

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

LUIZ EDUARDO FLORES ULRICH

**DEPRESSÃO MAIOR DE INÍCIO PRECOCE OU TARDIO EM IDOSOS: UM
ESTUDO COMPARATIVO**

PORTO ALEGRE

2012

LUIZ EDUARDO FLORES ULRICH

**DEPRESSÃO MAIOR DE INÍCIO PRECOCE OU TARDIO EM IDOSOS: UM
ESTUDO COMPARATIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Biomédica.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto

PORTO ALEGRE

2012

FICHA CATALOGRÁFICA

U45d Ulrich, Luiz Eduardo Flores
Depressão maior de início precoce ou tardio em idosos: um estudo comparativo. / Luiz Eduardo Flores Ulrich. Porto Alegre: PUCRS, 2012.

154 f.: tab. Inclui artigo de periódico submetido à publicação.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto.

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

1. TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR/epidemiologia. 2. TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR/etiologia. 3. DEPRESSÃO. 4. IDADE DE INÍCIO. 5. SINTOMAS. 6. FATORES DE RISCO. 7. SUICÍDIO. 8. IDOSO. 9. GERIATRIA. 10. GERONTOLOGIA. 11. ESTUDO COMPARATIVO. 12. ESTUDOS TRANSVERSAIS. 13. ESTUDOS PROSPECTIVOS. I. Cataldo Neto, Alfredo. II. Título.

C.D.D. 618.97689
C.D.U. 616.89-008.454-053.9(043.2)
N.L.M. WM 207

LUIZ EDUARDO FLORES ULRICH

DEPRESSÃO MAIOR DE INÍCIO PRECOCE OU TARDIO EM IDOSOS: UM ESTUDO COMPARATIVO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Biomédica.

Aprovada em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Irênio Gomes da Silva Filho - PUCRS

Prof. Dr. Armin von Gunten - University of Lausanne

Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto - PUCRS

Porto Alegre

2012

Dedico esta dissertação
Aos meus pais, origem de tudo,
À minha esposa, razão de tudo.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos:

Ao Professor Cataldo, meu orientador, cuja segurança, presença e serenidade foram um verdadeiro farol nessa extraordinária aventura.

Aos Professores Irênio Gomes da Silva Filho, Carla Helena Schwanke e Ângelo Bós pela valiosa colaboração e pelo apoio.

Ao grande colega e amigo Eduardo Lopes Nogueira pelo espírito científico exemplar, além da sempre generosa atenção e coleguismo.

RESUMO

Introdução: A depressão maior é um dos transtornos mentais mais relevantes em idosos. Alguns autores propõem que a distinção entre casos de depressão maior de início precoce e de início tardio é justificada por diferenças na etiologia, quadro clínico e comorbidades. Tais diferenças ainda não estão bem esclarecidas, havendo discordâncias entre os estudos. **Objetivos:** Investigar as características distintivas entre idosos com depressão maior de início precoce e de início tardio quanto a fatores sociodemográficos, autopercepção de saúde, fatores de risco cardiovascular, déficit cognitivo, história familiar de depressão, sintomas depressivos, características melancólicas, risco de suicídio e abuso/dependência de álcool. **Métodos:** Estudo transversal descritivo e analítico, de coleta prospectiva, em uma amostra aleatória de 348 idosos (≥ 60 anos de idade) da Estratégia Saúde da Família, dos quais foram identificados 90 casos de depressão maior segundo critérios do DSM-IV; os sujeitos foram divididos de acordo com a idade de início precoce ou tardia (≥ 60 anos) da depressão. **Resultados:** A prevalência de depressão maior na amostra total foi de 25,86%. Sujeitos deprimidos na maioria dos casos foram do grupo de início precoce (69,14%) e pertencentes ao sexo feminino (74,4%); a média de idade em anos foi maior para o grupo com depressão maior de início tardio ($p= 0,028$); os grupos não diferiram quanto aos demais fatores avaliados; após análise multivariada, houve uma tendência de associação negativa entre risco de suicídio e depressão de início tardio. **Conclusão:** A idade de início precoce ou tardio dos sintomas depressivos não esteve associada a perfis distintos, nem quanto ao quadro clínico, nem quanto a fatores de risco. Os resultados deste trabalho dão suporte à hipótese de que a depressão maior de início precoce e a de início tardio são indistinguíveis clinicamente e não representam patologias ou subtipos distintos.

Palavras-chave: Depressão unipolar. Idoso. Fatores de risco. Sintomas depressivos. Melancolia. Suicídio.

ABSTRACT

Introduction: Major depression is one of the most relevant mental disorders in elderly. Some authors propose that the distinction between cases of early-onset and late-onset major depression is justified by differences in etiology, clinical picture and comorbidities. Such differences are still not clarified enough, and some disagreement among studies does exist. **Objectives:** To investigate the distinctive characteristics between elderly with early-onset and late-onset major depression with respect to sociodemographic factors, self-perceived health, cardiovascular risk factors, cognitive deficit, family history of depression, depressive symptoms, melancholic features, suicide risk and alcohol abuse/dependence. **Methods:** Cross-sectional, descriptive and analytic study, with prospective data collection, in an aleatory sample of 348 elderly (≥ 60 years old) of the Health Family Strategy, of which were identified 90 cases of DSM-IV unipolar major depression; subjects were divided according to early or late (≥ 60) age at onset of depression. **Results:** The prevalence of major depression in the whole sample was 25,86%. Depressive subjects were mainly of early-onset (69,14%) and of female sex (74,4%); the mean age in years was higher in the late-onset major depression group ($p= 0,028$); the groups did not differ with respect to the other evaluated factors; after multivariate analysis there was a trend toward a negative association between suicide risk and late-onset depression. **Conclusion:** The early or late age at onset of depressive symptoms was not associated with distinctive profiles, neither with respect to clinical picture, nor with respect to the risk factors. The results of this paper give support to the hypothesis that early and late-onset major depressive disorders are clinically undistinguishable and do not represent distinct pathologies or subtypes.

Key-words: Unipolar depression. Elderly. Risk factors. Depressive symptoms. Melancholia. Suicide.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Critérios para Episódio Depressivo Maior.....	18
Tabela 2 – Tamanho amostral calculado de acordo com a prevalência e a margem de erro aceitável.....	35
Tabela 3 – Distribuição de idade, idade de início da depressão, variáveis sociodemográficas, fatores de risco cardiovascular e déficit cognitivo em idosos com diagnóstico de depressão maior de início precoce ou tardio.....	38
Tabela 4 – Distribuição de escores do MEEM, história familiar de depressão, sintomas depressivos, características melancólicas, risco de suicídio e abuso/dependência de álcool em idosos com diagnóstico de depressão maior de início precoce ou tardio.....	39
Tabela 5 – Regressão logística binária mostrando associação de um modelo de quatro preditores (variáveis independentes) com idade de início da depressão (variável dependente) em idosos com diagnóstico de depressão maior de início precoce ou tardio.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição

CIDI - Composite International Diagnostic Interview

DSM-IV - Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais, 4ª edição

DSM-IV-TR - Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais, 4ª edição revisada

EMISUS - Estudo Epidemiológico e Clínico dos Idosos Atendidos pela Estratégia de Saúde da Família do Município de Porto Alegre

ESF - Estratégia Saúde da Família

GD - Gerência Distrital

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IGG - Instituto de Geriatria e Gerontologia

MEEM - Mini-Exame do Estado Mental

M.I.N.I. Plus - Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 plus – brazilian version

OR - razão de chances

PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

QAGI - Questionário de Avaliação Global do Idoso

SCID-P - Structured Clinical Interview for DSM-IV, Patient Edition

SMS-POA - Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DEPRESSÃO NO IDOSO.....	15
2.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E PSICOSSOCIAIS DA DEPRESSÃO MAIOR NO IDOSO: COMPARAÇÕES QUANTO À IDADE DE INÍCIO DOS SINTOMAS.....	16
2.3 PARTICULARIDADES DO DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO MAIOR NO IDOSO.....	17
2.4 APRESENTAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO MAIOR NO IDOSO CONFORME IDADE DE INÍCIO.....	18
2.5 RISCO DE SUICÍDIO.....	20
2.6 FATORES CARDIOVASCULARES.....	21
2.7 DÉFICIT COGNITIVO.....	24
2.8 ALCOOLISMO.....	26
3 JUSTIFICATIVA	27
4 OBJETIVOS	28
4.1 GERAL.....	28
4.2 ESPECÍFICOS.....	28
5 METODOLOGIA	29
5.1 DELINEAMENTO.....	29
5.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	29
5.2.1 Procedimento amostral / recrutamento	30
5.2.2 Critérios de Seleção	30
5.2.2.1 Inclusão.....	30
5.2.2.2 Exclusão.....	30
5.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	31
5.3.1 Variável dependente	31
5.3.2 Variáveis independentes	31
5.4 COLETA DOS DADOS.....	32
5.4.1 Rotina de coleta	32
5.4.2 Descrição dos métodos de mensuração	32

5.4.2.1	Questionário de Avaliação Global do Idoso.....	32
5.4.2.2	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 plus – brazilian version.....</i>	33
5.4.2.3	Mini-Exame do Estado Mental.....	34
5.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	34
5.5.1	Tamanho Amostral.....	34
5.5.2	Abordagem analítica.....	35
5.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	36
6	RESULTADOS.....	37
6.1	DESCRIÇÃO DA AMOSTRA.....	37
6.2	COMPARAÇÕES ENTRE OS GRUPOS COM DEPRESSÃO DE INÍCIO PRECOCE VERSUS TARDIO.....	37
6.3	ANÁLISE MULTIVARIADA.....	39
7	DISCUSSÃO.....	41
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
	REFERÊNCIAS.....	47
	APÊNDICE A – Artigo submetido ao periódico <i>Trends in Psychiatry and Psychotherapy.....</i>	56
	ANEXO A – QAGI.....	81
	ANEXO B – M.I.N.I. Plus.....	92
	ANEXO C – MEEM.....	144
	ANEXO D – Protocolo CEP 10/04967.....	145
	ANEXO E – Ofício CEP-965/10.....	146
	ANEXO F – Aprovação pelo CEP da SMS de Porto Alegre.....	147
	ANEXO G – Aprovação pela Comissão Científica do IGG.....	150
	ANEXO H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	151

1 INTRODUÇÃO

O estudo da gerontologia, em suas múltiplas dimensões, é atualmente um dos principais pontos de atenção dos agentes sociais e governamentais, bem como da medicina em geral.^{1,2} A expectativa é de que os cuidados em saúde geriátrica e gerontológica estejam entrando em uma nova era de crescimento e desenvolvimento,³ o que também é verdade para o campo da psiquiatria geriátrica.⁴

Em 2000, os idosos brasileiros constituíam 14,5 milhões de pessoas, 8,6% da população total do país,^{3,5} número praticamente duas vezes maior do que o registrado nos anos 80.⁶ Atualmente o Brasil ocupa a oitava posição mundial em número cidadãos com mais de 60 anos, sendo que nos próximos 25 anos o Brasil deverá apresentar a sexta colocação no conjunto dos países com maior contingente de pessoas nesse grupo etário.⁵ A Organização das Nações Unidas prevê que a população brasileira de 60 anos ou mais irá passar de 19,1 milhões em 2009 para pouco mais de 64 milhões de indivíduos em 2050.⁷

A população idosa é mais vulnerável a doenças que a população geral e utiliza com maior frequência os serviços de saúde.³ Entre os idosos aumenta o número de doenças crônicas e incapacidades associadas, geradoras de dependência no exercício das atividades diárias, sendo também mais frequentes as afecções psicológicas e mentais.⁶ Aproximadamente um em cada seis idosos residentes na comunidade apresenta uma história de doença mental.⁸

Os transtornos mentais em idosos representam um sério problema de saúde pública, tendo sido associados a uma pior qualidade de vida^{8,9,10} e baixos índices de satisfação com a vida.^{9,10} A depressão é um dos transtornos mentais mais relevantes em idosos, sendo também o 5º problema de saúde mais prevalente no mundo, afetando 120 milhões de pessoas, e podendo ocupar, nos próximos 20 anos, o 2º lugar, perdendo apenas para as doenças cardíacas.³

A depressão no idoso impõe um pesado sofrimento para pacientes e cuidadores. Está associada a piora da incapacidade associada a doenças físicas e transtornos cognitivos, aumento dos custos com cuidados de saúde e maior mortalidade.^{3,11,12,13}

Um ponto importante nas discussões sobre a depressão no idoso é a distinção entre aqueles que sofreram o primeiro episódio depressivo maior nas primeiras décadas de vida (depressão maior de início precoce) e aqueles cujo início dos sintomas ocorreu na velhice (depressão maior de início tardio).¹⁴ Essa distinção carregaria diferenças na etiologia, quadro clínico, comorbidades e prognóstico, bem como na experiência vivida de ter um transtorno mental.^{14,15,16}

O ponto de corte para a definição do início precoce ou tardio da depressão varia consideravelmente entre os estudos.¹⁷ Dependendo do autor, pode ser considerada tardia a depressão iniciada aos 50,¹⁸ 60,¹⁹ ou até 65 anos.²⁰ Baldwin e O'Brien²¹ comentaram que o ponto de corte mais utilizado, especialmente nos Estados Unidos, é o de 50 anos, embora, no Reino Unido, 65 anos seja frequentemente preferido. Os britânicos, entretanto, já empregaram, em alguns dos trabalhos mais relevantes sobre depressão em idosos, os pontos de corte de 50²² e 60 anos.^{23,24}

Krishnan et al. defenderam a adoção do critério de 50 anos para a idade de início da depressão pelo fato de a influência da herança familiar começar a declinar, e as mudanças estruturais no cérebro começarem a aumentar a partir da quinta década de vida.²⁵ Alguns autores chegaram a repetir a análise para dois pontos de corte distintos dentro do mesmo estudo.^{26,27} Finalmente, há autores que defendem o tratamento da idade de início como variável contínua, ao invés de categórica.¹⁷

Mesmo não havendo consenso na literatura, o ponto de corte de 60 anos foi empregado na maioria dos estudos desde os anos 1980,²⁸ passando pelos anos 1990,²⁹ e chegando até os dias atuais.³⁰ É, portanto, possível definir depressão maior de início precoce como aquela iniciada até a idade de 59 anos, e depressão maior de início tardio como aquela iniciada a partir dos 60 anos de idade.

As diferenças no quadro clínico e fatores associados à depressão maior de início precoce ou tardio ainda não estão bem esclarecidas, havendo discordâncias entre os estudos. Apesar da grande quantidade de relatos sobre diferenças no quadro psiquiátrico de acordo com a idade de início, essas não foram consistentemente replicadas.³¹ Também não está claro se a apresentação clínica da depressão varia em diferentes culturas e ambientes socioeconômicos.³²

Além disso, limitações metodológicas presentes em muitos estudos dificultam a interpretação e comparação dos dados: amostras pequenas, inabilidade em controlar fatores de confusão e falta de procedimentos diagnósticos padronizados são os problemas mais comuns.¹⁷

Características comumente atribuídas à depressão maior de início tardio incluem maior frequência de prejuízo cognitivo, fatores de risco cardiovascular, hiperintensidades em substância branca profunda (observadas em exames de neuroimagem) e prejuízo auditivo neurosensorial.¹⁵ Já em sujeitos com depressão maior de início precoce é mais alta a prevalência de história familiar de depressão, sugerindo uma contribuição etiológica mais importante de fatores genéticos nesses casos.¹⁷

No Brasil dispomos de poucos dados epidemiológicos sobre diagnóstico dos transtornos de humor em idosos: a maioria dos estudos publicados limitou-se ao rastreamento de sintomas depressivos clinicamente significativos,³³ sendo que nenhum estudo em nosso país até aqui pesquisou o tema da distinção entre depressão maior de início precoce ou tardio.

Este projeto estudou as características da depressão maior entre idosos atendidos em cuidados primários de saúde, comparando a apresentação clínica e fatores associados aos casos de início precoce e de início tardio, aqui considerados como aqueles cujo primeiro episódio depressivo maior ocorreu a partir dos 60 anos de idade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DEPRESSÃO NO IDOSO

Há uma considerável variabilidade nas estimativas de prevalência de sintomas depressivos entre idosos: partem de 4,7% e chegam a 36,8%. Essa variação depende muito dos instrumentos e pontos de corte utilizados, além da gravidade dos sintomas⁵ e contextos em que ela ocorre.¹³ Entretanto, ao compararmos trabalhos internacionais que pesquisaram categorias diagnósticas definidas pelos sistemas classificatórios disponíveis e não apenas sintomas depressivos clinicamente significativos, chegaremos a prevalências com melhor concordância entre os autores.^{3,13,15,16,32,34,35,36}

A prevalência estimada de depressão maior em idosos na comunidade varia de 1-2% até 4%, sendo mais comum em mulheres.^{13,15,16,32,34,35} Entre 10 e 12% dos idosos internados em hospitais gerais têm depressão maior, enquanto em instituições de longa permanência a prevalência fica entre 12 e 14%.³⁷ Já na atenção primária, de 6,5 a 22,4% dos idosos apresentam um diagnóstico de depressão maior.³⁸

Uma metanálise recente³³ avaliou estudos de prevalência de sintomas depressivos clinicamente significativos, depressão maior e distímia entre idosos brasileiros residentes na comunidade no período de 1991 até 2009: com relação à depressão maior, foram localizados apenas quatro estudos, totalizando 1.163 pessoas com 60 anos ou mais, sendo que dois desses trabalhos empregaram os critérios da classificação internacional das doenças, 10ª edição (CID-10), e os demais empregaram o manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais, 4ª edição (DSM-IV). Os autores relataram que as prevalências variaram entre 3 e 15%, com uma estimativa combinada de 7%, e os fatores associados à depressão maior nesses estudos foram doenças cardiovasculares, outras doenças médicas e sexo feminino.³³

2.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E PSICOSSOCIAIS DA DEPRESSÃO MAIOR NO IDOSO: COMPARAÇÕES QUANTO À IDADE DE INÍCIO DOS SINTOMAS

A maioria das pesquisas sobre a depressão no idoso não relata sistematicamente a proporção de casos de início precoce ou tardio.¹⁴ Baldwin e O'Brien²¹ postulam que até três quartos dos idosos com depressão maior que se apresentam aos ambulatórios de psiquiatria geriátrica tenham depressão de início tardio. Para Fiske et al.,¹⁴ mais da metade dos casos de depressão são de início tardio, sendo que entre pacientes internados e ambulatoriais de centros de referência a prevalência chega a 52%, e entre pacientes em cuidados domiciliares a prevalência atinge até 71%.

Em uma amostra recente de 1231 idosos irlandeses residentes na comunidade,³¹ a prevalência de depressão maior foi de 7,22% (89 casos). Destes, 55 (61%) tinham depressão de início tardio. Em uma amostra dinamarquesa de 18.192 pacientes com depressão maior, episódio único, provenientes de ambulatório ou internação psiquiátricos, encontrou-se uma prevalência de depressão maior de início tardio de 37,7% entre os ambulatoriais e 26,3% entre egressos de hospital.²⁰

A associação entre início tardio da depressão e idade atual mais avançada, embora não seja universal, é uma das mais frequentemente encontradas nos diversos estudos.^{18,23,25,28,29,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48} Outras características demográficas ocasionalmente encontradas em associação positiva com início tardio incluem sexo feminino,²⁰ raça negra,⁴⁹ estado civil casado¹⁸ e viuvez.¹⁹

Diversos autores propuseram que alguns fatores psicossociais estão etiologicamente ligados à depressão de início precoce: Brodaty et al.²⁹ encontraram associação positiva para eventos estressantes nos 12 meses anteriores ao início da depressão, traços anormais de personalidade e presença de um relacionamento disfuncional crônico; outro estudo encontrou associação com história de mãe disfuncional e anormalidades de personalidade;⁴³ Van den Berg et al.⁴⁴ relataram maior frequência de neuroticismo; Grace e O'Brien relataram mais eventos de luto ao longo da vida e menos suporte de confidente.⁵⁰

Entretanto, há evidências conflitantes, com algumas pesquisas não observando diferenças significativas. Por exemplo, um estudo recente não identificou nenhuma distinção entre casos de início precoce e de início tardio para estilo de envolvimento afetivo e adaptação social.²⁶ Janssen et al.¹⁹ não encontraram diferenças quanto a eventos estressantes antigos ou recentes e limitações funcionais. E Reynolds et al.⁴² não encontraram diferenças quanto a anormalidades de personalidade e suporte interpessoal percebido.

2.3 PARTICULARIDADES DO DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO NO IDOSO

O diagnóstico da depressão no idoso segue a mesma classificação usada para indivíduos adultos, sendo que alguns estudos utilizam os critérios da CID-10⁵¹ e a maioria utiliza o DSM-IV (ou edições anteriores). A definição do Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais, 4ª edição revisada (DSM-IV-TR)⁵² para episódio depressivo maior é apresentada na tabela 1. A apresentação melancólica de sintomas – que inclui perda de prazer, falta de reatividade, qualidade distinta do humor deprimido, depressão regularmente pior pela manhã, insônia terminal, retardo ou agitação psicomotora acentuada, anorexia ou perda de peso, culpa excessiva ou inapropriada – é tida por alguns autores como mais comum em idosos.¹⁶

Também são comuns quadros com numerosas queixas físicas (hipocondria/somatização), comportamento histriônico, prejuízo cognitivo e recusa acentuada de alimentos e líquidos.³⁴ Outros autores relatam maior frequência de apatia, insônia, minimização do humor deprimido (a chamada “depressão sem tristeza”), ansiedade e comprometimento funcional de atividades de vida diária.⁵³

Apesar de tais diferenças serem geralmente aceitas entre psiquiatras geriátricos,³⁴ estudos comparando quadros depressivos entre idosos e pacientes mais jovens têm falhado em demonstrá-las consistentemente. Segundo Artero e Ritchie,¹⁷ apenas as seguintes características mostraram-se mais prevalentes em idosos na maioria das pesquisas: ansiedade, redução da atividade, sintomas somáticos e humor deprimido.

Tabela 1 - Critérios para Episódio Depressivo Maior (adaptado do DSM-IV-TR).⁵²

A. No mínimo cinco dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.

- (1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por de terceiros).
- (2) acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por de terceiros).
- (3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.
- (4) insônia ou hipersônia quase todos os dias.
- (5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros).
- (6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
- (7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada quase todos os dias.
- (8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros).
- (9) pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto.

C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral.

E. Os sintomas não são mais bem explicados por Luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

2.4 APRESENTAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO MAIOR NO IDOSO CONFORME IDADE DE INÍCIO

Um dos achados mais reproduzidos nos estudos comparativos é a associação entre o início precoce do transtorno depressivo e a presença de história familiar positiva para depressão, fato que sugere, como relatado anteriormente, uma etiologia genética.^{23,29,39,43,44,54} Certos autores, entretanto, não encontraram essa associação.^{19,30,48,50,55}

A respeito das demais características clínicas, não há consenso identificável na literatura quanto à existência de diferenças no tipo, quantidade e intensidade dos sintomas, nem quanto ao prognóstico dos transtornos depressivos de início precoce comparados àqueles de início tardio.^{16,17,32,56}

Alguns estudos descreveram diferenças no tipo de sintomas apresentados de acordo com a idade de início da depressão. Por exemplo, para a depressão maior

de início tardio os achados podem ser sumarizados da seguinte forma: Krishnan et al.²⁵ encontraram associação com mais perda de interesse e menos ideias de culpa; Heun et al.⁴⁰ também observaram menos ideias de culpa; Rapp et al.⁵⁷ identificaram mais anedonia e prejuízo cognitivo; Brodaty et al.⁴⁵ relataram mais hipocondria e ideia severas de culpa; Corruble et al.²⁷ observaram mais lassidão e tristeza aparente; finalmente, Gallagher et al.³¹ encontraram maior prejuízo cognitivo, menos sentimentos de culpa, e menos pensamentos de inutilidade.

Contudo, muitos estudos não relataram diferenças significativas quanto a esses e outros sintomas.^{19,29,39,43,55} Além disso, pelo menos dois pesquisadores consideraram que as diferenças encontradas em seus estudos não foram clinicamente úteis em nível individual.^{27,31} Para frequência de sintomas ou transtornos de ansiedade, os achados também são conflitantes: alguns trabalhos encontraram associação com início precoce,^{23,28,47} outros não observaram nenhuma diferença estatisticamente significativa.^{19,42,43,54,55,58}

Quanto à apresentação melancólica dos sintomas depressivos, Devanand et al.⁵⁴ encontraram associação positiva com depressão de início precoce. A maioria das pesquisas, porém, não observou diferenças significativas na frequência de melancolia conforme o início precoce ou tardio da depressão.^{20,29,39,43,45,48,59} Quanto a sintomas psicóticos, pelo menos um estudo encontrou associação positiva com início tardio²⁰ enquanto outro encontrou associação positiva com início precoce²⁸ e dois outros trabalhos não detectaram diferenças significativas.^{39,55}

O número total de sintomas depressivos foi maior para deprimidos precoces em um estudo,²⁷ mas não diferiu entre precoces e tardios em outro.²³ A severidade da depressão frequentemente aparece associada com a idade de início, mas os estudos se contradizem. Alguns autores observaram maior intensidade dos sintomas depressivos entre os deprimidos precoces,^{28,44,54,55,59} outros entre os tardios,²⁰ e muitos não encontraram qualquer diferença.^{19,29,31,39,50,60}

Uma característica encontrada com frequência entre casos de início precoce é o maior número de episódios prévios,^{25,49,59} bem como o maior número de internações psiquiátricas prévias.^{20,31,47} Entretanto, Brodaty et al.⁴³ não encontraram diferenças quanto ao número de episódios, enquanto Alvarez et al.,³⁰ observaram que, após análise ajustada para o efeito do tempo total de doença, a associação de

número de episódios e de internações com idade de início da depressão desapareceu.

Quanto ao prognóstico, há relatos de maior persistência de sintomas residuais em casos de início tardio.^{23,39} Entretanto, Reynolds et al.⁴² observaram que pacientes com depressão maior de início precoce levam até seis semanas mais que os deprimidos tardios para atingir a remissão. Alguns autores sugerem que a idade de início não pode ser considerada isoladamente na predição dos resultados, pois tanto a história psiquiátrica prévia (mais comum em casos de início precoce) quanto a presença ou surgimento de comorbidades médicas (mais comum em casos de início tardio) têm influência sobre o prognóstico.⁵⁶

Em suma, apesar dos achados descritos por vários pesquisadores, a maioria dos autores descreve a depressão maior de início precoce e a de início tardio como entidades clinicamente indistinguíveis quanto a seus sinais e sintomas. A questão da variabilidade na apresentação clínica da depressão maior de início precoce versus tardio, portanto, permanece controversa.

2.5 RISCO DE SUICÍDIO

O suicídio é duas vezes mais comum em idosos do que na população em geral; entre aqueles que tentam suicídio, os idosos são os que têm a maior probabilidade de morrer.¹⁵ Alguns dos principais fatores de risco para suicídio incluem gênero masculino (3 a 4 vezes mais risco), história de autoagressões ou tentativas prévias de suicídio, transtornos de personalidade, transtornos de humor, transtornos de ansiedade e abuso de substâncias.^{34,61}

Problemas físicos podem contribuir com até 60% dos casos de suicídio.⁶¹ No entanto, o efeito de doenças físicas crônicas ou debilitantes e incapacidades sobre o risco de suicídio depende de sua associação com a depressão.¹⁵

Em uma análise de casos de suicídio completo entre idosos com depressão maior, os casos de início tardio estiveram positivamente associados a sexo masculino, estado civil casado e eventos estressantes nos três meses anteriores ao

falecimento; já os casos de início precoce mostraram associação positiva com abuso ou dependência de álcool, uso de psicofármacos, comorbidades psiquiátricas e internações psiquiátricas prévias.⁴⁷

Quanto à relação entre idade de início dos sintomas depressivos e risco de suicídio, várias pesquisas não conseguiram detectar diferenças entre depressão maior de início precoce e depressão maior de início tardio.^{27,29,31,40,49,55} Contudo, Lyness et al.⁶² encontraram associação positiva entre idade de início tardio da depressão e história de tentativa de suicídio em uma amostra hospitalar de idosos. De forma oposta, Reynolds et al.,⁴² em uma amostra ambulatorial de idosos, encontraram associação de idade de início precoce com história de tentativa de suicídio e Janssen et al.,¹⁹ em amostra comunitária, encontraram mais frequência de ideação suicida entre idosos com depressão maior de início precoce.

