

ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA
MESTRADO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

ALCEU VALENTINO PANINI

**TRANSTORNO DEPRESSIVO RECORRENTE E DESEMPENHO COGNITIVO EM IDOSOS:
UM ESTUDO DE CASO CONTROLE**
Porto Alegre
2019

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

ALCEU VALENTINO PANINI

**TRANSTORNO DEPRESSIVO RECORRENTE E DESEMPENHO
COGNITIVO EM IDOSOS:
UM ESTUDO DE CASO CONTROLE**

Porto Alegre

2019

ALCEU VALENTINO PANINI

**TRANSTORNO DEPRESSIVO RECORRENTE E DESEMPENHO COGNITIVO EM
IDOSOS:**

UM ESTUDO DE CASO CONTROLE

Defesa da Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Apoio financeiro de bolsa CAPES.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto

Porto Alegre

2019

Ficha Catalográfica

P192t Panini, Alceu Valentino

Transtorno depressivo recorrente e desempenho cognitivo em idosos
: Um estudo de caso e controle / Alceu Valentino Panini . –
2019.

79 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Gerontologia Biomédica, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto.

1. Depressão. 2. Cognição. 3. Idosos. I. Cataldo Neto, Alfredo. II.
Título.

ALCEU VALENTINO PANINI

**TRANSTORNO DEPRESSIVO RECORRENTE E DESEMPENHO COGNITIVO EM
IDOSOS:**

UM ESTUDO DE CASO CONTROLE

Defesa da Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Newton Luiz Terra

Prof. Dr. Gabriel José Chittó Gauer

Profa. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon

PORTO ALEGRE

2019

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional é um fenômeno de proporção mundial que, aliado à redução da taxa de fecundidade, faz com que um número crescente de pessoas tenha uma maior expectativa de vida. O envelhecimento da população gera um aumento da prevalência dos transtornos neuropsiquiátricos que acometem as pessoas idosas, em especial a depressão e o declínio cognitivo. A depressão é um transtorno psiquiátrico crônico, recorrente e subdiagnosticado, principalmente na população idosa. **Objetivo:** Identificar as variações dos escores de domínios cognitivos examinando sua relação com transtorno depressivo recorrente (TDR) em idosos. **Método:** Estudo observacional transversal, caso-controle, com amostra de 54 idosos com TDR e 108 idosos saudáveis. Entre julho de 2015 a julho 2016 foram coletados dados sociodemográficos, entrevista psiquiátrica estruturada (MINI-PLUS), escala de depressão geriátrica reduzida (GDS-15) e escala de avaliação cognitiva (ACE-R). **Resultados:** 54 idosos com TDR, sendo 48 do gênero feminino (88,8%) e 6 do gênero masculino (11,11%). A média de idade encontrada foi de 68,19 anos ($DP \pm 6,03$). A maioria é casada (31,48%), raça branca (74,07%), católica (66,67%) e recebe até um salário mínimo mensal (57,41%). A pontuação média total do ACE-R encontrada foi: nos casos 63,80 pontos (dp: 18,55) e nos controles 64,44 pontos (dp: 19,82). A média do escore Mini Exame do Estado Mental nos casos é de 22,96 (dp: 4,19) e nos controles 23,11 (dp: 5,16). **Conclusão:** Observou-se que os idosos com TDR apresentam maior déficit cognitivo global em relação ao grupo controle. Os domínios atenção-orientação e visual-espacial foram os que apresentaram maiores déficits nos idosos com TDR.

Palavras-chave: Depressão. Cognição. Idosos.

ABSTRACT

Introduction: The population ageing is a global proportion phenomenon that, allied with the decrease of the fertility rates, makes a increasing number of people have a bigger life expectation. The global ageing might lead to increase neuropsychiatric disorder that affects elderly people, as depression or cognitive decline, for example. The depression is a chronic, recurring and underdiagnosed psychiatric disorder, in special on aged people. **Objective:** Identify the modifications of the cognitive domains scores examining their relation with the recurrent depression disorder (RDD) on elderly people. **Method:** Observational-transversal study, controlling-case, with samples of 54 aged people with RDD and 108 healthy aged people. Between July 2015 and July 2016 were collected socio-demographic data, structured psychiatric interview (MINI-PLUS), reduced geriatric depression scale (GDS-15) and cognitive evaluation scale (ACE-R). **Results:** 54 elderly with RDD, and among those, 48 of female gender (88,8%) and 6 of male gender (11,1%). The average age that was found on the results was 68,19 years ($DP \pm 6,03$). The majority are married (31,48%), white race (74,07%), catholic (66,67%) and receive at most one minimum wage (57,41%). The total average score of the ACE-R that was found was: on the cases 63,80 points (dp: 18,55) and on the controlling 64,44 (dp: 19,82). The average score Mini Examining of Mental State on the cases is 22,96 (dp: 4,19) and 23,11 (dp: 5,16) on the controlling. **Conclusion:** It was observed that the elderly with RDD appears to have more global cognitive deficit in comparison to the controlling group. The attention-orientation and visual-spacial domains were the ones that showed bigger deficits on aged people with RDD.

Keywords: Depression. Cognition. Elderly.

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	3
2. REVISÃO DA LITERATURA	5
2.1 Envelhecimento populacional	5
2.2 Depressão em idosos	6
2.3 Alteração cognitiva na depressão	6
2.4 Declínio cognitivo e vulnerabilidade a depressão	7
2.5 Fatores associados à depressão	7
2.6 Aplicabilidade clínica	8
4. OBJETIVOS	9
5. MÉTODO	10
5.1 Delineamento	10
5.2 População em estudo	10
5.2.1 Procedimento Amostral	10
5.2.2 Critérios de Seleção (Casos)	12
5.2.3 Critérios de Seleção (controle)	13
5.3 Coleta de Dados	14
5.3.1 Rotina de coleta	14
5.3.2 Descrição dos métodos de mensuração	15
5.4 Variáveis	17
5.5 Análise Estatística	17
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	18
6.1 Comitê de ética em pesquisa	18
6.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Compromisso de Utilização de Dados.	19
7. RESULTADOS	20

8. DISCUSSÃO	26
9 CONCLUSÕES.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXOS	31
ANEXO A - Questionário Geral PENCE.....	32
ANEXO B – M.I.N.I PLUS	39
ANEXO C – GDS-15	51
ANEXO D – ACE-R	53
APÊNDICES	59
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	59
APÊNDICE B - Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)	62
APÊNDICE C – Parecer consubstanciado do Estudo epidemiológico e clínico dos idosos atendidos pela estratégia de saúde da família do município de Porto Alegre	63
APÊNDICE D – Parecer Consubstanciado Programa de envelhecimento cerebral	66
APÊNDICE E – Parecer consubstanciado Programa de envelhecimento cerebral SMSPA.....	69

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, importante e dinâmico da demografia moderna, ocasionando aumento da população idosa em relação aos demais grupos etários (OMS, 2005). No Brasil, de acordo com dados do censo demográfico de 2010, as pessoas com 60 anos ou mais somam 23,5 milhões, mais que o dobro do registrado em 1991, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas idosas (IBGE, 2010). Estimativas apontam que no ano de 2030 o Brasil terá mais de 41 milhões de idosos (BORGES, CAMPOS & SILVA, 2015).

Esse envelhecimento populacional pode ser explicado pelo reflexo da combinação de diversos fatores, como a diminuição das taxas de fecundidade, redução da mortalidade, ampliação da expectativa de vida ao envelhecer, melhoria dos serviços de saúde, o uso de novas tecnologias em geral, entre outros. Devido ao aumento da população idosa, crescem as preocupações em relação aos problemas que acometem essa faixa etária (CARVALHO, 2003).

Devido a isso, diferentes distúrbios que acometem os idosos, tornam-se mais frequentes, entre eles, os transtornos neuropsiquiátricos. Diante dos transtornos neuropsiquiátricos, a depressão e declínio cognitivo são as patologias neuropsiquiátricas mais prevalentes em idosos, mas nessa população está longe de ser homogênea em termos de declínio cognitivo e sintomas depressivos (ALMEIDA, 1997). Estudos mostraram que formas graves de depressão estão associadas a déficits cognitivos e que comprometimento cognitivo está relacionado à depressão (AVILA, 2006).

Sabe-se que o Transtorno Depressivo Maior (TDM) é um transtorno complexo em que múltiplos caminhos interagem para produzir vários fenótipos observáveis, dependendo da exposição a diferentes ambientes, estressores e predisposição genética (NAJJAR, 2013).

Além da forte associação entre TDM e declínio cognitivo, pesquisas mostram que pacientes deprimidos são especialmente propensos a desenvolver recaídas. A porcentagem de recaída de um primeiro episódio de TDM foi estimado em 50% dentro de 2 anos do episódio inicial; e aproximadamente 80% dos pacientes terão mais de um episódio depressivo nas suas vidas (MUELLER et al., 1999).

O comprometimento cognitivo está presente desde início dos sintomas depressivos e acompanham a sintomatologia depressiva. A presença de comprometimento cognitivo pode contribuir para a ineficácia na terapia antidepressiva e impedir a recuperação completa da depressão (PAPAKOSTAS, 2014).

Portanto, traçar o desempenho cognitivo dos idosos que sofrem de transtorno depressivo recorrente e comparar com grupo controle, torna-se fundamental para melhorar a assistência clínica dos pacientes idosos que são acometidos por esses transtornos.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional é uma realidade presente nos países desenvolvidos e países em desenvolvimento, como o Brasil. No Brasil, de acordo com dados do censo demográfico de 2010, as pessoas com 60 anos ou mais, somam 23,5 milhões, mais que o dobro do registrado em 1991, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas idosas (IBGE, 2010). Estimativas apontam que no ano de 2030 o Brasil terá mais de 41 milhões de idosos (BORGES, CAMPOS & SILVA, 2015).

Em revisão sobre a biologia do envelhecimento, TROEN (2003) descreveu que existiriam 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 (MORIGUCHI, 2013).

Portanto, com o envelhecimento da população, ocorre aumento na prevalência de doenças crônicas como a demência e depressão (OMS, 2005). Também, devido às alterações psicológicas, sociais e biológicas que ocorrem com o envelhecimento, tornam os idosos mais susceptíveis a essas doenças. Tais doenças podem ser originar pelo 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, afetam o organismo de forma sistêmica (GOTTLIEB, 2007). 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. Existe relação direta bem estabelecida entre as relações sociais, qualidade de vida e capacidade funcional e uma relação inversa entre esses fatores e depressão (RAMOS, 2015).

2.2 Depressão em idosos

A depressão é o transtorno neuropsiquiátrico mais comum entre os idosos. As estimativas da OMS é que o esse transtorno seja a patologia mais incapacitante até 2030, superando as doenças cardio-vasculares. Sabe-se que a depressão torna-se mais prevalente e grave em países de baixa e média renda, devido à falta de diagnóstico e tratamento. As taxas de depressão em idosos variam de 9% em idosos de comunidade para 25% em indivíduos hospitalizados ou institucionalizados (OMS, 2005).

Também, a depressão é extremamente prejudicial para a vida funcional e social dos indivíduos. Além dos danos graves ao qual o paciente é submetido durante um estado depressivo, a condição é crônica e recorrente, que predispõe as pessoas a um estado constante de preocupações e expectativas negativas, necessitando de tratamento em serviços de cuidados terciários (TAVARES, 2001).

2.3 Alteração cognitiva na depressão

Modernamente a literatura reconhece que as alterações de humor 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 doença de Alzheimer 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 depressão de início tardio (ULRICH, 2013).

