

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

Caroline Menta

**Prevalência de Transtorno de Ansiedade Generalizada em idosos atendidos pela  
Estratégia Saúde da Família do Município de Porto Alegre**

Porto Alegre

2014

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Instituto de Geriatria e Gerontologia  
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

CAROLINE MENTA

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA EM IDOSOS ATENDIDOS  
PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, para obtenção de título de Mestre em Gerontologia Biomédica. Projeto financiado com Probolsa/PUCRS e bolsa Capes.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto

Porto Alegre

2014

## DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

### DADOS DE CATALOGAÇÃO

**M549p** Menta, Caroline

Prevalência de transtorno de ansiedade generalizada em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família do município de Porto Alegre / Caroline Menta. Porto Alegre: PUCRS, 2014.

70 f. il. : tab. Inclui artigo científico encaminhado para publicação.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica.

1. ANSIEDADE. 2. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA. 3. IDOSOS. 4. ENVELHECIMENTO. 5. ESTUDO TRANSVERSAL COM COLETA PROSPECTIVA. I. Cataldo Neto, Alfredo. II. Título.

---

**CDD 618.97**

**CDU 613.98(043.3)**

**NLM WT 120**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela vida e perseverança.

Agradeço aos meus pais Cleusa Menta e Zeferino Menta pelo amor, carinho, paciência e incentivo. Cheguei até aqui, graças ao esforço de vocês. À minha avó Maria Piccoli pelo exemplo de vida. À minha madrinha Cleudete Piccoli pela alegria contagiante.

Agradeço ao Pedro Jaime, meu namorado, pelo incentivo e disposição de estar sempre pronto para ajudar. Com certeza, teu amor me fortaleceu para seguir até o final dessa jornada.

Agradeço às minhas amigas pela compreensão das horas que deixamos de passar juntas em função dos estudos.

Agradeço aos amigos e colegas Elisa Fasolin Mello, Leandro Ciulla e Kenia Fogaça Silveira pela parceria e ajuda em todos os momentos. Sem dúvida, vocês me ajudaram a manter o foco e perseverar.

Agradeço à Paula Engroff e à Fernanda Loureiro pela compreensão e incentivo dado em todos os momentos.

Agradeço ao Dr. Eduardo Lopes Nogueira por ser um exemplo de profissional, que sempre esteve presente, ajudando a fortalecer o trabalho.

Agradeço ao Prof. Dr. Irenio Gomes, exemplo de sabedoria e humildade, trazendo sempre novas perspectivas à pesquisa. Obrigada pelo apoio e disposição dispendido em ensinar.

Agradeço ao prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto, pela orientação do trabalho. Um exemplo de profissional, sempre disposto a ouvir e cooperar.

Agradeço aos alunos e profissionais do Serviço de Psiquiatria do Hospital São Lucas da PUCRS, que tornaram a realização deste trabalho possível, com grande dedicação.

Agradeço ao fomento do Probolsa/PUCRS e à CAPS que deram suporte ao mestrado, com a bolsa de estudo.

## RESUMO

O transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é uma desordem mental comum, que normalmente tem início precoce, curso crônico e um alto grau de comorbidade com outros transtornos de ansiedade e de humor. Apesar da alta prevalência do TAG em idosos, as características psicopatológicas da preocupação excessiva são pouco conhecidas. Este é um estudo com desenho transversal, que conta com uma amostra de base populacional de 578 indivíduos com 60 anos ou mais, pertencentes à Estratégia Saúde da Família (ESF) de Porto Alegre, Brasil. O objetivo é avaliar a prevalência do TAG nessa amostra e correlacionar com características sócio-demográficas e de saúde. O Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (MiniPlus) foi o instrumento diagnóstico utilizado. Em relação aos resultados, a prevalência de TAG em idosos foi de 9% (IC:6.9 -11.6). A amostra foi caracterizada por ser predominante em: mulheres (63,8%), idosos mais jovens (62,4%), analfabetos ou indivíduos com baixa escolaridade (61,6%) e baixa renda (93,2%). O TAG foi estatisticamente significativo nas seguintes variáveis: sexo feminino (10,8%, P.04), faixa etária de 60-69 anos (11%, P.047), não estar aposentada (14,7%, P.001), morar com 4 ou mais pessoas (11,9%, P.019) e ter histórico de quedas (18,8%, P.003). Além disso, internar mais do que uma vez no último ano e apresentar auto-percepção de saúde regular também evidenciaram associação significativa. Este estudo demonstrou associações com características sociodemográficas que não foram previamente examinados na literatura atual e que devem ser mais pesquisadas. Associações com sexo, renda e saúde abrem possibilidades para novos testes de hipóteses em TAG na população idosa em países de baixa renda.

Palavras-chave: ansiedade, transtorno de ansiedade generalizada, idosos, envelhecimento.

## **ABSTRACT**

Generalized Anxiety Disorder (GAD) is a common mental disorder that typically has an early age of onset, a chronic course, and a high degree of comorbidity with other anxiety and mood disorders. Despite the high prevalence of GAD in older adults, little is known about psychopathological features of excessive worry in the elderly. This is a cross-sectional study with a population-based sample of 578 individuals aged 60 years or more from the Family Health Strategy (FHS) of Porto Alegre, Brazil. Diagnosis were made by psychiatrists using the Mini International Neuropsychiatric Interview plus (MINIplus). The objective was evaluated a prevalence of GAD in elderly and to correlate association between GAD and sociodemographic and health characteristics. Total sample was characterized by: predominance of women (63.8%), younger elderly (62.4%), illiteracy or very poor schooling (61.6%), and low income rates (93.2%). The prevalence of GAD was 9% (IC:6.9-11.6). The main uncontrolled findings shows higher frequencies of GAD in female gender (10.8%,P.04), 60-69 age group (11%,P.047), not retired (14.7%,P.001), cohabitation with 4 or more people (11.9%,P.019), and history of falls (18.8%,P.003). Not being retired, history of falls, cohabitation with four or more people, heaving more than one hospitalization per year and poor self-perceived health presented significant association with GAD. This study presents associations with sociodemographic characteristics that weren't examined previously in current literature and that should be further researched. Associations with gender, income and health open possibilities for new hypothesis tests in GAD or other anxiety disorders in elderly population in low income countries.