Apesar de alguns autores defenderem que o início tardio da depressão maior aumenta o risco de suicídio,⁶³ tal afirmativa não encontra embasamento suficiente na literatura científica. Os dados disponíveis até o momento não permitem explicar de forma satisfatória a relação entre idade de início da depressão e suicídio em idosos.

2.6 FATORES CARDIOVASCULARES

Alguns estudos encontraram associação entre quadros depressivos de início tardio e fatores de risco cardiovascular tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemias e tabagismo, normalmente mensurados em conjunto através de escores, encontrando pontuações indicativas de maior risco ou gravidade entre os deprimidos de início tardio.^{23,42,48,57} Mais recentemente, um grupo holandês observou que, em idosos da comunidade, a redução da velocidade do fluxo sanguíneo e reatividade vasomotora na artéria cerebral média predisseram a incidência de depressão em quatro anos de seguimento.⁶⁴

Diante de tais resultados, muitos autores defendem que existe uma divisão quanto à etiologia dos transtornos depressivos no idoso, sendo os casos de início precoce associados a fatores genéticos e psicossociais, e os de início tardio

associados a doenças cardiovasculares.⁴³ Entretanto há pesquisadores que não encontraram relação entre idade de início da depressão e fatores cardiovasculares.^{19,25,29,30,31,46,54,55} Além disso, há evidências de que a depressão de início tardio seja uma condição heterogênea, com alguns casos predominantemente associados a eventos estressantes recentes, outros a fatores de risco cardiovascular.⁴⁴

Reconhecendo essa heterogeneidade, alguns pesquisadores se concentraram no estudo de subgrupos com depressão de início tardio associada a fatores de risco cardiovascular, dando origem, nos anos 1990, à célebre hipótese da depressão vascular.⁶⁵ Os defensores dessa hipótese afirmam que a “doença cerebrovascular pode predispor, precipitar ou perpetuar algumas síndromes depressivas geriátricas”, e que esse conceito “é sustentado pela comorbidade de depressão, doença vascular e fatores de risco vascular, e pela associação de lesões isquêmicas com sintomas comportamentais distintivos.”⁶⁶

Mais especificamente, a doença cerebrovascular evidente, ou mesmo a de pequenos vasos, resultaria em rompimento de circuitos fronto-subcorticais responsáveis pela regulação do humor, cognição e movimento; sendo assim, pessoas com sintomas cerebrovasculares mínimos e/ou outros fatores de risco para doença de pequenos vasos (como hipertensão ou diabetes), estariam em risco aumentado de desenvolver depressão de início tardio.⁴⁸ Casos de depressão de início precoce que tenham seu curso modificado de forma desfavorável após o início de doença vascular também são agregados ao conceito de depressão vascular, embora representem a minoria dos sujeitos.⁶⁶

Em 1997, dois estudos muito influentes, um sobre o quadro clínico,⁶⁷ outro sobre alterações cerebrais de origem isquêmica visíveis em exames de ressonância magnética,⁶⁸ despertaram vivo interesse pela depressão vascular, motivando inúmeros pesquisadores a estudar o tema. Sobre os aspectos clínicos, Alexopoulos et al.⁶⁷ concluíram que a depressão de início tardio associada a fatores vasculares (ou seja, a “depressão vascular”) é caracterizada por prejuízo cognitivo, incapacitação, retardo psicomotor, falta de insight, menos sentimentos de culpa e menos agitação. Do ponto de vista neurorradiológico, Krishnan et al.⁶⁸ observaram que deprimidos vasculares (definidos pela presença de lesões características em

exames de neuroimagem) são mais idosos, têm quadro de início tardio, e geralmente não apresentam sintomas psicóticos; também houve uma tendência de associação com anedonia, incapacitação funcional e menos história familiar de doença mental.

Boa parte da aceitação do conceito de depressão vascular pode ser atribuída aos estudos sobre hiperintensidades em substância branca, lesões lacunares neurologicamente assintomáticas, e atrofia frontal/cortical, todas identificadas por ressonância magnética de crânio, e que supostamente teriam papel no desenvolvimento do transtorno de humor.⁶⁹

A maioria dos estudos a respeito, porém, tem desenho transversal, amostras pequenas e população restrita a hospitais e centros de referência especializados, deixando abertas as questões da direção da causalidade e possíveis fatores de confusão.^{21,70} Herrmann et al.⁷¹ resumiram essas evidências em uma metanálise que concluiu haver um risco quatro vezes maior de encontrar anormalidades em substância branca nos idosos com depressão de início tardio do que naqueles com depressão de início precoce. Essa informação, entretanto, deve ser interpretada com cautela pois embora alguns estudos de caráter longitudinal já fornecessem algum suporte,^{72,73,74} esses eram poucos e seus achados necessitavam ser replicados. Posteriormente, dois grandes estudos longitudinais europeus com amostras comunitárias de idosos, um francês de 2008⁷⁵ e outro multicêntrico de 2010,⁷⁶ forneceram evidências mais robustas em favor da ideia de que as hiperintensidades em substância branca aumentam o risco de depressão incidente.

As opiniões a respeito da depressão vascular, entretanto, não são unânimes, havendo críticas pertinentes sobre essa hipótese. Por exemplo, a prevalência das doenças cardiovasculares aumenta exponencialmente com o envelhecimento, mas a prevalência da depressão não.⁷⁷ Mesmo Alexopoulos et al.,⁶⁶ no instante mesmo em que fundaram o conceito, deixaram margem para dúvida, ao afirmar que testar diretamente a hipótese da depressão vascular “é impossível porque os mecanismos da depressão são desconhecidos”, ou “é impossível porque não há teste biológico que possa funcionar como um critério de validação.”⁶⁵ Mais ainda, os mesmos autores ponderam que “já que a etiologia da depressão é desconhecida, é

impossível estabelecer que a depressão em qualquer grupo é uma consequência direta da doença vascular".⁶⁷

O perfil clínico distinto para depressão vascular relatado anteriormente foi proposto a partir de estudos baseados em amostras hospitalares. Entretanto, estudos prospectivos realizados em grandes amostras comunitárias falharam em identificar esse perfil.^{78,79} A associação entre fatores de risco cardiovascular e depressão incidente no idoso não foi confiavelmente replicada em estudos longitudinais; no grande estudo de Rotterdam, medidas objetivas de aterosclerose generalizada não foram preditivas de incidência de sintomas ou síndromes depressivas em seis anos de seguimento.⁸⁰

Quanto a hiperintensidades e alterações isquêmicas no cérebro, nenhuma relação com depressão foi encontrada em um bom estudo transversal⁶⁹ e outro forte estudo longitudinal⁸¹ (ambos com neuroimagem em amostras comunitárias de idosos), além de uma grande coorte clínica.⁸² Mais ainda, uma análise neuropatológica *post mortem* de casos de depressão de início tardio mostrou que nem a presença de lacunas, nem a de lesões isquêmicas microvasculares foram relacionadas a depressão, mesmo dentro do subgrupo de deprimidos tardios que preencheram critérios para depressão vascular.⁸³

Diante do exposto, pode-se afirmar que não há consenso na literatura científica quanto à existência de interação entre a idade de início da depressão no idoso e os fatores cardiovasculares.

2.7 DÉFICIT COGNITIVO

A depressão parece associar-se a ocorrência de quadros demenciais, com algum papel desempenhado pela idade de início dos sintomas.⁸⁴ Há evidências sugerindo que os casos de início precoce seriam um fator de risco para doença de Alzheimer, enquanto alguns casos de início tardio representariam estados prodrômicos de transtornos demenciais.⁸⁵ Existem, porém, estudos que não comprovaram haver ligação entre depressão e incidência de declínio cognitivo.⁸⁶

Acredita-se que a depressão no idoso possa incluir uma parcela de sujeitos com prejuízos cognitivos, especialmente quando o quadro é de início tardio e associado a fatores de risco cardiovascular.⁶⁵ Segundo Alexopoulos et al.,⁶⁷ deprimidos tardios com características de depressão vascular apresentam maiores déficits de cognição, especialmente em fluência e nomeação. Casos com tais características integram a chamada “síndrome depressão-disfunção executiva”, caracterizada por início tardio, prejuízo em funções executivas e velocidade de processamento de informações, além de paranoia, perda de interesse, retardo motor, incapacitação e síndrome vegetativa leve.⁸⁷ Essa síndrome presumivelmente resulta de lesões isquêmicas rompendo “vias córtico-estriado-pálido-tálamo-corticais ou seus sistemas moduladores”,⁶⁵ e foi associada a maior mortalidade nos cinco anos de seguimento de um estudo recente.⁸⁸

Krishnan et al.,⁸⁹ a partir da observação de idosos deprimidos que apresentavam lesões em exames de neuroimagem, descreveram um quadro sindrômico semelhante ao exposto acima, o qual denominaram “depressão isquêmica subcortical” em virtude da localização e etiologia das alterações cerebrais observadas.

Diversos estudos constataram diferenças quanto à cognição entre idosos deprimidos precoces e tardios, mas os resultados são conflitantes. Alguns autores encontraram escores mais baixos no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) para os casos de início tardio.^{31,28,41} Quanto a déficits cognitivos específicos, Rapp et al.⁵⁷ observaram mais prejuízo em atenção e funções executivas entre os tardios, enquanto Hippel et al.⁶⁰ encontraram mais prejuízo em memória episódica nos precoces e maior disfunção executiva nos tardios.

De maneira oposta, no estudo de Dillon et al.,⁵⁸ a depressão de início tardio associou-se a pior performance em todos os domínios de memória e o grupo com depressão de início precoce apresentou pior desempenho em funções executivas. Delaloye et al.⁹⁰ também constataram associação significativa entre depressão de início tardio e prejuízo de memória episódica; entretanto, as funções executivas estavam igualmente preservadas nos grupos de deprimidos de início precoce e tardio.

Além dos achados contraditórios expostos acima, muitos estudos não encontraram qualquer diferença em funções cognitivas atribuível à idade de início da depressão. Desses, a maioria utilizou apenas o MEEM para mensurar a cognição,^{19,23,40,44,49,55} outros incluíram testes ou baterias neuropsicológicas adicionais,^{48,50} e ao menos um empregou uma testagem cognitiva mais profunda.⁴³ Os resultados das várias publicações, considerados em conjunto, não permitem chegar a uma conclusão inequívoca sobre a relação entre idade de início de sintomas depressivos e cognição.

2.8 ALCOOLISMO

A idade de início da depressão comórbida à dependência de álcool talvez tenha implicações terapêuticas. Muhonen et al.,⁹¹ em uma amostra de pacientes entre 26 e 65 anos, encontraram taxas menores de resposta ao escitalopram entre pacientes com depressão iniciada na adolescência comparados a casos de início na idade adulta.

Uma amostra de 839 idosos britânicos⁴⁷ com diagnóstico prévio de depressão maior e mortos por suicídio revelou que casos de início tardio apresentavam menor frequência de história prévia de alcoolismo. Em um estudo com adultos norte-americanos entre 18 e 65 anos, os casos de depressão iniciados na infância e adolescência apresentaram uma prevalência significativamente maior de comorbidade com abuso ou dependência de álcool do que os casos iniciados na idade adulta.⁹² Entretanto, até o momento, dispomos de poucos estudos sobre a associação entre idade de início de sintomas depressivos e alcoolismo.

3 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento populacional que se observa no país traz consigo um aumento no número de casos de depressão no idoso, com toda a carga de custos e limitações funcionais que acarreta, além do impacto negativo sobre a saúde e mortalidade.

O estudo da depressão maior no idoso justifica-se não só pela elevada ocorrência de sintomas depressivos entre idosos brasileiros,³³ mas também pela escassez de dados disponíveis, o que dificulta o planejamento de serviços, estratégias e políticas de saúde.⁵ Tal planejamento depende de um conjunto de informações consistentes, baseadas em estudos bem conduzidos, que investiguem os quadros depressivos baseando-se em critérios diagnósticos precisos. Até o momento dispomos de poucos estudos dedicados ao tema no Brasil.^{5,33} Além disso, as informações dos estudos internacionais podem não se aplicar ao contexto cultural e socioeconômico brasileiro.

Sobre as diferenças entre a depressão maior de início precoce e a de início tardio, diante das dúvidas ainda existentes na literatura, o presente estudo pode contribuir tanto para o melhor conhecimento da matéria em si, quanto para o desenvolvimento de estratégias de tratamento e prevenção mais específicas e resolutivas.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Investigar as características distintivas entre a depressão maior de início precoce e a de início tardio em idosos brasileiros pertencentes à área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Porto Alegre.

4.2 ESPECÍFICOS

- Descrever a prevalência de depressão maior unipolar de início precoce e de início tardio em idosos da ESF de Porto Alegre.
- Avaliar as diferenças entre idosos com transtorno depressivo maior unipolar de início precoce ou de início tardio quanto às seguintes variáveis:
 - Fatores sociodemográficos.
 - Autopercepção de saúde.
 - Fatores de risco cardiovascular.
 - Déficit cognitivo.
 - História familiar de depressão.
 - Sintomas depressivos.
 - Características melancólicas.
 - Risco de suicídio.
 - Abuso ou dependência de álcool.

5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO

Este é um estudo transversal descritivo e analítico, coletado de forma prospectiva em uma amostra aleatória da população de idosos residentes em comunidades pertencentes à área de abrangência da ESF do município de Porto Alegre.

5.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Esta pesquisa integra o subprojeto 11 do “Estudo Epidemiológico e Clínico dos Idosos Atendidos pela Estratégia de Saúde da Família do Município de Porto Alegre”⁹³ (EMISUS), desenvolvido pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da PUCRS em associação com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS-POA).

Segundo o Censo do IBGE de 2010, o município de Porto Alegre possui uma população total de 1.409.351 habitantes com 211.920 idosos.⁹⁴ A população pesquisada envolve indivíduos idosos pertencentes à área de abrangência da ESF de Porto Alegre. Atualmente existem 97 equipes de ESF distribuídas em oito Gerências Distritais (GD), com aproximadamente 22 mil idosos cadastrados. Cada equipe é responsável em média por 850 famílias, o que corresponde a cerca de 3,5 a quatro mil pessoas.

5.2.1 Procedimento amostral / recrutamento

Foi selecionada uma amostra aleatória de 1080 idosos provenientes de 30 equipes de ESF, as quais também foram selecionadas aleatoriamente dentre todas as equipes de Porto Alegre. Para a seleção desses idosos, inicialmente foram sorteadas as equipes de forma estratificada por GD. De cada gerência foi selecionado um número de equipes correspondente a aproximadamente 30%. Desta forma, foram sorteadas quatro equipes da GD Norte/Eixo Baltazar, duas da GD Sul/Centro-Sul, duas da GD Restinga/Extremo Sul, seis da GD Glória/Cruzeiro/Cristal, três da GD Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas, quatro da GD Partenon/Lomba do Pinheiro, sete da GD Leste/Nordeste e duas da GD Centro. De cada equipe foram sorteados 36 idosos.

5.2.2 Critérios de Seleção

5.2.2.1 Inclusão

Os sujeitos incluídos têm idade igual ou superior a 60 anos e são cadastrados na ESF de Porto Alegre. Apenas aqueles com diagnóstico de episódio depressivo maior unipolar atual ou na vida fizeram parte deste estudo (para o cálculo da prevalência de depressão, entretanto, a amostra inteira foi considerada).

5.2.2.2 Exclusão

Foram excluídos os indivíduos sem condições de deslocamento até o local para avaliação multiprofissional e aqueles incapazes de compreender ou responder coerentemente às perguntas que fazem parte dos instrumentos de avaliação.

5.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO

5.3.1 Variável dependente

- Depressão maior unipolar conforme idade de início (precoce ou tardio).

5.3.2 Variáveis independentes

- Fatores sociodemográficos: idade, faixa etária, sexo, raça, casamento, viuvez, escolaridade, com quem mora (sozinho ou com familiares/cônjuge), aposentadoria, trabalho remunerado atual, renda.
- Autopercepção de saúde.
- Fatores de risco cardiovascular: diabetes, hipertensão arterial sistêmica e tabagismo.
- Déficit cognitivo.
- Escore do MEEM.
- História familiar de depressão.
- Sintomas depressivos: perda do interesse ou prazer, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva.
- Episódio depressivo maior com características melancólicas.
- Risco de suicídio.
- Abuso ou dependência de álcool atual e na vida.

5.4 COLETA DOS DADOS

5.4.1 Rotina de coleta

A rotina de coleta do EMISUS, iniciada no ano de 2011, inclui uma primeira etapa na qual visitas domiciliares aos idosos são realizadas por agentes comunitários de saúde treinados para a aplicação dos instrumentos de pesquisa dessa fase. Nas visitas é apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido e aplicado o “Questionário de Avaliação Global do Idoso” (QAGI), organizado pelos pesquisadores para o EMISUS. Na segunda etapa, realizada no Hospital São Lucas da PUCRS, ocorre a avaliação dos sujeitos pela equipe multiprofissional do IGG (médicos, nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e farmacêuticos). Os instrumentos *Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 plus – brazilian version* (M.I.N.I. Plus) e MEEM são aplicados nessa etapa, sendo o M.I.N.I. Plus administrado por psiquiatras treinados e com expertise na avaliação de idosos e o MEEM por neurologistas.

Os dados coletados em meio físico são arquivados e posteriormente serão disponibilizados em um banco de dados criado para o EMISUS utilizando o programa “File Maker Pro” versão 11. Especificamente para esta dissertação, os dados em meio físico foram diretamente inseridos pelo autor no software “IBM SPSS Statistics” (ver seção 5.5.2).

5.4.2 Descrição dos métodos de mensuração

5.4.2.1 Questionário de Avaliação Global do Idoso

Fatores sociodemográficos, autopercepção de saúde e fatores de risco cardiovascular foram avaliados mediante o Questionário de Avaliação Global do

Idoso (ANEXO A). Esse é um questionário multidimensional composto de 97 perguntas sobre dados demográficos, socioeconômicos e de saúde (autopercepção de saúde, consultas médicas, internações hospitalares, doenças, mobilidade, força e equilíbrio, quedas, condições higiênico-sanitárias, tabagismo, consumo de álcool, imunizações e uso de medicamentos).

5.4.2.2 *Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 plus – brazilian version*

A identificação de episódio depressivo maior, sintomas depressivos, características melancólicas, dependência ou abuso de álcool e risco de suicídio foi realizada através da aplicação do M.I.N.I. Plus (ANEXO B). No próprio instrumento também foi registrada a história familiar de depressão e de suicídio.

O M.I.N.I. é uma entrevista diagnóstica padronizada que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM-IV e da CID-10.^{95,96} Estudos de confiabilidade e validade foram desenvolvidos, comparando o M.I.N.I. com outras entrevistas (SCID-P e CIDI), que pesquisam os critérios tanto do DSM-IV quanto da CID-10.⁹⁶ Os resultados desses estudos mostraram que o M.I.N.I. apresenta índices de confiabilidade e de validade comparáveis aos dos instrumentos referidos, mas que pode ser administrado em um tempo muito mais curto (média= 18.7 ± 11.6 minutos; mediana = 15 minutos).⁹⁶

As perguntas da entrevista são precisas, requerendo do entrevistado respostas “sim” ou “não”. O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.⁹⁶ Uma “versão brasileira” do M.I.N.I., traduzida para o português, já foi validada.⁹⁵

O M.I.N.I.plus é uma versão mais detalhada do M.I.N.I.: tem perguntas que investigam sintomas imputáveis a uma causa orgânica e ao uso de medicamentos, drogas ou álcool. O M.I.N.I.plus compreende 19 módulos que avaliam 17 transtornos de eixo I do DSM-IV, risco de suicídio e o transtorno de personalidade antissocial.^{95,96}

5.4.2.3 Mini-Exame do Estado Mental

A presença ou ausência de déficit cognitivo foi avaliada através do MEEM (ANEXO C), publicado originalmente por Folstein et al.,⁹⁷ o qual é composto por 11 questões que avaliam os diferentes aspectos cognitivos das funções mentais, gerando uma pontuação dividida da seguinte forma: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 até um máximo de 30 pontos. A escala é simples de usar e pode ser facilmente administrada em 5 a 10 minutos, inclusive por profissionais não médicos.⁹⁸ É bastante utilizada em nosso meio para a avaliação cognitiva global, como instrumento de rastreio.⁹⁹

Nesta pesquisa os pontos de corte utilizados para a definição de déficit cognitivo foram aqueles propostos por Bertolucci et al., que traduziram o MEEM no Brasil: 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para indivíduos com 1 até 7 anos de escolaridade e 26 pontos para indivíduos com 8 ou mais anos de escolaridade.¹⁰⁰

5.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

5.5.1 Tamanho Amostral

Para o cálculo do tamanho amostral foi utilizado o programa “sample.exe” do pacote estatístico “PEPI para DOS”, versão 4. Foi utilizado um nível de significância de 0,05. Considerando uma população alvo de 22.000 idosos, atendidos pela ESF em Porto Alegre, foi definido um tamanho amostral de 900, considerando diferentes margens de erro aceitáveis para diferentes prevalências, conforme tabela 2. Por motivo de segurança, devido a possíveis perdas amostrais, foram sorteados 1080 idosos, sendo 36 de cada uma das 30 equipes da ESF.

Tabela 2. Tamanho amostral calculado de acordo com a prevalência e a margem de erro aceitável.

Prevalência	Margem de erro aceitável	Tamanho amostral calculado
0,5 %	0,46 %	868
1,0 %	0,65 %	865
3,0 %	1,1 %	887
5,0 %	1,4 %	894
10,0 %	2,0 %	832
20,0 %	2,6 %	874
30,0 %	3,0 %	862
50,0 %	3,2 %	900

5.5.2 Abordagem analítica

Para esta dissertação, os dados presentes nos instrumentos de pesquisa foram analisados pelo autor com auxílio do software “IBM SPSS Statistics” versão 18 para Windows. As variáveis categóricas foram descritas por frequências e as contínuas por médias e desvios-padrão. Para as análises estatísticas, foram consideradas significativas as diferenças correspondentes a um valor de $p < 0,05$.

As comparações das frequências das variáveis categóricas (faixa etária, sexo, raça, casamento, viuvez, escolaridade, com quem mora, aposentadoria, trabalho remunerado atual, renda, autopercepção de saúde, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, déficit cognitivo, história familiar de depressão, perda do interesse ou prazer, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, características melancólicas, risco de suicídio, abuso ou dependência de álcool) entre os grupos com depressão maior de início precoce ou de início tardio foram feitas por meio do teste do qui-quadrado (*two-sided*). Nas análises que apresentaram frequência esperada inferior a 5 em uma ou mais células, utilizou-se o teste exato de Fisher. Como medida de tamanho de efeito para o qui-quadrado foi utilizado o coeficiente de correlação phi, que varia de 0 a 1, com valores maiores indicando uma associação mais forte entre as variáveis.

Nas comparações das médias das variáveis contínuas (idade e escore do MEEM) entre os grupos com depressão maior de início precoce ou de início tardio foi utilizado o teste t de Student (*two-tailed*) para amostras independentes (levando-se em consideração a igualdade de variância, avaliada pelo teste de Levene). Como medida de tamanho de efeito para o teste t foi calculado o *eta squared* (η^2), que varia de 0 a 1 e representa a proporção da variabilidade da variável dependente que é explicada pela variável independente.

A determinação do conjunto de variáveis independentes que melhor prediz o início tardio da depressão maior foi feita por meio de uma regressão logística binária, empregando-se o método *forced entry*. Como medida de tamanho de efeito (quantidade de variação na variável dependente explicada pelo modelo) foi calculado o pseudo R^2 utilizando os testes *Cox and Snell R^2* e *Nagelkerke R^2* (os valores de ambos os testes variam de 0 a 1).

5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto EMISUS foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (número de protocolo do CEP/PUCRS: 10/04967, ANEXO D). O adendo referente a este subprojeto também foi aprovado pelo CEP/PUCRS (ofício CEP-965/10, ANEXO E). Adicionalmente, o EMISUS também foi submetido a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-POA (ANEXO F). O presente subprojeto foi submetido a aprovação pela Comissão Científica do IGG (ANEXO G) e foi aprovado no Exame de Qualificação realizado no dia 28 de outubro de 2011, no próprio IGG.

Foram observados todos os direitos previstos na Resolução 196/96 para pesquisas envolvendo seres humanos. Foi respeitada a vontade do indivíduo em participar do estudo e o sigilo das informações coletadas. Essas informações foram encaminhadas para publicação após análise epidemiológica e estatística, não sendo em nenhum momento divulgadas as informações dos indivíduos estudados. Todos os participantes foram informados de forma clara os objetivos e métodos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO H).

6 RESULTADOS

6.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

As coletas do EMISUS não estavam encerradas até o momento em que foi redigida esta dissertação. Portanto, apenas dados parciais estiveram disponíveis para as análises aqui apresentadas. Esses dados são referentes a 348 indivíduos provenientes da área de abrangência de 18 equipes de ESF.

Da amostra total (348 sujeitos) foram identificados 90 casos de depressão maior (prevalência: 25,86%); 56 casos (16,09% da amostra total) apresentaram história de pelo menos um episódio depressivo maior no passado, mas não atual; 34 casos (9,77% da amostra total) apresentaram episódio depressivo maior atual (com ou sem histórico anterior de episódios depressivos). De todos os casos de depressão, 74,4% eram do sexo feminino. O registro da idade de início da depressão estava disponível em 81 casos, os quais constituíram os grupos da análise, sendo 56 (69,14%) de início precoce e 25 (30,86%) de início tardio.

6.2 COMPARAÇÕES ENTRE OS GRUPOS COM DEPRESSÃO DE INÍCIO PRECOCE VERSUS TARDIO

Conforme mostrado na tabela 3, dentre as variáveis sociodemográficas, autopercepção de saúde, fatores de risco cardiovascular e déficit cognitivo, apenas idade e faixa etária foram significativamente diferentes entre sujeitos com depressão maior de início precoce e de início tardio. A média de idade em anos foi maior para o grupo com depressão maior de início tardio ($m= 69,32$, $dp \pm 6,787$) que para o grupo com depressão maior de início precoce ($m= 66,14$, $dp \pm 5,479$), usando o teste t de Student para amostras independentes, $t(79) = -2,236$, $p = 0,028$. Quanto à magnitude da diferença entre as médias (diferença média = $-3,177$, IC 95%: $-6,005$ a $-0,349$), o valor de η^2 foi de 0,06. Isso significa que 6% da variação na idade pode

ser explicada pela variável “depressão maior conforme idade de início”. A faixa etária dos 70 anos ou mais esteve significativamente associada ao grupo com depressão de início tardio, $\chi^2 (1, n=81) = 4,331, p = 0,037, \phi = 0,231$.

Tabela 3. Distribuição de idade, idade de início da depressão, variáveis sociodemográficas, fatores de risco cardiovascular e déficit cognitivo em idosos com diagnóstico de depressão maior de início precoce ou tardio.

