

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

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

FRANCISCO JOSÉ PASCOAL RIBEIRO JÚNIOR

**TABAGISMO E TRANSTORNOS COGNITIVOS E MENTAIS:
AVALIAÇÃO DESSA RELAÇÃO EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE-RS/BRASIL**

Dissertação de Mestrado para obtenção do título em Gerontologia Biomédica do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto

Porto Alegre

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R484t Ribeiro Júnior, Francisco José Pascoal

Tabagismo e transtornos cognitivos e mentais : avaliação dessa relação em idosos do município de Porto Alegre-RS/Brasil / Francisco José Pascoal Ribeiro Júnior. – Porto Alegre, 2016.
156 f. : il.

Diss. (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, PUCRS.
Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto.

1. Envelhecimento. 2. Idosos. 3. Tabagismo. 4. Transtornos Cognitivos. 4. Transtornos Mentais. 5. Sociodemografia. I. Cataldo Neto, Alfredo. II. Título.

CDD 613.85
CDU 613.84-053.9
NLM WM 290

**Ficha Catalográfica elaborada por Vanessa Pinent
CRB 10/1297**

FRANCISCO JOSÉ PASCOAL RIBEIRO JÚNIOR

**TABAGISMO E TRANSTORNOS COGNITIVOS E MENTAIS:
AVALIAÇÃO DESSA RELAÇÃO EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE-RS/BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia Biomédica pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

BANCA EXAMINADORA:

Orientador Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto (PUCRS)

Profa. Dra. Irênio Gomes da Silva Filho (PUCRS)

Prof. Dr. Gabriel Jose Chitto Gauer (PUCRS)

Porto Alegre

2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha amada esposa, Hérika, que, mesmo estando fisicamente distante, em alguns momentos, sempre esteve dentro de mim em pensamento e coração, ouvindo minhas dúvidas e convicções, presenciando meu silêncio e convivendo com minhas tristezas e vitórias. Que, com dedicação e companheirismo, abraçou a minha luta como se fosse a sua. Que, com empatia e sem julgamento, me incentivou nos momentos de desânimo e comemorou a felicidade das realizações. Que, com afeto e amor, esteve comigo em todas as lágrimas e em todos os sorrisos, permanecendo fielmente ao meu lado nos momentos de derrota e nas alegrias das conquistas.

Aos meus pais, os Professores e Mestres Francisco e Ivete, exemplos de uma imensurável determinação, pela base familiar, pelos ensinamentos, pelo amor, pelo respeito às minhas escolhas, pelo incentivo em todos os momentos da minha vida e pelo primeiro pensamento em ser professor.

Aos meus irmãos, Henrique e Elaine, referências de empenho profissional, pelos conselhos e pela ajuda a edificar meus objetivos.

Ao colega e amigo Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto, meu estimado orientador, pela paciência para com as minhas limitações, pelos conselhos edificantes e pelo inspirador e cativante exemplo como profissional e como pessoa.

Aos colegas e amigos Prof. Dr. Irênio Gomes da Silva Filho e Dr. Eduardo Lopes Nogueira, pelo constante e afetuoso apoio e pela pujante e criteriosa ajuda, fundamentais para a concepção e elaboração de todas as fases deste trabalho.

Ao colega e amigo Dr. Bruno Luiz Guidolin, pela parceria, pelo exemplo de dedicação e determinação em tudo que faz e pelo apoio essencial para este trabalho.

Aos professores, profissionais e pós-graduandos do serviço de psiquiatria do Hospital São Lucas da PUCRS, sobretudo às equipes de coleta, em especial à Dra. Paula Engrof, pelo seu desempenho diário de excelência, que tornou este trabalho possível.

RESUMO

O objetivo desse estudo é determinar a associação entre tabagismo e os transtornos cognitivos e mentais em idosos e suas associações com as características sócio-demográficas em uma amostra de pacientes do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Este foi um estudo descritivo, transversal e com coleta prospectiva, com aplicação do Mini International Neuropsychiatric interview, Questionário de Avaliação Global do Idoso e Avaliação Neuropsicológica do CERAD (Consotum to Establish a Registry for Alzheimer Disease) em 580 idosos com 60 anos ou mais. Dos 580 idosos, há maior prevalência para homens (73,3%), faixa etária entre 60-69 anos (24,0%), solteiros (65,3%), viúvos (61,3%), sem renda (28,9%), fobia específica (28,4%), fobias agrupadas (26,9%), dependência de álcool atual (62,5%) e dependência de álcool na vida (41,2%). Houve maior dificuldade em parar de fumar em idosos com: episódio depressivo maior ao longo da vida (67,0%), fobia específica (65,4%), fobias agrupadas (66,4%), dependência de álcool atual (64,7%) e ao longo da vida (65,5%) e qualquer transtorno de ansiedade (66,7%). Idosos com dependência de álcool atual e fobias agrupadas apresentam 2,8 e 1,5 vezes maior a prevalência de tabagismo atual, respectivamente. Idosos com risco de suicídio possuem 1,3 vez maior a prevalência de apresentarem tabagismo na vida. E idosos com dependência de álcool na vida e transtorno do humor bipolar apresentam 1,4 e 1,6 vezes maior a prevalência de tabagismo na vida, respectivamente. Idosos com demência possuem 1,4 vezes maior prevalência para terem parado de fumar se comparados aos idosos sem demência. Esses resultados apontam para a presença de transtornos mentais em idosos tabagistas, chamando a atenção para algumas características sociodemográficas e associações com alguns transtornos, que podem fazer a diferença no diagnóstico e tratamento dessas patologias.

Palavras-chave: Tabagismo. Transtornos mentais e cognitivos. Idosos. Envelhecimento. Sociodemográficas.

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the association between smoking and cognitive and mental disorders in the elderly and their association with socio-demographic characteristics in a sample of patients in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. This was a descriptive, cross-sectional and prospective data collection study, utilizing the Mini International Neuropsychiatric interview, Global Assessment Questionnaire Aging and Neuropsychological Assessment CERAD (Consotum to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) in 580 elderly aged 60 or more. 580 elderly, there is a higher prevalence for men (73.3%), aged between 60-69 years (24.0%), single (65.3%), widowed (61.3%) without income (28 , 9%), specific phobia (28.4%), grouped phobias (26.9%) current alcohol dependence (62.5%) and alcohol dependence in life (41.2%). There was more difficulty in quitting smoking in elderly: major depressive episode throughout life (67.0%), specific phobia (65.4%), grouped phobias (66.4%), current alcohol dependence (64, 7%) and lifelong (65.5%) and any anxiety disorder (66.7%). Seniors with current alcohol dependence and grouped phobias have 2.8 and 1.5 times the prevalence of current smoking, respectively. Older people at risk of suicide have 1.3 times higher the prevalence of smoking in the present life. And older adults with alcohol dependence in life and bipolar disorder have 1.4 and 1.6 times higher smoking prevalence in life, respectively. Elderly people with dementia have 1.4 times greater prevalence to have stopped smoking compared to older people without dementia. These results indicate the presence of mental disorders in elderly smokers, calling attention to some sociodemographic characteristics and associations with some disorders that can make a difference in the diagnosis and treatment of these disorders.

Keywords: Smoking. Mental and cognitive disorders. Elderly. Aging. Sociodemographic.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CERAD - *Consotum to Establish a Registry for Alzheimer Disease*

CID-10 - Código Internacional de Doenças – 10

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DA - Doença de Alzheimer

DCL - Déficit ou Declínio Cognitivo Leve

DCNT - Doenças Crônico-Degenerativas Não-Transmissíveis

DSM IV - *Diagnostic and and Statistical Manual Disorders IV*

ESF - Estratégia Saúde da Família

GD - Gerência Distrital

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IGG - Instituto de Geriatria e Gerontologia

MINI plus 5 - *Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 plus brazilian version*

OMS - Organização Mundial de Saúde

PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

RS - Rio Grande do Sul

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

THB - Transtorno do Humor Bipolar

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Cidade de Porto Alegre.....	27
Figura 2 - Mapa de Porto Alegre com as Gerências Distritais.....	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sóciodemográficas associadas com o tabagismo atual e o tabagismo na vida.....	56
Tabela 2 - Características sóciodemográficas associadas com o ato de parar de fumar.....	57
Tabela 3 - Associações dos transtornos mentais e cognitivos com o tabagismo atual e o tabagismo na vida.....	58
Tabela 4 - Associações dos transtornos mentais e cognitivos com o ato de parar de fumar.....	60
Tabela 5 - Regressão de Poisson de prevalência ajustada para presença de tabagismo atual.....	62
Tabela 6 - Regressão de Poisson de prevalência ajustada para presença de tabagismo na vida.....	63
Tabela 7 - Regressão de Poisson de prevalência ajustada para o ato de parar de fumar.....	63

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E CEREBRAL.....	13
2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	17
2.3 TABAGISMO NO IDOSO.....	18
2.4 TRANSTORNOS MENTAIS NO IDOSO.....	21
2.5 TRANSTORNOS COGNITIVOS NO IDOSO.....	22
3 JUSTIFICATIVA	25
4 OBJETIVOS	26
4.1 GERAL.....	26
4.2 ESPECÍFICOS.....	26
5 MÉTODO	27
5.1 DELINEAMENTO.....	27
5.2 POPULAÇÕES EM ESTUDO.....	27
5.2.1 PROCEDIMENTO AMOSTRAL.....	28
5.2.2 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO.....	29
5.2.2.1 INCLUSÃO.....	29
5.2.2.2 EXCLUSÃO.....	29
5.3 COLETA DE DADOS.....	30
5.3.1 ROTINA DE COLETA.....	30

5.4 VARIÁVEIS.....	31
5.4.1 DEPENDENTES.....	31
5.4.2 INDEPENDENTES.....	31
5.5 AVALIAÇÃO E INSTRUMENTOS.....	31
5.6 AVALIAÇÃO DO BANCO DE DADOS.....	34
5.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	34
5.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	35
6 ARTIGO CIENTÍFICO.....	37
6.1 SUBMISSÃO.....	37
6.2 ARTIGO.....	38
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
8 CONCLUSÕES.....	66
REFERÊNCIAS.....	67
ANEXOS.....	81
ANEXO A - MINI Plus.....	82
ANEXO B - Avaliação Neuropsicológica (CERAD).....	133
ANEXO C - QAGI.....	138
APÊNDICES.....	145
APÊNDICE A - Protocolo CEP 127/10.....	146
APÊNDICE B - Ofício CEP- 965/10.....	147
APÊNDICE C - Aprovação pelo CEP da SMS de Porto Alegre.....	148
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	151

1 INTRODUÇÃO

Em 2025, o Brasil será o 6º país mundial em número de idosos. Com isso, observa-se uma modificação no perfil de saúde da população, com aumento das doenças crônico-degenerativas não-transmissíveis (DCNT), que hoje são as principais responsáveis por incapacidades e mortalidade na população brasileira. Esta modificação rápida traz um grande desafio para o sistema de saúde brasileiro, que precisa encontrar soluções para o tratamento, manejo, diagnóstico, prognóstico e para os altos custos. O aumento da longevidade, embora seja um aspecto positivo, na maioria das vezes traz consigo um acúmulo de disfunções e morbidades, que atingem o organismo de forma sistêmica, ocasionando o surgimento de doenças crônicas, o que onera os indivíduos, os sistemas de saúde e previdenciário (ALLEGRI ET ALL, 2017). Dentre o conjunto de doenças crônicas, as demências e a depressão, ocupam papel de destaque, pois são altamente incapacitantes e afetam negativamente a autonomia, independência e qualidade de vida dos idosos portadores. Tanto as demências quanto a depressão são patologias associadas ao envelhecimento patológico.

A frequência de demência aumenta de maneira exponencial, paralela ao avanço da idade, em todas as regiões do mundo. Com relação aos estudos brasileiros, há uma tendência de maior número de casos nos indivíduos com baixa escolaridade, quando comparados às amostras populacionais mundiais (HERRERA ET ALL, 2002).

Evidências clínicas têm demonstrado que o tratamento medicamentoso traz benefício modesto, mas consistente, sobre a melhora global, cognição, atividades de vida diária e alterações do comportamento em pacientes na fase inicial da doença, porém, a manutenção do tratamento por tempo prolongado ainda não tem sido considerada eficaz, impondo a necessidade do diagnóstico precoce como determinante na qualidade de vida e melhor prognóstico. Além das demências - principalmente do tipo Alzheimer - a depressão e outros transtornos psiquiátricos, uso de medicamentos com efeitos psicotrópicos, polifarmácia e condições afins causam impacto negativo na cognição e

funcionalidade. Dentre os transtornos psiquiátricos, o tabagismo é responsável por importante parcela do prejuízo funcional ao redor do mundo, sendo considerada a principal causa de morte evitável em todo o planeta. É um transtorno que pode estar associado aos transtornos cognitivos e psiquiátricos, sobretudo a depressão (BOTTINO, 2011).

Perguntas sobre este tema ainda devem ser realizadas, tais como: 1) Quais as reais características que este grupo de indivíduos (idosos tabagistas) apresenta nesta idade avançada? 2) Existem sinais de alerta ou fatores de risco que possam ser evitados para o desenvolvimento de transtornos mentais e cognitivos em idosos tabagistas? 3) Qual a real associação entre o tabagismo e outras patologias mentais e neurológicas (THB, ansiedade, demências, dentre outras)?

Desta forma, é imprescindível, para o planejamento público de saúde no Brasil, o conhecimento da frequência de doenças mentais nos idosos, os fatores de risco que possam ajudar em programas de prevenção e as manifestações iniciais dessas doenças que permitam a realização de um diagnóstico precoce. Acredita-se que os resultados desse projeto venham contribuir para o aperfeiçoamento das ações públicas de saúde e, com isso, contribuam a um menor custo, diagnóstico mais acurado e uma melhor qualidade de vida para a população que está envelhecendo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E CEREBRAL

Ocorrido inicialmente em países desenvolvidos e mais recentemente, de maneira mais acentuada, nos países em desenvolvimento, o envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea em quase todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). No Brasil, o número de idosos dobrou entre 1960 e 1975, fato novamente observado em 2002. Estima-se que o número de idosos alcançará 32 milhões em 2020 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Existem dois tipos de envelhecimento: o biológico normal e o usual. O envelhecimento normal envolve as mudanças biológicas inexoráveis e universais, características do processo, tais como alterações cutâneas, menopausa, diminuição da função renal, déficits cognitivos (por exemplo: esquecimento de fatos recentes), etc. Entretanto, no envelhecimento usual, além destas alterações biológicas, há uma tendência dos organismos adoecerem, com aumento da prevalência de doenças crônicas.⁶ Essas doenças se originam do acúmulo de danos, ao longo da vida, oriundos, sobretudo da interação entre fatores genéticos com hábitos não saudáveis, como uma dieta desbalanceada, tabagismo, etilismo e sedentarismo, que por sua vez, afetarão o organismo de forma sistêmica.⁷ Um estilo de vida inapropriado acaba propiciando a ineficiência metabólica, que contribui substancialmente para a quebra da homeostasia corporal, podendo desencadear doenças, tais como as demências.

No caso, do envelhecimento cerebral existe uma linha tênue entre o envelhecimento normal e o patológico, porém é consenso que no processo normal ocorrem as seguintes alterações (DAMASCENO, 1999; NORDON, 2009; DORSZEWSKA, 2013; DUKART, 2011):

- Atrofia cerebral com dilatação de sulcos e ventrículos;
- Perda de neurônios e diminuição da neurogênese e da plasticidade neuronal;
- Degeneração granulovacuolar;
- Presença de placas neuríticas;

- Formação de corpos de Lewy a partir da alfa sinucleína;
- Formação de placas beta-amiloides;
- Formação de emaranhados neurofibrilares (ENF);

No envelhecimento patológico essas alterações ocorrem de forma mais acelerada e aparecem precocemente nas regiões temporais mediais e espalham-se por todo o neocórtex, como é no caso da Doença de Alzheimer (DA) (DUKART, 2011). Na DA, já em suas fases iniciais, estas alterações são mais acentuadas, particularmente a maior densidade de ENF no córtex entorrinal, subiculum e hipocampo, em correlação próxima com a sua apresentação clínica destacando-se alterações precoces e proeminentes da memória factual (“secundária”) observados nesta doença. Contudo, todas essas alterações de estruturas cerebrais, nem sempre predizem deterioração neuropsicológica. Isto é, o diagnóstico neuropatológico deve levar em conta a gravidade dessas alterações, sua localização ou distribuição, a presença de lesões cumulativas prévias (como traumáticas, vasculares, neurotóxicas) e a história prévia de demência (DAMASCENO, 1999; NORDON, 2009). A literatura neuropatológica registra casos diagnosticados clinicamente como “provável” DA, mas sem as alterações patológicas desta doença; e casos de sujeitos idosos cognitivamente intactos que apresentam grande número de placas neuríticas no neocórtex, satisfazendo os critérios diagnósticos de DA (CLARK, 2003).

Modernamente a literatura reconhece que alterações de humor e vinculares também podem estar comprometidas em todo o espectro do declínio cognitivo. Embora seja consenso que tais alterações compõem o espectro de sintomas psicológicos e comportamentais das demências, a relação entre humor (afeto) e a cognição ainda não é bem compreendida. De fato, a depressão de início tardio está altamente relacionada com subsequente piora progressiva da cognição; de outra forma, indivíduos com DA estão mais sujeitos a episódios depressivos. Mesmo assim, essas relações ainda carecem de mais estudos longitudinais associando achados neuropsicológicos com biomarcadores, já que, clinicamente, os dados da literatura são contraditórios ou não evidenciam diferenças claras na cognição entre depressão de início precoce e de início tardio (ULRICH, 2013).

Essas evidências reforçam cada vez mais que é fundamental, para um diagnóstico correto, avaliações que contemplem aspectos neuropsicológicos, demográficos, epidemiológicos, história natural da doença, biológicos e clínicos. Acima de tudo, para que esse ideal de atenção primária ao idoso se torne uma realidade sólida é crucial a integração e o trabalho em rede das diferentes esferas de atendimento e acolhimento ao idoso, sempre levando em consideração o papel primordial da família, agentes comunitários no primeiro contato. Além disso, percebe-se a necessidade de maior inserção dos meios acadêmicos, científicos e das atenções secundárias e terciárias para a disseminação do conhecimento, em prol de um atendimento, diagnóstico, tratamento e prognóstico de excelência para a qualidade da saúde da população idosa, que cada vez mais, encontra-se acometida por doenças incapacitantes, como as demências e a depressão.

As DCNT são muito frequentes entre os idosos, ficando em evidência principalmente as doenças cardiovasculares e as doenças mentais. Entre as doenças mentais, as que mais afetam os idosos, são a demência do tipo DA e a depressão (DUNCAN, 2012; STEVENS, 2012). Essas são uma das prioridades em saúde mental no Brasil, devido ao constante e rápido crescimento número relativo de idosos, o qual está transformando rapidamente o modelo epidemiológico das doenças, principalmente das doenças não transmissíveis (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2011).

A depressão é considerada um distúrbio do humor ou da área afetiva que pode afetar pessoas em qualquer faixa etária, provocando limitação funcional. No idoso, a depressão tem etiologia e formas de apresentação heterogênea porque envolve aspectos biológicos relacionados com a fragilidade, comorbidades, aspectos psicológicos como a viuvez, a mudança de papéis e os aspectos sociais relacionados com a solidão e modificação no suporte social. Esse distúrbio psiquiátrico quando associado à demência, é considerado o maior fator de comprometimento da qualidade de vida do idoso. Além disso, a depressão aumenta o risco de morbidade e mortalidade, aumentando também o nível de ideação suicida (CIULLA, 2013). Algumas características presentes em pessoas depressivas independentemente da faixa etária são a baixa adesão medicamentosa e a baixa autoestima, acarretando piores prognósticos (FERNANDES, 2013; ALVARENGA,

2012). Contudo, a depressão é considerada uma doença mental comum nos idosos, podendo ser mais acentuada naqueles que já tem comorbidades, e estão em isolamento social e/ou com uma pior qualidade de vida. Em parte, idosos deprimidos são subdiagnosticados devido a confusão dos sintomas afetivos com aspectos naturais do processo de envelhecimento (CONTE, 2009). No Brasil, existe uma ampla variação entre a prevalência de depressão em idosos de 4,7% a 36,8%, dependendo do instrumento utilizado e do ponto de corte para detecção dos sintomas. Em um estudo que atendeu idosos no serviço de Atenção Primária, a prevalência de depressão foi de 11,19% (STEFFENS, 2009). Já outros estudos de base populacional tendem a demonstrar prevalências mais altas, no interior do Estado do Paraná, um estudo demonstrou a prevalência de depressão de 30% nos idosos atendidos na Atenção Primária, em Minas Gerais, a prevalência foi de 60% para sintomas de depressão nos idosos (SASS, 2012). Muitos estudos demonstram uma associação em idosos entre a presença de sintomas de depressão e declínio cognitivo, no entanto, não é comprovado que estes indivíduos futuramente desenvolverão algum tipo de demência, como a DA (BOUR, 2009; MACHADO, 2011).

No processo de envelhecimento, ocorrem algumas modificações comuns e inevitáveis, característico da idade, como um declínio que pode variar conforme alguns domínios, mas que não afetam a vida cotidiana. É esperado que ocorram prejuízos, mas que estes, não afetem as atividades diárias dos idosos e familiares. Por outro lado, alguns idosos podem apresentar declínio cognitivo patológico, os quais conferem um comprometimento maior do que o esperado, sendo um risco para desenvolver algum tipo de demência, como a DA (VEMURI, 2009).

No Brasil, descreveu-se uma prevalência média de 7,1% de demência na população idosa (PRINCE, 2012). Muitos estudos para rastrear o comprometimento cognitivo descrevem uma prevalência que varia de 16% a 36%. Em relação ao declínio cognitivo, não está bem estabelecido se existe e qual é a influência dos fatores psicológicos e sociais que corroboram para que um idoso tenha declínio cognitivo considerado patológico, passível ou não de demência no futuro. No entanto, estudos clínicos sugerem que alterações cardiovasculares, decorrentes de patologias como diabetes, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca são fatores

potenciais devido as alterações arteriais e vasculares nos idosos (ALVES, 2005; SOARES, 2010).

Dentro deste contexto, é fundamental desenvolver instrumentos de rastreamento e diagnóstico precoce para os fatores de risco do surgimento de demência e depressão em idosos com baixa renda e escolaridade, que são, na sua maioria, o público alvo da ESF (Estratégia Saúde da Família) e que atua fortemente na atenção primária.

