: a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO a partir de uma perspectiva Latino-Americana. In: Casado, M. *Sobre a Dignidade e os Princípios: análise da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO*. Porto Alegre (RS): EdUPUCRS.
- Peres, A.P.A.B. (2009). *Proteção aos idosos*. Curitiba (PR): Juruá.
- Pontes de Miranda, F.C. (2012). *Tratado de direito privado; parte especial*. Atualizada por Nery, R.M.A. São Paulo (SP): Editora Revista dos Tribunais, tomo IX.

RIO GRANDE DO SUL. *Embargos de Nulidade* n.º 70001343201. Quarto Grupo de Câmaras Cíveis. Tribunal de Justiça do RS. Relator: Luiz Felipe Brasil Santos. Julgado em 15/12/2000. Recuperado em 09 maio, 2014, de:

http://www.tjrs.jus.br/busca/?q=idoso+%2B+interdicao&tb=jurisnova&pesq=ementario&partialfields=tribunal%3ATribunal%2520de%2520Justi%25C3%25A7a%2520do%2520RS.%28TipoDecisao%3Aac%25C3%25B3rd%25C3%25A3o%7CTipoDecisao%3Amonocr%25C3%25A1tica%7CTipoDecisao%3Anull%29&requiredfields=&as_q=.

Rizzardo, A. (2005). *Direito de Família*. Rio de Janeiro (RJ): Forense.

Rodrigues, O.P. (2006). A pessoa idosa e sua convivência em família. *In: A ética da convivência família na efetividade no cotidiano dos tribunais*. Rio de Janeiro (RJ): Forense.

Salerno, E.S.C. (1981). *A interdição no direito brasileiro*. Rio de Janeiro (RJ): Forense.

Teixeira, A.C.B., & Freire, M.F.S. (2004, out./nov.). Fundamentos principiológicos do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Estatuto do Idoso. *Revista Brasileira de Direito de Família*, 6(26), Porto Alegre (RS): Síntese, IBDFAM, 18-24.

Recebido em 17/07/2014

Aceito em 20/09/2014

Anelise Crippa - Advogada. Especialista em Direito Processual Civil e em Direito de Família. Mestre em Gerontologia Biomédica. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da PUCRS. Pesquisadora do Laboratório de Bioética e de Ética Aplicada a Animais da PUCRS.

E-mail: anecrippa@gmail.com

Irenio Gomes - Médico neurologista. Pós-Doutor em Neurologia. Professor Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da PUCRS.

E-mail: irenio.filho@pucls.br

Entrada - anecrippa@gm... Sistema WebQualis - Port... Anaise

← → qualis.capes.gov.br/webqualis/publico/pesquisaPublicaClassificacao.seam

Apps ★ Bookmarks Ética em pesquisa c...

SICAPES SISTEMA INTEGRADO CAPES **WEBQUALIS** **WEBQUALIS** Login

Consultar ▾ Contatar Coordenadores Tela Inicial

Por ISSN do Periódico Por Título do Periódico **Por Classificação / Área de Avaliação** Lista Completa

Título: kairós

ISSN	Título	Estrato	Área de Avaliação	Classificação
2261-0758	Cultures-Kairós- Revue d'anthropologie des pratiques corporelles e des arts vivants	B2	HISTÓRIA	Atualizado
2261-0758	Cultures-Kairós- Revue d'anthropologie des pratiques corporelles e des arts vivants	B5	SOCIOLOGIA	Atualizado
2261-0758	Cultures-Kairós- Revue d'anthropologie des pratiques corporelles e des arts vivants	B5	INTERDISCIPLINAR	Atualizado
2261-0758	Cultures-Kairós- Revue d'anthropologie des pratiques corporelles e des arts vivants	B5	ANTROPOLOGIA / ARQUEOLOGIA	Atualizado
2261-0758	Cultures-Kairós- Revue d'anthropologie des pratiques corporelles e des arts vivants	C	EDUCAÇÃO	Atualizado
1807-5096	Kairós (Instituto Teológico-Pastoral do Ceará)	C	FILOSOFIA/TEOLOGIA:subcomissão FILOSOFIA	Atualizado
1807-5096	Kairós (Instituto Teológico-Pastoral do Ceará)	C	ADMINISTRAÇÃO, CIÊNCIAS CONTÁBEIS E TURISMO	Atualizado
1807-5096	Kairós (Instituto Teológico-Pastoral do Ceará)	C	PSICOLOGIA	Atualizado
1516-2567	Revista Kairós	B5	PSICOLOGIA	Atualizado
1516-2567	Revista Kairós	B2	INTERDISCIPLINAR	Atualizado

« « 1 2 3 4 » »

PT 08:11 15/06/2015

ANEXO I

Comprovante de submissão para Revista Ciência e Saúde Coletiva de qualis A2

Submission Confirmation



Thank you for your submission

Submitted to Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID CSC-2016-3148

Title AUTONOMIA DO IDOSO: ESCALA DE AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE DE DECISÃO

Authors Crippa, Anelise
Gomes, Irenio
Terra, Newton

Date Submitted 15-Nov-2016

ANEXO J

Comprovante de submissão para Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia de
qualis B2

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Manuscript ID RBGG-2016-0200

Title DECISIONAL CAPACITY ASSESSMENT FOR THE ELDERLY DIAGNOSED WITH MAJOR DEPRESSION

Authors Crippa, Anelise
GOMES, IRENIO
Terra, Newton

Date Submitted 15-Nov-2016