Variável	Precoce N (%) (n= 56)	Tardio N (%) (n=25)	p
Idade em anos (m ± dp)	66,14 ± 5,479	69,32 ± 6,787	0,028
Idade de início da depressão em anos (m ± dp)	41,21 ± 15,193	65,44 ± 4,891	<0,0005
Faixa etária (anos)			
60-69 anos	44 (78,6)	14 (56,0)	0,037
70 ou mais	12 (21,4)	11 (44,0)	
Sexo			
Masculino	13 (23,2)	7 (28,0)	0,645
Feminino	43 (76,8)	18 (72,0)	
Raça			
Branca	34 (61,8)	15 (60,0)	0,877
não-branca	21 (38,2)	10 (40,0)	
Casado			
Sim	15 (27,3)	9 (36,0)	0,430
Não	40 (72,7)	16 (64,0)	
Viúvo			
Sim	24 (43,6)	10 (40,0)	0,760
Não	31 (56,4)	15 (60,0)	
Escolaridade (anos de estudo)			
9-11anos	4 (7,1)	0 (0,0)	0,346
5-8 anos	12 (21,4)	7 (28,0)	
1-4 anos	32 (57,1)	12 (48,0)	
Não frequentou escola	8 (14,3)	6 (24,0)	
Com quem mora			
Sozinho	14 (25,0)	7 (28,0)	0,776
Cônjuge e/ou familiares	42 (75,0)	18 (72,0)	
Aposentado			
Sim	38 (67,9)	17 (68,0)	0,990
Não	18 (32,1)	8 (32,0)	
Trabalho remunerado atual			
Sim	9 (16,1)	6 (24,0)	0,536 ^a
Não	47 (83,9)	19 (76,0)	
Renda			
Até 1 salário mínimo	40 (75,5)	16 (66,7)	0,422
Mais que 1 salário mínimo	13 (24,5)	8 (33,3)	
Autopercepção de saúde			
Ótima/boa	14 (25,0)	6 (24,0)	0,478
Regular	32 (57,1)	17 (68,0)	
Má/péssima	10 (17,9)	2 (8,0)	
Hipertensão arterial sistêmica			
Sim	38 (67,9)	17 (68,0)	0,990
Não	18 (32,1)	8 (32,0)	
Diabetes mellitus			
Sim	13 (23,2)	6 (24,0)	0,939
Não	43 (76,8)	19 (76,0)	
Tabagismo			
Sim	30 (53,6)	13 (52,0)	0,896
Não	26 (46,4)	12 (48,0)	
Déficit cognitivo			
Sim	10 (18,9)	1 (4,2)	0,157 ^a
Não	43 (81,1)	23 (95,8)	

a. teste exato de Fischer

Conforme mostrado na tabela 4, nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada entre os grupos com depressão maior de início precoce e de início tardio quanto a escores do MEEM, história familiar de depressão, sintomas depressivos, características melancólicas, risco de suicídio e abuso/dependência de álcool.

Tabela 4. Distribuição de escores do MEEM, história familiar de depressão, sintomas depressivos, características melancólicas, risco de suicídio e abuso/dependência de álcool em idosos com diagnóstico de depressão maior de início precoce ou tardio.

Variável	Precoce N (%) (n=56)	Tardio N (%) (n=25)	p
MEEM (m ± dp)	22,77 ± 5,37	22,92 ± 4,393	0,909
História familiar de depressão			
Sim	24 (42,9)	6 (24,0)	0,104
Não	32 (57,1)	19 (76,0)	
Perda do interesse ou prazer			
Sim	46 (82,1)	21 (84,0)	1,000 ^a
Não	10 (17,9)	4 (16,0)	
Agitação/retardo psicomotor			
Sim	44 (78,6)	23 (92,0)	0,206 ^a
Não	12 (21,4)	2 (8,0)	
Inutilidade/culpa			
Sim	34 (60,7)	17 (68,0)	0,531
Não	22 (39,3)	8 (32,0)	
Características melancólicas			
Sim	13 (68,4)	8 (72,7)	1,000 ^a
Não	6 (31,6)	3 (27,3)	
Risco de suicídio			
Sim	23 (41,1)	6 (24,0)	0,139
Não	33 (58,9)	19 (76,0)	
Álcool: abuso/dependência atual			
Sim	2 (3,6)	2 (8,0)	0,583 ^a
Não	54 (96,4)	23 (92,0)	
Álcool: abuso/dependência na vida			
Sim	10 (17,9)	2 (8,0)	0,325 ^a
Não	46 (82,1)	23 (92,0)	

a. teste exato de Fischer

6.3 ANÁLISE MULTIVARIADA

Conforme mostrado na tabela 5, uma regressão logística binária foi conduzida para avaliar o impacto de um grupo de preditores na diferenciação entre casos de depressão maior de início precoce e de início tardio. Foram incluídas, nos modelos preliminares, as variáveis independentes cujo valor de p foi $\leq 0,2$ nos testes mostrados nas tabelas 3 e 4. O modelo final conteve quatro variáveis independentes (idade, história familiar de depressão, agitação/retardo psicomotor, risco de suicídio).

A variável dependente (depressão maior conforme idade de início) foi codificada tomando-se a depressão maior de início precoce como categoria de referência.

O modelo completo, contendo todos os preditores, foi estatisticamente significativo, $\chi^2 (4, N= 81) = 13,773$, $p = 0,008$, indicando ter sido capaz de distinguir os casos de depressão de início tardio daqueles de início precoce. O modelo teve um pseudo R^2 de 0,156 (usando *Cox and Snell R²*) e de 0,22 (usando *Nagelkerke R²*); isto significa que entre 15,6% e 22% da variação encontrada entre os grupos pode ser explicada pelos preditores. O modelo classificou corretamente 92,9% dos casos de depressão de início precoce e 44% dos casos de início tardio, perfazendo um total de 77,8%. A razão de chances (OR) para idade em anos foi de 1,105, indicando uma associação positiva entre essa variável e a depressão de início tardio (cada ano de idade a mais aumentou a chance de pertencer ao grupo de depressão de início tardio em 1,105 vezes, controlando para os outros fatores no modelo). Também houve uma tendência de associação negativa entre risco de suicídio e depressão de início tardio, sem significância estatística ($p= 0,059$).

Tabela 5. Regressão logística binária mostrando associação de um modelo de quatro preditores (variáveis independentes) com idade de início da depressão (variável dependente) em idosos com diagnóstico de depressão maior de início precoce ou tardio. A depressão maior de início precoce é a categoria de referência. OR representa a chance de pertencer ao grupo de depressão maior de início tardio relacionada à variável independente.

VARIÁVEL	B	EP	Wald	df	p	OR	IC 95% para OR
Idade em anos	0,099	0,045	4,971	1	0,026	1,105	1,012-1,205
História familiar de depressão	-0,944	0,574	2,711	1	0,100	0,389	0,126-1,197
Agitação/retardo psicomotor	1,214	0,830	2,141	1	0,143	3,368	0,662-17,128
Risco de suicídio	-1,131	0,598	3,573	1	0,059	0,323	0,1-1,043

7 DISCUSSÃO

Este estudo investiga as diferenças quanto ao quadro clínico e diversos fatores associados, incluindo sociodemográficos, cognitivos, risco cardiovascular e alcoolismo, entre idosos com depressão maior de início precoce e de início tardio em uma amostra representativa da ESF no Brasil.

Um dos resultados mais relevantes do estudo foi a alta prevalência de depressão maior encontrada (25,6%), superior mesmo à geralmente descrita na literatura para ambientes de cuidados primários.³⁸ Isso pode se dever a duas razões: em primeiro, a predominância do sexo feminino na amostra, uma vez que mulheres sofrem mais de depressão do que homens;³³ em segundo, os casos provêm de uma população em desvantagem socioeconômica, fator que tem sido associado a maior prevalência de depressão.¹⁰¹ Adicionalmente, os dados refletem não só a prevalência atual, mas também a prevalência de depressão maior na vida inteira. Um estudo realizado em 2004 com 1873 idosos franceses da comunidade (65 anos ou mais) utilizando o M.I.N.I. para os diagnósticos psiquiátricos,¹⁰² encontrou uma prevalência de 26,5% para depressão maior ao longo da vida, semelhante a encontrada neste estudo.

As prevalências encontradas para as idades de início precoce ou tardio são semelhantes às descritas para pacientes ambulatoriais por Kessing (18192 idosos),²⁰ por Corruble et al.²⁷ (6850 idosos) e por outros autores,^{48,90} mas não por todos.^{49,54} Como poucos relatos nesse campo descreveram sistematicamente as prevalências conforme a idade de início dos sintomas,¹⁴ esse achado necessita ser replicado em futuras pesquisas.

Os sujeitos com depressão de início tardio apresentaram uma média de idade significativamente maior. Como relatado anteriormente, a associação positiva de início tardio dos sintomas com a idade atual é uma das características mais frequentemente encontradas na literatura. Uma possível explicação para isso seria a associação da depressão de início precoce com maior morbidade e mortalidade, hipótese sugerida por van Ojen et al.¹⁰³ O tempo mais prolongado de exposição ao transtorno de humor pode impedir a sobrevivência até idades mais avançadas.

Outras explicações possíveis incluem o viés de memória, em que indivíduos mais idosos tendem a esquecer mais facilmente de episódios depressivos antigos, especialmente se leves, e também ao fenômeno conhecido como “telescoping”, no qual memórias de crises ocorridas muitos anos atrás podem ser percebidas como acontecimentos recentes.⁴⁹ Para evitar esses potenciais fatores de confusão, estudos longitudinais de longo prazo são necessários.

O achado mais importante do presente estudo foi a ausência de diferenças entre a depressão maior de início precoce e a de início tardio quanto a fatores sociodemográficos, fatores de risco cardiovascular, cognição, história familiar de depressão, sintomas depressivos e alcoolismo.

Os sujeitos não diferiram quanto a sexo, raça, estado civil, viuvez, escolaridade, morar só ou com familiar/cônjuge, aposentadoria, trabalho atual, renda e autopercepção de saúde. Resultados similares foram obtidos por outros autores.^{26,31} Entretanto, é possível que a pequena amostra obtida não tenha sido suficiente para detectar associações na população pesquisada. Além disso, uma avaliação mais detalhada de fatores como luto ou rede de suporte social poderá chegar a resultados diferentes. Por exemplo, Grace et al.⁵⁰ relataram que deprimidos precoces contavam com mais experiências de luto ao longo da vida e menos apoio de um confidente do que deprimidos tardios. Com relação à autopercepção de saúde, Sneed et al.¹⁸ identificaram que mulheres com depressão de início tardio tendiam a relatar piores condições de saúde, mas essa diferença não foi estatisticamente significativa.

Quanto à cognição, os resultados do presente estudo dão suporte aos obtidos por outros autores¹⁹ que não encontraram diferenças na frequência de déficit cognitivo mensurado pelos escores médios do MEEM. No entanto é preciso ter em mente que o MEEM é apenas um teste de rastreio de problemas cognitivos, portanto o presente estudo não pôde avaliar prejuízos em funções executivas, importantes para a compreensão da depressão no idoso. O escore do MEEM por si só não exclui a existência de diferenças no desempenho específico das diversas funções cognitivas entre depressão maior de início precoce e de início tardio na amostra estudada. Além disso, devido ao limitado tamanho amostral, não é possível excluir o erro tipo II. Futuros estudos com amostras maiores e empregando testes

neuropsicológicos detalhados serão necessários para avaliar a interação entre cognição e idade de início de sintomas depressivos em idosos no cenário brasileiro.

Os grupos não diferiram quanto à presença de fatores de risco cardiovascular (diabetes, hipertensão arterial sistêmica e tabagismo). Os resultados apoiam diversos estudos bem conduzidos^{19,31,46,54} que observaram um papel igualmente importante de fatores de risco cardiovascular na etiologia da depressão maior de início precoce e de início tardio. Entretanto, o limitado tamanho amostral, o pequeno número de fatores cardiovasculares analisados e o fato de a informação sobre os diagnósticos ser proveniente do simples relato dos sujeitos pesquisados – e não de uma avaliação clínico-laboratorial objetiva – limita a generalização dos resultados. Novos estudos metodologicamente mais rigorosos quanto à avaliação cardiológica, além de pesquisas com exames de neuroimagem para avaliação de doença cerebrovascular serão necessários para elucidar a relação entre tais fatores e a idade de início da depressão entre idosos brasileiros.

Quanto à história familiar de depressão, contrariamente à expectativa, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Esse resultado é consistente com o relato de Janssen et al.¹⁹ e, conjuntamente com a ausência de diferenças na distribuição dos fatores cardiovasculares, contradiz a hipótese da separação etiológica entre a depressão maior de início precoce e a de início tardio, proposta por certos autores. Não obstante, novamente é preciso lembrar que a limitação amostral deste estudo pode haver ocultado uma associação existente.

Os grupos também foram similares quanto aos sintomas depressivos (perda do interesse ou prazer, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva). Com a ressalva da questão já discutida sobre o limitado tamanho amostral, os resultados parecem dar suporte a uma grande quantidade de estudos que obtiveram achados semelhantes,^{19,29,39,43,55} podendo significar que há uma continuidade da tipologia depressiva ao longo de toda a vida, incluindo a velhice.²⁹

Não houve diferença entre deprimidos precoces ou tardios quanto a características melancólicas. Embora isso possa se dever ao pequeno número de casos de melancolia obtidos, o achado é suportado por resultados encontrados por

outros autores,^{20,43} apoiando o conceito de que a idade de início dos sintomas não influencia o fenótipo da depressão maior no idoso.

Não houve diferenças entre os grupos quanto à dependência ou abuso de álcool, podendo significar que a importância etiológica desse fator é a mesma para casos precoces ou tardios. A baixa prevalência de problemas relacionados ao álcool na amostra, porém, dificulta a generalização dos resultados que, portanto, devem ser interpretados com cautela. Parece razoável esperar que com um contingente maior de idosos surja uma associação positiva com depressão de início precoce, dada a maior associação de casos precoces com comorbidades psiquiátricas observada na literatura.⁵⁹ Mais estudos serão necessários para esclarecer a questão.

Após a análise multivariada, uma tendência de associação negativa entre risco de suicídio e depressão de início tardio apareceu, embora essa não tenha atingido significância estatística. Uma nova análise com a amostra completa do EMISUS poderá evidenciar melhor essa associação que, se confirmada, se alinharia aos achados obtidos por Reynolds et al.⁴² em uma amostra ambulatorial, e Janssen et al.¹⁹ em uma amostra comunitária.

Este estudo possui alguns pontos fortes que merecem ser destacados. Em primeiro, o uso de um instrumento diagnóstico validado para diagnósticos do DSM-IV, possibilitando pesquisar uma amostra mais homogênea; a inclusão apenas de sujeitos com depressão maior unipolar também facilita a interpretação e comparação dos achados. Em segundo, a aplicação do instrumento M.I.N.I. Plus por psiquiatras treinados e com expertise na avaliação de idosos, permitindo um diagnóstico mais confiável dos casos. Em terceiro, o estudo de idosos da área de abrangência da ESF atende às necessidades de um grande contingente de pessoas em desvantagem socioeconômica e expostas às consequências do subdiagnóstico e subtratamento dos transtornos de humor.

Algumas limitações desta pesquisa devem ser mencionadas. Em primeiro, é provável que a amostra tenha sido pequena para detectar determinadas diferenças, sendo assim não é possível excluir o erro tipo II. Em segundo, o viés de memória pode ter interferido no relato da idade de início da depressão, como já comentado. Em terceiro, em razão do baixo nível educacional da amostra pesquisada e

possíveis limitações culturais, o conhecimento sobre a história familiar de depressão transmitido pelos idosos pode ser impreciso. Em quarto, por ser formada por idosos que residem em comunidades pertencentes à área de atuação da ESF, a presente amostra provavelmente não é representativa de casos mais graves, geralmente referenciados a serviços mais especializados. Em quinto, como já exposto, a indisponibilidade de métodos de avaliação mais robustos da cognição e de fatores cardiovasculares, bem como de estudos de neuroimagem, limita a generalização dos achados.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais conclusões do presente estudo são as seguintes: foi encontrada uma alta prevalência de depressão maior (25,6%), com predominância de casos de início precoce (69,14%) em relação aos de início tardio; idosos com depressão maior de início tardio apresentaram média de idade significativamente maior que a daqueles com depressão de início precoce; não houve diferença estatisticamente significativa entre a depressão maior de início precoce e a de início tardio quanto a fatores sociodemográficos, fatores de risco cardiovascular, cognição, história familiar de depressão, sintomas depressivos e alcoolismo; após a análise multivariada, surgiu uma tendência de associação negativa entre risco de suicídio e depressão de início tardio, porém sem significância estatística ($p= 0,059$).

Em suma, neste estudo comparativo de idosos com depressão maior unipolar que residem em comunidades pertencentes à área de abrangência da ESF, a idade de início precoce ou tardio dos sintomas depressivos não esteve associada a perfis distintos, nem quanto ao quadro clínico, nem quanto a fatores de risco. Os resultados deste trabalho dão suporte à noção de que a depressão maior de início precoce e a de início tardio são indistinguíveis clinicamente e não representam patologias ou subtipos distintos. Esses achados necessitam ser futuramente replicados em estudos com amostras maiores, especialmente de desenho longitudinal.

REFERÊNCIAS

1. Gazalle FK, Hallal PC, Lima MS. Depression in the elderly: are doctors investigating it? *Rev Bras Psiquiatr.* 2004 Sep;26(3):145-9. Epub 2004 Nov 17.
2. Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica.* 2004 Jun;38(3):365-71. Epub 2004 Jul 8.
3. Pinho MX, Custódio O, Makdisse M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2009;12(1):123-140.
4. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 10 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
5. Blay SL, Laks J, Nitrini R, Caramelli P. Epidemiologia dos transtornos mentais em idosos e a utilização dos serviços por esta população. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil.* Porto Alegre: Artmed; 2007. p.143-50.
6. Lima MTR, Silva RS, Ramos LR. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *J Bras Psiquiatr.* 2009;58(1):1-7.
7. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Population Ageing and Development 2009 [folheto na internet]. New York: United Nations; 2009 [capturado em 2011 Set 29]. Disponível em: <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2009chart.pdf>.
8. Maia LC, Durante AMG, Ramos LR. Prevalence of mental disorders in an urban area in Brazil. *Rev Saude Publica.* 2004 Oct;38(5):650-6. Epub 2004 Oct 18.
9. Xavier FMF, Ferraz MPT, Bertollucci P, Poyares D, Moriguchi EH. Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(2):62-70.
10. Xavier FM, Ferraz MP, Argimon I, Trentini CM, Poyares D, Bertollucci PH, Bisol LW, Moriguchi EH. The DSM-IV 'minor depression' disorder in the oldest-old: prevalence rate, sleep patterns, memory function and quality of life in elderly people of Italian descent in Southern Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2002 Feb;17(2):107-16.
11. Irigaray TQ, Schneider RH. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Rev Psiquiatr RS.* 2007;29(1):19-27.

12. Oliveira DA, Gomes L, Oliveira RF. Prevalence of depression among the elderly population who frequent community centers. *Rev Saude Publica*. 2006 Aug;40(4):734-6.
13. Shanmugham B, Alexopoulos G. Depressão geriátrica. In: Licinio J, Wong ML, organizadores. *Biologia da Depressão*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 333-49.
14. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5:363-89.
15. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005 Jun 4-10;365(9475):1961-70.
16. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003 Mar;58(3):249-65.
17. Artero S, Ritchie K. Late onset depressive episodes in the elderly: examination of evidence for a separate nosological entity. *Psychogeriatrics*. 2001;1:194-202.
18. Sneed JR, Kasen S, Cohen P. Early-life risk factors for late-onset depression. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007 Jul;22(7):663-7.
19. Janssen J, Beekman AT, Comijs HC, Deeg DJ, Heeren TJ. Late-life depression: the differences between early- and late-onset illness in a community-based sample. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 Jan;21(1):86-93.
20. Kessing LV. Differences in diagnostic subtypes among patients with late and early onset of a single depressive episode. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 Dec;21(12):1127-31.
21. Baldwin RC, O'Brien J. Vascular basis of late-onset depressive disorder. *Br J Psychiatry*. 2002 Feb;180:157-60.
22. Baldwin R, Jeffries S, Jackson A, Sutcliffe C, Thacker N, Scott M, Burns A. Neurological findings in late-onset depressive disorder: comparison of individuals with and without depression. *Br J Psychiatry*. 2005 Apr;186:308-13.
23. Baldwin RC, Tomenson B. Depression in later life. A comparison of symptoms and risk factors in early and late onset cases. *Br J Psychiatry*. 1995 Nov;167(5):649-52.
24. Paranthaman R, Burns AS, Cruickshank JK, Jackson A, Scott ML, Baldwin RC. Age at onset and vascular pathology in late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012 Jun;20(6):524-32.
25. Krishnan KR, Hays JC, Tupler LA, George LK, Blazer DG. Clinical and phenomenological comparisons of late-onset and early-onset depression. *Am J Psychiatry*. 1995 May;152(5):785-8.

26. Paradiso S, Naridze R, Holm-Brown E. Lifetime romantic attachment style and social adaptation in late-onset depression. *Int J Geriatr Psychiatry*. Epub 2011 Dec 6.
27. Corruble E, Gorwood P, Falissard B. Association between age of onset and symptom profiles of late-life depression. *Acta Psychiatr Scand*. 2008 Nov;118(5):389-94.
28. Burvill PW, Hall WD, Stampfer HG, Emmerson JP. A comparison of early-onset and late-onset depressive illness in the elderly. *Br J Psychiatry*. 1989 Nov;155:673-9.
29. Brodaty H, Peters K, Boyce P, Hickie I, Parker G, Mitchell P, Wilhelm K. Age and depression. *J Affect Disord*. 1991 Nov;23(3):137-49.
30. Alvarez P, Urretavizcaya M, Benloch L, Vallejo J, Menchón JM. Early- and late-onset depression in the older: no differences found within the melancholic subtype. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011 Jun;26(6):615-21. Epub 2010 Dec 29.
31. Gallagher D, Mhaolain AN, Greene E, Walsh C, Denihan A, Bruce I, Golden J, Conroy RM, Kirby M, Lawlor BA. Late life depression: a comparison of risk factors and symptoms according to age of onset in community dwelling older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010 Oct;25(10):981-7.
32. Fountoulakis KN, O'Hara R, Iacovides A, Camilleri CP, Kaprinis S, Kaprinis G, Yesavage J. Unipolar late-onset depression: A comprehensive review. *Ann Gen Hosp Psychiatry*. 2003 Dec 16;2(1):11.
33. Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC, Bottino CM. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr*. 2010 Aug;22(5):712-26. Epub 2010 May 18.
34. Sheehan B, Karim S, Burns A. *Old Age Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
35. Blazer DG, Steffens DC, Konig HG. Mood Disorders. In: Blazer DG, Steffens DC, Editors. *Textbook of Geriatric Psychiatry*. 4th ed. Washington DC: The American Psychiatric Publishing; 2009. p. 275-99.
36. Alexopoulos GS, Kelly RE Jr. Research advances in geriatric depression. *World Psychiatry*. 2009 Oct;8(3):140-9.
37. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005 Jun 4-10;365(9475):1961-70.
38. Castro-Costa E. TH no atendimento primário. In: Bottino CMC, Blay SL, Laks J, editores. *Diagnóstico e Tratamento dos Transtornos do Humor em Idosos*. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 17-23.

39. Conwell Y, Nelson JC, Kim KM, Mazure CM. Depression in late life: age of onset as marker of a subtype. *J Affect Disord.* 1989 Sep-Oct;17(2):189-95.
40. Heun R, Kockler M, Papassotiropoulos A. Distinction of early- and late-onset depression in the elderly by their lifetime symptomatology. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2000 Dec;15(12):1138-42.
41. van Ojen R, Hooijer C, Bezemer D, Jonker C, Lindeboom J, van Tilburg W. Late-life depressive disorder in the community. I. The relationship between MMSE score and depression in subjects with and without psychiatric history. *Br J Psychiatry.* 1995 Mar;166(3):311-5, 319.
42. Reynolds CF 3rd, Dew MA, Frank E, Begley AE, Miller MD, Cornes C, Mazumdar S, Perel JM, Kupfer DJ. Effects of age at onset of first lifetime episode of recurrent major depression on treatment response and illness course in elderly patients. *Am J Psychiatry.* 1998 Jun;155(6):795-9.
43. Brodaty H, Luscombe G, Parker G, Wilhelm K, Hickie I, Austin MP, Mitchell P. Early and late onset depression in old age: different aetiologies, same phenomenology. *J Affect Disord.* 2001 Oct;66(2-3):225-36.
44. Van den Berg MD, Oldehinkel AJ, Bouhuys AL, Brilman EI, Beekman AT, Ormel J. Depression in later life: three etiologically different subgroups. *J Affect Disord.* 2001 Jun;65(1):19-26.
45. Brodaty H, Cullen B, Thompson C, Mitchell P, Parker G, Wilhelm K, Austin MP, Malhi G. Age and gender in the phenomenology of depression. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2005 Jul;13(7):589-96.
46. Taylor WD, McQuoid DR, Krishnan KR. Medical comorbidity in late-life depression. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2004 Oct;19(10):935-43.
47. Voshaar RC, Kapur N, Bickley H, Williams A, Purandare N. Suicide in later life: a comparison between cases with early-onset and late-onset depression. *J Affect Disord.* 2011 Jul;132(1-2):185-91. Epub 2011 Mar 21.
48. Hickie I, Scott E, Naismith S, Ward PB, Turner K, Parker G, Mitchell P, Wilhelm K. Late-onset depression: genetic, vascular and clinical contributions. *Psychol Med.* 2001 Nov;31(8):1403-12.
49. Holroyd S, Duryee JJ. Differences in geriatric psychiatry outpatients with early- vs late-onset depression. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1997 Nov;12(11):1100-6.
50. Grace J, O'Brien JT. Association of life events and psychosocial factors with early but not late onset depression in the elderly: implications for possible differences in aetiology. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2003 Jun;18(6):473-8.
51. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 - descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Trad.: Dorgival Caetano. Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artmed; 1993.

52. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV-TR™. 4ª ed. Rev. Trad.: Cláudia Dornelles. American Psychiatric Association. Porto Alegre: Artmed; 2002.
53. Baldwin RC. Depression in later life. Oxford: Oxford University Press; 2010.
54. Devanand DP, Adorno E, Cheng J, Burt T, Pelton GH, Roose SP, Sackeim HA. Late onset dysthymic disorder and major depression differ from early onset dysthymic disorder and major depression in elderly outpatients. *J Affect Disord.* 2004 Mar;78(3):259-67.
55. Greenwald BS, Kramer-Ginsberg E. Age at onset in geriatric depression: relationship to clinical variables. *J Affect Disord.* 1988 Jul-Aug;15(1):61-8.
56. Mitchell AJ, Subramaniam H. Prognosis of Depression in Old Age Compared to Middle Age: A Systematic Review of Comparative Studies. *Am J Psychiatry.* 2005; 162:1588-1601.
57. Rapp MA, Dahlman K, Sano M, Grossman HT, Haroutunian V, Gorman JM. Neuropsychological differences between late-onset and recurrent geriatric major depression. *Am J Psychiatry.* 2005 Apr;162(4):691-8.
58. Dillon C, Allegri RF, Serrano CM, Iturry M, Salgado P, Glaser FB, Taragano FE. Late- versus early-onset geriatric depression in a memory research center. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2009;5:517-26. Epub 2009 Oct 12.
59. Zisook S, Lesser I, Stewart JW, Wisniewski SR, Balasubramani GK, Fava M, Gilmer WS, Dresselhaus TR, Thase ME, Nierenberg AA, Trivedi MH, Rush AJ. Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *Am J Psychiatry.* 2007 Oct;164(10):1539-46.
60. Hippel W, Vasey MW, Gonda T, Stern T. Executive Function Deficits, Rumination and Late-Onset Depressive Symptoms in Older Adults. *Cognit Ther Res.* 2008 Aug;32(4):474–87.
61. Robson A, Scrutton F, Wilkinson L, MacLeod F. The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psychooncology.* 2010 Dec;19(12):1250-8.
62. Lyness JM, Conwell Y, Nelson JC. Suicide attempts in elderly psychiatric inpatients. *J Am Geriatr Soc.* 1992 Apr;40(4):320-4.
63. Bellini M, Matteucci V. Late onset depression and suicide outcome. *Arch Gerontol Geriatr Suppl.* 2001;7:37-42.
64. Direk N, Koudstaal PJ, Hofman A, Ikram MA, Hoogendijk WJ, Tiemeier H. Cerebral Hemodynamics and Incident Depression: The Rotterdam Study. *Biol Psychiatry.* 2012 Feb 28. [Epub ahead of print].