2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) tem como diretriz norteadora os seguintes pontos: a) promoção do envelhecimento saudável; b) manutenção da capacidade funcional; c) assistência às necessidades de saúde dos idosos; d) reabilitação da capacidade funcional comprometida; e) capacitação de recursos humanos especializados; f) apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; g) apoio a estudos e pesquisas (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA, 2006).

Segundo, Galinsky (GALINSKY, 1993) todas as ações em saúde do idoso devem ter como objetivo primordial a permanência do idoso na sua comunidade, junto a sua família, da forma mais digna e confortável possível. O seu deslocamento para um serviço de longa permanência (asilo, hospital, casa de repouso ou similar) pode ser considerada, somente quando todas as outras ações anteriores falharem.

Nesse sentido, visando, assegurar aos idosos os direitos de cidadania, de defesa da sua dignidade, do seu bem-estar físico e mental, à vida, bem como, à assistência, prevenção e reabilitação, o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil conta com ESF, Hospitais Gerais e Centros de Referência à Saúde do Idoso.

A ESF pode funcionar associada à Unidade Básica de Saúde (UBS) ou de forma isolada com infraestrutura própria, e tem papel de oferecer assistência ampla, integral e contínua ao idoso, sua família e a população em geral. No que tange ao idoso, a ESF deve preconizar a atenção especial às pessoas idosas e uma participação ativa na melhoria da qualidade de vida da comunidade que abrange. Acima de tudo precisa estar atenta as questões de saúde e segurança das pessoas

e do idoso, abordando-o com medidas promocionais, de proteção específica, de identificação precoce de fatores de risco que o idoso está exposto, seus agravos mais frequentes e sua intervenção, medidas de reabilitação com o objetivo de mantê-lo no convívio familiar e social (MISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Por isso, a ESF é concebida como a porta de entrada do idoso e da própria comunidade ao sistema único de saúde. Sobretudo, tem um papel fundamental na detecção precoce das alterações patológicas que ocorrem com o processo de envelhecimento. Nesse caso, a ESF desempenha uma função primordial dentro da comunidade reconhecendo idosos que apresentam alterações cognitivas, e que podem ou não, evoluírem para demências e encaminhá-los para programas de reabilitação cognitiva, em parceria com os membros da família para a manutenção do equilíbrio físico, mental e social. A ESF funciona atualmente de forma muito semelhante às UBS, fazendo o encaminhamento dos idosos aos Centros de Referência em Assistência a Saúde do Idoso, apenas com a diferença de que existe na sua equipe a atuação de agentes comunitários. As equipes da ESF ainda estão em fase de implementação, ou seja, a cobertura de atenção a comunidade ainda não é plena, onde em alguns bairros ou distritos a oferta de serviços de saúde é feita somente pela UBS. Atualmente em Porto Alegre, a cobertura da população é de 32%, totalizando 130 ESF. A ESF ainda não está totalmente capacitada para detectar idosos em processo demencial dentro da comunidade e nem de oferecer suporte aos cuidadores e familiares desses idosos.

2.3 TABAGISMO NO IDOSO

Por ser um processo universal, progressivo, intrínseco e que ocorre de acordo com cada indivíduo e com o tempo, o envelhecimento, dessa forma, é um processo inato, no qual há um empobrecimento linear nas reservas funcionais do organismo. É, portanto, um fenômeno biológico muito complexo que deriva de uma interação entre fatores genéticos e ambientais, dentre os quais o tabagismo representa um poderoso acelerador do envelhecimento, tanto diretamente, através de mecanismos mediados, em grande parte, por radicais livres, quanto indiretamente, através de

condições patológicas correlacionadas (CARVALHO, 2010; MARINHO, 2010; MOURA, 2008).

O tabagismo, portanto, compromete não apenas a expectativa de vida, mas também a qualidade de vida, sendo um problema de saúde pública mundial e estando associado a altas taxas de morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e respiratórias, além de diversos tipos de cânceres, e, por fim, a um custo social e financeiro alto para as instituições de saúde (OLIVEIRA, 2008; PINTO, 2010).

Apesar dos nítidos avanços no conhecimento e na divulgação à comunidade dos riscos à saúde associados ao fumo, o tabagismo, que é a dependência do indivíduo ao tabaco, sendo considerada doença pela Organização Mundial da Saúde (OMS), permanece como uma das principais causas de morte e de morbidade em todo o mundo (PRECIOSO, 2009).

Não são encontrados muitos dados a respeito do tabagismo em idosos no Brasil. A maioria dos trabalhos é direcionada à população mais jovem, com o objetivo de incentivar campanhas para a interrupção mais precoce do hábito.⁹ Alguns países têm documentos na área de saúde do idoso que relatam a importância do tema e têm recomendado ser importante incentivar o abandono desse vício também nessa faixa etária, incluindo os idosos nos programas de saúde pública para a cessação do tabagismo, pois é o mais eficiente meio para melhorar o prognóstico de pacientes com doenças a ele relacionadas já instaladas e evitá-las nos demais (CASTRO, 2010).

A população idosa se encontra num grupo com grandes riscos para os efeitos deletérios do hábito de fumar, pois o tabagismo relaciona-se ao agravamento de várias doenças que adquirem maior relevância com o avançar da idade, quando se somam às perdas funcionais próprias do envelhecimento (FRAGA, 2010). A maioria dos fumantes inicia o hábito quando jovem e fica rapidamente viciada na nicotina presente no cigarro e isso demonstra a importância das medidas para evitar o início do vício entre crianças e jovens. Mas, ao mesmo tempo, é importante diminuir o consumo de cigarros entre adultos e ajudar pessoas de todas as idades a pararem de fumar (MARINHO, 2008).

Os tabagistas idosos diferem dos jovens em vários aspectos clínicos e, por este motivo, as suas necessidades de tratamento são evidentemente distintas. Os idosos que fumam apresentam algumas características que os diferenciam dos jovens, pois apresentam maior dependência da nicotina, geralmente fumam maior número de cigarros, fumam há mais tempo, o que pode aumentar sua dependência e dificultar cessação do hábito, e como consequência, têm mais problemas de saúde relacionados ao cigarro (LEITÃO FILHO, 2009).

Para se fazer qualquer planejamento estratégico visando-se à abordagem e controle do tabagismo em idosos, é necessário conhecer os motivos pelos quais os idosos fumam, a influência do ambiente familiar, socioeconômico e cultural sobre eles, o padrão de consumo de cigarros, os aspectos da dependência nicotínica e as interrelações das comorbidades dependentes do tabaco, como fatores determinantes na manutenção da qualidade de vida (MALTA, 2010).

A partir desses conhecimentos, deve-se procurar de maneira criteriosa uma melhor estratégia de tratamento ao idoso fumante, pois se supõe que os idosos, que reconhecem no tabagismo os efeitos negativos sobre a sua saúde, tenham um maior desejo de cessação desse hábito (CARVALHO, 2010).

Esse conhecimento pode levar a possíveis contribuições para a saúde pública ao planejar a identificação de fatores associados ao tabagismo em idosos. Dessa forma, faz-se necessário explorar cada vez mais o perfil do tabagismo na terceira idade (REICHERT, 2008).

Recente estudo, de base populacional nas principais capitais do Brasil, chamado VIGITEL, estimou que o tabagismo no país pode variar entre 10-21%, dependendo da capital. Porto Alegre, no referido estudo, apresentou uma prevalência de 23% de fumantes (VIGITEL BRASIL 2011). Nos países em desenvolvimento, os fumantes constituem 48% da população masculina e apenas 7% da feminina, apresentando predomínio masculino também no índice de mortalidade atribuível ao tabaco (OLIVEIRA, 2008).

A distribuição do tabagismo, segundo a faixa etária, demonstrou um decréscimo da frequência de fumantes com o aumento da idade em vários estudos. Em ambos os sexos, a frequência de fumantes tende a aumentar com a idade até os

54 anos, seguindo-se um decréscimo em indivíduos idosos com 65 anos ou mais (INQUÉRITO DOMICILIAR SOBRE COMPORTAMENTOS DE RISCO E MORBIDADE REFERIDA DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS, 2004). Entretanto, a redução da prevalência de tabagismo com a idade pode não simbolizar uma redução da média absoluta de idosos fumantes, pois, com o aumento da prevalência de idosos no Brasil e no mundo, a tendência é caminhar para um aumento de idosos fumantes, como foi observado nos Estados Unidos no período de 1965 a 1994 (COLSHER, 1990; HUSTEN, 1997).

2.4 TRANSTORNOS MENTAIS NO IDOSO

A presença de transtornos mentais nos idosos é alta e esses distúrbios chegam a uma prevalência de 29% dos idosos, em geral (KEYES, 2010). Em razão da taxa de problemas psiquiátricos ou emocionais em idosos, o número de pessoas que procuram serviços de atendimento em saúde mental cresce progressivamente a cada ano. Sendo assim, os distúrbios mentais são comuns e correspondem a 8% das doenças, em geral (SASS, 2012).

As doenças psiquiátricas mais comuns no idoso, com exceção da demência, são depressão e ansiedade (FERNANDEZ, 1995). Em termos de prevalência, a demência afeta aproximadamente 5% dos idosos aos 65 anos de idade e 20% daqueles com 80 anos ou mais (KIRMIZIOGLU, 2009). No Brasil, descreveu-se uma prevalência média de 7,1% de demência na população idosa (PRINCE, 2012). Já os transtornos ansiosos atuais afetam cerca de 17,1% dos idosos, enquanto que a prevalência dessas desordens ao longo da vida é 18,6%. O transtorno de ansiedade generalizada é a desordem ansiosa mais comum em idosos (KIRMIZIOGLU, 2009).

Depressão é uma enfermidade muito frequente, acometendo de 3 a 6% da população geral e seu diagnóstico e tratamento adequado têm amplo impacto sobre a saúde e qualidade de vida do paciente, sendo seu prognóstico variável e dependente da ocorrência de recorrência, recaída e cronificação da depressão, além do risco de suicídio (PEDROSO, 2007). Esse distúrbio psiquiátrico, além de comprometer a qualidade de vida, aumenta o risco de morbidade e mortalidade, aumenta o nível de ideação suicida e diminui a capacidade cognitiva do idoso. É,

portanto, considerada uma doença mental comum nos idosos, podendo ser mais acentuada naqueles que já têm comorbidades, como no caso dos tabagistas (CALATI, 2013).

Os transtornos de humor são responsáveis pela perda de autonomia e pelo agravamento de quadros patológicos preexistentes. O transtorno do humor bipolar (THB) é uma doença mental grave e crônica e constitui a forma mais grave de transtorno do humor, caracterizando-se por alterações do humor, com recorrência de episódios depressivos e maníacos ao longo da vida e causando impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes. Esta doença está associada ao comprometimento psicossocial e redução da qualidade de vida, bem como aumentando o risco de suicídio (TURECKI, 2013; MOREIRA, 2011; MICHELON, 2013).

Dentre o conjunto de doenças crônicas, as demências e a depressão, ocupam papel de destaque, pois são altamente incapacitantes e afetam negativamente a autonomia, independência e qualidade de vida dos idosos portadores. Tanto as demências quanto a depressão são patologias associadas ao envelhecimento patológico. É importante ressaltar o fato de que a demência e a depressão, assim como outros transtornos psiquiátricos, podem ocorrer concomitantemente, bem como a depressão pode ser um sintoma inicial do quadro degenerativo, podendo ser considerado tanto como um fator de risco como um sinal precoce ao diagnóstico de demência (BOTTINO, 2011).

Desta forma, é imprescindível, para o planejamento público de saúde no Brasil, o conhecimento da frequência de doenças mentais nos idosos, os fatores de risco que possam ajudar em programas de prevenção e as manifestações iniciais dessas doenças que permitam a realização de um diagnóstico precoce.

2.5 TRANSTORNOS COGNITIVOS NO IDOSO

Entende-se por cognição a habilidade de pensar, raciocinar e responder a estímulos envolvidos com o funcionamento mental. No processo de envelhecimento, ocorrem algumas modificações comuns e inevitáveis características da idade, como um declínio cognitivo que pode variar conforme alguns domínios, mas que não irá afetar a vida cotidiana. Diferente do que pode ocorrer no idoso com declínio cognitivo patológico, o qual apresenta um comprometimento maior que o esperado,

sendo risco para algum prognóstico de demência, como a do tipo Alzheimer (HOWARD, 2012; BOTTINO, 2012).

No Brasil, descreveu-se uma prevalência média de 7,1% de sintomas de diminuição cognitiva na população em geral. Há evidências científicas que sugerem a associação de doenças crônicas, principalmente, as doenças crônicas não transmissíveis (como o tabagismo), com a presença do declínio cognitivo nos idosos ou a presença de alguma demência, como Alzheimer (BOTTINO, 2012).

Entre as doenças cognitivas e mentais, as que mais afetam os idosos, são a demência do tipo Doença de Alzheimer (DA) e a depressão (DUNCAN, 2012; STEVENS, 2012). Essas são uma das prioridades em saúde mental no Brasil, devido ao constante e rápido crescimento número relativo de idosos, o qual está transformando rapidamente o modelo epidemiológico das doenças, principalmente das doenças não transmissíveis (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2011). Em parte, idosos deprimidos são sub-diagnosticados devido a confusão dos sintomas afetivos com aspectos naturais do processo de envelhecimento (CONTE, 2009).

Muitos estudos demonstram uma associação em idosos entre a presença de sintomas de depressão e declínio cognitivo, no entanto, não é comprovado que estes indivíduos futuramente desenvolverão algum tipo de demência, como a DA (BOUR, 2009; GUNN, 2012; MACHADO, 2011).

Recentes estudos sugerem que há uma prevalência alta de tabagismo em pacientes com transtornos psiquiátricos como esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar do humor, transtorno do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, bem como com transtornos cognitivos, como, por exemplo, demência senil e DA (KALMAN, 2005).

Os níveis de depressão podem influenciar, em uma relação de causalidade direta, os níveis subsequentes de consumo de tabaco (RONDINA, 2002). E o uso de nicotina interfere nos sistemas neuroquímicos (neuroreguladores como acetilcolina, dopamina e norepinefrina), que, por sua vez, afetam circuitos neurais, tais como mecanismos reforçadores associados à regulação de humor. Também há evidências de que tabagismo e depressão podem influenciar-se reciprocamente. Mais do que

uma relação causal entre depressão e tabagismo, uma série de variáveis comuns, ou altamente correlacionadas (como, por exemplo, fatores genéticos e psicossociais), contribui para a expressão de ambos – tabagismo e depressão (WINDLE, 2001).

Os sintomas apresentados com o uso de tabaco, como a diminuição da ansiedade, euforia e outras sensações percebidas como prazerosas pelo usuário, tendem a ser potentes reforçadores do uso, particularmente nos transtornos psiquiátricos devido às manifestações de sofrimento psicológico. Dessa forma, constituem-se em fatores de vulnerabilidade para o tabagismo. Os dois elementos podem ainda estar relacionados simplesmente como uma coexistência eventual de dois problemas comuns e, por último, existe a suposição de predisposição genética comum (ORFORD, 1994).

A associação do tabagismo a um transtorno psiquiátrico é capaz de alterar a expressão, o curso e o prognóstico deste e necessitará, portanto, de uma abordagem terapêutica modificada para potencializar os resultados (GRANT, 2004).

Dessa forma, faz-se necessário observar essa relação e propor alternativas terapêuticas para este tipo de paciente. Observando o tabagismo em pacientes portadores de transtornos cognitivos e mentais e sua prevalência, pode-se avaliar de que forma o tabagismo pode estar relacionado e se as associações encontradas trazem implicações tanto sobre a avaliação como sobre o diagnóstico e tratamento desses transtornos para ambos os sexos. Esse conhecimento, portanto, pode levar a possíveis contribuições para os programas de intervenção e assistência a pacientes tabagistas e portadores desses transtornos.

Devido à escassez de trabalhos nestas áreas, é grande o desafio dos profissionais da área da saúde de investigar as situações que levam os idosos à dependência do tabaco e a repercussão do tabagismo nas relações estabelecidas pelos dependentes. Dessa forma, se faz necessário examinar o perfil do tabagismo no idoso com transtornos cognitivos e mentais, visando, assim, qualificar e proporcionar um atendimento mais adequado para estes idosos.

3 JUSTIFICATIVA

Com o crescimento da população acima de 60 anos, é necessário um olhar atento para os problemas sociais e de saúde desses indivíduos.

A área da saúde mental tem como uma de suas responsabilidades, ocupar-se da pesquisa da frequência e da morbidade dos transtornos psiquiátricos, em especial aqueles que causam significativas repercussões em saúde pública.

Já se sabe que o tabagismo e os transtornos cognitivos e mentais causam um alto impacto na qualidade de vida do idoso, sendo o tabagismo fator de risco para demência e tendo relação bidirecional com depressão (causa e consequência). E que a prevalência de transtornos psiquiátricos em idosos possui uma relação direta com um declínio cognitivo mais rápido e, conseqüentemente, propiciando maior dependência.

Lacunas do conhecimento científico, como poucas pesquisas contemplarem o idoso como único objeto de estudo em relação aos transtornos cognitivos e mentais com a dependência de tabaco, resultam em informações não específicas em relação a esta faixa etária, dificultando ainda mais a compreensão dos seus reais fatores preditores.

É necessária uma melhor compreensão da vulnerabilidade do idoso para assim prever e prevenir as doenças psiquiátricas e cognitivas em idosos tabagistas.

Vários estudos têm mostrado que o tabagismo no idoso pode ter uma grave repercussão sobre o funcionamento psicossocial e qualidade de vida, mas ainda existem poucos trabalhos homogêneos sobre a prevalência deste transtorno, ficando mais distante a capacidade de aprofundar associações existentes entre esta patologia e outras variáveis, como os transtornos cognitivos e mentais.

Portanto, esta pesquisa se justifica pela necessidade de estudos brasileiros disponíveis e atuais sobre esse tema. Desta forma, foram concentrados esforços para que o presente estudo pudesse complementar esta lacuna, ainda existente, em relação às pesquisas sobre tabagismo e transtornos cognitivos e mentais, envolvendo o paciente idoso, com ênfase no nível de atenção básica à saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Investigar a associação entre tabagismo e os transtornos cognitivos e mentais em uma amostra comunitária aleatória de pacientes idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, situado na região Sul do Brasil.

4.2 ESPECÍFICOS

Em idosos cadastrados na ESF de Porto Alegre-RS:

- determinar a frequência de tabagismo atual e na vida e sua associação com os dados sócio-demográficos;
- determinar a frequência de abandono do tabagismo nos idosos com tabagismo na vida e sua associação com os dados sócio-demográficos;
- verificar se existe associação entre tabagismo atual ou na vida e transtornos cognitivos ou mentais;
- verificar se existe associação entre parar de fumar e transtornos cognitivos ou mentais.

5 MÉTODO

5.1 DELINEAMENTO

Estudo transversal, com coleta prospectiva.

5.2 POPULAÇÕES EM ESTUDO

Foi realizado no município de Porto Alegre/RS, com a população de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em Porto Alegre, a ESF iniciou-se em 1996. No início do estudo, contava com 97 equipes que atendiam a uma população de 290 mil moradores da cidade (aproximadamente 20% da população). As equipes trabalham com território delimitado, identificando micro-áreas de risco e desenvolvendo ações programáticas e ações intersetoriais.

As equipes da ESF estavam distribuídas em 8 Gerências Distritais (GD), como descrito no “procedimento amostral”, com aproximadamente 22 mil idosos cadastrados no início do estudo.



Figura 1 – Cidade de Porto Alegre

5.2.1 PROCEDIMENTO AMOSTRAL

O estudo foi realizado em uma amostra de 580 idosos provenientes de 30 diferentes equipes do ESF. Para a seleção desses idosos, foram sorteadas as equipes do ESF, de forma estratificada por Gerência Distrital (GD). De cada gerência foi selecionado um número de equipes correspondente a aproximadamente 30%. Desta forma, foram sorteadas 4 equipes da GD Norte/Eixo Baltazar, 2 da GD Sul/Centro-Sul, 2 da GD Restinga/Extremo Sul, 6 da GD Glória/ Cruzeiro/ Cristal, 3 da GD Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas, 4 da GD Partenon/ Lomba do Pinheiro, 7 da GD Leste/ Nordeste e 2 da GD Centro. De cada equipe, foram sorteados 36 idosos.

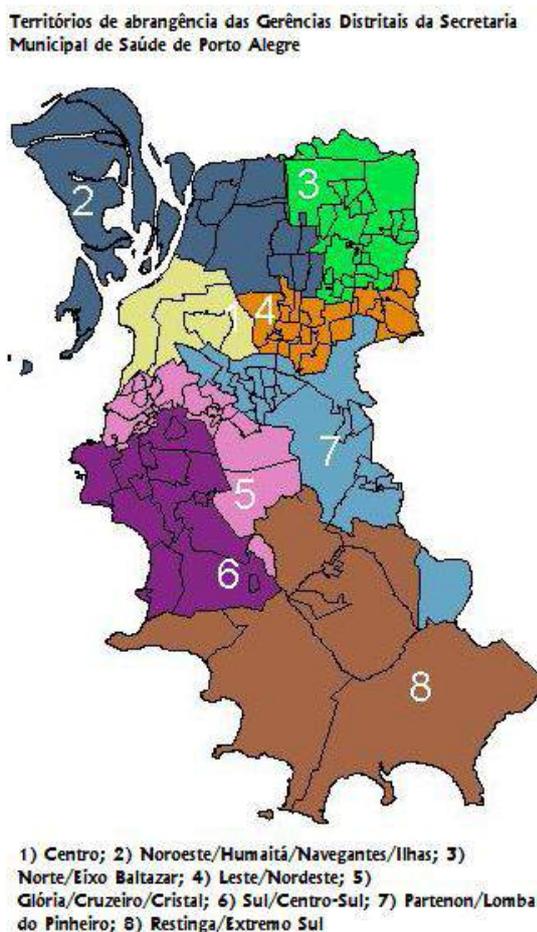


Figura 2 – Mapa de Porto Alegre com as Gerências Distritais

GERÊNCIAS	Nº ESF Sorteados
GD Norte-Eixo Baltazar	4
GD Sul/Centro-Sul	3
GD Restinga/Extremo Sul	3
GD Glória/Cruzeiro/Cristal	6
GD Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas	1
GD Partenon/Lomba do Pinheiro	4
GD Leste/Nordeste	7
GD Centro	2
TOTAL:	30

Figura 3 – Subdivisão das Gerências Distritais

5.2.2 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

5.2.2.1 INCLUSÃO

- Ter idade igual ou superior a 60 anos.
- Ser cadastrado na Estratégia Saúde da Família.
- Residir na região de abrangência da unidade básica de saúde correspondente.
- Concordar em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Ter condições de compreender os instrumentos.