Keywords: anxiety, generalized anxiety disorder, elderly, old, aging.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	11
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS: .....	12
3. REFERÊNCIAS.....	13
ANEXO A .....	19
ANEXO B .....	21
ANEXO C – .....	27
ANEXO D .....	29
ANEXO E.....	30
ANEXO F.....	31
ANEXO G .....	32

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

<b>AMBEC</b>	Ambulatório de Envelhecimento Cerebral
<b>APA</b>	Associação Americana de Psiquiatria
<b>CID 10</b>	Código Internacional de doença
<b>DSM III, IV, R</b>	Manual de doenças mentais III, IV e revisado
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>HSL-PUCRS</b>	Hospital São Lucas da PUCRS
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>M.I.N.I. 5.0.0 plus</b>	Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 plus
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>TEPT</b>	Transtorno do Estresse Pós Traumático
<b>TAG</b>	Transtorno de Ansiedade Generalizada



## **LISTA DE TABELAS**

**TABELA 1** - Distribuição dos dados sócio-demográficos e das características de saúde e a prevalência do transtorno de ansiedade generalizada (TAG), de acordo com essas variáveis em 578 idosos avaliados pela Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre família saúde estratégia (ESF), Brasil, 2012.

**TABELA 2** – Modelo final da análise multivariada, com regressão de *Poisson*, de dados sóciodemográficos e de saúde em relação ao Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) em 578 idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre (ESF), Brasil, 2012.

## 1. INTRODUÇÃO

A crescente longevidade em todo o mundo deve ser vista como uma grande conquista da humanidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde entre o ano de 2000 e 2050 a população de indivíduos de 60 anos ou mais irá passar de 600 milhões para 2 bilhões<sup>1</sup>. Cerca de 80% das pessoas acima de 60 anos estará vivendo nos países em desenvolvimento. Estimativas para 2030, inferem que o Brasil contribuirá com um contingente aproximado de 40 milhões de idosos<sup>2</sup>.

O ritmo de crescimento desta população tem sido sistemático e consistente. Destaca-se o considerável incremento da população idosa de 70 anos ou mais de idade. Em 1999, a Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílios (PNAD) apontava para um total de 6,4 milhões de pessoas nessa faixa etária (3,9% da população total), enquanto para 2009, a população atinge um efetivo de 9,7 milhões de idosos, correspondendo a 5,1%<sup>3</sup>.

No que se refere à saúde, o envelhecimento caracteriza-se pelo predomínio das enfermidades crônicas (doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes, doenças reumatológicas, e alguns transtornos mentais) sobre as agudas e infecciosas. Dessa forma, observa-se uma tendência à modificação na estrutura de gastos em áreas importantes<sup>4,5</sup>.

As doenças psiquiátricas mais comuns no idoso, com exceção da demência, são depressão e ansiedade<sup>6</sup>. Em termos de prevalência, a demência afeta aproximadamente 5% dos idosos aos 65 anos de idade e 20% daqueles com 80 anos ou mais<sup>9,10</sup>. Depressão é outro transtorno mental freqüente nessa faixa etária, com taxas de prevalência variando entre 5% e 35% de acordo com o nível de gravidade da depressão<sup>7,8</sup>.

Já os transtornos ansiosos atuais afetam cerca de 17,1% dos idosos, enquanto que a prevalência dessas desordens ao longo da vida é 18,6%<sup>9</sup>. O transtorno de ansiedade generalizada é a desordem ansiosa mais comum em idosos. No entanto, temos poucos estudos de prevalência em amostras aleatórias de base populacional no nosso meio que conseguiram estimar frequências mais homogêneas; ficando mais distantes ainda ao que se refere à capacidade de aprofundar as relações de associação da ansiedade no idoso com outras variáveis. Dessa forma, é relevante a realização de mais estudos de base populacional em nosso meio para elucidar relações de associação, aspectos culturais e outras especificidades de cada cultura, país ou região.

A partir de uma amostra aleatória de 1080 idosos cadastrados no programa ESF de Porto Alegre, este estudo objetiva estimar a prevalência de transtorno de ansiedade generalizada, contemplado pela 4ª edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, e seus possíveis fatores associados<sup>10</sup>.

## **2. CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

Este estudo contribuiu com a população brasileira, uma vez que não encontramos trabalhos com este delineamento e metodologia que inferia prevalência do TAG em idosos na América Latina. A maioria dos estudos têm como variável dependente transtornos ansiosos, o que impossibilita uma avaliação mais crítica e aprofundada do transtorno de ansiedade generalizada.

Foi encontrado uma prevalência de TAG em idosos de 9%, evidenciando que a ansiedade e preocupação em excesso que causa prejuízo funcional, apresenta uma frequência importante nesta população. Pode-se avaliar alguns fatores de risco para o surgimento de TAG que corroboram com a literatura, mas outros, no entanto, abrem novas perspectivas de pesquisa, uma vez que não foram previamente estudados. Dessa forma, realizar estudos mais robustos entre TAG e fatores sociodemográficos e de saúde pode ajudar a criar estratégias no serviço público que diminua os riscos de desenvolvimento desta patologia.