Portanto, a depressão em idosos está associada com déficits em vários domínios cognitivos, incluindo memória episódica, processamento de linguagem, atenção, visual-espacial e funcionamento executivo. O declínio cognitivo está relacionado com má resposta à medicação antidepressiva. Nas últimas décadas, vários autores têm explorado a relação entre sintomas clínicos e desempenho neurocognitivos, incluindo a gravidade dos sintomas depressivos (PAPAKOSTAS, 2014).

O comprometimento da função cognitiva está presente desde o primeiro episódio depressivo, e se mantém durante a sintomatologia depressiva, relaciona-se com prolongamento dos episódios depressivos e contribui para novos episódios depressivos (PAPAKOSTAS, 2014).

O déficit cognitivo é uma característica da depressão que se verificou piorar com número crescente de episódios depressivos. Entre os pacientes idosos que sofrem de depressão, 20-50% exibem déficits cognitivos em uma vasta gama de domínios cognitivos (BAUNE, 2010).

2.4 Declínio cognitivo e vulnerabilidade a depressão

Déficits cognitivos foram demonstrados durante a presença de sintomas depressivos (HERZALLAH, 2013). Recentemente, os déficits cognitivos foram demonstrados em pessoas recuperadas de depressão. Se estiver presente na recuperação, o declínio cognitivo pode ser um verdadeiro marcador biológico intermediário para vulnerabilidade a depressão (BOURNE, 2013).

2.5 Fatores associados à depressão

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, muitas vezes os sintomas afetivos são considerados naturais ao processo de envelhecimento (CONTE, 2009).

Estudo verificou que a gravidade dos sintomas depressivos representa aproximadamente 8% da variância de funcionamento cognitiva em adultos mais velhos. Também há relatos em pacientes adultos com transtorno depressivo maior apresentando prejuízo nas funções executivas na presença de sintomas depressivos graves, no entanto, dados sobre a associação entre déficits cognitivos e a severidade da depressão têm sido contraditórios, que é mais provável explicado por vários fatores de confusão como: medicação antidepressiva, história de eletroconvulsoterapia (ECT), escolaridade, tipos de testes neurocognitivos aplicados, idade de início, número de episódios depressivos, entre outros. Por exemplo, a presença de sintomas de depressivos no final de vida e baixos níveis de educação são preditores significativos para o desenvolvimento de demência (LICHTENBERG, 1995).

2.6 Aplicabilidade clínica

Deve-se explorar e estudar as funções cognitivas no transtorno depressivo recorrente, buscando traçar os domínios cognitivos que especificamente se relacionam e prevê a severidade da depressão. Dessa forma, na prática clínica, haverá planejamento terapêutico para atender às necessidades específicas desses pacientes, levando a melhor qualidade de vida.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- Identificar as variações dos escores de domínios cognitivos examinando sua relação com TDR em idosos;

4.2 Objetivos Específicos

- Estabelecer o perfil sócio-demográfico dos idosos que sofrem de TDR e sem a doença;
- Identificar alterações nos domínios cognitivos em idosos que possuem TDR;
- Comparar o déficit cognitivo de idosos com TDR com um grupo controle;
- Estabelecer a relação do número de episódios depressivos, com alteração cognitiva;

5. MÉTODO

5.1 Delineamento

Estudo de caso controle aninhado a uma coorte de base populacional intitulada Programa de Envelhecimento Cerebral (PENCE).

5.2 População em estudo

A população alvo do presente estudo são indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados no Programa de Envelhecimento Cerebral (PENCE). Este Programa abrange todos os indivíduos das equipes da ESF da gerência distrital Lomba do Pinheiro/Partenon, que corresponde à área de abrangência do Hospital São Lucas da PUCRS. A estimativa de alcance atual é de aproximadamente 12.000 pessoas.

Os casos serão indivíduos com diagnóstico de TDR e os controles indivíduos que não apresentam transtorno depressivo ou qualquer outro distúrbio psiquiátrico grave.

5.2.1 Procedimento Amostral

Esta pesquisa foi realizada com os dados coletados e armazenados dos indivíduos que participaram do programa PENCE. O primeiro passo do PENCE foi à capacitação continuada das Equipes da ESF, iniciada em 03/09/2012. Após a capacitação, os agentes comunitários de saúde (ACS) cadastraram no PENCE, todos os indivíduos acima de 55 anos criando um prontuário de saúde mental vinculado à sua ESF.

Os ACS aplicaram um questionário geral para a obtenção de dados sociodemográficos, de estilo de vida, farmacológicos e de saúde. Tais informações foram fornecidas pelo próprio indivíduo ou por um familiar/acompanhante, caso o mesmo não tenha condições de responder. Concomitantemente, os ACS aplicaram, no momento do cadastro e periodicamente, um instrumento de rastreio para comprometimento cognitivo (Vellore) e de rastreio para depressão (GDS-15). Para os indivíduos com idade entre 55 e 74 anos, os instrumentos foram aplicados a cada 2 anos

e com 75 anos ou mais, anualmente. Durante a avaliação periódica foi aplicado um questionário autoaplicável (para o acompanhante) sobre modificações nos hábitos de vida, no estado de saúde, na personalidade ou comportamento. Os enfermeiros e médicos das Equipes da ESF também foram treinados para o acompanhamento e tratamento dos indivíduos com demência ou depressão identificados.

Acompanhamento da Cognição: O instrumento Vellore foi aplicado pelo ACS em duas etapas; uma com o próprio usuário e outra com o familiar ou cuidador. O indivíduo que obteve os valores do Vellore normal, teria novo rastreamento em 1 ano, se a idade fosse igual ou maior que 75 anos ou 2 anos naqueles com idade entre 55 e 75 anos. Quando os valores da avaliação cognitiva variarem entre 12 e 13 pontos ou a avaliação com o informante variar entre 3 e 4 pontos (valores limítrofes), novo rastreamento em 6 meses. Os valores do Vellore igual ou inferior a 14 pontos na avaliação com o paciente ou igual ou superior a 5 pontos na avaliação com o informante acarretou no encaminhamento para avaliação complementar na UBS. O profissional da enfermagem realizou a avaliação inicial, revisando os instrumentos preenchidos pelo ACS e aplicou o instrumento IQCODE ao familiar. Com base nesses dados, o paciente pode ter o diagnóstico de comprometimento cognitivo excluído, neste caso retorna ao programa de acompanhamento periódico com triagem pelo ACS, ou confirmado. Nesse último caso, o enfermeiro aplica o instrumento de funcionalidade ADLQ e encaminha para atendimento médico. O médico avalia a cognição através do ACE-R e define o diagnóstico. Também solicita os exames necessários e segue o fluxograma de tratamento definido pelo programa. Caso necessário, o paciente pode ser encaminhado para avaliação no ambulatório do Hospital São Lucas da PUCRS (centro terciário).

Acompanhamento do Humor: O instrumento GDS-15 foi aplicado diretamente pelo ACS ao usuário. O indivíduo que obteve valor normal (<5) teve novo rastreamento em 1 ano (aqueles com idade igual ou maior que 75 anos) ou 2 anos (aqueles com idade entre 55 e 75 anos). Quando os valores variarem entre 5 e 7 pontos (valores limítrofes), novo rastreamento em 6 meses. Quando os valores forem igual ou superior a 8 pontos o usuário foi encaminhado para avaliação complementar na UBS. O profissional da enfermagem faz a avaliação inicial, revisando os instrumentos preenchidos pelo ACS e aplica um questionário de risco de suicídio. Com base nesses dados, o paciente pode ter

o diagnóstico de transtorno do humor excluído, neste caso retorna ao programa de acompanhamento periódico com triagem pelo ACS ou confirmado. Nesse último caso, se o risco de suicídio for moderado ou grave, o enfermeiro encaminha o paciente para atendimento médico na UBS e avaliação da necessidade de internação. O médico avalia os transtornos psiquiátricos mais prevalentes, incluindo os do humor, através do MINI PLUS, versão 6.0 e define o diagnóstico. Também solicita os exames necessários e segue o fluxograma de tratamento definido pelo programa. Caso necessário, o paciente pode ser encaminhado para avaliação no ambulatório do Hospital São Lucas da PUCRS (centro terciário).

Para o presente estudo, foram utilizados dados armazenados do PENCE de todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, que tiveram dados coletados no ambulatório do Hospital São Lucas da PUCRS (centro terciário) no período de julho de 2015 até julho 2016 a partir de coleta previamente realizada na comunidade pelos agentes comunitários de saúde no PENCE. Portanto, o presente estudo trabalhou com a amostra de 54 idosos com TDR e 108 idosos saudáveis. Para a utilização dos dados armazenados, os pesquisadores envolvidos assinam TCUD (Termo de Compromisso de Utilização de Dados), comprometendo-se a manter a confidencialidade sobre os dados coletados, bem como a privacidade de seus conteúdos. O pesquisador-orientador responsável do presente estudo e do PENCE, Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto, consente com a utilização dos dados de pesquisa, conforme TCUD. (apêndice).

Dessa forma, os casos foram todos indivíduos cadastrados no período de julho de 2015 até julho 2016, no PENCE, com idade igual ou superior a 60 anos, com diagnóstico de TDR. Os controles são indivíduos cadastrados no período de julho de 2015 até julho 2016, no PENCE, que não apresentam transtorno depressivo ou qualquer outro distúrbio psiquiátrico grave.

5.2.2 Critérios de Seleção (Casos)

5.2.2.1 Critérios de Inclusão

- a) Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos;
- b) Ter assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (PENCE);

- c) Indivíduos que apresentam diagnóstico de transtorno depressivo recorrente;

5.2.2.2 Critérios de exclusão

- a) Presença de doença neurológica grave, como acidente vascular cerebral, epilepsia, demência avançada, doença de Parkinson e tumor;
- b) Abuso de álcool ou drogas;
- c) Presença de uma doença física grave, que impeça a participação em qualquer fase do projeto;
- d) Não ser capaz de compreender os questionamentos referentes ao protocolo de pesquisa e aos instrumentos;

5.2.3 Critérios de Seleção (controle)

5.2.3.1 Critérios de inclusão (controle)

- a) Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos de idade;
- b) Ter assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (PENCE);

5.2.3.2 Critérios de Exclusão (controle)

- a) Presença de doença neurológica grave, como acidente vascular cerebral, epilepsia, demência avançada, doença de Parkinson e tumor;
- b) Abuso de álcool ou drogas;
- c) Presença de uma doença física grave, que impede a participação em qualquer fase do projeto;
- d) Não ser capaz de compreender os questionamentos referentes ao protocolo de pesquisa e aos testes.
- e) Diagnóstico de transtorno depressivo atual e passado ou qualquer outro distúrbio psiquiátrico grave;

5.3 Coleta de Dados

Os dados deste estudo foram extraídos do banco gerado pelo protocolo de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica – PUCRS **“INFLUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE E APEGO NO DESENVOLVIMENTO, MANIFESTAÇÃO CLÍNICA E PROGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS COGNITIVOS”**.

5.3.1 Rotina de coleta

A coleta transversal do subprojeto **“INFLUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE E APEGO NO DESENVOLVIMENTO, MANIFESTAÇÃO CLÍNICA E PROGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS COGNITIVOS”** do PENCE se deu no período de julho de 2015 até julho 2016 a partir de coleta previamente realizada na comunidade pelos agentes comunitários de saúde no PENCE.

