

DANIEL SINDELAR BARCZAK

*Validação de escala para rastreamento de depressão em
idosos: importância de um teste de aplicação rápida*

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Cassio Machado de
Campos Bottino

São Paulo

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Barczak, Daniel Sindelar

Validade de escala para rastreamento de depressão em idosos : importância de um teste de aplicação rápida / Daniel Sindelar Barczak. -- São Paulo, 2011.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Psiquiatria.

Orientador: Cassio Machado de Campos Bottino.

Descritores: 1.Psicometria 2.Sintomas depressivos 3.Rastreamento 4.Idoso
5.Reprodutibilidade dos testes

USP/FM/DBD-352/11

"The mind that opens to a new idea never returns to its original size."

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Curiosa, para não dizer enigmática, a percepção de que a finalização deste trabalho dá-se pelo seu começo estruturalmente físico! Se puder descrevê-lo, tendo espaço para a livre criação, ainda que tente me concentrar, minha mente estará cheia de imagens e de sentimentos resultantes da nostalgia despertada por este momento de recordações. Imaginar e poder saber, ao menos em parte, o turbilhão de substâncias químicas e impulsos de energia que estão sendo responsáveis por estas imagens e sensações é um dos mais belos presentes de minha profissão. Um caos organizado do turbilhão de situações e impulsos de experiências de nossas vidas.

Considerando esta dissertação como resultado de uma caminhada que não começou no IPq HCFMUSP, o ato de agradecer pode não ser uma tarefa fácil, tão pouco justa. E, para não correr o risco da injustiça, agradeço de antemão a todos que, de alguma forma, passaram pela minha vida e contribuíram para a construção de quem sou hoje. Agradeço, particularmente, a algumas pessoas pela contribuição direta na construção deste trabalho.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Cassio Machado de Campos Bottino, pela sua exemplar orientação sem cobranças, mas carregada de compartilhamento, e pelo seu inestimável valor pessoal. Um exemplo de aprendizado de que podemos alcançar nossos objetivos educacionais e profissionais de uma maneira ética, tranquila e sábia.

A minha colega e nova amiga, Diana Moitinho Bezerra, pela sua alegria contagiante, sua inteligência precoce, seu domínio na língua portuguesa e em suas

regras gramaticais, e por sua ajuda, sem a qual não conseguiria ter realizado e finalizado este trabalho.

Ao colega Dr. Ricardo Barcelos Ferreira, por sua gentileza e por suas indispensáveis contribuições a este trabalho.

A amável assistente administrativa do PROTER, Alessandra Vieira Rodrigues de Moraes, por sua prontidão e disposição em me auxiliar neste trabalho, e pela receptividade demonstrada com a minha vinda para este grupo.

A Dra. Flávia Campora e a Camila Bertini Martins pelo pronto atendimento às minhas solicitações.

Ao Prof. Dr. Paulo Caramelli, pelo exemplo de personificação de que "quanto maior a inteligência de uma pessoa, maior a socialização de seu conhecimento".

Aos Drs. Hélio Tonelli, André Astete, Dirceu Zorzetto e Gisele Minhoto, minha afetuosa gratidão pelos valiosos ensinamentos transmitidos com tamanha disponibilidade, transparência e gentileza. Personagens que despertaram o meu gosto pela Psiquiatria, e que foram os principais responsáveis pelos meus alicerces profissionais.

As Dras. Maria Helena Muniz Sieben e Cláudia Khun por suas participações em minha vida profissional e pessoal.

A Valdelice Conde, por ter despertado em mim, a percepção de que tenho controle e livre arbítrio sobre meus movimentos e escolhas.

Aos residentes médicos em psiquiatria, dos quais fui supervisor e preceptor, pelo reconhecimento e compreensão de meu esforço e desejo de crescimento.

Aos Profs. Drs. Renério Fráguas, Mônica Yassuda e Tânia Corrêa Alves, por suas valiosas contribuições durante o exame de qualificação deste trabalho.

E aos meus preciosos e amados amigos, Viviane Carvalho Amaral, Marja Recksidler, Otávio Augusto Peracchi, Clovis Alexandrino Jr., Cristina Ferrari, Romeu Augusto Simon Jr. e Juliano Souza, agradeço pela maneira muito especial que cada um de vocês contribuiu com incentivo, acolhimento, sensatez e sensibilidade às minhas demandas.

Três especiais agradecimentos destinam-se a cinco pessoas muito especiais. O primeiro, a uma das pessoas mais bem agraciadas com o dom da inteligência e da criatividade associativa que tive a oportunidade de conhecer, Jheison Nunes Holthausen. Ainda que não esteja tão próximo, continuará sendo uma pessoa muito importante e presente no meu dia a dia.

O segundo destina-se a três pessoas de minha família: ao meu irmão, Rafael, por quem eu sinto grande amor, carinho, orgulho e saudades; ao meu pai, Bernardo, por ter sido um pai exemplar, ativo e intenso, presente durante meu crescimento; e à minha mãe, Olga, pela sua postura íntegra, sensível e por estimular meu desenvolvimento e minha transparência. Todos donos de corações e amor imensuráveis. Sou muito feliz por fazer parte de suas vidas. Amo vocês!

E por fim, o terceiro agradecimento a um dos achados mais preciosos em meu caminho, Roberto Mattos Junior, um exemplo de superação e força com que continua sua vida. Um ser único, forte, maduro, dono de um coração puro e um olhar cristalino. Tenho muito orgulho de você! Obrigado pelo companheirismo e por sua escolha em partilhar seus momentos de vida junto aos meus! Espero poder dar-lhe toda a alegria e felicidade que merece!

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

A ortografia da língua portuguesa adotada está conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, assinado em Lisboa, em 16 de dezembro de 1990, por Portugal, Brasil, Angola, São Tomé e Príncipe, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e, posteriormente, por Timor Leste. Decreto Legislativo Brasileiro nº 54, aprovado em 18 de abril de 1995 e em vigor desde 1º de janeiro de 2009.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE SÍMBOLOS

RESUMO

SUMMARY

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Síndromes depressivas na terceira idade	3
1.2 Instrumentos de rastreio de depressão em idosos	5
1.3 Teoria e metodologia no processo de validação de instrumentos de medida	6
1.3.1 Aspectos ideais de um instrumento de rastreamento	7
1.3.2 Validação	8
1.3.2.1 Confiabilidade	8
1.3.2.2 Validade	10
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo Geral	16
3.2 Objetivo Específico	16
4 MÉTODOS	17
4.1 Local e Período do Estudo	17
4.2 Amostra	17
4.2.1 Cálculo Amostral	17
4.2.2 Tipo da Amostra	20
4.2.3 Critérios de Inclusão	20
4.2.4 Critérios de Exclusão	21
4.2.5 Critérios para desligamento da pesquisa	21
4.2.6 Caracterização da Amostra	22
4.2.7 Sócio-demográficas	23
4.3 Instrumentos de Coleta de dados	25
4.4. Procedimento de Coleta de Dados	30
4.5. Desenho e Alocação dos Instrumentos	32
4.5 Análise Estatística dos Dados	37
4.6 Aspectos Éticos	38
4.7 Desenho do Estudo Proposto	39
4.8 Avaliação dos Riscos e Benefícios do Estudo	40
4.9 Avaliação dos Custos e Financiamentos do Estudo	40

5 RESULTADOS	41
5.1. Descrição da Amostra	42
5.1.1 Características clínicas	42
5.1.2 Uso de substâncias.....	43
5.1.3 Desempenho cognitivo.....	44
5.1.4 Intensidade dos sintomas.....	45
5.1.5 Declínio funcional	46
5.1.6 Diagnósticos	46
5.2. Estudo da Confiabilidade (Estudo I)	49
5.2.1. Consistência interna	49
5.2.2. Equivalência (inter-rater)	50
5.2.3. Estabilidade (intra-rater).....	52
5.3. Estudo da Validade de Critério (Estudo II).....	54
5.3.1 Validade concorrente.....	54
5.4. Estudo da Validade de Construto (Estudo III)	59
5.4.1. Validade convergente.....	59
5.4.2 Validade divergente.....	61
6 DISCUSSÃO.....	64
7 CONCLUSÃO	79
8 ANEXOS.....	81
9 REFERÊNCIAS	125