Portanto, é necessário um olhar atento à população que mais cresce no Brasil e no mundo, a fim de melhorar a qualidade de vida e expectativa de vida saudável nesses indivíduos. Realizar uma anamnese detalhada é de extrema importância, já que idosos costumam apresentar maior número de patologias clínicas, além de serem polimedicados, o que ocasiona um viés diagnóstico. Assim, o transtorno de ansiedade generalizada pode ser hipodiagnosticado e conseqüentemente, não tratado.

Dessa forma, observa-se que este é um tema de grande relevância, que merece atenção nas políticas de saúde pública e na formação dos profissionais da saúde.

### 3. REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). What are the public health implications of global aging? Geneva: World Health Organization; 2006. Available: <http://www.who.int/features/qa/42/en/index.html>, accessed 12 December 2013
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da População Brasileira: População por Sexo e Grupos de Idade. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2008. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2008/piramide/piramide.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm). Acesso: 12/12/2013.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). PNAD –Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1455&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1455&id_pagina=1)
4. Almeida FN, Santana VS, Pinho AR. Estudo epidemiológico dos transtornos mentais em uma população de idosos: área urbana de Salvador-BA. J Bras Psiquiatr. 1984;33:114-20.
5. Veras RP , Murphy E. The mental health of older people in Rio de Janeiro. Int J Geriatr Psychiatry 1994; 9: 285-95.
6. Fernandez F, Levy JK, Lachar BL, Small GW. The management of depression and anxiety in the elderly. J Clin Psychiatry 1995; 56; 2:20-9.
7. Blay SL, Mari JJ , Ramos LR. The use of the face hand test to screen for organic brain syndromes: a pilot study. Rev. S Pública 1989; 23: 395-400.
8. Jorm AF, Korten, AE , Henderson AS. The prevalence of dementia: a quantitative survey of the literature. Acta Psychiatr Scand 1987; 76: 465-79.

9. Kirmizioglu Y., Dogan O., Kugu N. et al. Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *Int. Journal of Geriatric Psychiatry*, 2009; 24: 1026-1033.
10. Associação de Psiquiatria Americana. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª ed. Rev. – DSM-IV-TR™. Trad.: Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2002.
11. Eizirk CL, Candiago RH, Knijnik DZ. A Velhice. Eizirik CL, Kapczinski F, Bassols AMS. O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed; 2001; cap 12. p. 169-190.
12. Flint, AJ. Anxiety disorders in late life. *Canadian Family Physician*, 1999; 2:2672-79.
13. Lenze EJ, Whetherell JL, Andreescu C. Anxiety disorders. Coffey CE, Cummings JL. *Textbook of the Geriatric Neuropsychiatry*, 3º Edition,. American Pshychiatric publishing. London: England, 2011, pg 499-516.
14. Flint AJ. Generalized anxiety disorder in elderly patients: epidemiology, diagnosis and treatment options. *Drug Aging*, 2005; 22(2): 101-14.
15. Flint AJ. Management of anxiety in late life. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 1998; 11(4): 194-200.
16. Ciechanowski P, Katon W. Generalized anxiety disorder: Epidemiology, clinical manifestations and diagnosis. UpToDate, 2013. Disponível em: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com), acesso em 12/12/2013.
17. Lenze EJ, Mulsant BH, Mohlman J, et al. Generalized anxiety disorder in late life: lifetime course and comorbidity with major depressive disorder. *Am J Geriatr Pshychiatry* 2005; 13:77-80.
18. Chou KL: Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2009; 17:455-464.

19. Blazer DG., Hybels CF. Origins of depression in later life. *Psychol Med* 2005; 35(9):1241-52.
20. Blazer D.G. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58<sup>a</sup>(3):249-65.
21. Hybels CF., Blazer DG. Epidemiology of late life mental disorders. *Clin Geriatr Med* 2003; 19(4):381-89.
22. Blazer DG. Psychiatry and the oldest old. *Am J Psychiatry* 2000; 157(12): 1915-24.
23. Gatz M, Hurwicz ML. Are old people more depressed? Cross-sectional data on Center for Epidemiological Studies Depression Scale factors. *Psychol Aging* 1990; 5(2): 284-90.
24. Ruscio AM., Chiu WT., Roy-Byrne P. et al. Broadening the definition of generalized anxiety disorder: effects on prevalence and associations with other disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *J Anxiety Disord* 2007; 21:662-676.
25. Schuurmans J, Comijs HC, Beekman AT, et al: The outcome of anxiety disorders in older people at 6 year follow-up: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 420-28.
26. Le Roux H, Gatz M, Wetherell JL: Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. *Am Geriatr Psychiatry* 2005; 13:23-30.
27. Lenze EJ, Wetherell JL, Andreescu C. Anxiety disorders. Coffey CE, Cummings JL. *Textbook of the Geriatric Neuropsychiatry*, 3<sup>o</sup> Edition,. American Psychiatric publishing. London: England, 2011, pg 499-516.

28. Forsell Y, Winblad B. Anxiety disorders in non-demented and demented elderly patients: prevalence and correlates. *J. Neurology* 1997; 62:294-295.
29. Ritchie K et al. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry* 2004; 184:147-5
30. Gum AM, King-Kallimanis B, Kohn R. Prevalence of mood, anxiety, and substance abuse disorders for older Americans in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009; 17: 769-81
31. Beekman AT et al. Anxiety disorders in late life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int Geriatr Psychiatry* 1998; 13:717-26
32. Regier DA., Myers JK., Kramer M, et al. The NIMH Epidemiologic Catchment Area program. Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry*, 1984; Oct;41(10):934-41. S.
33. Kirmizioglu Y, Dogan O, et al. Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *Int J of Geropsychiatry*, 2009; 24: 1026-1033.
34. Byers A, Yaffe K, Covinsky KE, et al. High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, 2010; 67(5): 489-496.
35. Beekman AT, Bremner MA., Deeg DJ, et al. Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1998; 13 (10):717-26.
36. Gonçalves DC, Pachana NA, Byrne GJ. Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder among older adults in the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *J. Affect Disord* 2011; 132:223-230.