O primeiro passo do PENCE foi a capacitação continuada das Equipes da ESF. Após a capacitação, os ACS cadastraram, no PENCE, todos os indivíduos acima de 55 anos, criando um prontuário de saúde mental vinculado à sua ESF.

Os ACS aplicaram um questionário geral para a obtenção de dados sociodemográficos, de estilo de vida, farmacológicos e de saúde. Tais informações foram fornecidas pelo próprio indivíduo ou por um familiar/acompanhante, caso o mesmo não tenha condições de responder. Concomitantemente, os ACS aplicam, no momento do cadastro, um instrumento de rastreio para comprometimento cognitivo (Vellore) e de rastreio para depressão (GDS-15).

Dos sujeitos, foram encaminhados para o ambulatório de assistência **“Ambulatório de Envelhecimento Cerebral”** do Hospital São Lucas, os que apresentavam queixas cognitivas, sintomas psiquiátricos ou que preencheram positivamente os instrumentos de triagem cognitiva e depressão. Na primeira avaliação, os que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a participar do PENCE e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice).

O PENCE apresenta uma população amostral é de 416 idosos, atendidos entre julho de 2015 a julho de 2016. Para o presente estudo foram excluídos 35 idosos, pelos seguintes motivos: 15 por presença de distúrbio psiquiátrico grave, 14 por doença neurológica grave, 5 por presença de doença física ou sensorial grave. A amostra foi de 382 idosos atendidos no PENCE em julho de 2015 a julho 2016. Os idosos foram separados em dois grupos: Grupo I (casos): Todos os idosos com diagnóstico de Transtorno depressivo recorrente totalizando 54 idosos (14.13%). Grupo II (controle): 108 idosos saudáveis.

5.3.2 Descrição dos métodos de mensuração

5.3.2.1 Instrumentos

a) Questionário geral (ANEXO A)

Para o cadastro das pessoas no PENCE é preenchido um questionário geral, contendo informações sobre características sociodemográficas, como dados de escolaridade, econômicos, de espiritualidade/religião e de saúde, que faz parte da Identificação do indivíduo no Prontuário do Programa.

b) Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 (M.I.N.I.plus) (ANEXO B)

O M.I.N.I. plus é uma entrevista diagnóstica padronizada que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM-IV e 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 DSM-IV quanto do CID-10. Os resultados desses estudos mostraram que o M.I.N.I. apresenta índice de confiabilidade e de validade comparáveis aos dos instrumentos referidos, mas que pode ser administrado em um tempo muito mais curto. 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 têm perguntas que investigam essas questões. 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 (AMORIM, 2000)

C) GDS-15 (ANEXO C)

A Escala Geriátrica de Depressão de 15 questões (*Geriatric Depression Scale – GDS-15*) é a versão breve da GDS-30. É composta por quinze questões que avaliam a presença de sintomas depressivos (rastreamento) assim como a intensidade da depressão. É uma das escalas mais utilizada no mundo tendo sido validada para o Brasil. Atualmente, é a ferramenta de avaliação inicial da depressão geriátrica preconizada pelo Ministério da Saúde do Brasil para uso por profissionais ao nível da saúde pública. No PENCE foi aplicada pelos ACS para o rastreio dos sintomas de depressão. A pontuação mínima é 0 e indica que o indivíduo não tem sintomas depressivos e a pontuação máxima é de 15 pontos. Para o PENCE, as pessoas com pontuação maior ou igual a 8 foram consideradas como provável depressão e encaminhadas para atendimento médico. As pessoas com pontuação menor ou igual a 4 foram consideradas sem sintomas depressivos e reavaliadas após 1 a 2 anos. As pessoas com pontuação de 5 a 7 foram consideradas limítrofes e foram reavaliadas em 6 meses, com maior atenção pelos ACS e, caso os agentes identificassem subjetivamente um maior risco de estarem deprimidas, são encaminhadas também para avaliação.

d) ACE-R (ANEXO D)

A avaliação cognitiva preconizada para utilização pelos médicos da ESF é o Exame Cognitivo de Addenbrook Revisado (ACE-R – *Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised*). Essa bateria breve de avaliação cognitiva contém o mini exame

do estado mental (pontuação de 0 a 30), ao qual são acrescentados testes que permitem uma maior sensibilidade no diagnóstico do declínio cognitivo como, por exemplo, o teste do relógio, a fluência verbal e testes adicionais de memória e de reconhecimento de figuras. Esta bateria foi traduzida e adaptada para o Brasil, além de validade para o diagnóstico da Doença de Alzheimer e com dados normativos de acordo com a idade e escolaridade para população brasileira. A pontuação total é de 0 a 100 e utilizamos, a partir dos dados normativos descritos acima, os pontos de corte de 50 para idosos analfabetos, 60 para primeiro grau incompleto, 70 para primeiro grau completo e 80 para segundo grau completo ou superior.

5.4 Variáveis

5.4.1 Dependentes: transtorno depressivo maior recorrente atual e passado.

5.4.2 Independentes: idade, gênero, renda, escolaridade, estado civil, escore na GDS-15, escore do Mini-Exame do Estado Mental, escore total do ACE-R e de seus domínios (atenção e orientação, memória, fluência, linguagem, visual-espacial). Alguns itens do ACE-R serão analisados separadamente como teste do relógio e o teste de fluência verbal semântica (nomes de animais recordados em 1 minuto) e fluência verbal fonológica (palavras recordadas com a letra P em 1 minuto), número de episódios depressivos.

5.5 Análise Estatística

Os dados estão sendo analisados através do software estatístico SPSS versão 21. As variáveis serão descritas por frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, média ou mediana e desvio padrão para as variáveis numéricas. As associações entre variáveis categóricas serão testadas através do teste do qui-quadrado de *Pearson*.

Na comparação das variáveis dicotômicas com uma variável ordinal ou uma variável quantitativa com um tamanho amostral pequeno e sem distribuição normal será utilizado o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para amostras independentes ou *Wilcoxon* para amostras pareadas. Na comparação das variáveis dicotômicas com uma variável quantitativa com um tamanho amostral grande ou com distribuição normal será utilizado o teste *t de Student* para amostras pareadas ou independentes (levando-se em consideração a igualdade de variância, testada pelo teste de *Levene*).

Para controle de variáveis de confusão e independência das variáveis será realizada análise multivariada, através de regressão logística. O nível de significância utilizado será de 5%

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os sujeitos foram informados dos objetivos do PENCE e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido do projeto “Influência das características de personalidade e apego no desenvolvimento, manifestação clínica e prognóstico dos transtornos cognitivos”, e os dados coletados foram armazenados. Para utilização desses dados armazenados, os pesquisadores envolvidos assinam TCUD (Termo de Compromisso de Utilização de Dados), comprometendo-se a manter a confidencialidade sobre os dados coletados, bem como a privacidade de seus conteúdos (apêndice).

Foi respeitado o sigilo de identidade das informações coletadas. Estas informações serão publicadas após análise epidemiológica e estatística, não sendo em nenhum momento divulgada a identidade dos indivíduos estudados.

6.1 Comitê de ética em pesquisa

O projeto **“INFLUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE E APEGO NO DESENVOLVIMENTO, MANIFESTAÇÃO CLÍNICA E PROGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS COGNITIVOS”**, no qual se inclui o presente estudo, foi previamente apresentado e aprovado pelo comitê de ética

em pesquisa da PUCRS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de Porto Alegre (APÊNDICE B).

Os projetos de pesquisa integram o exame de dados parciais do estudo **“ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE”**, que foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital São Lucas da PUCRS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de Porto Alegre (APÊNDICE C).

O estudo foi encaminhado para avaliação ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Lucas da PUCRS, juntamente com o TCUD (Termo de Compromisso de Utilização de Dados). Para utilização dos dados armazenados, no qual os pesquisadores envolvidos assinaram TCUD comprometendo-se a manter a confidencialidade sobre os dados coletados, bem como a privacidade de seus conteúdos (apêndice). Além da autorização para utilização dos dados pelo pesquisador responsável.

6.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Compromisso de Utilização de Dados.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi aplicado no momento da coleta do subprojeto **“INFLUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE E APEGO NO DESENVOLVIMENTO, MANIFESTAÇÃO CLÍNICA E PROGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS COGNITIVOS”** (APÊNDICE A), previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da PUCRS.

Para utilização dos dados armazenados, foi utilizado o TCUD (Termo de Compromisso de Utilização de Dados), com autorização do pesquisador-orientador responsável, Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto, que consente com a utilização desses dados de pesquisa. Os pesquisadores se comprometem a manter a confidencialidade sobre os dados coletados, bem como a privacidade de seus conteúdos. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Lucas da PUCRS.

7. RESULTADOS

Foram estudados 54 idosos com TDR, sendo 48 (88,8%) do gênero feminino e 6 (11,11%) do gênero masculino. A média de idade encontrada foi de 68,19 anos (DP $\pm$ 6,03). Quanto ao estado civil, solteiros 27,78%, casados 31,48%, 2 viúvos 3,70%, separados 16,67%, divorciados 20,37%. Referente a raça, brancos 74,07%, pardos 18,52% e negros 7,41%. Quanto a religião católicos 66,67%, evangélicos 29,63% e ateus 3,70%. Perante a renda mensal, 57,41% dos idosos recebem até um salário mínimo mensal. A escolaridade foi dividida em grupos, por anos de estudos: 14,81% dos idosos sem estudo, 40,74% dos idosos de 1-4 anos de estudos, 24,07% dos idosos de 5-8 anos de estudos e 20,38% dos idosos mais de 8 anos de estudo.

O grupo controle é composto por 108 idosos, sendo 76 (70,37%) do gênero feminino e 32 (29,63%) do gênero masculino. A média de idade é de 73,40 anos (DP $\pm$ 7,64). Quanto ao estado civil, solteiros 14,81%, casados 43,52%, viúvos 13,89%, separados 8,33%, divorciados 19,44%. Referente a raça, brancos 64,29%, pardos 17,59%, negros 12,96% e amarelo 2,78%. Quanto a religião católicos 69,44%, evangélicos 13,89%, ateus 12,96% e outras religiões 2,78%. Perante a renda mensal, 46,73% dos idosos recebem até um salário mínimo mensal. A escolaridade foi dividida em grupos, por anos de estudos: 16,67 % dos idosos sem estudo, 39,81% dos idosos de 1-4 anos de estudos, 24,07% dos idosos de 5-8 anos de estudos e 19,45% dos idosos com mais de 8 anos de estudo.