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Diagrama da caracterização da composição dos grupos segundo os Ambulatórios de Psiquiatria e Geriatria na amostra final.	22
Figura 2 -	Fluxograma do procedimento de coleta de dados de acordo com o desenho e alocação dos instrumentos.	33
Figura 3 -	Distribuição dos diagnósticos na Amostra Total obtidos pela MINI-Plus.	47
Figura 4 -	Curvas ROC para os escores totais da Escala de 10 Itens (D10) e o diagnóstico de Episódio Depressivo Maior Total segundo a MINI-Plus.	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Estimativas de Tamanhos Amostrais através da Área Sob a Curva ROC	18
Tabela 2 -	Estimativas de Tamanhos Amostrais através do Coeficiente de Correlação.....	19
Tabela 3 -	Características Sócio-Demográficas dos sujeitos pertencentes `a Amostra Total.	24
Tabela 4 -	Características clínicas (M-CIRS) da amostra composta pelos sujeitos pertencentes `a Amostra Total.....	43
Tabela 5 -	Características quanto ao uso de substâncias (CAGE e DUSI-R) da amostra composta pelos sujeitos pertencentes `a Sub Amostra e a seus Grupos 01 e 02 constituintes.	43
Tabela 6 -	Características quanto ao desempenho cognitivo (MMSE e CAMCOG) da amostra composta pelos sujeitos pertencentes `a Sub Amostra e a seus Grupos 01 e 02 constituintes.	44
Tabela 7 -	Características quanto a intensidade dos sintomas (MADRS) da amostra composta pelos sujeitos pertencentes `a Sub Amostra e a seus Grupos 01 e 02 constituintes.....	45
Tabela 8 -	Características quanto `as atividades de vida diária (B-ADL e IQCODE) da amostra composta pelos sujeitos pertencentes `a Sub Amostra e aos seus Grupos 01e 02 constituintes.....	46
Tabela 9 -	Características quanto aos diagnósticos atuais isolados da amostra composta pelos sujeitos pertencentes aos Grupos 01, 02 e Total.	48
Tabela 10 -	Características quanto ao risco de suicídio da Sub Amostra e da Amostra Total.	49
Tabela 11 -	Valores do Coeficiente <i>alfa</i> de Cronbach da D10, obtidos entre mesmos e diferentes avaliadores, em três momentos distintos, da Sub Amostra no estudo de Consistência Interna.	50
Tabela 12 -	Valores do Coeficiente de Pearson da Sub Amostra composta pelos sujeitos pertencentes aos Grupos 01 e 02 no estudo de Equivalência.	51
Tabela 13 -	Valores do Coeficiente de Correlação Intraclasse para todas as categorias da Escala de 10 itens no estudo de Equivalência.	52
Tabela 14 -	Valores do Coeficiente de Pearson da Sub Amostra composta pelos sujeitos pertencentes aos Grupos 01 e 02 no estudo de Estabilidade.....	53

Tabela 15 -	Valores do Coeficiente de Correlação Intraclasse para todas as categorias da Escala de 10 itens no estudo de Estabilidade.....	54
Tabela 16 -	Pontos de corte da Escala de 10 Itens (D10) segundo as Curvas Roc em diferentes comparações entre casos com EpDepM (com/sem comorbidades) e controles (sadios com/sem comorbidades) na Amostra Total.....	56
Tabela 17 -	Pontos de corte da Escala de 10 Itens (D10) segundo as Curvas Roc em diferentes comparações entre casos com TDist (com/sem comorbidades) e controles (sadios com/sem comorbidades) na Amostra Total.....	57
Tabela 18 -	Pontos de corte da Escala de 10 Itens (D10) segundo as Curvas Roc em diferentes comparações entre casos com EpDepM e TDist (com/sem comorbidades) e controles (sadios com/sem comorbidades) na Amostra Total.....	58
Tabela 19 -	Valores do Coeficiente de Pearson e Spearman da Sub Amostra composta pelos sujeitos pertencentes aos Grupos 01 e 02 no estudo da Validade Convergente.	60
Tabela 20 -	Valores do Coeficiente de Pearson e Spearman da Sub Amostra composta pelos sujeitos pertencentes aos Grupos 01 e 02 no estudo da Validade Divergente.	62

LISTA DE SIGLAS

ABIPEME	Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado
APA	<i>American Psychiatry Association</i>
APPA	Protocolo do Pronto Atendimento Ambulatorial
B-ADL	<i>Bayer Activities of Daily Living</i>
BDI-PC	<i>Beck Depression Inventory for Primary Care</i>
CAGE	<i>CAGE Questionnaire</i>
CAMCOG	<i>Cambridge Cognitive Examination</i>
CAMDEX	<i>Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination</i>
CAPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CES-D	<i>Center of Epidemiologic Studies Depression Scale</i>
CID-10	Classificação Internacional de Doenças - 10
CIDI	<i>Composite International Diagnostic Interview</i>
DSM-IV-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text Revision</i>
DUSI-R	<i>Drug Use Screening Inventory</i>
GAMIA	Grupo de Atendimento Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
HAM-D	<i>Hamilton Depression Rating Scale</i>
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICD -10	<i>International Classification of Disease - 10</i>
IPq	Instituto de Psiquiatria
IQCODE	<i>Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly</i>

M-CIRS	<i>Modified Cumulative Illness Rating Scale</i>
MADRS	<i>Montgomery-Asberg Depression Rating Scale</i>
MINI-Plus	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PROTER	Programa Terceira Idade
ROC	<i>Receiver Operating Characteristic</i>
SCID	<i>Structured Clinical Interview for DSM-III-R</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE ABREVIATURAS

ACUR	Acurácia
Ago	Agorafobia
ASC	Área Sob a Curva
CCI	Coefficiente de Correlação Intra-Classe
EpDepM	Episódio Depressivo Maior
EpHipM	Episódio Hipomaniaco
EpM	Episódio Maníaco
ESPEC	Especificidade
SENS	Sensibilidade
TAnsG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCT	Teoria Clássica dos Testes
TDist	Transtorno Distímico
TPan	Transtorno de Pânico
TRI	Teoria de Resposta ao Item
VPN	Valor Preditivo Negativo
VPP	Valor Preditivo Positivo

LISTA DE SÍMBOLOS

\bar{x}	Média da amostra
n	Tamanho da amostra
r	Coefficiente de correlação
r_p	Coefficiente de correlação de Pearson
r_s	Coefficiente de correlação de Spearman
SD	<i>Standard Deviation</i> (Desvio Padrão)
SE	<i>Standard Error</i> (Erro Padrão)
α	Coefficiente <i>alfa</i> de Cronbach

RESUMO

Barczak DS. Validação de escala de rastreamento de depressão em idosos: importância de um teste de aplicação rápida [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011. 139 p.

INTRODUÇÃO: Os critérios diagnósticos atuais para as síndromes depressivas não identificam uma parcela dos idosos com sintomatologia depressiva clinicamente significativa. Instrumentos psicométricos específicos para esta população, que sejam rápidos e fáceis de aplicar tornam-se necessários. A partir de instrumentos previamente validados como as escalas GDS e CES-D, e de um consenso de especialistas foi desenvolvida uma escala de 10 itens para avaliar o construto clínico de depressão em pacientes idosos. **OBJETIVO:** Validação interna de uma nova escala de rastreio de sintomas depressivos em idosos (D10) desenvolvida no Programa Terceira Idade (PROTER), Instituto de Psiquiatria HC FMUSP. **MÉTODOS:** Uma amostra de conveniência composta por 62 sujeitos foi utilizada para o estudo de validade de critério (validade concorrente). Destes, 44 foram incluídos nos estudos de confiabilidade (consistência interna, estabilidade e equivalência) e de validade de construto (validades convergente e divergente). Todos os participantes incluídos tinham idade ≥ 60 anos, não apresentavam doenças médicas graves ou descompensadas, déficits cognitivo e funcional significativos (avaliados, respectivamente, pela M-CIRS, MMSE e B-ADL) e não apresentavam histórico passado ou atual sugestivo de síndrome psicótica. Os diagnósticos foram obtidos pela entrevista estruturada MINI-Plus (seções A, B, D, E, F e P) e a intensidade dos sintomas depressivos mensurados pela MADRS. Outros instrumentos foram utilizados (CAMCOG, IQCODE, CAGE, DUSI-R) no desenho da pesquisa, para reduzir a possibilidade de vieses sistemáticos. A distribuição da amostra foi avaliada pelo Teste Kolmogorov-Smirnov, e os índices de correlação de Pearson e Spearman foram utilizados para aferir a relação entre a D10 e as escalas MADRS e CAGE. A correlação entre os itens da D10 foram analisados pelos coeficientes de Correlação Intraclasse (CCI) e alfa de Cronbach. A acurácia do teste foi investigada pela análise das áreas sob as curvas ROC. **RESULTADOS:** A amostra (idade média de 72,35; SD=7,05) não apresentou diferenças significativas entre as variáveis sócio-demográficas, econômicas, clínicas, cognitivas e funcionais estudadas ($p>0,05$). O valor de alfa (consistência interna) manteve-se estável e elevado ($\alpha=0,84\pm 0,02$) e os itens da D10 apresentaram boa equivalência (*inter-rater*) ($r_s=0,95$, $p\leq 0,01$) e boa estabilidade (*intra-rater*) ($r_s=0,95$, $p\leq 0,01$). A escala MADRS correlacionou-se significativamente com a D10 ($r_p=0,86$, e $r_s=0,81$, $p\leq 0,01$), não tendo se correlacionado com a CAGE ($p>0,05$). Esse achado foi reforçado pela correlação entre a CAGE e a DUSI-R ($r_p=0,31$, $p=0,005$; e $r_s=0,29$, $p=0,01$). A nota de corte de 6 pontos na D10 apresentou elevados níveis de sensibilidade (96,2%), especificidade (88,9%), valor preditivo positivo (86,2%), valor preditivo negativo (97%) e acurácia (91,9%). O tempo médio de aplicação do novo instrumento foi de 42 ± 4 segundos. **CONCLUSÕES:** Os resultados obtidos indicaram que a escala D10 apresentou confiabilidade, validade interna, e acurácia adequadas para ser utilizada como um instrumento de aplicação rápida para o rastreio de sintomatologia depressiva clinicamente significativa em idosos.

