

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

KENIA FOGAÇA DA SILVEIRA

**FOBIAS E TRANSTORNO DE PÂNICO EM IDOSOS ATENDIDOS PELO
PROGRAMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL**

PORTO ALEGRE
2014

KENIA FOGAÇA DA SILVEIRA

**FOBIAS E TRANSTORNO DE PÂNICO EM IDOSOS ATENDIDOS PELO
PROGRAMA ESTRATÉGIASAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL**

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

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto

PORTO ALEGRE
2014

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

S587f Silveira, Kenia Fogaça da

Fobias e transtorno de pânico em idosos atendidos pelo programa estratégia saúde da família do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil / Kenia Fogaça da Silveira. – Porto Alegre, 2014.
68 f. : il. Tb.

Diss. (Mestrado em Gerontologia Biomédica) - PUCRS, Inst. de Geriatria e Gerontologia.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto.

1. Psiquiatria Geriátrica. 2. Idoso. 3. Envelhecimento. 3. Transtornos de Ansiedade. 4. Transtorno de Pânico. 5. Transtornos Fóbicos. I. Cataldo Neto, Alfredo. II. Título.

CDD 618.97689

NLM WT 150

KENIA FOGAÇA DA SILVEIRA

**FOBIAS E TRANSTORNO DE PÂNICO EM IDOSOS ATENDIDOS PELO
PROGRAMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL**

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

Aprovada em: _____ de _____ de 2014.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Ângelo Bós (PUCRS)

Profa. Maria Cristina Amendoeira (UFRJ)

Prof. Alfredo Cataldo Neto (orientador)

PORTO ALEGRE
2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida.

Agradeço aos meus pais Nelson e Eunelba, pelo exemplo de família, pelos ensinamentos e valores transmitidos a mim. Além disso, por todo o apoio emocional e financeiro que me fazem crescer profissionalmente e pessoalmente.

Agradeço ao Mateus, meu esposo, pela sua compreensão, paciência, incentivo e amor. Pelas horas lado a lado, mas ao mesmo tempo distantes; obrigado.

Agradeço aos meus irmãos e sogros pelo carinho e apoio.

Agradeço aos meus amigos e demais familiares por entender a minha ausência em muitas horas de confraternizações.

Agradeço às amigas e colegas de jornada, Caroline Menta e Elisa Fasolin Mello. Compartilhar isso com vocês me fortaleceu para concluir e trouxe uma troca de experiências muito engrandecedora.

Agradeço à Paula Engroff pelo carinho e disposição nos momentos de convívio.

Agradeço ao Dr. Eduardo Lopes Nogueira por seu incentivo através de seu exemplo profissional.

Agradeço ao Prof. Dr. Irenio Gomes, com sua infinita disposição para auxiliar com novas perspectivas e sempre disposto a transmitir seu inúmeros conhecimentos. Obrigado pelo tempo e paciência dispendidos.

Agradeço ao prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto, pelo incentivo, não somente em realizar esta pesquisa, mas em toda a minha profissão; pelo seu exemplo profissional e por suas orientações.

RESUMO

Além do aumento mundial da população geriátrica, vem ressaltando-se a alta prevalência dos Transtornos Mentais nos idosos, também com tendência ao crescimento. Realizou-se um estudo transversal com coleta prospectiva. O principal objetivo é estudar a prevalência e associações das fobias específicas (FE), fobia social (FS), agorafobia (AGF) e de transtorno de pânico (TP) em uma amostra de idosos no município de Porto Alegre, RS. A coleta de dados ocorreu em duas etapas de entrevistas estruturadas. Além das estimativas de prevalência dos transtornos, foram realizadas análises para busca de associações dos fatores em estudo com características sócio demográficas. Os transtornos com maiores prevalência foram de FE (17%) e o de AGF alguma vez na vida, contemplando 8,7% dos sujeitos entrevistados. 4% da amostra apresentou FS e 3,7% dos idosos apresentam diagnóstico de TP alguma vez na vida. As mulheres idosas apresentaram maior associação com FE, TP e AGF. Puderam ser observadas outras associações com os dados sócio demográficos, mas estes, de acordo com cada transtorno específico. Deste modo, evidenciou-se que mesmo, dentro da categoria dos transtornos fóbico-ansiosos, cada patologia diferencia-se em fatores predisponentes de acordo com suas particularidades. Assim, precisamos estar atentos às singularidades de cada paciente, e especialmente no caso dos idosos, mais propensos a possuir subdiagnósticos, como os Transtornos de Ansiedade.

Palavras-chave: Transtornos de Ansiedade. Idosos. Envelhecimento. Fobias e Transtorno de Pânico.

ABSTRACT

In addition to the worldwide increase in the geriatric population, is highlighting the high prevalence of mental disorders in the elderly also have a tendency to growth. We conducted a cross-sectional study with prospective data collection. The main objective is to study the prevalence and associations of specific phobias (SPP), social phobia (SP), agoraphobia (AGP) and panic disorder (PD) in a sample of elderly in the city of Porto Alegre, RS. Data collection occurred in two stages structured interviews. In addition to the estimates of prevalence of disorders, were performed tests to detect associations of the factors in a study of sociodemographic characteristics. Disorders with higher prevalence were SPP (17 %) and having ever AGP, covering 8.7% of the interviewed subjects. 4 % showed SP and 3.7 % of the elderly have PD diagnosis sometime in their lives. Older women had higher association with SPP, PD and AGP. Noticed other associations with socio-demographic data, but these, according to each specific disorder. It can be noticed that even within a category of diseases, conditions vary from each other and has its particularities associations. Thus, we need to be attentive to the singularities of each patient, and especially in the case of the elderly, as they are more likely to possess hidden diagnoses; like the Anxiety Disorders.

Keywords: Anxiety Disorders. Elderly. Aging. Phobias. Panic Disorder.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Características sócio-demográficas e prevalência de fobia social e específica de acordo com estas características em 578 idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.....24
- Tabela 2 – Características sócio-demográficas e prevalência de pânico e agorafobia de acordo com estas características em 578 idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.....25
- Tabela 3 – Modelos finais das análises multivariadas realizadas pela regressão de Poisson, associando os fatores sócio demográficos ao diagnóstico de fobia social, fobia específica, transtorno de pânico e agorafobia em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.....26

LISTA DE SIGLAS

ACS - agentes comunitários de saúde

AGF - Agorafobia

CID 10 – Código Internacional de Doenças

CNS/MS – Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde

DMS-IV-TR - Manual de doenças mentais III, IV e revisado

ESF – Programa Estratégia Saúde da Família

FE – Fobia Específica

FS – Fobia Social

GD - Gerências Distritais

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e estatística

IC95% - Intervalo de Confiança 95%

M.I.N.I. - Mini International Neuropsychiatric Interview

PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

RS – Rio Grande do Sul

TAG - transtorno de ansiedade generalizada

TEPT - transtorno de estresse pós-traumático

TOC - transtorno obsessivo compulsivo

TP - Transtorno de Pânico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	12
2.2 TEORIAS PSICÓLOGICAS DO ENVELHECIMENTO.....	13
2.3 OS TRANSTORNOS FÓBICO-ANSIOSOS EM IDOSOS.....	14
2.4 O PROGRAMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	18
3 METODOLOGIA	20
4 RESULTADOS.....	23
5 DISCUSSÃO	28
6 CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS.....	34
ANEXOS	38

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento vem instigando o estudo científico, trazendo novos desafios no entendimento das doenças que afetam os idosos. A população geriátrica vem aumentando mundialmente, no entanto, percebe-se diferenças neste crescimento, de acordo com as regiões socioeconômicas. Nos países desenvolvidos, podemos notar um aumento no número de idosos pela melhoria da qualidade de vida, assim como uma preparação dos serviços de saúde para atender as demandas desta população. Entretanto, em países em desenvolvimento, é preocupante esta mesma mudança demográfica visto a precária infraestrutura para o suporte na qualidade de vida dos idosos. Conforme dados mundiais, entre o ano de 2000 e 2050, a população de indivíduos de 60 anos ou mais aumentará de 600 milhões para 2 bilhões (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Isso vem a destacar a relevância em estarmos preparados e organizados para essa mudança demográfica, atentos aos problemas dessa população. Torna-se essencial, o conhecimento epidemiológico das doenças que afetam os idosos a fim de investir-se na prevenção e tratamento das mesmas.

Os transtornos mentais, de um modo geral, são prevalentes e agravantes para a população geriátrica (XAVIER et al, 2001). As doenças psiquiátricas mais comuns no idoso, com exceção da demência, são depressão e ansiedade (FERNANDEZ et al, 1995). Tais patologias afetam no mínimo 25% da população geriátrica nos Estados Unidos, prevendo-se que em 2020, esse número seja ainda mais significativo: de 07 milhões acometidos em 2011 por doenças psiquiátricas, serão cerca de 15 milhões de idosos afetados em 2020 (COHEN; EISDORFER, 2011). Ansiedade generalizada e fobias aparecem como maior parte dos casos de ansiedade nos idosos, sendo a primeira mais prevalente, ocorrendo ou não com depressão (FLINT, 2005; FLINT, 1998).

Além da elevada prevalência destes transtornos, geralmente eles são subdiagnosticados e não tratados, ainda mais nos velhos, cujas doenças, muitas vezes, se apresentam de maneira atípicas e insidiosas. O idoso, por algumas limitações físicas e eventualmente falta de motivação, torna-se menos participativo socialmente, o que pode vir a favorecer a não detecção destas doenças. O idoso já se encontra, por paradigmas culturais e sociais, em uma situação de perdas

continuadas: diminuição do suporte sócio familiar, perda do status ocupacional e econômico, declínio físico continuado, maior frequência de doenças físicas e incapacidade pragmática crescente (BALLONE, 2006). Além desses fatores naturais do processo de envelhecimento, os transtornos psiquiátricos estão associados a um maior deterioro nos idosos: acentuado declínio cognitivo, piora das incapacidades, agravamento no prognóstico de doenças orgânicas com aumento da morbimortalidade, entre outros prejuízos (WETHERELL; GATZ; PEDERSEN, 2001). Com base nisso, percebe-se que o cuidado com a saúde mental no idoso, envolve muito mais que a detecção e tratamento de tais patologias; engloba um importante papel de investir em um envelhecimento saudável, com maior qualidade de vida, produtividade e longevidade.

Os transtornos de ansiedade, de acordo com o DMS-IV-TR classificam-se em: transtorno de pânico (TP), agorafobia (AGF), fobia específica (FE), fobia social (FS), transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e transtorno de ansiedade generalizada (TAG) (ASSOCIAÇÃO DE PSQUIATRIA AMERICANA, 2002).

Os transtornos fóbico-ansiosos compõem um grupo de transtornos nos quais uma ansiedade intensa é desencadeada por determinadas situações e que não representam algum perigo real (KAPLAN; SADOCK, 2000), mas são evitadas ou então, suportadas, com muito temor ou angústia. Para o diagnóstico de uma síndrome ansiosa faz-se importante verificar a intensidade dos sintomas e seu impacto na vida do indivíduo (DALGALARRONDO, 2000). A ansiedade é considerada patológica, quando o mecanismo de alerta para os perigos é excessivo, desproporcional, desadaptativo ou leva a sofrimento intenso (EIZIRK; CANDIAGO; KNIJNIK, 2001). Frequentemente, os mecanismos evitativos das situações temidas, agravam os fatores particulares existentes na velhice; prejudicando a qualidade de vida do idoso.