65. Alexopoulos GS, Bruce ML, Silbersweig D, Kalayam B, Stern E. Vascular depression: a new view of late-onset depression. *Dialogues Clin Neurosci*. 1999 Sep;1(2):68-80.
66. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silbersweig D, Charlson M. 'Vascular depression' hypothesis. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Oct;54(10):915-22.
67. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kakuma T, Silbersweig D, Charlson M. Clinically defined vascular depression. *Am J Psychiatry*. 1997 Apr;154(4):562-5.
68. Krishnan KR, Hays JC, Blazer DG. MRI-defined vascular depression. *Am J Psychiatry*. 1997 Apr;154(4):497-501.
69. Rainer MK, Mucke HA, Zehetmayer S, Krampla W, Kuselbauer T, Weissgram S, Jungwirth S, Tragl KH, Fischer P. Data from the VITA Study do not support the concept of vascular depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006 Jun;14(6):531-7.
70. Baldwin RC. Is vascular depression a distinct sub-type of depressive disorder? A review of causal evidence. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005 Jan;20(1):1-11.
71. Herrmann LL, Le Masurier M, Ebmeier KP. White matter hyperintensities in late life depression: a systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2008 Jun;79(6):619-24. Epub 2007 Aug 23.
72. Fujikawa T, Yamawaki S, Touhouda Y. Incidence of silent cerebral infarction in patients with major depression. *Stroke*. 1993 Nov;24(11):1631-4.
73. Steffens DC, Krishnan KR, Crump C, Burke GL. Cerebrovascular disease and evolution of depressive symptoms in the cardiovascular health study. *Stroke*. 2002 Jun;33(6):1636-44.
74. Hickie I, Simons L, Naismith S, Simons J, McCallum J, Pearson K. Vascular risk to late-life depression: evidence from a longitudinal community study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003 Feb;37(1):62-5.
75. Godin O, Dufouil C, Maillard P, Delcroix N, Mazoyer B, Crivello F, Alperovitch A, Tzourio C. White matter lesions as a predictor of depression in the elderly: the 3C-Dijon study. *Biol Psychiatry*. 2008 Apr 1;63(7):663-9. Epub 2007 Oct 30.
76. Teodorczuk A, Firbank MJ, Pantoni L, Poggesi A, Erkinjuntti T, Wallin A, Wahlund LO, Scheltens P, Waldemar G, Schrotter G, Ferro JM, Chabriat H, Bazner H, Visser M, Inzitari D, O'Brien JT; LADIS Group. Relationship between baseline white-matter changes and development of late-life depressive symptoms: 3-year results from the LADIS study. *Psychol Med*. 2010 Apr;40(4):603-10. Epub 2009 Aug 12.

77. Almeida OP. Vascular depression: myth or reality? *Int Psychogeriatr*. 2008 Aug;20(4):645-52. Epub 2007 Dec 6.
78. Naarding P, Tiemeier H, Breteler MM, Schoevers RA, Jonker C, Koudstaal PJ, Beekman AT. Clinically defined vascular depression in the general population. *Psychol Med*. 2007 Mar;37(3):383-92. Epub 2006 Nov 1.
79. Naarding P, Veereschild M, Bremmer M, Deeg D, Beekman AT. The symptom profile of vascular depression. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Sep;24(9):965-9.
80. Newson RS, Hek K, Luijendijk HJ, Hofman A, Witteman JC, Tiemeier H. Atherosclerosis and incident depression in late life. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Nov;67(11):1144-51.
81. Ikram MA, Luijendijk HJ, Vernooij MW, Hofman A, Niessen WJ, van der Lugt A, Tiemeier H, Breteler MM. Vascular brain disease and depression in the elderly. *Epidemiology*. 2010 Jan;21(1):78-81.
82. Versluis CE, van der Mast RC, van Buchem MA, Bollen EL, Blauw GJ, Eekhof JA, van der Wee NJ, de Craen AJ; PROSPER Study. Progression of cerebral white matter lesions is not associated with development of depressive symptoms in elderly subjects at risk of cardiovascular disease: The PROSPER Study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 Apr;21(4):375-81.
83. Santos M, Gold G, Kövari E, Herrmann FR, Hof PR, Bouras C, Giannakopoulos P. Neuropathological analysis of lacunes and microvascular lesions in late-onset depression. *Neuropathol Appl Neurobiol*. 2010 Dec;36(7):661-72.
84. Alexopoulos GS, Young RC, Meyers BS. Geriatric depression: age of onset and dementia. *Biol Psychiatry*. 1993 Aug 1;34(3):141-5.
85. Alexopoulos GS, Buckwalter K, Olin J, Martinez R, Wainscott C, Krishnan KR. Comorbidity of late life depression: an opportunity for research on mechanisms and treatment. *Biol Psychiatry*. 2002 Sep 15;52(6):543-58.
86. Vinkers DJ, Gussekloo J, Stek ML, Westendorp RG, van der Mast RC. Temporal relation between depression and cognitive impairment in old age: prospective population based study. *BMJ*. 2004 Oct 16;329(7471):881. Epub 2004 Sep 2.
87. Alexopoulos GS, Kiessens DN, Klimstra S, Kalayam B, Bruce ML. Clinical presentation of the "depression-executive dysfunction syndrome" of late life. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002 Jan-Feb;10(1):98-106.
88. Vilalta-Franch J, Planas-Pujol X, López-Pousa S, Llinàs-Reglà J, Merino-Aguado J, Garre-Olmo J. Depression subtypes and 5-years risk of mortality in aged 70 years: a population-based cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012 Jan;27(1):67-75. Epub 2011 Feb 9.

89. Krishnan KR, Taylor WD, McQuoid DR, MacFall JR, Payne ME, Provenzale JM, Steffens DC. Clinical characteristics of magnetic resonance imaging-defined subcortical ischemic depression. *Biol Psychiatry*. 2004 Feb 15;55(4):390-7.
90. Delaloye C, Moy G, de Bilbao F, Baudois S, Weber K, Hofer F, Ragno Paquier C, Donati A, Canuto A, Giardini U, von Gunten A, Stancu RI, Lazeyras F, Millet P, Scheltens P, Giannakopoulos P, Gold G. Neuroanatomical and neuropsychological features of elderly euthymic depressed patients with early- and late-onset. *J Neurol Sci*. 2010 Dec 15;299(1-2):19-23. Epub 2010 Sep 17.
91. Muhonen LH, Lönnqvist J, Lahti J, Alho H. Age at onset of first depressive episode as a predictor for escitalopram treatment of major depression comorbid with alcohol dependence. *Psychiatry Res*. 2009 May 15;167(1-2):115-22. Epub 2009 Apr 5.
92. Alpert JE, Fava M, Uebelacker LA, Nierenberg AA, Pava JA, Worthington JJ 3rd, Rosenbaum JF. Patterns of Axis I Comorbidity in Early-Onset Versus Late-Onset Major Depressive Disorder. *Biol Psychiatry*. 1999 15; 46(2):202-11.
93. Cataldo Neto A, Schwanke CHA, De Carli GA, Silva Filho IG, Viegas K, Gottlieb MG, Schneider RH. Estudo Epidemiológico e Clínico dos Idosos Atendidos pela Estratégia de Saúde da Família do Município de Porto Alegre. [projeto de pesquisa não publicado]. Porto Alegre: 2010.
94. IBGE, Sinopse do Censo Demográfico 2010. [capturado em 2011 Set 30]. disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
95. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(3):106-15.
96. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33.
97. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975 Nov;12(3):189-98.
98. Almeida OP. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 1998 Sep;56(3B):605-12.
99. Nitrini R, Caramelli P, Bottino CM, Damasceno BP, Brucki SM, Anghinah R. Diagnóstico de demência de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005 Sep;63(3A):720-7. Epub 2005 Sep 9.

100. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994 Mar;52(1):1-7.
101. Almeida OP, Pirkis J, Kerse N, Sim M, Flicker L, Snowdon J, Draper B, Byrne G, Lautenschlager NT, Stocks N, Alfonso H, Pfaff JJ. Socioeconomic disadvantage increases risk of prevalent and persistent depression in later life. *J Affect Disord*. 2012 May;138(3):322-31. Epub 2012 Feb 12.
102. Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin ML, Mann A, Dupuy AM, Malafose A, Boulenger JP. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry*. 2004 Feb;184:147-52.
103. van Ojen R, Hooijer C, Jonker C, Lindeboom J, van Tilburg W. Late-life depressive disorder in the community, early onset and the decrease of vulnerability with increasing age. *J Affect Disord*. 1995 Mar 14;33(3):159-66.

APÊNDICE A – Artigo submetido ao periódico *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*

1) título do artigo: **Depressão maior de início precoce ou tardio em idosos: um estudo comparativo** (Early *versus* late-onset major depression in elderly: a comparative study).

2) título abreviado: **Depressão de início precoce ou tardio em idosos** (Early *versus* late-onset depression in elderly).

3) nomes dos autores: **Luiz Eduardo Flores Ulrich** – Médico-psiquiatra. Mestrando em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Pesquisador do Grupo de Pesquisa Envelhecimento e Saúde Mental (GPESM) do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da PUCRS; **Eduardo Lopes Nogueira** – Médico-psiquiatra. Mestre em Gerontologia Biomédica pela PUCRS. Pesquisador do GPESM do IGG da PUCRS. **Alfredo Cataldo Neto** – Psiquiatra e Psicanalista. Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria da PUCRS. Professor do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica (PPGGB) da PUCRS. Coordenador do GPESM do IGG da PUCRS.

4) **Departamento/instituição:** Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS.

5) **Correspondência:** Luiz Eduardo Flores Ulrich. Rua Getúlio Vargas nº 461, Veranópolis, Rio Grande do Sul, CEP: 95330-000, fone 5481217811, email: brahmsbr@yahoo.com.br

6) **Conflitos de interesse:** nenhum a declarar.

7) todos os participantes da pesquisa assinaram um **termo de consentimento livre e esclarecido**; o protocolo deste projeto foi aprovado pelos comitês de ética em

pesquisa da PUCRS (CEP/PUCRS), sob o nº **10/04967** e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP/SMS-POA), sob o nº **001.021434.10.7**.

8) Os autores deste artigo declaram que uma vez publicado, os direitos autorais sobre a publicação passam automaticamente à Trends, e a reprodução do texto no todo ou em parte passa a requerer autorização por escrito dos editores.

9) O artigo integra a dissertação de mestrado “Depressão maior de início precoce ou tardio em idosos: um estudo comparativo”, de 2012, dentro do PPGGB do IGG/PUCRS.

10) Contagem de palavras do texto do artigo: 3191.

11) Classificação: artigo original.

12) Data da última revisão bibliográfica realizada pelos autores sobre o assunto: 21/06/2012.

RESUMO

Introdução: Alguns autores propõem que a distinção entre casos de depressão maior de início precoce e de início tardio é justificada por diferenças na etiologia, quadro clínico e comorbidades. Este estudo tem como objetivo investigar as características distintivas entre idosos com depressão maior de início precoce e de início tardio quanto a fatores sociodemográficos, autopercepção de saúde, fatores de risco cardiovascular, déficit cognitivo, história familiar de depressão, sintomas depressivos, características melancólicas, risco de suicídio e abuso/dependência alcoólica. **Métodos:** Estudo transversal descritivo, analítico, coletado prospectivamente, em amostra aleatória de 348 idosos (≥ 60 anos) da Estratégia Saúde da Família, dos quais se identificou 90 casos de depressão maior (DSM-IV); os sujeitos foram divididos conforme a idade de início precoce ou tardia (≥ 60 anos) da depressão. **Resultados:** A prevalência de depressão maior na amostra total foi de 25,86%. Idosos deprimidos foram na maioria dos casos de início precoce (69,14%) e pertencentes ao sexo feminino (74,4%); a idade média foi maior para o grupo com depressão maior de início tardio ($p= 0,028$); os grupos não diferiram quanto aos demais fatores; após análise multivariada, houve uma tendência de associação negativa entre risco de suicídio e depressão de início tardio. **Conclusão:** A idade de início precoce ou tardio dos sintomas depressivos não esteve associada a perfis diferentes. Os resultados deste trabalho dão suporte à hipótese de que a depressão maior de início precoce e a de início tardio são indistinguíveis clinicamente e não representam patologias ou subtipos distintos.

Palavras-chave: Transtorno Depressivo Maior. Idoso. Sintomas depressivos. Melancolia. Suicídio. Brasil.

ABSTRACT

Introduction: Some authors propose that the distinction between cases of early-onset and late-onset major depression is justified by differences in etiology, clinical picture and comorbidities. This study aims to investigate the distinctive characteristics between elderly with early-onset and late-onset major depression with respect to sociodemographic factors, self-perceived health, cardiovascular risk factors, cognitive deficit, family history of depression, depressive symptoms, melancholic features, suicide risk and alcohol abuse/dependence. **Methods:** Cross-sectional, descriptive and analytic study, with prospective data collection, in an aleatory sample of 348 elderly (≥ 60 years old) of the Family Health Strategy, of which were identified 90 cases of DSM-IV unipolar major depression; subjects were divided according to early or late (≥ 60) age at onset of depression. **Results:** The prevalence of major depression in the whole sample was 25,86%. Depressive elderly were mainly of early-onset (69,14%) and of female sex (74,4%); the mean age in years was higher in the late-onset major depression group ($p= 0,028$); the groups did not differ with respect to the other factors; after multivariate analysis there was a trend toward a negative association between suicide risk and late-onset depression. **Conclusion:** The early or late age at onset of depressive symptoms was not associated with different profiles. The results of this paper give support to the hypothesis that early and late-onset major depressive disorders are clinically undistinguishable and do not represent distinct pathologies or subtypes.

Key-words: Depressive Disorder, Major. Elderly. Depressive symptoms. Melancholia. Suicide. Brazil.

INTRODUÇÃO

A depressão é um dos transtornos mentais mais relevantes em idosos, impondo um pesado sofrimento para pacientes e cuidadores. Está associada a piora da incapacidade associada a doenças físicas e transtornos cognitivos, aumento dos custos com cuidados de saúde e maior mortalidade.^{1,2,3,4} Na atenção primária, de 6,5 a 22,4% dos idosos apresentam um diagnóstico de depressão maior.⁵

Um ponto importante nas discussões sobre a depressão no idoso é a distinção entre aqueles que sofreram o primeiro episódio depressivo maior nas primeiras décadas de vida (depressão maior de início precoce) e aqueles cujo início dos sintomas ocorreu na velhice (depressão maior de início tardio).⁶ Essa distinção carregaria diferenças na etiologia, quadro clínico e comorbidades.^{6,7,8}

Mesmo não havendo consenso na literatura sobre a idade de início em que a depressão é considerada tardia, o ponto de corte de 60 anos foi empregado na maioria dos estudos desde os anos 1980,⁹ passando pelos anos 1990,^{10,11} e chegando até os dias atuais.^{12,13} É, portanto, possível definir depressão maior de início precoce (DMIP) como aquela iniciada até a idade de 59 anos, e depressão maior de início tardio (DMIT) como aquela iniciada a partir dos 60 anos de idade.

Um dos achados mais reproduzidos nos estudos comparativos é a associação entre o DMIP e a presença de história familiar positiva para depressão, fato que sugere uma etiologia genética.^{10,11,14,15,16,17} Certos autores, entretanto, não encontraram essa associação.^{12,18,19,20,21}

A respeito das demais características clínicas, não há consenso identificável na literatura quanto à existência de diferenças significativas. Por exemplo, para DMIT, Krishnan et al.²² descreveram mais perda de interesse e menos ideias de

culpa, Heun et al.²³ observaram menos ideias de culpa, Rapp et al.²⁴ identificaram mais anedonia e prejuízo cognitivo, Brodaty et al.²⁵ relataram mais hipocondria e ideias severas de culpa, Corruble et al.²⁶ observaram mais lassidão e tristeza aparente e, finalmente, Gallagher et al.²⁷ encontraram maior prejuízo cognitivo, menos sentimentos de culpa, e menos pensamentos de inutilidade. Contudo, muitos estudos não relataram diferenças significativas quanto a esses e outros sintomas.^{14,15,18,20}

Quanto à apresentação melancólica dos sintomas depressivos, Devanand et al.¹⁷ encontraram associação positiva com DMIP. A maioria das pesquisas, porém, não observou diferenças significativas entre DMIP e DMIT para melancolia.^{10,14,15,21,25,28,29} Quanto ao risco de suicídio, muitas pesquisas não conseguiram detectar diferenças entre DMIP e DMIT.^{10,18,23,26,27,30} Lyness et al.,³¹ porém, encontraram associação positiva entre DMIT e história de tentativa de suicídio em uma amostra hospitalar de idosos. De forma oposta, Reynolds et al.,³² em uma amostra ambulatorial de idosos, encontraram associação de DMIP com história de tentativa de suicídio e Janssen et al.,²⁰ em amostra comunitária, encontraram mais frequência de ideação suicida entre idosos com DMIP.

Muitos autores defendem que existe uma divisão quanto à etiologia dos transtornos depressivos no idoso, sendo os casos de início precoce associados a fatores genéticos e psicossociais, e os de início tardio associados a doenças cardiovasculares.¹⁵ Entretanto há pesquisadores que não encontraram relação entre idade de início da depressão e fatores cardiovasculares.^{10,12,17,18,20,22,27,33}

Diversos estudos constataram diferenças quanto à cognição, mas os resultados são conflitantes. Por exemplo, alguns autores encontraram escores mais

baixos no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) para DMIT.^{9,27,34} Outros estudos, porém, não detectaram tais diferenças.^{11,16,18,20,23,30}

Até o momento, dispomos de poucos estudos sobre a associação entre idade de início de sintomas depressivos e alcoolismo. Uma amostra de 839 idosos britânicos³⁵ com diagnóstico prévio de depressão maior e mortos por suicídio revelou que casos de DMIT apresentavam menor frequência de história prévia de alcoolismo.

Este estudo tem como objetivo estimar as prevalências e examinar características sociodemográficas e clínicas distintivas de DMIP e DMIT em uma amostra aleatória de idosos brasileiros pertencentes à área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF).

MÉTODOS

Esta pesquisa integra o “Estudo Epidemiológico e Clínico dos Idosos Atendidos pela Estratégia de Saúde da Família do Município de Porto Alegre” (EMISUS), desenvolvido pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (IGG/PUCRS) em associação com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS-POA). O desenho é transversal e observacional, coletado de forma prospectiva em uma amostra aleatória da população de idosos da ESF do município de Porto Alegre. Foram sorteados 348 indivíduos provenientes da área de abrangência de 18 equipes de ESF, todos com idade igual ou superior a 60 anos.

Exceto para o cálculo da prevalência da depressão maior, apenas aqueles com diagnóstico de episódio depressivo maior fizeram parte desta análise. A variável dependente deste estudo é a depressão maior conforme idade de início (precoce ou

tardio), a qual inclui sujeitos com história de pelo menos um episódio depressivo maior (prévio ou atual). As variáveis independentes são: idade, sexo, raça, casamento, viuvez, escolaridade, com quem mora (sozinho ou com familiares/cônjuge), aposentadoria, trabalho remunerado atual, renda, autopercepção de saúde, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, déficit cognitivo, escore do MEEM, história familiar de depressão, perda do interesse ou prazer, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, características melancólicas, risco de suicídio, abuso ou dependência de álcool (atual e na vida).

Fatores sociodemográficos, autopercepção de saúde e fatores de risco cardiovascular foram coletado mediante o Questionário de Avaliação Global do Idoso (QAGI), organizado pelos pesquisadores para o EMISUS e aplicado por agentes comunitários de saúde treinados. A identificação de episódio depressivo maior, sintomas depressivos, características melancólicas, dependência ou abuso de álcool e risco de suicídio foi realizada por psiquiatras treinados e com expertise na avaliação de idosos através da aplicação da entrevista diagnóstica *Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 plus – brazilian version* (M.I.N.I. Plus), que gera diagnósticos de acordo com os critérios do DSM-IV, estando validada para o português.^{36,37} Concomitantemente à aplicação do instrumento também foi registrada a história familiar de depressão. A presença ou ausência de déficit cognitivo foi avaliada através do MEEM³⁸ aplicado por neurologistas integrantes do EMISUS. Os pontos de corte utilizados para a definição de déficit cognitivo foram aqueles propostos por Bertolucci et al.,³⁹ que traduziram o MEEM no Brasil: 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para indivíduos com 1 até 7 anos de escolaridade e 26 pontos para indivíduos com 8 ou mais anos de escolaridade.

Os dados foram inseridos e analisados no software “IBM SPSS Statistics” versão 18 para Windows. As variáveis categóricas foram descritas por frequências e as contínuas por médias e desvios-padrão. Para as análises estatísticas, foram consideradas significativas as diferenças correspondentes a um valor de $p < 0,05$. As comparações das frequências das variáveis categóricas entre os grupos com DMIP e DMIT foram feitas por meio do teste do quiquadrado. Nas análises que apresentaram frequência esperada inferior a 5 em uma ou mais células, utilizou-se o teste exato de Fisher.

Nas comparações das médias das variáveis contínuas (idade e escore do MEEM) entre os grupos com DMIP e DMIT foi utilizado o teste t de Student (*two-tailed*) para amostras independentes (levando-se em consideração a igualdade de variância, avaliada pelo teste de Levene). A determinação do conjunto de variáveis independentes que melhor prediz o início tardio da depressão maior foi feita por meio de uma regressão logística binária, empregando-se o método *forced entry*. Como medida de tamanho de efeito (quantidade de variação na variável dependente explicada pelo modelo) foi calculado o pseudo R^2 utilizando os testes *Cox and Snell* R^2 e *Nagelkerke* R^2 (os valores de ambos os testes variam de 0 a 1).

O projeto foi submetido e aprovado pelos comitês de ética em pesquisa da PUCRS e da SMS-POA. Todos os participantes foram informados de forma clara os objetivos e métodos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Da amostra total (348 sujeitos) foram identificados 90 casos de depressão maior (prevalência: 25,86%); 56 casos (16,09% da amostra total) apresentaram história de pelo menos um episódio depressivo maior no passado, mas não atual; 34 casos (9,77% da amostra total) apresentaram episódio depressivo maior atual (com ou sem histórico anterior de episódios depressivos). De todos os casos de depressão, 74,4% eram do sexo feminino. O registro da idade de início da depressão estava disponível em 81 casos, os quais constituíram os subgrupos da análise comparativa, sendo 56 (69,14%) de início precoce e 25 (30,86%) de início tardio.

Conforme mostrado na tabela 1, dentre as variáveis sociodemográficas, autopercepção de saúde, fatores de risco cardiovascular e déficit cognitivo, apenas a idade atual foi significativamente diferente entre sujeitos com DMIP e DMIT. A média de idade em anos foi maior para o grupo com DMIT ($m= 69,32$, $dp \pm 6,787$) que para o grupo com DMIP ($m= 66,14$, $dp \pm 5,479$), usando o teste t de Student para amostras independentes, $t(79) = -2,236$, $p = 0,028$.

Conforme mostrado na tabela 2, nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada entre os grupos com DMIP e DMIT quanto a escores do MEEM, história familiar de depressão, sintomas depressivos, características melancólicas, risco de suicídio e abuso/dependência de álcool.

Conforme mostrado na tabela 3, uma regressão logística binária foi conduzida para avaliar o impacto de um grupo de preditores na diferenciação entre casos de DMIP e DMIT. O modelo final conteve quatro variáveis independentes (idade, história familiar de depressão, agitação/retardo psicomotor, risco de suicídio). A

variável dependente (depressão maior conforme idade de início) foi codificada tomando-se a DMIP como categoria de referência. O modelo completo, contendo todos os preditores, foi estatisticamente significativo, $\chi^2 (4, N= 81) = 13,773$, $p = 0,008$, indicando ter sido capaz de distinguir os casos de DMIT daqueles de DMIP. O modelo teve um pseudo R^2 de 0,156 (usando *Cox and Snell R^2*) e de 0,22 (usando *Nagelkerke R^2*); isto significa que entre 15,6% e 22% da variação encontrada entre os grupos pode ser explicada pelos preditores. O modelo classificou corretamente 92,9% dos casos de DMIP e 44% dos casos de DMIT, perfazendo um total de 77,8%. A razão de chances (OR) para idade em anos foi de 1,105, indicando uma associação positiva entre essa variável e a DMIT (cada ano de idade a mais aumentou a chance de pertencer ao grupo de DMIT em 1,105 vezes, controlando para os outros fatores no modelo). Também houve uma tendência de associação negativa entre risco de suicídio e DMIT, sem significância estatística ($p= 0,059$).

Tabela 1. Distribuição de idade, idade de início da depressão, variáveis sociodemográficas, fatores de risco cardiovascular e déficit cognitivo em idosos com diagnóstico de DMIP ou DMIT.

Variável	Precoce N (%) (n= 56)	Tardio N (%) (n=25)	p
Idade em anos (m ± dp)	66,14 ± 5,479	69,32 ± 6,787	0,028
Idade de início da depressão em anos (m ± dp)	41,21 ± 15,193	65,44 ± 4,891	<0,0005
Sexo			
Masculino	13 (23,2)	7 (28,0)	0,645
Feminino	43 (76,8)	18 (72,0)	
Raça			
branca	34 (61,8)	15 (60,0)	0,877
não-branca	21 (38,2)	10 (40,0)	
Casado			
Sim	15 (27,3)	9 (36,0)	0,430
Não	40 (72,7)	16 (64,0)	
Viúvo			
Sim	24 (43,6)	10 (40,0)	0,760
Não	31 (56,4)	15 (60,0)	
Frequentou escola			
Sim	48 (85,7)	19 (76,0)	0,344*
Não	8 (14,3)	6 (24,0)	
Com quem mora			
Sozinho	14 (25,0)	7 (28,0)	0,776
Cônjuge e/ou familiares	42 (75,0)	18 (72,0)	
Aposentado			
Sim	38 (67,9)	17 (68,0)	0,990
Não	18 (32,1)	8 (32,0)	
Trabalho remunerado atual			
Sim	9 (16,1)	6 (24,0)	0,536*
Não	47 (83,9)	19 (76,0)	
Renda			
Até 1 salário mínimo	40 (75,5)	16 (66,7)	0,422
Mais que 1 salário mínimo	13 (24,5)	8 (33,3)	
Autopercepção de saúde			
Ótima/boa	14 (25,0)	6 (24,0)	0,478
Regular	32 (57,1)	17 (68,0)	
Má/péssima	10 (17,9)	2 (8,0)	
Hipertensão arterial sistêmica			
Sim	38 (67,9)	17 (68,0)	0,990
Não	18 (32,1)	8 (32,0)	
Diabetes mellitus			
Sim	13 (23,2)	6 (24,0)	0,939
Não	43 (76,8)	19 (76,0)	
Tabagismo			
Sim	30 (53,6)	13 (52,0)	0,896
Não	26 (46,4)	12 (48,0)	
Déficit cognitivo			
Sim	10 (18,9)	1 (4,2)	0,157*
Não	43 (81,1)	23 (95,8)	

*teste exato de Fischer

Tabela 2. Distribuição de escores do MEEM, história familiar de depressão, sintomas depressivos, características melancólicas, risco de suicídio e abuso/dependência de álcool em idosos com diagnóstico de DMIP ou DMIT.

Variável	Precoce N (%) (n=56)	Tardio N (%) (n=25)	p
MEEM (m ± dp)	22,77 ± 5,37	22,92 ± 4,393	0,909
História familiar de depressão			
Sim	24 (42,9)	6 (24,0)	0,104
Não	32 (57,1)	19 (76,0)	
Perda do interesse ou prazer			
Sim	46 (82,1)	21 (84,0)	1,000*
Não	10 (17,9)	4 (16,0)	
Agitação/retardo psicomotor			
Sim	44 (78,6)	23 (92,0)	0,206*
Não	12 (21,4)	2 (8,0)	
Inutilidade/culpa			
Sim	34 (60,7)	17 (68,0)	0,531
Não	22 (39,3)	8 (32,0)	
Características melancólicas			
Sim	13 (68,4)	8 (72,7)	1,000*
Não	6 (31,6)	3 (27,3)	
Risco de suicídio			
Sim	23 (41,1)	6 (24,0)	0,139
Não	33 (58,9)	19 (76,0)	
Álcool: abuso/dependência atual			
Sim	2 (3,6)	2 (8,0)	0,583*
Não	54 (96,4)	23 (92,0)	
Álcool: abuso/dependência na vida			
Sim	10 (17,9)	2 (8,0)	0,325*
Não	46 (82,1)	23 (92,0)	

*teste exato de Fischer

Tabela 3. Regressão logística binária mostrando associação de um modelo de quatro preditores (variáveis independentes) com idade de início da depressão (variável dependente) em idosos com diagnóstico de DMIP ou DMIT. A DMIP é a categoria de referência. OR representa a chance de pertencer ao grupo de DMIT relacionada à variável independente.

VARIÁVEL	B	EP	Wald	df	p	OR	IC 95% para OR
Idade em anos	0,099	0,045	4,971	1	0,026	1,105	1,012-1,205
História familiar de depressão	-0,944	0,574	2,711	1	0,100	0,389	0,126-1,197
Agitação/retardo psicomotor	1,214	0,830	2,141	1	0,143	3,368	0,662-17,128
Risco de suicídio	-1,131	0,598	3,573	1	0,059	0,323	0,1-1,043

DISCUSSÃO

Este estudo investiga as diferenças quanto ao quadro clínico e diversos fatores associados, os quais incluem sociodemográficos, cognitivos, risco cardiovascular e alcoolismo, entre idosos com DMIP e DMIT em uma amostra representativa da ESF no Brasil. Ao que se sabe, este é o primeiro estudo sobre esse tema no país.