5.2.2.2 EXCLUSÃO

- Não ser capaz de compreender os questionamentos referentes ao protocolo de pesquisa (pacientes com retardo mental na avaliação clínica).
- Impossibilidade de responder coerentemente aos testes.
- Presença de uma doença física grave, que impede a participação em qualquer fase do projeto.

- Desistência a qualquer tempo da pesquisa.
- Negar-se a participar das fases da coleta.

5.3 COLETA DE DADOS

Os dados deste estudo foram extraídos de parte do “SUB-PROJETO 11 – PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NA POPULAÇÃO DE IDOSOS ATENDIDOS PELO ESF DE PORTO ALEGRE”, que é componente do protocolo amplo de pesquisa do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, denominado “ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE (EMI-SUS)”.

5.3.1 ROTINA DE COLETA

O período da coleta do presente estudo ocorreu entre Março de 2011 e Dezembro de 2012. No primeiro momento, foi realizado um treinamento com os agentes comunitários de saúde das unidades de ESF para a aplicação de escalas de rastreamento dos idosos na amostra randômica de 1080 indivíduos idosos. Esses indivíduos, cadastrados na ESF, foram convidados a participar do projeto de pesquisa e aqueles que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto guarda-chuva (TCLE) (Apêndice E).

A primeira fase da coleta foi realizada por estes profissionais, após a sua capacitação, para registro de dados sobre estilo de vida, aspectos sócio-demográficos, econômicos, educacionais e culturais, clínicos, nutricionais e neuropsiquiátricos através de entrevista estruturada pelos ACS nas residências dos idosos selecionados. Tais informações são fornecidas pelo próprio indivíduo ou por um familiar/acompanhante, caso o mesmo não tenha condições de responder. O número de idosos que completaram todos os dados nessa fase foram 765 indivíduos.

Na segunda fase de coleta, todos os idosos cadastrados e registrados que passaram pela primeira fase foram convidados para serem avaliados pela

equipe multiprofissional do IGG (médicos, nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos), nas unidades básicas de saúde ou no Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Os dados explorados neste estudo foram de indivíduos que realizaram a avaliação diagnóstica neuropsiquiátrica (fase especializada) e que previamente participaram da coleta da primeira fase, perfazendo um número total de 580 idosos.

5.4 VARIÁVEIS

5.4.1 DEPENDENTES

- Tabagismo atual.
- Tabagismo na vida.
- Parou de fumar

5.4.2 INDEPENDENTES

- Transtornos Cognitivos: Leves e Graves.
- Transtornos Mentais: Transtorno Depressivo Maior, Transtorno de Humor Bipolar, Transtornos de Ansiedade e Risco de Suicídio.
- Dados sócio-demográficos: idade, sexo, renda, escolaridade, estado civil, co-habitação/morar só, religião/espiritualidade.

5.5 AVALIAÇÃO E INSTRUMENTOS

Todos os pacientes atendidos foram submetidos a um questionário geral para coleta de características sociodemográficas (*checklist* de patologias clínicas e farmacologia em uso atual), que foi aplicado pelos agentes comunitários de saúde.

Os dados foram obtidos através da consulta ao banco de dados construído a partir dos instrumentos aplicados durante as fases de coleta.

Os instrumentos utilizados para informação sociodemográficas, padrões de uso de álcool (variável dependente) e transtornos psiquiátricos e cognitivos (variáveis independentes) foram:

a. Questionário de Avaliação Global do Idoso (QAGI).

Questionário estruturado sobre dados sócio-demográficos, socioeconômicos, estilo de vida e saúde dos idosos.

b. *Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 plus brazilian version* (M.I.N.I.plus).

O M.I.N.I. plus é uma entrevista diagnóstica padronizada que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do Código Internacional de Doenças (CID-10). Estudos de confiabilidade e validade foram desenvolvidos, comparando o M.I.N.I. com outras entrevistas que pesquisam os critérios tanto do *Diagnostic and Statistical Manual Disorders IV* (DSM-IV) quanto do CID-10. 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. plus é uma versão mais detalhada do M.I.N.I. 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 anti-social.

c. Avaliação Neuropsicológica do CERAD (Consotum to Establish a Registry for Alzheimer Disease).

Para avaliação das funções cognitivas foram utilizados os seguintes subtestes da bateria CERAD:

- a. *Mini Exame do Estado Mental*. É um teste de rastreamento e permite uma avaliação global do funcionamento cognitivo. É composto por uma avaliação objetiva da orientação, memória, cálculo e linguagem. Funciona como indicador de déficit cognitivo. Essa é a escala mais citada e amplamente utilizada na avaliação de declínio cognitivo em idosos. Esse teste é utilizado individualmente em pesquisas com idosos institucionalizados ou residentes na comunidade.
- b. *Teste de Fluência Verbal*. É pedido ao respondente que fale todos os animais que conseguir se lembrar. São pontuados todos os animais lembrados pelo sujeito, no período de um minuto. Este teste avalia a

fluência verbal, que depende da capacidade de acesso semântico, e da riqueza de vocabulário do participante. Tradicionalmente, a fluência verbal é vista como uma prova de linguagem e de função executiva.

- c. *Teste de Nomeação de Boston (versão reduzida)*. O respondente deve nomear as 15 figuras que lhe são apresentadas (árvore, cama, apito, flor, casa, canoa, escova de dente, vulcão, máscara, camelo, gaita, pegador de gelo, rede, funil, dominó). Cada nomeação correta corresponde a um ponto. Esse teste é considerado uma prova de linguagem, avaliando a capacidade de nomeação e a capacidade de percepção visual.
- d. *Memória da Lista de Palavras*. O examinador lê em voz alta uma lista de 10 palavras a um ritmo de 2 segundos por palavra. Após a leitura é feita a evocação livre, por um período máximo de 90 segundos. O procedimento é repetido outras duas vezes. A pontuação é obtida pela soma das palavras evocadas nas três tentativas. Esse teste avalia a memória episódica e os três resgates consecutivos avaliam a curva de aprendizagem.
- e. *Praxia Construtiva*. São apresentadas quatro figuras (círculo, losango, retângulos sobrepostos e cubo) e é pedido ao examinando que faça cópia de cada uma delas. Cada cópia é avaliada separadamente. A pontuação é obtida, avaliando-se formato, ângulos, dimensão e tamanho das figuras, sendo a pontuação máxima 11 pontos. Essa prova avalia habilidades perceptivas e visuoconstrutivas.
- f. *Evocação Tardia da Lista de Palavras*. A evocação tardia da lista de palavras apresentada anteriormente é feita por período máximo de 90 segundos. Cada palavra lembrada corresponde a um ponto, sendo, portanto, a pontuação máxima de 10 pontos. A evocação tardia das palavras aprendidas é uma medida da capacidade de consolidação na memória de longo prazo.
- g. *Reconhecimento da Lista de Palavras*. Após a evocação espontânea, as 10 palavras são apresentadas em meio a 10 distratores e o participante deve apontar quais são as palavras pertencentes à lista

apresentada anteriormente. Cada "sim" e "não" corretos equivale a um ponto, totalizando 20 pontos. O escore final é calculado subtraindo-se 10 do número de respostas corretas, evitando o efeito de acerto ao acaso. Portanto, o escore máximo final desse teste é 10 pontos.

A quantificação da cognição é feita segundo a escala clínica de demência e, ao final da bateria, cada indivíduo avaliado é classificado como normal, declínio cognitivo leve, demência e retardo mental.

5.6 AVALIAÇÃO DO BANCO DE DADOS

Do banco de dados foram retirados três pacientes, duas porque tinham idade inferior a 60 anos e uma por diagnóstico de retardo mental.

Em relação à variável “algum transtorno psiquiátrico”, para os transtornos que tínhamos atual e no passado, consideramos o sujeito que apresentou episódio no passado ou atual como presença do transtorno. Tiramos o fumo quando criamos essa variável; a variável fumo foi incluída na tabela de comparação dos transtornos de forma individual.

5.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram digitados os dados no programa Excel e posteriormente exportados para o programa SPSS v. 18.0 para análise estatística.

Foram descritas as variáveis categóricas por frequências e percentuais. Foram descritas as variáveis quantitativas pela média e o desvio padrão quando a sua distribuição foi simétrica e mediana e intervalo interquartil (percentis 25 e 75) quando assimétrica.

Foram comparadas as variáveis categóricas pelo teste Exato de Fisher e análise de resíduos ajustados foi utilizada para detectar as categorias com maior frequência do esperado. As quantitativas quando a sua distribuição foi simétrica foram comparadas pelo teste de Análise de Variância (ANOVA) e quando assimétricas pelo teste de Kruskal-Wallis. Foi realizado o teste de tendência linear do *qui-quadrado* (variáveis ordinais com poucas categorias).

O teste post hoc de Tukey foi utilizado para realizarmos as comparações múltiplas. Foi realizado um modelo de Regressão de Poisson com Variância

Robusta para estimar a Razão de prevalência ajustando para potenciais fatores de confusão (aquelas variáveis que se associaram com os desfechos na análise bivariada). Foi considerado um nível de significância de 5%.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto guarda-chuva foi submetido para apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUCRS e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre, atendendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras em Pesquisa, conforme a Resolução 196/96 do CNS/MS.

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, sob o registro CEP 10/04967. Da mesma forma, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou e aprovou o processo N 001.021434.10.7, referente ao projeto de pesquisa. Assim como o Comissão Científico do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS (ofício N 13/2013).

Sujeitos de pesquisa com doença identificada (episódio depressivo grave, com ideação suicida, assim como qualquer outro transtorno psiquiátrico com indicação de internação ou atendimento de urgência ou emergência) foram encaminhados para atendimento específico dentro do Sistema de Saúde.

Informação, contato e TCLE: todos os participantes foram informados de forma clara, em linguagem acessível, acerca dos objetivos e métodos da pesquisa. Apenas aqueles que aceitaram livremente participar da pesquisa, assinaram o TCLE. Cabe ressaltar que foi claramente exposta a liberdade do indivíduo acerca da desistência de sua participação a qualquer tempo da pesquisa. Consideramos destacar este ponto, tendo em vista que trata-se de uma pesquisa longitudinal, de longo prazo.

Infraestrutura para proteção de informações: o material impresso foi arquivado em sala com acomodação própria para documentos sigilosos. Trata-se de um local de guarda de dados impressos, digitalizados e em forma de banco de dados de acesso restrito denominado "Centro de Documentação" localizado nas dependências do IGG. A possibilidade de acesso ao material só ocorrerá para

projetos de pesquisa devidamente aprovados e por intermédio da solicitação oficial do Professor orientador à equipe coordenadora.

Bancos de dados e seu manejo: os dados dessa pesquisa foram transferidos para um sistema de banco de dados profissional utilizando o software FileMaker Pro Advanced Server 12®, que permite a inclusão de chaves de segurança e manejo sigiloso dos dados sem a exposição de dados de identificação dos indivíduos.

6 ARTIGO CIENTÍFICO

6.1 SUBMISSÃO

ScholarOne Manuscripts™ Francisco Pascoal ▾ Instructions & Forms Help

 **SciELO** Ciência & Saúde Coletiva

[Main Menu](#) / [Author Dashboard](#) / [Submission Confirmation](#)

Submission Confirmation

Thank you for your submission

Submitted to Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID CSC-2016-0083

Title TABAGISMO E SUA RELAÇÃO COM TRANSTORNOS COGNITIVOS E MENTAIS EM IDOSOS

Authors Pascoal, Francisco
Guidolin, Bruno
Nogueira, Eduardo
Gomes, Irenio
Cataldo Neto, Alfredo

Date Submitted 14-Jan-2016

[Author D](#)

SCHOLARONE™



© Thomson Reuters | © ScholarOne, Inc., 2015. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.
ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

6.2 ARTIGO

TÍTULO

TABAGISMO E SUA RELAÇÃO COM TRANSTORNOS COGNITIVOS E MENTAIS EM IDOSOS

RESUMO

O objetivo desse estudo é determinar a associação entre tabagismo e os transtornos cognitivos e mentais em idosos e suas associações com as características sócio-demográficas em uma amostra de pacientes do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Este foi um estudo descritivo, transversal e com coleta prospectiva, com aplicação do Mini International Neuropsychiatric interview, Questionário de Avaliação Global do Idoso e Avaliação Neuropsicológica do CERAD (Consotum to Establish a Registry for Alzheimer Disease) em 580 idosos com 60 anos ou mais. Dos 580 idosos, há maior prevalência para homens (73,3%), faixa etária entre 60-69 anos (24,0%), solteiros (65,3%), viúvos (61,3%), sem renda (28,9%), fobia específica (28,4%), fobias agrupadas (26,9%), dependência de álcool atual (62,5%) e dependência de álcool na vida (41,2%). Houve maior dificuldade em parar de fumar em idosos com: episódio depressivo maior ao longo da vida (67,0%), fobia específica (65,4%), fobias agrupadas (66,4%), dependência de álcool atual (64,7%) e ao longo da vida (65,5%) e qualquer transtorno de ansiedade (66,7%). Idosos com dependência de álcool atual e fobias agrupadas apresentam 2,8 e 1,5 vezes maior a prevalência de tabagismo atual, respectivamente. Idosos com risco de suicídio possuem 1,3 vez maior a prevalência de apresentarem tabagismo na vida. E idosos com dependência de álcool na vida e transtorno do humor bipolar apresentam 1,4 e 1,6 vezes maior a prevalência de tabagismo na vida, respectivamente. Idosos com demência possuem 1,4 vezes maior prevalência para terem parado de fumar se comparados aos idosos sem demência. Esses resultados apontam para a presença de transtornos mentais em idosos tabagistas, chamando a atenção para algumas características sociodemográficas e associações com alguns transtornos, que podem fazer a diferença no diagnóstico e tratamento dessas patologias.

Palavras-chave: Tabagismo. Transtornos mentais e cognitivos. Idosos. Envelhecimento. Sociodemográficas.

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the association between smoking and cognitive and mental disorders in the elderly and their association with socio-demographic characteristics in a sample of patients in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. A cross-sectional study, utilizing the Mini International Neuropsychiatric interview, Global Assessment Questionnaire Aging and Neuropsychological Assessment CERAD in 580 elderly aged 60 or more. The majority of 580 profile: men (73.3%), without income (28.9%), specific phobia (28.4%), grouped phobias (26.9%) current alcohol dependence (62.5%) and alcohol dependence in life (41.2%). Difficulty in quitting smoking: major depressive episode throughout life (67.0%), specific phobia (65.4%), current alcohol dependence (64.7%) and any anxiety disorder (66.7%). Seniors with current alcohol dependence and grouped phobias have 2.8 and 1.5 times the prevalence of current smoking, respectively. Older people at risk of suicide have 1.3 times higher the prevalence of smoking in the present life. And older adults with alcohol dependence in life and bipolar disorder have 1.4 and 1.6 times higher smoking prevalence in life, respectively. These results indicate the presence of mental disorders in elderly smokers. These sociodemographic characteristics and associations with some disorders can change the treatment of these disorders.

Keywords: Smoking. Mental and cognitive disorders. Elderly. Aging. Sociodemographic.

INTRODUÇÃO

Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul e sede da maior concentração urbana da região Sul do Brasil e quinta mais populosa do país, desenvolveu-se com rapidez e hoje abriga mais de 1,4 milhão de habitantes dentro dos limites municipais. A cidade enfrenta muitos desafios, entre eles a grande população ainda vivendo em condições de pobreza e sub-habitação, alto custo de vida, alta incidência de obesidade e tabagismo.¹

O tabagismo, antes visto como um estilo de vida é atualmente reconhecido como um transtorno que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas.² Considerado como grande problema de saúde pública mundial pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabagismo – que neste estudo pode ser entendido como dependência de nicotina – está associado a altas taxas de morbimortalidade.³

A relação entre tabagismo e doenças mentais vem sendo objeto de numerosas publicações nas últimas duas décadas.^{4,5} Trata-se de um tema de muito interesse clínico, uma vez que o tabagismo tem diversas implicações do ponto de vista bioquímico. A nicotina interfere no funcionamento dos sistemas neurotransmissores e exerce diversas ações neuroendócrinas, entre outros fatores, o que pode influenciar no quadro psicopatológico e na responsividade do paciente ao tratamento. Estudos clínicos e epidemiológicos têm mostrado uma correlação positiva entre o tabagismo e transtornos psiquiátricos. As taxas de tabagismo são muito maiores entre as pessoas com transtornos mentais se comparados à população em geral.⁶⁻⁸

Os preditores psiquiátricos para que muitos indivíduos iniciem o consumo de tabaco são: uso e abuso de álcool e outras drogas, transtorno depressivo maior, transtornos ansiosos, déficit de atenção, hiperatividade, bulimia e compulsão alimentar.⁸⁻¹⁰

O objetivo desse estudo é investigar a associação entre tabagismo e os transtornos cognitivos e mentais em uma amostra comunitária aleatória de pacientes idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Porto Alegre. Além disso, estudar e avaliar as características sócio-demográficas e culturais dos idosos tabagistas, não-tabagistas e dos que pararam de fumar com e sem transtornos cognitivos e mentais, identificando possíveis associações entre o tabagismo e esses transtornos. Comparar idosos fumantes com idosos não fumantes e avaliar a prevalência dos transtornos nos grupos de tabagistas atuais, não-tabagistas e pacientes que pararam de fumar também fazem parte do escopo.

MÉTODO

Estudo descritivo, transversal e com coleta prospectiva, realizado no município de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, com a

população de idosos (60 anos ou mais) cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Esta pesquisa fez parte do estudo mais amplo do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, denominado “ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE (EMI-SUS)”.

O período da coleta do presente estudo ocorreu entre Março de 2011 e Dezembro de 2012. No primeiro momento, foi realizado um treinamento com os agentes comunitários de saúde (ACS) das unidades de ESF para a aplicação de escalas de rastreamento dos idosos. A primeira fase da coleta foi realizada por estes profissionais, após a sua capacitação, para registro de dados sobre estilo de vida, aspectos sócio-demográficos, econômicos, educacionais e culturais, clínicos, nutricionais e neuropsiquiátricos através de entrevista estruturada pelos ACS nas residências dos idosos selecionados.

Na segunda fase de coleta, todos os idosos cadastrados e registrados que passaram pela primeira fase foram avaliados pela equipe multiprofissional do IGG (médicos, nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos), nas unidades básicas de saúde ou no Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Os instrumentos utilizados para informação sociodemográficas, padrões de uso de álcool (variável dependente) e transtornos psiquiátricos e cognitivos (variáveis independentes) foram: Questionário de Avaliação Global do Idoso (QAGI), *Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 plus brazilian version* (M.I.N.I.plus) e Avaliação Neuropsicológica do CERAD (Consotum to Establish a Registry for Alzheimer Disease).

O M.I.N.I. plus avaliou também 17 transtornos de eixo I do DSM-IV, risco de suicídio e o transtorno de personalidade anti-social. Já a Avaliação Neuropsicológica do CERAD foi quantificada segundo a escala clínica de demência, e, ao final da avaliação, cada indivíduo foi classificado como normal, declínio cognitivo leve, demência ou retardo mental.

Os dados foram analisados usando as estatísticas software SPSS, versão 17.0. Teste do qui-quadrado de Pearson foi empregado para análise dos resultados

entre variáveis. Um valor de p menor ou igual a 0,05 foi considerado como sendo estatisticamente significativo. Foi utilizado o teste t de *Student* para comparar variáveis contínuas. A análise bivariada foi realizada usando um modelo de regressão de Poisson com variância robusta para as variáveis estatisticamente significativas.

Todos os participantes foram informados dos objetivos do projeto e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido para o estudo e os participantes da pesquisa com uma doença identificada foram encaminhados para uma unidade relevante dentro do Sistema Único de Saúde para atendimento adequado.

O projecto global foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS. Da mesma forma, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre) analisou e aprovou toda o projeto. Este estudo atual foi avaliado e aprovado pela comissão científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia.

Pesquisa seguiu os padrões estabelecidos no resolução CNS 196/96, Diretrizes e Padrões de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos Regulamentação, do Conselho Nacional de Saúde, e respeitou os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki.

RESULTADOS

TABAGISMO E DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Da amostra populacional estudada, em relação ao tabagismo atual, homens (25,2%) possuem uma tendência a fumarem mais que as mulheres (18,4%), que se confirma ao longo da vida, representando, respectivamente, 73,3% e 45,7%. A prevalência de fumantes declinou com o avançar da faixa etária no tabagismo atual, variando de 24,0% (60-69 anos) para 10,9% (80 ou mais anos). Ao longo da vida, idosos solteiros (65,3%) e viúvos (61,3%) fumam mais que casados (56,7%) e separados (46,1%). Houve diferença em relação à renda no tabagismo atual, variando entre 28,9% naqueles sem renda própria e 10,5% naqueles com renda superior a dois salários mínimos, assim como no tabagismo ao longo da vida (36,8%), conforme tabela 1.

ATO DE PARAR DE FUMAR E DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Concernente ao ato de parar de fumar, não houve significância estatística entre gêneros. Na medida em que se eleva a faixa etária, maior é a prevalência de idosos que pararam de fumar (58,3% para 60-69 anos, 68,9% para 70-79 anos e 77,3% para 80 ou mais anos). Idosos com maior renda, mais de dois salários mínimos (71,4%) e até dois salários mínimos (70,6%), pararam de fumar mais se comparados aos idosos com menor renda (61,8% e 45,8%, respectivamente, até um salário mínimo e sem renda), de acordo com a tabela 2.

TABAGISMO E TRANSTORNOS COGNITIVOS E MENTAIS

Em relação aos transtornos cognitivos e mentais, para o tabagismo atual, houve significância estatística com associação negativa para demência (22,6%) e positiva para fobia específica (28,4%), fobias agrupadas (26,9%), dependência de álcool atual (62,5%) e dependência de álcool na vida (41,2%). Já para o tabagismo ao longo da vida, houve relação positiva apenas para dependência de álcool atual (95,8%) e ao longo da vida (87,1%), conforme tabela 3.

ATO DE PARAR DE FUMAR E TRANSTORNOS COGNITIVOS E MENTAIS

Referente ao ato de parar de fumar, idosos com demência param de fumar mais (80,6%), enquanto idosos com diagnóstico de episódio depressivo maior ao longo da vida (67,0%), fobia específica (65,4%), fobias agrupadas (66,4%), dependência de álcool atual (64,7%) e ao longo da vida (65,5%) e qualquer transtorno de ansiedade (66,7%) não conseguiram parar de fumar em maior proporção se comparados aos idosos sem esses diagnósticos, conforme tabela 4.