Descritores: Psicometria, Sintomas depressivos, Rastreamento, Idoso, Reprodutibilidade dos testes.

SUMMARY

Barczak DS. Validation of a depression screening scale for the elderly: importance of a quick application test [dissertation]. São Paulo: Medical School, University of São Paulo; 2011. 139 p.

INTRODUCTION: The current diagnostic criteria for depressive syndromes do not identify a portion of elderly people with clinically significant depressive symptoms. Specific psychometric instruments for this population with quick and easy application properties are of the essence. Based on previously validated instruments, such as GDS and CES-D scales, and on consensus among specialists, a 10-item scale was developed to assess the clinical depression construct in elderly patients. **OBJECTIVES:** Internal validation of a scale to screen depressive symptoms in elderly people (D10) developed in the Senior Citizens Program (locally, PROTER), at the Institute of Psychiatry of the HCFMUSP. **METHODS:** A convenience sample of 62 subjects was used for the criterion validity study (concurrent validity). Of these, 44 were included in the studies of reliability (internal consistency, stability and equivalence) and of the construct validity (convergent and divergent validity). All the participants included in the study were ≥ 60 years old, did not present any serious or uncontrolled medical conditions, significant cognitive or functional deficits (evaluated, respectively, through M-CIRS, MMSE and B-ADL), nor past or present history suggestive of psychotic syndrome. Diagnostics were obtained through the MINI-Plus structured interview (sections A, B, D, E, F and P), and the intensity of depressive symptoms through the MADRS. In the research design, other instruments were used (CAMCOG, IQCODE, CAGE, DUSI-R), aimed at reducing the possibility of systematic bias. The sample distribution was evaluated through the Kolmogorov-Smirnov Test, and the Pearson and Spearman correlation indexes were used to verify the relation between the D10 and the MADRS and CAGE scales. The correlation of the D10 items were analyzed through the Intraclass Correlation (ICC) and Cronbach's alpha. The test accuracy was investigated through the analysis of the areas under ROC curves. **RESULTS:** The sample (mean age of 72,35; SD=7,05) did not evidence significant differences in the socio-demographic, economic, clinical, cognitive and functional variables studied ($p>0,05$). The alpha value (internal consistency) remained stable and elevated ($\alpha=0,84\pm 0,02$), D10 items presented good equivalence (*inter-rater*) ($r_s=0,95$, $p\leq 0,01$) and good stability (*intra-rater*) ($r_s=0,95$, $p\leq 0,01$). The MADRS scale correlated significantly with CAGE ($p>0,05$). This finding was reinforced by the correlation between CAGE and DUSI-R ($r_p=0,31$, $p=0,005$; and $r_s=0,29$, $p=0,01$). A cut-off score of 6 points in D10 presented high levels of sensitivity (96,2%), specificity (88,9%), positive predictive value (86,2%), negative predictive value (97%) and accuracy (91,9%). The average application time of the new instrument was 42 ± 4 seconds. **CONCLUSIONS:** The results obtained indicate that the D10 scale presented adequate reliability, internal validity and accuracy for use as a quick application instrument to screen clinically significant depressive symptoms in the elderly.

Key words: Psychometrics, Depressive symptoms, Screening, Elderly, Reliability and validity.

1 INTRODUÇÃO

A transição demográfica encontra-se em diferentes fases ao redor do mundo. O aumento da expectativa de vida e o número cada vez maior de pessoas sobrevivendo com idade avançada é um fenômeno global, afetando os países desenvolvidos e os em desenvolvimento, como o Brasil (Camarano e Parsinato, 2002).

Neste macroambiente populacional, o processo de transição demográfica vem se desenvolvendo de forma heterogênea e está associado, em grande parte, às desiguais condições sociais observadas no país, sendo a população idosa, um grupo que tem se destacado em relação aos demais grupos etários (Moreira, 1997).

Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem-se observado um crescimento na participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, tendo passado a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (IBGE, 2011a). Atualmente os idosos somam aproximadamente 19 milhões de indivíduos (IBGE, 2011b) e, nos próximos 20 anos, poderão ultrapassar os 30 milhões, passando a representar 13% da população total do país (Mello et al., 2007).

Este crescimento populacional é acompanhado pelo aumento da incidência de doenças nesta faixa etária (Rodrigues et al., 2009 ; Lima-Costa et al., 2011), sendo a depressão uma das doenças que causam maior impacto na vida de seus integrantes (Reeves et al., 2011). Este transtorno constitui um grave problema de saúde pública em idosos (Reeves et al., 2011; Rinaldi et al., 2003) e possivelmente seja a causa mais frequente de sofrimento emocional e queda na qualidade de vida nesta faixa etária (Reeves et al., 2011; Blazer et al., 1991). No entanto, a apresentação dos

sintomas depressivos nestes sujeitos nem sempre é suficiente para que sejam preenchidos os critérios diagnósticos para depressão maior, o que resulta no subdiagnóstico do transtorno e no conseqüente aumento da morbimortalidade (Rovner et al., 1991; Falck et al., 1999; Bagley et al., 2000; Teresi et al., 2001).

Parte das dificuldades encontradas por profissionais da área da saúde em diagnosticar e tratar estes pacientes deve-se ao fato das síndromes depressivas, nesta faixa etária, apresentarem-se de uma forma heterogênea tanto em relação à etiologia, quanto em relação à resposta ao tratamento (Caine et al., 1994; Barkin et al., 2000; Parashos et al., 2002).

Uma revisão da prevalência de depressão em indivíduos residentes na comunidade, com idade igual ou superior a 55 anos, revelou médias de taxas de 1,8% para depressão maior, 9,8% para depressão menor e 13,5% para os sintomas depressivos clinicamente relevantes, evidenciando, desta maneira, maior importância clínica dos episódios de menor gravidade e intensidade em idosos (Beekman et al., 1999).

As taxas de depressão maior e depressão menor nos idosos variam de 5% em atendimentos primários até 15 a 25% em residências de cuidados especiais. Entre pacientes institucionalizados, mais de 70% referem sentimentos de tristeza e depressão, a tal nível que tais sintomas prejudicam suas atividades diárias (Chachamovich et al., 2008).

Uma variedade de fatores podem influenciar nos achados da relação inversa entre idade e prevalência de depressão maior e distímia em idosos (Bland et al., 1988; Weissman et al., 1991) tais como mortalidade, institucionalização e *efeitos de coorte* (McAway et al., 2004). No entanto, a incidência de construtos depressivos

subsindrômicos parece aumentar significativamente com o avançar da idade, sendo mais prevalentes em idosos (Blazer e Williams, 1980; Dozeman et al., 2010).

1.1 Síndromes depressivas na terceira idade

Alguns autores têm defendido que os padrões de apresentação dos sintomas depressivos que ocorrem em idosos são significativamente diferentes dos manifestados em grupos mais jovens (Van'tallie, 2005; Heok e Ho, 2008). Pacientes deprimidos idosos tendem a reportar mais sintomas somáticos e cognitivos do que afetivos (Alexopoulos, 2004; Drayer et al., 2005) os quais parecem estar associados a doenças clínicas (Dillon et al., 2011).

A identificação da sintomatologia depressiva é, geralmente, encoberta por sintomas somáticos, quer seja pela própria somatização do transtorno, como também pela acentuação de sintomas de comorbidades clínicas pré-existentes (Gottfries, 1998; Bogner et al., 2009; Dillon et al., 2011).

Hipotetiza-se que existam diferentes caminhos etiológicos para o aparecimento da sintomatologia depressiva em idosos (início precoce ou tardio). Deste modo, a depressão de início precoce parece receber maiores contribuições genéticas e de personalidade (Nubukpo et al., 2005; Weber et al., 2011), enquanto as de início tardio parecem ser guiadas por patologias adquiridas (Baldwin e Tomenson, 1995; Van den Berg et al., 2011).

Uma vez apresentada, não há diferenças na manifestação sintomatológica depressiva, quer de início precoce ou tardio, nestes pacientes (Brodaty et al., 2001; Bagulho, 2002).

Comparados aos adultos jovens, os idosos deprimidos referem maior intensidade de ansiedade, nervosismo, irritabilidade e comportamentos inoportunos (Gottfries, 1998). A gravidade da depressão é a única variável que apresenta associação clínica relevante com os níveis de ansiedade (Flint e Rifat, 2002; Andreescu et al., 2011). Sintomas ansiosos têm sido associados com eventos graves e dificuldades de vida.

Queixas de cansaço são comuns, mas estas podem ser atribuídas às doenças clínicas comórbidas ou a alterações do ciclo de sono. Retardo psicomotor e, em casos mais graves, o alentecimento do fluxo do pensamento, aumentam o prejuízo na execução das atividades de vida diária (Evans e Mottram, 2000).

Dentre os pacientes com sintomas depressivos, há um número significativo de indivíduos com queixas tais como alterações do sono e do apetite, déficit de concentração e diminuição da energia, as quais, apesar de não preencherem os critérios diagnósticos, sequer para depressão menor, causam grande impacto na qualidade de vida dos pacientes (Lyness et al., 1999).