Um dos resultados mais relevantes do estudo foi a alta prevalência de depressão maior encontrada (25,6%), superior mesmo à geralmente descrita na literatura para ambientes de cuidados primários.⁵ Isso pode se dever a duas razões: em primeiro, a predominância do sexo feminino na amostra, uma vez que mulheres sofrem mais de depressão do que homens;⁴⁰ em segundo, os casos provém de uma população em desvantagem socioeconômica, fator que tem sido associado a maior prevalência de depressão.⁴¹ Adicionalmente, os dados refletem não só a prevalência atual, mas também a prevalência de depressão maior na vida inteira. Um estudo realizado em 2004 com 1873 idosos franceses da comunidade (65 anos ou mais) utilizando o M.I.N.I. para os diagnósticos psiquiátricos,⁴² encontrou uma prevalência de 26,5% para depressão maior ao longo da vida, semelhante a encontrada neste estudo.

As prevalências encontradas para as idades de início precoce ou tardio são semelhantes às descritas para pacientes ambulatoriais por Kessing (18192 idosos),²⁸ por Corruble et al.²⁶ (6850 idosos) e por outros autores,^{21,43} mas não por todos.^{17,30} Como poucos relatos nesse campo descreveram sistematicamente as prevalências conforme a idade de início dos sintomas,⁶ esse achado necessita ser replicado em futuras pesquisas.

Os sujeitos com DMIT apresentaram uma média de idade significativamente maior. A associação positiva de início tardio dos sintomas com a idade atual é uma das características mais frequentemente encontradas na literatura. Uma possível explicação para isso seria a associação da depressão de início precoce com maior morbidade e mortalidade, hipótese sugerida por van Ojen et al.⁴⁴ O tempo mais prolongado de exposição ao transtorno de humor pode impedir a sobrevivência até idades mais avançadas. Outras explicações possíveis incluem o viés de memória, em que indivíduos mais idosos tendem a esquecer mais facilmente de episódios depressivos antigos, especialmente se leves, e também ao fenômeno conhecido como “telescoping”, no qual memórias de crises ocorridas muitos anos atrás podem ser percebidas como acontecimentos recentes.³⁰ Para evitar esses potenciais fatores de confusão, estudos longitudinais de longo prazo são necessários.

O achado mais importante do presente estudo foi a ausência de diferenças entre a DMIP e a DMIT quanto a fatores sociodemográficos, fatores de risco cardiovascular, cognição, história familiar de depressão, sintomas depressivos e alcoolismo.

Os sujeitos não diferiram quanto a sexo, raça, estado civil, viuvez, escolaridade, morar só ou com familiar/cônjuge, aposentadoria, trabalho atual, renda e autopercepção de saúde. Resultados similares foram obtidos por outros autores.^{27,45} É possível, entretanto, que uma avaliação mais aprofundada de fatores como luto ou rede de suporte social cheguem a resultados diferentes. Por exemplo, Grace et al.¹⁹ relataram que deprimidos precoces contavam com mais experiências de luto ao longo da vida e menos apoio de um confidente do que deprimidos tardios. Com relação a autopercepção de saúde, Sneed et al.⁴⁶ identificaram que mulheres

com DMIT tendiam a relatar piores condições de saúde, mas essa diferença não foi estatisticamente significativa.

Quanto à cognição, os resultados do presente estudo dão suporte aos obtidos por outros autores²⁰ que não encontraram diferenças na frequência de déficit cognitivo, mensurado pelos escores médios do MEEM. Um estudo recente realizado em Dublin²⁷ encontrou associação negativa entre o escore do MEEM e o início tardio da depressão. O nível de escolaridade mais alto com relação a esta amostra de idosos da ESF pode explicar em parte essa discrepância; além disso, o estudo irlandês não definiu os casos de acordo com os critérios diagnósticos para depressão maior do DSM-IV.

Os grupos não diferiram quanto à presença de fatores de risco cardiovascular (diabetes, hipertensão arterial sistêmica e tabagismo). Isso contraria o achado da associação entre DMIT e fatores cardiovasculares, originalmente descrito por Baldwin em 1995¹¹ e posteriormente replicado por outros.^{21,24,32} É possível que diferenças no recrutamento tenham contribuído para essa disparidade, já que a maioria dos estudos citados investigou populações de centros de referência. Além disso, os resultados desta pesquisa encontram suporte em um grande número de estudos que também não encontraram diferenças^{17,20,27,33} e podem significar que fatores de risco cardiovascular desempenham papel igualmente importante na etiologia da DMIP e da DMIT.

Quanto à história familiar de depressão, contrariamente à expectativa, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Esse resultado é consistente com o relato de Janssen et al.²⁰ e pode ser entendido, conjuntamente com a ausência de diferenças na distribuição dos fatores cardiovasculares, que a

separação etiológica entre a DMIP e a DMIT, proposta por certos autores com base em amostras de centros de referência especializados, não encontra suporte em populações de outros ambientes. Em contraste, Gallagher et al.²⁷ recentemente encontraram associação entre história familiar de depressão e início precoce em uma amostra comunitária; contudo, o uso de critérios diagnósticos menos estritos para os transtornos de humor por aquele grupo pode explicar a discrepância.

Os grupos também foram similares quanto aos sintomas depressivos (perda do interesse ou prazer, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva). Isso parece dar suporte a uma grande quantidade de estudos que obtiveram resultados semelhantes,^{10,14,15,18,20} podendo significar que há uma continuidade da tipologia depressiva ao longo de toda a vida, incluindo a velhice.¹⁰

Não houve diferença entre deprimidos precoces ou tardios quanto a características melancólicas. Embora isso possa se dever ao pequeno número de casos de melancolia obtidos, o achado é suportado por resultados encontrados por outros autores,^{15,28} apoiando o conceito de que a idade de início dos sintomas não influencia o fenótipo da depressão maior no idoso.

Não houve diferenças entre os grupos quanto à dependência ou abuso de álcool, podendo significar que a importância etiológica desse fator é a mesma para casos precoces ou tardios. A baixa prevalência de problemas relacionados ao álcool na amostra, porém, dificulta a generalização dos resultados que, portanto, devem ser interpretados com cautela. Parece razoável esperar que com um contingente maior de idosos surja uma associação positiva com DMIP, dada a maior associação de casos precoces com comorbidades psiquiátricas observada na literatura.²⁹ Mais estudos serão necessários para esclarecer a questão.

Após a análise multivariada, uma tendência de associação negativa entre risco de suicídio e DMIT apareceu, embora esta não tenha atingido significância estatística. Alguns autores descreveram associação entre idade de início precoce e maior risco de suicídio, como Reynolds et al.³² em uma amostra ambulatorial, e Janssen et al.²⁰ em uma amostra comunitária. Mais estudos, entretanto, serão necessários para esclarecer a relação entre essas variáveis.

Este estudo possui alguns pontos fortes que merecem ser destacados. Em primeiro, o uso de um instrumento diagnóstico validado para diagnósticos do DSM-IV, possibilitando pesquisar uma amostra mais homogênea; a inclusão apenas de sujeitos com depressão maior unipolar também facilita a interpretação e comparação dos achados. Em segundo, a aplicação do instrumento M.I.N.I. Plus por psiquiatras treinados e com expertise na avaliação de idosos, permitindo um diagnóstico mais confiável dos casos. Em terceiro, o estudo de idosos da área de abrangência da ESF atende às necessidades de um grande contingente de pessoas em desvantagem socioeconômica e expostas às consequências do subdiagnóstico e subtratamento dos transtornos de humor.

Algumas limitações desta pesquisa devem ser mencionadas. Em primeiro, é possível que a amostra tenha sido pequena para detectar determinadas diferenças, sendo assim não é possível excluir o erro tipo II. Em segundo, o viés de memória pode ter interferido no relato da idade de início da depressão, como já comentado. Em terceiro, em razão do baixo nível educacional da amostra pesquisada e possíveis limitações culturais, o conhecimento sobre a história familiar de depressão transmitido pelos idosos pode ser impreciso. Em quarto, por ser formada por idosos que residem em comunidades pertencentes à área de atuação da ESF, a presente

amostra provavelmente não é representativa de casos mais graves, geralmente referenciados a serviços mais especializados.

CONCLUSÃO

As principais conclusões do presente estudo são as seguintes: foi encontrada uma alta prevalência de depressão maior na amostra total (25,6%), com predominância de casos de início precoce (69,14%) em relação aos de início tardio; idosos com DMIT apresentaram média de idade significativamente maior que a daqueles com DMIP; não houve diferença estatisticamente significativa entre a DMIP e a DMIT quanto a fatores sociodemográficos, fatores de risco cardiovascular, cognição, história familiar de depressão, sintomas depressivos e alcoolismo; após a análise multivariada, surgiu uma tendência de associação negativa entre risco de suicídio e DMIT, porém sem significância estatística ($p= 0,059$).

Em suma, neste estudo comparativo de idosos com depressão maior unipolar que residem em comunidades pertencentes à área de abrangência da ESF, a idade de início precoce ou tardio dos sintomas depressivos não esteve associada a perfis distintos, nem quanto ao quadro clínico, nem quanto a fatores de risco. Os resultados deste trabalho dão suporte à hipótese de que a DMIP e a DMIT são indistinguíveis clinicamente e não representam patologias ou subtipos distintos. Esses achados necessitam ser futuramente replicados em estudos com amostras maiores, especialmente de desenho longitudinal.

REFERÊNCIAS

1. Pinho MX, Custódio O, Makdisse M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2009;12:123-40.
2. Irigaray TQ, Schneider RH. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Rev Psiquiatr RS.* 2007;29:19-27.
3. Oliveira DA, Gomes L, Oliveira RF. Prevalence of depression among the elderly population who frequent community centers. *Rev Saude Publica.* 2006;40:734-6.
4. Shanmugham B, Alexopoulos G. Depressão geriátrica. In: Licinio J, Wong ML, organizadores. *Biologia da Depressão.* Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 333-49.
5. Castro-Costa E. TH no atendimento primário. In: Bottino CMC, Blay SL, Laks J, editores. *Diagnóstico e Tratamento dos Transtornos do Humor em Idosos.* São Paulo: Atheneu; 2012. p. 17-23.
6. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009;5:363-89.
7. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet.* 2005;365:1961-70.
8. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2003;58:249-65.
9. Burvill PW, Hall WD, Stampfer HG, Emmerson JP. A comparison of early-onset and late-onset depressive illness in the elderly. *Br J Psychiatry.* 1989;155:673-9.
10. Brodaty H, Peters K, Boyce P, Hickie I, Parker G, Mitchell P, Wilhelm K. Age and depression. *J Affect Disord.* 1991;23:137-49.

11. Baldwin RC, Tomenson B. Depression in later life. A comparison of symptoms and risk factors in early and late onset cases. *Br J Psychiatry*. 1995;167:649-52.
12. Alvarez P, Urretavizcaya M, Benlloch L, Vallejo J, Menchón JM. Early- and late-onset depression in the older: no differences found within the melancholic subtype. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26:615-21.
13. Paranthaman R, Burns AS, Cruickshank JK, Jackson A, Scott ML, Baldwin RC. Age at onset and vascular pathology in late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012;20:524-32.
14. Conwell Y, Nelson JC, Kim KM, Mazure CM. Depression in late life: age of onset as marker of a subtype. *J Affect Disord*. 1989;17:189-95.
15. Brodaty H, Luscombe G, Parker G, Wilhelm K, Hickie I, Austin MP, Mitchell P. Early and late onset depression in old age: different aetiologies, same phenomenology. *J Affect Disord*. 2001;66:225-36.
16. Van den Berg MD, Oldehinkel AJ, Bouhuys AL, Brilman EI, Beekman AT, Ormel J. Depression in later life: three etiologically different subgroups. *J Affect Disord*. 2001;65:19-26.
17. Devanand DP, Adorno E, Cheng J, Burt T, Pelton GH, Roose SP, Sackeim HA. Late onset dysthymic disorder and major depression differ from early onset dysthymic disorder and major depression in elderly outpatients. *J Affect Disord*. 2004;78:259-67.
18. Greenwald BS, Kramer-Ginsberg E. Age at onset in geriatric depression: relationship to clinical variables. *J Affect Disord*. 1988;15:61-8.

19. Grace J, O'Brien JT. Association of life events and psychosocial factors with early but not late onset depression in the elderly: implications for possible differences in aetiology. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003;18:473-8.
20. Janssen J, Beekman AT, Comijs HC, Deeg DJ, Heeren TJ. Late-life depression: the differences between early- and late-onset illness in a community-based sample. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21:86-93.
21. Hickie I, Scott E, Naismith S, Ward PB, Turner K, Parker G, Mitchell P, Wilhelm K. Late-onset depression: genetic, vascular and clinical contributions. *Psychol Med*. 2001;31:1403-12.
22. Krishnan KR, Hays JC, Tupler LA, George LK, Blazer DG. Clinical and phenomenological comparisons of late-onset and early-onset depression. *Am J Psychiatry*. 1995;152:785-8.
23. Heun R, Kockler M, Papassotiropoulos A. Distinction of early- and late-onset depression in the elderly by their lifetime symptomatology. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15:1138-42.
24. Rapp MA, Dahlman K, Sano M, Grossman HT, Haroutunian V, Gorman JM. Neuropsychological differences between late-onset and recurrent geriatric major depression. *Am J Psychiatry*. 2005;162:691-8
25. Brodaty H, Cullen B, Thompson C, Mitchell P, Parker G, Wilhelm K, Austin MP, Malhi G. Age and gender in the phenomenology of depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13:589-96.
26. Corruble E, Gorwood P, Falissard B. Association between age of onset and symptom profiles of late-life depression. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;118:389-94.

27. Gallagher D, Mhaolain AN, Greene E, Walsh C, Denihan A, Bruce I, Golden J, Conroy RM, Kirby M, Lawlor BA. Late life depression: a comparison of risk factors and symptoms according to age of onset in community dwelling older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;25:981-7.
28. Kessing LV. Differences in diagnostic subtypes among patients with late and early onset of a single depressive episode. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21:1127-31.
29. Zisook S, Lesser I, Stewart JW, Wisniewski SR, Balasubramani GK, Fava M, Gilmer WS, Dresselhaus TR, Thase ME, Nierenberg AA, Trivedi MH, Rush AJ. Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1539-46.
30. Holroyd S, Duryee JJ. Differences in geriatric psychiatry outpatients with early- vs late-onset depression. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997;12:1100-6.
31. Lyness JM, Conwell Y, Nelson JC. Suicide attempts in elderly psychiatric inpatients. *J Am Geriatr Soc*. 1992;40:320-4.
32. Reynolds CF 3rd, Dew MA, Frank E, Begley AE, Miller MD, Cornes C, Mazumdar S, Perel JM, Kupfer DJ. Effects of age at onset of first lifetime episode of recurrent major depression on treatment response and illness course in elderly patients. *Am J Psychiatry*. 1998;155:795-9.
33. Taylor WD, McQuoid DR, Krishnan KR. Medical comorbidity in late-life depression. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004;19:935-43.
34. van Ojen R, Hooijer C, Bezemer D, Jonker C, Lindeboom J, van Tilburg W. Late-life depressive disorder in the community. I. The relationship between MMSE score and depression in subjects with and without psychiatric history. *Br J Psychiatry*. 1995;166:311-5, 319.

35. Voshaar RC, Kapur N, Bickley H, Williams A, Purandare N. Suicide in later life: a comparison between cases with early-onset and late-onset depression. *J Affect Disord.* 2011;132:185-91.
36. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22:106-15.
37. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 20:22-33.
38. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12:189-98.
39. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci S, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* 1994;52:1-7.
40. Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC, Bottino CM. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr.* 2010;22:712-26.
41. Almeida OP, Pirkis J, Kerse N, Sim M, Flicker L, Snowdon J, Draper B, Byrne G, Lautenschlager NT, Stocks N, Alfonso H, Pfaff JJ. Socioeconomic disadvantage increases risk of prevalent and persistent depression in later life. *J Affect Disord.* 2012;138:322-31.

42. Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin ML, Mann A, Dupuy AM, Malafosse A, Boulenger JP. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry*. 2004;184:147-52.
43. Delaloye C, Moy G, de Bilbao F, Baudois S, Weber K, Hofer F, Ragno Paquier C, Donati A, Canuto A, Giardini U, von Gunten A, Stancu RI, Lazeyras F, Millet P, Scheltens P, Giannakopoulos P, Gold G. Neuroanatomical and neuropsychological features of elderly euthymic depressed patients with early- and late-onset. *J Neurol Sci*. 2010;299:19-23.
44. van Ojen R, Hooijer C, Jonker C, Lindeboom J, van Tilburg W. Late-life depressive disorder in the community, early onset and the decrease of vulnerability with increasing age. *J Affect Disord*. 1995;33:159-66.
45. Paradiso S, Naridze R, Holm-Brown E. Lifetime romantic attachment style and social adaptation in late-onset depression. *Int J Geriatr Psychiatry*. Epub 2011 Dec 6.
46. Sneed JR, Kasen S, Cohen P. Early-life risk factors for late-onset depression. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22:663-7.

ANEXO A – QAGI

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO IDOSO - QAGI

IDENTIFICAÇÃO

Nº Protocolo de Avaliação																				
Nome do Agente Comunitário: _____																				
ESF/Gerência Distrital: _____																				
Data da entrevista: _____																				

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

DADOS DEMOGRÁFICOS: GERAIS

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

DADOS DEMOGRÁFICOS: ESCOLARIDADE

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

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

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

(2) não

(3) NR (não respondeu)

10. Frequentou curso superior?(1) sim. Incompleto? () Qual curso? _____
Completo? () Qual curso? _____

(2) não

(3) NR (não respondeu)

DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS: GERAIS**11. Quantos filhos teve?** _____**12. Destes filhos, quantos estão vivos?** _____**13. Atualmente mora:**

- (1) sozinho(a)
 (2) somente com cônjuge/companheiro(a)
 (3) com cônjuge/companheiro(a) e outros familiares
 (4) sem cônjuge/companheiro(a) e com outros familiares
 (5) com empregado ou cuidador e sem familiares
 (6) NR (não respondeu)

14. Quantas pessoas moram na casa?(incluindo o idoso) _____**15. Tem cuidador principal?**

- (1) sim. Que tipo de relação?
 () cuidador familiar (não remunerado). Quem? _____ (ex: filha; esposa)
 () cuidador não familiar (não remunerado). Quem? _____ (ex: amigo; vizinha)
 () cuidador remunerado. Quem? _____ (ex: empregada; enfermeiro; parente)
 (2) não
 (3) NR (não respondeu)

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

- A. Quantas vezes na semana? () 1x () 2x () 3x () 4x () 5x () 6x () 7x
 B. Quantas horas por dia? _____

17. Cuidador mora junto?

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

18. Está aposentado(a)?

- (1) sim. Há quanto tempo? _____
 Motivo: () por idade.
 () por tempo de serviço
 () por invalidez. Qual doença ou incapacidade? _____
 (2) não
 (3) NR (não respondeu)

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

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

20. Recebe algum outro tipo de benefício do governo?

(1) sim. Há quanto tempo? _____ Fonte: () IPE/RGS () Estado () União

Que tipo? () pensão

() bolsa família

() outro. Qual? _____

(2) não

21. Possui alguma atividade profissional remunerada atual?

(1) Sim Qual: _____

(2) não

(3) NR (não respondeu)

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

(1) não tem renda própria.

(2) até 1 salário mínimo (R\$ 540,00)

(3) até 2 salários mínimo (R\$ 1.080,00)

(4) até 4 salários mínimos (R\$ 2.160,00)

(5) até 6 salários mínimos (R\$ 3.240,00)

(6) até 10 salários mínimos (R\$ 5.400,00)

(7) mais que 10 salários mínimos

(8) NR (não respondeu)

24. Qual a renda mensal da FAMÍLIA?

(1) Até 1 salário mínimo (R\$ 540,00)

(2) até 3 salários mínimos (R\$ 1.620,00)

(3) até 6 salários mínimos (R\$ 3.240,00)

(4) até 10 salários mínimos (R\$ 5.400,00)

(5) mais que 10 salários mínimos

(6) NR (não respondeu)

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

(1) católica

(2) evangélica (anglicana, episcopal, luterana, batista, congregação cristã do Brasil, pente-costal, adventista, testemunha de Jeová, outras).

(3) espírita (kardecista).

(4) judaica (israelita).

(5) afro-brasileira (umbanda, candomblé).

(6) outra (budista, xintoísta, maometana, esotérica, etc).

(7) não tem religião definida, mas tem suas próprias crenças (agnóstico)

(8) não tem religião ou crença (ateu)

(9) NR (não respondeu)

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

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

28. Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?

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

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

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

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

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

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

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

DADOS DE SAÚDE: GERAIS

32. Em geral diria que sua saúde é:

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

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

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

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

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

DADOS DE SAÚDE: DOENÇAS

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

DOENÇAS	SIM	NÃO	NR
Hipertensão arterial (pressão alta)			
Diabetes			
<ul style="list-style-type: none"> • Complicação da diabetes: () visão/olhos () circulação () úlcera diabética () coração () sensibilidade dos membros/pés () rins 			
Problema gástrico (úlceras, gastrite, hérnia hiato)			
Insuficiência cardíaca congestiva (coração grande)			
Doença vascular periférica			
Infarto do miocárdio (infarto do coração)			
Angina do peito (do coração)			
Hemiplegia (lado do corpo paralisado)			
Doença cerebrovascular (derrame)			
Isquemia transitória (até 24 horas)			
Doença crônica do pulmão (enfisema ou bronquite crônica)			
Doença moderada ou severa dos rins (comprovado por exame de uréia e creatinina elevados ou hemodiálise)			
Doença da tireóide			
HIV positivo			
Tumor não maligno			
Linfoma			
Leucemia			
Câncer de cólon (intestino)			
Câncer de mama			
Câncer de próstata			
Câncer de pele			
Outro câncer (fígado, pâncreas, estômago, pulmão, bexiga)			
Hepatite crônica (vírus B, C)			
Cirrose do fígado			

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

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

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

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

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

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

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

39. A. Usa óculos?

- () Sim () Não

B. Como diria que está sua VISÃO no momento?

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

40. A. Usa aparelho auditivo

- () Sim () Não

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

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

DADOS DE SAÚDE: MOBILIDADE, FORÇA E EQUILÍBRIO

41. Consegue ficar de pé?

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

42. Tem dificuldade para andar?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

48. Caiu nos últimos 12 meses?

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

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

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

50. Se SIM, quais os locais de fratura?

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

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

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

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

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

53. Possui caixa d'água?

- (1) sim (2) não

54. Possui banheiro?

- (1) sim (2) não

55. Possui filtro de água?

- (1) sim (2) não

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

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

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

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

58. Tem ANIMAIS em casa?

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

59. Onde vive o animal?

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

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

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

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

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

62. O animal é banhado com que frequência?

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

63. Qual o tipo de alimentação?

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

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

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

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

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

66. Você costuma trabalhar no jardim ou na horta?

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

67. Você costuma lavar as mãos antes das refeições?

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

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

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

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

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

70. O senhor(a) tem costume de tomar com frequência?

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

DADOS DE SAÚDE: FUMO (TABAGISMO)**71. Tem o hábito de fumar cigarro?**

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

DADOS DE SAÚDE: ÁLCOOL**72. O senhor(a) consome algum tipo de bebida alcoólica?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DADOS DE SAÚDE: IMUNIZAÇÃO (VACINAS)**79. IMUNIZAÇÃO**

() Verificada no cartão () Informado pelo idoso ou cuidador

80. Vacinação anti-tetânica

(1) Completa (2) Incompleta (3) Ausente (4) Ignorado

Data da última dose: _____

Se negativo, especificar porque: _____

81. Vacinação antinfluenza no último ano

(1) sim. Ano: _____ Especifique: _____ (2) não (3) NR (não respondeu)

82. Vacinação anti-pneumocócica

(1) sim. Ano: _____ Especifique: _____ (2) não (3) NR (não respondeu)

83. Vacinação contra febre amarela

(1) sim. Ano: _____ Especifique: _____ (2) não (3) NR (não respondeu)

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

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

ANEXO B – M.I.N.I. Plus

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

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

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

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

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

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

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

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

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

	Vida inteira	O	295.10-295.60	F20.xx
TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO	Atual	O	295.70	F25.x
	Vida inteira	O	295.70	F25.x
TRANSTORNO ESQUIZOFRENIFORME	Atual	O	295.40	F20.8
	Vida inteira	O	295.40	F20.8
TRANSTORNO PSICÓTICO BREVE	Atual	O	298.8	F23.80-F23.81
	Vida inteira	O	298.8	F23.80-F23.81
TRANSTORNO DELIRANTE	Atual	O	297.1	F22.0
	Vida inteira	O	297.1	F22.0
TRANSTORNO PSICÓTICO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	O	293.xx	F06.0-F06.2
	Vida inteira	O	293.xx	F06.0-F06.2
TRANSTORNO PSICÓTICO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA	Atual	O	291.5-292.12	nenhum
	Vida inteira	O	291.5-292.12	nenhum
TRANSTORNO PSICÓTICO SOE	Atual	O	298.9	F29
	Vida inteira	O	298.9	F29
TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Vida inteira	O		F31.X3/F31.X2/F31.X5
TRANSTORNO DO HUMOR SOE	Vida inteira	O	296.90	F39
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	O	296.24	F33.X3
	Passado	O	296.24	F33.X3
TRANSTORNO BIPOLAR I COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	O	296.04-296.64	F31.X2/F31.X5
	Passado	O	296.04-296.64	F31.X2/F31.X5
TRANSTORNO BIPOLAR II	Atual	O	296.89	F31.8
	Passado	O	296.89	F31.8
N ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	O	307.1	F50.0
O BULIMIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	O	307.51	F50.2
BULIMIA NERVOSA TIPO PURGATIVO	Atual	O	307.51	F50.2
BULIMIA NERVOSA TIPO SEM PURGAÇÃO	Atual	O	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual	O	307.1	F50.0
ANOREXIA NERVOSA, TIPO RESTRITIVO	Atual	O	307.1	F50.0
P TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	O	300.02	F41.1
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	O	293.89	F06.4
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA	Atual	O	291.8-292.89	nenhum
Q TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	O	301.7	F60.2
R TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO	Vida inteira	O	330.81	F45.0
	Atual	O		
S HIPOCONDRIA	Atual	O	300.7	F45.2
T TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	Atual	O	300.7	F45.2
U TRANSTORNO DOLOROSO	Atual	O	300.89/307.8	F45.4
V TRANSTORNO DA CONDUTA	Últimos 12 meses	O	312.8	F91.8
W TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (Crianças/Adolescentes)	Últimos 6 meses	O	314.00/314.01	F90.0/F90.9/ F98.8
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (Adultos)	Vida inteira	O	314.00/314.01	F90.0/F98.8
	Atual	O		
X TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO	Atual	O	309.xx	F43.xx
Y TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL	Atual	O		
Z TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO	Atual	O		

ALERTA

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

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (Associação Psiquiátrica Americana, 1994) e da CID-10 (Organização Mundial da Saúde - OMS, 1992). Estudos de confiabilidade e validade foram desenvolvidos, comparando o M.I.N.I. ao SCID-P e ao CIDI (uma entrevista padronizada desenvolvida pela OMS para entrevistadores leigos). Os resultados desses estudos mostraram que o M.I.N.I. apresenta índices de confiabilidade e de validade comparáveis aos dos instrumentos referidos, mas que pode ser administrado em um tempo muito mais curto (média= 18.7 ± 11.6 minutos; mediana = 15 minutos). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva. O M.I.N.I. Plus é uma versão mais detalhada do M.I.N.I. Sintomas imputáveis a uma causa orgânica ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool não devem ser cotados positivamente no M.I.N.I. O M.I.N.I. Plus tem perguntas que investigam essas questões.