FATORES INDEPENDENTES ASSOCIADOS – TABAGISMO ATUAL

Conforme tabela 5, após ajuste pelo modelo multivariado, as variáveis estatisticamente significativas com associação positiva foram sexo masculino ($p=0,025$), dependência de álcool atual ($p<0,001$) e fobias agrupadas (0,023). E demência ($p=0,003$) e renda ($p=0,037$) com associação negativa. Os homens possuem 1,5 vezes maior prevalência de apresentarem tabagismo atual quando comparados às mulheres (RP=1,5; IC 95%=1,1-2,2). Quanto maior a renda, menor a

prevalência de apresentarem tabagismo atual: até um salário mínimo (RP=0,9; IC 95%=0,6-1,4), entre um e dois salários mínimos (RP=0,5; IC 95%=0,3-0,9) e mais de dois salários mínimos (RP=0,4; IC 95%=0,1-0,9). Idosos com demência (RP=0,3; IC 95%=0,2-0,7) possuem 0,3 vez menor prevalência de apresentarem tabagismo atual, se comparados com idosos sem demência. E idosos com dependência de álcool atual e fobias agrupadas apresentam 2,8 e 1,5 vezes maior a prevalência de tabagismo atual, respectivamente (RP= 2,8; IC 95%=1,7-4,4 e RP=1,5; IC 95%=1,1-2).

FATORES INDEPENDENTES ASSOCIADOS – TABAGISMO NA VIDA

Quando considerado ao longo da vida, o tabagismo apresentou associação estaticamente positiva com sexo masculino ($p < 0,001$), risco de suicídio ($p = 0,009$), dependência de álcool na vida ($p < 0,001$) e transtorno do humor bipolar ($p = 0,003$), conforme tabela 6. Idosos do sexo masculino possuem 1,5 vezes maior prevalência de apresentarem tabagismo na vida se comparados às mulheres idosas (RP=1,5; IC 95%=1,3-1,8). Idosos com risco de suicídio (RP=1,3; IC 95%=1,1-1,5) possuem 1,3 vez maior a prevalência de apresentarem tabagismo na vida, se comparados com idosos sem risco de suicídio. E idosos com dependência de álcool na vida e transtorno do humor bipolar apresentam 1,4 e 1,6 vezes maior a prevalência de tabagismo na vida, respectivamente (RP= 1,4; IC 95%=1,2-1,6 e RP=1,6; IC 95%=1,2-2,1).

FATORES INDEPENDENTES ASSOCIADOS – ATO DE PARAR DE FUMAR

Em relação ao ato de parar de fumar (tabela 7), houve associação estatística positiva com demência ($p < 0,001$) e negativa com episódio depressivo maior na vida ($p = 0,025$) e dependência de álcool atual ($p = 0,036$).

Idosos com demência possuem 1,4 vezes maior prevalência para terem parado de fumar se comparados aos idosos sem demência (RP=1,4; IC 95%=1,2-1,7). Idosos com episódio depressivo maior na vida (RP=0,8; IC 95%=0,7-1,0) possuem 0,8 vez menor prevalência de terem parado de fumar, se comparados com idosos sem episódio depressivo maior na vida. E idosos com dependência de álcool

atual apresentam 0,5 vez menor prevalência de terem parado de fumar (RP= 0,5; IC 95%=0,3-1,0).

DISCUSSÃO

Poucos estudos epidemiológicos acerca da prevalência de tabagismo em idosos foram encontrados no Brasil^{11,12}. Este estudo encontrou uma prevalência maior tanto de tabagismo atual quanto de tabagismo ao longo da vida para o sexo masculino em uma amostra de idosos residentes na comunidade e em acompanhamento de atenção primária de saúde da cidade de Porto Alegre, Brasil. Essa diferença na prevalência de tabagismo entre homens e mulheres, sendo o sexo masculino mais prevalente, também foi encontrada em outros estudos de base populacional em diversas capitais do país.¹³⁻¹⁵ Assim como nos países em desenvolvimento.¹⁶

A distribuição do tabagismo, segundo a faixa etária no presente estudo, demonstrou um decréscimo da frequência de fumantes com o aumento da idade. Em ambos os sexos, a frequência de fumantes tende a aumentar com a idade até os 54 anos, seguindo-se um decréscimo em indivíduos idosos com 65 anos ou mais.¹⁷ Entretanto, a redução da prevalência de tabagismo com a idade não simboliza uma redução da média absoluta de idosos fumantes, pois, com o aumento da prevalência de idosos no Brasil e no mundo, a tendência é caminhar para um aumento de idosos fumantes, como foi observado nos Estados Unidos.¹⁸ Além disso, esse decréscimo pode ser explicado pelo óbito dos idosos fumantes, na medida em que se avança a idade e se adquire doenças de elevada mortalidade e relacionadas ao uso de tabaco, como, por exemplo, patologias cardiovasculares, cerebrovasculares e respiratórias, além de diversos tipos de neoplasias.^{19,20}

O estado civil evidenciou ser um fator que pode influenciar o tabagismo nos resultados encontrados, possivelmente por haver maior apoio social observado entre casais, fato que desfavorece a busca pelo fumo.²¹ Além disso, foi demonstrada ainda uma forte relação do tabagismo e da dificuldade em parar de fumar com a baixa renda. Essa associação pode ser esclarecida pelo número de idosos com baixa condição monetária, que começam a fumar ainda muito jovens e que possuem grande dificuldade para deixar o hábito, devido à baixa motivação individual e à

insuficiência de recursos financeiros próprios ou familiares, o que acaba por dificultar o investimento necessário para o adequado tratamento na cessação tabágica.²²

Entre as pessoas com mais vulnerabilidades para dependência de nicotina, estão os pacientes psiquiátricos. Diferentes estudos planejados para o estudo da associação entre transtornos psiquiátricos e tabagismo, realizados a partir de amostras com pacientes psiquiátricos, têm encontrado evidências semelhantes, nos quais os transtornos psiquiátricos são preditores de aumento de risco do uso diário de tabaco e posterior progressão para o tabagismo. Além disso, há aumento de risco de tabagismo para maioria dos transtornos estudados, incluindo transtornos de humor, transtornos de ansiedade e transtorno por uso de substâncias psicoativas, resultados da literature e que também foram encontrados neste estudo.²³⁻²⁷

Na Europa, foi realizada uma pesquisa com mais de 17.000 idosos classificados entre os que nunca fumaram, ex-fumantes e fumantes, com avaliações cognitivas anuais ao longo de 2 a 3 anos. Os resultados mostraram uma clara relação entre o consumo de cigarro e o ritmo de declínio cognitivo, ou seja, quanto mais cigarros consumidos por ano, maior era a queda no desempenho das funções cerebrais entre as avaliações.²⁸ Outra análise, realizada por pesquisadores australianos, de mais de 19 estudos que associavam o tabagismo com demência e declínio cognitivo confirma essas evidências. Além dos fumantes demonstrarem uma maior queda no desempenho cognitivo ao longo do tempo, eles também apresentam um maior risco de demência e de doença de Alzheimer.²⁹ Este estudo encontrou uma associação negativa entre tabagismo atual e demência (22,6%) e que idosos com esse diagnóstico param de fumar mais (80,6%), com 1,4 vezes maior prevalência para terem parado de fumar se comparados aos idosos sem demência. Esses resultados, provavelmente, devem-se ao fato de o idoso, demenciado, ter diminuída a sua funcionalidade, além da autonomia, o que lhe desfavoreceria ao ato de fumar. Além disso, tabagistas longevos possuem um maior número de comorbidades clínicas, o que, possivelmente, ocasiona, como consequência, em uma maior incidência de óbitos.³⁰⁻³²

Assim como o tabagismo, o alcoolismo na terceira idade fica agravado devido ao fato de ser ignorado por médicos e serviços de saúde pública que estão mais

preocupados com o alcoolismo entre jovens, sendo a associação entre álcool e tabaco um problema de saúde pública cada vez maior.³³⁻³⁵ Entre 80 e 95% dos alcoólatras fumam, uma proporção três vezes maior do que a população em geral, dado que se pauta com os achados neste estudo, no qual houve relação positiva entre tabagismo ao longo da vida e dependência de álcool atual (95,8%) e dependência de álcool ao longo da vida (87,1%). Além disso, Idosos com diagnóstico de dependência de álcool atual (64,7%) e ao longo da vida (65,5%) não conseguiram parar de fumar em maior proporção se comparados aos idosos sem esses diagnósticos. Esses dados se explicam, muito provavelmente, pelo fato de ambas as substâncias terem o potencial de causar dependência cruzada, reforçando a dependência uma da outra.³⁵⁻³⁸ Desse modo, aqueles que desenvolvem dependência para o álcool, o fazem também para o tabaco e vice-versa. O resultado encontrado neste estudo é ratificado pelos dados encontrados na literatura, em que já se sabe que as taxas de abandono do tabagismo entre os fumantes com dependência de álcool e outras substâncias são significativamente mais baixas do que os fumantes sem essa história.³⁶⁻⁴⁰

Analisando os transtornos de humor, idosos com risco de suicídio possuem 1,3 vez maior a prevalência de apresentarem tabagismo na vida, se comparados com idosos sem risco de suicídio, resultado ratificado pela literatura, em que já se sabe que fumar aumenta o risco de suicídio.^{41,42} A razão de chances de fazer uma tentativa de suicídio de um fumante é de 2,0 em comparação com a de um não fumante.^{43,44} Já idosos com transtorno do humor bipolar apresentam 1,6 vezes maior a prevalência de tabagismo na vida. O tabagismo pode, por exemplo, auxiliar na “automedicação” de sentimentos de tristeza ou humor eufórico.^{45,46} Os níveis de depressão podem influenciar, em uma relação de causalidade direta, os níveis subsequentes de consumo de tabaco.⁴³ Outra hipótese é que o uso de nicotina interfere nos sistemas neuroquímicos (neuroreguladores como acetilcolina, dopamina e norepinefrina), que, por seu turno, afetam circuitos neurais, tais como mecanismos reforçadores associados à regulação de humor, já reconhecidamente envolvidos na fisiopatologia tanto dos transtornos depressivos quanto no transtorno do humor bipolar.⁴⁴⁻⁴⁶ 67,0% dos idosos com diagnóstico de episódio depressivo maior ao longo da vida não conseguiram parar de fumar, dado de acordo com os

resultados encontrados na literatura.^{47,48} Está comprovado que a probabilidade de abandono do tabagismo é reduzida em pacientes com transtornos depressivos.^{49,50} Sabe-se que fumantes com histórico de depressão correm mais risco de recaídas durante o período de abstinência, em comparação a fumantes sem o mesmo histórico, pois a nicotina ajuda a manter a homeostase interna.^{51,52} Além disso, os idosos tabagistas deprimidos podem fumar para aliviar seus sintomas e, dessa forma, reforçam o desejo de fumar, tendo menor possibilidade de sucesso em suas tentativas de parar de fumar.⁵³⁻⁵⁵

Além da conhecida relação entre o tabagismo e o transtorno depressivo que parece levar a uma continuação do hábito de fumar, estudos recentes demonstraram uma forte relação entre transtornos ansiosos e tabagismo.^{56,57} Sonntag e colaboradores, em um estudo prospectivo de 4 anos, investigou as associações entre transtornos ansiosos e tabagismo a fim de verificar se a fobia levava ao uso do tabaco e ao desenvolvimento de dependência de nicotina.⁵⁸ Verificou-se que a fobia estava importantemente associada à dependência de nicotina, corroborando o achado deste estudo, com 28,4% de tabagismo atual para fobia específica e 26,9% para fobias agrupadas e no qual idosos com fobias agrupadas apresentam 1,5 vezes maior a prevalência de tabagismo atual, se comparados a idosos sem fobias. Além disso, foi visto que idosos com fobia específica (65,4%) e fobias agrupadas (66,4%) não conseguiram parar de fumar em maior proporção se comparados aos idosos sem esses diagnósticos. Da mesma forma, idosos com diagnóstico de qualquer transtorno de ansiedade (66,7%) não conseguiram parar de fumar em maior proporção se comparados aos idosos sem esse diagnósticos. Provavelmente, isso se deve ao fato de a nicotina interferir no funcionamento neuroendócrino e, desta forma, influenciar o quadro psicopatológico. Possivelmente, os idosos com ansiedade sentem-se bem fumando, porque a nicotina é ansiolítica e contribui para o alívio dos sintomas.^{59,60}

CONCLUSOES

Idosos do sexo masculino, com baixa renda e menor faixa etária compõe o perfil do paciente encontrado com maior prevalência neste estudo. Os transtornos de humor, como episódio depressivo maior na vida, risco de suicídio e transtorno do

humor bipolar, alguns dos transtornos de ansiedade, como as fobias agrupadas e específica, além dos transtornos de uso de substância psicoativa (dependência de álcool atual e na vida) foram aqueles que apareceram neste estudo como as comorbidades mais freqüentemente associadas ao tabagismo na terceira idade.

A presença de comorbidade psiquiátrica em tabagistas é um dos fatores que pode comprometer a eficácia das diversas modalidades de intervenção terapêutica, sendo fundamental o correto diagnóstico das patologias envolvidas.⁶¹⁻⁶⁵ Dessa forma, programas específicos para redução e/ou cessação do tabagismo para população idosa deveriam considerar os resultados deste estudo, que, portanto, pode orientar políticas públicas de promoção à saúde e prevenção do tabagismo, de acordo com os dados encontrados.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Projeção da População Brasileira: População por Sexo e Grupos de Idade*; 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm
2. Oliveira AF, Valente JG, Leite IC. Aspects of tobacco attributable mortality: systematic review. *Revista de Saúde Pública* 2008; 42 (2).
3. World Health Organization (WHO): *What are the public health implications of global aging?* Geneva: World Health Organization; 2011. Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/42/en/index.html>
4. Acioli M, Feitosa MFM. Prevalência de tabagismo entre pacientes portadores de transtorno mental em tratamento ambulatorial. *Jornal Brasileiro de Dependência Química* 2004; 5 (1): 19-26.
5. Black DW, Zimmerman M, Coryell WH. Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists* 1999; 11: 129-136.
6. Breslau N, Novak SP, Kessler RC. Psychiatric Disorders and stages of Smoking. *Biological Psychiatry* 2004; 55: 69-76
7. Dierker LC, Avenevoli S, Merikangas KR, Flaherty BP, Stoltz M. Association between psychiatric disorders and the progression of tobacco use behaviors. *Journal*

of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2001; 40 (10): 1159-1167.

8. Glassman AH. Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *The American Journal of Psychiatry* 1993; 150: 546-53.

9. Federman EB, Costello EJ, Angold A, Farmer EMZ, Erkanli A. Development of substance use and psychiatric comorbidity in an epidemiologic study of white and American Indian young adolescents: the Great Smoky Mountains Study. *Drug and Alcohol Dependence* 1997; 44: 69-78.

10. Grant BF, Hasin DS, Chou SP, Stinson FS, Dawson DA. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry* 2004; 61 (11): 1107-15.

11. Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS. Diretrizes para cessação do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2004;30(Spp 2):58

12. Peixoto SV, Firmo JOA, Lima CMF. Health conditions and smoking among older adults in two communities in Brazil (The Bambuí and Belo Horizonte Health Surveys). *Caderno de Saúde Pública*. 2006;22 (9):1925-34

13. Brasil. Vigitel Brasil 2006. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 92p. [Acesso em 20/03/2013]. Disponível em: URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_vigitel_2006_marco_2013.pdf.

14. Oliveira AF, Valente JG, Leite IC. Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*. 2008; 2(2): 335-45.

15. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of strong decline in the prevalence of smokers in Brasil (1989-2003). *Bulletin of the World Health Organization*. 2007; 85(7):527-34.

16. Saueressig S, Hekman P, Consoni P, Menezes HS. Prevalência de tabagismo em idosos atendidos pelo Programa de Saúde da Família em Camaquã - RS. *Revista da AMRIGS*. 2007; 51(3): 173-79.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003*. 2004.

18. Husten CG, Shelton DM, Chrismon JH, Lin YC, Mowery P, Powell FA. Cigarette smoking and smoking cessation among older adults: United States, 1965-94. *Tob Control Autumn*. 1997; 6(3):175-80.
19. Oliveira AF, Valente JG, Leite IC. Aspects of tobacco attributable mortality: systematic review. *Revista de Saúde Pública*. 2008; 42 (2).
20. Pinto M, Ugá MAD. The cost of tobacco-related diseases for Brazil's Unified National Health System. *Caderno de Saúde Pública*. 2010; 26 (6).
21. Oliveira AF, Valente JG, Leite IC. Aspects of tobacco attributable mortality: systematic review. *Revista de Saúde Pública*. 2008; 42 (2).
22. Peixoto SV, Firmo JOA, Lima CMF. Health conditions and smoking among older adults in two communities in Brazil (The Bambuí and Belo Horizonte Health Surveys). *Caderno de Saúde Pública*. 2006;22 (9):1925-34
23. Breslau N. Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behavior Genetics* 1995; 25 (2): 95-101.
24. Colsher PL, Wallace RB, Pomrehn PR, Lacroix AZ, Cornoni-Huntley J, Blazer D, Scherr PA, Berkman L, Hennekens CH. Demographic and health characteristics of elderly smokers: results from established populations for epidemiologic studies of the elderly. *American Journal Prevalence Medicine* 1990; Mar-Apr,6(2):61-70.
25. Farrell M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Lewis G, Marsden J, Taylor C, Heltzer H. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity: results of a national household survey. *British Journal of Psychiatry* 2001; 179: 432-437.
26. Marinho V, Blay SL, Andreoli SB. A prevalence study of current tobacco smoking in later life community and its association with sociodemographic factors, physical health and mental health status. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2008; 43.
27. Lopes FL, Nascimento I, Zin WA, Valença AM, Mezzasalma MA, Figueira I, Nardi AE. Smoking and psychiatric disorders: a comorbidity survey. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 2002; 35 (8): 961-967.

28. Bottino CMC. Differential diagnosis between dementia and psychiatric disorders: Diagnostic criteria and supplementary exams. *Dement Neuropsychol* 2011; 5(4): 288-296.
29. Dukart J, Schroeter ML, Mueller K. Age correction in dementia—matching to a healthy brain. *PLoS One* 2001; 6: e22193.
30. Herrera JR, Caramelli P, Silveira AS, Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2002; 16(2):103-108.
31. Machado JC, Ribeiro R de CL, Cotta RMM, Leal PF da G. Cognitive decline of aged and its association with epidemiological factors in the city of Viçosa, Minas Gerais. *Rev Bras Geriatr E Gerontol* 2011; Mar; 14(1): 109–21
32. Prince M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Rodriguez JLL. Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *The Lancet* 2012; Jul; 380(9836): 50–8.
33. Breslau N, Davis GC, Schultz LR. Posttraumatic stress disorder and incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Archives of General Psychiatry* 2003; 60 (3): 289-294.
34. Chaieb J, Castellarin C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução as grandes dependências humanas. *Revista de Saúde Pública* 1998; 32 (3): 246-254.
35. Grant BF, Hasin DS, Chou SP, Stinson FS, Dawson DA. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archive of General Psychiatry* 2004; 61 (11): 1107-15.
36. Jackson KM, Sher KJ, Wood PK. Trajectories of concurrent substance use disorders: a developmental, typological approach to comorbidity. *Alcoholism clinical and Experimental Research* 2000; 24: 902-911.
37. Kalman D, Morissette SB, George TP. Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *American Journal of Addict* 2005; 14:106-23.

38. Kandel DB, Huang FY, Davies M. Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. *Drug and Alcohol Dependence* 2001; 64: 213-241.
39. Keyes KM, Martins SS, Blanco C, Hasin DS. Telescoping and gender differences in alcohol dependence: new evidence from two national surveys. *American Journal of Psychiatry* 2010; 167, 969– 976.
40. Orford J. Em busca de uma síntese no estudo da natureza da dependência de drogas: enfrentando as complexidades. *A natureza da dependência de drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994. (pp. 252).
41. Ciulla L, Nogueira EL, Gomes I, Levi-Tres G, Engroff P, Ciulla V, Cataldo-Neto A. Suicide risk in the elderly: Data from Brazilian public health care program. *Journal of Affective Disorders*. 2013
42. John U, Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U. Depressive disorders are related to nicotine dependence in the population but do not necessarily hamper smoking cessation. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2004; 65 (2): 169-76.
43. Laje RP, Berman JA, Glassman AH. Depression and nicotine: preclinical and clinical evidence for common mechanisms. *Current Psychiatry Reports* 2001; 3 (6): 470-474.
44. Malone KM, Waternaux C, Haas GL, Cooper TB, Li S, Mann JJ. Cigarette smoking, suicidal behavior, and serotonin function in major psychiatric disorders. *The American Journal of Psychiatry* 2003; 160 (4): 773-9.
45. Michelon L, Vallada H. Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. *Rev psiquiat clín* 2013; São Paulo.
46. Moreira, CLRL, Brietzke E, Lafer B. Comorbidades médicas em pacientes ambulatoriais com transtorno do humor bipolar tipo I. *Rev Psiq Clín* 2011; V.38,n.6
47. Breslau N, Peterson EL, Schultz LR, Chilcoat HD, Andreski P. Major depression and stages of smoking: a longitudinal investigation. *Archives of General Psychiatry* 1998; 55: 161-166.
48. Brown RA, Lewinsohn PM, Seeley JR, Wagner EF. Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996; 35: 1602-1610.