Os dados da literatura quanto à prevalência de transtornos de ansiedade em idosos ainda se mantêm controversos, variáveis e escassos (HYBELS; BLAZER; HAYS, 2009; CASSIDY; RECTOR, 2008; HESLEY; VANIN, 2008). No estudo ECA, a prevalência para todos os transtornos de ansiedade nos idosos foi de 5,5%, sendo o mais prevalente o transtorno fóbico (4,8%) e os menos prevalentes os transtornos do pânico (0,1%) e o obsessivo-compulsivo (0,8%) (DARREL; WILLIAM; DONALD, 1990). Porém, através de uma revisão da literatura viu-se que as taxas de

prevalência dos transtornos de ansiedade na população geriátrica podem variar de 0,9% a 18% (HYBELS; BLAZER; HAYS, 2009; BYRNE, 2002). Observa-se, assim, que existem ainda poucos dados na literatura sobre os transtornos de ansiedade em idosos; e mais dificilmente encontrados são estudos que analisem os transtornos fóbico-ansiosos de uma forma categórica e diferenciada conforme a classificação do DMS-IV-TR. Além disso, ressalta-se que muito mais se conhece da patofisiologia e tratamento das depressões geriátricas que dos transtornos de ansiedade nessa mesma faixa etária (HYBELS; BLAZER; HAYS, 2009). Desta maneira, investigações adicionais devem ser realizadas a fim de melhores esclarecimentos sobre tais dados e, a partir daí, aprofundar-se no estudo etiopatogênico de doenças que deverão se tornar cada vez mais prevalentes; visto as tendências populacionais. O objetivo deste estudo é pesquisar os Transtornos Fóbicos Ansiosos (TP e Fobias), em uma amostra de idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Porto Alegre no Rio Grande do Sul (RS), estimando sua prevalência e algumas associações relevantes.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) confirmam as projeções de envelhecimento populacional (IBGE, 2009a; IBGE, 2010). Focando o grupo etário brasileiro de 60 anos ou mais, observa-se que o mesmo duplicará, em termos absolutos, no período de 2000 a 2020, ao passar de 13,9 para 28,3 milhões; elevando-se, em 2050, para 64 milhões (IBGE, 2008). Estima-se que em 2030, o número de brasileiros maiores de 60 anos superará o número de crianças e adolescentes em 4 milhões; e essa diferença, em 2050, aumentará para 35,8 milhões (64,1 milhões contra 28,3 milhões, respectivamente). Nesse ano, os idosos representarão 28,8% contra 13,1% de crianças e adolescentes no total da população (IBGE, 2009b).

O Brasil, devido a seu vasto território e suas enormes diversidades geográficas e socioeconômicas, étnicas e culturais, tornou os processos de transição demográfica (modificação relacionada a estrutura etária e sexo) e perfil epidemiológico regionalmente diferenciados ao longo desse período (GOTTLIEB et al., 2011). Entretanto, no Rio Grande do Sul (RS), observou-se que o índice de envelhecimento, conforme censo de 2010, aumentou significativamente (IBGE, 2010). Somente entre os anos de 1999 e 2009, a proporção de idosos no estado cresceu 47%, enquanto o da população total, apenas 15% (IBGE, 2009b). Com 9,3% da população com 65 anos ou mais, os gaúchos apresentaram um padrão etário que o país como um todo só atingirá em 2020, conforme projeções IBGE, censo de 2010 (SEIBT, 2012).

Os primeiros resultados definitivos do Censo Demográfico de 2010 divulgados mostraram, ainda, um envelhecimento da população de Porto Alegre, capital do RS, em relação ao Censo anterior de 2000. A população idosa (60 anos ou mais) da Cidade aumentou 32% em relação a 2000, passando de 160.540 para 211.896 pessoas, enquanto a população jovem (zero a 24 anos) da cidade apresentou um decréscimo de 13,68%, com destaque para o número de crianças de zero a quatro anos que diminuiu quase 25%. Somado a isso, houve uma queda na proporção de jovens (IBGE, 2010). Em paralelo ao envelhecimento, a taxa média de crescimento

populacional foi de apenas 0,35% ao ano, caracterizando Porto Alegre como a capital brasileira que cresce em ritmo mais lento, segundo o IBGE.

2.2 TEORIAS PSICÓLOGICAS DO ENVELHECIMENTO.

A ênfase no envelhecimento e seu crescimento trouxe o desenvolvimento de teorias psicológicas sobre tal fenômeno, visto que a pesquisa e intervenção sem base em teorias geram, pelo menos, três problemas: (1) florescimento e perpetuação de falsas crenças; (2) incapacidade de progredir a partir do que já se conhece; (3) incapacidade de avaliar a qualidade das intervenções com base em critérios objetivos (NERI, 2011). Deste modo, espera-se, das teorias psicológicas do desenvolvimento e envelhecimento: a) descrição e explicação da mudanças ao longo da velhice; b) caracterização e diferenciação existentes entre indivíduos e grupos – como e por que envelhecem; c) diferenciação entre peculiaridades dos idosos que são referente a idade e as referentes a contextos pessoais e sociais; d) diferenças particulares ligadas à velhice; e) alteração de processos psicológicos como cognição na velhice; e f) saber se os diferentes processos psicológicos se mantêm ou se modificam com o envelhecer.

As teorias influenciaram-se a partir de três paradigmas: o mecanicista, o organicista e o dialético. Acrescentou-se a esta tríade, uma quarta influência: o paradigma de curso da vida (*life span*). O paradigma mecanicista acredita que o desenvolvimento caminha segundo padrões ordenados de mudança. Assim, a velhice foi considerada um período de “contração” e não de crescimento, caracterizada por estagnação e declínio, de origem biológica. Esse conceito, com influência darwiniana dificultou a significância da velhice como uma etapa digna de investimento. O paradigma organicista ou contextualista caracteriza-se pelo crescimento, culminância e contração, que marcaram a Psicologia do Desenvolvimento. Para os mecanismos sociais de temporalização do curso de vida, criou-se a metáfora de “relógio social”. Implica que grupos da mesma geração internalizam esse “relógio”, que serve para regular o senso de normalidade, ajustamento correspondente a uma geração, mas que também estão sujeitos às influências sociais.

Os pressupostos básicos do paradigma dialético são a mudança e contradição, uma interação dinâmica com a atuação conjunta de processos

ontogenéticos (individuais) e histórico-culturais (coletivo-evolutivos). O desenvolvimento não percorre um caminho linear, mas uma trajetória resultante da tensão constante entre as forças que o determinam. O paradigma de desenvolvimento ao longo da vida (*life span*) que se desenvolveu a partir dos anos 80 teve nos paradigmas dialético e de curso de vida seus maiores influenciadores. Integra a noção organicista com as ideias dos paradigmas de curso de vida e dialético. Esse paradigma aborda a velhice como um “declínio com compensação”. O declínio refere-se a parte biológica funcional, enquanto a compensação trata-se de mudanças pessoais associados a experiências vivenciadas (qualidade de envelhecimento). Desta maneira, o desenvolvimento; assim como o envelhecimento envolve um equilíbrio constante entre perdas e ganhos.

As teorias vieram a confirmar e fortalecer o envelhecimento não somente como um processo individual, mas sim como de um fenômeno social, atentando para uma perspectiva interdisciplinar desta questão.

2.3 OS TRANSTORNOS FÓBICO-ANSIOSOS EM IDOSOS

Devido ao envelhecimento populacional, à prevalência dos transtornos ansiosos em idosos e ao manejo muitas vezes inadequado e ou inexistente, as desordens ansiosas geriátricas irão assumir a posição de um dos graves problemas de saúde pública. Atualmente, ainda não assumem um papel de suma importância no planejamento de saúde e o que se percebe é que muitas questões permanecem sem respostas sob o ponto de vista neurobiológico e da variabilidade nas respostas ao tratamento (FLINT, 1999; LENZE; WHETHERELL; ANDREESCU, 2011).

As fobias aparecem como a segunda maior causa de ansiedade nos idosos, sendo a primeira mais prevalente o TAG (FLINT,1998). Dentre o espectro dos transtornos fóbico ansiosos destacamos os seguintes transtornos: FS, FE e TP com ou sem AGF e AGF.

Conforme os critérios da 4ª revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, entende-se por FS: A) um medo intenso e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, nas quais o indivíduo está exposto a pessoas desconhecidas ou ao possível escrutínio de outros. O sujeito receia comportar-se (ou mostrar sintomas de ansiedade) de modo humilhante ou embaraçoso; B) A exposição às situações sociais receadas provoca quase sempre

ansiedade, a qual pode tomar a forma ou predispor situacionalmente a um ataque de pânico; C) O indivíduo reconhece que o medo é excessivo ou irracional; D) As situações sociais ou de desempenho receadas são evitadas ou enfrentadas intensa ansiedade e desconforto; E) O evitamento, a ansiedade antecipatória ou o desconforto nas situações sociais ou de desempenho, interferem significativamente com a rotina normal do indivíduo, com o seu funcionamento ocupacional (ou acadêmico), com as atividades ou relações sociais, ou existe um mal-estar intenso devido à fobia; F) Em sujeitos com menos de 18 anos de idade, a duração é de pelo menos 6 meses; G) O medo ou evitamento não é devido a efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., abuso de droga, um medicamento), ou a uma condição física geral, e não é explicada por nenhum outro distúrbio mental (p. ex., Distúrbio de Pânico com ou sem Agorafobia, Ansiedade de Separação, Distúrbio Dismórfico Corporal, um Distúrbio Desenvolvimental Pervasivo, ou Distúrbio de Personalidade Esquizóide) e H) Se uma condição física ou outro distúrbio mental estiverem presentes, o medo do critério A não está relacionado com eles; por exemplo, não é medo de gaguejar (Gaguez), de tremer (doença de Parkinson), ou de exibir um comportamento alimentar anormal (Anorexia ou Bulimia Nervosa).

O DSM-IV-TR estabelece os seguintes critérios para a fobia específica: A característica essencial da FE é o medo acentuado e persistente de objetos ou situações claramente discerníveis e circunscritos (Critério A). A exposição ao estímulo fóbico provoca, quase que invariavelmente, imediata resposta de ansiedade (Critério B). Esta resposta pode assumir a forma de um Ataque de Pânico, ligado ou predisposto pela situação. Embora adolescentes e adultos com o transtorno reconheçam que seu temor é excessivo ou irracional (Critério C), o mesmo pode não ocorrer com crianças. Com maior frequência, o estímulo fóbico é evitado, embora às vezes seja suportado com pavor (Critério D). O diagnóstico é apropriado apenas se a esquiva, o medo ou a antecipação ansiosa do encontro com o estímulo fóbico interferem significativamente na rotina diária, funcionamento ocupacional ou vida social do indivíduo, ou se ele sofre acentuadamente por ter a fobia (Critério E). Em indivíduos menores de 18 anos, os sintomas devem ter persistido por pelo menos 6 meses antes da Fobia Específica ser diagnosticada (Critério F). Ansiedade, ataques de pânico ou esquiva fóbica não são melhor explicados por um outro transtorno mental (por ex. Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Transtorno de Ansiedade de

Separação, Fobia Social, Transtorno de Pânico Com Agorafobia ou Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico) (Critério G).

Segundo o DSM IV, os primeiros ataques de pânico devem ser espontâneos para que os critérios para o TP sejam satisfeitos. O TP se caracteriza por um período distinto de intenso temor ou desconforto no qual quatro dos seguintes sintomas desenvolveram-se abruptamente:

- a) Palpitações ou ritmo cardíaco acelerado;
- b) sudorese;
- c) tremores ou abalos;
- d) sensação de falta de ar ou sufocamento;
- e) sensação de asfixia;
- f) dor ou desconforto torácico;
- g) náuseas ou desconforto abdominal;
- h) sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio;
- i) desrealização (sensação de irrealidade) ou despersonalização (estar distanciado de si mesmo);
- j) medo de perder o controle ou enlouquecer;
- k) medo de morrer;
- l) parestesias (anestesia ou sensação de formigamento);
- m) calafrios ou ondas de calor.

Além de ataques de pânico recorrentes e inesperados, para o preenchimento dos critérios de TP é necessário que pelo menos um dos ataques seja seguido por 1 mês (ou mais) de: (a) preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais, (b) preocupação acerca das implicações do ataque ou suas consequências (por ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, “ficar louco”) e (c) uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques. Os ataques de pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou não são melhor explicados por outro transtorno. O TP pode ocorrer na ausência ou presença de AGF. Os critérios para o preenchimento de AGF são: (A) - Ansiedade acerca de estar em locais ou situações de onde possa ser difícil (ou embaraçoso) escapar ou onde o auxílio pode não estar disponível, na eventualidade de ter um ataque de pânico inesperado ou predisposto para situação ou sintoma tipo pânico. Os temores agorafóbicos tipicamente envolvem agrupamentos característicos de situações, que

incluem: estar fora de casa, desacompanhado, estar em meio a uma fila ou permanecer em uma fila, estar em uma ponte, viajar de ônibus, trem ou automóvel. (B) - As situações são evitadas ou suportadas com acentuado sofrimento ou com ansiedade acerca de ter um ataque de pânico ou sintoma tipo pânico, ou exigem a presença de um acompanhante. (C) - Ansiedade ou esquiva agorafóbica não é melhor explicada por outro transtorno mental, como fobia social, fobia específica, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático ou transtorno de ansiedade da separação.