O julgamento sobre a presença de transtornos depressivos é realizado com base em sinais e sintomas clínicos, não existindo, portanto, marcadores biológicos ou outras alterações mensuráveis objetivamente. No entanto, combinações dos sintomas clínicos supra-citados não figuram entre os critérios diagnósticos para os transtornos depressivos do "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed, Text Revision*" (DSM-IV-TR) (APA, 2000) ou da "*International Clasification of Diseases -10*" (ICD-10) (WHO, 2007).

Desta forma, justificam-se os achados de amplas variações nas taxas de prevalência dos transtornos depressivos em idosos, uma vez que diferentes

psiquiatras podem atribuir diferentes diagnósticos clínicos a um mesmo grupo de indivíduos, seja em função das diferenças quanto aos critérios diagnósticos, ou quanto às diferentes formas de obtenção das informações dos indivíduos (Gazalle et al., 2004a; Gazalle et al., 2004b; Ani et al., 2008).

1.2 Instrumentos de rastreio de depressão em idosos

No rastreio da depressão em idosos, a “*Geriatric Depression Scale*” (GDS) (Yesavage et al., 1983; Brink et al., 1982) figura como um dos instrumentos mais extensamente utilizados, tanto em sua versão original de 30 itens, quanto em versões reduzidas (15, 10, 5 e 4), sendo que apenas a de 1 item não se mostrou eficaz nos estudos de validação (Almeida e Almeida, 1999).

Outra escala comumente utilizada para rastreio de depressão é a “*Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*” (CES-D) (Radloff e Teri, 1986; Radloff, 1992), com validade observada em sua versão original de 20 itens (Haringsma et al., 2004) e em versões reduzidas (Boey, 1999). Esta escala foi validada em português, em populações clínicas e não clínicas de adolescentes e adultos jovens (Silveira e Jorge, 1998) e em idosos (Batistoni SST et al., 2007).

Podemos citar, também, a “*Beck Depression Inventory for Primary Care*” (BDI-PC) (Beck et al., 1997) em sua versão original, ainda que seja uma escala utilizada com menor frequência na população idosa. Sua versão em português foi validada em estudantes brasileiros (Gorenstein et al., 1999) e em uma população idosa de etnia chinesa residente na cidade de São Paulo, Brasil (Wang et al., 2005).

1.3 Teoria e metodologia no processo de validação de instrumentos de medida

Os princípios de elaboração de escalas psicológicas baseiam-se em três grandes pólos denominados de procedimentos teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos). O primeiro compreende a teoria e a construção do instrumento, enquanto os dois últimos são responsáveis por sua validação e normatização (Pasquali, 1999).

Todos estes procedimentos contribuem, em suas especificidades, para qualificar a elaboração do instrumento, justificar sua aplicabilidade e auxiliar na interpretação teórico funcional dos achados sugeridos pelas análises estatísticas.

A complexidade deste processo evidencia a interdependência entre cada um destes procedimentos isoladamente e, por conseguinte, a necessidade de sua sistematização para a obtenção de um instrumento confiável e válido.

"Nas diferentes áreas de intervenção, resultados obtidos através de técnicas não validadas podem fundamentar diagnósticos e estratégias de ação que vão de encontro à realidade contextual e repercutem sobre a eficácia dos tratamentos desenvolvidos e a tomada de decisão clínicos" (Reppold, 2005).

Vários critérios são levados em consideração na construção, validação e normatização de um instrumento e compreendem a metodologia utilizada (estatística ou projetiva), os objetivos gerais (testes de velocidade ou rapidez; potência ou nível) e específicos (rastreamento, diagnóstico ou mensuração de intensidade/gravidade), a influência do examinador (pessoais ou impessoais), o modo de administração (individuais, coletivos ou auto-administrados), e o atributo medido (rendimento, aproveitamento ou realização; aptidão ou personalidade).

Em linhas gerais, um instrumento, para ser considerado clinicamente útil, deve: (a) medir os aspectos multidimensionais do conceito; (b) demonstrar validade e confiabilidade para avaliação do fenômeno na população para a qual se destina; (c) reduzir o desgaste dos sujeitos quanto ao tempo e energia gastos em seu preenchimento; (d) reduzir tempo e custo relacionados a sua aplicação e facilitar a quantificação de seu escore; (e) ser prático para permitir a avaliação do conceito ao longo do tempo; e (f) ter direta relevância e aplicabilidade clínica (Hearth, 1992; Newman et al., 2003).

1.3.1 Aspectos ideais de um instrumento de rastreamento

Diversos instrumentos padronizados têm sido desenvolvidos com o objetivo de tornar a entrevista psiquiátrica mais objetiva e encurtar o tempo de sua aplicação, podendo ser classificados em escalas de rastreamento e em entrevistas semi ou totalmente estruturadas.

Estes instrumentos partilham de características comuns quanto a questões relativas a sinais, sintomas, comportamentos observáveis e manifestações psicopatológicas; e diferem uma das outras, quanto a composição e combinação dessas mesmas características e quanto a habilidade do entrevistador em suas aplicações (Andreoli et al., 2008).

Um teste ideal para rastreamento deve permitir a detecção do maior número de casos e levar apenas alguns minutos para ser realizado, além de requerer um mínimo de preparação prévia do paciente, não depender de agendamento especial, e ser de baixo custo (Bhopal, 2002). Deve ser, também, de fácil aplicabilidade e causar

desconfortos e/ou transtornos mínimos aos pacientes (Coutinho et al., 2003; Fletcher e Fletcher, 2006).

Estas características ideais de aplicabilidade clínica alcançadas pelo instrumento refletem as propriedades psicométricas deste mesmo teste. Desta forma, comparado às entrevistas semi ou totalmente estruturadas, o menor grau de benefício agregado ao teste de rastreamento, em resposta aos sintomas, resulta em menor precisão diagnóstica, uma vez que os instrumentos diagnósticos tendem a ser mais específicos (Toscano, 2004; Fletcher e Fletcher, 2006).

1.3.2 Validação

Um instrumento não é considerado válido até que suas propriedades psicométricas, confiabilidade e validade, sejam confirmadas (Morais, 2004; Pasquali, 1997).

1.3.2.1 Confiabilidade

A confiabilidade de um instrumento, também denominada precisão ou fidedignidade, é a propriedade que garante que o instrumento mede o atributo ao qual se propõe (Streiner e Norman, 1996; Pasquali, 1997) de forma reproduzível, ou seja, refere-se ao grau de concordância entre múltiplas medidas de um mesmo objeto (Armstrong et al., 1994). A confiabilidade de uma medida quantitativa é o critério mais importante para avaliar sua qualidade e, para tanto, três aspectos devem ser

levados em consideração: estabilidade, consistência interna e equivalência (Polit et al., 2004).

A **estabilidade** é investigada através do desenho *teste-reteste*, que consiste na aplicação do instrumento que está sendo avaliado a uma mesma amostra de sujeitos em dois momentos diferentes após determinado período de tempo. Mudanças biológicas, psicológicas ou sociais (no entrevistado, na situação da entrevista ou na maneira de entrevistar) ocorridas entre as avaliações tendem a diminuir a estimativa de confiabilidade. Deste modo, com o intuito de minimizar a instabilidade do fenômeno clínico que está sendo avaliado (viés de posição), é necessário determinar qual o intervalo entre a primeira e a segunda avaliação, de forma que as respostas da segunda entrevista não sejam influenciadas pela memória da primeira e o intervalo não seja grande o suficiente para que ocorra uma mudança real no indivíduo em relação ao aspecto que está sendo avaliado. (Waltz et al., 1991; Pasquali, 1997; Polit et al., 2004; Helzer et al., 1977).

A **consistência interna** pode ser avaliada pelas técnicas de *divisão pela metade* e *alfa de Cronbach*. Na primeira, os itens do teste são divididos em duas partes e somados e, em seguida, os escores destas duas metades são utilizados para computar o coeficiente de confiabilidade, que será alto se estiverem medindo o mesmo atributo. Por sua vez, o valor do *alfa* faz uma estimativa da correlação dividida pela metade, para todas as possibilidades de se dividir o teste em duas partes. Trata-se, portanto, de um método mais sofisticado e exato de computar a consistência interna e, quanto mais alto for o valor do coeficiente (0,00 a 1,00), mais exata será a medida.

A **equivalência** é investigada através da consistência ou equivalência do instrumento entre diferentes observadores (*inter-rater*), na qual os mesmos sujeitos da pesquisa são avaliados por dois ou mais entrevistadores, com o objetivo de investigar a concordância de aplicação e/ou de interpretação de resultados independentes e simultâneos. A avaliação da confiabilidade entre diferentes avaliadores pode ser feita através de anotações, entrevistas gravadas ou entrevistas ao vivo com pacientes (Grove et al., 1981) e, quando dois ou mais observadores independentes pontuam de maneira congruente o mesmo atributo, os escores têm possibilidade de serem confiáveis. Deste modo, os possíveis erros durante a fase de obtenção de informações para o diagnóstico e avaliação (viés de informação) e da utilização de critérios particulares por parte do entrevistador (viés de critério) são minimizados (Klerman, 1985; Spitzer et al., 1967; Spitzer e Fleiss, 1974).