49. Choi WS, Patten CA, Gillin JC, Kaplan RM, Pierce JP. Cigarette smoking predicts development of depressive symptoms among US adolescents. *Annals of Behavioral Medicine* 1997; 19: 42-50
50. Fergusson NR, Goodwin RD, Horwood LJ. Major depression and cigarette smoking: result of a 21-year longitudinal study. *Psychological Medicine* 2003; 33: 1357-1367.
51. Fernandes M das GM, Nascimento NF de S, Costa KN de FM. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Rev Rede Enferm Nord* 2013: 11(1).
52. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE, Johnson J. Smoking, smoking cessation and major depression. *JAMA* 1990 264 (12): 1546-1549.
53. Ludman EJ, Curry SJ, Grothaus LC, Graham E, Stout J, Lozano P. Depressive symptoms, stress, and weight concerns among African American and European American low-income female smokers. *Psychology of Addictive Behaviors* 2002; 16: 68-71.
54. Murphy JM, Horton NJ, Monson NML. Cigarette smoking in relation to depression: historical trends the Stirling County Study. *The American Journal of Psychiatry* 2003; 160 (9): 1663.
55. Paperwalla KN, Levin TT, Weiner J, Saravay SM. Smoking and depression. *The Medical Clinics of North America* 2004; 88 (6): 1483-1494.
56. Patton GC, Carlin JB, Coffey C, Wolfe R, Hibbert M, Bowes G. Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. *American Journal of Public Health* 1998; 88: 1518-1522.
57. Isensee B. Smoking increases the risk of panic: findings from a prospective community study. *Archives of General Psychiatry* 2003; 60 (7): 692-700.
58. Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen S, Brook JS. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA* 2000; 284 (18): 2348-2351.
59. Kirmizioglu Y, Dogan O, Kugu N. Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *Int. Journal of Geriatric Psychiatry* 2009; 24: 1026-1033.

60. Takemura Y, Kanuma M, Kikuchy S, Inaba Y. Cross-sectional study on the relationship between smoking or smoking cessation and trait anxiety. *Preventive Medicine* 1999; 29: 496-500.
61. Carvalho AA, Gomes L, Loureiro AML. Smoking in elderly patients admitted to long-term care facilities. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2010; 36 (3).
62. De Boni R, Pechansky F. Prevalência de tabagismo em uma unidade de internação psiquiátrica de Porto Alegre. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 2003; 23 (3): 475-478.
63. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU. Smoking cessation guidelines 2008. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2008; 34(10):845-880.
64. Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2003; 30 (6): 121-128.
65. Salin-Pascual RJ, Alcocer-Castillejos NV, Alejo-Galarza G. Nicotine dependence and psychiatric disorders. *Revista de Investigación Clínica* 2003; 55 (6): 677-93.

TABELAS

Tabela 1. Características sócio-demográficas associadas com o tabagismo atual e o tabagismo na vida em idosos, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015 (N=580 idosos).

VARIÁVEL	População N(%)	Tabagismo atual		Tabagismo na vida	
		%	P*	%	P*
Sexo					
feminino	370 (63,8)	18,4	0,051	45,7	<0,001
masculino	210 (36,2)	25,2		73,3	
Faixa etária					
60 a 69	366 (63,1)	24,0	0,009	57,7	0,157
70 a 79	168 (29,0)	16,7		53,6	
80 ou +	46 (7,9)	10,9		47,8	
Escolaridade					
0 a 3	255 (44)	20,8	0,692	58,8	0,069
4 a 7	234 (40,3)	22,2		55,6	
8 ou +	91 (15,7)	17,6		47,3	
Raça					
branco	372 (65,3)	21,0	0,950	54,6	0,155
negros	79 (13,9)	22,8		57,0	
pardos	104 (18,2)	19,2		62,5	
outros	15 (2,6)	20,0		33,3	
Estado civil					
solteiro	98 (17,1)	22,4	0,556	65,3	0,011
casado	217 (37,9)	21,2		56,7	
viuvo	93 (16,2)	24,7		61,3	
separado	165 (28,8)	17,6		46,1	
Vive com companheiro					
não	297 (52,0)	22,9	0,251	53,9	0,318
sim	274 (48,0)	19,0		58,0	
Renda**					
sem renda	45 (8,2)	28,9	0,007	53,3	0,046
até 1SM	307 (56,2)	23,1		60,6	
até 2SM	156 (28,6)	16,0		54,5	
mais de 2SM	38 (7,0)	10,5		36,8	

Dados categóricos apresentados pelo n (%) e comparados pelo teste Exato de Fisher. * Teste do qui-quadrado **Salário Mínimo (SM) = R\$ 678,00

Tabela 2. Características sócio-demográficas associadas com o ato de parar de fumar em idosos, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015 (N=580 idosos).

VARIÁVEL	População N(%)	Parou de fumar	
		%	P*
Sexo			
feminino	169 (52,3)	59,8	0,280
masculino	154 (47,7)	65,6	
Faixa etária			
60 a 69	211 (65,3)	58,3	0,023
70 a 79	90 (27,9)	68,9	
80 ou +	22 (6,8)	77,3	
Escolaridade			
0 a 3	150 (46,4)	64,7	0,612
4 a 7	130 (40,2)	60,0	
8 ou +	43 (13,3)	62,8	
Raça			
branco	203 (63,8)	61,6	0,470
negros	45 (14,2)	60,0	
pardos	65 (20,4)	69,2	
outros	5 (1,6)	40,0	
Estado civil			
solteiro	64 (20)	65,6	0,924
casado	123 (38,4)	62,6	
viuvo	57 (17,8)	59,6	
separado	76 (23,8)	61,8	
Vive com companheiro			
não	160 (50,2)	57,5	0,071
sim	159 (49,8)	67,3	
Renda**			
sem renda	24 (7,8)	45,8	0,028
até 1SM	186 (60,2)	61,8	
até 2SM	85 (27,5)	70,6	
mais de 2SM	14 (4,5)	71,4	

Dados categóricos apresentados pelo n (%) e comparados pelo teste Exato de Fisher. * Teste do qui-quadrado **Salário Mínimo (SM) = R\$ 678,00

Tabela 3 - Associações dos transtornos mentais e cognitivos com o tabagismo atual e o tabagismo na vida em idosos, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015 (N=580 idosos).

VARIÁVEL	População N(%)	Tabagismo atual		Tabagismo na vida	
		%	p	%	p
Demência					
não	501 (87,4)	22,6	0,012	56,5	0,300
sim	72 (12,6)	9,7		50,0	
Déficit cognitivo					
não	255 (44,5)	19,2	0,363	51,8	0,092
sim	318 (55,5)	22,3		58,8	
A- Episódio Depressivo Maior Atual					
não	485 (83,6)	20,6	0,744	56,3	0,512
sim	95 (16,4)	22,1		52,6	
A- Episódio Depressivo Maior na Vida					
não	357 (61,6)	19,3	0,250	58,5	0,080
sim	223 (38,4)	23,3		51,1	
B- Transtorno Distímico Atual					
não	540 (93,1)	21,1	0,588	55,9	0,674
sim	40 (6,9)	17,5		52,5	
B- Transtorno Distímico na Vida					
não	528 (91,0)	20,8	0,957	55,3	0,550
sim	52 (9,0)	21,2		59,6	
C- Risco de Suicídio					
não	501 (86,4)	20,8	0,877	54,7	0,223
sim	79 (13,6)	21,5		62,0	
C- Risco de Suicídio moderado ou elevado					
não	551 (95,0)	21,1	0,622	55,7	0,954
leve	29 (5,0)	17,2		55,2	
D- Episódio Maníaco e Hipomaniaco Atual					
não	563 (97,1)	20,8	0,784	55,6	0,792
sim	17 (2,9)	23,5		58,8	
D- Episódio Maníaco e Hipomaniaco na Vida					
não	544 (93,8)	20,6	0,528	55,5	0,742
sim	36 (6,2)	25,0		58,3	
E- Transtorno de pânico					
não	543 (93,6)	20,8	0,906	56,5	0,115
sim	37 (6,4)	21,6		43,2	
F- Agorafobia					
não	513 (88,4)	20,5	0,518	55,6	0,857
sim	67 (11,6)	23,9		56,7	
G- Fobia Social					
não	555 (95,7)	20,4	0,161	55,5	0,657
sim	25 (4,3)	32,0		60,0	
H- Fobia Específica					
não	471 (81,2)	19,1	0,031	55,2	0,623
sim	109 (18,8)	28,4		57,8	
I- Transtorno Obsessivo-Compulsivo Atual					
não	573 (98,8)	20,8	0,614	55,8	0,492
sim	7 (1,2)	28,6		42,9	
J- Transtorno de Estresse Pós-traumático Atual					
não	562 (96,9)	20,5	0,186	55,9	0,622
sim	18 (3,1)	33,3		50,0	

Dados comparados pelo teste exato de Fischer.

Tabela 3 - Associações dos transtornos mentais e cognitivos com o tabagismo atual e o tabagismo na vida em idosos, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015 (N=580 idosos).

VARIÁVEL	População N(%)	Tabagismo atual		Tabagismo na vida	
		%	p	%	p
Dependência de álcool atual					
não	556 (95,9)	19,1	<0,001	54,0	<0,001
sim	24 (4,1)	62,5		95,8	
Dependência de álcool na vida					
não	495 (85,3)	17,4	<0,001	50,3	<0,001
sim	85 (14,7)	41,2		87,1	
L- Dependência de outra substância					
não	573 (99,0)	20,4	0,107	55,3	0,234
sim	6 (1,0)	50,0		83,3	
M- Transtorno Psicótico Atual					
não	567 (97,8)	21,2	0,320	56,1	0,206
sim	13 (2,2)	7,7		38,5	
M- Transtorno Psicótico na Vida					
não	566 (97,6)	21,2	0,320	56,0	0,328
sim	14 (2,4)	7,1		42,9	
P- Transtorno de Ansiedade Generalizada Atual					
não	516 (89,0)	20,3	0,388	55,2	0,529
sim	64 (11,0)	25,0		59,4	
Q- Transtorno de personalidade anti-social ao longo da vida					
não	576 (99,3)	20,7	0,194	55,6	0,633
sim	4 (0,7)	50,0		75,0	
R- Transtorno somatização Atual					
não	577 (99,5)	20,8	0,505	55,8	0,587
sim	3 (0,5)	33,3		33,3	
S- Hipocondria Atual					
não	563 (97,1)	20,4	0,138	55,4	0,448
sim	17 (2,9)	35,3		64,7	
T- Transtorno Dismórfico Corporal Atual					
não	577 (99,5)	21,0	1,000	56,0	0,086
sim	3 (0,5)	0,0		0,0	
U- Transtorno Doloroso Atual					
não	544 (93,8)	20,2	0,139	55,0	0,171
sim	36 (6,2)	30,6		66,7	
X- TAB					
não	567 (97,8)	20,5	0,158	55,2	0,119
sim	13 (2,2)	38,5		76,9	
Qualquer Transtornos de Ansiedade					
não	365 (62,9)	18,4	0,053	55,1	0,695
sim	215 (37,1)	25,1		56,7	
Fobias					
não	413 (71,2)	18,4	0,022	54,7	0,460
sim	167 (28,8)	26,9		58,1	

Dados comparados pelo teste exato de Fischer.

Tabela 4 - Associações dos transtornos mentais e cognitivos com o ato de parar de fumar em idosos, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015 (N=580 idosos).

VARIÁVEL	População N(%)	Parou de fumar	
		%	p
Demência			
não	283 (88,7)	60,1	0,017
sim	36 (11,3)	80,6	
Déficit cognitivo			
não	132 (41,4)	62,9	0,878
sim	187 (58,6)	62,0	
A- Episódio Depressivo Maior Atual			
não	273 (84,5)	63,4	0,471
sim	50 (15,5)	58,0	
A- Episódio Depressivo Maior na Vida			
não	209 (64,7)	67,0	0,025
sim	114 (35,3)	54,4	
B- Transtorno Distímico Atual			
não	302 (93,5)	62,3	0,686
sim	21 (6,5)	66,7	
B- Transtorno Distímico na Vida			
não	292 (90,4)	62,3	0,811
sim	31 (9,6)	64,5	
C- Risco de Suicídio			
não	274 (84,8)	62,0	0,664
sim	49 (15,2)	65,3	
C- Risco de Suicídio moderado ou elevado			
não	307 (95)	62,2	0,599
leve	16 (5)	68,8	
D- Episódio Maníaco e Hipomaniaco Atual			
não	313 (96,9)	62,6	1,000
sim	10 (3,1)	60,0	
D- Episódio Maníaco e Hipomaniaco na Vida			
não	302 (93,5)	62,9	0,597
sim	21 (6,5)	57,1	
E- Transtorno de pânico			
não	307 (95)	63,2	0,288
sim	16 (5)	50,0	
F- Agorafobia			
não	285 (88,2)	63,2	0,529
sim	38 (11,8)	57,9	
G- Fobia Social			
não	308 (95,4)	63,3	0,193
sim	15 (4,6)	46,7	
H- Fobia Específica			
não	260 (80,5)	65,4	0,032
sim	63 (19,5)	50,8	
I- Transtorno Obsessivo-Compulsivo Atual			
não	320 (99,1)	62,8	0,559
sim	3 (0,9)	33,3	
J- Transtorno de Estresse Pós-traumático Atual			
não	314 (97,2)	63,4	0,085
sim	9 (2,8)	33,3	

Dados comparados pelo teste exato de Fischer.

Tabela 4 - Associações dos transtornos mentais e cognitivos com o ato de parar de fumar em idosos, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015 (N=580 idosos).

VARIÁVEL	População N(%)	Parou de fumar	
		%	p
Dependência de álcool atual			
não	300 (92,9)	64,7	0,004
sim	23 (7,1)	34,8	
Dependência de álcool na vida			
não	249 (77,1)	65,5	0,046
sim	74 (22,9)	52,7	
L- Dependência substância			
não	317 (98,4)	63,1	0,365
sim	5 (1,6)	40,0	
M- Transtorno Psicótico Atual			
não	318 (98,5)	62,3	0,654
sim	5 (1,5)	80,0	
M- Transtorno Psicótico na Vida			
não	317 (98,1)	62,1	0,416
sim	6 (1,9)	83,3	
P- Transtorno de Ansiedade Generalizada Atual			
não	285 (88,2)	63,2	0,529
sim	38 (11,8)	57,9	
Q- Transtorno de personalidade anti-social ao longo da vida			
não	320 (99,1)	62,8	0,559
sim	3 (0,9)	33,3	
R- Transtorno somatização Atual			
não	322 (99,7)	62,7	0,375
sim	1 (0,3)	0,0	
S- Hipocondria Atual			
não	312 (96,6)	63,1	0,342
sim	11 (3,4)	45,5	
T- Transtorno Dismórfico Corporal Atual			
não	323 (100)	62,5	---
sim	0 (0,0)	---	
U- Transtorno Doloroso Atual			
não	299 (92,6)	63,2	0,378
sim	24 (7,4)	54,2	
X- TAB			
não	313 (96,9)	62,9	0,510
sim	10 (3,1)	50,0	
Qualquer Transtornos de Ansiedade			
não	201 (62,2)	66,7	0,049
sim	122 (37,8)	55,7	
Fobias			
não	226 (70,0)	66,4	0,030
sim	97 (30,0)	53,6	

Dados comparados pelo teste exato de Fischer.

Tabela 5 - Regressão de Poisson de prevalência ajustada para presença de tabagismo atual em idosos, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015 (N=580 idosos).

VARIÁVEL	RP*	IC 95%	P
Sexo			
Feminino	1		
Masculino	1,5	1,1 - 2,2	0,025
Renda			
sem renda	1		
até 1SM	0,9	0,6 - 1,4	0,656
mais de 1 e até 2SM	0,5	0,3 - 0,9	0,020
mais de 2SM	0,4	0,1 - 0,9	0,037
Demência			
não	1		
sim	0,3	0,2 - 0,7	0,003
Dependência de álcool atual			
não	1		
sim	2,8	1,7 - 4,4	<0,001
Fobias			
não	1		
sim	1,5	1,1 - 2	0,023

RP: Razão de prevalência, IC95%: Intervalo de 95% de confiança.
 * Modelo tendo como variável de resposta a presença de tabagismo atual e como variáveis explicativas sexo, renda, demência, dependência de álcool atual e fobias.

Tabela 6 - Regressão de Poisson de prevalência ajustada para presença de tabagismo na vida em idosos, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015 (N=580 idosos).

VARIÁVEL	RP*	IV 95%	P
Sexo			
não	1		
sim	1,5	1,3 - 1,8	<0,001
Estado civil			
solteiro	1		
casado	0,8	0,6 - 0,9	0,002
viuvo	0,9	0,7 - 1,1	0,164
separado	0,8	0,6 - 1	0,020
Risco de Suicídio			
não	1		
sim	1,3	1,1 - 1,5	0,009
Dependência de álcool na vida			
não	1		
sim	1,4	1,2 - 1,6	<0,001
Transtorno do humor bipolar			
não	1		
sim	1,6	1,2 - 2,1	0,003

RP: Razão de prevalência, IC95%: Intervalo de 95% de confiança.
 * Modelo tendo como variável de resposta a presença de tabagismo na vida e como variáveis explicativas sexo, estado civil, risco de suicídio, dependência de álcool na vida e transtorno do humor bipolar.

Tabela 7 - Regressão de Poisson de prevalência ajustada para o ato de parar de fumar em idosos, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015 (N=580 idosos).

VARIÁVEL	RP*	IV 95%	P
Demência			
não	1		
sim	1,4	1,2 - 1,7	<0,001
Episódio depressivo maior na vida			
não	1		
sim	0,8	0,7 - 1,0	0,025
Dependência de álcool atual			
não	1		
sim	0,5	0,3 - 1,0	0,036

RP: Razão de prevalência, IC95%: Intervalo de 95% de confiança.
 * Modelo tendo como variável de resposta o ato de parar de fumar e como variáveis explicativas demência, episódio depressivo maior na vida e dependência de álcool atual.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi encontrando, ainda, neste estudo, uma tendência de idosos com escolaridade de 8 anos ou mais ter menor frequência de tabagismo na vida ($p=0,069$), não havendo associação com tabagismo atual, nem com parar de fumar. Da mesma maneira para idosos com episódio depressivo maior na vida, que possuem uma tendência também a ter um pouco menos de tabagismo na vida ($p=0,080$).

Já idosos com diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático atual possuem uma tendência a parar menos de fumar ($p=0,085$), mas o tamanho amostral é pequeno, assim como portadores de hipocondria atual, que apresentaram tamanho amostral insuficiente para conclusões. Os com transtorno doloroso atual e transtorno do humor bipolar apresentaram tamanho amostral insuficiente para conclusões, mas poderiam ter tendência a maior tabagismo na vida e atual.

Pacientes com transtorno de ansiedade generalizada atual, risco de suicídio moderado ou elevado, episódio maníaco e hipomaníaco na vida, transtorno de pânico, agoraphobia e fobia social não apresentaram associação com tabagismo ou com o ato de parar de fumar, pelo fato de o tamanho amostral ser pequeno.

Não houve tamanho amostral suficiente para conclusões sobre episódio maníaco e hipomaníaco na vida, mas parece não haver associação com tabagismo ou com o ato de parar de fumar. Da mesma forma, idosos com transtorno dismórfico corporal atual, transtorno somatização atual, transtorno de personalidade anti-social ao longo da vida, transtorno psicótico na vida transtorno psicótico atual, dependência substância e transtorno obsessivo-compulsivo atual apresentaram tamanho amostral insuficiente para conclusões

Na terceira idade o medo da morte, a solidão, a ansiedade gerada pela sensação de dependência, a tristeza pelas perdas, a falta de adaptação à aposentadoria, as frustrações de mais variadas causas assumem grande importância. Nesse aspecto, o tabagismo e os transtornos de humor e de ansiedade podem ter maior incidência e impacto na vida dos idosos.

Para se fazer qualquer planejamento estratégico visando-se à abordagem e controle do tabagismo em idosos, é necessário conhecer os motivos pelos quais os

idosos fumam, a influência do ambiente familiar, socioeconômico e cultural sobre eles, os aspectos da dependência nicotínica e as interrelações das comorbidades dependentes do tabaco, como fatores determinantes na manutenção da qualidade de vida. A partir desses conhecimentos, deve-se procurar de maneira criteriosa uma melhor estratégia de tratamento ao idoso fumante, pois supõe-se que os idosos, que reconhecem no tabagismo os efeitos negativos sobre a sua saúde, tenham um maior desejo de cessação desse hábito.

A abordagem da questão da comorbidade psiquiátrica oferece inúmeros benefícios aos pacientes. Apesar disso, poucas pesquisas têm sido realizadas sobre o tratamento do tabagismo entre esses pacientes. Sugere-se para esse grupo de pacientes a organização de programas de tratamento especialmente construídos para contemplar essa relação. E que o terapeuta focalize primeiramente o problema que está mais acessível à intervenção, tendo em mente que cada paciente pode estar em um estágio diferente para o(s) outro(s) problema(s).

8 CONCLUSÕES

Levando em conta as características sócio-demográficas e culturais (idade, sexo, cor/raça, estado civil, escolaridade, vive com companheiro, renda pessoal e familiar mensal), idosos do sexo masculino, com baixa renda e menor faixa etária compõe o perfil do paciente encontrado com maior prevalência neste estudo.

Foram identificadas associações entre o tabagismo e os transtornos mentais, sendo os transtornos de humor, como episódio depressivo maior na vida, risco de suicídio e transtorno do humor bipolar, alguns dos transtornos de ansiedade, como as fobias agrupadas e específica, além dos transtornos de uso de substância psicoativa (dependência de álcool atual e na vida) aqueles que apareceram neste estudo como as comorbidades mais freqüentemente associadas ao tabagismo na terceira idade.

O tabagismo é a principal causa de morte prevenível na maioria dos países, inclusive no Brasil. Parar de fumar é uma estratégia importante para reduzir a morbidade e mortalidade associada às doenças tabaco-relacionado. Os pacientes idosos muitas vezes não são encorajados a abandonarem o tabagismo, devido à idéia errada de que é tarde demais para tais intervenções. Para se fazer um adequado programa estratégico tendo em vista o enfoque e o controle do tabagismo em idosos, é imprescindível conhecer o perfil dos idosos que fazem uso do tabaco, bem como os as características daqueles que cessaram o tabagismo e a influência do ambiente familiar, socioeconômico e cultural sobre eles.

Pacientes idosos e profissionais de saúde deveriam, portanto, ser corretamente conscientizados sobre essas características, a fim de que se possa traçar planos terapêuticos de forma mais embasada, com o intuito de obter o êxito e os benefícios da cessação tabágica, melhorando, assim, a qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, M.; FEITOSA, M. F. de M. Prevalência de tabagismo entre pacientes portadores de transtorno mental em tratamento ambulatorial. *Jornal Brasileiro de Dependência Química*, 5 (1): 19-26, 2004.

ALLEGRI, R. F. et al. Economic impact of dementia in developing countries: an evaluation of costs of Alzheimer-type dementia in Argentina. *International Psychogeriatrics*, 19: 705-718, 2002.

ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. de C; FACCENDA, O. Depressive symptoms in the elderly: analysis of the items of the Geriatric Depression Scale. *Acta Paul Enferm*, 25 (4): 497–503, Jan. 2012

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*, 22:106-15, 2000.