Em relação aos critérios diagnósticos não existem diferenciações dos mesmos de acordo com as faixas etárias. A isso observa-se que tais patologias são subdiagnosticadas pela dificuldade em mensurar tais dados na população idosa. Um estudo realizado no Canadá evidenciou taxas de prevalência de 12 meses de fobias específicas e medos subliminares, respectivamente, de 2,0 e 8,7%. Mais da metade dos idosos com FE não reconheceu o "excesso" de seus medos. Medos situacionais e naturais do ambiente foram os mais frequentes subtipos. Em comparação com os entrevistados sem sintomas de ansiedade, os adultos mais velhos com FE relatavam mais problemas crônicos de saúde, mais transtornos depressivos e uma maior utilização de benzodiazepínicos (GRENIER et al., 2011). Viu-se neste estudo uma elevada prevalência de medos irracionais entre adultos mais velhos. Em relação ao tratamento e prognóstico, as desordens ansiosas estão entre as mais comuns síndromes crônicas e persistentes da saúde mental e parecem apresentar mais resistência à terapêutica em idosos do que em adultos jovens (LENZE et al., 2005). Alguns estudos sugerem que os sintomas ansiosos aumentam com a idade, o que traria mais predisposição aos idosos a sofrerem com os transtornos fóbico ansiosos (HYBELS; BLAZER, 2003; BLAZER, 2000; GATZ; HURWICZ, 1990). Além dos métodos diagnósticos como DSM-IV-TR, sugere-se ainda, a percepção clínica e subjetiva dos entrevistadores para a detecção destas fobias em idosos, devido às particularidades próprias desta idade.

Outro estudo analisou os transtornos de ansiedade com o risco de suicídio. Os resultados sugeriram que os transtornos de ansiedade são fatores de risco independentes para tentativas de suicídio e ressaltam a importância dos transtornos de ansiedade como uma importante questão de saúde pública (BOLTON et al., 2008).

A grande maioria dos estudos encontrados, principalmente tratando-se da população geriátrica, analisa a prevalência dos transtornos mentais, porém

dividindo-se em categorias como: transtornos de humor, transtornos de ansiedade, transtornos somatoformes, entre outros (GHULOUM; BENER; ABOU-SALEH, 2011; VIVES et al., 2013.). Mais raras são pesquisas que analisem os transtornos especificamente dentro de sua categoria e subdivisões, conforme classificação do DMS-IV-TR. Poucas também, são as que associem essas doenças com características que podem ser importantes fatores de riscos para o desenvolvimento destas síndromes. As características demográficas que parecem estar associadas com depressão ou ansiedade em idosos são: sexo feminino, estado civil solteiro (especialmente para homens) e baixos salários. Além disso, estudos evidenciam que a morte do conjuge é o maior preditor da comorbidade entre depressão e ansiedade (SCHOEVERS et al., 2003; DIEFENBACH et al., 2009).

2.4 O PROGRAMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1994 com objetivo de redirecionar o modelo de saúde no Brasil, fortalecendo a atenção básica à saúde. Esta estratégia prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral, contínua e de qualidade, estimulando a organização da comunidade e efetiva participação popular.

Em Porto Alegre, o ESF iniciou em 1996. Atualmente, conta com 101 equipes que atendem a uma população de 290 mil moradores da cidade. Estas equipes são compostas de três a seis agentes comunitários de saúde, dois auxiliares de enfermagem, um médico, um enfermeiro. Cada equipe é responsável em média por 850 famílias correspondendo aproximadamente de 3,5 mil a 4 mil pessoas. As equipes trabalham com território delimitado, identificando micro-áreas de risco e desenvolvendo ações programáticas e ações intersetoriais. Atualmente as equipes do Programa de Saúde da Família estão distribuídas em 8 Gerências Distritais (GD), com aproximadamente 24 mil idosos cadastrados.

Apesar da alta prevalência dos transtornos mentais no atendimento primário, estas condições são frequentemente subdiagnosticadas pelos médicos generalistas (PERUGI; FRARE; TONI, 2007). Tal evidência vem a causar um grande impacto de saúde pública, visto que na ausência de tratamento adequado, tais patologias estão associadas a uma maior morbi-mortalidade destes indivíduos com piora na

qualidade de vida e prejuízos de saúde e economia (importantes causas de auxílio-doença e aposentadorias precoces). Em nosso meio, são poucos os estudos sobre Transtornos de Ansiedade em Idosos, particularmente em amostras comunitárias o que dificulta as políticas públicas de saúde, quanto a estratégias e serviços prestados.

Desta forma, este estudo buscou ampliar dados mais específicos destes Transtornos para a população geriátrica, de forma mais homogênea, voltados para a realidade brasileira, baseando-se em uma amostra comunitária. O objetivo principal deste trabalho foi estudar a prevalência e associações das fobias específicas, fobia social, agorafobia e de transtorno de pânico em uma amostra de idosos atendidos pelo ESF no município de Porto Alegre, RS.

3 METODOLOGIA

Realizou-se um estudo transversal com coleta prospectiva. O estudo foi realizado com a população de idosos cadastrados no ESF do município de Porto Alegre, no RS.

O estudo foi realizado em uma amostra aleatória de 1080 cadastros de idosos provenientes de 30 diferentes equipes do ESF. Para a seleção desses idosos, inicialmente foram sorteadas as equipes do ESF, de forma estratificada por gerência distrital. De cada gerência selecionou-se um número de equipes correspondente a aproximadamente 30%. De cada equipe, foram sorteados 36 idosos. 20% destes cadastros perderam-se por morte ou troca de endereço. Os critérios de inclusão para o presente estudo foram: ter idade igual ou superior a 60 anos, ser cadastrado no ESF e residir na área de abrangência da unidade básica de saúde correspondente. Foram excluídos do estudo os idosos que não podiam compreender ou responder coerentemente os questionamentos da pesquisa, os incapazes de se deslocar até os locais de entrevista e os que negaram-se e/ou desistiram de participar do estudo.

A primeira fase da coleta foi, então, realizada por agentes comunitários de saúde (ACS), após a sua capacitação, para registro de dados sobre estilo de vida, aspectos sócio-demográficos, econômicos, educacionais e culturais, clínicos, nutricionais e neuropsiquiátricos através de entrevista estruturada nas residências dos idosos selecionados. Utilizou-se um questionário padronizado para este estudo que encontra-se nos anexos deste trabalho (ANEXO 1). Posteriormente, na segunda fase de coleta, todos os idosos passaram por uma avaliação com a equipe multiprofissional do IGG (médicos, nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos), nas salas dos ambulatórios do Hospital São Lucas da PUCRS; na qual a autora deste trabalho também participou como entrevistadora. Os idosos foram conduzidos até este local por um transporte garantido pelos responsáveis deste estudo, acompanhados por ACS de sua ESF. Para a segunda fase, utilizou-se, como questionário padrão o *Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 plus Brazilian version (M.I.N.I. 5.0.0 plus)*. (ANEXO 2) O *M.I.N.I. plus* é uma entrevista diagnóstica padronizada que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM-IV e da Código Internacional de Doenças (CID-10) (AMORIM, 2000). O *M.I.N.I.* pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. 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.*, enquanto o *M.I.N.I.plus* possui 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.

Para este estudo foi realizado um cálculo de tamanho amostral para identificar uma razão de prevalência de 1,8 entre dois grupos, para uma prevalência aproximada de 10%. Considerando um erro alfa de 5% e um poder de 80% são necessários 568 indivíduos (HERBERT, 2013). As prevalências foram calculadas com respectivos intervalos de confiança 95%. Para a comparação da frequência dos transtornos fóbicos de acordo com as características sócio-demográficas, foi utilizado o teste do Qui-quadrado de *Pearson*, com as seguintes exceções: (i) para as variáveis faixa etária, escolaridade e renda que são ordinais, foi utilizado o teste de tendência linear do qui quadrado; (ii) quando foi encontrado um valor esperado inferior a 5 em mais de 20% das casas, foi utilizado o teste exato de Fisher. Para o controle do efeito de confusão foi utilizado o modelo de regressão de Poisson para cada um dos 4 desfechos. Foram incluídas, inicialmente, todas as variáveis cuja associação mostrou, na análise bivariada, um valor de P inferior a 30%, sendo posteriormente retiradas, sucessivamente, aquelas com maior valor de P, até permanecerem no modelo final apenas as variáveis com associação significativa ($P < 0,05$). A análise estatística foi realizada através do SPSS versão 17.0.

Os dados deste estudo foram extraídos de parte do **“SUB-PROJETO 11 – PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NA POPULAÇÃO DE IDOSOS ATENDIDOS PELO ESF DE PORTO ALEGRE”**. Este sub-projeto 11 é componente do protocolo amplo de pesquisa do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) denominado **“ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE”**. O projeto **“ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE”**, no qual se inclui o presente estudo, foi previamente apresentado e aprovado para a representante legal da Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Alegre. O projeto atende as Diretrizes e Normas Regulamentadoras em Pesquisa, conforme a Resolução 196/96 do CNS/MS. O mesmo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria

Municipal de Saúde da Prefeitura do município de Porto Alegre (ANEXO 3). O subprojeto 11 foi aprovado pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria da PUCRS (ANEXO 4) e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Lucas da PUCRS (ANEXO 5).

4 RESULTADOS

A população deste estudo foi de 578 idosos, 64% do sexo feminino. A média de idade foi de 68,9 anos, com desvio padrão de 7,2, sendo 6,5% com idade de 80 anos ou mais. Caracterizou-se por ser uma população de baixa escolaridade (61,6% não haviam completado o ensino fundamental) e baixa nível sócio econômico (64,4% recebiam um salário mínimo ou menos). Os transtornos fóbicos com maiores prevalências foram Fobia Específica (FE), que foi diagnosticada em 17% dos idosos (IC95%= 13,9 – 20,6) e Agorafobia alguma vez na vida (AGF), em 8,7% (IC95% = 6,6 – 11,3). Além disso, 4% da amostra apresentou Fobia Social (FS) e 3,7% Transtorno de Pânico alguma vez na vida (TP), ambos com IC95% de 2,4 – 5,6.

A Tabela 1 mostra a distribuição das características sócio demográficas da população estudada e a prevalência de FS e FE de acordo com essas características. Apenas estado civil, com menor prevalência nos casados (1,9%; $p=0,01$), e raça mostraram associação significativa com FS ($p=0,002$). A prevalência foi maior nos pardos (9,1%) e no grupo de outras raças (18,8%), que representou apenas 2,8% da população e era composto por orientais e índios. Em relação a fobia específica, a prevalência foi menor no sexo masculino (8,6%), acima de 80 anos de idade (4,3%) e nos idosos com renda acima de 3 salários mínimos (9,8%). Além dessas variáveis, estado civil e ter um cuidador morando junto também mostraram uma diferença estatisticamente significativa na análise bivariada.

A prevalência de transtorno do pânico foi menor no sexo masculino (1,4%; $p=0,026$) e entre os aposentados (2,4%; $p=0,005$), como mostrado na tabela 2. A agorafobia foi mais frequente no sexo feminino (10,7%; $p=0,047$), nos idosos mais jovens, entre 60 e 69 anos (12,0%; $p=0,018$), nas raças branca e parda (aproximadamente 10%; $p=0,0215$) e entre os idosos não aposentados (13,1%; $p=0,033$).

Na tabela 3 foi mostrado o resultado final da análise multivariada para os 4 transtornos fóbicos estudados. Em relação à análise bivariada, para fobia específica permaneceram as mesmas variáveis com associação significativa; para fobia social o estado civil não se mostrou associada de forma independente; para transtorno de pânico, religião, que não mostrou associação inicialmente, passou a ter significância. Para agorafobia apenas as variáveis sexo e faixa etária permaneceram associadas de forma significativa. As seguintes razões de prevalência foram identificadas: para

fobia social, aproximadamente 3 para raça parda e 6 para outras raças em relação a raça branca, 3,6 para separados e 3,7 para viúvos em relação aos casados; para fobia específica 2,8 para o sexo feminino em relação ao masculino, 0,1 para idosos acima de 80 anos em relação a faixa de 60-69 e 0,6 para renda entre 1-3 em relação a 1 salário mínimo ou menos; para transtorno do pânico 4,1 para sexo feminino , 0,3 para estar aposentado e 8,9 para os ateus ou agnósticos em relação aos católicos; para agorafobia 2,1 para o sexo feminino e 0,2 para a faixa etária entre 70-79 em relação a 60-69 anos.