1.3.2.2 Validade

A validade de um instrumento, por sua vez, pode ser definida como a sua capacidade de medir aquilo que se propõe a medir (Kelsey et al., 1996; Guillemin, 1995; Waltz et al., 1991). Esta propriedade envolve um componente conceitual e um componente operacional (Almeida Filho et al., 1989). O primeiro refere-se ao julgamento subjetivo, por parte do pesquisador, sobre a capacidade de mensuração do instrumento no que deveria medir, não sendo possível avaliar esse aspecto com métodos estatísticos. No entanto, o segundo envolve um conjunto de procedimentos sistematizados, nos quais é utilizado um critério externo válido como padrão-ouro, permitindo a análise dos dados objetivamente (Pasquali, 1999).

Três principais técnicas podem ser utilizadas para a demonstração da validade conceitual operacional: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto (Pasquali, 1997; Polit et al., 2004).

A **validade de conteúdo** verifica se todas as questões do teste são representativas do universo de questões que podem ser feitas sobre o assunto, isto é, permite verificar se o instrumento contém todos os componentes e domínios relevantes relacionados ao fenômeno (Waltz et al., 1991; Polit et al., 2004), e não contém elementos que possam ser atribuídos a outros atributos. A avaliação do conteúdo engloba a representatividade do conjunto de itens escolhidos e o tipo de construção usado para medir o conceito em questão. Esta validade depende, essencialmente, da precisão do conteúdo avaliado ou de um consenso entre especialistas, e da adequação com que os itens são colocados na escala (Goldstein e Simpson, 1995).

A **validade de critério** procura avaliar o grau com que o instrumento permite discriminar sujeitos, que diferem em determinadas características, de acordo com um critério-padrão. Ou seja, permite a análise da correlação existente entre os escores do instrumento que se quer testar e algum critério externo (Polit et al., 2004) que pode dar-se de duas formas, através das validades concorrente e preditiva. Dentre estas, a **validade concorrente** é obtida através da aplicação do instrumento e do critério ao mesmo tempo (ou de dois instrumentos equivalentes) nos mesmos sujeitos, para posterior comparação dos resultados. Por sua vez, a **validade preditiva** é obtida através da comparação da aplicação do instrumento no início com o critério no futuro. A validade de critério é estimada estatisticamente e é expressa por meio de sua sensibilidade (proporção de casos positivos identificados corretamente),

especificidade (proporção de casos negativos identificados corretamente), valor preditivo positivo (VPP) (probabilidade de que casos detectados como positivos sejam realmente positivos), valor preditivo negativo (VPN) (probabilidade de que casos detectados como negativos sejam realmente negativos), e acurácia (Pasquali, 1997).

A **validade de construto** permite tanto a avaliação da teoria que fundamenta a elaboração do instrumento quanto a sua própria avaliação, por dar-se em um processo contínuo, à medida que se amplia o conhecimento sobre o construto clínico e sobre novas hipóteses que são construídas (McDowell e Newell, 1996). As evidências necessárias para este tipo de validação são obtidas por meio de uma série de estudos inter-relacionados visando à verificação empírica das construções teóricas sobre as variáveis a serem medidas (Pasquali, 1997). Destacam-se, aqui, as técnicas de validação convergente e divergente. A **convergência** pressupõe correlação significativa entre o fenômeno mensurado pelo instrumento em estudo e outras variáveis com as quais tal fenômeno deveria estar relacionado (Pasquali, 1997). Enquanto a **divergência** verifica a não correlação das variáveis com as quais deveria diferir (McDowell e Newell, 1996). Em outras palavras, a validade convergente equivaleria ao conceito de sensibilidade, enquanto a validade divergente, ao de especificidade (LoBiondo-Wood e Harber, 2001; Pereira, 1999).

2 JUSTIFICATIVA

A presença de comorbidades clínicas, o início insidioso dos sintomas, o isolamento social e a frequente apresentação mascarada dos sintomas fazem da entrevista psiquiátrica um desafio constante para os médicos que atendem idosos (Berger et al., 1998; Gallo et al., 1997), aumentando a demanda pelo desenvolvimento e validação de instrumentos mais específicos para esta população (Koenig e Blazer, 1996).

Dentre as escalas de rastreamento de depressão em idosos, a GDS e a CES-D vêm sendo amplamente utilizadas com índices de confiabilidade e validade adequados (Montorio e Izal, 1996), mesmo que as suas versões originais (30 e 20 itens, respectivamente) venham cedendo espaço para versões reduzidas da primeira (15, 12, 10, 7, 5 e 4 itens) (Almeida e Almeida, 1999; Sutcliffe et al., 2000; Bae e Cho, 2004; Martinez de la Iglesia et al., 2005; Malakouti et al., 2006; Chaaya et al., 2008; Bass et al., 2008; Broekman et al., 2011) e da segunda (10 e 5) (Carpenter et al., 1998; Andrese et al., 1995; Rouch-Leroyer et al., 2000; Powers et al., 2003; Cheung et al., 2007) em função destas últimas serem mais rápidas e fáceis de aplicar durante a entrevista clínica (Van Marwijk et al., 1995; Shah et al., 1997; Lynes et al., 1997; Trinidad et al., 1999).

Ainda que desenvolvidas a partir de um mesmo construto sindrômico, estas escalas abrangem agrupamentos sintomatológicos (itens/fatores) depressivos distintos, estando correlacionadas, então, a diferentes manifestações (ou agrupamento de manifestações) clínicas da depressão.

Como os quadros depressivos em idosos são heterogêneos e muitas vezes há superposição entre sintomas clínicos e psiquiátricos, grande parcela dos pacientes encontram-se em contato com profissionais (desde a atenção primária até as mais variadas especialidades) que na maior parte das vezes não identificam e/ou diagnosticam os sintomas depressivos adequadamente (Beekman et al., 1997).

Tendo conhecimento das características psicométricas de cada uma destas escalas de rastreamento, bem como da validade de seus itens e/ou agrupamento de itens, seria relevante se pudéssemos construir um novo instrumento com itens qualitativamente mais condizentes com o construto depressivo em idosos.

Com este propósito, foi construída uma escala de 10 itens (D10) a partir de seis itens da versão original da GDS (30 itens) : satisfação com a vida (D10 01), aborrecimento (D10 02), desesperança (D10 03), reclusão domiciliar voluntária (D10 04), sensação de inutilidade (D10 05) e preocupações excessivas (D10 08); dois itens da versão original da CES-D (20 itens): perda/diminuição do apetite (D10 09) e alterações de sono (D10 10); e dois itens restantes obtidos por um consenso entre profissionais médicos (5 psiquiatras e 1 neurologista) que consideraram sua experiência clínica no atendimento a idosos: falta de prazer e interesse na execução de atividades (D10 06) e irritabilidade (D10 07)¹ (Figura 1).

A D10 foi, então, submetida a uma breve análise (estudo piloto) quanto às suas possíveis características psicométricas em uma amostra extra-hospitalar (Bottino, 2004) antes da continuidade aos estudos de validação interna. Vinte idosos deprimidos (idade média de 73,6 anos; $SD= 8,7$; 70% do gênero feminino) foram diagnosticados de acordo com os critérios do DSM-IV (escore médio de pontuação

¹ Anedonia e irritabilidade não são questionados de forma tão evidente em nenhuma das escalas de rastreamento de depressão em idosos, apesar de serem sintomas importantes e muito frequentes nesta faixa etária.

de 7 pontos). Uma boa correlação entre a D10 e a MADRS ($r_s=0,87$, $p=0,01$) foi encontrada naquela mesma amostra. A consistência interna do instrumento foi considerada de moderada a boa (Coeficiente *alfa* de Cronbach de 0,72) e uma alta correlação com os valores da GDS-5 na comunidade ($r_s=0,85$, $p=0,001$) foi observada. Quando tomada a GDS-5 como critério padrão-ouro, a D10 apresentou sensibilidade de 78,8%, especificidade de 95,5%, valor preditivo positivo de 60,3% e valor preditivo negativo de 98,1%.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

O presente estudo tem o objetivo geral de validar uma nova escala de rastreamento para depressão em idosos proposta e desenvolvida pelo PROTER. Esta escala foi desenvolvida a partir das versões originais da GDS e da CES-D, e de um consenso entre profissionais com experiência no atendimento a idosos deprimidos.

3.2 Objetivo Específico

Os objetivos específicos da presente investigação podem ser exemplificados quando sub-divididos em três estudos:

- Estudo I - Estudo da Confiabilidade da Escala de 10 Itens :
Através da Obtenção de sua Consistência Interna, Equivalência e Estabilidade.
- Estudo II - Estudo da Validade de Critério da Escala de 10 Itens :
Através da Validade Concorrente.
- Estudo III - Estudo da Validade de Construto da Escala de 10 Itens :
Através das Validades Convergente e Divergente/Discriminante.

4 MÉTODOS

4.1 Local e Período do Estudo

O estudo foi desenvolvido no Ambulatório Didático do Programa Terceira Idade (PROTER) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq HC-FMUSP) no período de agosto de 2009 à março de 2011.