37. Xavier FM, Ferraz M.P, Moriguchi EH. Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. *Rev Saúde Pública*, 2001; 35(3):294-302.
38. Taylor K, Castriotta N, Lenze E, et al. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety*, 2010; 190-211.
39. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al. Prevalences, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM IV generalized anxiety disorder in the USA: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med* 2005; 35: 1747-1759.
40. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Correlations. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:1097-1106.
41. Smith SM, Stinsons FS, Dawson DA, et al. Race/ethnic differences in the prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and related conditions. *Psychol Med* 2006, 36:987-998.
42. Prevalence of lifetime DSM-IV affective disorders among older African Americans, Black Caribbeans, Latinos, Asians and Non-Hispanic White people. Woodward A.T; Taylor R.J; Bullard K.M, et al. *Int J Ger Psychiatry*, 2012; 27:816-27.
43. Prina AM, Ferri CP, Guerra M, et al. Prevalence of anxiety and its correlates among older adults in Latin America, India and China:cross-cultural study. *Br J Psychiatry* 2011; 199:485-491.
44. Lenze EJ, Mulsant B.H, Shear MK, et al. Comorbidity of depression and anxiety disorders in later life. *Depress Anxiety* 2001; 14(2):86-93.
45. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, et al. Comorbidity anxiety disorders in depressed elderly patients. *Am J Psychiatry* 2000:157(5):722-728.



46. Schoevers RA, Beekman ATF, Deeg DJH, et al. The natural history of late-life depression: results from the Amsterdam Study of Elderly (AMSTEL). *J Affect Disorders*. 2003; 76:5-14.
47. Diefenbach GD, Disch WB, Robison JT, et al. Anxious depression among Puerto Rican and African American older adults. *Ag Ment Health* 2009; 13:118-26.
48. Parmelee PA, Katz IR, Lawton M. Anxiety and this association with depression among institutionalized elderly. *Am J Geriatr Psychiatry* 1993; 1:46-48
49. Porensky EK, Dew MA, Karp JF, et al. Anxiety disorder: effects on disability, health-related quality of life, and healthcare utilization. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009; 17:473-482.
50. Wolitzky-Taylor KB, Castriotta MA., Lenze EJ. et al. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety* 2010; 27:190-211.
51. Scott KM, Korff MV, Angermeyer M, et al. Age patterns in the prevalence of DSM-IV depressive/anxiety disorders with and without pshysical co-morbidity. *Pshychol Med*, 2008; november:38(11);1659-1669.
52. Blay SL, Marinho V. Anxiety disorders in old age. *Curr Opin Psychiatry*, 2012, 25:462-467.
53. Gabalawy ER., Mackenzie CS, Shooshtari, et al. Comorbid pshysical health conditions and anxiety disorders: a population-based exploration of prevalence and health outcomes among older adults. *Gen Hosp Psychiatry*, 2011; 33:556-564.
54. Martens EJ, de Jonge P, Na B, et al. Scared to death? Generalized anxiety disorder and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease: the heart and Soul Study. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67:750-58.
55. Parker GB, Owen CA, Brotchie HL, et al. The impact of differing anxiety disorders on outcome following and acute coronary syndrome: tie to start worrying? *Depress Anxiety* 2010; 27:302-09.

**ANEXO A – Aprovação do projeto pela Comissão Científica PUCRS**

*Esta mensagem foi emitida automaticamente pelo SIPESQ - Sistema de Pesquisas da PUC*

**Prezado Coordenador de Projeto de Pesquisa,**

**A Comissão Científica da sua Unidade considerou que o projeto 4902 - PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA EM UMA AMOSTRA DE IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE atende aos requisitos por ela definidos. Desta forma, o projeto passa a constar nos dados oficiais relativos à pesquisa da Universidade.**

**Atenciosamente, □**

**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**

## ANEXO B – 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**
  - masculino      (2) feminino
- **Cor/raça**
  - branca    (2) preta    (3) parda    (4) oriental    (5) índio    (6) NR (não respondeu)
- **Estado civil: (no papel):**
  - solteiro(a)
  - casado(a)
  - viúvo(a)
  - separado(a)/desquitado(a)
  - NR (não respondeu)
- **Atualmente vive com companheiro(a)?:**
  - 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)

- **Frequentou escola?**

(1) sim. **COMPLETOU** até que série?

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

(2) não  
(3) NR (não respondeu)

- **Frequentou curso superior?**

(1) sim. Incompleto? ( ) Qual curso? \_\_\_\_\_  
Completo? ( ) Qual curso? \_\_\_\_\_

(2) não  
(3) NR (não respondeu)

## DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS: GERAIS

- **Quantos filhos teve?** \_\_\_\_\_

- **Destes filhos, quantos estão vivos?** \_\_\_\_\_

- **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)

- **Quantas pessoas moram na casa?(incluindo o idoso)** \_\_\_\_\_

- **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)

- **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? \_\_\_\_\_

• **Cuidador mora junto?**

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

• **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)

• **Está em benefício-saúde pelo INSS (encostado)?**

- (1) sim. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Qual doença ou incapacidade? \_\_\_\_\_

(2) não

(3) NR (não respondeu)

• **Recebe algum outro tipo de benefício do governo?**

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

Que tipo? ( ) pensão

( ) bolsa família

( ) outro. Qual? \_\_\_\_\_

(2) não

• **Possui alguma atividade profissional remunerada atual?**

- (1) Sim Qual: \_\_\_\_\_

(2) não

(3) NR (não respondeu)

• **Qual sua atividade de trabalho principal ao longo da vida? \_\_\_\_\_ (ex: do lar, motorista, comerciante, vendedor)**

• **Qual SUA renda mensal ATUAL?**

(1) não tem renda própria.