Tabela 1. Características sócio demográficas e prevalência de fobia social e específica de acordo com estas características em 578 idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.

Variável	População n(%)	Fobia Social		Fobia Específica	
		%	p	%	p
Sexo					
masculino	208 (36,0)	2,9	0,313	8,6	<0,001
Feminino	370(64,0)	4,6		21,6	
Faixa etária					
60-69	338(62,6)	4,1	0,636	19,2	0,026
70-79	156(28,9)	3,8		16,7	
80 ou +	46(8,5)	6,5		4,3	
Escolaridade (em anos estudados)					
analfabeto	148 (25,6)	4,7	0,259	14,2	0,735
1 a 4	208 (36,0)	5,3		20,6	
5 a 8	173 (29,9)	1,7		16,8	
>8	49 (8,5)	4,1		10,2	
Raça					
Branca	371 (65,3)	3,2	0,002*	14,8	0,507
Parda	77 (13,6)	9,1		20,8	
Negra	104 (18,3)	1,0		19,0	
Outras	16 (2,8)	18,8		18,8	
Renda familiar mensal (em salários mínimos)					
até 1	184 (36,9)	5,4	0,547	21,7	0,010
acima de 1 até 3	264 (52,9)	2,7		13,6	
acima de 3	51 (10,2)	5,9		9,8	
Aposentadoria					
Não	176 (31,8)	5,1	0,347	18,6	0,370
Sim	378 (68,2)	3,4		15,6	
Estado civil					
Casado	216(37,8)	1,9	0,0140*	12,5	0,039
Separado	93 (16,3)	5,4		12,9	
Solteiro	99 (17,4)	4,0		22,0	
Viúvo	163 (28,5)	6,1		21,5	
Atualmente tem companheiro?					

Não	294 (51,5)	5,1	0,179	19,0	0,115
Sim	277 (48,5)	2,9		14,1	
Mora com o cuidador?					
Não	404 (74,3)	3,7	0,762	19,0	0,008
Sim	140 (25,7)	4,3		9,3	
Religião					
Católica	375 (65,9)	4,8	0,717*	17,6	0,724*
evangélica	115 (20,2)	3,5		16,5	
Outras	64 (11,2)	1,6		15,6	
ateu/agnóstico	15 (2,6)	0,0		6,7	
TOTAL	578 (100)	4,0 (2,4-5,6)#		17,0 (13,9-20,6)#	

*teste exato de Fisher

#Intervalo de confiança 95%

Tabela 2. Características sócio demográficas e prevalência de pânico e agorafobia de acordo com estas características em 578 idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.

Variável	População n(%)	Transtorno de Pânico		Agorafobia ¹	
		%	p	%	p
Sexo					
Masculino	208 (36,0)	1,4	0,026	5,8	0,047
Feminino	370 (64,0)	5,1		10,7	
Faixa etária					
60-69	338 (62,6)	5,0	0,168	12,0	0,018
70-79	156 (28,9)	2,6		2,6	
80 ou +	46 (8,5)	2,2		8,7	
Escolaridade (em anos estudados)					
Analfabeto	148 (25,6)	3,4	0,763	7,6	0,537
1 a 4	208 (36,0)	4,3		10,5	
5 a 8	173 (29,9)	2,9		5,8	
>8	49 (8,5)	6,1		16,3	
Raça					
Branca	371 (65,3)	3,8	0,433*	10,1	0,021
Parda	77 (13,6)	5,2		10,4	
Negra	104 (18,3)	1,9		4,8	
Outras	16 (2,8)	6,3		0,0	
Renda familiar mensal (em salários mínimos)					
até 1	184 (36,9)	4,3	0,550	9,8	0,369
acima de 1 até 3	264 (52,9)	4,2		10,0	
acima de 3	51 (10,2)	2		3,9	
Aposentadoria					
Não	176 (31,8)	7,3	0,005	13,1	0,033
Sim	378 (68,2)	2,4		7,5	
Estado civil					
Casado	216 (37,8)	3,7	0,711*	7,5	0,784

Separado	93 (16,3)	2,2		9,7	
Solteiro	99 (17,4)	4		9,2	
Viúvo	163 (28,5)	4,9		10,5	
Atualmente tem companheiro?					
Não	294 (51,5)	3,7	0,873	8,2	0,577
Sim	277 (48,5)	4,0		9,5	
Mora com o cuidador?					
Não	404 (74,3)	4,0	0,837	8,8	0,830
Sim	140 (25,7)	3,6		9,4	
Religião					
Católica	375 (65,9)	2,9		8,3	
Evangélica	115 (20,2)	5,2	0,114*	10,5	0,421
Outras	64 (11,2)	4,7		7,9	
ateu/agnóstico	15 (2,6)	13,3		20	
TOTAL	578 (100)	3,7 (2,4- 5,6)#		8,7 (6,6-11,3)#	

1. Para prevalência de Agorafobia foram analisados apenas 573 idosos.

* Teste exato de Fisher

Intervalo de confiança 95%

Tabela 3. Modelos finais das análises multivariadas realizadas pela regressão de Poisson, associando os fatores sócio demográficos ao diagnóstico de fobia social, fobia específica, transtorno de pânico e agorafobia em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.

Variável	RP	IC 95%	p
Fobia Social (n=563)			
Raça			
Branca	1		
Parda	2,95	1,21-7,20	0,018
Negra	0,26	0,04-1,96	0,192
Outras	6,05	1,93-19,00	0,002
Estado Civil			
Casado	1		
Separado	3,62	1,03-12,66	0,044
Solteiro	2,46	0,63-9,56	0,195
Viúvo	3,74	1,23-11,34	0,020
Fobia Específica (n=438)			
Sexo			
Masculino	1		
Feminino	2,80	1,52-5,18	0,001
Faixa Etária			
60-69 anos	1		
70-79 anos	0,66	0,40-1,07	0,094
80 anos ou mais	0,11	0,16-0,75	0,024
Renda familiar mensal (em salários mínimos)			
até 1	1		

acima de 1 até 3	0,61	0,39-0,95	0,027
acima de 3	0,45	0,17-1,21	0,114
Transtorno de Pânico (n=506)			
Sexo			
Masculino	1		
Feminino	4,11	1,44-11,76	0,008
Aposentadoria			
Não	1		
Sim	0,34	0,14-0,79	0,013
Religião			
Católica	1		
Evangélica	1,38	0,51-3,72	0,527
Outras	1,27	0,37-4,32	0,699
ateu/agnóstico	8,92	1,97-40,48	0,005
Agorafobia (n=505)			
Sexo			
Masculino	1		
Feminino	2,08	1,09-4,01	0,027
Faixa Etária			
60-69 anos	1		
70-79 anos	0,21	0,08-0,56	0,002
80 anos ou mais	0,63	0,23-1,74	0,378

5 DISCUSSÃO

Este estudo observou uma importante ocorrência dos transtornos Fóbico-Ansiosos em idosos. De acordo com Davey, cerca de 15% das pessoas preenchem critérios do DSM-IV para Fobia Específica durante a vida, sugerindo que os sintomas graves e perturbadores de ansiedade são comuns (DAVEY, 2004). Tais dados puderam ser confirmados através de uma prevalência de 17% para esta mesma patologia e com o diagnóstico de Agorafobia alguma vez na vida, contemplando 8,7% dos sujeitos entrevistados. A prevalência de Fobia Social neste estudo foi de 4%, também em acordo com as taxas médias já encontradas na literatura para esta faixa etária (KARLSSON, 2013). Taxas específicas de prevalência de TP em idosos não foram encontradas em nossa revisão da literatura, este estudo encontrou uma taxa de 3,7%, indo em acordo com alguns achados na literatura que não destacam o TP como um dos principais Transtornos Fóbico Ansiosos em Idosos (CASSIDY; RECTOR, 2008; FLINT; GAGNON, 2003).

Os transtornos fóbico-ansiosos, como já muito descrito na literatura, são mais comuns nas mulheres que nos homens (WETHERELL; GATZ; PEDERSEN, 2001; KAPLAN; SADOCK, 2000; HYBELS; BLAZER; HAYS, 2009; DARREL; WILLIAM; DONALD, 1990). Pode-se observar, uma maior prevalência de Fobia Específica, Transtorno do Pânico e Agorafobia nas mulheres idosas ($p < 0,05$). Deste modo, foi evidenciado a maior predisposição das mulheres para os transtornos de ansiedade, exceto no caso da Fobia Social. Através das associações com as variáveis sócio demográficas, foi possível categorizar e diferenciar os Transtornos de Ansiedade e suas particularidades.

Na Fobia Social (FS) houve uma maior prevalência em idosas do sexo feminino, mas tal dado não apresentou relevância significativa. Isso pode ser explicado pelo fato das mulheres, em geral, serem mais expansivas e menos tímidas, o que viria de confronto com a patofisiologia da FS e seus critérios diagnósticos. Acrescido a isso, a timidez é vista como mais “sintônica” no gênero feminino do que no masculino, o que poderia causar distorções no diagnóstico de FS, mascarando tal diagnóstico nas mulheres (BEM, 1974). Alguns estudos já haviam ressaltado que a FS não estaria associada com o sexo feminino como os outros transtornos de ansiedade em geral (BEM, 1974; RAPEE; SANDERSON; BARLOW, 1988; HEIMBERG; JUSTER, 1995). Evidenciou-se, em um destes,

igualdade na busca de tratamento de FS para homens e mulheres (HEIMBERG; JUSTER, 1995), reforçando a ausência de expressão significativa na diferença entre os sexos para esta patologia. Além de tal fato, os casados apresentaram menos FS. O status de casado, geralmente, por questões socioculturais, pode obrigar maiores interações sociais, exposições e, até mesmo, avaliação de outros. Tais relacionamentos sociais podem ser fatores amenizadores da FS. O casado supostamente tem mais exigências de interações sociais que viúvos e separados; ainda mais tratando-se de uma fase mais avançada da vida em que o velho, quando só, tem mais tendência ao isolamento (BALLONE, 2006). Tais interações dessensibilizariam os indivíduos temerosos quanto a avaliações de outros e situações que exijam maior exposição individual, diminuindo a ocorrência de FS. Por outro lado isso pode ser considerado uma consequência: as pessoas que não possuem FS tem mais predisposição ao matrimônio pela maior sociabilidade. No modelo final, os idosos separados e viúvos apresentaram maior prevalência de FS que os casados e solteiros. Além dos casados, os solteiros, também, desde jovens, necessitaram de uma maior adaptação a um padrão de relacionamento e exposição maior; e por questões culturais e de exigência social isso diminuiu os traços mais fóbicos. Com tais dados, pode-se observar que ausência de um conjugue na idade maior (ser separado ou viúvo) pode dificultar os relacionamentos interpessoais e inclusive trazer quadros incapacitantes como a FS. Tal achado já havia sido mencionado anteriormente neste estudo, através da revisão da literatura. Reafirma-se, através disso, de que a ausência do conjugue pode predispor maior ocorrência de transtornos mentais na velhice. Nesta mesma análise, as raças pardas, indígenas e orientais apresentaram maior FS que as demais. Tal dado pode envolver questões de menor socialização das raças que são consideradas minorias em nosso meio. Subtendeu-se que os negros por uma maior identificação com seu grupo, protegem-se da ocorrência de FS, visto que este grupo étnico interage muito entre seus semelhantes e possui um orgulho de sua raça, até mesmo por sofrimentos vivenciados historicamente. Entretanto, as outras raças, consideradas minorias em nosso meio (pardos, índios e orientais) não possuem esse orgulho racial tão preservado e isso poderia acarretar uma maior prevalência de FS.