4.2 Amostra

4.2.1 Cálculo Amostral

O cálculo amostral foi realizado através da estimativa do tamanho amostral pela área sob a curva "*Receiver Operating Characteristic*" (ROC) . Trata-se de uma estimativa baseada na comparação entre a área sob a curva (ASC) ROC e a rejeição da hipótese nula, sendo estreita a correlação entre esta área e a acurácia discriminatória do teste, capaz de identificar se o sujeito apresenta ou não a condição em estudo (Faraggi e Reiser, 2002).

Quatro parâmetros são considerados para este cálculo: (a) a probabilidade de ocorrência do Erro Tipo I (probabilidade *alfa*); (b) a probabilidade de ocorrência do Erro Tipo II (probabilidade *beta*); (c) a ASC hipotética esperada no estudo e; (d) o valor da hipótese nula na ASC ROC.

Os cálculos amostrais foram realizados com o Software MedCalc, versão 11.6.1 de 16 de Janeiro de 2008. A Tabela 1 apresenta as estimativas de possíveis tamanhos amostrais de acordo com as variações e combinações de dois dos parâmetros supra-citados para valores fixos da hipótese nula (0,5) e do Erro Tipo I (0,05).

Tabela 1 - Estimativas de Tamanhos Amostrais através da Área Sob a Curva ROC

PARÂMETROS FIXOS		PARÂMETROS VARIÁVEIS		TAMANHO AMOSTRAL	
Erro Tipo I <i>alfa</i>	Hipótese Nula	Erro Tipo II <i>beta</i>	Área Sob a Curva	Grupo (n)	TOTAL (n)
0,05	0,5	0,10	0,80	37	74
0,05	0,5	0,05	0,80	45	90
0,05	0,5	0,10	0,85	27	54
0,05	0,5	0,05	0,85	32	64
0,05	0,5	0,10	0,90	20	40
0,05	0,5	0,05	0,90	24	48

FONTE: elaborada pelo Autor

Baseando-se nos valores da acurácia já descritos para os instrumentos supra-citados, estipulou-se uma ASC ROC (hipotética) esperada do novo instrumento entre 0,8 e 0,9. Desta maneira, para uma ASC de 0,85 e levando-se em consideração as probabilidades de ocorrência dos erros Tipo I (0,05) e Tipo II (0,10), para um valor fixo de 0,5 para a hipótese nula, cada uma das amostras deveria ser constituída por 27 sujeitos, o que totalizaria uma amostra final composta por 54 sujeitos. Considerando a possibilidade de perda de 20% da amostra a ser entrevistada, e visando assegurar a presença dos 54 sujeitos divididos nos respectivos grupos, estipulou-se um número de 30 sujeitos a comporem o grupo de pacientes advindos do Ambulatório de Psiquiatria e 60 pacientes advindos do Ambulatório de Geriatria.

Por sua vez, nos estudos envolvendo correlação, o cálculo do tamanho amostral leva em consideração apenas três parâmetros: (a) a probabilidade de ocorrência do Erro Tipo I (probabilidade *alfa*); (b) a probabilidade de ocorrência do Erro Tipo II (probabilidade *beta*); e (c) o valor hipotético do Coeficiente de Correlação esperado no estudo (Faraggi e Reiser, 2002).

A Tabela 2 apresenta as estimativas de possíveis tamanhos amostrais de acordo com as variações e combinações dos dois primeiros parâmetros supra-citados para valores variáveis hipotéticos esperados do Coeficiente de Correlação.

Tabela 2 - Estimativas de Tamanhos Amostrais através do Coeficiente de Correlação

PARÂMETROS FIXOS		PARÂMETRO VARIÁVEL	TAMANHO AMOSTRAL	
Erro Tipo I <i>alfa</i>	Erro Tipo II <i>beta</i>	Coeficiente de Correlação <i>r</i>	Grupo (<i>n</i>)	TOTAL (<i>n</i>)
0,05	0,10	0,60	25	50
0,05	0,10	0,70	17	34
0,05	0,10	0,80	12	24

FONTE: elaborada pelo Autor

Para um Coeficiente de Correlação de 0,70 (valor mínimo esperado, porém hipotético do novo instrumento), e levando-se em consideração a probabilidade da ocorrência dos erros tipo I (0,05) e tipo II (0,10), cada um dos grupos deveria ser constituído por 17 sujeitos, o que totalizaria uma amostra final de 34 sujeitos. Como apresentado anteriormente, há uma possibilidade de perda de 20% da amostra a ser entrevistada e, visando assegurar a presença dos 34 sujeitos divididos nos respectivos grupos, estipulou-se um número de 44 sujeitos a comporem esta amostra para este estudo em especial.

Ainda que sejam propostos os estudos de confiabilidade e de validade de construto nos objetivos específicos, o cálculo do tamanho amostral total baseou-se no estudo da validade de critério (validade concorrente) da Escala de 10 itens, uma vez que este estudo necessitaria de um número maior de sujeitos para a inferência dos resultados.

4.2.2 Tipo da Amostra

Amostra não probalística, de conveniência, formada por sujeitos facilmente acessíveis, presentes no local e período do estudo.

A composição da "Amostra Total" **estimada** foi de 90 sujeitos que preenchessem os critérios de inclusão e exclusão propostos, sendo 30 sujeitos advindos do Ambulatório Didático do PROTER e 60 sujeitos advindos do Ambulatório de Geriatria do HC-FMUSP.

Por sua vez, a "Sub Amostra" **estimada**, que permitiria a realização dos estudos de validade de construto e confiabilidade, foi composta pelos primeiros 44 sujeitos da "Amostra Total" que fossem incluídos no estudo.

4.2.3 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão foram:

- ter idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos;
- ter um informante qualificado;
- não apresentar síndrome clínica descompensada;

- não apresentar histórico pregresso ou atual indicativos de síndrome psicótica, e;
- não apresentar síndrome demencial grave.

4.2.4 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo todos os pacientes que apresentaram uma das seguintes características descritas abaixo:

- serem portadores de síndrome clínica descompensada, ou;
- apresentarem histórico psiquiátrico de transtornos psicóticos, ou;
- apresentarem síndrome demencial grave, ou;
- que se desligassem no decorrer da pesquisa.

4.2.5 Critérios para desligamento da pesquisa

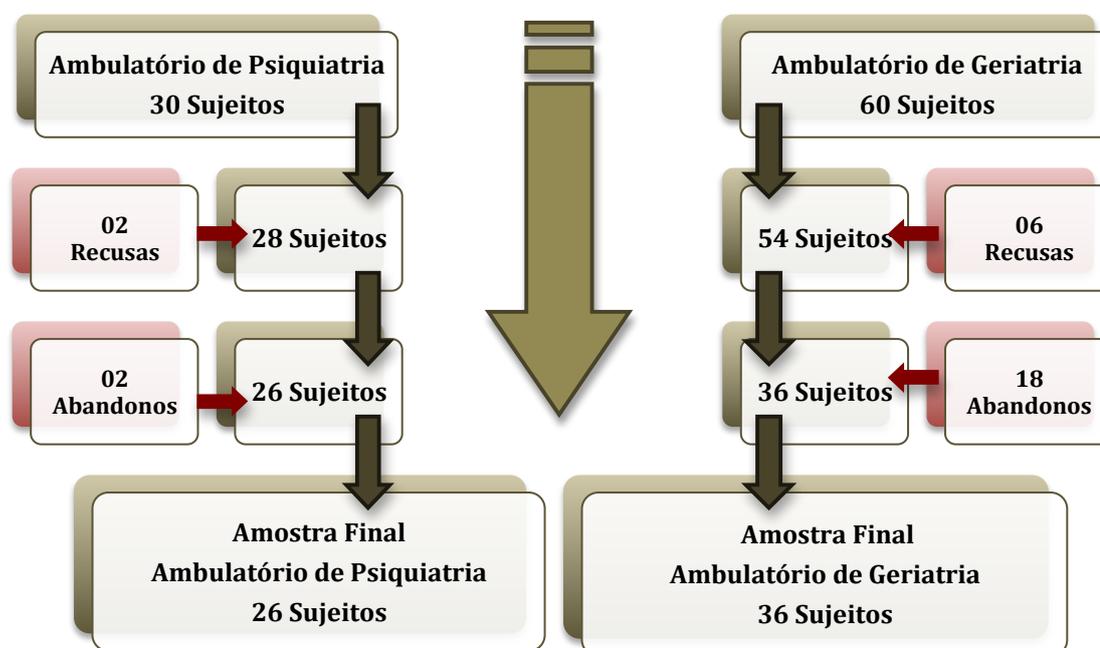
Nenhum dos pacientes foi desligado do estudo por solicitação de sua exclusão através da retirada do termo de consentimento livre e esclarecido, tão pouco pelo critério da opinião do investigador, uma vez que a eleição do paciente para a composição dos grupos pressupunha o preenchimento dos critérios de inclusão e/ou exclusão.

4.2.6 Caracterização da Amostra

A "Amostra Total" **final** foi composta por 62 indivíduos, que preencheram os Critérios de Inclusão e Exclusão propostos e que concordaram com a participação/inclusão no estudo, sendo 26 sujeitos advindos do Ambulatório Didático do PROTER e 36 sujeitos advindos do Ambulatório de Geriatria do HC-FMUSP.