(2) até 1 salário mínimo (R\$ 540,00)

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

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

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

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

(7) mais que 10 salários mínimos

(8) NR (não respondeu)

• **Qual a renda mensal da FAMÍLIA?**

(1) Até 1 salário mínimo (R\$ 540,00)

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

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

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

(5) mais que 10 salários mínimos

(6) NR (não respondeu)

• **Quantas pessoas vivem desta renda? \_\_\_\_\_**

## DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS: ESPIRITUALIDADE/RELIGIÃO

- **Qual a sua religião?**
  - (1) católica
  - (2) evangélica (anglicana, episcopal, luterana, batista, congregação cristã do Brasil, pente-costal, adventista, testemunha de Jeová, outras).
  - (3) espírita (kardecista).
  - (4) judaica (israelita).
  - (5) afro-brasileira (umbanda, candomblé).
  - (6) outra (budista, xintoísta, maometana, esotérica, etc).
  - (7) não tem religião definida, mas tem suas próprias crenças (agnóstico)
  - (8) não tem religião ou crença (ateu)
  - (9) NR (não respondeu)
- **É praticante de sua religião ou sua crença/fé?**
  - (1) sim
  - (2) não
  - (3) NR (não respondeu)
- **Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?**
  - o nada
  - (2) muito pouco
  - (3) mais ou menos
  - (4) bastante
  - (5) extremamente
- **Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?**
  - nada
  - (2) muito pouco
  - (3) mais ou menos
  - (4) bastante
  - (5) extremamente
- **Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?**
  - (1) nada
  - (2) muito pouco
  - (3) mais ou menos
  - (4) bastante
  - (5) extremamente
- **Em que medida suas crenças lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?**
  - (1) nada
  - (2) muito pouco
  - (3) mais ou menos
  - (4) bastante
  - (5) extremamente

## DADOS DE SAÚDE: GERAIS

- **Em geral diria que sua saúde é:**
  - (1) ótima
  - (2) boa
  - (3) regular
  - (4) má
  - (5) péssima
  - (6) NR (não respondeu)
- **O(A) senhor(a) consultou o médico nos ÚLTIMOS SEIS MESES?**
  - (1) sim. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_
  - (2) não
  - (3) NR (não respondeu)
- **No ÚLTIMO ANO, internou-se em algum hospital?**
  - (1) sim, apenas uma vez
  - (2) sim, mais de uma vez. Quantas vezes? \_\_\_\_\_
  - (3) não
  - (4) NR (não respondeu)

## DADOS DE SAÚDE: DOENÇAS

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

DOENÇAS	SIM	NÃO	NR
Hipertensão arterial (pressão alta)			
Diabetes			
• Complicação da diabetes: ( ) visão/olhos ( ) circulação ( ) úlcera diabética			

( ) coração	( ) sensibilidade dos membros/pés	( ) rins			
Problema gástrico (úlceras, gastrite, hérnia hiato)					
Insuficiência cardíaca congestiva (coração grande)					
Doença vascular periférica					
Infarto do miocárdio (infarto do coração)					
Angina do peito (do coração)					
Hemiplegia (lado do corpo paralisado)					
Doença cerebrovascular (derrame)					
Isquemia transitória (até 24 horas)					
Doença crônica do pulmão (enfisema ou bronquite crônica)					
Doença moderada ou severa dos rins (comprovado por exame de uréia e creatinina elevados ou hemodiálise)					
Doença da tireóide					
HIV positivo					
Tumor não maligno					
Linfoma					
Leucemia					
Câncer de cólon (intestino)					
Câncer de mama					
Câncer de próstata					
Câncer de pele					
Outro câncer (fígado, pâncreas, estômago, pulmão, bexiga)					
Hepatite crônica (vírus B, C)					
Cirrose do fígado					

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



## **DADOS DE SAÚDE: QUEDAS**

- **Tem histórico de quedas no chão quando estava em pé, sentado ou deitado?**  
(1) sim                      (2) não                      (3) NR (não respondeu)
  
- **Caiu nos últimos 12 meses?**  
(1) sim. Quantas vezes caiu? ( ) 1x   ( ) 2x   ( ) 3x   ( ) 4x   ( ) 5x   ( ) mais do que 5x  
(2) não  
(3) NR (não respondeu)
  
- **Se SIM, quebrou algum osso devido à queda?**  
(1)                      sim                      (2) não                      (3) NR (não respondeu)
  
- **Se SIM, quais os locais de fratura?**  
(1) fêmur  
(2) punho  
(3) costelas  
(4) vértebras  
(5) antebraço  
(6) tornozelo  
(7) pé  
(8) outro local. Qual? \_\_\_\_\_

## ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

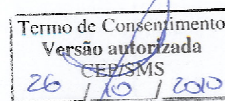
O programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica juntamente com o Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul estão desenvolvendo um projeto de pesquisa, sob o título de: **ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE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

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

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, por encontrar-se dentro dos critérios de inclusão desse projeto. Os participantes desta pesquisa serão submetidos a um questionário para obtenção de informações como identificação, estilo de vida, dados nutricionais, antropométricos, dermatológicos, prática de atividade física, saúde, história de doenças, uso de medicação e dados sócio-econômicos e culturais. Além disto, será coletado sangue para a análise genética e bioquímica, o que causará um leve desconforto temporário devido à picada da agulha, havendo possibilidade de formação de um pequeno hematoma na região da coleta. Também serão coletados fezes [REDACTED], que não ofereceram nenhum risco.