• Entrevista:

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

• Apresentação:

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

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

• Convenções:

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

As frases escritas em “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 (Λ) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o final do módulo, cotar “NÃO” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

• Instruções de cotação :

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

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

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

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

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

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

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

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

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

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA ÀS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

A1	a	Alguma vez sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	1
SE A1a = SIM:					
	b	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias,?	NÃO	SIM	2
A2	a	Alguma vez teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	3
SE A1a = SIM:					
	b	Nas duas últimas semanas, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo ?	NÃO	SIM	4
A1a OU A2a SÃO COTADAS SIM ?			(	NÃO	SIM

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

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

	<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
a Seu apetite aumentou ou diminuiu, quase todos os dias ? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (VARIACÃO DE \pm 5% AO LONGO DE UM MÊS, ISTO É, \pm 3,5 KG, PARA UMA PESSOA DE 65 KG) COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	5
b Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	6
c Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	7
d Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	8
e Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	9

SE A3e = SIM: PEDIR UM EXEMPLO.

O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? o NÃO o SIM

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

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

	NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior</i>		
Atual		o
Passado		o

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

	NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral</i>		
Atual		o
Passado		o

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

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior induzido por substância</i>	
Atual	o
Passado	o

CRONOLOGIA

- A11 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou um período de 2 semanas ou mais em idade 15
que apresentou esses problemas de depressão ?
- A12 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de depressão teve, que duraram pelo menos 2 semanas ? 16

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

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

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

A13 a	A2b É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	
b	Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam? SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?	NÃO	SIM	17
	A13a <u>OU</u> A13b SÃO COTADAS SIM ?	NÃO	SIM	

- A14 **Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:**
- a Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida? NÃO SIM 18
- b Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ? NÃO SIM 19
- c Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias? NÃO SIM 20
- d **A3c** É COTADA **SIM** (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)? NÃO SIM
- e **A3a** É COTADA **SIM** (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)? NÃO SIM
- f Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia? NÃO SIM 21

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A14 ?

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior com características melancólicas Atual</i>	

SUBTIPOS DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

	Assinale tudo que se aplica
Leve	<input type="checkbox"/> 296.21/296.31
Moderado	<input type="checkbox"/> 296.22/296.32
Severo sem aspectos psicóticos	<input type="checkbox"/> 296.23
Severo com aspectos psicóticos	<input type="checkbox"/> 296.24
Em remissão parcial	<input type="checkbox"/> 296.25
Em remissão completa	<input type="checkbox"/> 296.26
Crônico	<input type="checkbox"/>
Com características catatônicas	<input type="checkbox"/>
Com características melancólicas	<input type="checkbox"/>
Com características atípicas	<input type="checkbox"/>
Com início no pós-parto	<input type="checkbox"/>
Com padrão sazonal	<input type="checkbox"/>
Com recuperação completa entre episódios	<input type="checkbox"/>
Sem recuperação completa entre episódios	<input type="checkbox"/>

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

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

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

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

ESPECIFICAR O PERÍODO DE TEMPO EXPLORADO ABAIXO:

- Atual
 Passado

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo ? [OU, SE ESTÁ EXPLORANDO TRANSTORNO DISTÍMICO PASSADO: "No passado, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo, por um período de 2 anos ou mais ?"]	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	22
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	23

B3 **Desde que se sente [Durante esse período em que se sentia]deprimido(a) a maior parte do tempo:**

a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	24
b	Tem [teve] problemas de sono ou dorme [dormia] demais ?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	25
c	Sente-se [sentia-se] cansado(a) ou sem energia ?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	26
d	Perdeu a auto-confiança ?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	27
e	Tem [tinha] dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	28
f	Sente-se [sentia-se] sem esperança ?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	29

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 30

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

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

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

UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?

NÃO SIM 31

B5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISTÍMICO	
Atual	o
Passado	o

CRONOLOGIA

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

idade 32

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

	NÃO	SIM	Pontos
C1 Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?			1
C2 Quis fazer mal a si mesmo (a) ?			2
C3 Pensou em suicídio ?			6
C4 Pensou numa maneira de se suicidar ?			10
C5 Tentou o suicídio ?			10

Ao longo da sua vida:

C6 Já fez alguma tentativa de suicídio ? NÃO SIM 4

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 A C6 ?

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

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
1-5 pontos	Baixo π
6-9 pontos	Moderado π
≥ 10 pontos	Alto π

D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

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

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

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

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA AS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

D1	a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia ou cheio(a) de si que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL).	NÃO	SIM	1
SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO(A)" OU "CHEIO (A) DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou produtivo ou impulsivo(a).					
SE D1a = SIM:					
	b	Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?	NÃO	SIM	2
D2	a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família? Você ou outras pessoas achou/acharam que você estava mais irritável ou hiperreativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL).	NÃO	SIM	3
SE D2a = SIM:					
	b	Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
D1a OU D2a SÃO COTADAS "SIM" ?			NÃO	SIM	

- D3 SE D1b OU D2b = "SIM": EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL
SE D1b E D2b = "NÃO" : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE

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

		<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>	
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante? SE SIM: PEDIR UM EXEMPLO. O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM 5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM 6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM 7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM 8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM 9
		<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>	
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam				

- por sua causa ? NÃO SIM NÃO SIM 10
- g Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você) ? NÃO SIM NÃO SIM 11
- D3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3 OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ? NÃO SIM NÃO SIM**
- VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO.
- SE **D3 (SUMÁRIO)** É COTADA **NÃO** PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR **D 3 a - D3 g** PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.
- D4 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?
π Não π Sim
- b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?
π Não π Sim
- NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA (HIPO)MANIA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIÓCINAIS SE NECESSÁRIO).*
- D4 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 12**
- SE **D4 (SUMÁRIO)** É COTADA **NÃO** PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR **D 3 e D4** PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.
- D5 Esses problemas duraram pelo menos uma semana E o (a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?
COTAR **SIM**, SE **SIM** NUM CASO OU NO OUTRO NÃO SIM NÃO SIM 13
- SE **D5** É COTADA **NÃO** PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR **D 3, D 4 E D 5** PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.
- D6 COTAR **SIM** PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO SE:
D3 (SUMÁRIO) = SIM E D4 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO E D5 = NÃO, E NENHUMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM **D3a**.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.
- | NÃO | SIM |
|-----------------------------|-----------------------|
| EPISÓDIO HIPOMANÍACO | |
| Atual | <input type="radio"/> |
| Passado | <input type="radio"/> |
- D7 COTAR **SIM** PARA EPISÓDIO MANÍACO SE:
D3 (SUMÁRIO) = SIM E D4 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO E D5 = SIM OU UMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM **D3a**.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.
- | NÃO | SIM |
|-------------------------|-----------------------|
| EPISÓDIO MANÍACO | |
| Atual | <input type="radio"/> |
| Passado | <input type="radio"/> |
- D8 COTAR **SIM** SE:
D3 (SUMÁRIO) E D4b E D5 = SIM E D4 (SUMÁRIO) = NÃO
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.
- | NÃO | SIM |
|---|-----------------------|
| Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral | |
| Atual | <input type="radio"/> |
| Passado | <input type="radio"/> |

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

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

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

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

SUBTIPOS

Ciclagem Rápida

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

NÃO	SIM ¹⁴
<i>Ciclagem Rápida</i>	

Episódio Misto

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

NÃO	SIM ¹⁵
<i>Episódio Misto</i>	

Padrão Sazonal

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

NÃO	SIM ¹⁶
<i>Padrão Sazonal</i>	

Com remissão completa entre episódios

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

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

ASSINALAR A OPÇÃO QUE SE APLICA

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

GRAVIDADE

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

CRONOLOGIA

D10 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de euforia / irritabilidade excessiva de que falamos ? idade 18

D11 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de euforia / irritabilidade excessiva já teve? 19

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

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

E1	a	Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ?	(\ NÃO	SIM	1
	b	SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	(\ NÃO	SIM	2
E2		Alguns desses episódios súbitos de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse ou sem motivo ?	(\ NÃO	SIM	3
E3		Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	(\ NÃO	SIM	4
E4		Durante o episódio em que se sentiu pior :			
	a	Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?	(\ NÃO	SIM	5
	b	Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?	(\ NÃO	SIM	6
	c	Teve tremores ou contrações musculares ?	(\ NÃO	SIM	7
	d	Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?	(\ NÃO	SIM	8
	e	Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	(\ NÃO	SIM	9
	f	Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?	(\ NÃO	SIM	10
	g	Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?	(\ NÃO	SIM	11
	h	Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	(\ NÃO	SIM	12
	i	Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	(\ NÃO	SIM	13
	j	Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	(\ NÃO	SIM	14
	k	Teve medo de morrer ?	(\ NÃO	SIM	15
	l	Teve dormências ou formigamentos no corpo?	(\ NÃO	SIM	16
	m	Teve ondas de frio ou de calor ?	(\ NÃO	SIM	17
		E4 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?	(\ NÃO	SIM	
E5	a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? π Não π Sim			
	b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? π Não π Sim			
		<i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DOS ATAQUES DE PÂNICO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIOCINAIS SE NECESSÁRIO).</i>			
		E5 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? SE E5 (SUMÁRIO) = NÃO, PASSAR A E9.	(\ NÃO	SIM	18

E6	E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5 (SUMÁRIO) = SIM?	NÃO SIM <i>TRANSTORNO DE PÂNICO</i> VIDA INTEIRA						
E7	SE E6 = NÃO , HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA SIM EM E4 ?	NÃO SIM <i>ATAQUES POBRES EM SINTOMAS</i> VIDA INTEIRA						
E8	Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios súbitos de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ? (SE RESPOSTA NEGATIVA, INSISTIR NA QUESTÃO, RELEMBRANDO CADA UM DOS SINTOMAS DESCRITOS EM E4).	NÃO SIM 19 <i>TRANSTORNO DE PÂNICO</i> ATUAL						
E9	E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5b SÃO COTADAS SIM E E5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>Transtorno de Ansiedade com ataques de pânico devido a condição médica geral</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2">ATUAL</td> </tr> </table>	NÃO	SIM	<i>Transtorno de Ansiedade com ataques de pânico devido a condição médica geral</i>		ATUAL	
NÃO	SIM							
<i>Transtorno de Ansiedade com ataques de pânico devido a condição médica geral</i>								
ATUAL								
E10	E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5a SÃO COTADAS SIM E E5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>Transtorno de Ansiedade com ataques de pânico induzido por substância</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2">ATUAL</td> </tr> </table>	NÃO	SIM	<i>Transtorno de Ansiedade com ataques de pânico induzido por substância</i>		ATUAL	
NÃO	SIM							
<i>Transtorno de Ansiedade com ataques de pânico induzido por substância</i>								
ATUAL								
CRONOLOGIA								
E11	Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses episódios súbitos de ansiedade de que falamos ?	<input type="text"/> idade 20						
E12	No último ano, durante quantos meses teve episódios súbitos de ansiedade ou medo de ter um desses episódios ?	<input type="text"/> 21						

F. AGORAFOBIA

F1	Alguma vez sentiu-se muito ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou situações em que poderia ter episódios súbitos de ansiedade dos quais acabamos de falar ? OU sentiu-se muito ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou situações dos quais é difícil escapar ou ter ajuda como: estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	22
----	---	-----	-----	----

SE F1 = NÃO, COTAR NÃO EM F2 E F3.

F2	Sempre teve tanto medo dessas situações que na prática, as evitou, sentiu um intenso mal-estar quando as enfrentou ou procurou estar acompanhado(a) para enfrentá-las ?	NÃO	SIM	23
AGORAFOBIA VIDA INTEIRA				

F3	Atualmente teme ou evita esses lugares ou situações ?	NÃO	SIM	24
AGORAFOBIA ATUAL				

SE SIM, ASSINALAR SE:

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

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

	b	E8 (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA SIM E F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	
TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL com Agorafobia					

	c	E6 (TRANSTORNO DE PÂNICO VIDA INTEIRA) É COTADA NÃO E F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	
AGORAFOBIA ATUAL sem história de Transtorno de Pânico					

	d	F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA SIM E E8 (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA NÃO E E6 (TRANSTORNO DE PÂNICO VIDA INTEIRA) É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	
AGORAFOBIA ATUAL sem Transtorno de Pânico Atual mas com história passada de Transtorno de Pânico					

	e	F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA SIM E E7 (ATAQUES POBRES EM SINTOMAS) É COTADA NÃO ?	NÃO	SIM	
AGORAFOBIA ATUAL sem história de ataques pobres em sintomas					

CRONOLOGIA

F5	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer ou evitar os lugares / as situações de que falamos ?	<input type="text"/> idade		25
----	---	----------------------------	--	----

F6	No último ano, durante quantos meses teve medo ou evitou de forma importante os lugares / as situações de que falamos ?	<input type="text"/>		26
----	---	----------------------	--	----

G. FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social)

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

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, 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 ?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	4

FOBIA SOCIAL
(Transtorno de Ansiedade Social)
ATUAL

SUBTIPOS

Você teme ou evita mais de 4 situações sociais ?

NÃO SIM

SE SIM Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) Generalizada(o)

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

CRONOLOGIA

G5	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações sociais de que falamos ?	<input type="text"/> idade	5
G6	No último ano, durante quantos meses teve medo importante das as situações sociais de que falamos ?	<input type="text"/>	6

H. FOBIA ESPECÍFICA

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

H1	Durante o último mês, você teve um medo intenso e persistente de coisas ou situações como por exemplo : voar, dirigir, alturas, trovões, animais, insetos, ver sangue, tomar injeção ?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	1
H2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	2
H3	Tem tanto medo dessas situações que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	3
H4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	4

FOBIA ESPECÍFICA
ATUAL

CRONOLOGIA

H5	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações de que falamos ?	<input type="text"/> idade	5
----	--	----------------------------	---

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

6

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

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

11	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/ 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 (passar a 14)	SIM	1
(NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS).				
12	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO (passar a 14)	SIM	2
13	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3
obsessões				
14	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
compulsões				
13 OU 14 SÃO COTADAS SIM?		NÃO	SIM	
15	Reconhece que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	NÃO	SIM	5
16	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
17 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	π Não	π Sim	
17 b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem ?	π Não	π Sim	
NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DAS OBSESSÕES/ COMPULSÕES ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).				
17 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?		NÃO	SIM	7
16 E 17 (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?		NÃO	SIM	
T.O.C. ATUAL				
18	16 E 17 b SÃO COTADAS SIM E 17 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	NÃO	SIM	
T.O.C. ATUAL devido a condição médica geral				
19	16 E 17 a SÃO COTADAS SIM E 17 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	NÃO	SIM	
T.O.C. ATUAL induzido por substância				
CRONOLOGIA				
110	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas de que falamos ?	<input style="width: 40px;" type="text"/> idade		8
111	No último ano, durante quantos meses teve, de forma persistente, esses problemas de que falamos ?	<input style="width: 40px;" type="text"/>		9

J. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

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

J1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo(a) e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ATENTADO, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	NÃO	SIM	1				
J2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	NÃO	SIM	2				
J3	Durante o último mês:							
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3				
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4				
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5				
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6				
e	Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7				
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ?	NÃO	SIM	8				
	J3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J3 ?	NÃO	SIM					
J4	Durante o último mês:							
a	Teve dificuldade de dormir ?	NÃO	SIM	9				
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10				
c	Teve dificuldades de se concentrar ?	NÃO	SIM	11				
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12				
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13				
	J4 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM J4 ?	NÃO	SIM					
J5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14				
	J5 É COTADA SIM ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL</i></td> </tr> </table>			NÃO	SIM	<i>TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL</i>	
NÃO	SIM							
<i>TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL</i>								
	CRONOLOGIA							
J6	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas ?	<input type="text"/>	idade	15				
J7	Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos teve, em que apresentou a maior parte das dificuldades das quais falamos ?	<input type="text"/>		16				
J8	No último ano, durante quantos meses apresentou esses problemas de forma persistente ?	<input type="text"/>		17				

K. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

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

K1	Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, vodka, conhaque, whisky...), num período de três horas ?	NÃO	SIM	1
----	--	-----	-----	---

K2 Nos últimos 12 meses:

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL	

K3 Nos últimos 12 meses:

a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? (COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS)	NÃO	SIM	9
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K3 ?

NÃO	SIM
ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL	

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

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

K4	Ao longo da sua vida , em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, vodka, conhaque, whisky...), num período de três horas ?	NÃO	SIM	13
K5	Ao longo da sua vida:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	14
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? (COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).	NÃO	SIM	15
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	16
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	17
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	18
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	19
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	20

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K5 ?

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL VIDA INTEIRA	

K6	Ao longo da sua vida:			
a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? (COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS)	NÃO	SIM	21
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	22
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	23
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	24

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K6 ?

NÃO	SIM
ABUSO DE ÁLCOOL VIDA INTEIRA	

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

(SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)
Agora, vou mostrar / ler para você, uma lista de drogas e medicamentos (MOSTRAR / LER A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS ABAIXO).

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

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA:

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

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

OPIÁCEOS: heroína, morfina, pó de ópio (Tintura de ópio®, Elixir Paregórico®, Elixir de Dover®), codeína (Belacodid®, Belpar®, Pambenyl®), meperidina (Dolantina®, Demerol®), propoxifeno (Algafan®, Doloxene A®), fentanil (Inoval®)

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

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

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

SEDATIVOS: Valium®, Diazepam®, Dienpax®, Somalium®, Frisium®, Psicosedin®, Lexotan®, Lorax®, Halcion®, Frontal®, Rohypnol®, Urbanil®, Sonebon®, barbitúricos

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

Toma outras substâncias?

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

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

Assinalar

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

SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA

CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) CONSUMIDA SEPARADAMENTE (FOTOCOPIAR L2 E L3, SE NECESSÁRIO).

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

- L2 **Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ao longo da sua vida:**
- a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ? NÃO SIM 1
- b Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou, sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ? Ou você tomava 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 drogas ? | NÃO | SIM | 5 |
| f | Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família 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 L2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) VIDA INTEIRA	

- | | | | | | |
|----|---|---|-----|-----|---|
| L3 | a | Você consumiu [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] nos últimos 12 meses ? | NÃO | SIM | 8 |
|----|---|---|-----|-----|---|

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

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

Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou, sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? (COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).	NÃO	SIM
--	-----	-----

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

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

Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ?	NÃO	SIM
--	-----	-----

Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ?	NÃO	SIM
--	-----	-----

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

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

L3a E L3b (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	

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

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

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM L4 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : _____

NÃO	SIM
ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	

CRONOLOGIA

- | | | | |
|----|--|----------------------------|----|
| L5 | Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a consumir [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] de forma abusiva ? | <input type="text"/> idade | 13 |
|----|--|----------------------------|----|

M. TRANSTORNOS PSICÓTICOS - Parte 1

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA. **SÓ COTAR SIM SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.** AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS “BIZARRAS” E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA..

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

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

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

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

		COLUNA A		COLUNA B		
		Resposta do(a) entrevistado(a)		Julgamento clínico do/a entrevistador/a (se necessário)		
		NÃO	SIM		BIZARRO	
M1	a 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 ? NOTE: PEÇA EXEMPLOS PARA EXCLUIR FATOS REAIS.	NÃO	SIM		SIM	2
M2	a Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO	SIM		SIM	3
	b SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM		SIM	4
M3	a Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de forma diferente do seu jeito habitual? Alguma vez acreditou que estava possuído(a)? CLÍNICO: PEDIR EXEMPLOS E DESCONSIDERAR O QUE NÃO FOR PSICÓTICO.	NÃO	SIM		SIM	5
	b SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM		SIM	6
M4	a Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM		SIM	7
	b SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM		SIM	8
M5	a Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? PEDIR UM EXEMPLO. COTAR “SIM” APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE M1 A M4.	NÃO	SIM		SIM	9
	b SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM		SIM	10

		COLUNA A (ENTREVISTADO(A))		COLUNA B (ENTREVISTADOR(A))		
		BIZARRO		BIZARRO		
M6	a	NÃO	SIM	SIM	SIM	11
		COTAR "SIM BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?				
	b	NÃO	SIM	SIM	SIM	12
		COTAR "SIM BIZARRO" SE O(A) ENTREVISTADO(A) OUVIU VOZES QUE COMENTAM SEUS PENSAMENTOS OU ATOS OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.				
M7	a	NÃO	SIM	SIM		13
		COTAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS.				
	b	NÃO	SIM	SIM		14
		IF YES: Teve essas visões no último mês ?				
JULGAMENTO DO CLÍNICO						
M8	b			NÃO	SIM	15
		ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?				
M9	b			NÃO	SIM	16
		ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?				
M10	b			NÃO	SIM	17
		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?				
M11	a			NÃO	SIM	
		HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE M1 A M10b? SE M11a = NÃO (PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.				

M11 b

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

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

SE NÃO, CONTINUAR.

NÃO	SIM
TRANTORNO PSICÓTICO SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO*	
Atual	o
Vida inteira	o
*Diagnóstico provisório devido à insuficiência de informações disponíveis no momento	

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

M11c
DE M1 A M10b: HÁ UMA OU MAIS QUESTÕES "b" = SIM BIZARRO"?
OU
HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES "b" = SIM MAS NÃO " SIM BIZARRO"?

NÃO
Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido ATUAL

SIM
Critério A da Esquizofrenia preenchido ATUAL

M11d
DE M1 A M7: HÁ UMA OU MAIS QUESTÕES "a" = SIM BIZARRO"?
OU
HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES "a" = SIM MAS NÃO " SIM BIZARRO"?
(VERIFICAR QUE OS SINTOMAS OCORRERAM NO MESMO PERÍODO)
OU M11c É COTADA "SIM" ?

NÃO
Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido VIDA INTEIRA

SIM
Critério A da Esquizofrenia preenchido VIDA INTEIRA

M12 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	π Não	π Sim																
b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?	π Não	π Sim																
c	<i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO</i> : O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA PSICOSE ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).	π Não	π Sim																
d	UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA??	NÃO	SIM	INCERTO 21															
	SE M12d = NÃO:	COTAR M13 (a, b) E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE																	
	SE M12d = SIM:	COTAR NÃO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14																	
	SE M12d = INCERTO:	COTAR INCERTO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14																	
M13a		<table border="1" style="float: right;"> <thead> <tr> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> <th>22</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRANTORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vida inteira</td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Incerto</td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	22	TRANTORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral			Atual	<input type="radio"/>		Vida inteira	<input type="radio"/>		Incerto	<input type="radio"/>	
NÃO	SIM	22																	
TRANTORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral																			
Atual	<input type="radio"/>																		
Vida inteira	<input type="radio"/>																		
Incerto	<input type="radio"/>																		
	M12d É COTADA NÃO DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL (M12b = SIM) ?																		
	SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:																		
	ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" COTADA "SIM" DE M1 A M10b)																		
	E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA "SIM" DE M1 A M10b)																		
M13b		<table border="1" style="float: right;"> <thead> <tr> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> <th>23</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRANTORNO PSICÓTICO induzido por substância</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vida inteira</td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Incerto</td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	23	TRANTORNO PSICÓTICO induzido por substância			Atual	<input type="radio"/>		Vida inteira	<input type="radio"/>		Incerto	<input type="radio"/>	
NÃO	SIM	23																	
TRANTORNO PSICÓTICO induzido por substância																			
Atual	<input type="radio"/>																		
Vida inteira	<input type="radio"/>																		
Incerto	<input type="radio"/>																		
	M12d É COTADA NÃO DEVIDO AO USO DE SUBTÂNCIA (M12a = SIM) ?																		
	SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:																		
	ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" COTADA "SIM" DE M1 A M10b)																		
	E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA "SIM" DE M1 A M10b)																		
M14	Quanto tempo durou o período mais longo em que teve essas crenças/experiências? SE <1 DIA, PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.	_____		24															
M15 a	Durante ou depois desse (de um deseese) período(s) em teve essas crenças/experiências, você teve dificuldades para trabalhar, ou dificuldades para se relacionar com as pessoas ou dificuldades para cuidar de si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	25															
b	SE SIM : Quanto tempo duraram essas dificuldades? SE ≥ 6 MESES, PASSAR PARA M16.	_____		26															
c	Você foi tratado(a) com medicamentos ou foi hospitalizado(a) por causa dessas crenças/experiências, ou das dificuldades / problemas que elas causaram?	NÃO	SIM	27															
d	SE SIM : Quanto tempo durou esse tratamento com medicamentos / a hospitalização mais longa por causa desses problemas ?	_____		28															
M16 a	O(A) ENTREVISTADO(A) DESCREVE UM FUNCIONAMENTO DETERIORADO (M15a = SIM) OU FOI TRATADO / HOSPITALIZADO POR PSICOSE (M15c = SIM).	NÃO	SIM	29															
b	JULGAMENTO DO CLÍNICO: CONSIDERANDO SUA EXPERIÊNCIA, A DISFUNÇÃO CAUSADA PELA PSICOSE, AO LONGO DA VIDA DO(A) ENTREVISTADO(A) É:	1 <input type="radio"/> ausente 2 <input type="radio"/> leve 3 <input type="radio"/> moderada 4 <input type="radio"/> severa		30															
M17	QUAL É A DURAÇÃO TOTAL DA PSICOSE, CONSIDERANDO A FASE ATIVA (M14) E AS DIFICULDADES ASSOCIADAS (M15b) E O TRATAMENTO PSQUIÁTRICO (M15d) ?	1 <input type="radio"/> ≥ 1 dia a <1 mês 2 <input type="radio"/> ≥ 1 mês a <6 meses 3 <input type="radio"/> ≥ 6 meses		31															
	CRONOLOGIA																		
M18 a	Que idade tinha quando, pela primeira vez, teve essas crenças/experiências pouco comuns ?	<input type="text"/>	idade	32															
b	Desde o começo desses problemas, quantos episódios distintos em que apresentou essas	<input type="text"/>		33															

crenças/experiências, já teve ?

TRANSTORNOS PSICÓTICOS - PARTE 2

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNOS PSICÓTICOS E DO HUMOR

COTAR AS QUESTÕES M19 A M23 UNICAMENTE:

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

M19 a	O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL OU PASSADO (QUESTÃO A8 = SIM) ?	NÃO	SIM	
b	SE SIM: QUESTÃO A1 (HUMOR DEPRESSIVO) É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	
c	O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (QUESTÃO D7 = SIM)?	NÃO	SIM	
d	M19a OU M19c É COTADA SIM?	NÃO	SIM	
		↓		PARAR. Passar à M24

NOTA: VERIFICAR QUE AS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES M20 À M23 ESTÃO DE ACORDO COM AS DATAS DOS EPISÓDIOS PSICÓTICO (M11c E M11d), DEPRESSIVO (A8) E MANÍACO (D7), JÁ EXPLORADOS. EM CASO DE DISCREPÂNCIAS, REEXPLORAR A SEQUÊNCIA DOS TRANSTORNOS, TENDO COMO REFERÊNCIA EVENTOS MARCANTE DE VIDA E COTAR M20 A M23 EM FUNÇÃO.

M20	Você relatou ter apresentado períodos em que se sentia [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO(A)] e períodos em que teve [CITAR AS RESPOSTAS POSITIVAS EM COLUNA “A” DE M1 À M7]. Quando apresentava essas crenças / experiências, sentia-se, ao mesmo tempo, [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO(A)] ?	NÃO	SIM	34
		↓		PARAR. Passar à M24
M21	Essas crenças / experiências que descreveu (DAR EXEMPLOS SE NECESSÁRIO) aconteceram exclusivamente durante o(s) período(s) em que se sentia, quase todo tempo, [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO(A)] ?	NÃO	SIM	35
		↓		PARAR. Passar à M24
M22	Você já teve essas crenças / experiências durante 2 semanas ou mais, quando não se sentia nem [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO (A)] ?	NÃO	SIM	36
		↓		PARAR. Passar à M24
M23	O que durou mais tempo: as crenças / experiências ou os episódios em que se sentiu [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO (A)] ?	1 o	humor	37
		2 o	crenças / experiências	
		3 o	mesma duração	
M24	AO FINAL DA ENTREVISTA, PASSAR AOS ALGORITMOS PARA OS TRANSTORNOS PSICÓTICOS E DO HUMOR.			