A caracterização da composição final da amostra (n=62), segundo a origem dos pacientes incluídos no estudo, bem como dos motivos de seus desligamentos, é apresentada pela Figura 1, e refere-se à sua caracterização global, do início ao término de toda a coleta de dados.

Figura 1 - Diagrama da caracterização da composição dos grupos segundo os Ambulatórios de Psiquiatria e Geriatria na amostra final.



FONTE: elaborada pelo Autor

4.2.7 Sócio-demográficas

A Tabela 3 apresenta as características sócio-demográficas da "Amostra Total" (n=62). São apresentadas frequência e porcentagem das respostas relativas às variáveis gênero, grupo étnico, estado civil, escolaridade, religião, ocupação atual e classe social.

Apesar da minuciosa caracterização sócio-demográfica da amostra, são relevantes algumas considerações para melhor compreensão do seu comportamento no estudo.

Os sujeitos do gênero feminino apresentaram aproximadamente o dobro da frequência observada nos sujeitos do gênero masculino, 64,5% e 35,5% respectivamente. O grupo étnico predominante na "Amostra Total" foi de caucasianos (46/62) que responderam por 74,2%, seguidos pelos pardos por uma diferença de 61,3%. Por sua vez, quase metade da amostra (33/62) foi composta por sujeitos casados (53,2%), enquanto os viúvos (19/62) perfizeram apenas 30,6%. Sujeitos analfabetos (22,6%) ou com primário completo (27,4%) compuseram mais de 50% da amostra. A porcentagem dos praticantes do catolicismo foi superior à metade da "Amostra Total" (67,7%), sendo seguidos pelos evangélicos/protestantes por uma diferença de quase 50% (48,3%).

Embora a distribuição da amostra quanto ao perfil de classe econômica tenha demonstrado uma maior porcentagem da classe C (39,8%), esta foi acompanhada pela classe B por valores muito próximos (30,6%). Oitenta e dois por cento encontrava-se aposentada, sendo as maiores frequências, quanto às profissões

desempenhadas durante a vida dos sujeitos , observadas nas atividades domésticas e de mercado, como trabalhadores dos serviços e vendedores do comércio.

Tabela 3 - Características Sócio-Demográficas dos sujeitos pertencentes `a Amostra Total.

		AMOSTRA TOTAL (n=62)	
		Freqüência (n)	Porcentagem (%)
Gênero	Masculino	22	35,5
	Feminino	40	64,5
Grupo Étnico	Branco	46	74,2
	Pardo	8	12,9
	Negro	4	6,5
	Asiático	4	6,5
Estado Civil	Solteiro	6	9,7
	Casado	33	53,2
	Divorciado	4	6,5
	Viúvo	19	30,6
Escolaridade	Analfabeto	14	22,6
	Primário	17	27,4
	Ginásio	6	9,7
	Colegial	6	13,6
	Magistério	1	1,6
	Técnico	2	3,2
	Superior	6	9,7
	Pós-Graduação	6	9,7
Religião	Católica	42	67,7
	Evangélica	12	19,4
	Espírita	4	6,5
	Outra	2	3,2
	Nenhuma	2	3,2
Profissão	Aposentado	51	82,3
	Ativo	11	17,7
	≥20h/sem	4	6,5
	<20h/sem	7	11,3
	Voluntário	2	3,2
	Outra	1	1,6
Classe Social	Classe A2	4	6,5
	Classe B1	8	12,9
	Classe B2	11	17,7
	Classe C1	12	19,4
	Classe C2	12	19,4
	Classe D	15	24,2

FONTE: elaborada pelo Autor

Na sequência, 11,4% da amostra era composta por profissionais das ciências e das artes. Apenas dois sujeitos foram classificados como técnicos de nível médio e trabalhadores de reparação e manutenção. Cargos de alta excelência (dirigentes e gerentes de organizações, empresas, e membros do poder público) e aqueles que nunca trabalharam apresentaram, também, uma pequena contribuição na "Amostra Total".

4.3 Instrumentos de Coleta de dados

Os instrumentos que foram aplicados aos pacientes **antes** de sua inclusão no estudo foram:

(Fase 01)²

- "Protocolo do Pronto Atendimento Ambulatorial" (APPA) – Protocolo de atendimento ambulatorial inicial (triagem) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, e chek-list (ANEXO A).

- “*Mini-Mental State Examination*” (MMSE) (Folstein et al., 1975) – instrumento destinado à quantificação/pontuação da função cognitiva. Consiste em várias questões agrupadas em sete categorias que avaliam orientação temporal, orientação espacial, registro de três palavras, atenção e cálculo, evocação de três palavras, linguagem e construção visual; e que juntas totalizam 30 pontos. Versão brasileira (Brucki et al., 2003) (ANEXO B).

² Os instrumentos foram agrupados e criteriosamente alocados no desenho da pesquisa. Foram divididos em 6 grandes grupos que correspondem às 6 fases de suas aplicações.

- "*Bayer Activities of Daily Living*" (B-ADL) (Hindmarch et al., 1998) - instrumento destinado à avaliação das atividades da vida diária em pacientes com síndromes demenciais e aplicado ao responsável (familiar/cuidador). Avalia o funcionamento global do paciente quanto às atividades básicas e instrumentais em 25 categorias que podem ser pontuadas de 1 a 10. Versão brasileira (Folquitto et al., 2007) (ANEXO C).

- "*Modified Cumulative Illness Rating Scale*" (M-CIRS) (Linn et al., 1968) - instrumento destinado à quantificação de doenças médicas crônicas na população geriátrica. Consiste em 13 categorias que avaliam o índice de comorbidades clínicas não psiquiátricas em seis sistemas orgânicos (cárdio-respiratório, gastro-intestinal, genito-urinário, músculo-esquelético, neurológico e endócrino) os quais podem ser pontuados em valores de 0 à 4, de acordo com a gravidade do comprometimento clínico (ANEXO D).

Os instrumentos que foram aplicados aos pacientes **após** a sua inclusão no estudo foram:

(Fase 02)

- "Questionário Sócio - Demográfico" – questionário de coleta de informações pessoais do sujeito da pesquisa que envolve gênero, etnia, cor de pele, estado civil, nível de escolaridade, religião, origem, *status* profissional e local de residência (ANEXO E).

- "Critério de Classificação Sócio-Econômica" – critério desenvolvido pela Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado (ABIPEME) com a finalidade de dividir a população em categorias segundo padrões ou potenciais de consumo. Esse critério cria uma escala ou classificação sócio-econômica por intermédio da atribuição de pesos a um conjunto de itens de conforto doméstico, além do nível de escolaridade do chefe de família (ABIPEME, 2008) (ANEXO F).

- "Escala de 10 itens" (D10) – escala de rastreamento de depressão em idosos constituída por itens das versões originais da GDS e CES-D e de um consenso entre profissionais médicos (5 psiquiatras e 1 neurologista) desenvolvida pelo PROTER. Consiste em 10 questões que permitem apenas respostas afirmativas ou negativas e pontuações mínima e máxima de 0 e 10, respectivamente. Diz respeito ao instrumento de rastreamento em processo de validação nesta pesquisa (ANEXO G).

(Fase 03)

- "*Drug Use Screening Inventory*" (DUSI-R) (Tarter, 1990) parte II/seção VIII – inventário destinado ao rastreamento/triagem de indivíduos que apresentam problemas relacionados ao uso/abuso de álcool e outras drogas. Consiste em 159 questões divididas em 10 grandes seções. A seção VII consiste em 11 questões que permitem apenas respostas afirmativas ou negativas. Versão brasileira (De Michelli e Formignoni, 2000) (ANEXO H).

- "*CAGE Questionnaire*" (CAGE) (Mayfiel et al., 1974) – pequeno questionário destinado ao rastreamento/triagem de indivíduos que apresentam

problemas relacionados ao uso/abuso de álcool. Consiste em apenas 4 questões que permitem, assim como a DUSI-R, apenas respostas positivas ou negativas. Versão brasileira (Masur e Monteiro, 1983) (ANEXO H).

(Fase 04)

- "*Mini International Neuropsychiatric Interview*" (MINI-Plus) (Sheehan et al., 1998; Seções A, B, C, D, E, F e P – entrevista diagnóstica padronizada breve que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (Associação Psiquiátrica Americana - APA, 1994) e da CID-10 (Organização Mundial da Saúde – OMS, 1992). Apresenta índices de confiabilidade e de validade comparáveis ao "*Structured Clinical Interview for DSM-III-R*" (SCID) e ao "*Composite International Diagnostic Interview*" (CIDI), mas que pode ser administrado em um tempo muito mais curto. As seções A, B, C, D, E, F e P avaliam respectivamente a presença ou ausência de Episódio Depressivo Maior, Transtorno Distímico, Risco de Suicídio e Episódio (Hipo) Maníaco, Transtorno de Pânico, Agorafobia e Transtorno de Ansiedade Generalizada. Versão brasileira (Amorin, 2000) (ANEXO I).

- "*The Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination*" (CAMDEX) (Roth et al., 1986) Seção B – entrevista estruturada com a finalidade de diagnosticar e quantificar os quadros de demência. Apresenta altos índices de confiabilidade e validade e permite a classificação segundo os critérios da CID-10 e do DSM-IV. A seção B refere-se ao Teste Cognitivo Cambridge ("*Cambridge Cognitive Examination*" - CAMCOG) que avalia, em seus 60 itens, funções cognitivas, tais como, orientação, linguagem, memória, praxia, atenção, pensamento abstrato,

percepção e cálculo (Lindeboom et al., 1993). Versão brasileira (Bottino et al., 1999) (ANEXO J).