Todos os participantes serão avaliados por uma equipe multidisciplinar (geriatra, psiquiatra, psicólogo, dermatologista, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico). Todos os resultados obtidos serão confidenciais e ficarão sob a tutela e total responsabilidade dos pesquisadores deste projeto, podendo a qualquer momento ser consultado e/ou eliminados da pesquisa caso você desista da sua participação como voluntária. Você tem a liberdade de abandonar a pesquisa em qualquer fase desta, sem que isto leve a penalização alguma ou qualquer prejuízo posterior a você ou a sua família. Todos os resultados serão entregues para a unidade da ESF ao qual o idoso pertence.

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



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

Os pesquisadores envolvidos no Projeto garantem a você o direito a qualquer pergunta e/ou esclarecimentos mais específicos dos procedimentos realizados e/ou interpretação dos resultados obtidos nos exames. Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Dr. Irênio Gomes da Silva Filho e/ou integrantes da equipe de pesquisa pelo telefone (51) 3320 5120, e como Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (CEPSMS) pelo telefone (51) 32895517 / 91441379.

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

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente/Representante Legal: \_\_\_\_\_

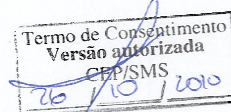
Pesquisador(a) Responsável: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome da Testemunha: \_\_\_\_\_

Assinatura da Testemunha: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

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



## ANEXO D – Aprovação do projeto pela Secretaria Municipal da Saúde SMS POA



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

### PARECER CONSUBSTANCIADO

**Pesquisador (a) Responsável:** Irenio Gomes da Silva Filho

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

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

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

**Utilização:** TCLE

**Situação:** APROVADO

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

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

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

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

## ANEXO E – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS



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

OF.CEP-127/10

Porto Alegre, 26 de janeiro de 2010.

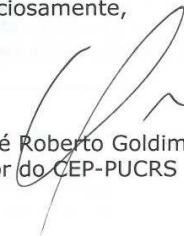
Senhor Pesquisador,

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

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

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

Atenciosamente,

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

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

**PUCRS**

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

## ANEXO F – Submissão do Artigo Científico

Ms. Ref. No.: GHP-14-62

Title: Generalized Anxiety Disorder in Brazilian Elderly  
General Hospital Psychiatry

Dear Ms. Caroline Menta,

Your submission entitled "Generalized Anxiety Disorder in Brazilian Elderly" has been assigned the following manuscript number: GHP-14-62.

You may check on the progress of your paper by logging on to the Elsevier Editorial System as an author. The URL is <http://ees.elsevier.com/ghp/>.

Your username is: [caroline\\_menta@yahoo.com.br](mailto:caroline_menta@yahoo.com.br)

If you need to retrieve password details please go to: [http://ees.elsevier.com/ghp/automail\\_query.asp](http://ees.elsevier.com/ghp/automail_query.asp)

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,

Michelle Templeton, M.A.

Senior Staff Editor

General Hospital Psychiatry

# 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**



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

P  
E

RÍODO	CRITÉRIOS	MÓDULOS	EXPLORADO	PREENCHIDOS	DSM-IV	ICD-10	
A	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas)		<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x	
		Passado		<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 Recorrente	F33.x	
	TRANSTORNO DO HUMOR DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual		<input type="checkbox"/>	293.83	F06.xx	
		Passado		<input type="checkbox"/>	293.83	F06.xx	
	TRANSTORNO DO HUMOR INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual		<input type="checkbox"/>	29x.xx	nenhum	
		Passado		<input type="checkbox"/>	29x.xx	nenhum	
	EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS	Atual (2 semanas)		<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Single	F32.x	
					296.30-296.36 Recurrent	F33.x	
	B	TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)		<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
			Passado		<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C	RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês)		<input type="checkbox"/>	nenhum	nenhum	
					Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto		
D	EPISÓDIO MANÍACO	Atual		<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9	
		Passado		<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9	
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Atual		<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0	
		Passado		<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0	
	EPISÓDIO MANÍACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual		<input type="checkbox"/>	293.83	F06.30	
		Passado		<input type="checkbox"/>	293.83	F06.30	
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual		<input type="checkbox"/>	293.83	nenhum	
		Passado		<input type="checkbox"/>	293.83	nenhum	
	EPISÓDIO MANÍACO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual		<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum	
		Passado		<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum	
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual		<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum	

		Passado	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
E	TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
	TRANSTORNO ANSIOSO COM ATAQUES DE PÂNICO	Atual	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
	DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL				
	TRANSTORNO ANSIOSO COM ATAQUES DE PÂNICO				
	INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum
F	AGORAFOBIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G	FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H	FOBIA ESPECÍFICA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.29	F40.2
I	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
	TOC DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
	TOC INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum
J	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
K	DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
	ABUSO DE ÁLCOOL	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
L	DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
	DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
	ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
M	TRANSTORNOS PSICÓTICOS	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1/	F20.xx-F29
		Atual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82/ 293.89/298.8/298.9	
	TRANSTORNO DO HUMOR COM				
	CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
	ESQUIZOFRENIA	Atual	<input type="checkbox"/>	295.10-295.60	F20.xx
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	295.10-295.60	F20.xx
	TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	295.70	F25.x
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	295.70	F25.x
	TRANSTORNO ESQUIZOFRENIFORME	Atual	<input type="checkbox"/>	295.40	F20.8