A Fobia Específica (FE) apresentou cerca de 3 vezes mais prevalência nas idosas, reforçando a forte associação, já descrita na literatura, entre ansiedade e mulheres (CHOU, 2009; FREDRIKSON et al., 1996). Ainda, na análise bivariada,

rendas familiares mais baixas apresentaram maior associação com FE, assim como velhos solteiros e viúvos. Os velhos que não moravam com cuidador apresentaram 2 vezes mais prevalência de FE. Isso pode dever-se ao fato que uma das principais fobias específicas relatadas foram as do tipo climáticas e o fato de morar sozinho (desacompanhado), além de, questões econômicas relacionadas a condição de moradia podem estar diretamente ligadas com estes tipos de medos irracionais. Entretanto, para a FE, o estado civil e o fato de morar ou não com cuidador não mostraram-se significativamente relevantes de forma independente. Por outro lado, mesmo após a análise multivariada, as idosas permaneceram mais predispostas a FE que os homens, assim como as menores rendas familiares e os idosos mais jovens. Fredrikson et al, em seu estudo sobre FE, já destacava a relevância das fobias na velhice. Observou que as fobias situacionais são mais prevalentes em velhos que jovens, sugerindo que as fobias podem ser adquiridas com o envelhecimento (FREDRIKSON et al., 1996). No presente estudo, notou-se que os velhos acima de 80 anos apresentavam menos FE que os demais. A aproximação da morte em faixas etárias maiores, pode dessensibilizar os idosos mais velhos para estes medos e fobias, estando, eles, mais focados, em seus últimos anos, com o medo da morte. Os medos intensos relacionados a animais, climas ou situações diversas podem assumir um papel secundário frente a expectativa temerosa do fim da vida. Questões sócio econômicas relacionadas a moradia influenciaram, mesmo após o modelo final, a ocorrência de FE: rendas familiares mais baixas mostraram associação independente com este transtorno. Por se tratar de uma amostra comunitária, condições mais precárias de estrutura habitacional predispoem mais o aparecimento de medos irracionais e fobias específicas, principalmente tratando-se mais comumente de fobias do tipo climáticas e de animais.

O Transtorno de Pânico (TP) demonstrou associação com as seguintes variáveis: sexo, aposentadoria e religião. As mulheres, como já revisado, são mais sujeitas aos Transtornos de Ansiedade, incluindo-se o TP. O fato de estar aposentando desencadeou menos o surgimento de sintomas de pânico nos idosos. Isso pode ser explicado por ser uma condição de menos preocupação (segurança financeira) e/ou envolver situações de menor estresse de trabalho com o ritmo do dia a dia mais tranquilo. O idoso não aposentado sofreria de mais “pressões” financeiras, submetendo-se a uma maior carga de estresse e ansiedade com as atividades laborais, o que vem a predispor os ataques de pânico, e por

consequência, o TP. O fato de não ter uma religião convicta (ser ateu ou agnóstico) predispõe cerca de 9 vezes mais chances deste mesmo transtorno nos idosos. Deste modo, como vários estudos já ressaltam, a religiosidade pode ser um fator de proteção inclusive para sintomas de ansiedade e para o TP (UNTERRAINER et al., 2012; LEONDARI; GIALAMAS, 2009). Nesta linha de abordagem, a religiosidade pode envolver um sentimento de paz interior que amenizaria a angústia e ansiedade. Além disso, pessoas com uma religião mais convicta possuem uma maior necessidade de dispendir um tempo para tal devoção, o que pode envolver várias situações: frequentar cultos e igrejas, meditação, etc. Tais momentos também favorecem um alívio da ansiedade, evitando o desenvolvimento de um transtorno maior como o TP.

A Agorafobia (AGF), na primeira análise associou-se significativamente com sexo, faixa etária, raça e aposentadoria. Robinson et al., também encontraram achados que sugerem diferenças étnicas relacionadas aos transtornos ansiosos (ROBINSON et al., 2012). Entretanto, as variáveis raça e aposentadoria, não associaram-se, de uma forma independente no modelo final deste estudo. Mesmo após análise multivariada, a AGF foi mais prevalente nas idosas e também no grupo de idosos mais jovens, entre 60 e 69 anos. A revisão de Bekker, 1996, já reforçara a expressiva diferença entre homens e mulheres, no mecanismo e desencadeamento da AGF (BEKKER, 1996), assim como já é salientado, por diversos autores, a expressiva preponderância das mulheres sobre os homens no diagnóstico dos Transtornos de Ansiedade. Em relação à faixa etária, supõe-se que os idosos mais jovens estão ainda em uma faixa de envelhecimento mais ativo e saudável, expondo-se mais a situações agorafóbicas como ambientes fechados ou de multidões, favorecendo, assim, o diagnóstico de AGF nesta idade. Ao contrário, idosos mais velhos, em fases mais avançadas de envelhecimento, de uma maneira geral tendem mais ao isolamento evitando situações agorafóbicas; já desviando assim, um importante fator desencadeador para o diagnóstico desta patologia.

O presente estudo apresentou algumas limitações. Baseando-se em questionários entrevistador dependente, pensou-se em diminuir tais variações realizando um treinamento prévio dos profissionais que aplicaram as entrevistas. De outra forma, tratando-se de entrevista com idosos faz-se necessário um pouco de intersubjetividade na avaliação psiquiátrica visto que observamos uma certa tendência em não declaração total dos sintomas. Os idosos necessitam de uma

maior atenção e cuidado no questionamento de seus dados por suas particularidades prévias (geralmente isolados e estigmatizados pela sociedade como pessoas “sem importâncias”; “já muito velhos”). Além disso, as prevalências encontradas podem ter sido levemente subestimadas visto que não foram entrevistados idosos em seu domicílio. A entrevista domiciliar evitaria a perda de alguns dados que podem ser importantes e significativos. Por exemplo, idosos excessivamente fóbicos que não se motivaram a deslocar-se até o local da pesquisa, ou então, que sequer se motivaram para as entrevistas iniciais poderiam ter seus dados incluídos no trabalho a partir desta busca mais ativa de coleta. Outra importante questão foi que a Fobia Específica de Quedas, muito comum em idosos, apareceu em nosso estudo como somente a quarta causa mais comum de FE. Não existia, em nosso questionário, a lista de tipos de Fobias Específicas. Os profissionais coletavam esse dado espontaneamente e o descreviam ao lado do algoritmo de FE no *M.I.N.I. Plus*. O fato da FE de quedas ser prevalente nos idosos, pode ter passado despercebido por alguns médicos, mesmo após o treinamento, não sendo sequer citada no momento da entrevista.

6 CONCLUSÃO

Os transtornos fóbicos ansiosos com maiores prevalências foram FE, diagnosticada em 17% dos idosos; e AGF, em 8,7%. Além disso, 4% dos sujeitos apresentaram FS e 3,7% TP.

A fobia social mostrou forte associação com raças consideradas minorias e também com a perda do conjugue na velhice. Já, para a fobia específica, evidenciaram-se relevantes as seguintes características nos idosos: sexo feminino, faixa etária mais jovens (estes dois também associaram-se com agorafobia) e, por último, rendas sócio econômicas mais baixas. Um maior risco de transtorno de pânico associou-se significativamente com o sexo feminino, ausência de aposentadoria e também ausência de uma religião definida (ser ateu ou agnóstico).

Os transtornos ansiosos vem se tornando prevalentes nesta população e, como importantes fatores de agravo para a saúde, merecem destaque para um melhor esclarecimento. Pode-se perceber que, mesmo dentro dessa categoria de doenças, as patologias variam entre si e tem suas particularidades de associações. Com isso, é necessário estarmos atentos às singularidades de cada paciente; e principalmente, tratando-se de idosos, visto que estão mais predispostos a possuírem subdiagnósticos; como os Transtornos de Ansiedade.

REFERÊNCIAS

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 106-115, 2000.

ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. rev. – DSM-IV-TR™. Trad.: Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BALLONE, G. J. Depressão no idoso. **Psiquweb**. 2006. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?sec=16&art=67>>. Acesso em: 27 nov. 2013.

BEKKER, M. H. J. Agoraphobia and gender: a review. **Clinical Psychology Review**, New York, v. 16, n. 2, p. 129–146, 1996.

BEM, S. L. The measurement of psychological androgyny. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Arlington, n. 42, n. 2, p. 155–162, 1974.

BLAZER, D. G. Psychiatry and the oldest old. **American Journal of Psychiatry**, Washington, US, v. 157, n. 12, p. 1915-24, 2000.

BOLTON, J. M. et al. Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from Baltimore epidemiologic catchment area follow-up study. **Depress Anxiety**, New York, v. 25, n.6, p. 477–481, 2008.

BYRNE, G. J. A. What happens to anxiety disorders in later life? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 74-80, 2002.

CASSIDY, K. L.; RECTOR, N. A. The silent geriatric giant: anxiety disorders in late life. **Geriatrics and Aging**, Toronto, v. 11, n. 3, p. 150-56, 2008.

CHOU, K. L. Specific phobia in older adults: evidence from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, Washington, DC, v. 17, n. 5, p. 376–386, 2009.

COHEN, D.; EISDORFER, C. **Geriatric mental health**. Baltimore: Johns Hopkins, 2011.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DARREL, A. R.; WILLIAM, E. N.; DONALD, S. E. The epidemiology of anxiety disorders: the epidemiologic catchment area (ECA) experience. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford, v. 24, n. 2, p. 3-14, 1990.

DAVEY, G. C. L. Psychopathology of specific phobias. **Psychiatry**, Oxford, v. 3, n. 6, p. 83-86, 2004.

DIEFENBACH, G. J. et al. Anxious depression among Puerto Rican and African American older adults. **Aging Mental Health**, Cambridge, MA, v. 13, n. 1, p. 118-26, 2009.

EIZIRK, C. L.; CANDIAGO, R. H.; KNIJNIK, D. Z. A velhice. In: EIZIRK, C. L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. S. **O ciclo da vida humana**: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 169-90.

FERNANDEZ, F. et al. The management of depression and anxiety in the elderly. **Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, Tenn., US, v. 56, n. 2, p. 20-9, 1995.

FLINT, A. J. Anxiety disorders in late life. **Canadian Family Physician**, Canada, v. 45, p. 2672-79, 1999.

FLINT, A. J. Generalized anxiety disorder in elderly patients: epidemiology, diagnosis and treatment options. **Drugs Aging**, Nova Zelândia, v. 22, n. 2, p. 101-14, 2005.

FLINT, A. J. Management of anxiety in late life. **Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology**, United States, v. 11, n. 4, p. 194-200, 1998.

FLINT, A. J.; GAGNON, N. Diagnosis and management of panic disorder in older patients. **Drugs Aging**, Nova Zelândia, v. 20, n. 12, p. 881-91, 2003.

FREDRIKSON, M. et al. Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. **Behavior Research and Therapy**, Oxford, v. 34, n. 1, p. 33-39, 1996.

GATZ, M.; HURWICZ, M. L. Are old people more depressed? cross-sectional data on center for epidemiological studies depression scale factors. **Psychology and Aging**, United States, v. 5, n. 2, p. 284-90, 1990.

GHULOUM, S.; BENER, A.; ABOU-SALEH, M. T. Prevalence of mental disorders in adult population attending primary health care setting in Qatari population. **Journal of the Pakistan Medical Association**, Pakistan, v. 61, n. 3, p. 216-221, 2011.

GOTTLIEB, M. G. V. et al. Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 365-80, jun. 2011.

GRENIER, S. et al. The epidemiology of specific phobia and subthreshold fear subtypes in a community-based sample of older adults. **Depression and Anxiety**, New York, v. 28, n. 6, p. 456-63, 2011.

HEIMBERG, R. G.; JUSTER, H. R. Cognitive-behavioral treatments: literature review. In: HEIMBERG, R. G. et al (Ed.). **Social phobia**: diagnosis, assessment, and treatment. New York: Guilford Press, 1995. p. 261-309.

HERBERT, R. Confidence Interval Calculator, 2013. Disponível em: <<http://www.pedro.org.au/portuguese/downloads/confidence-interval-calculator/>>. Acesso em: 21 dez. 2013.

HESLEY, J. D.; VANIN, S. K. Geriatric anxiety and anxiety disorders. In: VANIN, J. R.; HESLEY, J. D. (Ed.). **Anxiety disorders: a pocket guide for primary care**. Totowa, NJ: Humana Press, 2008. p. 221-42.

HYBELS, C. F.; BLAZER, D. G. Epidemiology of late life mental disorders. **Clinics in Geriatric Medicine**, Philadelphia, v. 19, n. 4, p. 381-89, 2003.

HYBELS, C. F.; BLAZER, D. G.; HAYS, J. C. Demography and epidemiology of psychiatric disorders in late life. In: BLAZER, D. G.; STEFFENS, D. C. (Ed.). **Textbook of geriatric psychiatry**. 4. ed. Washington DC: The American Psychiatric Publishing, 2009. p.19-44.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Resultados Gerais da Amostra, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**, 2009b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_sau de.pdf>. Acesso em: 22 set.2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional por amostra de domicílios – PNAD**, 2009a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias_visualiza.php?id_noticia=1455&id_pagina=1>. Acesso em: 10 jan. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população brasileira: população por sexo e grupos de idade**, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao/populacao/2008/piramide/piramide.shtm>>. Acesso em: 28 dez. 2013.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria**. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KARLSSON, B. Social phobia among the elderly. [tese]. Department of Psychiatry and Neurochemistry, Institute of Neuroscience and Physiology Sahlgrenska, Academy at University of Gothenburg. Gothenburg, 2013.