Tabela 1. Dados sociodemográficos Casos e Controles

Variáveis	Casos N(%)	Controles N (%)	Valor p
Idade (anos)			< 0,0001
60-69	36 (66,67%)	34 (31,48%)	
70-79	15 (27,78%)	49 (45,37%)	
80 anos ou mais	3 (5,56%)	25 (23,15%)	
Média de Idade	68,19 (dp $\pm$ 6,03).	73,40 (dp $\pm$ 7,64)	
Renda			0,575

Sem renda	6 (11,11%)	14 (13,06%)	
Até 1 SM	31 (57,41%)	50 (46,30%)	
2 SM	14 (25,93%)	29 (26,85%)	
3 SM	3 (5,56%)	9 (8,33%)	
4 SM	--	4 (3,70%)	
Mais que 4 SM	--	2 (1,85%)	
Estado civil			0,036
Solteiro (a)	15 (27,78%)	16 (14,81%)	
Casado (a)	17 (31,48%)	47 (43,52%)	
Viúvo (a)	2 (3,70%)	15 (13,89%)	
Separado (a)	9 (16,67%)	9 (8,33%)	
Divorciado (a)	11 (20,37%)	21 (19,44%)	
Raça			0,423
Branca	40 (74,07%)	72 (64,29%)	
Parda	10 (18,52%)	19 (17,59%)	
Negra	4 (7,41%)	14 (12,96%)	
Amarela	--	3 (2,78%)	
Religião			0,043
Ateu	36 (66,67%)	75 (69,44%)	
Agnóstico	16 (29,63%)	15 (13,89%)	
Católico	2 (3,70%)	14 (12,96%)	
Outro	--	4 (3,71%)	
Gênero			0,009
Feminino	48 (88,89%)	76 (70,37%)	
Masculino	6 (11,11%)	32 (29,63%)	

Escolaridade			0,976
0 anos	8 (14,81%)	18 (16,67%)	
1-4 anos	22 (40,74%)	43 (39,81%)	
5-8 anos	13 (24,07%)	26 (24,07%)	
Mais 8 anos	11 (20,38%)	21 (19,45%)	

A pontuação média total do ACE-R encontrada foi: nos casos 63,80 pontos (dp: 18,55) e nos controles 64,44 pontos (dp: 19,82). O teste de t para comparação da pontuação média total ACE-R entre casos e controles encontrou valor não significativo (valor p: 0,84). Entretanto, ajustando a pontuação média total do ACE-R pela escolaridade e idade apresenta valor significativo, conforme demonstrado na tabela 2 e 3, respectivamente.

Tabela 2. Pontuação média total ACE-R ajustada pela escolaridade

ACE-R Total	Casos	Controles
Escolaridade (anos)	Valor p<0,0001	Valor p< 0,0001
0	41,71 (17,00)	47,88 (17,49)
1-4	60,23 (17,26)	60,42 (15,82)
5-8	67,85 (13,62)	70,54 (18,28)
Mais 8	80,64 (9,88)	77,62 (19,90)

Tabela 3. Pontuação média total ACE-R ajustada pela idade

ACE-R	Casos	Controles
Idade (anos)	Valor p=0,017	Valor p=0,001

60-69	68,66 (17,49)	71,47 (18,40)
70-79	52,67 (17,41)	65,59 (18,75)
80 ou mais	55,67 (11,37)	52,64 (19,12)

A média do escore MEEM nos casos é de 22.96 (dp: 4,19) e nos controles 23,11 (dp: 5,16). Foi utilizado teste t para comparação entre as médias MEEM nos casos e controles com valor $p=0.85$ (não significativo). Ajustando a média do MEEM pela escolaridade e idade apresenta valor significativo, conforme demonstrado na tabela 4 e 5, respectivamente.

Tabela 4. Escore Médio do MEEM ajustado pela escolaridade

MEEM	Casos	Controles
Escolaridade (anos)	Valor $p < 0,001$	Valor $p < 0,001$
0	17,57 (3,64)	19,29 (5,12)
1-4	22,50 (3,83)	22,21 (4,55)
5-8	24,38 (3,36)	24,38 (4,69)
Mais 8	25,73 (2,97)	26,73 (4,74)

Tabela 5. Escore Médio do MEEM ajustado pela idade

MEEM	Casos	Controles
Idade (anos)	Valor $p = 0,034$	Valor $p < 0,001$
60-69	23,97 (3,54)	25,26 (4,27)
70-79	20,47 (4,76)	23,24 (4,75)

80 ou mais	22,33 (4,51)	19,92 (5,60)
-------------------	--------------	--------------

A associação entre escore médio do MEEM e idade apresentam valores significativos, respectivamente valor $p=0.005$ casos e $p<0.0001$ controles. Portanto, quanto maior a idade, menor o escore médio do MEEM nos idosos estudados.

O desempenho cognitivo nos idosos foi avaliado conforme os domínios do ACE-R (Atenção e Orientação, Memória, Fluência, Linguagem e Visual-Espacial). Os dados estão apresentados na tabela 6. A comparação entre médias do escore do teste do relógio, teste de fluência verbal semântica (nomes de animais recordados em 1 minuto), teste de fluência verbal fonológica (palavras recordadas com a letra P em 1 minuto) não foram significativos. A comparação entre ACE-R total e MEEM entre os casos e controles com números de episódios depressivos não foi significativo.

Tabela 6. Desempenho cognitivo nos idosos

	Casos		Controles		
	Média	DP	Média	DP	Valor p
ACE-R Total	63,80	18,55	64,44	19,82	0,84
MEEM	22,96	4,19	23,11	5,16	
Atenção e Orientação	13,85	2,80	14,01	3,38	
Memória	13,22	6,13	13,92	6,34	
Fluência	6,82	3,41	6,79	3,14	
Linguagem	19,14	6,06	18,63	5,90	
Visual-Espacial	10,96	3,64	11,07	4,09	
Teste do Relógio	3,20	1,93	3,09	1,90	0,73
Fluência Fonológica (letra p)	3,20	1,81	3,18	1,86	0,88
Fluência Semântica	3,41	1,67	3,56	1,73	0,60

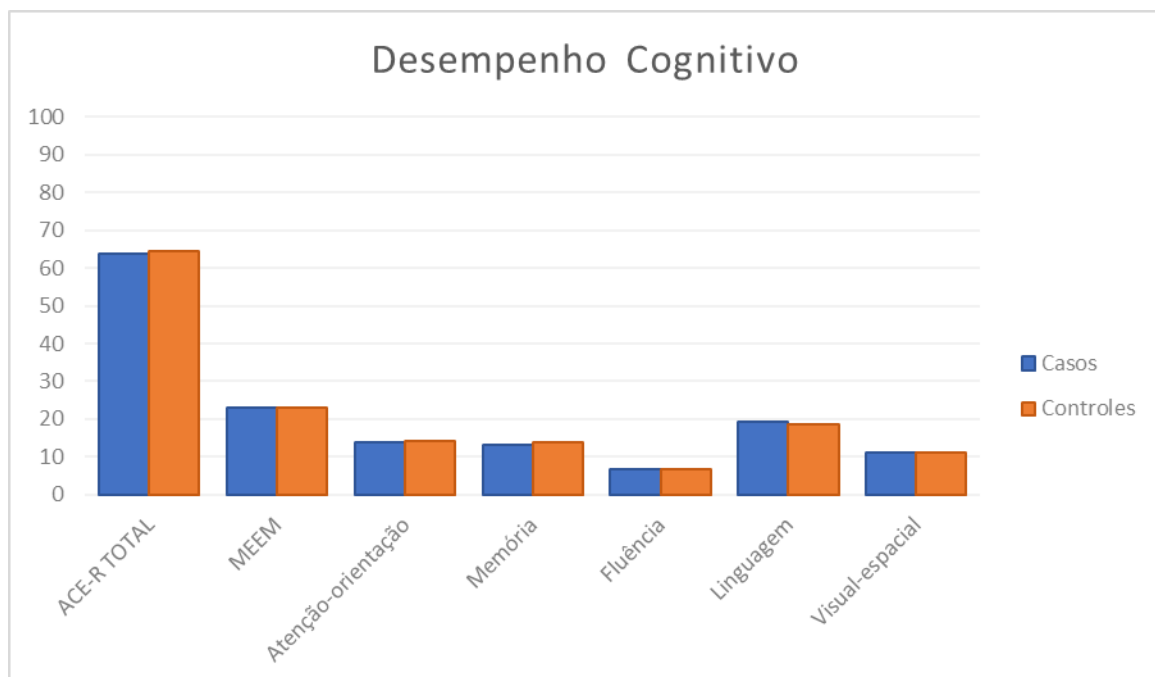
Utilizando a Nota de Corte dos domínios do ACE-R nos idosos com TDR verificou-se que 43 idosos (79.62%) apresentam déficit em atenção e orientação; 34 idosos (62,96%) apresentam déficit visual-espacial; 31 idosos (57,40%) apresentam

déficit em memória e fluência; e 30 idosos (55,55%) apresentam déficit na linguagem. Os dados são apresentados na tabela 7.

Tabela 7. Performance Cognitiva dos Idosos com Transtorno Depressivo Recorrente

Domínios	N Casos < NC	% Casos < NC
Atenção e Orientação	43	79,62 %
Memória	31	57,40 %
Fluência	31	57,40 %
Linguagem	30	55,55 %
Visual-Espacial	34	62,96 %

Figura 1. Desempenho Cognitivo Casos X Controle



8. DISCUSSÃO

Com relação à população deste estudo, observou-se que a partir das características sociodemográficas, há uma prevalência do gênero feminino em ambos os grupos, corroborando o estudo de Leite, Winck, Hildebrandt, Kirchner e Silva (2012). A maioria eram idosos casados, com baixa renda familiar e baixa escolaridade.

Os idosos com TDR apresentaram menor pontuação média do ACE-R total comparados ao grupo saudável. Examinando os domínios separadamente verificou-se que os idosos com TDR apresentam maiores déficits nos seguintes domínios: atenção-orientação, memória, visual-espacial e fluência semântica, entretanto os dados não foram significativos. O desempenho cognitivo nos domínios linguagem e visual-espacial tiveram menores médias de escores comparando ao estudo de Carvalho (2009) obtido em sujeitos com provável doença de Alzheimer.

Os testes de fluência verbal fonológica e categórica e o teste de relógio-desenho foram analisados separadamente para interpretar o desempenho de ambos os grupos para a função executiva. No presente estudo, o número médio de palavras evocadas pelo grupo deprimido não foi diferente da média recordada pelo grupo controle. Assim, a depressão no momento da avaliação cognitiva não influenciou a tarefa de fluência verbal categorial em indivíduos com baixa escolaridade. Neste estudo, não foi encontrada diferença no desempenho no teste de desenho do relógio entre os grupos de estudo, não mostrando distinção entre pacientes com baixo nível educacional com e sem depressão.

As variáveis idade e escolaridade influenciam os resultados do ACE-R negativamente quanto à idade e positivamente quanto à escolaridade, em ambos os grupos.

9 CONCLUSÕES

Observou-se que os idosos com TDR apresentam maior déficit cognitivo global em relação ao grupo controle. Os domínios atenção-orientação e visual-espacial apresentaram maiores déficits nos idosos com TDR.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, O. P.; FORLENZA, O. V.; LIMA, N. K.; BIGLIANI, V.; ARCURI, S. M.; GENTILE, M. OLIVEIRA, D. M. Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1997. 12(7), 728-736. Doi:10.1002/(SICI)1099-1166(199707).

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.* 2012 Jan;25(4):497–503.

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. v. 22, n. 3, 2000.

AVILA, R.; BOTTINO, C. M. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2006. 28(4), 316-320.

BAUNE, B.T.; MILLER, R.; MCAFOOSE, J.; JOHNSON, M.; QUIRK, F.; MICCHELL, D. The role of cognitive impairment in general functioning in major depression. *Psychiatry Res.* 2010 Apr 30; 176(2-3): 183-189. doi: 10.1016/j.psychres.2008.12.001.

BORGES, G. M.; CAMPOS, M. B.; SILVA, L. G. de C. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidade para a sociedade nas próximas décadas. In: IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Org.). *Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. n. 3.

BOURNE, C.; et. al. Neuropsychological testing of cognitive impairment in euthymic bipolar disorder: an individual patient data meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2013 Sep; 128(3): 149–162. Published online 2013 Apr 26. doi: 10.1111/acps.12133

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. Saúde Pública [online]. 2003, vol.19, n.3, pp.725-733. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300005>.