	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	295.40	F20.8
TRANSTORNO PSICÓTICO BREVE	Atual	<input type="checkbox"/>	298.8	F23.80-F23.81
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	298.8	F23.80-F23.81
TRANSTORNO DELIRANTE	Atual	<input type="checkbox"/>	297.1	F22.0
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	297.1	F22.0
TRANSTORNO PSICÓTICO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.xx	F06.0-F06.2
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	293.xx	F06.0-F06.2
TRANSTORNO PSICÓTICO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.5-292.12	nenhum
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	291.5-292.12	nenhum
TRANSTORNO PSICÓTICO SOE	Atual	<input type="checkbox"/>	298.9	F29
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	298.9	F29
TRANSTORNO DO HUMOR COM				
CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		F31.X3/F31.X2/F31.X5
TRANSTORNO DO HUMOR SOE	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.90	F39
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR COM				
CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	<input type="checkbox"/>	296.24	F33.X3
	Passado	<input type="checkbox"/>	296.24	F33.X3
TRANSTORNO BIPOLAR I COM				
CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	<input type="checkbox"/>	296.04-296.64	F31.X2/F31.X5
	Passado	<input type="checkbox"/>	296.04-296.64	F31.X2/F31.X5
TRANSTORNO BIPOLAR II	Atual	<input type="checkbox"/>	296.89	F31.8
	Passado	<input type="checkbox"/>	296.89	F31.8
N ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O BULIMIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
BULIMIA NERVOSA TIPO PURGATIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
BULIMIA NERVOSA TIPO SEM PURGAÇÃO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO				
PERIÓDICA PURGATIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0

	ANOREXIA NERVOSA, TIPO RESTRITIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
P	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA				
	DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA				
	INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum
Q	TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2
R	TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	330.81	F45.0
		Atual	<input type="checkbox"/>		
S	HIPOCONDRIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.7	F45.2
T	TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	Atual	<input type="checkbox"/>	300.7	F45.2
U	TRANSTORNO DOLOROSO	Atual	<input type="checkbox"/>	300.89/307.8	F45.4
V	TRANSTORNO DA CONDUTA	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	312.8	F91.8
W	TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (Crianças/Adolescentes)	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	314.00/314.01	F90.0/F90.9/ F98.8
	TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (Adultos)	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	314.00/314.01	F90.0/F98.8
		Atual	<input type="checkbox"/>		
X	TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO	Atual	<input type="checkbox"/>	309.xx	F43.xx
Y	TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL	Atual	<input type="checkbox"/>		
Z	TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO	Atual	<input type="checkbox"/>		

## ALERTA

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

## INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (Associação Psiquiátrica Americana, 1994) e da CID-10 (Organização Mundial da Saúde - OMS, 1992). Estudos de confiabilidade e validade foram desenvolvidos, comparando o M.I.N.I. ao SCID-P e ao CIDI (uma entrevista padronizada desenvolvida pela OMS para entrevistadores leigos). Os resultados desses estudos mostraram que o M.I.N.I. apresenta índices de confiabilidade e de validade comparáveis aos dos instrumentos referidos, mas que pode ser administrado em um tempo muito mais curto (média=  $18.7 \pm 11.6$  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 “MAÍUSCULAS”* não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

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

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

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

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

### • Instruções de citação :

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](mailto: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](mailto: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](mailto: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 <b>subitamente</b> 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? 2	➡ NÃO	SIM	
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		<b>Durante o episódio em que se sentiu pior :</b>			
	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 irrealis 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
	<b>E4 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?</b>	NÃO	SIM	

E5 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?

Não  Sim

b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?

Não  Sim

*NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DOS ATAQUES DE PÂNICO ? ( FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIOCINAIS SE NECESSÁRIO).*



**E5 (SUMÁRIO):** UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?

NÃO SIM 18

SE **E5 (SUMÁRIO)** = NÃO, PASSAR A **E9**.

E6 **E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5 (SUMÁRIO) = SIM?** NÃO SIM

**TRANSTORNO DE PÂNICO**

**VIDA INTEIRA**

E7 **SE E6 = NÃO, HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA SIM EM E4 ?** NÃO SIM

**ATAQUES POBRES EM SINTOMAS**

**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 ? NÃO SIM 19

**TRANSTORNO DE PÂNICO**

**ATUAL**

(SE RESPOSTA NEGATIVA, INSISTIR NA QUESTÃO, RELEMBRANDO CADA UM DOS SINTOMAS DESCRITOS EM E4).

E9 **E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5b SÃO COTADAS SIM**  
**E E5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?**

NÃO SIM

**Transtorno de Ansiedade**

E10 **E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5a SÃO COTADAS SIM**  
**E E5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?**

NÃO SIM

**Transtorno de Ansiedade**

**com ataques de pânico**

**CRONOLOGIA**

E11 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses episódios súbitos de ansiedade de que falamos ?

idade

20

E12 No último ano, durante quantos meses teve episódios súbitos de ansiedade ou medo de ter um desses episódios ?

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		

F3 Atualmente teme ou evita esses lugares ou situações ?

	NÃO	SIM 24
--	-----	--------

SE SIM, ASSINALAR SE:

AGORAFOBIA (F2 / F3) É COTADA SIM?