CONSULTE OS ÍTENS M11a E M11b:

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

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

PARA OS TRANSTORNOS DO HUMOR {ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS III

N. ANOREXIA NERVOSA

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

N1 a	Qual é a sua altura ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm.
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kgs.
O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO).		<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM

Durante os últimos 3 meses:

N2	Tentou não engordar , embora pesasse pouco ?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	1
N3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	2
N4 a	Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	3
b	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	4
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	5
N5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM N4 ?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	
N6	APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	6

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

<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> SIM
ANOREXIA NERVOSA ATUAL	

CRONOLOGIA

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

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

Mulheres altura/ peso															
cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178	
kgs	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Homens altura/ peso															
cm	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188	191
kgs	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

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

O. BULIMIA NERVOSA

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

O1	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	10								
O2	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos 2 vezes por semana ?	NÃO	SIM	11								
O3	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	12								
O4	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	13								
O5	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	NÃO	SIM	14								
O6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (QUESTÃO N6=SIM)?	NÃO	SIM	15								
↓ passar a O8												
O7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kgs ? [RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO NA TABELA DO MÓDULO “N” (ANOREXIA NERVOSA)]	NÃO	SIM	16								
O8	O5 É COTADA “SIM” E O7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">BULIMIA NERVOSA ATUAL</td> </tr> </table>			NÃO	SIM	BULIMIA NERVOSA ATUAL					
NÃO	SIM											
BULIMIA NERVOSA ATUAL												
CRONOLOGIA												
O9	Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou crises de comer descontroladamente ? <input type="text"/> idade			17								
O10	Desde que esses problemas de começaram, quantos períodos distintos teve, em que apresentou crises de comer descontroladamente ? <input type="text"/>			18								
O11	No último ano, durante quantos meses apresentou crises de comer descontroladamente ? <input type="text"/>			19								
O12	SUBTIPOS DE BULIMIA NERVOSA Após comer descontroladamente, regularmente faz coisas como provocar vômitos, ou tomar laxantes, diuréticos ou fazer lavagem intestinal (enemas) para perder peso? [NO TIPO NÃO-PURGATIVO O(A) ENTREVISTADO(A) UTILIZA-SE DE OUTROS COMPORTAMENTOS COMPENSATÓRIOS NÃO PURGATIVOS COMO O JEJUM OU EXERCÍCIOS EXAUSTIVOS].	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><i>Tipo sem purgação</i></td> <td style="text-align: center;"><i>Tipo purgativo</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">BULIMIA NERVOSA</td> </tr> </table>			NÃO	SIM	<i>Tipo sem purgação</i>	<i>Tipo purgativo</i>	BULIMIA NERVOSA			
NÃO	SIM											
<i>Tipo sem purgação</i>	<i>Tipo purgativo</i>											
BULIMIA NERVOSA												
SUBTIPOS DE ANOREXIA NERVOSA												
Tipo Compulsão Periódica / Purgativo												
O7 E O12 SÃO COTADAS SIM?												
Tipo Restritivo												
Para perder peso, você regularmente faz jejum ou faz exercícios exaustivos, mas não usa métodos como provocar vômitos, ou fazer uso indevido de laxantes, diuréticos ou lavagem intestinal (enemas) ?												
			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ANOREXIA NERVOSA</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>Tipo Restritivo</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ATUAL</td> </tr> </table>		NÃO	SIM	ANOREXIA NERVOSA		<i>Tipo Restritivo</i>		ATUAL	
NÃO	SIM											
ANOREXIA NERVOSA												
<i>Tipo Restritivo</i>												
ATUAL												

P. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

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

P1	a Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	\ NÃO	SIM	1
	b Teve essas preocupações quase todos os dias ?	\ NÃO	SIM	2
	A ANSIEDADE DO(A) ENTREVISTADO(A) É RESTRITA OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSQUIÁTRICO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ?	\ NÃO	SIM	3
P2	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	4
P3	DE P3 a A P3f COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO CONTEXTO DOS TRANSTORNOS JÁ EXPLORADOS ANTERIORMENTE: Nos últimos 6 meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:			
	a Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	5
	b Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	6
	c Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	7
	d Tinha dificuldade para se concentrar ou tinha esquecimentos / “branco na mente” ?	NÃO	SIM	8
	e Sentia-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	9
	f Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	10
	P3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM P3 ?	\ NÃO	SIM	
P4	Esses problemas de ansiedade lhe causaram sofrimento importante ou perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	\ NÃO	SIM	11
P5	a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	π Não	π Sim	
	b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?	π Não	π Sim	
	NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA ANSIEDADE GENERALIZADA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).			
	P5 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?	NÃO	SIM	12
	P5 (SUMÁRIO) É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	
	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL			
P6	P5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO E P5 b É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	
	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL devido a condição médica geral			

		NO	YES
P7	P5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO E P5 a É COTADA SIM ?		
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL induzido por substância			
CRONOLOGIA			
P8	Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou essas preocupações excessivas/esses problemas de ansiedade ?	<input type="text"/> idade	13
P9	No último ano, durante quantos meses apresentou essas preocupações excessivas / esses problemas de ansiedade, de forma persistente ?	<input type="text"/>	14

Q. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

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

Q1	Antes dos 15 anos:			
	a	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	Provocou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM 3
	d	Destruíu ou incendiou coisas de propósito ?	NÃO	SIM 4
	e	Machucou animais ou pessoas de propósito ?	NÃO	SIM 5
	f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM 6
		HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM Q1?	NÃO	SIM
		NAS QUESTÕES ABAIXO, NÃO COTAR "SIM" SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.		
Q2	Depois dos 15 anos:			
	a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar?	NÃO	SIM 7
	b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade dos outros, 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 Q2 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTISOCIAL VIDA INTEIRA	

R. TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO (opcional)

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

R1	a	Antes dos 30 anos, teve muitos problemas ou sintomas físicos para os quais um diagnóstico preciso não foi achado ?	(	NÃO	SIM	1
	b	Esses problemas / sintomas físicos persistiram por vários anos ?	(	NÃO	SIM	2
	c	Você consultou um médico por causa desses problemas / sintomas físicos ?	(	NÃO	SIM	3
	d	Esses problemas / sintomas físicos o(a) perturbaram na escola, no trabalho, nas suas relações sociais ou nas suas atividades cotidianas ?	(	NÃO	SIM	4
Entre esses vários problemas físicos que teve e que o(a) perturbaram durante vários anos:						
R2	Teve dores:	de cabeça ?	(	NÃO	SIM	5
		de barriga ?	(	NÃO	SIM	6
		nas costas ?	(	NÃO	SIM	7
		nas juntas, nos braços ou nas pernas, no peito ou no reto ?	(	NÃO	SIM	8
		durante a menstruação ?	(	NÃO	SIM	9
		durante as relações sexuais ?	(	NÃO	SIM	10
		para urinar ?	(	NÃO	SIM	11
		HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM R2 ?	(	NÃO	SIM	
R3	Teve algum dos seguintes problemas abdominais:	náuseas ?	(	NÃO	SIM	12
		gases ?	(	NÃO	SIM	13
		vômitos ?	(	NÃO	SIM	14
		diarréia ?	(	NÃO	SIM	15
		intolerância a vários alimentos ?	(	NÃO	SIM	16
		HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM R3 ?	(	NÃO	SIM	
R4	Teve algum dos seguintes problemas:	perda do interesse sexual ?	(	NÃO	SIM	17
		dificuldades de ereção ou de ejaculação ?	(	NÃO	SIM	18
		ciclos menstruais irregulares ?	(	NÃO	SIM	19
		sangramentos abundantes durante a menstruação ?	(	NÃO	SIM	20
		vômitos durante a gravidez ?	(	NÃO	SIM	21
		HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM R4 ?	(	NÃO	SIM	
R5	Teve algum dos seguintes problemas:	paralisia ou fraqueza em algumas partes de seu corpo?	(	NÃO	SIM	22
		dificuldades de coordenação ou sensação de desequilíbrio ?	(	NÃO	SIM	23
		dificuldade de engolir ou sensação de ter um nó na garganta ?	(	NÃO	SIM	24
		dificuldade de falar ?	(	NÃO	SIM	25
		dificuldade de urinar ?	(	NÃO	SIM	26
		perda do tato ou sensações dolorosas ?	(	NÃO	SIM	27
		visão dupla ou cegueira por alguns momentos?	(	NÃO	SIM	28
		ficar surdo ou ter desmaios ou convulsões ?	(	NÃO	SIM	29
		períodos importantes de perda de memória?	(	NÃO	SIM	30
		sensações inexplicadas no seu corpo ?	(	NÃO	SIM	31
		(CLÍNICO: AVALIAR SE SE TRATA DE ALUCINAÇÕES SOMÁTICAS)	(

	HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM R5 ?	NÃO	SIM	
R6	Esses problemas foram investigados pelo seu médico?	NÃO	SIM	32
R7	Uma doença física foi encontrada ou você tomava alguma droga ou medicamento que podia explicar esses problemas? π Não π Sim			33
	R6 E R7 (SUMÁRIO): JULGAMENTO DO CLÍNICO: UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?	NÃO	SIM	
R8	Esses problemas ou a incapacidade que eles causavam eram muito mais importantes do que se podia esperar considerando a gravidade da doença ?	NÃO	SIM	34
	R7 (SUMÁRIO) OU R8 É COTADA SIM?	NÃO	SIM	
R9	Os problemas /sintomas descritos eram produzidos ou simulados de propósito (COMO NO TRANSTORNO FACTÍCIO) ?	NÃO	SIM	35
	R9 É COTADA NÃO ?	NÃO SIM TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO VIDA INTEIRA		
R10	Atualmente você ainda apresenta esses problemas ?	NÃO ³⁶ SIM TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO ATUAL		

S. HIPOCONDRIA

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

S1	Nos últimos 6 meses, esteve excessivamente preocupado(a) ou com medo de ter uma doença física grave ? NÃO COTAR SIM SE QUALQUER DOENÇA FÍSICA PODE EXPLICAR OS SINAIS / SINTOMAS SOMÁTICOS DESCRITOS PELO(A) ENTREVISTADO(A).	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	1
S2	Teve essa preocupação/ esse medo durante 6 meses ou mais ?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	2
S3	Foi examinado(a) por um médico por causa desses problemas ?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	3
S4	A preocupação/ o medo de ter uma doença física grave persistiu, apesar do médico ter lhe garantido que não você tinha nenhum problema grave ?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	4
S5	Essa preocupação/ esse medo lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	5

S6 S5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
HIPOCONDRIA ATUAL	

T. TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

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

T1	Você tem estado preocupado com algum defeito em sua aparência ?	NÃO	SIM	1				
T2	Essa preocupação persistiu mesmo quando outras pessoas (incluindo médicos) acharam, com razão, que sua preocupação era exagerada ?	NÃO	SIM	2				
T3	Essa preocupação lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	3				
T4	T3 É COTADA SIM?	<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ATUAL</td> </tr> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ATUAL	
NÃO	SIM							
TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ATUAL								

U. TRANSTORNO DOLOROSO

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

U1	Atualmente, uma dor é seu principal problema ?	NÃO	SIM	1
U2	Atualmente essa dor é severa a ponto de justificar uma avaliação médica ?	NÃO	SIM	2
U3	Atualmente essa dor lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais ?	NÃO	SIM	3
U4	Fatores psicológicos ou estressantes tiveram um papel importante no aparecimento da dor ou eles mantêm ou agravam a dor ?	NÃO	SIM	4
U5	A dor está sendo produzida ou simulada de propósito ? (COMO NO TRANSTORNO FACTÍCIO OU NA SIMULAÇÃO ?)	NÃO	SIM	5
U6	Algum problema médico / alguma doença física teve influência importante no aparecimento da dor ou ele/a mantém ou agrava a dor ?	NÃO	SIM	6
U7	A dor está presente há mais de 6 meses ?	NÃO	SIM	7
		↓ Agudo	↓ Crônico	

- U8 U6 É COTADA NÃO ?
SE U8 É COTADA SIM
E U7 É COTADA NÃO = AGUDO
E U7 É COTADA SIM = CRÔNICO
- U9 U6 É COTADA SIM ?
SE U8 OU U9 SÃO COTADAS SIM
E U7 É COTADA NÃO = AGUDO
E U7 É COTADA SIM = CRÔNICO

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

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

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

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

SOLICITAR COLABORAÇÃO DA FAMÍLIA OU RESPONSÁVEIS PARA COLHER ESSAS INFORMAÇÕES.

V1	Nos últimos 12 meses:			
	a	frequentemente provocou, ameaçou ou intimidou outras pessoas?	NÃO	SIM 1
	b	frequentemente começou brigas ?	NÃO	SIM 2
	c	utilizou arma(s) que podia ferir pessoas (por ex., faca, arma de fogo, tijolo, pau, garrafa quebrada)?	NÃO	SIM 3
	d	machucou pessoas de propósito ?	NÃO	SIM 4
	e	machucou animais de propósito?	NÃO	SIM 5
	f	roubou de forma violenta (por ex., assalto à mão armada, bater carteira, arrancar bolsa, extorção) ?	NÃO	SIM 6
	g	forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM 7
	h	incendiou coisas com intenção de causar danos ?	NÃO	SIM 8
	i	Destruíu coisas dos outros de propósito?	NÃO	SIM 9
	j	arrombou casa ou carro de outros ?	NÃO	SIM 10
	k	mentiu frequentemente para obter coisas ou enganar os outros ?	NÃO	SIM 11
	l	roubou objetos ?	NÃO	SIM 12
	m	ficou na rua, à noite, apesar da proibição de seus pais, e começou a fazer isto antes dos 13 anos ?	NÃO	SIM 13
	n	fugiu de casa, à noite, pelo menos duas vezes ?	NÃO	SIM 14
	o	frequentemente faltou à escola , e começou a fazer isto antes dos 13 anos ?	NÃO	SIM 15
		HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS SIM EM V1 ?	NÃO	SIM
		SE SIM:		
		Apresentou pelo menos um desses comportamentos nos últimos 6 meses?	NÃO	SIM
V2		Esses comportamentos causaram problemas na escola, no trabalho, com seus amigos ou familiares ?	NÃO	SIM 16

V2 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA CONDUTA ATUAL	

Subtipos

Com Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade
 Com história de abuso físico ou sexual
 Com história de divórcio traumático
 Com história de adoção
 Com história de outros fatores estressantes

Assinalar tudo que for apropriado

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

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

SOLICITAR COLABORAÇÃO DA FAMÍLIA OU RESPONSÁVEIS PARA COLHER ESSAS INFORMAÇÕES.

Nos últimos 12 meses, frequentemente:

W1	a	Deixou de prestar atenção nos detalhes ou, por descuido, cometeu erros nas atividades escolares, de trabalho ou outras?	NÃO	SIM	1
	b	Teve dificuldades de prestar atenção quando estava fazendo tarefas ou jogando?	NÃO	SIM	2
	c	Parecia não escutar quando alguém falava diretamente com você ?	NÃO	SIM	3
	d	Não seguiu instruções ou não terminou suas tarefas escolares, de trabalho ou outras (mesmo quando tinha compreendido as instruções e não tinha motivos para não segui-las) ?	NÃO	SIM	4
	e	Teve dificuldades de organizar suas tarefas ou atividades ?	NÃO	SIM	5
	f	Evitou ou relutou fazer coisas que exigiam um esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)?	NÃO	SIM	6
	g	Perdeu coisas necessárias para fazer tarefas ou atividades (por ex., materiais escolares, brinquedos)?	NÃO	SIM	7
	h	Ficou facilmente distraído(a) com qualquer coisa ?	NÃO	SIM	8
	i	Ficou esquecido(a) nas suas atividades diárias ?	NÃO	SIM	9
		W1 (SUMÁRIO): HÁ 6 OU MAIS QUESTÕES COTADAS SIM EM W1?	NÃO	SIM	

Nos últimos 6 meses, frequentemente:

W2	a	Aagitava as mãos ou os pés ou se remexia na cadeira ?	NÃO	SIM	10
	b	Levantava da sua cadeira em sala de aula ou em outras situações em que deveria ficar sentado ?	NÃO	SIM	11
	c	Corria ou pulava demais quando não deveria ou quando outras pessoas não queriam que fizesse isso ?	NÃO	SIM	12
	d	Tinha dificuldades de brincar em silêncio ?	NÃO	SIM	13
	e	Sentia-se a “todo vapor” ou “a mil por hora” ?	NÃO	SIM	14
	f	Falava demais ?	NÃO	SIM	15
	g	Respondia precipitadamente, antes mesmo que as perguntas fossem completadas ?	NÃO	SIM	16
	h	Tinha dificuldade de esperar a sua vez ?	NÃO	SIM	17
	i	Interrompia ou se intrometia nos assuntos dos outros ?	NÃO	SIM	18
		W2 (SUMÁRIO): HÁ 6 OU MAIS QUESTÕES COTADAS SIM EM W2?	NÃO	SIM	
W3		Alguns desses problemas de agitação ou de falta de atenção de que falamos começaram antes dos 7 anos de idade ?	NÃO	SIM	19
W4		Esses comportamentos causaram problemas em duas ou mais das seguintes situações: na escola, no trabalho, em casa, ou com seus amigos ou familiares ?	NÃO	SIM	20

W4 É COTADA SIM ?

<p>NÃO SIM</p> <p>TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE ATUAL</p>
--

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE (Adulto)

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

Quando criança:

W5	a Era ativo(a), inquieto(a), agitado(a), impaciente, estava sempre “a todo vapor” ?	NÃO	SIM	21
	b Era desatento(a) e se distraía com facilidade ?	NÃO	SIM	22
	c Era incapaz de se concentrar na escola ou quando fazia tarefas de casa ?	NÃO	SIM	23
	d Não conseguia terminar as coisas como tarefas escolares, projetos, etc ?	NÃO	SIM	24
	e Tinha o estopim curto, era irritável ou tendia a ser explosivo(a) ?	NÃO	SIM	25
	f As coisas tinham que ser repetidas várias vezes para você para que as fizesse ?	NÃO	SIM	26
	g Tendia a ser impulsivo(a) sem pensar nas consequências ?	NÃO	SIM	27
	h Tinha dificuldades de esperar a sua vez, precisando sempre ser o(a) primeiro(a) ?	NÃO	SIM	28
	i Se metia em brigas ou aborrecia/ incomodava outras crianças ?	NÃO	SIM	29
	j Teve reclamações da escola sobre seu comportamento ?	NÃO	SIM	30

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

NÃO SIM

W6	Alguns desses problemas de agitação ou de falta de atenção de que falamos começaram antes dos 7 anos de idade ?	NÃO	SIM	31
----	---	-----	-----	----

Enquanto adulto:

W7	a Ainda é muito distraído (a) ?	NÃO	SIM	32
	b É intrometido(a), ou diz coisas para amigos, ou no trabalho ou em casa, das quais se arrepende depois?	NÃO	SIM	33
	c É impulsivo(a), ainda que tendo melhor controle do que quando era criança ?	NÃO	SIM	34
	d Ainda é muito inquieto(a), agitado(a), impaciente, está sempre “a mil por hora”, ainda que tendo melhor controle do que quando era criança ?	NÃO	SIM	35
	e Ainda é irritável e fica muito enraivecido(a) sem necessidade ?	NÃO	SIM	36
	f Ainda é impulsivo(a), por exemplo, tende a gastar mais dinheiro do que realmente deveria ?	NÃO	SIM	37
	g Tem dificuldades de organizar seu trabalho?	NÃO	SIM	38
	h Tem dificuldades de se organizar mesmo fora do seu trabalho?	NÃO	SIM	39
	i É subempregado(a) ou trabalha quem de suas possibilidades ?	NÃO	SIM	40
	j Não tem o êxito/ o sucesso que corresponde às expectativas que as pessoas têm em relação às suas habilidades / capacidades ?	NÃO	SIM	41
	k Mudou de emprego ou foi demitido(a) mais frequentemente que outras pessoas ?	NÃO	SIM	42
	l Sua (seu) companheira (o) queixa-se de sua falta de atenção em relação a ela(e) e/ou a família ?	NÃO	SIM	43
	m Se divorciou duas ou mais vezes, ou trocou de parceiro(a)s mais frequentemente que outras pessoas ?	NÃO	SIM	44
	n Sente-se às vezes como se estivesse numa neblina, ou como uma TV com chuva ou fora de foco?	NÃO	SIM	45

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

NÃO SIM

W8	Esses comportamentos lhe causaram problemas em duas ou mais das seguintes situações: na escola, no trabalho, em casa, ou com seus amigos ou familiares ?	NÃO	SIM	46
----	--	-----	-----	----

W8 É COTADA SIM ?

NÃO SIM

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (ADULTO) ATUAL

X. TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO

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

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

X1	Tem apresentado problemas emocionais ou de comportamento decorrentes de algum fato ou situação de vida muito estressante ? [EXEMPLOS: ansiedade, depressão, queixas físicas, comportamentos desviantes (brigas, dirigir perigosamente, vandalismo, faltar às aulas, desrespeitar os direitos dos outros, fazer coisas ilegais)].	NÃO	SIM	1
X2	Esses problemas emocionais ou de comportamento começaram durante os 3 meses que se seguiram ao fato ou à situação de vida estressante de que falou ?	NÃO	SIM	2
X3	a Esses problemas emocionais ou de comportamento o(a) perturbam mais do que se poderia esperar ?	NÃO	SIM	3
	b Esses problemas emocionais ou de comportamento o(a) perturbam no seu trabalho, na escola, nas suas atividades cotidianas ou nas suas relações sociais ?	NÃO	SIM	4
X4	Esses problemas emocionais ou de comportamento foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais ao que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?	NÃO	SIM	5
	UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?	NÃO	SIM	5
X5	Esses problemas emocionais ou de comportamento persistiram durante mais de 6 meses depois que esse fato / situação de vida estressante terminou ? (SE O FATO / SITUAÇÃO ESTRESSANTE AINDA ESTÁ PRESENTE COTAR NÃO).	NÃO	SIM	6
	OS SEGUINTE SINTOMAS EMOCIONAIS / DE COMPORTAMENTO ESTÃO PRESENTES ?			
	QUALIFICADORES:		ASSINALAR TUDO QUE FOR APROPRIADO	
	A Depressão, crises de choro, desesperança.	<input type="radio"/>		
	B Ansiedade, nervosismo, agitação, preocupações.	<input type="radio"/>		
	C Comportamentos desviantes (brigas, dirigir perigosamente, vandalismo, faltar às aulas, desrespeitar os direitos dos outros, fazer coisas ilegais)	<input type="radio"/>		
	D Problemas no trabalho, na escola, queixas físicas, retraimento social.	<input type="radio"/>		
	SE ASSINALADOS:			
	• Somente A , cotar Transtorno de Ajustamento com humor depressivo (309.0)			
	• Somente B , cotar Transtorno de Ajustamento com ansiedade (309.24)			
	• Somente C , cotar Transtorno de Ajustamento com perturbação da conduta (309.3)			
	• Somente A e B , cotar Transtorno de Ajustamento misto de ansiedade e depressão (309.28)			
	• C e (A ou B) , cotar Transtorno do Ajustamento com perturbação mista das emoções e conduta (309.4)			
	• Somente D , cotar Transtorno do Ajustamento Inespecificado (309.9)			

SE X5 = NÃO, COTAR SIM E ESPECIFICAR OS QUALIFICADORES

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO	
com _____	
(qualificadores)	

Y. TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL

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

Y1	No último ano, em quase todos os meses sua menstruação foi precedida por um período de mais ou menos uma semana em que o seu estado de humor mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	1
Y2	Durante esses períodos de ± uma semana que precedem suas regras, tem dificuldades nas suas atividades cotidianas, uma diminuição da sua eficiência no trabalho, problemas de relacionamento ou evita sair ou ver as pessoas ?	NÃO	SIM	2
Y3	Durante esses períodos de ± uma semana que precedem suas regras, (mas não durante ou após a menstruação) tem os seguintes problemas, a maior parte do tempo:			
a	Sente-se triste, desanimada, deprimida ou se sente sem esperança ou se auto-deprecia ?	NÃO	SIM	3
b	Sente-se particularmente ansiosa, tensa, nervosa, com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
c	Com frequência, sente-se subitamente triste ou chora ou ainda fica particularmente sensível aos comentários dos outros ?	NÃO	SIM	5
d	Fica extremamente irritável, tem explosões de raiva ou briga com frequência ?	NÃO	SIM	6
	HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" de Y3a à Y3d ?	NÃO	SIM	7
e	Tem menos interesse por suas atividades cotidianas como o trabalho, atividades de lazer, encontrar os amigos ?	NÃO	SIM	8
f	Tem dificuldades de se concentrar?	NÃO	SIM	9
g	Sente-se abatida, se cansa facilmente ou sente-se sem energia ?	NÃO	SIM	10
h	Seu apetite muda de forma significativa, você come muito ou tem "desejos" de comer certos alimentos ?	NÃO	SIM	11
i	Dorme demais ou, ao contrário, tem dificuldades de dormir ?	NÃO	SIM	12
j	Tem a impressão de ser dominada pelas situações ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	13
k	Tem sintomas físicos como os seios sensíveis ou inchados, dores de cabeça, dores musculares ou nas articulações, sensação de estar inchada ou ainda um ganho de peso ?	NÃO	SIM	14

HÁ PELO MENOS 5 RESPOSTAS "SIM" EM Y3 ?

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

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISFÓRICO	
PRÉ-MENSTRUAL	
PROVÁVEL	
ATUAL	



Z. TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO

NÃO UTILIZAR ESSE MÓDULO ISOLADAMENTE SEM ANTES COMPLETAR TODOS OS MÓDULOS REFERENTES AOS TRANSTORNOS ANSIOSOS E DO HUMOR.
[PULAR ESSE MÓDULO SE OS CRITÉRIOS PARA QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ FORAM PREENCHIDOS E ASSINALAR **NÃO** NO QUADRO DIAGNÓSTICO].
(¹ SIGNIFICA: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM.)