CONTE, L. B. D. ;SOUZA, L.N.A. Perfil epidemiológico do envelhecer com depressão; Epidemiologic pattern of aging under depression. J Heal. Sci Inst. 2009 Sep [cited 2013 Jun 25];27(3).

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

GOTTLIEB, M. G. V.; CARVALHO, D.; SCHNEIDER, R. H.; DA CRUZ, I. B. M. Aspectos genéticos do envelhecimento e doenças associadas: uma complexa rede de interações entre genes e ambiente. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., 2007; 10(3):273-283.

HERZALLAH, M. M.; MOUSTAFA, A. A.; NATSHEH, J. Y. et. al Learning from negative feedback in patients with major depressive disorder is attenuated by SSRI antidepressants. Frontiers in Integrative Neuroscience. 2013;7:67. doi:10.3389/fnint.2013.00067.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. (Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 27). Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45700.pdf>>.

LEITE, Marinês Tambara et al . Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, p. 481-492, Sept. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232012000300009&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000300009>.

LICHTENBERG, P. A.; ROSS, T.; MILLIS S. R.; MANNING, C. A. The relationship between depression and cognition in older adults: a cross-validation study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1995 Jan; 50(1): P25–P32.

MORIGUCHI, Y. Aging, preventive geriatrics and the role of psychical exercise to improve health with longevity. *Pan American Journal of Aging Research* 2013; 1(1):3-4.

MUELLER, T et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156(7):1000–1006.

NAJJAR, S.; PEARLMANN D. M.; DEVINSKY, O.; NAJJAR, A.; ZAGZAG, D.; Neurovascular unit dysfunction with blood-brain barrier hyperpermeability contributes to major depressive disorder: a review of clinical and experimental evidence. *J Neuroinflammation*. 2013 Dec 1;10:142.

OMS. Envelhecimento ativo: um quadro político. 2005. Disponível em: (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf). Acessado 20 de maio de 2017.

PAPAKOSTAS, G.I. Cognitive symptoms in patients with major depressive disorder and their implications for clinical practice. *J Clin Psychiatry*. 2014 Jan; 75(1): 8–14. doi: 10.4088/JCP.13r08710.

RAMOS, G. C. F.; CARNEIRO, J. A.; BARBOSA, A. T. F.; MENDONÇA, J. M. G.; CALDEIRA, A. P. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos sem norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr*. 2015; 64 (2): 122-31.

TAVARES, R. V.; JURUENA, M. F. Depressão dupla refratária: um exemplo de transtorno afetivo recorrente. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2001. 28,114-119.

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

ULRICH, L. E. F.; NOGUEIRA, E. L.; TEIXEIRA, L. M.; ELY, L. S.; BORGES-FILHO, J. C.; CATALDO-NETO, A. Early versus late-onset major depression in the elderly: a comparative study. Pan American Journal of Aging Research 2013;1(1):8-15

World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

ANEXOS

 57120	ID: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>											5 .

QUESTIONÁRIO GERAL

PENCE – PROGRAMA DE ENVELHECIMENTO CEREBRAL

SMS – PUCRS

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	☐ 1ª série ☐ 2ª série ☐ 3ª série ☐ 4ª série	Ginásio	☐ 5ª série ☐ 6ª série ☐ 7ª série ☐ 8ª série	Científico	☐ 1º série ☐ 2º série ☐ 3º série	Supletivo	☐ 1º grau ☐ 2º grau
----------	--	---------	--	------------	---	-----------	--
10. Frequentou curso superior?
☐ sim Incompleto? ☐ Completo? Qual curso? _____
☐ não ☐ NR (não respondeu)

DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

- 33

22. Qual a sua religião?

- ☐ católica
- ☐ evangélica (anglicana, episcopal, luterana, batista, pente-costal, adventista, testemunha de jeová, outra)
- ☐ espírita (kardecista)
- ☐ judaica (israelita)
- ☐ afro-brasileira (umbanda, candomblé)
- ☐ outra (budista, xintoísta, maometana, esotérica, etc)
- ☐ não tem religião definida, mas tem suas próprias crenças (agnóstico)
- ☐ não tem religião ou crença (ateu)
- ☐ NR (não respondeu)

23. É praticante de sua religião ou sua crença/fé? (pode ser em casa)

- ☐ sim ☐ não ☐ NR (não respondeu)

24. Em geral o(a) Sr(a). diria que sua saúde é:

- ☐ ótima ☐ boa ☐ regular ☐ má ☐ péssima ☐ NR (não respondeu)

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

- ☐ sim ☐ não ☐ NR (não respondeu)

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

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

26. Nos últimos 12 meses, teve alguma queda (no chão quando estava em pé, sentado ou deitado)?

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

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

- ☐ sim Qual? _____
- ☐ não
- ☐ NR (não respondeu)

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

[illegible]

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)
- | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| ☐ vinho tinto | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | ☐ copos | por: <input type="text"/> dia | ☐ semana | ☐ mês |
| | | ☐ cálices | | | |
| | | ☐ garrafas | | | |
| ☐ vinho branco | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | ☐ copos | por: <input type="text"/> dia | ☐ semana | ☐ mês |
| | | ☐ cálices | | | |
| | | ☐ garrafas | | | |
| ☐ cerveja com álcool | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | ☐ copos | por: <input type="text"/> dia | ☐ semana | ☐ mês |
| | | ☐ cálices | | | |
| | | ☐ garrafas | | | |
| ☐ cachaça | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | ☐ copos | por: <input type="text"/> dia | ☐ semana | ☐ mês |
| | | ☐ cálices | | | |
| | | ☐ garrafas | | | |
| ☐ vodca | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | ☐ copos | por: <input type="text"/> dia | ☐ semana | ☐ mês |
| | | ☐ cálices | | | |
| | | ☐ garrafas | | | |
| ☐ uísque | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | ☐ copos | por: <input type="text"/> dia | ☐ semana | ☐ mês |
| | | ☐ cálices | | | |
| | | ☐ garrafas | | | |
| ☐ caipirinha | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | ☐ copos | por: <input type="text"/> dia | ☐ semana | ☐ mês |
| | | ☐ cálices | | | |
| | | ☐ garrafas | | | |
| ☐ outro | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | ☐ copos | por: <input type="text"/> dia | ☐ semana | ☐ mês |
| | | ☐ cálices | | | |
| | | ☐ garrafas | | | |
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)

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																			
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																			
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																			
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																			
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																			
Indicação (quem indicou?)	☐ médico ☐ balconista da farmácia ☐ vizinho(a)																			
	☐ familiar ☐ auto-indicação ☐ outra																			
Pra que serve (motivo do uso)?																				

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:											Para qual tratamento?										
Chá 2:											Para qual tratamento?										
Chá 3:											Para qual tratamento?										
Chá 4:											Para qual tratamento?										

☐ 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

51. OBSERVAÇÕES:

ANEXO B – M.I.N.I PLUS

M.I.N.I. PLUS

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Brazilian Version 5.0.0

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

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

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

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

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

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

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

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A) : _____

PROTOCOLO NÚMERO: _____

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

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

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

MINI 5.0.0 / Brazilian Version / DSM-IV / Current

MÓDULOS

PERÍODOS

EXPLORADOS

A.	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 últimas semanas) + vida inteira	
A.′	EDM com características melancólicas	Atual (2 últimas semanas)	<u>Opcional</u>
B.	DISTIMIA	Atual (2 últimos anos)	
C.	RISCO DE SUICÍDIO	Atual (último mês)	
D.	EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO	Atual + vida inteira	
E.	TRANSTORNO DE PÂNICO	Vida inteira + atual (último mês)	
F.	AGORAFOBIA	Atual	
G.	FOBIA SOCIAL	Atual (último mês)	
H.	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	Atual (último mês)	
I.	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (último mês)	<u>Opcional</u>
J.	DEPENDÊNCIA/ABUSO DE ÁLCOOL	Atual (12 últimos meses)	
K.	DEPENDÊNCIA/ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) (Não alcoólicas)	Atual (12 últimos meses)	
L.	SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira + atual	
M	ANOREXIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
.			
N.	BULÍMIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
O.	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (6 últimos meses)	
P.	TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	<u>Opcional</u>

INSTRUÇÕES GERAIS

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

Entrevista:

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

Apresentação:

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

No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto do que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.

No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

Convenções:

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

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

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

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

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

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

Instruções de cotação :

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

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

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

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

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

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
----	---	-----	-----	---

A2	Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
		→		
	A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?	NÃO	SIM	

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

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

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

NÃO SIM 3

- b Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?

NÃO SIM 4

- c Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias?

NÃO SIM 5

- d Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?

NÃO SIM 6

- e Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?

NÃO SIM 7

- f Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias?

NÃO SIM 8

- g Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?

NÃO SIM 9

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

(ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

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

NÃO SIM

**EPISÓDIO DEPRESSIVO
MAIOR ATUAL**

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



NÃO SIM 10

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

NÃO SIM 11

A5b É COTADA SIM ?

NÃO SIM

**EPISÓDIO DEPRESSIVO
MAIOR PASSADO**

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

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

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

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

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

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO SIM

***EPISÓDIO DEPRESSIVO
MAIOR***

com Características

Melancólicas

ATUAL

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

B. DISTIMIA

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

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante mais de 2 meses ?	→ NÃO	SIM	21
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:			
A	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22
B	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23
C	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24
D	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25
E	Tem dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões ?	NÃO	SIM	26
F	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM B3?	→ NÃO	SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→ NÃO	SIM	28

B4 É COTADA SIM?

NÃO SIM

DISTIMIA

ATUAL

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

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

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

Ao longo da sua vida:

C6 Já fez alguma tentativa de suicídio ?

NÃO SIM 6

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

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

C1 ou C2 ou C6 = SIM : LEVE

C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO

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

NÃO SIM

RISCO DE SUICÍDIO

ATUAL

LEVE ☐

MODERADO ☐

Elevado ☐

ANEXO C – GDS-15



57120

ID:

5

PENCE – PROGRAMA DE ENVELHECIMENTO CEREBRAL

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

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS-15)

Nome

Nº do cadastro ESF

Data da entrevista

 / / 20

Equipe ESF

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

ANEXO D – ACE-R



27342

ID:

5

EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE - VERSÃO REVISADA						
Título original: Addenbrooke's Cognitive Examination - Revised (ACE-R)						
Referências bibliográficas - Versão original: Mioshi E, Dawson K, Mitchell J, Arnold R, Hodges JR. The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. <i>Int J Geriatr Psychiatry</i> 2006; 21:1 078-85. Versão adaptada: Amaral Carvalho V & Caramelli P. Brazilian adaptation of the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised. <i>Dementia & Neuropsychologia</i> 2007; 2: 212-216.						
Nome:		Data da avaliação:				
Data de nascimento:		Nome do examinador:				
Nome do Hospital:						
Sexo:	☐ Feminino	☐ Masculino	Escolaridade:			
			Profissão:			
			Dominância manual:			
ORIENTAÇÃO						
> Perguntar: Qual é	Dia da semana	O dia do mês	O mês	O ano	A hora aproximada	[Escore 0-5]
> Perguntar: Qual é	Local específico	Local genérico	Bairro ou rua próxima	Cidade	Estado	[Escore 0-5]
						ATENÇÃO E ORIENTAÇÃO
REGISTRO						
> Diga: "Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo "(Dar um ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.	[Escore 0-3]					
Registre o número de tentativas:.....						
ATENÇÃO & CONCENTRAÇÃO						[Escore 0-5]
> Subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere um ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinando espontaneamente se corrigir. Pare após 5 subtrações (93, 86, 79, 72, 65):						
MEMÓRIA - Recordação						[Escore 0-3]
> Pergunte quais as palavras que o indivíduo acabara de repetir. Dar um ponto para cada.....						
MEMÓRIA - Memória anterógrada						[Escore 0-7]
> Diga: " Eu vou lhe dar um nome e um endereço e eu gostaria que você repetisse depois de mim. Nós vamos fazer isso três vezes, assim você terá a possibilidade de aprendê-los. Eu vou lhe perguntar mais tarde." Pontuar apenas a terceira tentativa:						
	1ª Tentativa	2ª Tentativa	3ª Tentativa			MEMÓRIA
Renato Moreira	.....	.....	.....			
Rua Bela Vista 73	.....	.....	.....			
Santarém	.....	.....	.....			
Pará	.....	.....	.....			
MEMÓRIA - Memória Retrógrada						[Escore 0-4]
> Nome do atual presidente da República.....						
> Nome do presidente que construiu Brasília.....						
> Nome do presidente dos EUA.....						
> Nome do presidente dos EUA que foi assassinado nos anos 60.....						

EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE - VERSÃO REVISADA

FLUÊNCIA VERBAL - Letra "P" e Animais

> Letras

Diga: "Eu vou lhe dizer uma letra do alfabeto e eu gostaria que você dissesse o maior número de palavras que puder começando com a letra, mas não diga nomes de pessoas ou lugares. Você está pronto(a)? Você tem um minuto e a letra é "P".

[Escore 0-7]

				>17	7
				14-17	6
				11-13	5
				8-10	4
				6-7	3
				4-5	2
				2-3	1
				2	0
				total	acertos
0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg		

> Animais

Diga: "Agora você poderia dizer o maior número de animais que conseguir, começando com qualquer letra?"

[Escore 0-7]

				>21	7
				17-21	6
				14-16	5
				11-13	4
				9-10	3
				7-8	2
				5-6	1
				5	0
				total	acertos
0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg		

LINGUAGEM - Compreensão

- > Mostrar a instrução escrita e pedir ao indivíduo para fazer o que está sendo mandado (não auxilie se ele pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando):

[Escore 0-1]

Feche os olhos

> Comando:

"Pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão."

Dar um ponto para cada acerto. Se o indivíduo pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.

[Escore 0-3]

LINGUAGEM - Escrita

- > Peça ao indivíduo para escrever uma frase: Se não compreender o significado, ajude com: *alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer.* Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos. Dar um ponto.

[Escore 0-1]

F L U Ê N C I A
L I N G U A G E M



27342

EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE - VERSÃO REVISADA

5

LINGUAGEM - Repetição

- Peça ao indivíduo para repetir:
"hipopótamo"; "excentricidade"; "ininteligível"; "estatístico".
Diga uma palavra por vez e peça ao indivíduo para repetir imediatamente depois de você.
Pontue 2, se todas forem corretas; 1, se 3 forem corretas; 0, se 2 ou menos forem corretas.

[Escore 0-2]

- Peça ao indivíduo que repita: "Acima, além e abaixo"

[Escore 0-1]

- Peça ao indivíduo que repita: "Nem aqui, nem ali, nem lá"

[Escore 0-1]

LINGUAGEM - Nomeação

- Peça ao indivíduo para nomear as figuras a seguir:



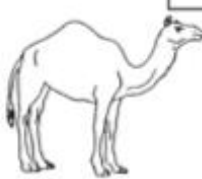
[Escore 0-2]

caneta +

relógio

M

E



[Escore 0-10]

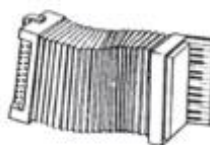
G

A



U

G



N

I

L

LINGUAGEM - Compreensão

- Utilizando as figuras acima, peça ao indivíduo para:

- Apontar para aquela que está associada com a monarquia _____
- Apontar para aquela que é encontrada no Pantanal _____
- Apontar para aquela que é encontrada na Antártica _____
- Apontar para aquela que tem uma relação náutica _____

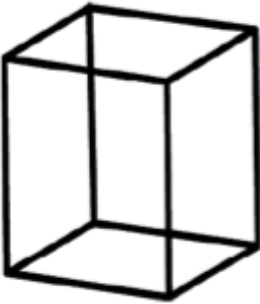
[Escore 0-4]



27342

EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE - VERSÃO REVISADA

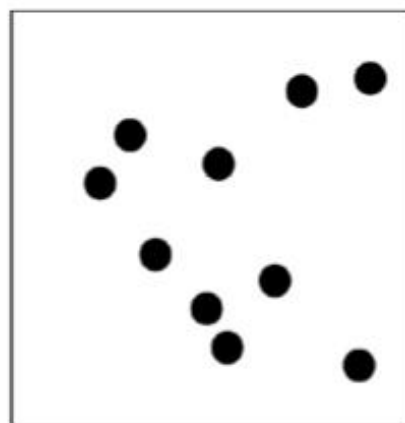
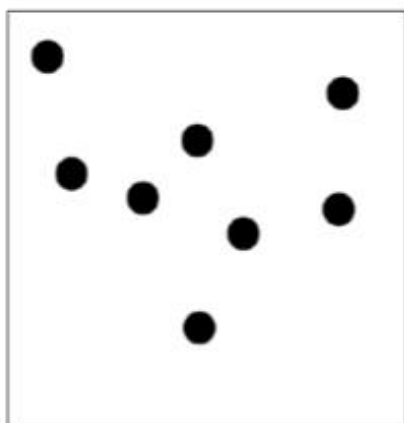
5

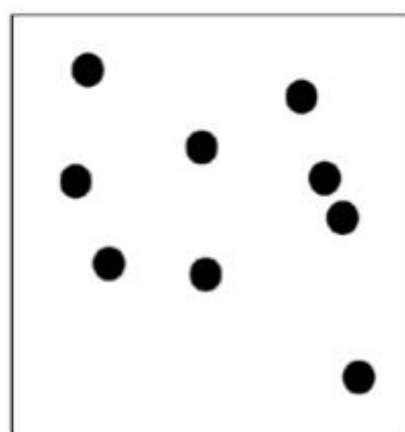
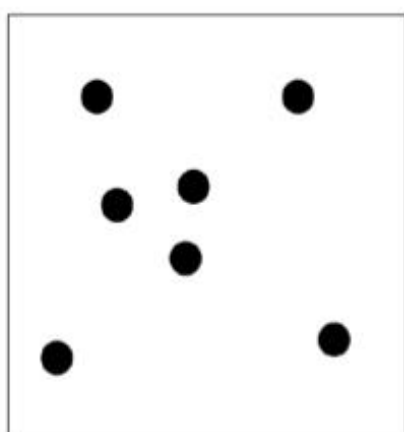
LINGUAGEM - Leitura		
➤ Peça ao indivíduo para ler as seguintes palavras: [Pontuar com 1, se todas estiverem corretas] táxi testa saxofone fixar ballet	[Escore 0-1]	L I N G U A G E M
HABILIDADES VISUAIS-ESPACIAIS		
➤ Pentágonos sobrepostos: Peça ao indivíduo para copiar o desenho e para fazer o melhor possível. 	[Escore 0-1]		V I S U A L - E S P A C I A L
➤ Cubo: Peça ao indivíduo para copiar este desenho (para pontuar, veja guia de instruções) 	[Escore 0-2]	
➤ Relógio: Peça ao indivíduo para desenhar o mostrador de um relógio com os números dentro e os ponteiros marcando 5:10 h. (para pontuar veja o manual de instruções: círculo = 1; números = 2; ponteiros = 2, se todos corretos)	[Escore 0-5]	

HABILIDADES PERCEPTIVAS

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

[Escore 0-4]





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

HABILIDADES PERCEPTIVAS

➤ Peça ao indivíduo para identificar as letras:

[Escore 0-4]

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

RECORDAÇÃO & RECONHECIMENTO

➤ Peça "Agora você vai me dizer o que você se lembra daquele nome e endereço que nós repetimos no começo".

Renato Moreira
 Rua Bela Vista 73
 Santarém
 Pará

[Escore 0-7]

➤ Este teste deve ser realizado caso o indivíduo não consiga se recordar de um ou mais itens. Se todos os itens forem recordados, salte este teste e pontue 5. Se apenas parte for recordada, assinale os itens lembrados na coluna sombreada do lado direito. A seguir, teste os itens que não foram recordados dizendo "Bom, eu vou lhe dar algumas dicas: O nome / endereço era X, Y ou Z?" e assim por diante. Cada item reconhecido vale um ponto que é adicionado aos pontos obtidos pela recordação.

[Escore 0-5]

Ricardo Moreira	Renato Moreira	Renato Nogueira	Recordação
Bela Vida	Boa Vista	Bela Vista	Recordação
37	73	76	Recordação
Santana	Santarém	Belém	Recordação
Pará	Ceará	Paraliba	Recordação

M E M Ó R I A

Escores Gerais

MEEM	/30
ACE-R	/100
Subtotais	
Atenção e Orientação	/18
Memória	/26
Fluência	/14
Linguagem	/26
Visual-espacial	/16

E S C O R E S

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(A) senhor(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado “INFLUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE E APEGO NO DESENVOLVIMENTO, MANIFESTAÇÃO CLÍNICA E PROGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS COGNITIVOS”, que tem como objetivo estimar a presença de sinais e sintomas comportamentais e psicológicos e de declínio cognitivo e verificar a associação com as características de personalidade e de relacionamento e a quantidade de “cortisol” e “ocitocina” no sangue (substâncias que são liberadas com alterações emocionais).

A sua participação consiste em realizar uma avaliação médica com psiquiatra e neurologista e responder alguns questionários com duração total de aproximadamente duas horas. Os questionários aplicados serão para avaliar o funcionamento da memória e outras capacidades do cérebro, os problemas emocionais (psíquicos), as características de personalidade e relacionamentos com as outras pessoas, se sofreu maus tratos na infância e uso de bebidas alcoólicas e fumo. Também será necessário uma coleta de 10 ml de sangue (uma única vez, a menos que ocorra algum problema com o processamento da amostra que exija uma nova coleta) para a realização da dosagem de cortisol e ocitocina. Nos dois anos seguintes, serão realizadas novamente uma avaliação médica e a aplicação dos questionários. As amostras de sangue serão coletadas no Laboratório de Bioquímica, Genética Molecular e Parasitologia do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS. As amostras serão utilizadas para este estudo e armazenadas exclusivamente para análise deste projeto. No momento da coleta de sangue poderá haver algum desconforto ou dor decorrente da punção da pele. Complicações de coleta de sangue são raras e geralmente de pequeno porte. Se houver pequena perda de sangue da veia no local da punção geralmente há formação de um hematoma, podendo gerar um pequeno desconforto que desaparece em poucos dias. Também pode ocorrer um possível desconforto do participante relacionado ao cansaço de responder aos questionamentos na consulta médica.

GARANTIAS. Os dados de identificação dos participantes não serão revelados. Esta pesquisa não determina risco adicional ou dano à sua saúde e, para a sua participação, não tem nenhum pagamento nem gasto. Todos os resultados obtidos serão confidenciais e ficarão sob a total responsabilidade dos pesquisadores do projeto, podendo a qualquer momento ser consultados e/ou eliminados da pesquisa caso você desista da sua participação como voluntário(a). Você tem a liberdade de abandonar a pesquisa em qualquer fase dela, sem que isto leve a penalização alguma ou qualquer prejuízo posterior a você ou a sua família.