Associação de Psiquiatria Americana. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4^a ed. Rev. – DSM-IV-TR™. Tradução de Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BLACK D. W.; ZIMMERMAN, M.; CORYELL, W. H. Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 11: 129-136, 1999.

BOTTINO, C. M. C. et al. Differential diagnosis between dementia and psychiatric disorders: Diagnostic criteria and supplementary exams. *Dement Neuropsychol*, 5(4): 288-296, 2011.

BOTTINO, C. M.; BLAY, S. L.; LAKS, J. *Diagnóstico e tratamento dos transtornos de humor em idosos*. São Paulo: Atheneu, 2012.

BOTTINO, C. M. Lessons from the epidemiology of neuropsychiatric disorders in olderpeople. *Arq Neuropsiquiatr*, 70(3):165-6, Mar. 2012.

BOUR, A. et al. The symptomatology of post-stroke depression: comparison of stroke and myocardial infarction patients. *International Journal of Geriatric and Psychiatry*, 24(10): 1134–42, 2009.

Brasil. Vigilatel Brasil 2011. *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 92p. [Acesso em 20/03/2013]. Disponível em: URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_vigitel_2011_marco_2013.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis*: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. 2004.

BRESLAU, N. Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behavior Genetics*, 25 (2): 95-101, 1995.

BRESLAU, N. et al. Major depression and stages of smoking: a longitudinal investigation. *Archives of General Psychiatry*, 55: 161-166, 1998.

BRESLAU, N.; Davis, G. C.; Schultz, L. R. Posttraumatic stress disorder and incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Archives of General Psychiatry*, 60 (3): 289-294, 2003.

BRESLAU, N.; Novak, S. P.; Kessler, R. C. Psychiatric Disorders and stages of Smoking. *Biological Psychiatry*, 55: 69-76, 2004.

BROWN, R. A. et al. Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 1602-1610, 1996.

CALATI, R. et al. Antidepressants in elderly: Metaregression of double-blind randomized clinical Trial. *J Affect Disord*, 2013.

CARRABBA, L. H. G. *Características psicométricas do Questionário para o Informante do Declínio Cognitivo no Idoso (IQCODE) em uma população de baixa renda e escolaridade do sul do Brasil*. 2014. 137 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul-PUCRS, Porto Alegre, 2014.

CABRIALES, J. A. et al. A randomized trial of a brief smoking cessation intervention in a light and intermittent Hispanic sample. *Experimental and clinical Psychopharmacology*, 20(5), 410-419, 2012.

COX, L. S. et al. Bupropion for smoking cessation in African American light smokers: A randomized controlled trial. *J Natl Cancer Inst*, 104(4), 290-298, 2012.

CUPERTINO, A. P. et al. *A Population-Based Survey of Tobacco Use Within a Model Chronic Disease Program in Brazil*. (Trabalho apresentando na Annual Meeting of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, Boston), 2013.

DIOS, M. A. et al. Project impact: A pharmacotherapy pilot trial investigating the abstinence and treatment adherence of Latino light smokers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43: 322-330, 2012.

CARVALHO, A. A.; GOMES, L.; LOUREIRO, A. M. L. Smoking in elderly patients admitted to long-term care facilities. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 36 (3), 2010.

HAYES, R.B.; BORRELLI, B. Differences between latin daily and heavier smokers in smoking attitudes, risk perceptions, and smoking cessation outcome. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(1), 103-111, 2013.

CARVALHO, A. A.; GOMES, L.; TAVARES, A. B. Tabagismo Em Idosos: Em Instituições Brasileiras de Longa Permanência. *Acta Medica Portuguesa*; 2010.

CASTRO, M. R. P.; MATSUO, T.; NUNES, S.O.V. Clinical characteristics and quality of life of smokers at a referral center for smoking cessation. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 36 (1), 2010.

CHAIEB, J.; CASTELLARIN, C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução as grandes dependências humanas. *Revista de Saúde Pública*, 32 (3): 246-254, 1998.

CHASSIN, L.; PRESSON, C.; SHERMAN, S.; KIM, K. Long-Term Psychological sequelae of Smoking Cessation and Relapse. *American Psychological Association*, 21 (5): 438-443, 2002.

CHOI, W. S. et al. Cigarette smoking predicts development of depressive symptoms among US adolescents. *Annals of Behavioral Medicine*, 19: 42-50, 1997.

CIULLA, L. et al. Suicide risk in the elderly: Data from Brazilian public health care program. *Journal of Affective Disorders*, 2013.

COLSHER, P. L. et al. Demographic and health characteristics of elderly smokers: results from established populations for epidemiologic studies of the elderly. *American Journal Prevalence Medicine*, 6 (2): 61-70, Mar./Apr. 1990.

CONTE, L. B. D.; SOUZA, L. N. A. Perfil epidemiológico do envelhecer com depressão. *Journal of Health and Science Inst*, 27(3), Jun. 2009.

COX, L. S. et al. Efficacy of Bupropion for Relapse Prevention in Smokers With and Without a Past History of Major Depression. *Journal of General Internal Medicine*, 19: 828-834, 2004.

DE BONI, R.; PECHANSKY, F. Prevalência de tabagismo em uma unidade de internação psiquiátrica de Porto Alegre. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 23 (3): 475-478, 2003.

DE SORDI, L. P. et al . Comorbidades em usuários de um serviço de saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Porto, Fev. 2015.

DEGENHARDT, L.; HALL, W. The relationship between tobacco use, substance-use, disorders and mental health: results from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 3 (3): 225-34, 2001.

DIERKER, L. C. et al. Association between psychiatric disorders and the progression of tobacco use behaviors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (10): 1159-1167, 2001.

DORSZEWSKA, J. Cell biology of normal brain aging: synaptic plasticity-cell death. *Aging Clin Exp Res*, 25(1): 25-34. Apr. 2013.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*, 46: 126–34, Dez. 2012.

FAGERSTROM, K. O. Measuring degrees of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3: 235-241, 1978.

FAGUNDES, L. G. da S. et al. Políticas de saúde para o controle do tabagismo na América Latina e Caribe: uma revisão integrativa. *Ciênc saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 499-510, Feb. 2014.

FARRELL, M. et al. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity: results of a national household survey. *British Journal of Psychiatry*, 179: 432-437, 2001.

FEDERMAN, E. B. et al. Development of substance use and psychiatric comorbidity in an epidemiologic study of white and American Indian young adolescents: the Great Smoky Mountains Study. *Drug and Alcohol Dependence*, 44: 69-78, 1997.

FERGUSON, N. R. et al. Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addictive Behaviors*, 28: 1203-1218, 2003.

FERGUSON, N. R.; GOODWIN, R. D.; HORWOOD, L. J. Major depression and cigarette smoking: result of a 21-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 33: 1357-1367, 2003.

FERNANDES, M. DAS G. M.; NASCIMENTO, N. F. DE S.; COSTA, K. N. DE F. M. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Rev Rede Enferm Nord*, 11(1), 2013.

FERNANDEZ, F.; LEVY, J. K.; LACHAR, B. L.; SMALL, G. W. The management of depression and anxiety in the elderly. *J Clin Psychiatry*, 56; 2:20-9, 1995.

FRAGA, S. Tabaco: Panaceia no Século XVI e Patologia no Século XX. *Acta Medica Portuguesa*, 2010.

GLASSMAN, A. H. Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *The American Journal of Psychiatry*, 150: 546-53, 1993.

GLASSMAN, A. H. et al. Smoking, smoking cessation, and major depression. *JAMA*, 264 (12): 1546-1549, 1990.

GRANT, B. F. et al. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61 (11): 1107-15, 2004.

GUNN, J. M. et al. The association between chronic illness, multimorbidity and depressive symptoms in an Australian primary care cohort. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiologic*, 47(2): 175–84, Fev. 2012.

HERRERA, J. R. et al. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 16(2): 103-108, 2002.

HOWARD, R. et al. Donepezil and memantine for moderate-to-severe Alzheimer's disease. *N Engl J Med*, 366 (10): 893-903, Mar. 2012.

HUGHES, J. R. Motivating and Helping Smokers to Stop Smoking. *Journal of General Internal Medicine*, 18: 1053-1057, 2003.

HUSTEN, C. G.; SHELTON, D. M.; CHRISMON, J. H.; LIN, Y. C.; MOWERY, P.; POWELL, F. A. Cigarette smoking and smoking cessation among older adults: United States, 1965-94. *Tob Control Autumn*, 6(3):175-80, 1997.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Projeção da População Brasileira: População por Sexo e Grupos de Idade*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm

Instituto Nacional do Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (COMPREV). Ministério da Saúde/Brasil. *Abordagem e Tratamento do Fumante*. Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 38p. II.

ISENSEE, B. et al. Smoking increases the risk of panic: findings from a prospective community study. *Archives of General Psychiatry*, 60 (7): 692-700, 2003.

JACKSON, K. M.; SHER, K. J.; WOOD, P. K. Trajectories of concurrent substance use disorders: a developmental, typological approach to comorbidity. *Alcoholism clinical and Experimental Research*, 24: 902-911, 2000.

JOHN, U.; MEYER, C.; RUMPF, H. J.; HAPKE, U. Depressive disorders are related to nicotine dependence in the population but do not necessarily hamper smoking cessation. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (2): 169-76, 2004.

JOHNSON, J. G.; COHEN, P.; PINE, D. S.; KLEIN, D. F.; KASEN, S.; BROOK, J. S. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA*, 8, 284 (18): 2348-2351, 2000.

KALMAN, D.; MORISSETTE, S. B.; GEORGE, T. P. Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *American Journal of Addict*, 14:106-23, 2005.

KANDEL, D. B.; HUANG, F. Y.; DAVIES, M. Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. *Drug and Alcohol Dependence*, 64: 213-241, 2001.

KEYES, K. M.; MARTINS, S. S.; BLANCO, C.; HASIN, D. S. Telescoping and gender differences in alcohol dependence: new evidence from two national surveys. *American Journal Psychiatry*, 167, 969– 976, 2010.

KIRMIZIOGLU, Y. et al. Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *Int Journal of Geriatric Psychiatry*, 24: 1026-1033, 2009.

LAJE, R. P.; BERMAN, J. A.; GLASSMAN, A. H. Depression and nicotine: preclinical and clinical evidence for common mechanisms. *Current Psychiatry Reports*, 3 (6): 470-474, 2001.

LEITÃO FILHO, F. S. et al. Random sample survey on the prevalence of smoking in the major cities of Brazil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35 (12), 2009.

LEMON, S. C.; FRIEDAMANN, P. D.; STEIN, M. D. The impact of smoking on drug abuse treatment outcome. *Addictive Behaviors*, 28 (7): 1323-1331, 2003.

LOPES, F. L. et al. Smoking and psychiatric disorders: a comorbidity survey. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 35 (8): 961-967, 2002.

LUDMAN, E. J. et al. Depressive symptoms, stress, and weight concerns among African American and European American low-income female smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16: 68-71, 2002.

MACHADO, J. C. et al. Cognitive decline of aged and its association with epidemiological factors in the city of Viçosa, Minas Gerais. *Rev Bras Geriatr E Gerontol*, Mar; 14(1): 109–21, 2011.

MALONE, K. M., et al. Cigarette smoking, suicidal behavior, and serotonin function in major psychiatric disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (4): 773-9, 2003.

MALTA, D. C. et al. Prevalence of smoking among adults residing in the Federal District of Brasília and in the state capitals of Brazil, 2008. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 36 (1), 2010.

MARINHO, V. et al. A prevalence study of current tobacco smoking in later life community and its association with sociodemographic factors, physical health and mental health status. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 2008.

MARINHO, V. et al. Tobacco use among the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Caderno de Saúde Pública*, 26 (12), 2010.

MARQUES, J. M. A.; ZUARDI, A. W. Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. *General Hospital Psychiatry*, 30:303-10, 2008.

MCCABE, R. E. et al. Smoking behaviors across anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 18 (1): 7-18, 2004.

MCKEE, S. A. et al. Sex differences in the effects of stressful life events on changes in smoking status. *Addiction*, 98: 847-855, 2003.

MICHELON, L.; VALLADA, H. Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. *Rev psiquiatr clín*, São Paulo; 2013.

MILLER-JOHNSON, S. et al. Comorbidity of conduct and depressive problems at sixth grade: substance use outcomes across adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26: 221-232, 1998.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF). Cadernos de Atenção Básica*, 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2006

MOREIRA, C. L. R. L.; BRIETZKE, E.; LAFER, B. Comorbidades médicas em pacientes ambulatoriais com transtorno do humor bipolar tipo I. *Rev Psiq Clín*, São Paulo. V.38,n.6, 2011.

MOURA, E. C. et al. Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 11(1): 20-37, 2008.

MURPHY, J. M.; HORTON, N. J.; MONSON, N. M. L. Cigarette smoking in relation to depression: historical trends the Stirling County Study. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (9): 1663, 2003.

NITRINI, R. et al. *Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil - Avaliação Cognitiva e Funcional*. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. Disponível em:

http://www.cadastro.abneuro.org/site/conteudo.asp?id_secao=15&id_conteudo=36&ds_secao=%DAltimos%20Resumos&ds_grupo=Neurologia%20Cognitiva%20e%20do%20Envelhecimento.

OLIVEIRA, A. F.; VALENTE, J. G.; LEITE, I. C. Aspects of tobacco attributable mortality: systematic review. *Revista de Saúde Pública*, 42 (2), 2008.

OLIVEIRA, M. S. *A eficácia da Entrevista Motivacional em alcoolistas*. Tese de doutorado. Programa de Doutorado em Ciências da Saúde, Universidade Paulista de Medicina. São Paulo, SP, 2001.

OLIVEIRA, R. M.; FUREGATO, A. R. F. Reducción del número de cigarrillos durante la hospitalización psiquiátrica: ¿intervención o sanción?. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 68, n. 1, p. 76-83, Feb. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde*. Ministério da Saúde, Brasília; 2011.

PATKAR, A. A. et al. Tobacco smoking current concepts in etiology and treatment. *Comment On Psychiatric*, 66 (3), 200-201, 2003.

PAPERWALLA, K. N. et al. Smoking and depression. *The Medical Clinics of North America*, 88 (6): 1483-1494, 2004.

9343-4163

PATTON, G. C. et al. Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. *American Journal of Public Health*, 88: 1518-1522, 1998.

PEDROSO, E. R. P.; OLIVEIRA, R. G. *Blackbook Clínica Médica*. Blackbook editora; 2007.

PELTZER, K.; MALAKA, D. W.; PHASWANA, N. Sociodemographic factors, religiosity, academic performance, and substance use among first-year university students in South Africa. *Psychoogicall Reports*, 91 (1): 105-113, 2002.

PINTO, M.; UGÁ, M. A. D. The cost of tobacco-related diseases for Brazil's Unified National Health System. *Caderno de Saúde Pública*, 26 (6), 2010.

POMERLEAU, C. S.; MARKS, J. L.; POMERLEAU, O. F. Who gets what symptom? Effects of psychiatric cofactors and nicotine dependence on patterns of smoking withdrawal symptomatology. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 2 (3): 275-80, 2000.

PRECIOSO, J. et al. Estado actual e evolução da epidemia tabágica em Portugal e na Europa, *Acta Medica Portuguesa*, 22(4):335-348, 2009.

PRINCE, M. et al. Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *The Lancet*, Jul; 380(9836): 50–8, 2012.

REICHERT, J. et al. Smoking cessation guidelines, 2008. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(10):845-880, 2008.

RONDINA, R. C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30 (6): 121-128, 2003.

SALIN-PASCUAL, R. J.; ALCOCER-CASTILLEJOS, N. V.; ALEJO-GALARZA, G. Nicotine dependence and psychiatric disorders. *Revista de Investigación Clínica*, 55 (6): 677-93, 2003.

SASS, A. et al. Depressão em idosos inscritos no programa de controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus; Depression in elderly enrolled in a control program for hypertension and diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*, 25(1):80–5, 2012.

SCHMITZ, N.; KRUSE, J.; KUGLER, J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 160 (9): 1670-6, 2003.

SERNACHE, E. R. F. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos residentes na cidade de Londrina, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13 (2), 2010.

SILVEIRA, D. X.; & JORGE, M. Co-morbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (3): 145-151, 1999.

STEVENS, A.; SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. Desigualdades de gênero na mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. *Ciência Amp Saúde Coletiva*, Out; 17(10): 2627–34, 2012.

TAKEMURA, Y. et al. Cross-sectional study on the relationship between smoking or smoking cessation and trait anxiety. *Preventive Medicine*, 29: 496-500, 1999.

TERCYAK, K. P.; AUDRAIN-MCGOVERN, J. Personality differences associated with experimentation among adolescents with and without comorbid symptoms of ADHD. *Substance Use and Misuse*, 38 (14): 1953-70, 2003.

TROEN, R. B. The biology of aging. *The Mount Sinai Journal Of Medicine*, 70(1): 3-22, 2003.

TURECKI, G. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. *Rev Bras Psiquiatr*, São Paulo, 2013.

TURNER, L. R. The role of depression in women's attempts to stop smoking. Dissertation-Abstracts-International: Section-B. *The Sciences and Engineering*, 62 (11-B), 5396, 2002.

ÜÇÖK, A. et al. Cigarette smoking among patients with schizophrenia and bipolar disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58 (4): 434-437, 2004.

ULRICH, L. E. F. et al. Early versus late-onset major depression in the elderly: a comparative study. *Pan American Journal of Aging Research*, 1(1):8-15, 2013.

UPADHYAYA, H. P. et al. Cigarette smoking and psychiatric comorbidity in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (11): 1294-305, 2002.

UNROD, M. et al. Smoking cessation efforts among substance abusers with and without psychiatric comorbidity. *Addictive Behaviors*, 29 (5): 1009-13, 2004.

WILENS, T. E., DODSON, W. A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (10): 1301-13, 2004.

WINDLE, M.; WINDLE, R. C. Depressive symptoms and cigarette smoking among middle adolescents: prospective associations and intrapersonal and interpersonal influences. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 69: 215-226, 2001.

WILLIAMS, J. M., ZIEDONIS, D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addictive Behaviors*, 29 (6): 1067-83, 2004.

World Health Organization (WHO): *What are the public health implications of global aging?* Geneva: World Health Organization; 2011. Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/42/en/index.html>

ANEXOS

ANEXO A - MINI 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)	0	296.20-296.26 Único	F32.x
		Passado	0	296.30-296.36 Recorrente	F33.x
	TRANSTORNO DO HUMOR DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	0	293.83	F06.xx
		Passado	0	293.83	F06.xx
	TRANSTORNO DO HUMOR INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	0	29x.xx	nenhum
		Passado	π	29x.xx	nenhum
	EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS	Atual (2 semanas)	0	296.20-296.26 Single 296.30-296.36 Recurrent	F32.x F33.x
B	TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	0	300.4	F34.1
		Passado	0	300.4	F34.1
C	RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês)	0	nenhum	nenhum
		Risco: o Baixo o Médio o Alto			
D	EPISÓDIO MANÍACO	Atual	0	296.00-296.06	F30.x-F31.9
		Passado	0	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Atual	0	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
		Passado	0	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	EPISÓDIO MANÍACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	0	293.83	F06.30
		Passado	0	293.83	F06.30
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	0	293.83	nenhum
		Passado	0	293.83	nenhum
	EPISÓDIO MANÍACO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	0	291.8-292.84	nenhum
		Passado	0	291.8-292.84	nenhum
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	0	291.8-292.84	nenhum
		Passado	0	291.8-292.84	nenhum
E	TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês)	0	300.01/300.21	F40.01-F41.0
		Vida inteira	0	300.01/300.21	F40.01-F41.0
	TRANSTORNO ANSIOSO COM ATAQUES DE PÂNICO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	0	293.89	F06.4
	TRANSTORNO ANSIOSO COM ATAQUES DE PÂNICO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	0	291.8-292.89	nenhum
F	AGORAFOBIA	Atual	0	300.22	F40.00
G	FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	0	300.23	F40.1
H	FOBIA ESPECÍFICA	Atual	0	300.29	F40.2
I	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	0	300.3	F42.8
	TOC DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	0	293.89	F06.4
	TOC INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	0	291.8-292.89	nenhum
J	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	0	309.81	F43.1
K	DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	0	303.9	F10.2x
	DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	Vida inteira	0	303.9	F10.2x
	ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	0	305.00	F10.1
	ABUSO DE ÁLCOOL	Vida inteira	0	305.00	F10.1
L	DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	0	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
	DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	Vida inteira	0	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
	ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	0	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
M	TRANSTORNOS PSICÓTICOS	Vida inteira	0	295.10-295.90/297.1/ 297.3/293.81/293.82/ 293.89/298.8/298.9	F20.xx-F29
	TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Vida inteira	0	296.24	F32.3/F33.3
	ESQUIZOFRENIA	Atual	0	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	F20
	Vida inteira	O	298.9	F20
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 CID1 (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 "MAIUSCULAS" 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.
Insem 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

(**1** 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)MANIACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M25).
- 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 <u>OU</u> A2a SÃO COTADAS SIM ?			NÃO	SIM	

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

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

		Episódio Atual		Episódio Passado		
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 ? NÃO SIM

		Episódio Atual		Episódio Passado		
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)? 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.	NÃO	SIM	NÃO	SIM	
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? SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4 E A 5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.	NÃO	SIM	NÃO	SIM	12
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 A 4, A 5 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					
NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADICIONAIS SE NECESSÁRIO).						
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 A 4, A 5 A6 E A7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						

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

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior</i>	
Atual	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 que apresentou esses problemas de depressão? 15
- A12 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de depressão teve, que duraram pelo menos 2 semanas? 16

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

(*o* 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 ?	<i>o</i>	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 ?"]	NÃO	SIM	22
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	SIM	23
B3	Desde que se sente [Durante esse período em que se sentia]deprimido(a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	24
b	Tem [teve] problemas de sono ou dorme [dormia] demais ?	NÃO	SIM	25
c	Sente-se [sentia-se] cansado(a) ou sem energia ?	NÃO	SIM	26
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	27
e	Tem [tinha] dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	NÃO	SIM	28
f	Sente-se [sentia-se] sem esperança ?	NÃO	SIM	29

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 ADICIONAIS SE NECESSÁRIO).

UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?

NÃO SIM 31

B5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISTÍMICO	
Atual	\circ
Passado	\circ

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:

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

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicidio ?	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 SEQUINTE)

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)MANIACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUENCIA USUAL.