Z1	Alguma vez sentiu-se constantemente triste, desanimado(a), deprimido(a), durante pelo menos 1 mês ?			NÃO	SIM	1
Z2	Quando sentiu-se constantemente deprimido(a), teve algum dos problemas seguintes, durante pelo menos 1 mês :					
	a. Teve dificuldade de se concentrar ou “brancos na mente” ?			NÃO	SIM	2
	b. Teve problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?			NÃO	SIM	3
	c. Sentiu-se cansado (a), sem energia ?			NÃO	SIM	4
	d. Sentiu-se particularmente irritável ?			NÃO	SIM	5
	e. Ficou excessivamente preocupado(a) por pelo menos um mês?			NÃO	SIM	6
	f. Chorava facilmente ?			NÃO	SIM	7
	g. Ficou constantemente alerta com relação a possíveis perigos?			NÃO	SIM	8
	h. Temia sempre o pior ?			NÃO	SIM	9
	i. Sentiu-se sem esperança ?			NÃO	SIM	10
	j. Perdeu a auto-confiança ou sentiu-se inútil ?			NÃO	SIM	11
	Z2 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM Z2 ?			NÃO	SIM	
Z3	Esses problemas lhe causaram sofrimento importante ou perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?			NÃO	SIM	12
Z4	a. Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	π Não			π Sim	
	b. Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?	π Não			π Sim	
	<i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA SINTOMATOLOGIA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIOCINAIS SE NECESSÁRIO).</i>					
	UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?			NÃO	SIM	INCERTO 13
Z5	a. O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA:	Depressão Maior VIDA INTEIRA		NÃO	SIM	14
		Distímia VIDA INTEIRA		NÃO	SIM	15
		Transtorno de Pânico VIDA INTEIRA		NÃO	SIM	16
		Transtorno de Ansiedade Generalizada VIDA INTEIRA		NÃO	SIM	17
	b. ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA:	qualquer outro Transtorno Ansioso		NÃO	SIM	18
		qualquer outro Transtorno do Humor		NÃO	SIM	19
	c. A SINTOMATOLOGIA PRESENTE É MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO ?			NÃO	SIM	20

Z6 Z5c É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO ATUAL	

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

Transtorno Depressivo Maior		Fobia Social (Tr. de Ansiedade Social)	
Episódio Único/F32.x		300.23/F40.1	
296.20/F32.9	inespecificado	Fobia Específica	
296.21/F32.0	leve	300.29/F40.2	
296.22/F32.1	moderado	Transtorno Obsessivo-compulsivo	
296.23/F32.2	severo sem aspectos psicóticos	300.30/F42.8	
296.24/F32.3	severo com aspectos psicóticos	Transtorno de Ansiedade Generalizada	
296.25/F32.4	em remissão parcial	300.02/F41.1	
296.26/F32.4	em remissão completa	Abuso / Dependência de Substâncias	
Episódio Recorrente/F33.x		303.90/F10.2x	Dependência do Álcool
296.30/F33.9	inespecificado	305.00/F10.1	Abuso do Álcool
296.31/F33.0	leve	305.20/F12.1	Abuso de Cannabis
296.32/F33.1	moderado	305.30/F16.1	Abuso de alucinógenos
296.33/F33.2	severo sem aspectos psicóticos	305.40/F13.1	Abuso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
296.34/F33.3	severo com aspectos psicóticos	305.50/F11.1	Abuso de opióides
296.35/F33.4	em remissão parcial	305.60/F14.1	Abuso de cocaína
296.36/F33.4	em remissão completa	305.70/F15.1	Abuso de anfetaminas
Transtorno Distímico		305.90/F15.00	Intoxicação por caféina
300.4/F34.1		305.90/F18.1	Abuso de inalantes
Mania		305.90/	Abuso de outras substâncias
Tr. Bipolar I, Episódio Maníaco único /F30.x		F19.00-F19.1	Abuso
296.00	inespecificado	305.90/F19.1	Abuso de Fenciclidina
296.01/F30.1	leve	Transtornos Psicóticos	
296.02/F30.1	moderado	295.10/F20.1x	Esquizofrenia, Tipo Desorganizado
296.03/F30.1	severo sem aspectos psicóticos	295.20/F20.2x	Esquizofrenia, Tipo Catatônico
296.04/F30.2	severo com aspectos psicóticos	295.30/F20.0x	Esquizofrenia, Tipo Paranoide
296.05/F30.8	em remissão parcial	295.40/F20.8	Transtorno Esquizofreniforme
296.06/F30.8	em remissão completa	295.60/F20.5x	Esquizofrenia, Tipo Residual
Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Maníaco /F31.x		295.70/F25.x	Transtorno Esquizoafetivo
296.40/F31.0	Hipomaniaco	295.90/F20.3x	Esquizofrenia, Tipo Indiferenciado
296.40	inespecificado	297.10/F22.0	Transtorno Delirante
296.41/F31.1	leve	297.30/F24	Transtorno Psicótico Compartilhado
296.42/F31.1	moderado		
296.43/F31.1	severo sem aspectos psicóticos	293.81/F06.2	Transtorno Psicótico devido a..... (indicar a condição médica geral) com Delírios
296.44/F31.2	severo com aspectos psicóticos	293.82/F06.0	Transtorno Psicótico devido a..... (indicar a condição médica geral) com Alucinações
296.45/F31.7	em remissão parcial	293.89/F06.4	Transtorno Ansioso devido a..... (indicar a condição médica geral)
296.46/F31.7	em remissão completa	293.89/F06.x	Transtorno Catatônico devido a..... (indicar a condição médica geral)
Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Depressivo /F31.x			
296.50	inespecificado	298.80/F23.xx	Transtorno Psicótico Breve
296.51/F31.3	leve	298.90/F29	Transtorno Psicótico SOE
296.52/F31.3	moderado		
296.53/F31.4	severo sem aspectos psicóticos	Anorexia Nervosa	
296.54/F31.5	severo com aspectos psicóticos	307.10/F50.0	
296.55/F31.7	em remissão parcial	Bulimia Nervosa	
296.56/F31.7	em remissão completa	307.51/F50.2	
Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Misto /F31.x		Transtorno de Estresse Pós-Traumático	
296.60	inespecificado	309.81/F43.1	
296.61/F31.3	leve	Risco de Suicídio	
296.62/F31.3	moderado	Nenhum código alocado	
296.63/F31.4	severo sem aspectos psicóticos	Transtorno da Personalidade Anti-social	
296.64/F31.5	severo com aspectos psicóticos		
296.65/F31.7	em remissão parcial		
296.66/F31.7	em remissão completa		
296.70/F31.9	Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Inespecificado		
296.80/F31.9	Tr. Bipolar I, SOE		
296.89/F31.8	Tr. Bipolar II		

Transtorno do Pânico/F40.01		301.70/F60.2	
300.01/F41.0	Sem Agorafobia	Transtornos Somatoformes	
300.21/F40.01	Com Agorafobia	300.81/F45.0	Transtorno de Somatização
Agoraphobia		300.70/F45.2	Hipocondria
300.22/F40.00	Sem história de Transtorno de Pânico	300.70/F45.2	Transtorno Dismórfico Corporal
Transtornos Dolorosos			
307.80/F45.4	Transtorno Doloroso associado com fatores psicológicos		
307.89/F45.4	Transtorno Doloroso associado com fatores psicológicos e com uma condição médica geral		
Transtorno da Conduta			
312.80/F91.8			
Transtornos de Déficit de Atenção/ Hiperatividade			
314.01/F90.0	Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Tipo Combinado		
314.00/F98.8	Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento		
314.01/F90.0	Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-impulsivo		
Transtornos de Ajustamento			
309.00/F43.20	Transtorno de Ajustamento com humor depressivo		
309.24/F43.28	Transtorno de Ajustamento com ansiedade		
309.28/F43.22	Transtorno de Ajustamento misto de ansiedade e depressão		
309.30/F43.24	Transtorno de Ajustamento, com perturbação da conduta		
309.40/F43.25	Transtorno de Ajustamento, com perturbação mista das emoções e conduta		
309.90/F43.9	Transtorno de Ajustamento, sem especificação		
Transtorno Disfórico Pré-menstrual			
	Nenhum código alocado		

CRITÉRIOS PARA EXCLUIR OUTROS TRANSTORNOS DO EIXO I

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

Questão Sim Não
Os sintomas de X são exclusivamente restritos a, ou melhor explicados por Y, Z? o o

Se o diagnóstico X foi feito, faça a pergunta acima, inserindo o diagnóstico X na coluna 1, e os diagnósticos Y, Z correspondentes na coluna 2

Em qualquer situação em que:			
Diagnóstico X	está presente, mantê-lo a menos que o transtorno seja exclusivamente restrito a, ou melhor explicado pelo(s) diagnóstico(s) Y, Z, etc	Diagnósticos Y, Z, etc.	
A Episódio Depressivo Maior (EDM)		Episódios Hipomaniaco, maniaco e misto, Tr. Esquizoafetivo, Tr. Esquizofreniforme, Tr. Delirante, Tr. Psicótico não especificado	
B Transtorno Distímico		EDM ou Mania	
C Risco de Suicídio	" "	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I	
D Episódio (Hipo)Maníaco	" "	EDM ocorrendo na mesma semana = episódio misto	
E Transtorno de Pânico	" "	Fobia Social e Específica, TOC ou Tr. de Estresse Pós-Traumático	
F Agoraphobia	" "	Fobia Social e Específica, TOC ou Tr. de Estresse Pós-Traumático	
G Fobia Social	" "	Tr. Pânico ou Agorafobia	
H Fobia Específica	" "	Tr. Pânico ou Agorafobia, ou TOC ou Tr. de Estresse Pós-Traumático	
I Obsessivo-Compulsivo Disorder	" "	Qualquer outro transtorno do eixo I	
J Tr. de Estresse Pós-Traumático	" "	Agorafobia	
K Abuso/ Dependência de álcool	" "	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I	
L Abuso/ Dependência de Drogas (Não-álcool)	" "	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I	
M Transtorno Psicótico	" "	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I	
N Anorexia Nervosa	" "	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I	
O Bulimia Nervosa	" "	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I	
P Tr. Ansiedade Generalizada	" "	EDM, Distímia, Mania, Tr. Psicótico, Tr. Pânico, Fobia Social e Específica, TOC, Tr. de Estresse Pós-Traumático, Tr. Ansioso	
Q Tr. Personalidade Anti-social	" "	Tr. Psicótico, Mania	
R Transtorno de Somatização	" "	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I	
S Hipocondria	" "	Tr. Ansiedade Generalizada, TOC, Tr. Pânico, EDM, Mania, Tr. da ansiedade de Separação, Outro Tr. Somatoforme, Anorexia Nervosa, Fobia Social e Específica, Tr. de Estresse Pós-Traumático, Tr. Delirante, Tr. Dismórfico Corporal, Psicose	
T Transtorno Dismórfico Corporal	" "	EDM, Mania, Tr. Pânico, Tr. Ansiedade Generalizada, TOC, Tr. de Estresse Pós-Traumático, Fobia Social e Específica, Tr. Psicótico, Dispareunia	
U Transtorno Doloroso	" "	EDM, Mania, Tr. Pânico, Tr. Ansiedade Generalizada, TOC, Tr. de Estresse Pós-Traumático, Fobia Social e Específica, Tr. Psicótico, Dispareunia	
V Transtorno da Conduta	" "	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I e com TDAH	
W Tr. de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH)	" "	Tr. Psicótico, Mania, EDM, Tr. Ansioso, Tr. da Conduta	
X Transtorno de Ajustamento	" "	Qualquer transtorno do eixo I	
Y Tr. Disfórico Pré-menstrual	" "	Transtorno de Pânico, EDM, Distímia ou um Transtorno de Personalidade	
Z Tr. Misto de Ansiedade e Depressão	" "	Qualquer outro transtorno psiquiátrico	

REFERÊNCIAS

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

Translations

	<u>M.I.N.I. 4.4 or earlier versions</u>
Afrikaans	R. Emsley
Alemão	I. v. Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer
Árabe	
Basco	
Bengali	
Búlgaro	
Catalão	
Checo	
Chinês	
Coreano	
Croata	
Dinamarquês	P. Bech
Esloveno	M.Kocmur
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier
Estonian	J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl
Farsi/Persa	
Finlandês	M.Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Francês	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Lepine
Grego	S. Beratis
Gujarati	
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson
Hindi	
Holandês/Flamenco	I.Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs
Inglês	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
Islandês	
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller
Japonês	
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim
Português - Brasil	P. Amorim
Punjabí	
Romeno	
Russo	
Sérvio	I. Timotijevic
Setswana	
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip
Urdu	

Os estudos de validação do M.I.N.I. foram possíveis, em parte, graças a fundos da SmithKline Beecham e da União Européia.

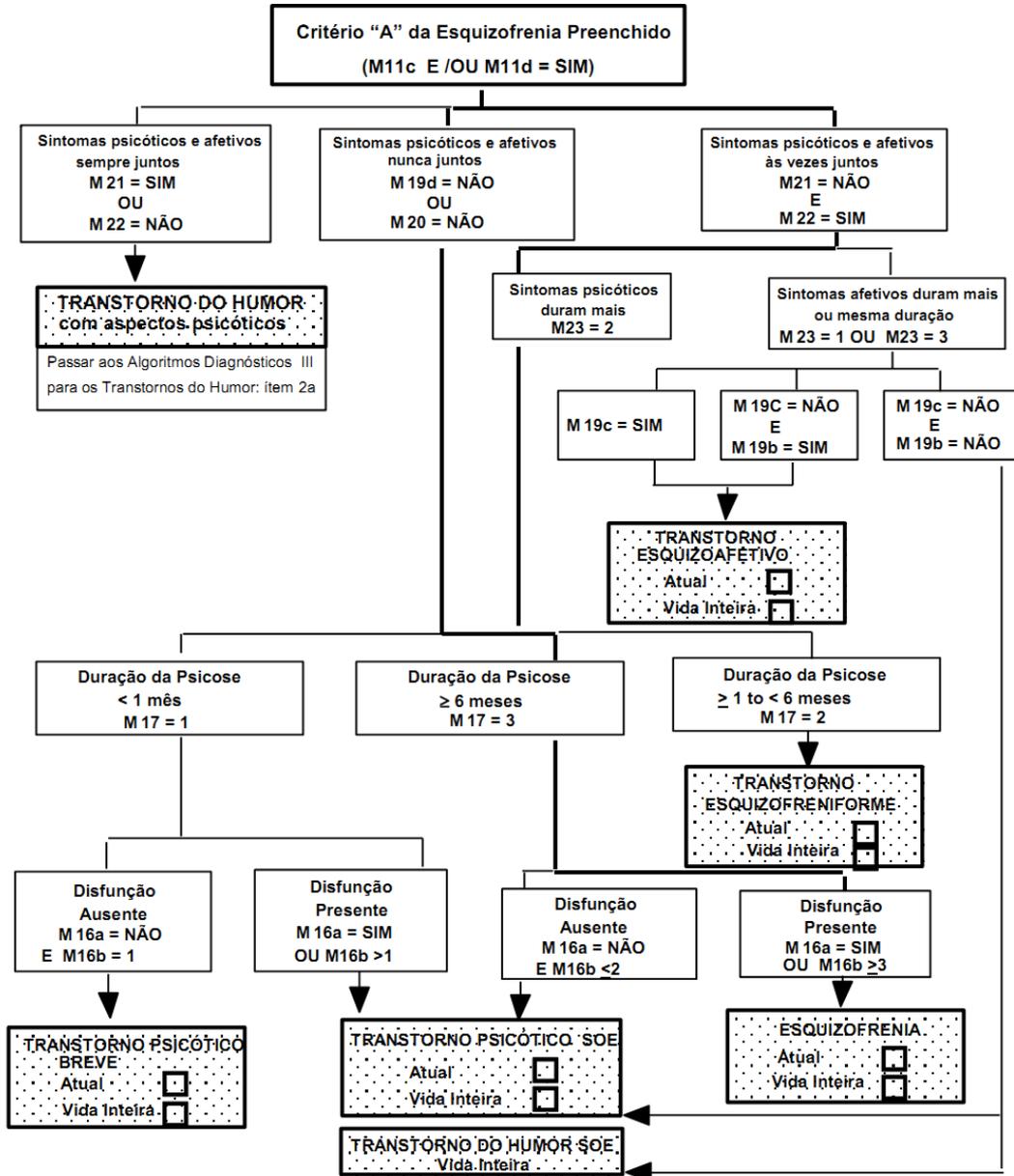
Os autores agradecem a : Dr. Pauline Powers por suas contribuições nos módulos Anorexia e Bulimia Nervosa
Dr. Humberto Nagera por suas contribuições nos módulos TDAH (para crianças e adultos)
Drs. Jonathan Cohen e Donald Klein por suas sugestões no módulo Transtorno do Pânico do MINI Plus
Prof. Istvan Bitter e Dr. Judit Balazs por suas contribuições no módulo Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão

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

G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
O. Osman, E. Al-Radi
Em preparação
H. Banerjee, A. Banerjee
L.G. Hranov
Em preparação
P. Zvlosky
L. Carroll, K-d Juang
Em preparação
Em preparação
P. Bech, T. Schütze
M. Kocmur
L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-Garcia, O. Soto, L. Franco, G. Heinze
K. Khooshabi, A. Zomorodi
M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
T. Calligas, S. Beratis
M. Patel, B. Patel
R. Barda, I. Levinson
C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere
I. Bitter, J. Balazs
D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan
J.G. Stefansson
L. Conti, A. Rossi, P. Donda
T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
V. Janavs, J. Janavs
K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
M. Masiak, E. Jasiak
P. Amorim, T. Guterres, P. Levy
P. Amorim
A. Gahunia, S. Gambhir
O. Driga
A. Bystritsky, E. Selivra, M. Bystritsky
I. Timotijevic
K. Ketlogetswe
C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
T. Örnek, A. Keskiner
A. Taj, S. Gambhir

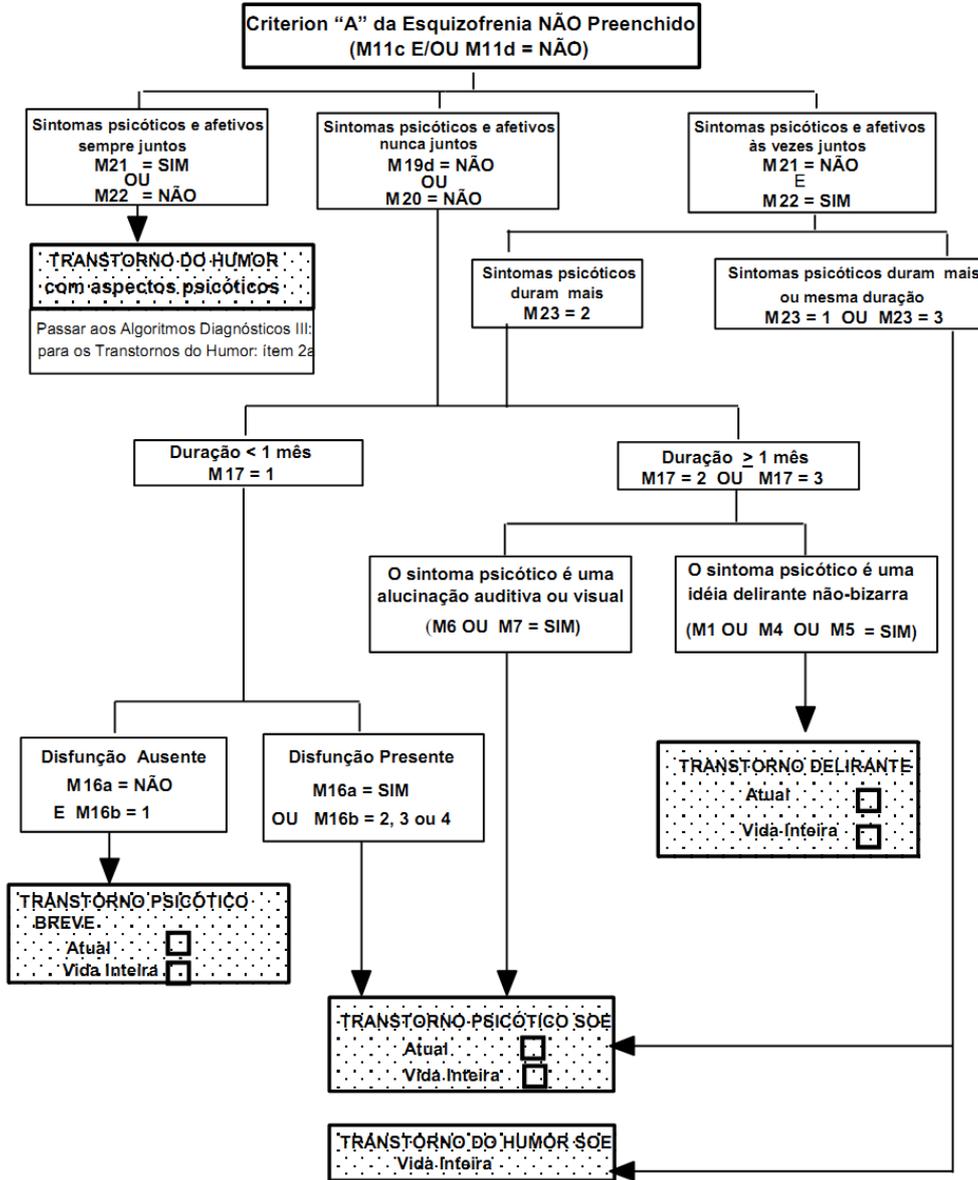
TRANSTORNOS PSICÓTICOS: ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS I

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



TRANSTORNOS PSICÓTICOS : ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS II

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



TRANSTORNOS DO HUMOR : ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS III

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

MÓDULO M: Diagnóstico diferencial entre Transtornos Psicóticos e do Humor

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

MÓDULOS A e D:

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

- c A8 = SIM (Episódio Depressivo Maior presente)
 E
 D6 e D7 = NÃO (Episódios Hipomaniaco e Maníaco ausentes)?
- Especificar:**
 SEM Aspectos Psicóticos (AP): SE 1a = SIM E 2a = NÃO
 COM Aspectos Psicóticos (AP): SE 1a = NÃO OU 2a = SIM
- Especificar se o episódio depressivo é Atual ou Passado (Questão A8)**

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

- d D7 = SIM (Episódio Maníaco presente)?
- Especificar:**
 SEM Aspectos Psicóticos (AP): SE 1a = SIM E [2a = NÃO E 2b = NÃO]
 COM Aspectos Psicóticos (AP): SE 1a = NÃO OU [2a = SIM E 2b = SIM]
- Especificar se o episódio de humor mais recente é Atual ou Passado (Questões A8 ou D6 ou D7)**

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

- e A8 = SIM (Episódio Depressivo Maior presente)
 E
 D6 = SIM (Episódio Hipoaniaco presente)?
 E
 D7 = NÃO (Episódio Maníaco ausente)?
- Especificar se o episódio de humor mais recente é Atual ou Passado (Questões A8 ou D6)**

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

ANEXO C – MEEM

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

ORIENTAÇÃO		
* Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês).	<input type="text"/>	<input type="text" value="5"/>
* Onde estamos (país) (estado) (cidade) (rua ou local*) (andar).	<input type="text"/>	<input type="text" value="5"/>
REGISTRO		
* Dizer três palavras: PENTE RUA AZUL . Pedir para prestar atenção pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até que evoque corretamente e anotar número de vezes: ____	<input type="text"/>	<input type="text" value="3"/>
ATENÇÃO E CÁLCULO		
* Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65) * Alternativo ¹ : série de 7 dígitos (5 8 2 6 9 4 1)	<input type="text"/>	<input type="text" value="5"/>
EVOCAÇÃO		
* Perguntar pelas 3 palavras anteriores (pente-rua-azul)	<input type="text"/>	<input type="text" value="3"/>
LINGUAGEM		
* Identificar lápis e relógio de pulso	<input type="text"/>	<input type="text" value="2"/>
* Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá".	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
* Seguir o comando de três estágios: "Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão".	<input type="text"/>	<input type="text" value="3"/>
* Ler 'em voz baixa' e executar: FECHE OS OLHOS	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
* Escrever uma frase (um pensamento, idéia completa)	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
* Copiar o desenho:	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
TOTAL:	<input type="text"/>	<input type="text"/>



ANEXO D – Protocolo CEP 10/04967



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

OF.CEP-127/10

Porto Alegre, 26 de janeiro de 2010.

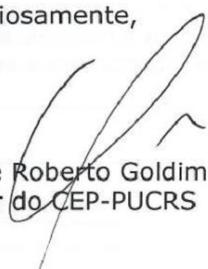
Senhor Pesquisador,

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

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

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

Atenciosamente,



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

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

PUCRS

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

ANEXO E – ofício CEP-965/10



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

OF.CEP-965/10

Porto Alegre, 17 de setembro de 2010.

Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou o documento abaixo relacionado, referente ao seu protocolo de pesquisa intitulado **“Estudo epidemiológico e clínico dos idosos atendidos pela estratégia de saúde da família (ESF) do município de Porto Alegre”**:

- Adendo ao protocolo de pesquisa.

Atenciosamente,

Profa. Dr. Virginia Minghelli Schmitt
Coordenadora Substituta do CEP-PUCRS

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

PUCRS

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

ANEXO F – aprovação pelo CEP da SMS de Porto Alegre



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

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Irenio Gomes da Silva Filho

Equipe executora: Alfredo Cataldo Neto, Carla Helena Augustin Schwanke, Geraldo Atílio de Carli, Karin Viegas, Maria Gabriela Valle Gottlieb, Rodolfo Herberto Schneider, Elen Maria Bandeira Borba.

Registro do CEP: 499 Processo N°. 001.021434.10.7

Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – todas as Gerencias Distritais

Utilização: TCLE

Situação: APROVADO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

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

Porto Alegre, 26/10/2010


Márcia Cançado Figueiredo
Vice-Coordenadora do CEP

ANEXO G – Aprovação pela Comissão Científica do IGG



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

Porto Alegre, 08 de julho de 2010.

Senhor (a) Pesquisador (a)

A Comissão Científica do IGG apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: **“Depressão de início precoce ou tardio em uma amostra de idosos do sul do Brasil”**.

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

Atenciosamente,


Profa. Dr. Carla Helena Augustin Schwanke
Coordenadora CC-IGG

Sr(a) Mestrando (a)
Luiz Eduardo Flores Ulrich
PPGgeronbio
N/U



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

ANEXO H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica juntamente com o Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul estão desenvolvendo um projeto de pesquisa, sob o título de: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE.

A proposta desse projeto surgiu, devido ao aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis-DCNT- demências, osteoporose, diabetes, hipertensão arterial, obesidade, síndrome metabólica e agravos a saúde oriundo do próprio processo de envelhecimento (alterações nutricionais, antropométricas e de pele), bem como, as infecções parasitárias, que ainda são um grave problema de saúde pública na Brasil, em comunidades mais carentes. Além disso, idosos portadores dessas doenças têm um risco mais elevado de perda de qualidade de vida e morte.

Essa pesquisa pretende contribuir tanto para o melhor conhecimento dessas doenças, como também para prevenção e tratamento mais eficaz dessas das mesmas em idosos de Porto Alegre.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, por encontrar-se dentro dos critérios de inclusão desse projeto.

Os participantes desta pesquisa serão submetidos a um questionário para obtenção de informações como identificação, estilo de vida, dados nutricionais, antropométricos, dermatológicos, prática de atividade física, saúde, história de doenças, uso de medicação e dados sócio-econômicos e culturais. Além disto, será coletado sangue para a análise genética e bioquímica, o que causará um leve desconforto temporário devido à picada da agulha, havendo possibilidade de

formação de um pequeno hematoma na região da coleta. Também será coletado fezes e urina, que não ofereceram nenhum risco. Todos os participantes serão avaliados por uma equipe multidisciplinar (geriatra, psiquiatra, psicólogo, dermatologista, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico).

Todos os resultados obtidos serão confidenciais e ficarão sob a tutela e total responsabilidade dos pesquisadores deste projeto, podendo a qualquer momento ser consultados e/ou eliminados da pesquisa caso você desista da sua participação como voluntária. Você tem a liberdade de abandonar a pesquisa em qualquer fase desta, sem que isto leve a penalização alguma ou qualquer prejuízo posterior a você ou a sua família.

Todos os resultados serão entregues para a unidade da ESF ao qual o idoso pertence.

Esta pesquisa praticamente não determina risco adicional ou dano à sua saúde e sua participação é isenta de remuneração ou ônus. No caso dos idosos que forem submetidos a biópsia de pele, no momento do exame pode ocorrer alguns desconforto como: dor local, pequeno risco de sangramento, hiperemia no local.

Os pesquisadores envolvidos no Projeto garantem a você o direito a qualquer pergunta e/ou esclarecimentos mais específicos dos procedimentos realizados e/ou interpretação dos resultados obtidos nos exames.

Existem benefícios imediatos, já que os resultados desta avaliação servem como uma revisão médica gratuita, além de aquisição de informações e orientações sobre prevenção de doenças. Além disso, você participando desta pesquisa estará contribuindo na identificação de possíveis fatores que levam a maior predisposição as patologias e morbidades investigadas nesse projeto, possibilitando a melhoria do conhecimento e entendimento das mesmas, permitindo a prevenção e atenuação deste problema na nossa população.

Após ter recebido todas as informações relacionadas ao estudo eu,

_____ portadora da CI
_____ certifico que o responsável pelo projeto, Irênio Gomes

da Silva Filho responderá a todas as minhas perguntas sobre o estudo e minha condição, e eu, voluntariamente, aceito participar dele, pois reconheço que:

1º) Foi-me fornecida uma cópia das informações ao paciente, a qual eu li e compreendi por completo.

2º) Fui informado (a) dos objetivos específicos e da justificativa desta pesquisa de forma clara e detalhada. Recebi informações sobre cada procedimento no qual estarei envolvida, dos riscos ou desconfortos previstos, tanto quanto os benefícios esperados.

3º) Está entendido que eu posso retirar-me do estudo a qualquer momento, e isto não afetará meus cuidados médicos ou de parentes meus no presente e no futuro.

4º) Entendi que ao participar do estudo responderei a um questionário adicional, serei examinada clínica e laboratorialmente. O desconforto que poderei sentir é o da picada da agulha e a formação de um pequeno hematoma.

5º) Todas as informações a meu respeito serão confidenciais.

6º) Fui informado(a) que caso existam danos à minha saúde, causados diretamente pela pesquisa, terei direito a tratamento médico e indenização conforme estabelece a lei. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

7º) Foi-me garantido(a) que não terei gastos em participar do estudo.

8º) Foi-me dada à garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou qualquer dúvida acerca dos riscos e benefícios da pesquisa e o meu tratamento. Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, poderei chamar os pesquisadores integrantes da equipe de pesquisa pelo telefone (51) 3320 5120. Para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicada

pela minha participação, poderei chamar Irênio Gomes da Silva Filho no telefone (51) 33203000, ramal: 3090.

Concordo que os meus dados obtidos neste estudo sejam documentados. Declaro, ainda que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Nome do Paciente: _____

Assinatura do Paciente/Representante Legal: _____

Data ___/___/___

Pesquisador(a) Responsável: _____

Assinatura: _____

Data ___/___/___

Este formulário foi lido para _____ em ___/___/___, Porto Alegre-RS, por _____, enquanto eu estava presente.

Nome da Testemunha: _____

Assinatura da Testemunha: _____

Data ___/___/___