LENZE, E. J. et al. Generalized anxiety disorder in late life: lifetime course and comorbidity with major depressive disorder. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, Washington, DC, v. 13, n. 1, p. 77-80, 2005.

LENZE, E. J.; WHETHERELL, J. L.; ANDREESCU, C. Anxiety disorders. In: COFFEY, C. E.; CUMMINGS, J. L. **Textbook of the geriatric neuropsychiatry**. 3. ed. London, England: American Psychiatric publishing, 2011. p. 499-516.

LEONDARI, A.; GIALAMAS, V. Religiosity and psychological well-being. **International Journal of Psychology**, England, v. 44, n. 4, p. 241-8, ago. 2009.

NERI, A. L. Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 34-46.

PERUGI, G.; FRARE, F.; TONI, C. Diagnosis and treatment of agoraphobia with panic disorder. **CNS Drugs**, New Zealand, v. 21, n. 9, p. 741-64, 2007.

RAPEE, R. M.; SANDERSON, W.; BARLOW, D. H. Social phobia features across the DSM-III anxiety disorders. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, New York, n. 10, p. 287– 299, 1988.

ROBINSON, J. A. et al. Exploring the relationship between religious service attendance, mental disorders, and suicidality among different ethnic groups: results from a nationally representative survey. **Depress Anxiety**, New York, v. 29, n. 11, p. 983-90, nov. 2012.

SCHOEVERS, R. A. et al. The natural history of late-life depression: results from the Amsterdam Study of Elderly (AMSTEL). **Journal of Affect Disorders**, Amsterdam, v. 76, n. 1-3, p. 5-14, 2003.

SEIBT, T. Cada vez mais idoso: envelhecimento acelerado da população desafia cidades gaúchas. **Zero Hora**, Porto Alegre, 27 jul., 2012. Vida. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/vida-e-estilo/vida/noticia/2012/07/envelhecimento-acelerado-da-populacao-desafia-cidades-gauchas-3833308.html>>. Acesso em: 20 out. 2013.

UNTERRAINER, H. F. et al. Soul darkness? dimensions of religious/ spiritual well-being among mood-disordered inpatients compared to healthy controls. **Psychopathology**, New York, v. 45, n. 5, p. 310–316, 2012.

VIVES, M. et al. Prevalencia de trastornos mentales y factores asociados en pacientes de atención primaria mayores de 75 años. **Actas Espanolas de Psiquiatria**, Barcelona, v. 41, n. 4, p. 218-26, 2013.

WETHERELL, J. L.; GATZ, M.; PEDERSEN, N. L. A longitudinal analysis of anxiety and depressive symptoms. **Psychol Aging**, United States, v. 16, n. 2, p. 187-195, Jun. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). What are the public health implications of global aging? Geneva: World Health Organization, 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/features/qa/42/en/index.html>>. Acesso em: 7 maio 2013.

XAVIER, M. F. F. et al. Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com 80 anos ou mais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 294-302, 2001.

ANEXOS

ANEXO 1 - Questionário de Avaliação Global do Idoso (QAGI).

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO IDOSO - QAGI

IDENTIFICAÇÃO

Nº Protocolo de Avaliação									
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome do Agente Comunitário: _____
 ESF/Gerência Distrital: _____
 Data da entrevista: _____

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

DADOS DEMOGRÁFICOS: GERAIS

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

DADOS DEMOGRÁFICOS: ESCOLARIDADE

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

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

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

(2) não

(3) NR (não respondeu)

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

(2) não

(3) NR (não respondeu)

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

(1) sozinho(a)

(2) somente com cônjuge/companheiro(a)

(3) com cônjuge/companheiro(a) e outros familiares

(4) sem cônjuge/companheiro(a) e com outros familiares

(5) com empregado ou cuidador e sem familiares

(6) NR (não respondeu)

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

(1) sim. Que tipo de relação?

 cuidador familiar (não remunerado). Quem? _____ (ex: filha; esposa) cuidador não familiar (não remunerado). Quem? _____ (ex: amigo; vizinha) cuidador remunerado. Quem? _____ (ex: empregada; enfermeiro; parente)

(2) não

(3) NR (não respondeu)

16. Tempo que o cuidador principal permanece com o senhor(a)?A. Quantas vezes na semana? 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x

B. Quantas horas por dia? _____

17. Cuidador mora junto?

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

18. Está aposentado(a)?

(1) sim. Há quanto tempo? _____

Motivo: por idade. por tempo de serviço por invalidez. Qual doença ou incapacidade? _____

(2) não

(3) NR (não respondeu)

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

(1) sim. Há quanto tempo? _____

Qual doença ou incapacidade? _____

(2) não

(3) NR (não respondeu)

**ANEXO 2 - Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 plus brazilian version
(M.I.N.I. 5.0.0 plus)**

M.I.N.I. PLUS

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Brazilian Version 5.0.0

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

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

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

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

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

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

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

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

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

ALERTA

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

-3-

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

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (Associação Psiquiátrica Americana, 1994) e da CID-10 (Organização Mundial da Saúde - OMS, 1992). Estudos de confiabilidade e validade foram desenvolvidos, comparando o M.I.N.I. ao SCID-P e ao CIDI (uma entrevista padronizada desenvolvida pela OMS para entrevistadores leigos). Os resultados desses estudos mostraram que o M.I.N.I. apresenta índices de confiabilidade e de validade comparáveis aos dos instrumentos referidos, mas que pode ser administrado em um tempo muito mais curto (média= 18,7 ± 11,6 minutos; mediana = 15 minutos). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva. O M.I.N.I. Plus é uma versão mais detalhada do M.I.N.I. Sintomas imputáveis a uma causa orgânica ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool não devem ser cotados positivamente no M.I.N.I. O M.I.N.I. Plus tem perguntas que investigam essas questões.

- **Entrevista:**

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

- **Apresentação:**

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

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

- **Convenções:**

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

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

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

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

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

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

- **Instruções de cotação :**

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

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

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

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

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

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

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

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

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

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

F. AGORAFOBIA

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

SE F1 = NÃO, COTAR NÃO EM F2 E F3.

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

AGORAFOBIA VIDA INTEIRA

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

AGORAFOBIA ATUAL

SE SIM, ASSINALAR SE:

AGORAFOBIA (F2 / F3) É COTADA **SIM**?

F2 o vida inteira

F3 o atual

TRANSTORNO DE PÂNICO (E6/ E8) É COTADO **SIM** ?

E6 o vida inteira

E8 o atual

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

TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL
sem Agorafobia

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

TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL
com Agorafobia

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

AGORAFOBIA ATUAL
sem história de Transtorno de Pânico

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

AGORAFOBIA ATUAL
sem Transtorno de Pânico Atual mas com história passada de Transtorno de Pânico

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

AGORAFOBIA ATUAL
sem história de ataques pobres em sintomas

CRONOLOGIA

F5	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer ou evitar os lugares / as situações de que falamos ?	<input style="width: 30px;" type="text"/> idade	25
----	---	---	----

F6	No último ano, durante quantos meses teve medo ou evitou de forma importante os lugares / as situações de que falamos ?	<input style="width: 30px;" type="text"/>	26
----	---	---	----

G. FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social)

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

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais, por exemplo: quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

FOBIA SOCIAL
(Transtorno de Ansiedade Social)
ATUAL

SUBTIPOS

Você teme ou evita mais de 4 situações sociais ?

NÃO SIM

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

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

CRONOLOGIA

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

H. FOBIA ESPECÍFICA

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

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

FOBIA ESPECÍFICA
ATUAL

CRONOLOGIA

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

REFERÊNCIAS

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

Translations

	<u>M.I.N.I. 4.4 or earlier versions</u>
Afrikaans	R. Emsley
Alemão	I. v. Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer
Árabe	
Basco	
Bengali	
Búlgaro	
Catalão	
Checo	
Chinês	
Coreano	
Croata	
Dinamarquês	P. Bech
Esloveno	M. Kocmur
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier

Estonian	J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl
Farsi/Persa	
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Francês	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Lepine
Grego	S. Beratis
Gujarati	
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson
Hindi	
Holandês/Flamenco	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs
Inglês	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
Islandês	
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller
Japonês	

Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim
Português - Brasil	P. Amorim
Punjabi	
Romeno	
Russo	
Sérvio	I. Timotijevic
Setswana	
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip
Urdu	

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

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

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

G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
O. Osman, E. Al-Radi
Em preparação
H. Banerjee, A. Banerjee
L.G.. Hranov
Em preparação
P. Zvlosky
L. Carroll, K-d Juang
Em preparação
Em preparação
P. Bech, T. Schütze
M. Kocmur
L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-Garcia, O. Soto, L. Franco, G. Heinze

K. Khooshabi, A. Zomorodi
M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
T. Calligas, S. Beratis
M. Patel, B. Patel
R. Barda, I. Levinson
C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere
I. Bitter, J. Balazs
D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan
J.G. Stefansson
L. Conti, A. Rossi, P. Donda

T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
V. Janavs, J. Janavs
K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
M. Masiak, E. Jasiak
P. Amorim, T. Guterres, P. Levy
P. Amorim
A. Gahunia, S. Gambhir
O. Driga
A. Bystritsky, E. Selivra, M. Bystritsky
I. Timotijevic
K. Ketlogetswe
C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
T. Örnek, A. Keskiner
A. Taj, S. Gambhir

ANEXO 3 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre



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

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Irenio Gomes da Silva Filho

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

Registro do CEP: 499 **Processo N°:** 001.021434.10.7

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

Utilização: TCLE

Situação: APROVADO

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

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

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

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

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

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

Subprojeto 6: ESTADO NUTRICIONAL E HABITO ALIMENTAR DOS IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE E SUA ASSOCIAÇÃO COM DEFICIT 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 glicêmica, tratamento e tempo de duração da doença. d) Avaliar a eficácia dos monofilamentos de Semmes - Weinstein no diagnóstico e prognóstico do pé com neuropatia diabética. e) Correlacionar a sensibilidade cutânea dos pés, os achados clínicos e o eletroneuromiográficos.

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

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

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

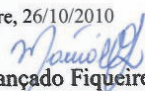
Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética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

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

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

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

Porto Alegre, 26/10/2010


Márcia Cançado Figueiredo
Vice-Coordenadora do CEP

ANEXO 4 - Aprovação da Comissão Científica do Instituto de Geriatria da PUCRS



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

Porto Alegre, 24 de julho de 2012.

Senhor (a) Pesquisador (a) Kenia Fogaça da Silveira,

A Comissão Científica do IGG apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa "ESTUDOS DAS FOBIAS E TRANSTORNO DE PÂNICO EM UMA AMOSTRA DE IDOSOS DE PORTO ALEGRE,RS".

Solicitamos que providencie os documentos necessários para o encaminhamento do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Salientamos que somente após a aprovação deste Comitê o projeto deverá ser iniciado.

Atenciosamente,

Profa. Carla Helena Augustin Schwanke

Coordenadora da CC/IGG

PUCRS

Campus Central

Av. Ipiranga, 6690 – P. 60 – CEP: 90.610-000

Fone: (51) 3336-8153 – Fax (51) 3320-3862

E-mail: igg@pucrs.br

www.pucrs.br/igg

ANEXO 5 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HSL – PUCRS

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER

Cadastro do Projeto CEP/PUCRS
10/04967

Título:
"Estudo epidemiológico e clínico dos idosos atendidos pela estratégia de saúde da família (ESF) do município de Porto Alegre".

Pesquisador Responsável:
Irênio Gomes da Silva Filho (Pesquisador Principal);
Alfredo Cataldo Neto; Carla Helena Augustin Schwanke; Geraldo Attilio De Carli; Luiz Carlos Bodanese; Maria Gabriela Valle Gottlieb; Rodolfo Herberto Schneider; Karin Viegas (Pesquisadores)

Aspectos Científicos e Metodológicos
Estudo epidemiológico onde 1050 idosos de Porto Alegre serão avaliados em 10 subprojetos. O fomento para esse estudo é de origem da CAPES, PPSUS FAPERGS e por investimento próprio de alguns pesquisadores. A metodologia é complexa, mas está muito bem apresentada em cada um dos 10 subprojetos. Os instrumentos de coleta de dados, fichas de avaliações e questionários estão de acordo com os objetivos propostos.