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

D1	a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia 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 <u>OU</u> D2a SÃO COTADAS "SIM" ?			NÃO	SIM	

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

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

	<u>Episódio 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
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													
	<i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO:</i> O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA (HIPO)MANIA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).													
	D4 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO					12								
	SE D4 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR D 3 e D4 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.													
D5	Esses problemas duraram pelo menos uma semana E o (a) perturbaram 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.	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">EPISÓDIO HIPOMANÍACO</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td style="text-align: center;">o</td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td style="text-align: center;">o</td> </tr> </table>		NÃO	SIM	EPISÓDIO HIPOMANÍACO		Atual	o	Passado	o			
NÃO	SIM													
EPISÓDIO HIPOMANÍACO														
Atual	o													
Passado	o													
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.	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">EPISÓDIO MANÍACO</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td style="text-align: center;">o</td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td style="text-align: center;">o</td> </tr> </table>		NÃO	SIM	EPISÓDIO MANÍACO		Atual	o	Passado	o			
NÃO	SIM													
EPISÓDIO MANÍACO														
Atual	o													
Passado	o													
D8	COTAR SIM SE: D3 (SUMÁRIO) E D4b E D5 = SIM E D4 (SUMÁRIO) = NÃO ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td style="text-align: center;">o</td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td style="text-align: center;">o</td> </tr> </table>		NÃO	SIM	Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral		Atual	o	Passado	o			
NÃO	SIM													
Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral														
Atual	o													
Passado	o													

<p>D9 COTAR SIM SE: D3 (SUMÁRIO) E D4a E D5 = SIM E D4 (SUMÁRIO) = NÃO ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.</p> <p>SE D8 OU D9 = SIM, PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.</p> <p>SUBTIPOS</p> <p>Ciclagem Rápida</p> <p>Nos últimos 12 meses, teve 4 ou mais episódios de euforia/ irritabilidade excessiva ou de depressão ?</p> <p>Episódio Misto</p> <p>ENTREVISTADO PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA AMBOS – EPISÓDIO MANÍACO E EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, QUASE TODO DIA, DURANTE PELO MENOS UMA SEMANA.</p> <p>Padrão Sazonal</p> <p>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.</p> <p>Com remissão completa entre episódios</p> <p>Entre os dois episódios mais recentes de euforia/ irritabilidade excessiva teve um período de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum desses problemas ?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>Episódio (Hipo) Maníaco induzido por substância</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Atual</td> <td style="text-align: center;">o</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Passado</td> <td style="text-align: center;">o</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">SIM¹⁴</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>Ciclagem Rápida</i></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">SIM¹⁵</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>Episódio Misto</i></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">SIM¹⁶</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>Padrão Sazonal</i></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">SIM¹⁷</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>Com remissão completa entre episódios</i></td> </tr> </table>	NÃO	SIM	<i>Episódio (Hipo) Maníaco induzido por substância</i>		Atual	o	Passado	o	NÃO	SIM ¹⁴	<i>Ciclagem Rápida</i>		NÃO	SIM ¹⁵	<i>Episódio Misto</i>		NÃO	SIM ¹⁶	<i>Padrão Sazonal</i>		NÃO	SIM ¹⁷	<i>Com remissão completa entre episódios</i>	
NÃO	SIM																								
<i>Episódio (Hipo) Maníaco induzido por substância</i>																									
Atual	o																								
Passado	o																								
NÃO	SIM ¹⁴																								
<i>Ciclagem Rápida</i>																									
NÃO	SIM ¹⁵																								
<i>Episódio Misto</i>																									
NÃO	SIM ¹⁶																								
<i>Padrão Sazonal</i>																									
NÃO	SIM ¹⁷																								
<i>Com remissão completa entre episódios</i>																									
<p>ASSINALAR A OPÇÃO QUE SE APLICA</p> <p>O EPISÓDIO MAIS RECENTE É MANÍACO / HYPOMANÍACO / MISTO / DEPRESSIVO</p> <p>GRAVIDADE</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 5%;">X1</td> <td style="width: 85%;">Leve</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">o</td> </tr> <tr> <td>X2</td> <td>Moderado</td> <td style="text-align: center;">o</td> </tr> <tr> <td>X3</td> <td>Severo sem aspectos psicóticos</td> <td style="text-align: center;">o</td> </tr> <tr> <td>X4</td> <td>Severo sem aspectos psicóticos</td> <td style="text-align: center;">o</td> </tr> <tr> <td>X5</td> <td>Em remissão parcial</td> <td style="text-align: center;">o</td> </tr> <tr> <td>X6</td> <td>Em remissão completa</td> <td style="text-align: center;">o</td> </tr> </table> <p>CRONOLOGIA</p> <p>D10 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de euforia / irritabilidade excessiva de que falamos ? <input style="width: 40px;" type="text"/> idade 18</p> <p>D11 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de euforia / irritabilidade excessiva já teve? <input style="width: 40px;" type="text"/> 19</p>		X1	Leve	o	X2	Moderado	o	X3	Severo sem aspectos psicóticos	o	X4	Severo sem aspectos psicóticos	o	X5	Em remissão parcial	o	X6	Em remissão completa	o						
X1	Leve	o																							
X2	Moderado	o																							
X3	Severo sem aspectos psicóticos	o																							
X4	Severo sem aspectos psicóticos	o																							
X5	Em remissão parcial	o																							
X6	Em remissão completa	o																							

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

(\downarrow 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 ?	\downarrow NÃO	SIM	1
	b	SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	\downarrow 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 ?	\downarrow 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 ADIÓCINAIS 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 VIDA INTEIRA</i>	
E7	SE E6 = NÃO, HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA SIM EM E4 ?	NÃO SIM <i>ATAQUES POBRES EM SINTOMAS VIDA INTEIRA</i>	
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 ATUAL</i>	
E9	E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5b SÃO COTADAS SIM E E5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	NÃO SIM <i>Transtorno de Ansiedade com ataques de pânico devido a condição médica geral ATUAL</i>	
E10	E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5a SÃO COTADAS SIM E E5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	NÃO SIM <i>Transtorno de Ansiedade com ataques de pânico induzido por substância ATUAL</i>	
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?	NÃO SIM FOBIA SOCIAL <i>(Transtorno de Ansiedade Social)</i> ATUAL		4
SUBTIPOS				
	Você teme ou evita mais de 4 situações sociais ?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	
SE SIM <input type="checkbox"/> Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) Generalizada(o) SE NÃO <input type="checkbox"/> 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?	NÃO SIM FOBIA ESPECÍFICA ATUAL		4
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.) <small>(NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS A PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ALCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS).</small>	NÃO <small>(passar a 14)</small>	SIM	1
12	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO <small>(passar a 14)</small>	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 ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
17 b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
<small>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DAS OBSESSÕES/ COMPULSÕES ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADICIONAIS SE NECESSÁRIO).</small>				
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 <i>devido a condição médica geral</i>		
19	16 E 17 a SÃO COTADAS SIM E 17 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	NÃO SIM T.O.C. ATUAL <i>induzido por substância</i>		
CRONOLOGIA				
110	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas de que falamos ?	<input type="text"/>	idade	8
111	No último ano, durante quantos meses teve, de forma persistente, esses problemas de que falamos ?	<input type="text"/>		9

J. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

(¹ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE)

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, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADAVER, 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 border="1"> <thead> <tr> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL	
NÃO	SIM							
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL								
	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)

(¹ 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**OPIACEOS:** 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), trombetaira / saia-branca, Artane®.**SOLVENTES VOLÁTEIS:** "cola", éter, "lança perfume", "cheirinho", "loló"**CANABINÓIDES:** cannabis, "erva", maconha, "baseado", hashish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana**SEDATIVOS:** Valium®, Diazepam®, Dienpax®, Somalium®, Frisium®, Psicosedin®, Lexotan®, Lorax®, Halcion®,

Frontal®, Rohypnol®, Urbani®, 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:

AssinalarSOMENTE 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 ? (COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO). | NÃO | SIM | 2 |

c	Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	3				
d	Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?	NÃO	SIM	4				
e	Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas 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 SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	7				
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM L2 ?		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) VIDA INTEIRA</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) VIDA INTEIRA	
NÃO	SIM							
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) VIDA INTEIRA								
ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____								
L3 a	Você consumiu [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] nos últimos 12 meses ?	NÃO	SIM	8				
Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], nos últimos 12 meses:								
	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM					
	Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou, sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? (COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).	NÃO	SIM					
	Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM					
	Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?	NÃO	SIM					
	Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas 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 SELECIONADA] 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 I

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 SIM	SIM	BIZARRO SIM		
M1	a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?			NÃO	SIM	BIZARRO SIM	1
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ? NOTE: PEÇA EXEMPLOS PARA EXCLUIR FATOS REAIS.			NÃO	SIM	SIM (M6)	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 (M6)	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 (M6)	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 (M6)	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) BIZARRO)		COLUNA B (ENTREVISTADOR(A) BIZARRO)			
M6	a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes?	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	SE SIM : Ouviu essas coisas/vozes no último mês? COTAR "SIM BIZARRO" SE O(A) ENTREVISTADO(A) OUVIR VOZES QUE COMENTAM SEUS PENSAMENTOS OU ATOS OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.	NÃO	SIM	SIM	SIM	12
M7	a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS.	NÃO	SIM	SIM		13
	b	IF YES: Teve essas visões no último mês ?	NÃO	SIM	SIM		14
JULGAMENTO DO CLÍNICO							
M8	b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?			NÃO	SIM	15
M9	b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?			NÃO	SIM	16
M10	b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?			NÃO	SIM	17
M11	a	HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE M1 A M10b? SE M11a = NÃO (PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.			NÃO	SIM	

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.

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)

NÃO
Critério A da
Esquizofrenia
NÃO preenchido
VIDA INTEIRA

SIM
Critério A da
Esquizofrenia
preenchido
VIDA INTEIRA

OU M11c É COTADA "SIM" ?

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

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				
	M12d É COTADA NÃO DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL (M12b = SIM) ?	NÃO	SIM	22
	SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:	TRANTORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral		
	ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" COTADA "SIM" DE M1 A M10b)	Atual	<input type="radio"/>	
	E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA "SIM" DE M1 A M10b)	Vida inteira	<input type="radio"/>	
		Incerto	<input type="radio"/>	
M13b				
	M12d É COTADA NÃO DEVIDO AO USO DE SUBTÂNCIA (M12a = SIM) ?	NÃO	SIM	23
	SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:	TRANTORNO PSICÓTICO induzido por substância		
	ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" COTADA "SIM" DE M1 A M10b)	Atual	<input type="radio"/>	
	E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA "SIM" DE M1 A M10b)	Vida inteira	<input type="radio"/>	
		Incerto	<input type="radio"/>	
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 deseos) 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 \geq 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	30
		3	<input type="radio"/> moderada	
		4	<input type="radio"/> severa	
M17	QUAL É A DURAÇÃO TOTAL DA PSICOSE, CONSIDERANDO A FASE ATIVA (M14) E AS DIFICULDADES ASSOCIADAS (M15b) E O TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (M15d)?	1	<input type="radio"/> \geq 1 dia a <1 mês	31
		2	<input type="radio"/> \geq 1 mês a <6 meses	
		3	<input type="radio"/> \geq 6 meses	
	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 MARCANTES DE VIDA E COTAR M20 A M23 EM FUNÇÃO.

M20	Você relatou ter apresentado períodos em que se sentia [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO(A)] e períodos em que teve [CITAR AS RESPOSTAS POSITIVAS EM COLUNA "A" DE M1 A 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).					NÃO SIM

Durante os últimos 3 meses:

N2	Tentou não engordar , embora pesasse pouco ?	<input type="text"/>	NÃO	SIM	1
N3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ?	<input type="text"/>	NÃO	SIM	2
N4 a	Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	<input type="text"/>	NÃO	SIM	3
b	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	<input type="text"/>	NÃO	SIM	4
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	<input type="text"/>	NÃO	SIM	5
N5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM N4 ?	<input type="text"/>	NÃO	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="text"/>	NÃO	SIM	6

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

<input type="text"/>	NÃO	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

(**1** 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)?	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; vertical-align: top;"> NÃO <i>Tipo sem purgação</i> </td> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: top;"> SIM <i>Tipo purgativo</i> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">BULIMIA NERVOSA</td> </tr> </table>			NÃO <i>Tipo sem purgação</i>	SIM <i>Tipo purgativo</i>	BULIMIA NERVOSA		20				
NÃO <i>Tipo sem purgação</i>	SIM <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; vertical-align: top;"> NÃO </td> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: top;"> 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		22
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 SEQUINTE)

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 PSIQUIÁTRICO 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	
	<i>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).</i>			
	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		

P7	P5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO E P5 a É COTADA SIM ?	NO	YES
		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)

(¹ 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	Destruiu ou incendiou coisas de propósito ?	NÃO	SIM	4
e	Machucou animais ou pessoas de propósito ?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6
	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	SIM
TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO ATUAL	

S. HIPOCONDRIA

(¹ 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).	NÃO	SIM	1
S2	Teve essa preocupação/ esse medo durante 6 meses ou mais ?	NÃO	SIM	2
S3	Foi examinado(a) por um médico por causa desses problemas ?	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 ?	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?	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)

(¹ 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 SEQUINTE)

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 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE ATUAL	

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 aquém de suas possibilidades ?	NÃO	SIM	40
	j	Não tem o êxito/ o sucesso que corresponde às expectativas que as pessoas têm em relação às suas habilidades / capacidades ?	NÃO	SIM	41
	k	Mudou de emprego ou foi demitido(a) mais frequentemente que outras pessoas ?	NÃO	SIM	42
	l	Sua (seu) companheira (o) queixa-se de sua falta de atenção em relação a ela(e) e/ou a família ?	NÃO	SIM	43
	m	Se divorciou duas ou mais vezes, ou trocou de parceiro(a)s mais frequentemente que outras pessoas ?	NÃO	SIM	44
	n	Sente-se às vezes como se estivesse numa neblina, ou como uma TV com chuvisco 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

(**1** 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 ?			
	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

(L 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 \pm 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 \pm uma semana que precedem suas regras, (mas não durante ou após a menstruação) tem os seguintes problemas, a maior parte do tempo:			
a	Sente-se triste, desanimada, deprimida ou se sente sem esperança ou se auto-deprecia ?	NÃO	SIM	3
b	Sente-se particularmente ansiosa, tensa, nervosa, com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
c	Com frequência, sente-se subitamente triste ou chora ou ainda fica particularmente sensível aos comentários dos outros ?	NÃO	SIM	5
d	Fica extremamente irritável, tem explosões de raiva ou briga com frequência ?	NÃO	SIM	6
	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].
(\ 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 ADIACINAIS 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.

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

Transtorno do Pânico/F40.01		301.70/F60.2	
300.01/F41.0	Sem Agorafobia		
300.21/F40.01	Com Agorafobia		
Agoraphobia		Transtornos Somatoformes	
300.22/F40.00	Sem história de Transtorno de Pânico	300.81/F45.0	Transtorno de Somatização
		300.70/F45.2	Hipocondria
		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 (ou 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, maníaco 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-Compulsive 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 CIDI. *European Psychiatry*. 1997; 12: 224-231.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G: The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 20):22-33.
- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D: DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*. 1998; 13:26-34.

Translations

	M.I.N.I. 4.4 or earlier versions
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
Punjabi	
Romeno	
Russo	
Sérvio	I. Timotijevic
Setswana	
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip
Urdu	

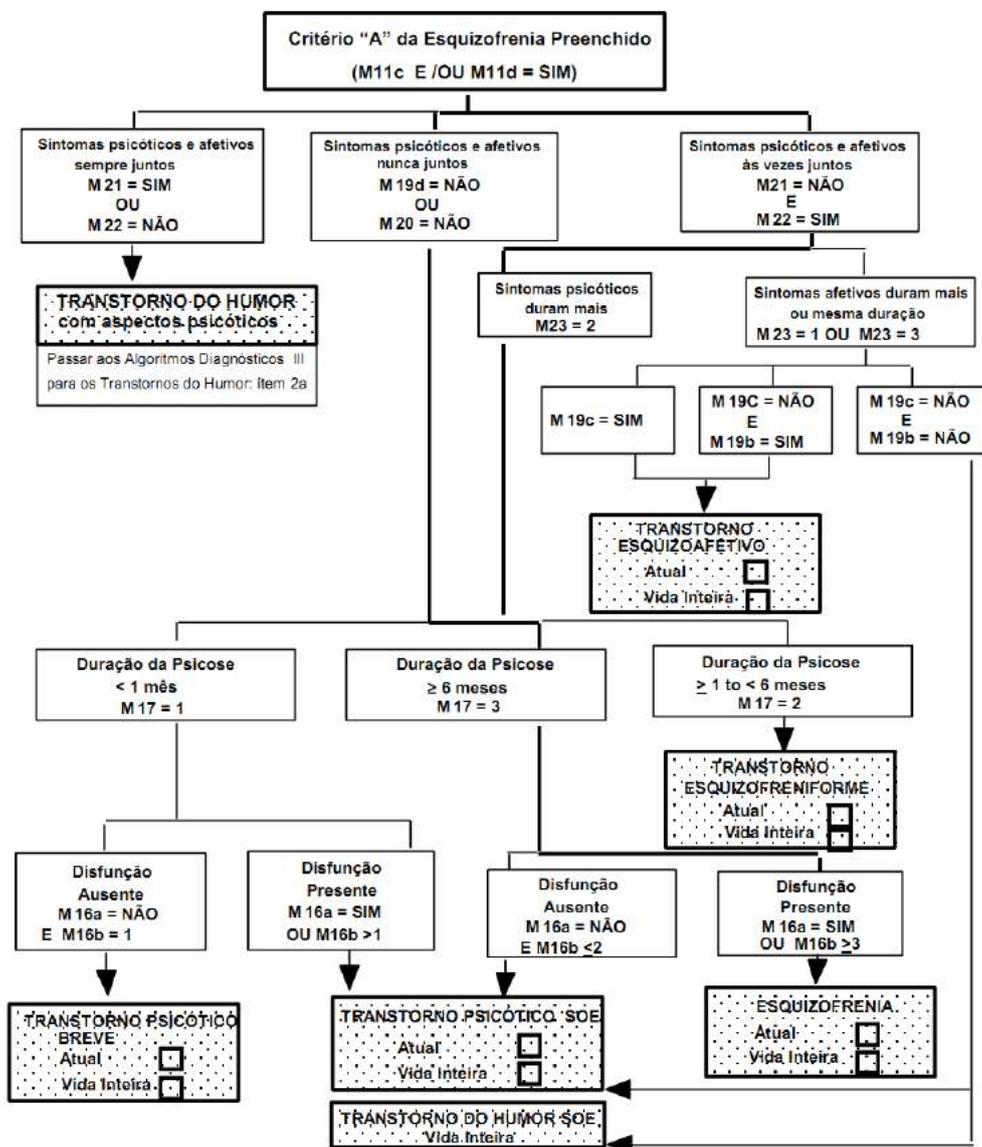
Os estudos de validação do M.I.N.I. foram possíveis, em parte, graças a fundos da SmithKline Beecham e da União Europeia. Os autores agradecem a: Dr. Pauline Powers por suas contribuições nos módulos Anorexia e Bulimia Nervosa; Dr. Humberto Nagera por suas contribuições nos módulos TDAH (para crianças 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. Storz, 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. Koemur
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

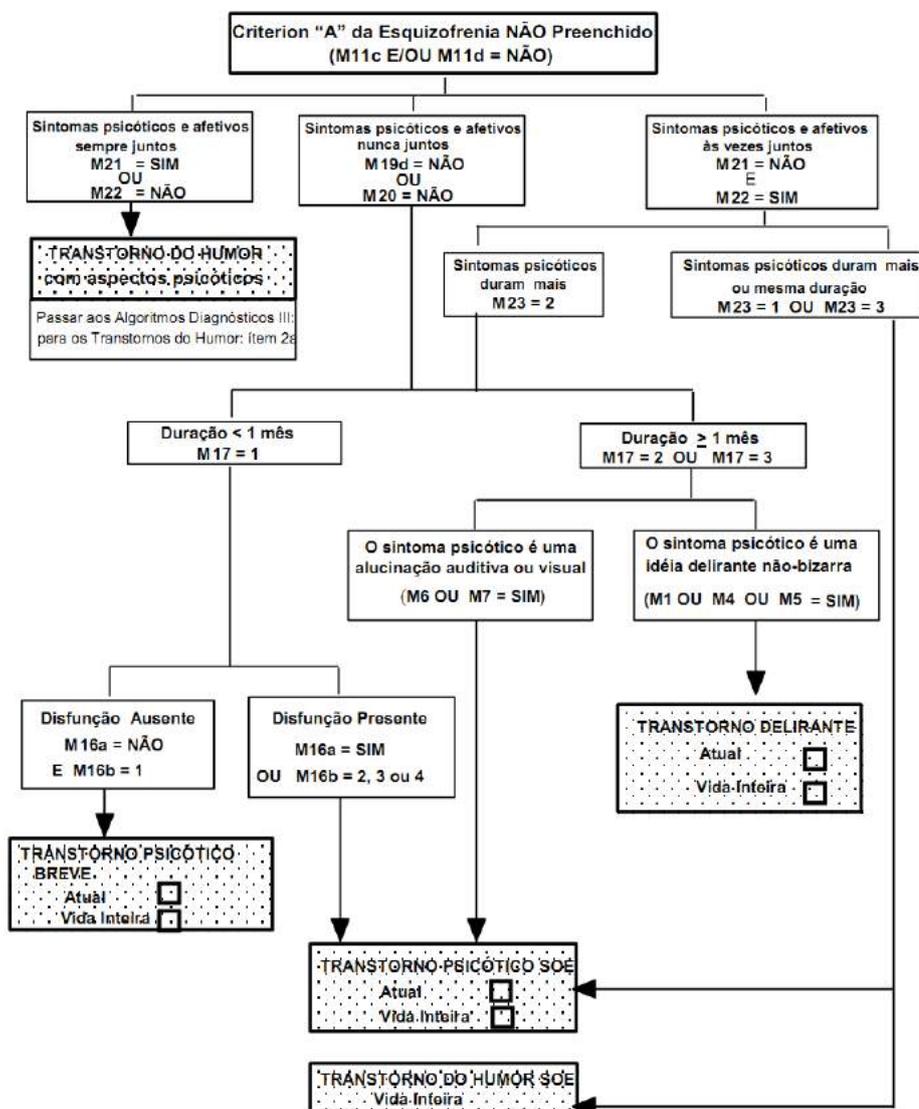
TRANSTORNOS PSICÓTICOS: ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS I

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 B - Avaliação Neuropsicológica utilizada no estudo que contém o CERAD (Consotum to Establish a Registry for Alzheimer Disease)

Avaliação Neuropsicológica

Nome do Paciente: _____

Sexo: () M () F Idade: _____

Escolaridade: _____ Telefone: _____

Profissão exercida: _____

Endereço: _____

1. "Eu lhe direi alguns números e quando eu terminar, me repita na ordem exata que eu os disse." Leia a seqüência de 5 números no intervalo de um dígito por segundo (os números não podem ser repetidos).
2-1- 8 -5 -4 _____
2. "Agora eu lhe direi mais alguns números porém, quando eu terminar você deverá repeti-los para mim na ordem inversa." Leia a seqüência de 3 números no intervalo de um dígito por segundo.
2 - 4 - 7 _____

3. MEMÓRIA DA LISTA DE PALAVRAS DO CERAD

São apresentadas 10 palavras, uma a uma, com tempo de 2 segundos de apresentação por palavra. Cada palavra deve ser lida pelo examinador. Ao fim da leitura das palavras o examinado tem **90 segundos para evocar o maior número de palavras possível**. As palavras são apresentadas mais duas vezes, em ordens distintas, com o mesmo tempo para evocação (90 segundos).