F2  vida inteira

F3  atual

TRANSTORNO DE PÂNICO (E6/ E8) É COTADO SIM? E6  vida inteira E8  atual

F4 a E8 (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA SIM

E

	NÃO	SIM
	TRANSTORNO DE PÂNICO	

b E8 (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA SIM

E

	NÃO	SIM
	TRANSTORNO DE PÂNICO	

c E6 (TRANSTORNO DE PÂNICO VIDA INTEIRA) É COTADA NÃO

E

	NÃO	SIM
	AGORAFOBIA ATUAL <i>sem história</i>	

d **F3** (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **SIM**

E **E8** (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA **NÃO**

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
<b>AGORAFOBIA ATUAL</b> <i>sem Transtorno de Pânico Atual</i>	

e **F3** (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **SIM**

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
<b>AGORAFOBIA ATUAL</b>	

-----  
CRONOLOGIA

F5 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer ou evitar os lugares / as situações de que falamos ?  idade 25

F6 No último ano, durante quantos meses teve medo ou evitou de forma importante os lugares / as situações de que falamos ?  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 ?	►	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>1</b>
----	---	---	------------	------------	----------

---

G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	►	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>2</b>
----	---	---	------------	------------	----------

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?

		4
NÃO	SIM	

#### 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 ?

 idade

5

G6 No último ano, durante quantos meses teve medo importante das as situações sociais de que falamos ?

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?

4	
NÃO	SIM

**CRONOLOGIA**

H5 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações de que falamos ?  idade 5

H6 No último ano, durante quantos meses teve medo importante dessas situações ?  6

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

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

11 Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, NÃO SIM 1

inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo ? ➡ passar a 14

(por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) **ou** que tinha micróbios **ou** medo de contaminar os outros **ou** de agredir alguém mesmo contra a sua vontade **ou** de agir impulsivamente **ou** medo/ superstição de ser responsável por coisas ruins **ou** ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis **ou** uma necessidade de colecionar **ou** ordenar as coisas.)

(NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS).

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

➡ passar a 14

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

obsessões

14 Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, NÃO SIM 4

sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?

compulsões

➡



**I3 ou I4 SÃO COTADAS SIM?**

NÃO SIM



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

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

17 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?  Não  Sim

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

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

**I7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?**

NÃO SIM 7

**I6 E I7 (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?**

NÃO SIM

18 **I6 E I7 b SÃO COTADAS SIM**  
**E I7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?**

NÃO SIM

19 **I6 E I7 a SÃO COTADAS SIM**  
**E I7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?**

NÃO SIM

CRONOLOGIA

110 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas de que falamos ?  idade 8

111 No último ano, durante quantos meses teve, de forma persistente, esses problemas de que falamos ?  9

## J. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

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

J1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo(a) e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física?	NÃO	SIM	1
	<small>EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ATENTADO, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...</small>			
J2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	NÃO	SIM	2
J3	<b>Durante o último mês:</b>			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6
e	Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais			

cedo do que as outras pessoas ? NÃO SIM 8



**J3 (SUMÁRIO):** HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM J3 ? NÃO SIM

**J4 Durante o último mês:**

a Teve dificuldade de dormir ? NÃO SIM 9

b Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente? NÃO SIM 10

c Teve dificuldades de se concentrar ? NÃO SIM 11

d Estava nervoso(a), constantemente alerta? NÃO SIM 12

e Ficava sobressaltado(a) por quase nada? NÃO SIM 13



**J4 (SUMÁRIO):** HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM J4 ? NÃO SIM

J5 Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais? NÃO SIM 14

**J5 É COTADA SIM ?**

NÃO	SIM
-----	-----

**CRONOLOGIA**

J6 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas ?  idade 15

J7 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos teve, em que apresentou a maior parte das dificuldades das quais falamos ?  16

J8 No último ano, durante quantos meses apresentou esses problemas de forma persistente ?

17

## P. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

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

			➡		
P1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana ( trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	NÃO	SIM	1
			➡		
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias ?	NÃO	SIM	2
A ANSIEDADE DO(A) ENTREVISTADO(A) É RESTRITA OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO			➡		
TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ?			NÃO	SIM	3

➡

P2 Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer? NÃO SIM 4

P3 DE **P3 a** A **P3f** COTAR “**NÃO**” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO CONTEXTO

DOS TRANSTORNOS JÁ EXPLORADOS ANTERIORMENTE:

**Nos últimos 6 meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:**

a Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele? NÃO SIM 5

30

- b Tinha os músculos tensos? NÃO SIM 6
- c Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)? NÃO SIM 7
- d Tinha dificuldade para se concentrar ou tinha esquecimentos / “branco na mente” ? NÃO SIM 8
- e Sentia-se particularmente irritável ? NÃO SIM 9
- f Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)? NÃO SIM 10



**P3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM P3 ?**

NÃO SIM

- P4 Esses problemas de ansiedade lhe causaram sofrimento importante ou perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?



NÃO SIM 11

- P5 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem?  Não  Sim
- b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?  Não  Sim

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

**P5 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?**

NÃO SIM 12

**P5 (SUMÁRIO) É COTADA SIM ?**

NÃO	SIM
-----	-----

P6 **P5 (SUMÁRIO)** É COTADA **NÃO** E **P5 b** É COTADA **SIM** ?

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
<b>TRANSTORNO DE ANSIEDADE</b>	

P7 **P5 (SUMÁRIO)** É COTADA **NÃO** E **P5 a** É COTADA **SIM** ?

<b>NO</b>	<b>YES</b>
<b>TRANSTORNO DE ANSIEDADE</b>	

CRONOLOGIA

P8 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou essas preocupações excessivas/  idade 13  
esses problemas de ansiedade ?

P9 No último ano, durante quantos meses apresentou essas preocupações excessivas /  14  
esses problemas de ansiedade, de forma persistente ?