Aspectos Éticos
Os aspectos éticos foram adequadamente considerados.

Recomendação
Aprovar

Considerações Gerais
Sem pendências

Data do Parecer 26/01/2010

**ANEXO 6 – Artigo (em inglês) submetido no The European Journal of
Psychiatry**

TITLE

**PHOBIAS AND PANIC DISORDER IN ELDERLY PATIENTS ATTENDED BY THE
FAMILY HEALTH PROGRAM IN SOUTHERN BRAZIL**

AUTHORS

Kenia Fogaça da Silveira^{1,2,3}, Caroline Menta^{1,2,3}, Elisa Fasolin Mello^{1,2,3},
Eduardo Lopes Nogueira^{1,2,3,4}, Irenio Gomes^{2,3,5,6}, Alfredo Cataldo Neto^{1,2,4,7}

1. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Hospital
São Lucas, Brazil – <http://www.hospitalsaolucas.pucrs.br>

2. Institute of Geriatrics and Gerontology (IGG) / Graduate Program in
Biomedical Gerontology of PUCRS, Brazil –
<http://www3.pucrs.br/portal/page/portal/iggppg/geronbio>

3. Brain Aging Outpatient Clinic (AMBEC) of PUCRS, Brazil

4. Department of Psychiatry of PUCRS, Brazil

5. Department de Neurology of PUCRS, Brazil

6. Brain Institute (InsCer) of Rio Grande do Sul, Brazil –
<http://www.pucrs/inscer>

7. Coordinator of the Aging and Mental Health Research Group (GPESM) of
PUCRS, Brazil

ABSTRACT

Background and objectives: In addition to the worldwide increase in the geriatric population, the high prevalence of mental disorders in the elderly also has a tendency to growth. The main objective is to study the prevalence and associations of specific phobias (EP), social phobia (SP), agoraphobia (AGP) and panic disorder (PD) in a sample of elderly in a city in southern Brazil. *Methods:* We conducted a cross-sectional study with prospective data collection. Data collection occurred in two-stages structured interviews. In addition to the estimates of prevalence of disorders, tests were performed to detect associations of the factors in a study of sociodemographic characteristics. *Results:* Disorders with higher prevalence were FS

(17%) and ever having AGP, covering 8.7% of the interviewed subjects. 4 % showed FS and 3.7 % of the elderly had a PD diagnosis sometime in their lives. Older women had higher association with E, PD and AGF. We observed other associations with socio-demographic data, but these according to each specific disorder. *Conclusions:* It can be seen that even within a category of diseases, conditions vary from each other and have their particular associations. Thus, we need to be attentive to the singularities of each patient, especially in the case of the elderly, as they are more likely to possess subdiagnoses; like the Anxiety Disorders.

Keywords: anxiety disorders, elderly, aging, phobias, panic disorder.

INTRODUCTION

Mental disorders are prevalent and disabling to the geriatric population⁶. Such disorders affect at least 25% of the geriatric population in the United States, with an expected further significant increase until 2020⁷. Besides the high prevalence of these disorders, they are usually undiagnosed and untreated, mainly in the elderly, whose diseases often present in atypical and insidious ways. Furthermore, the elderly find themselves in situations of continued losses, such as reduced social and familial support, loss of occupational and economic status, physical decline, greater frequency of illness and increasing disability⁸. Added to these factors, psychiatric disorders are associated with a greater deterioration in the elderly, with marked cognitive decline, worsening of disability and the prognosis of organic diseases⁹.

The prevalence for all anxiety disorders in older Americans is 5.5%, according to the ECA study, phobic disorder being the most prevalent (4.8%), and panic disorder the least prevalent (0.1%)¹⁰. However, surveys conducted in different countries describe prevalence rates of anxiety disorders in the elderly ranging from 0.9% to 18%^{11,12}. It is observed that there is a great variability, dependent on sampling and detection methods of the disease. However, besides being controversial, data are scarce, and very few studies differentiate between categories as proposed in the DMS-IV-TR classification^{11,13,14}.

Furthermore, it is emphasized that much more is known about the pathophysiology and treatment of depression than anxiety disorders in the geriatric population¹¹. Thus, further investigations are necessary to better understand anxiety disorders in this age group, initially studying their frequency in countries of low and middle income and their consequences. The aim of this study is to determine the

prevalence of Anxious Phobic Disorders (panic disorder and phobias) in a sample of elderly served by the Family Health Strategy (FHS) in Porto Alegre, a city of South Brazil, as well as the association of these disorders with sociodemographic characteristics.

METHODS

Study design. Cross-sectional population-based study with prospective data collection.

Population. Random sample of elderly enrolled in the FHS of Porto Alegre, RS, Brazil.

Data collection. Community health workers, trained by the researchers, interviewed the elderly and completed a questionnaire containing sociodemographic and clinical aspects in their homes. The elderly were subsequently referred to the university hospital (HSL - PUCRS) to a multidisciplinary assessment that included a psychiatric interview. The elderly who could not understand or respond coherently to the questions of the survey, those unable to get to the places of interview, and those who refused to participate were excluded. For assessment and psychiatric diagnosis, the Mini International Neuropsychiatric Interview plus (Brazilian version) 5.0.0 (MINI 5.0.0 plus) was used.

Statistical Analysis. For this study, a calculation of sample size to identify a prevalence ratio of 1.8 between two groups for an approximate prevalence of 10 % was achieved. 568 individuals were needed, assuming an alpha error of 5% and a power of 80%. Prevalence rates were calculated with 95% confidence intervals. To compare the frequency of phobic disorders according to sociodemographic characteristics, the chi-square test was used, with the following exceptions: (i) the linear-by-linear chi-square test was used for the ordinal variables (age group, education level and family income); (ii) when more than 20% of the cells had an expected count less than 5, the Fisher exact test was used. To control confounding effect, the Poisson regression model was used for each of the 4 outcomes. All variables whose association had, in the bivariate analysis, a P value less than 30% were initially included. Subsequently, those with the highest P value were removed successively, until only variables with significant association ($P < 0.05$) remained in the final model.

Ethical considerations. The project followed the national guidelines and standards of research ethics. The project was approved by the Ethics in Research Committees of the Municipal Health Department of the city of Porto Alegre and of the Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul. All participants signed an informed consent.

RESULTS

The sample consisted of 578 elderly; 64% were female. The average age was 68,9 years, standard deviation 7,2; and 6.5% aged 80 years or older. This is a population of low education (61.6% had not completed primary education) and low socioeconomic level (64.4% received a minimum wage or less). Phobic disorders with the highest prevalence were Specific Phobia (EP), which was diagnosed in 17% of seniors (95% CI = 13.9 to 20.6), and Agoraphobia sometime in life (AGP), 8.7% (95 % = 6.6 to 11.3). In addition, 4% of the sample had Social Phobia (SP) and 3.7% presented panic disorder in their lifetime (PD); both with 95% CI 2.4 to 5.6.

Table 1 shows the distribution of sociodemographic characteristics of the study population and the prevalence of SP and EP according to these characteristics. Only marital status, with lower prevalence in married (1.9%), and race showed significant association with SP. The prevalence was higher in brown (9.1%) and the group of other races (18.8%). The other races group represented only 2.8% of the population and consisted of Eastern and Indians. Regarding specific phobias, the prevalence was lower in males (8.6%), above 80 years of age (4.3%) and older, with income three times above the minimum wage (9.8%). In addition to these variables, marital status and having a live-in caregiver also showed a statistically significant difference in the bivariate analysis.

The prevalence of PD was lower in males (1.4%) and among retirees (2.4%), as shown in Table 2. AGP was more frequent in females (10.7%), in the elderly between 60 and 69 years old (12.0%), in the white and brown races (approximately 10%) and among the non-retired (13,1%).

Table 3 shows the results of the multivariate analysis for the 4 phobic disorders studied. Compared with the bivariate analysis for EP, the same variables remained with significant association. In the case of SP, marital status was not associated independently, and for PD, religion, which showed no association initially, had significance in the final model. For AGP only gender and age remained

significantly associated. The following prevalence ratios were identified: for SP, approximately 3 for the brown race and 6 for the other races in relation to the white race, 3.6 for separated and 3.7 for widowed compared to married; for EP, 2,8 for females compared to males, 0.1 for elderly above 80 years compared to the 60-69 range, 0,6 for income between 1-3 relative to 1 minimum wage or less; for PD, 4,1 for females, 0.3 for retired, and 8.9 for atheists or agnostics in relation to Catholics; for AGP, 2.1for females and 0.2 for the age group between 70-79 compared to 60-69 years old.

DISCUSSION

This study found a prevalence of 17% for EP and 8.7% of subjects had a diagnosis of AGP. These findings were in accordance with a previous study in which about 15% met DSM-IV criteria for FE during life, suggesting that serious and disturbing symptoms of anxiety are common¹⁷. The prevalence of SP in this study was 4%, also in line with the average rates already found in the literature ¹⁸. The phobic anxiety disorders, as already known, are more common in women than in men^{9,11,15,19}.

One can observe a higher prevalence of EP, PD and AGP in older women ($p < 0.05$). Thus, the greater predisposition of women to anxiety disorders was evident, except for SP. This can be explained by the fact that women, in general, are less shy. Moreover, shyness is seen as more acceptable for women, which could cause distortions in the diagnosis of SP²⁰. Some studies have already signaled that SP is not more prevalent in females than other anxiety disorders ^{21, 22}. Besides that, the married had less SP, while the other variables were not significantly associated. Social relationships can be mitigating factors for SP. The married supposedly have more social demands than the widowed or separated. Furthermore, the singles, in this largest age group, has fewer interactions. The elderly, in the later stages of life, tend to loneliness⁸. On the other hand, it can be considered a consequence that people who do not have SP are more predisposed to marriage by greater sociability. Moreover, in multivariate analysis, the separated and widowed elderly had a higher prevalence of SP than the married and unmarried. The unmarried, from youth, need to adapt to a pattern of relationships and greater exposure, and cultural issues and social requirements than the desensitized, more phobic traits. With these data, we can see that the loss of the spouse may predispose the occurrence of SP in old age.

The EP was about 2.8 times more prevalent in women, reinforcing the strong association previously described in the literature^{23,24}. The elderly who did not live with caregivers were twice as likely to show EP. This can be explained by some of the main EP reported: the climate phobias and the fact of living alone (without a caregiver), and economic issues related to housing conditions, can be directly linked with these types of fears. In the final model, women remained more predisposed to EP than men, as well as lower income households. Furthermore, those over 80 years old have less EP than the others. The approach of death at greater ages can desensitize the subjects to these fears and phobias, making them more worried, in their later years, with the fear of death. The intense fears related to animals, climates and different situations may play a secondary role to the fearful expectation of the end of life.

Retirement predisposed less panic symptoms in the elderly. This can be explained by the quieter daily life. Absence of religious conviction predisposed about 9 times the occurrence of PD in the elderly. Thus, as several studies have emphasized, religiosity may be a protective factor, for symptoms of anxiety and for PD^{25,26}. Religiosity may involve a sense of inner peace that relieves the anguish and anxiety.

The AGP was significantly associated with gender, age, race, and retirement in bivariate analysis, the last two in a non-independent way, without significance in multivariate analysis. AGP was more prevalent in females and in the elderly between 60 and 69 years old. One review had already reinforced the significant difference between men and women and the mechanism triggering AGP²⁸. The younger elderly, being more socially active, have more AGP than others. As already reinforced in this study, the elderly tend to isolation, which does not favor the diagnosis of AGP.

The present study had some limitations. To reduce variations in an interviewer-dependent questionnaire, a prior training of professionals who performed the interviews was conducted. It is possible that the prevalence is slightly underestimated, since the elderly were not interviewed in their homes, and data may be missing in the case of the overly phobic seniors who were not motivated for interviews or to travel to the search location. An important issue in this study was that the Specific Phobia Falls, very common in the elderly, appeared in our study as only the fourth most common cause of EP. There wasn't, in our questionnaire, the list of types of specific phobias. Professionals collected this information spontaneously and

described it using the EP algorithm in the MINI Plus. The fact that EP falls are prevalent in the elderly may have gone unnoticed by some doctors, not even remembered during the interview.