BENEFÍCIOS. Participando desta pesquisa, o(a) Sr(a). estará contribuindo para a melhoria da saúde das pessoas, pois, conhecendo melhor os problemas de

esquecimento, raciocínio e das emoções é possível aperfeiçoar as intervenções de saúde pública que visam evitar sua ocorrência e melhorar a qualidade de vida das pessoas acometidas, que precisam do SUS.

Rubricas

Consentimento

Após ter recebido todas as informações relacionadas a essa pesquisa, eu, _____, portador(a) do RG nº _____, voluntariamente, aceito participar dela, pois reconheço que:

- recebi uma via original deste termo de consentimento assinada e rubricada por mim, pelo pesquisador responsável do estudo e quando aplicável, pela testemunha e/ou representante legalmente aceito. Esse termo foi elaborado em duas vias, sendo a outra retida com o pesquisador responsável.
- fui informado (a) dos objetivos específicos e da justificativa desta pesquisa de forma clara e detalhada;
- recebi informações sobre qual é a minha participação na pesquisa e dos riscos e benefícios esperados;
- entendi que, como voluntário, posso me retirar do estudo a qualquer momento e isto não afetará meus cuidados médicos no presente ou no futuro;
- tenho conhecimento que todas as informações a meu respeito serão confidenciais;
- fui informado(a) que não há nenhum risco de dano à minha saúde, causado diretamente pela pesquisa, nem gastos ou recebimentos adicionais;
- receberei resposta a qualquer dúvida acerca da pesquisa. Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, poderei falar com o pesquisador responsável, Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto, pelo telefone (51) 999563003 ramal 6277. Se eu tiver alguma dúvida sobre os meus direitos ou questões éticas como participante da pesquisa, eu posso entrar em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS

Av. Ipiranga 6681

Prédio 40, sala 505

CEP: 90619-900 - Porto Alegre/RS

Telefone: (51) 3320-3345

Horário de atendimento: De segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h30min às 17h.

Porto Alegre, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do participante

Assinatura da testemunha

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE B - Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

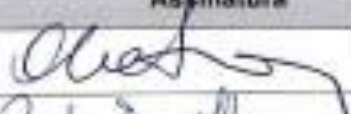
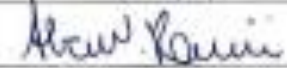
Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Nós, abaixo assinado(s), pesquisadores envolvidos no projeto de título: **"Transtorno depressivo maior recorrente e desempenho cognitivo em idosos: um estudo de caso controle"**, nos comprometemos a manter a confidencialidade bem como a privacidade de seus conteúdos, sobre os dados coletados, nos arquivos do banco de dados do projeto "Coorte de adultos e idosos do Programa de Envelhecimento Cerebral (PENCE) da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre", referente ao subprojeto 3 "Influência das características de personalidade e apego no desenvolvimento, manifestação clínica e prognóstico dos transtornos cognitivos", vinculado ao Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, e coordenado pelo Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução N° 468/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Informamos que os dados a serem coletados dizem respeito ao **banco de dados do PENCE** ocorridas entre as datas de: **julho de 2015 a julho de 2016**, coordenado pelo pesquisador responsável Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto, que consente com a utilização do banco de dados do PENCE.

Porto Alegre, 22 setembro de 2017.

Envolvidos na manipulação e coleta dos dados:

Nome completo	CPF	Assinatura
Alfredo Cataldo Neto	167.342.700-88	
Paula Engroff	002.199.100-65	
Alceu Valentino Panini	059.458.229-65	

APÊNDICE C – Parecer consubstanciado do Estudo epidemiológico e clínico dos idosos atendidos pela estratégia de saúde da família do município de Porto Alegre



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

OF.CEP-127/10

Porto Alegre, 26 de janeiro de 2010.

Senhor Pesquisador,

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

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

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

Atenciosamente,

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

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

PUCRS

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



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 Gerências Distritais

Utilização: TCLE

Situação: APROVADO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

APÊNDICE D – Parecer Consubstanciado Programa de envelhecimento cerebral

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PENCE - Programa de Envelhecimento Cerebral

Pesquisador: IRENIO GOMES DA SILVA FILHO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 30828914.5.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 826.858

Data da Relatoria: 23/10/2014

Apresentação do Projeto:

Esse projeto faz parte de uma parceria com a Secretaria Municipal de

Saúde (SMS) que irá permitir acompanhar a saúde mental de aproximadamente 12.000 pessoas com 55 anos ou mais cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) das áreas de abrangência do Hospital São Lucas. Esta parceria para a assistência já está estabelecida e em andamento, conforme descrito após o referencial teórico (item 4 deste projeto). O projeto de pesquisa, aqui apresentado, se propõe a utilizar os dados que serão gerados nessa assistência, complementado com algumas coletas mais específicas. A partir desta experiência será escrito um manual para implementação desse tipo de parceria Universidade/ Serviço Público para assistência integrada à Saúde Mental do Idoso, que poderá ser aplicado para toda a ESF de Porto Alegre e de outros municípios.

Trata-se da principal linha de pesquisa dos dois Professores proponentes no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, com participação de residentes da Psiquiatria, que desenvolvem seus trabalhos de conclusão de curso, de residentes da neurologia, de bolsistas de iniciação científica e inúmeros mestrandos e doutorandos.

Como resultado, um dos subprojetos foi contemplado em um edital do Programa Ciência Sem

Endereço: Anchieta, 6651, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@puos.br

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



Continuação do Parecer: 626/908

Fronteiras,

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Criar e implementar um modelo de atenção à saúde mental para indivíduos a partir dos 55 anos, integrando todos os níveis, desde a atenção primária até a terciária, criando um fluxo continuado de capacitação, suporte, assistência e pesquisa, com transferência de conhecimento da Universidade/Hospital Universitário (centro terciário) para a rede básica ESF/Porto Alegre.

4.3.2. Objetivos Específicos

- Capacitar e oferecer suporte sistemático à ESF para o diagnóstico precoce e acompanhamento de indivíduos com déficit cognitivo ou distúrbio do humor;
- Elaborar e implementar protocolos de acompanhamento de idosos com problemas de saúde mental;
- Apoiar o aperfeiçoamento do sistema de referência e contra-referência através do uso de uma metodologia de transferência de conhecimento, e do monitoramento dos rastreamentos e avaliações estabelecendo níveis estratificados de detecção e assistência de problemas cognitivos ou de humor;
- Criar um banco de dados para a utilização na pesquisa científica e no meio acadêmico, visando a produção e disseminação nos meios científicos e do conhecimento obtido;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Subprojeto 3 - coleta de sangue: No momento da coleta de sangue poderá haver alguma dor decorrente da punção da pele. Complicações dessa coleta são raras e geralmente de pequeno porte. Se houver pequena perda de sangue da veia no local da punção geralmente há um pequeno desconforto que desaparece em poucos dias.

Benefícios:

O PENCE será importante para o planejamento público de saúde no Brasil, o conhecimento da frequência

Endereço: Av. Itália, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon **Cep:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

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



Continuação do Parecer: 626.868

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. Acreditamos 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.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante desde o ponto de vista clínico e científico

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram todos os termos de apresentação obrigatória

Recomendações:

Aprovar

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

Aprovação

Situação do Parecer:

Aprovação

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais e critério do CEP:

Incluir a rubrica do participante e do pesquisador em todas as folhas do TCLE

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-900

UF: RS

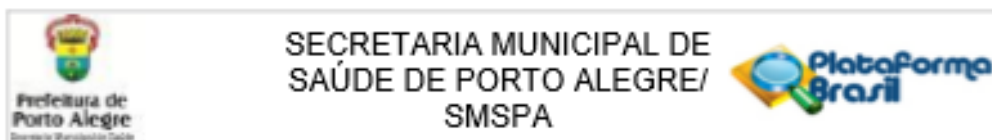
Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345

Fax: (51)3320-3345

E-mail: cep@pucrs.br

APÊNDICE E – Parecer consubstanciado Programa de envelhecimento cerebral SMSPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PENCE - Programa de Envelhecimento Cerebral

Pesquisador: IRENIO GOMES DA SILVA FILHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30828914.5.3001.5338

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.003.962

Data da Relatoria: 27/10/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de coorte, de base populacional. Estudos transversais serão também realizados utilizando a população em acompanhamento. A população alvo do estudo é de indivíduos com idade igual ou superior a 55 anos, cadastrados na ESF do município de Porto Alegre. Para este projeto, serão convidados a participar todos os idosos de todas as equipes da ESF da região Leste da GD Leste/Nordeste e da GD Lomba do Pinheiro/Parthenon, que correspondem à área de abrangência do Hospital São Lucas da PUCRS. A estimativa de alcance atual é de aproximadamente 12.000 pessoas. Essa estimativa de número de cadastrados foi fornecida pelas respectivas GDs no final de 2012.

A proposta do projeto é fazer uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que irá permitir acompanhar a saúde mental de aproximadamente 12.000 pessoas com 55 anos ou mais cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) das áreas de abrangência do

Hospital São Lucas. Esta parceria para a assistência já está estabelecida e em andamento, conforme descrito após o referencial teórico (item 4 deste projeto). O projeto de pesquisa, propõe a utilização dos dados que serão gerados nessa assistência, complementado com algumas coletas mais específicas. A partir desta experiência será escrito um manual para implementação desse tipo de parceria Universidade/ Serviço Público para assistência integrada à Saúde Mental do Idoso, que poderá ser aplicado para

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **Cep:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com

Continuação do Parecer: 1.003.962

toda a ESF de Porto Alegre e de outros municípios.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Verificar a influência das características de personalidade e apego no desenvolvimento, manifestação clínica e prognóstico dos transtornos cognitivos.

Objetivos secundários:

- 1) Estimar a presença de sinais e sintomas comportamentais e psicológicos em pacientes com declínio cognitivo;
- 2) Examinar as características da personalidade e sua associação com estilo de apego em relação aos baixos níveis de escolaridade;
- 3) Comparar pacientes com declínio cognitivo, com e sem sinais e sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD) com controles idosos cognitivamente saudáveis, quanto à sua personalidade pré-mórbida e estilo de apego;
- 4) Verificar a associação entre as características de personalidade e estilos de apego com biomarcadores relacionados ao estresse e a neurobiologia do apego.
- 5) Estimar a presença de sinais e sintomas comportamentais e psicológicos em pacientes com declínio cognitivo;
- 6) Examinar as características da personalidade e sua associação com estilo de apego em relação aos baixos níveis de escolaridade;
- 7) Comparar pacientes com declínio cognitivo, com e sem sinais e sintomas comportamentais e psicológicos da demência com controles idosos cognitivamente saudáveis, quanto à sua personalidade pré-mórbida e estilo de apego.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Subprojeto 3 - coleta de sangue: No momento da coleta de sangue poderá haver alguma dor decorrente da punção da pele. Complicações dessa coleta são raras e geralmente de pequeno porte. Se houver pequena perda de sangue da veia no local da punção geralmente há um pequeno desconforto que desaparece em poucos dias.