" Vou ler uma lista de palavras. Preste bastante atenção, pois quando eu terminar você deverá falar tantas palavras quantas puder se lembrar. Procure apenas se lembrar do máximo de palavras que puder."

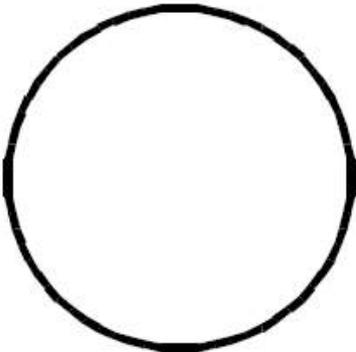
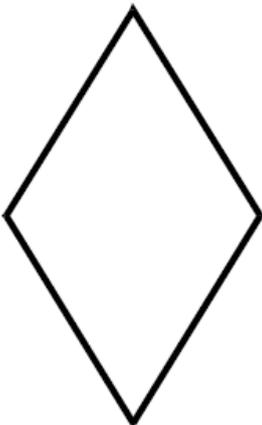
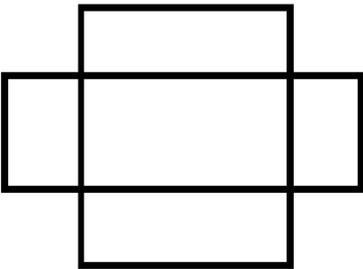
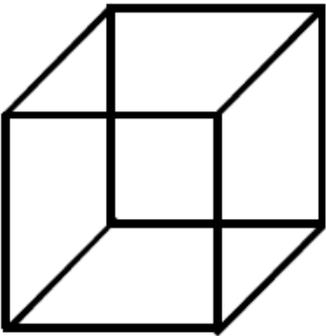
- **(90 segundos para evocar o maior número de palavras possível nas três tentativas)**

1ª Tentativa	Ordem	2ª Tentativa	Ordem	3ª Tentativa	Ordem
Manteiga		Praia		Cabana	
Braço		Braço		Bilhete	
Praia		Cabana		Poste	
Carta		Manteiga		Rainha	
Rainha		Poste		Motor	
Cabana		Motor		Carta	
Poste		Erva		Erva	
Bilhete		Rainha		Braço	
Erva		Bilhete		Manteiga	
Motor		Carta		Praia	
Total		Total		Total	

4- PRAXIA CONSTRUTIVA (Desenhos CERAD)

Quatro desenhos (círculo, losango, retângulos superpostos e cubo) devem ser copiados, com o máximo de **dois minutos para cópia de cada um**. Acionar o cronômetro quando o paciente começar a copiar o desenho, interromper após dois minutos.

"Copie o desenho no espaço ao lado" (**dois minutos para cópia de cada um**).

5- EVOCAÇÃO DA LISTA DE PALAVRAS

É dado um período de 90 segundos para que o examinado evoque o maior número de palavras apresentadas anteriormente.

"Me diz o maior número de palavras que puder se lembrar da lista que li anteriormente." **(90 segundos)**

1.	7.	13.
2.	8.	14.
3.	9.	15.
4.	10.	16.
5.	11.	17.
6.	12.	18.

6- RECONHECIMENTO DA LISTA DE PALAVRAS

"Vou ler uma lista de palavras e você deve me dizer se essas palavras estavam ou não naquela lista que li anteriormente." Colocar S (Sim) ou N (Não) ao lado das palavras.

1.IGREJA	6.PRAIA	11.RAINHA	16.CORDA
2.CAFÉ	7.CINCO	12.CABANA	17.BILHETE
3.MANTEIGA	8.CARTA	13.CHINELO	18.TROPA
4.DÓLAR	9.HOTEL	14.POSTE	19.ERVA
5.BRAÇO	10.MONTANHA	15.ALDEIA	20.MOTOR

7- EVOCAÇÃO DAS PRAXIAS (DOS DESENHOS)

Os quatros desenhos feitos anteriormente devem ser reproduzidos.

"Agora quero que você faça os desenhos que copiaste anteriormente." Entregar uma folha para o paciente e pedir que ele faça os desenhos de memória. **Anotar na folha o nome do paciente.**

8-WMS-LÓGICA

"Vou ler uma história e preciso que você preste atenção, pois depois que eu terminar, você vai me contar o que se lembrar da história. Não precisa ser na mesma ordem, o importante é que você lembre o maior número de informações possíveis".

HISTÓRIA A

Ana/ Soares/ do Sul/ do Paraná/ empregada/ como faxineira/ num prédio/ de escritórios, / contou/ na delegacia/ de polícia/ que tinha sido assaltada,/ na noite anterior/ na rua Tiradentes/ e roubada/ em 150 reais. / Ela disse que tinha 4/ filhinhos,/ o aluguel/ não tinha sido pago/ e eles não comiam/ há 2 dias./ Os policiais/ com pena da história da mulher, / deram dinheiro/ para ela./

"Agora vou ler outra história. Preste bastante atenção porque depois que eu terminar você vai ter me contar a história com o maior número de informações possíveis".

HISTÓRIA B

Roberto/ Mota/ estava dirigindo/ um caminhão/ Mercedes/ numa estrada/ à noite/ no Vale/ do Paraíba/ levando ovos/ para São Paulo,/ quando o eixo do caminhão/quebrou./ O caminhão derrapou/ caindo num buraco/ fora da estrada./ Ele foi jogado/ contra o painel/ e se assustou muito./ Não tinha trânsito/ e ele duvidou que pudesse ser socorrido./ Naquele instante o seu rádio amador/ tocou./ Ele respondeu imediatamente/ “Aqui fala tubarão”./

“Agora tenta memorizar essas duas histórias que eu li porque depois de algum tempo eu vou voltar a pedir pra você contá-las”.

9- TESTE DE NOMEAÇÃO DE BOSTON (VERSÃO RESUMIDA)

São apresentadas 15 figuras (uma a uma) para o paciente e ele deve nomeá-las: cama, árvore, casa, apito, flor, escova de dentes, camelo, máscara, vulcão, canoa, dominó, rede, funil, gaita e pegador de gelo.

1.	6.	11.
2.	7.	12.
3.	8.	13.
4.	9.	14.
5.	10.	15.

10 – FLUÊNCIA VERBAL (FAS)

“Eu vou te falar uma letra e quero que você me diga o máximo de palavras que você conhece que comece com essa letra, o mais rápido que você puder. No entanto você não deve falar nomes próprios (nome de pessoas, cidades, países, ruas...).

“Me diz o maior número de palavras que comecem com a letra **F**, não vale nomes próprios (nome de pessoas, cidades, ruas). Pode começar (acionar o cronômetro e marcar um minuto)”.

1.	7.	13.
2.	8.	14.
3.	9.	15.
4.	10.	16.
5.	11.	17.
6.	12.	18.

“Me diz o maior número de palavras que comecem com a letra **A**, não vale nomes próprios (nome de pessoas, cidades, ruas). Pode começar (acionar o cronômetro e marcar um minuto)”.

1.	7.	13.
2.	8.	14.
3.	9.	15.
4.	10.	16.
5.	11.	17.
6.	12.	18.

“Me diz o maior número de palavras que comecem com a letra S, não vale nomes próprios. Pode começar (acionar o cronômetro e marcar um minuto)”.

1.	7.	13.
2.	8.	14.
3.	9.	15.
4.	10.	16.
5.	11.	17.
6.	12.	18.

11 - FLUÊNCIA VERBAL (Animais)

“Agora, eu quero que você me diga o maior nome de animais que você conhece o mais rápido que puder em um minuto. Vale o nome de qualquer bicho. Pode começar (acionar o cronômetro e marcar um minuto)!”

1.	11.	21.
2.	12.	22.
3.	13.	23.
4.	14.	24.
5.	15.	25.
6.	16.	26.
7.	17.	27.
8.	18.	28.
9.	19.	29.
10.	20.	30.

10- WMS - RECORDAÇÃO TARDIA

“Lembra daquelas histórias que eu pedi pra você guardar? Agora eu quero que você me conte a primeira história”.

(Se não conseguir lembrar de nada, perguntar **SE NÃO LEMBRA SE ERA SOBRE UM HOMEM OU UMA MULHER**).

Se ainda não conseguir lembrar nada **DAR A PISTA: ERA SOBRE UMA MULHER QUE FOI ROUBADA** (anotar o que o paciente lembrar e se foi com ou sem pista).

LEMBROU () com pista () sem pista

“Agora eu quero que você me conte a SEGUNDA história”.

(Se não conseguir lembrar de nada, perguntar **SE NÃO LEMBRA SE ERA SOBRE UM HOMEM OU UMA MULHER**).

Se ainda não conseguir lembrar **DAR A PISTA: sobre um homem que teve problemas na estrada** (anotar o que o paciente lembrar e se foi com ou sem pista).

Lembrou () com pista () sem pista

ANEXO C – QAGI (Questionário de Avaliação Global do Idoso)

57120 ID:

QAGI – Questionário de Avaliação Global do Idoso
PUC - SMS

Nome

ESF Data de nascimento / /

Endereço

Bairro Telefone Celular

Pessoa para contato (familiar, cuidador, outro)

Telefone Celular Data da entrevista / / 20

Nº do prontuário da família ACS

DADOS DEMOGRÁFICOS

1. Sexo
 masculino feminino

2. Cor/raça
 branca preta parda oriental índio NR (não respondeu)

3. Estado civil: (no papel):
 solteiro(a) em união estável viúvo(a)
 casado(a) divorciado(a)/desquitado(a) NR (não respondeu)

4. Atualmente vive com companheiro(a):
 sim Há quanto tempo (anos)? não NR (não respondeu)

DADOS DE ESCOLARIDADE

5. Sabe ler?
 sim não NR (não respondeu)

6. Sabe escrever?
 sim somente assina o nome não NR (não respondeu)

7. Utiliza leitura ou escrita no dia a dia (lê jornal, revista; anota recados, faz palavras cruzadas, etc)?
 sim não NR (não respondeu)

8. Qual mão ou lado que o senhor(a) teve mais força e habilidade ao longo da vida (ex: para escrever, trabalhar)?
 direita (destro) usa os dois lados sem preferência (ambidestro)
 esquerda (canhoto) NR (não respondeu)

9. Frequentou escola?
 sim COMPLETOU até que série? não NR (não respondeu)

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

10. Frequentou curso superior?
 sim Incompleto? Completo? Qual curso?
 não NR (não respondeu)



57120

5

DADOS DE SAÚDE: MOBILIDADE, FORÇA E EQUILÍBRIO

29. **Consegue ficar de pé?**
 sim não NR (não respondeu)
30. **Tem dificuldade para andar?**
 sim não NR (não respondeu)
31. **Tem fraqueza (falta de força) nas pernas?**
 sim não NR (não respondeu)
32. **Tem falta de equilíbrio quando fica em pé ou caminha?**
 sim não NR (não respondeu)
33. **Tem problema articular no quadril ou no joelho que dificulta o caminhar?**
 sim não NR (não respondeu)
34. **Tem muita dor quando tenta ficar de pé ou caminhar?**
 sim não NR (não respondeu)

DADOS DE SAÚDE: FUMO (TABAGISMO)

35. **Tem o hábito de fumar cigarro?**
 sim Há quantos anos?
 Nº médio de cigarros por dia:
 Pretende parar? sim não
- não atualmente, mas já fumou
 Parou de fumar há:
 Motivo: vontade problema de saúde pressão familiares/amigos outros
- Fumou durante quantos anos?
 Nº médio de cigarros por dia:
 não, nunca fumou
 NR (não respondeu)

DADOS DE SAÚDE: ÁLCOOL

36. **O senhor(a) consome algum tipo de bebida alcoólica?**
 sim não (NUNCA) NR (não respondeu)
37. **Se SIM, quais os tipos de bebidas alcoólicas que o senhor(a) consome? E a dose ingerida? (marcar mais de uma opção, se for o caso)**
- | | | | | | |
|---|---|--|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vinho tinto | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> copos
<input type="radio"/> calices
<input type="radio"/> garrafas | por: <input type="text"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
| <input type="checkbox"/> vinho branco | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> copos
<input type="radio"/> calices
<input type="radio"/> garrafas | por: <input type="text"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
| <input type="checkbox"/> cerveja com álcool | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> copos
<input type="radio"/> calices
<input type="radio"/> garrafas | por: <input type="text"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
| <input type="checkbox"/> cachaça | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> copos
<input type="radio"/> calices
<input type="radio"/> garrafas | por: <input type="text"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
| <input type="checkbox"/> vodca | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> copos
<input type="radio"/> calices
<input type="radio"/> garrafas | por: <input type="text"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
| <input type="checkbox"/> uísque | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> copos
<input type="radio"/> calices
<input type="radio"/> garrafas | por: <input type="text"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
| <input type="checkbox"/> caipirinha | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> copos
<input type="radio"/> calices
<input type="radio"/> garrafas | por: <input type="text"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
| <input type="checkbox"/> outro | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> copos
<input type="radio"/> calices
<input type="radio"/> garrafas | por: <input type="text"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
38. **Alguma vez sua família, seus amigos, seu médico ou seu sacerdote comentou ou sugeriu que estava bebendo demais?**
 sim não NR (não respondeu)
39. **Alguma vez o senhor(a) tentou deixar de beber, mas não conseguiu?**
 sim não NR (não respondeu)
40. **O senhor(a) já teve dificuldades no trabalho por causa da bebida? (ex: faltar ao trabalho ou estudo)**
 sim não NR (não respondeu)
41. **O senhor(a) tem se envolvido em brigas ou já foi preso por estar embriagado?**
 sim não NR (não respondeu)
42. **O senhor(a) já pensou alguma vez que estava bebendo demais?**
 sim não NR (não respondeu)



57120

5

DADOS DE SAÚDE: MEDICAMENTOS, SUPLEMENTOS, FITOTERÁPICOS

43. O (A) senhor(a) utiliza **MEDICAMENTOS?** (revisar os medicamentos em uso atual junto com o idoso ou familiar)

sim (preencher na tabela abaixo os medicamentos em uso)

não

1. Medicamento:

Dose (mg): Quantos por dia? Usa sempre? sim não

Horário: manhã tarde noite

Toma com líquido? água leite café chá outro

Tempo de uso: dia
 mês
 ano

Indicação (quem indicou?) médico balconista da farmácia vizinho(a)

familiar auto-indicação outra

Pra que serve (motivo do uso)?

2. Medicamento:

Dose (mg): Quantos por dia? Usa sempre? sim não

Horário: manhã tarde noite

Toma com líquido? água leite café chá outro

Tempo de uso: dia
 mês
 ano

Indicação (quem indicou?) médico balconista da farmácia vizinho(a)

familiar auto-indicação outra

Pra que serve (motivo do uso)?

3. Medicamento:

Dose (mg): Quantos por dia? Usa sempre? sim não

Horário: manhã tarde noite

Toma com líquido? água leite café chá outro

Tempo de uso: dia
 mês
 ano

Indicação (quem indicou?) médico balconista da farmácia vizinho(a)

familiar auto-indicação outra

Pra que serve (motivo do uso)?

4. Medicamento:

Dose (mg): Quantos por dia? Usa sempre? sim não

Horário: manhã tarde noite

Toma com líquido? água leite café chá outro

Tempo de uso: dia
 mês
 ano

Indicação (quem indicou?) médico balconista da farmácia vizinho(a)

familiar auto-indicação outra

Pra que serve (motivo do uso)?

5. Medicamento:

Dose (mg): Quantos por dia? Usa sempre? sim não

Horário: manhã tarde noite

Toma com líquido? água leite café chá outro

Tempo de uso: dia
 mês
 ano

Indicação (quem indicou?) médico balconista da farmácia vizinho(a)

familiar auto-indicação outra

Pra que serve (motivo do uso)?



57120

5

- 6. Medicamento:**
- Dose (mg): Quantos por dia? Usa sempre? sim não
- Horário: manhã tarde noite
- Toma com líquido? água leite café chá outro
- Indicação (quem indicou?) médico balconista da farmácia vizinho(a)
- familiar auto-indicação outra
- Tempo de uso: dia mês ano
- Pra que serve (motivo do uso)?
- 7. Medicamento:**
- Dose (mg): Quantos por dia? Usa sempre? sim não
- Horário: manhã tarde noite
- Toma com líquido? água leite café chá outro
- Indicação (quem indicou?) médico balconista da farmácia vizinho(a)
- familiar auto-indicação outra
- Tempo de uso: dia mês ano
- Pra que serve (motivo do uso)?
- 8. Medicamento:**
- Dose (mg): Quantos por dia? Usa sempre? sim não
- Horário: manhã tarde noite
- Toma com líquido? água leite café chá outro
- Indicação (quem indicou?) médico balconista da farmácia vizinho(a)
- familiar auto-indicação outra
- Tempo de uso: dia mês ano
- Pra que serve (motivo do uso)?
- 9. Medicamento:**
- Dose (mg): Quantos por dia? Usa sempre? sim não
- Horário: manhã tarde noite
- Toma com líquido? água leite café chá outro
- Indicação (quem indicou?) médico balconista da farmácia vizinho(a)
- familiar auto-indicação outra
- Tempo de uso: dia mês ano
- Pra que serve (motivo do uso)?
- 10. Medicamento:**
- Dose (mg): Quantos por dia? Usa sempre? sim não
- Horário: manhã tarde noite
- Toma com líquido? água leite café chá outro
- Indicação (quem indicou?) médico balconista da farmácia vizinho(a)
- familiar auto-indicação outra
- Tempo de uso: dia mês ano
- Pra que serve (motivo do uso)?
- 11. Medicamento:**
- Dose (mg): Quantos por dia? Usa sempre? sim não
- Horário: manhã tarde noite
- Toma com líquido? água leite café chá outro
- Indicação (quem indicou?) médico balconista da farmácia vizinho(a)
- familiar auto-indicação outra
- Tempo de uso: dia mês ano
- Pra que serve (motivo do uso)?



57120

5

44. O(A) Sr(a) entende o que está escrito na sua receita?

- sim não NR (não respondeu)

45. Você costuma utilizar algum CHÁ como tratamento natural ou caseiro?

- sim Quais e para qual tratamento?

Chá 1:	<input type="text"/>	Para qual tratamento?	<input type="text"/>
Chá 2:	<input type="text"/>	Para qual tratamento?	<input type="text"/>
Chá 3:	<input type="text"/>	Para qual tratamento?	<input type="text"/>
Chá 4:	<input type="text"/>	Para qual tratamento?	<input type="text"/>

- não

ADESÃO AO TRATAMENTO (MORISKY)

46. O(A) senhor(a) alguma vez se esquece de tomar os seus remédios?

- sim não Qual(s) medicamento(s)?

47. O senhor(a) é descuidado com os horários de tomar os seus remédios?

- sim não Qual(s) medicamento(s)?

48. Quando o senhor(a) está se sentindo melhor, às vezes para de tomar os seus remédios?

- sim não Qual(s) medicamento(s)?

49. 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)

- sim não Qual(s) medicamento(s)?

O que sentiu?

REAÇÕES/EFEITOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS

50. Sente algo quando toma os medicamentos:

- sim não

Nome do Medicamento	Data da reação	Sintomas	Como foi tratada
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

51. OBSERVAÇÕES:

APÊNDICES

APÊNDICE A - Protocolo CEP 127/10

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.

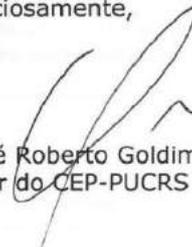
Senhor Pesquisador,

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

APÊNDICE B - 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

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

Subprojeto 4: PREVALÊNCIA DE SÍNDROME METABÓLICA E DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. **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 de 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 eletroneuromiográficos.

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 autopercepção de envelhecimento e a incidência de DCNT em idosos acima de 60 anos, atendidas pela estratégia de saúde da família do município de Porto Alegre, - analisar a autopercepção de envelhecimento dos idosos; - verificar a associação da autopercepção do envelhecimento com a incidência de DCNT nos idosos; - verificar a associação da autopercepção do envelhecimento com as variáveis sócio-demográficas (nível socioeconômico, escolaridade, idade e estado civil).

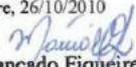
Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética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

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

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

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

Porto Alegre, 26/10/2010


Márcia Cançado Figueiredo
Vice-Coordenadora do CEP

APÊNDICE D - 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 serão coletados 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 consultado 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 à biópsia de pele, no momento do exame pode ocorrer algum desconforto como: dor local, pequeno risco de sangramento, hiperemia no local.

Termo de Consentimento
Versão autorizada
CEP/RSMS
26 / 10 / 2010

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 às 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.

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. Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Dr. Irênio Gomes da Silva Filho e/ou integrantes da equipe de pesquisa pelo telefone (51) 3320 5120, e como Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (CEPSMS) pelo telefone (51) 32895517 / 91441379.

Após ter recebido todas as informações relacionadas ao estudo eu, _____ portadora da CI _____ certifico que o responsável pelo projeto, Irenio Gomes da Silva Filho ou um da equipe de pesquisadores, responderá a todas as minhas perguntas sobre o estudo e minha condição, e eu, voluntariamente.

Nome do Paciente: _____
Assinatura do Paciente/Representante Legal: _____

Pesquisador(a) Responsável: _____
Assinatura: _____

Nome da Testemunha: _____

Assinatura da Testemunha: _____

Data __/__/__

Observação: O presente documento baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a pesquisa em saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196-96), será assinado em suas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do Paciente ou de seu Representante Legal e outra com o Pesquisador Responsável.