CONCLUSION

Social phobia showed a strong association with breeds considered minorities and also with the absence of the spouse in old age. The following characteristics were associated with specific phobias: female, younger age, and lower socioeconomic level. Gender and age were also associated with agoraphobia. An increased risk of panic disorder was associated with females and absence of retirement and religious belief. It can be noted that even within a category of diseases, conditions vary from each other and have their particular associations. Thus, we need to be attentive to the singularities of each patient, and especially in the case of the elderly, as they are more likely to possess subdiagnoses, like the Anxiety Disorders.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declared they have no conflict of interest.

REFERENCES

1. World Health Organization (WHO). What are the public health implications of global aging? Geneva: World Health Organization; 2006 [capturado em 2013 Maio 07] Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/42/en/index.html>.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad; 2009 [capturado em 2014 Janeiro 10]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias_visualiza.php?id_noticia=1455&id_pagina=1.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Resultados Gerais da Amostra; 2010 [capturado em 2014 Janeiro 22]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>.

4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da População Brasileira: População por Sexo e Grupos de Idade; 2008 [capturado em 2013 Dezembro 28]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecaodapopulacao/2008/piramide/piramide.shtm>.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores Sociodemográficos e De Saúde no Brasil; 2009 [capturado em 2013 Setembro 22]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf
6. Xavier, M. F. F., Ferraz, M. P. T., Trendi, C. M., Argimon, I., Bertollucci, P.H., Poyares, D. & Moriguchi, E. H. Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com 80 anos ou mais. *Revista de Saúde Pública*. 2001; 35(3): 294-302.
7. Cohen, D. Ph.D.; Eisdorfer, C. Ph.D. *Geriatric Mental Health* Baltimore. Johns Hopkins, 2011.
8. Ballone GJ. Depressão no idoso. *Psiquweb* [periódico online]. 2006. [capturado em 2013 Novembro 27]; [7 telas] Disponível em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?sec=16&art=67>.
9. Wetherell, J.L., Gatz M., Pedersen N.L. A longitudinal analysis of anxiety and depressive symptoms. *Psychol Aging*. 2001 Junho; 16(2):187-195.
10. Darrel A. Regier, William E. Narrow, Donald S. Era The epidemiology of anxiety disorders: The epidemiologic catchment area (ECA) experience. *Journal of Psychiatric Research*. 1990; 24 (2): 3-14.
11. Hybels CF, Blazer DG, Hays JC. Demography and Epidemiology of Psychiatric Disorders in Late Life. In: Blazer DG, Steffens DC, Editors. *Textbook of Geriatric Psychiatry*. 4th edition. Washington DC: The American Psychiatric Publishing; 2009. p.19-44, 2009.
12. Byrne, Gerard JA. What happens to anxiety disorders in later life? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2002; 24 (1): 74-80.
13. Cassidy K.L; Rector N.A. The silente geriatric giant: Anxiety disorders in late life. *Geriatrics and Aging* 2008; 11: 150-56.

14. Hesley J.D, Vanin S.K. Geriatric anxiety and anxiety disorders. In: Vanin JR, Hesley JD DM (eds.). *Anxiety Disorders: A pocket guide for primary care*. Totowa, NJ: Humana Press; 2008. pp.221-42.
15. Associação de Psiquiatria Americana. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª ed. Rev. – DSM-IV-TR™. Trad.: Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed; 2002.
16. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2000; 22(3):106-115.
17. Graham C.L.D. Psychopathology of specific phobias. In: *Psychiatry*. 2004 The Medicine Publishing Company Ltd. p. 83-86.
18. Karlsson, B. Social phobia among the elderly. [tese]. Department of Psychiatry and Neurochemistry, Institute of Neuroscience and Physiology Sahlgrenska, Academy at University of Gothenburg. Gothenburg; 2013.
19. Kaplan HI, Sadock BJ. *Compêndio de Psiquiatria*. 8ª. Edição. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
20. Bem, S. L. The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1974; 42: 155–162.
21. Rapee, R. M., Sanderson, W. C., & Barlow, D. H. Social phobia features across the DSM-III anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 1988; **10**: 287– 299.
22. Heimberg, R. G., & Juster, H. R. Cognitive-behavioral treatments: Literature review. In: R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press;1995. pp. 261–309.
23. Chou, K. L. Specific phobia in older adults: evidence from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009; 17(5): 376–386.
24. Fredrikson, M., Annas, P., Fischer, K., Wik, G. Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behavior Research and Therapy*. 1996; 34 (1):33-39.
25. Unterrainer H.F., Schoeggl H., Fink A., Neuper C., Kapfhammer H.P. Soul Darkness? Dimensions of Religious/ Spiritual Well-Being among Mood-

- Disordered Inpatients Compared to Healthy Controls. *Psychopathology* 2012; 45: 310–316.
26. Leondari A, Gialamas V. Religiosity and psychological well-being. *International Journal of Psychology*. 2009. Agosto; 44(4):241-8.
 27. Robinson JA, Bolton JM, Rasic D, Sareen J. Exploring the relationship between religious service attendance, mental disorders, and suicidality among different ethnic groups: results from a nationally representative survey. *Depress Anxiety*. 2012 Novembre; 29(11):983-90.
 28. Bekker, M. H. J. Agoraphobia and gender: A review. *Clinical Psychology Review*. 1996; 16, 129–146.

Table 1. Socio-demographic characteristics and prevalence of social and specific phobia according to these characteristics in 578 elderly enrolled in the Family Health Strategy in Porto Alegre, RS, Brazil, 2013.

Variable	Population n(%)	Social Phobia		Specific Phobia	
		%	p	%	p
Sex					
male	208 (36,0)	2,9	0,313	8,6	<0,001
female	370(64,0)	4,6		21,6	
Age Group					
60-69 years	338(62,6)	4,1	0,636	19,2	0,026
70-79 years	156(28,9)	3,8		16,7	
80 years or more	46(8,5)	6,5		4,3	
Educational level					
illiterate	148 (25,6)	4,7	0,259	14,2	0,735
1 a 4 years completed	208 (36,0)	5,3		20,6	
5 a 8 years completed	173 (29,9)	1,7		16,8	
>8 years completed	49 (8,5)	4,1		10,2	
Race					
white	371 (65,3)	3,2	0,002*	14,8	0,507
brown	77 (13,6)	9,1		20,8	
black	104 (18,3)	1,0		19,0	
others	16 (2,8)	18,8		18,8	
Monthly family income (in minimum wages)					
1 or less	184 (36,9)	5,4	0,547	21,7	0,010
over 1 to 3	264 (52,9)	2,7		13,6	
Up to 3	51 (10,2)	5,9		9,8	
Retirement					
no	176 (31,8)	5,1	0,347	18,6	0,370
yes	378 (68,2)	3,4		15,6	
Marital status					
married	216(37,8)	1,9	0,014*	12,5	0,039
separated	93 (16,3)	5,4		12,9	
single	99 (17,4)	4,0		22,0	
widower	163 (28,5)	6,1		21,5	
Has spouse currently?					
no	294 (51,5)	5,1	0,179	19,0	0,115
yes	277 (48,5)	2,9		14,1	
Do live with caregiver?					
no	404 (74,3)	3,7	0,762	19,0	0,008
yes	140 (25,7)	4,3		9,3	
Religion					
Catholic	375 (65,9)	4,8	0,717*	17,6	0,724*
Gospel	115 (20,2)	3,5		16,5	
Others	64 (11,2)	1,6		15,6	
atheist/agnostic	15 (2,6)	0,0		6,7	
TOTAL	578 (100)	4,0 (2,4-5,6)#		17,0 (13,9-20,6)#	

*Fisher's exact test

Confidence interval 95%

Table 2. Socio-demographic characteristics and prevalence of panic disorder and agoraphobia according to these characteristics in 578 elderly enrolled in the Family Health Strategy in Porto Alegre, RS, Brazil, 2013.

Variable	Population n(%)	Panic Disorder		Agoraphobia ¹	
		%	p	%	p
Sex					
male	208 (36,0)	1,4	0,026	5,8	0,047
female	370 (64,0)	5,1		10,7	
Age Group					
60-69 years	338 (62,6)	5,0	0,168	12,0	0,018
70-79 years	156 (28,9)	2,6		2,6	
80 years or more	46 (8,5)	2,2		8,7	
Educational level					
illiterate	148 (25,6)	3,4	0,763	7,6	0,537
1 a 4 years completed	208 (36,0)	4,3		10,5	
5 a 8 years completed	173 (29,9)	2,9		5,8	
>8 years completed	49 (8,5)	6,1		16,3	
Race					
white	371 (65,3)	3,8	0,433*	10,1	0,0215
brown	77 (13,6)	5,2		10,4	
black	104 (18,3)	1,9		4,8	
others	16 (2,8)	6,3		0,0	
Monthly Family income (in minimum wages)					
1 or less	184 (36,9)	4,3	0,550	9,8	0,369
over 1 to 3	264 (52,9)	4,2		10,0	
Up to 3	51 (10,2)	2		3,9	
Retirement					
no	176 (31,8)	7,3	0,005	13,1	0,033
yes	378 (68,2)	2,4		7,5	
Marital status					
married	216 (37,8)	3,7	0,711*	7,5	0,784
separated	93 (16,3)	2,2		9,7	
single	99 (17,4)	4		9,2	
widower	163 (28,5)	4,9		10,5	
Has spouse currently?					
No	294 (51,5)	3,7	0,873	8,2	0,577
Yes	277 (48,5)	4,0		9,5	
Do live with caregiver?					
No	404 (74,3)	4,0	0,837	8,8	0,830
Yes	140 (25,7)	3,6		9,4	
Religion					
catholic	375 (65,9)	2,9	0,114*	8,3	0,421
Gospel	115 (20,2)	5,2		10,5	
Others	64 (11,2)	4,7		7,9	
atheist/agnostic	15 (2,6)	13,3		20	
TOTAL	578 (100)	3,7 (2,4-5,6) [#]		8,7 (6,6-11,3) [#]	

*Fisher's exact test # Confidence interval 95%

1. n=573

Table 3. Final models of multivariate regression analyzes performed by Poisson, linking the socio-demographic factors diagnosis of social phobia, specific phobia, panic disorder and agoraphobia in the elderly enrolled in the Family Health Program in Porto Alegre, RS, Brazil, 2013.

Variable	RP	IC 95%	p
Social Phobia (n=563)			
Race			
white	1		
brown	2,95	1,21-7,20	0,018
black	0,26	0,04-1,96	0,192
others	6,05	1,93-19,00	0,002
Marital status			
married	1		
separated	3,62	1,03-12,66	0,044
single	2,46	0,63-9,56	0,195
widower	3,74	1,23-11,34	0,020
Specific Phobia (n=438)			
Sex			
male	1		
female	2,80	1,52-5,18	0,001
Age Group			
60-69 years	1		
70-79 years	0,66	0,40-1,07	0,094
80 years or more	0,11	0,16-0,75	0,024
Monthly Family income (in minimum wages)			
1 or less	1		
over 1 to 3	0,61	0,39-0,95	0,027
up to 3	0,45	0,17-1,21	0,114
Panic Disorder (n=506)			
Sex			
male	1		
female	4,11	1,44-11,76	0,008
Retirement			
no	1		
yes	0,34	0,14-0,79	0,013
Religion			
catholic	1		
gospel	1,38	0,51-3,72	0,527
others	1,27	0,37-4,32	0,699
atheist/agnostic	8,92	1,97-40,48	0,005
Agoraphobia (n=505)			
Sex			
male	1		
female	2,08	1,09-4,01	0,027
Age Group			
60-69 years	1		
70-79 years	0,21	0,08-0,56	0,002
80 years or more	0,63	0,23-1,74	0,378

ANEXO 7 – Comprovante de Submissão do Artigo

Dear Dr. Fogaça da Silveira,

Thank you for submitting your manuscript entitled *Phobias and Panic Disorder in Elderly Patients Attended by the Family Health Program in Southern Brazil*.

It is currently under editorial consideration. We will communicate with you as soon as a judgement can be made.

Best wishes.

Sincerely yours,

Professor Antonio Lobo
Editor-in-Chief
Department of Psychiatry, Faculty of Medicine
C/ Domingo Miral s/n
50009 Zaragoza, Spain
E-mail: ejp@unizar.es
Web: <http://www.scielo.isciii.es/revistas/ejpen/iabout.htm>