Benefícios: O PENCE será importante 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. Acreditamos que os resultados desse projeto venham contribuir para o aperfeiçoamento das ações públicas de saúde e, com isso, contribuam a um

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-6517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/ SMSPA



Continuação do Parecer: 1.003.992

menor custo, diagnóstico mais acurado e uma melhor qualidade de vida para a população que está envelhecendo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Instituição Proponente: UNIÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA(PUCRS)

Área: Instituto de Gerontologia e Geriatria

Equipe de pesquisadores: Paula Engroff, Vanessa Sgnaolin, Alfredo Cataldo Neto, Eduardo Lopes Nogueira, Fernanda Soares Loureiro

Número de Participantes: 12000 (pessoas acima de 55 anos cadastradas nas ESFs)

Cronograma dos dados:

- Subprojeto 1: Maio 2015 a agosto 2025
- Subprojeto 2: Maio 2015 a maio 2017
- Subprojeto 3: Maio 2015 a 2017
- Subprojeto 4: maio 2015 a dezembro 2015

Local de realização do estudo: unidades de ESF da GD Partenon/Lomba do Pinheiro.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados.

Recomendações:

Recomendamos formalizar a cooperação técnica existente entre PUCRS e SMS, tendo em vista as especificidades do projeto, pois envolve assistência e não apenas pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram identificadas as seguintes pendências:

1)É necessário que a parceria referida entre a PUCRS e a SMS seja formalizada através de instrumento de cooperação técnica, em vista das responsabilidades e atribuições de cada uma das instituições nesse projeto. Solicita-se esclarecer e anexar documento.

Resposta do pesquisador: Em relação ao instrumento de cooperação técnica, segundo informação de José Mario Neves da SMS: "...Temos um Termo de Cooperação Técnica (TCT) firmado com a PUC que estabelece no seu objeto: "realização de estágio, de práticas curriculares e de outras modalidades de ensino em serviço, pesquisa e extensão nos níveis de graduação e de pós-graduação de interesse mútuo."...". Conforme foi

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com

Continuação do Parecer: 1.003.992

anexado ao projeto, o Programa Assistencial é do conhecimento e concordância da Rede Básica e já está em funcionamento há mais de um ano. Acreditamos que isso é suficiente para a aprovação do CEP. De qualquer forma, vamos providenciar um termo específico para este Programa, que iremos encaminhar assim que estiver elaborado e assinado.

Análise: Pendência atendida.

2) O documento Projeto PENCE_24_09_2014.pdf apresenta a proposta do estudo com diversos sub-projetos. No entanto, os demais documentos referem-se apenas ao sub-projeto 3. Solicita-se esclarecer se já houve a tramitação de outros sub-projetos e os respectivos números de CAAEs. Solicitamos que sejam sempre referidos os demais sub-projetos e seu vínculo ao projeto geral, quando da sua submissão ao CEP SMSPA.

Resposta do pesquisador: O Projeto encaminhado é um projeto guarda-chuva e já está aprovado pelo CEP da PUCRS como tal. O Subprojeto 3 é uma parte da validação de instrumentos diagnósticos do Subprojeto 2 são os únicos que irão coletar dados

prospectivamente e por isto, são os que possuem TCLE. Os demais subprojetos farão análises dos prontuários já existentes, são retrospectivos, e existe um termo de confidencialidade dos pesquisadores anexados ao projeto. Este projeto guardachuva, com todos os seus subprojetos, está sendo enviado ao CEP SMSPA de uma única vez.

Análise: Pendência atendida.

3) Em relação ao orçamento do estudo, solicita-se orçamento detalhado, com a previsão de ressarcimentos das despesas de transporte para os idosos e acompanhante, conforme previsto na Resolução CNS 466 de 2012.

Resposta do pesquisador: Como descrito acima, todos os subprojetos, exceto o 3 e parte do 2, são retrospectivos, com dados dos prontuários e portanto, sem custos. Os pacientes incluídos nos Subprojetos 2 e 3 são convidados a participarem da pesquisa quando são atendidos no Hospital São Lucas, encaminhados para consulta pelo Programa, independente de fazerem parte de pesquisa. Não há, portanto, custo com deslocamento. São idosos que vêm ao Hospital para se consultarem.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-3453

E-mail: cep_sms@hotmail.com

Continuação do Parecer: 1.003.962

Análise: Pendência atendida.

4)O cronograma deve ser readaptado, uma vez que a coleta só pode iniciar após a emissão do parecer favorável do CEP SMSPA.

Resposta do pesquisador: O Cronograma foi revisado.

Análise: Pendência atendida.

5) Em relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):

a) No documento deve constar os dados de identificação do CEP/SMSPA com a apresentação das formas de contato (telefone, e-mail, endereço).

b) O TCLE deve informar o local onde serão realizadas as entrevistas e a coleta de sangue, assim como a frequência com que ocorrerão.

c)É importante declarar no TCLE e no projeto a existência de riscos, mesmo que mínimos, conforme preconizado na Resolução 466 de 2012 da CONEP. Também deverá haver indicação das ações realizadas pelo pesquisador para minimizar os riscos decorrentes de sua intervenção, para o participante da pesquisa.

d)Deve constar no TCLE e no projeto a presença de ressarcimento de transporte aos participantes, caso ocorra deslocamento para fins da pesquisa.

e) No TCLE também deverá estar claramente explicado ao participante que não há obrigatoriedade de participar da pesquisa e que caso ele não queira participar ou decida se afastar após algum período, não haverá prejuízo às atividades de assistência em saúde ao qual tem direito.

Solicita-se adequar o TCLE conforme esses itens destacados.

Resposta do pesquisador: Acrescentamos o Contato do CEP SMSPA nos TCLE. Os demais itens, exceto ressarcimento de transporte, que não vai existir, já estão bem esclarecidos nos

Termos encaminhados e, inclusive, não podemos modificá-los, pois já estão aprovados pelo CEP PUCRS.

Análise: Pendência parcialmente atendida. O pesquisador e equipe deverão esclarecer, no processo de consentimento, os aspectos fundamentais de riscos decorrentes do estudo, assim como a possibilidade de não participar do estudo, sem prejuízo dos serviços de assistência que são disponibilizados na PUCRS.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-6517 **Fax:** (51)3289-2463 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 1.003.982

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar o Parecer de Aprovação do CEP SMSPA na Gerência Distrital PLP antes do início da pesquisa.
Enviar relatórios semestrais e final, ao término do estudo, para o CEP SMSPA.

PORTO ALEGRE, 30 de Março de 2015

Assinado por:
MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-6517 Fax: (51)3289-3453 e-mail: cep_sms@hotmail.com

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PENCE - Programa de Envelhecimento Cerebral

Pesquisador: ALFREDO CATALDO NETO

Área Temática:

Versão: 10

CAAE: 30828914.5.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.442.274

Apresentação do Projeto:

O pesquisador principal do estudo "PENCE - Programa de Envelhecimento Cerebral" encaminhou ao CEP-PUCRS em 27/11/2017, a emenda com os seguintes documentos:

- TCUD_Alceu.pdf
- Emenda_Alceu.pdf

Objetivo da Pesquisa:

O pesquisador principal do estudo "PENCE - Programa de Envelhecimento Cerebral" encaminhou ao CEP-PUCRS em 27/11/2017, a emenda com os seguintes documentos:

- TCUD_Alceu.pdf
- Emenda_Alceu.pdf

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador principal do estudo "PENCE - Programa de Envelhecimento Cerebral" encaminhou ao CEP-PUCRS em 27/11/2017, a emenda com os seguintes documentos:

- TCUD_Alceu.pdf
- Emenda_Alceu.pdf

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador principal do estudo "PENCE - Programa de Envelhecimento Cerebral" encaminhou ao CEP-PUCRS em 27/11/2017, a emenda com os seguintes documentos:

- TCUD_Alceu.pdf

Continuação do Parecer: 2.462.274

- Emenda_Alceu.pdf

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas nas Resoluções nº 466 de 2012 (e suas complementares), nº 510 de 2016 e da Norma Operacional nº 001 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde, manifesta-se pela aprovação da emenda.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_103602_8_Ê5.pdf	27/11/2017 14:22:31		Aceito
Outros	TCUD_Alceu.pdf	24/11/2017 11:25:14	Paula Engroff	Aceito
Outros	Emenda_Alceu.pdf	24/11/2017 11:21:28	Paula Engroff	Aceito
Outros	Anexo_2_emenda3.PDF	16/06/2017 11:18:50	Paula Engroff	Aceito
Outros	Anexo_1_emenda3.PDF	16/06/2017 11:17:21	Paula Engroff	Aceito
Outros	Emenda_3_Francisco.PDF	16/06/2017 11:16:27	Paula Engroff	Aceito
Outros	Anexo_2.PDF	09/05/2017 16:45:38	Paula Engroff	Aceito
Outros	Anexo_1.PDF	09/05/2017 16:45:22	Paula Engroff	Aceito
Outros	Emenda.PDF	09/05/2017 16:40:46	Paula Engroff	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	05/10/2016 14:54:54	Paula Engroff	Aceito
Outros	Adendo_Eunice_Assis.PDF	05/10/2016 14:53:14	Paula Engroff	Aceito
Outros	Termo_compromisso_2.PDF	22/06/2016 15:01:39	Paula Engroff	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucr.br

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



Continuação do Parecer: 2.402.274

Outros	Resposta_CEP_adendo2.PDF	22/06/2016 14:59:18	Paula Engroff	Aceito
Outros	carta_justificativa_emenda.pdf	14/04/2016 09:53:08	Paula Engroff	Aceito
Outros	Adendo_PENCE_2015.pdf	08/12/2015 09:32:01	Paula Engroff	Aceito
Outros	Carta de apresentação cep.PDF	24/09/2014 13:24:32		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PENCE_24_09_14.pdf	24/09/2014 13:23:21		Aceito
Outros	Termo de Compromisso para utilização dos dados.PDF	30/07/2014 13:49:39		Aceito
Outros	Carta de reapresentação CEP_PUCRS.pdf	30/07/2014 13:49:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PENCE_REVISAO.pdf	30/07/2014 13:46:38		Aceito
Outros	Curriculo Armin von Gunten.doc	25/04/2014 15:30:59		Aceito
Outros	LINKS PARA ACESSO DO CURRICULO LATTES.docx	25/04/2014 15:29:06		Aceito
Outros	Aprovação PENCE Comissão Científica.pdf	03/04/2014 17:09:12		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto CONEP.pdf	02/04/2014 19:16:26		Aceito
Outros	Carta de apresentação do projeto - Dr. Irenio.pdf	02/04/2014 19:16:01		Aceito
Outros	Autorização Rosane.pdf	02/04/2014 17:30:22		Aceito
Outros	Autorização Dr Terra.pdf	02/04/2014 17:30:03		Aceito
Outros	Orçamento pence assinado.pdf	02/04/2014 16:47:28		Aceito
Outros	CRONOGRAMA.docx	02/04/2014 16:46:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO COORTE ENVELHECIMENTO CEREBRAL.pdf	02/04/2014 16:45:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE subprojeto 3.pdf	02/04/2014 16:25:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/04/2014 16:25:17		Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 8681, prédio 50, sala 703 CEP: 90.619-900
Bairro: Partenon
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

Página 03 de 04

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



Continuação do Parecer: 2.402.274

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 15 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Paulo Vinícius Sportleder de Souza
(Coordenador)



SIPESQ

Sistema de Pesquisas da PUCRS

Código SIPESQ: 8127

Porto Alegre, 26 de outubro de 2017.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "Transtorno Depressivo Maior Recorrente e Desempenho Cognitivo em Idosos : um estudo caso controle". Este projeto necessita da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br