(Fase 05)

- "*Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*" (MADRS) (Montgomery e Asberg, 1979) – escala desenhada para avaliar mudanças clínicas no curso do tratamento da depressão, é utilizada para avaliar a intensidade dos sintomas depressivos. Tem sido demonstrada sua validade através da alta correlação com a "*Hamilton Depression Rating Scale*" (HAM-D). Consiste em 10 questões que avaliam aspectos biológicos, cognitivos, afetivos e comportamentais, os quais podem ser pontuados até um máximo de 6 pontos cada. Versão brasileira (Dratcu et al., 1987) (ANEXO K).

Instrumento que foi aplicado ao familiar/responsável pelo paciente **após** a sua inclusão no estudo:

- "*Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*" (IQCODE) (Jorn e Jacomb, 1989; – questionário destinado à avaliação do declínio cognitivo do sujeito, independentemente de suas habilidades pré-mórbidas, avaliando, deste modo, o declínio funcional. Consiste em 26 itens que podem ser pontuados em 5 níveis de complexidade aplicados ao informante (familiar responsável ou cuidador). Versão brasileira (Perroco et al., 2009) (ANEXO L).

4.4. Procedimento de Coleta de Dados

A princípio, todos os sujeitos encaminhados para atendimento no Ambulatório Didático do PROTER foram avaliados como pacientes em potencial para a entrevista e desenvolvimento do estudo. Todos os pacientes avaliáveis foram considerados para a participação nesta pesquisa, entendendo-se por avaliáveis, aqueles que pudessem compreender as perguntas e comunicar suas respostas.

Durante a primeira fase (Fase 01), o MMSE, a B-ADL, a M-CIRS e uma entrevista breve de rotina, utilizada pelo serviço de triagem do ambulatório (APPA), foram aplicados nos indivíduos e seus familiares/responsáveis. Seus resultados indicaram ou não o preenchimento dos critérios de inclusão/exclusão estabelecidos nesta pesquisa.

Tais instrumentos já faziam parte do protocolo de atendimento do Ambulatório Didático do PROTER e, caso os desempenhos e diagnóstico sindrômicos dos sujeitos fossem compatíveis com os critérios de inclusão/exclusão da pesquisa, eles eram convidados a participar do estudo.

Este convite foi realizado ao próprio paciente e/ou familiar responsável no momento de sua triagem de rotina no ambulatório. Nos casos em que este contato pessoal não foi possível, este convite foi realizado por telefone e somente depois de assegurado o livre consentimento é que foram marcadas as entrevistas para a coleta dos dados.

Uma vez incluídos, os pacientes selecionados iniciaram a segunda fase (Fase 02) sendo submetidos ao questionário sócio-demográfico e ao preenchimento da escala da ABIPEME. A Escala de 10 Itens (em processo de validação) era lida de

forma clara para que os pacientes analfabetos e de baixa escolaridade pudessem ser devidamente avaliados.

Os dados da primeira e segunda fases da avaliação foram coletados pela biomédica Diana Moitinho Bezerra.

Finalizada a primeira e segunda fases da avaliação, o pesquisador executante, não presente durante as duas fases iniciais da coleta de dados acima descritas, novamente aplicou a Escala de 10 itens, seguida **obrigatoriamente** pela DUSI-R; e esta última, seguida pela CAGE **ou** MADRS³ (Fase 03).

Na quarta fase (Fase 04), foram aplicadas as Seções A, B, C, D, E, F e P da MINI Plus e a Seção Cognitiva do CAMDEX (CAMCOG).

A escala de 10 itens, a DUSI-R, a CAGE, a MADRS e as Seções da MINI-Plus foram **obrigatoriamente** preenchidas na mesma entrevista, podendo, no entanto, a CAMCOG ter sido realizada em entrevista de retorno.

Após a terceira e quarta fases, com ou sem a aplicação do CAMCOG, foram aplicadas a MADRS **ou** CAGE⁴, alternando uma ou outra de acordo com a escolha do primeiro teste aplicado (ex., se a primeira escala aplicada logo após do DUSI-R tivesse sido a CAGE, a MADRS seria aplicada **somente** após a realização das Seções da MINI-Plus ou do CAMCOG, e vice versa)(Fase 05).

Uma semana após a aplicação da escala em atendimento ambulatorial, os pacientes foram contactados em suas residências mediante contato telefônico e, novamente, a escala de 10 itens foi aplicada (Fase 06).

Os pacientes foram alertados quanto a este procedimento e de que forma deveriam agir frente aos questionamentos por telefone, não podendo mencionar em

³ Dependia em qual grupo o sujeito em investigação fosse participar. Justificativas descritas no capítulo seguinte.

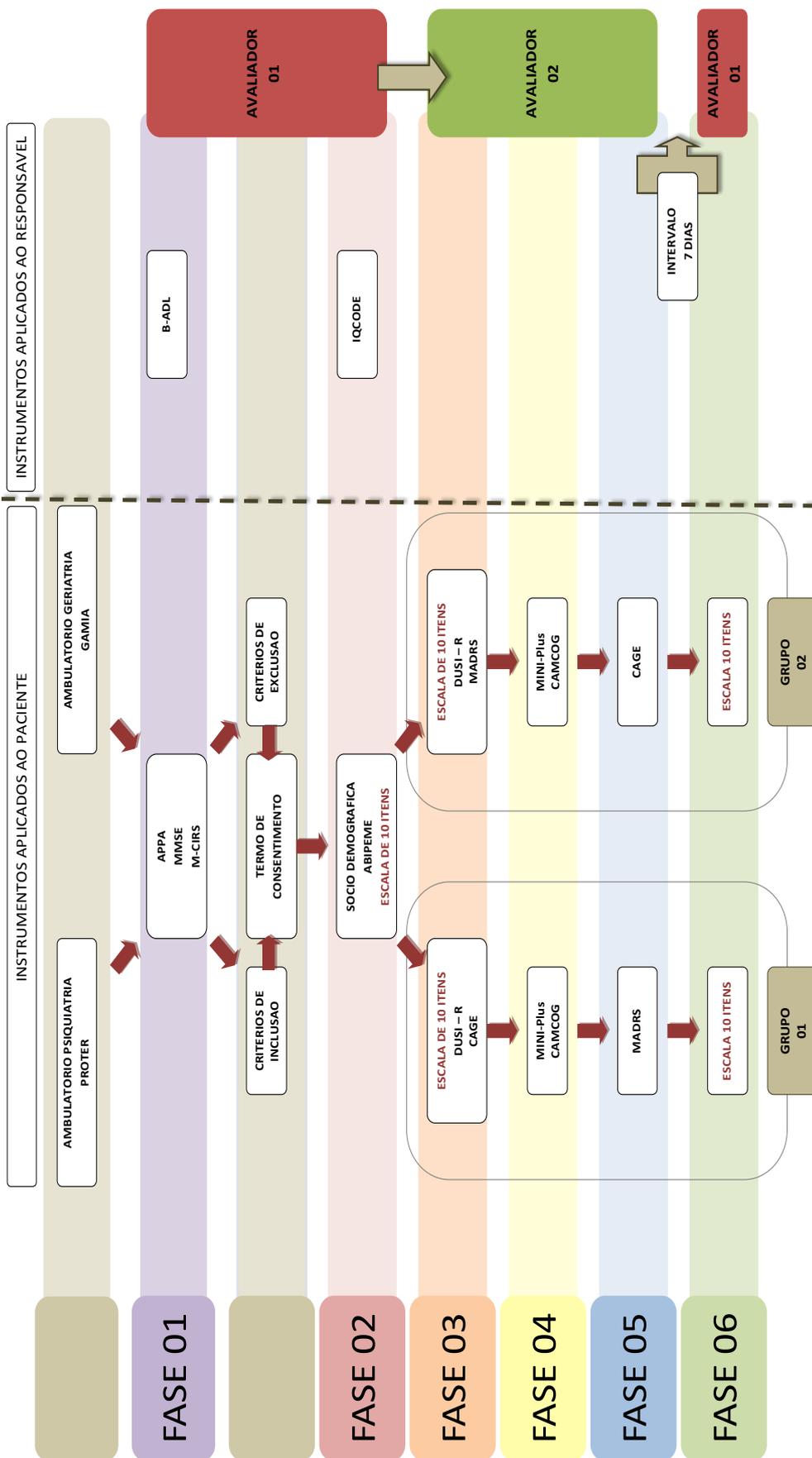
momento algum suas queixas sindrômicas, tão pouco seus *statuses* subjetivos naquele momento. Esta avaliação telefônica foi realizada pelo mesmo avaliador que aplicou a D10 pela primeira vez, cego ao caderno de respostas e aos diagnósticos obtidos pelo pesquisador executante.

Durante a aplicação da bateria de instrumentos ao paciente, ao familiar/responsável foi aplicado o IQCODE. Estes participaram do estudo como sujeitos de pesquisa, respondendo aos questionários específicos, na mesma entrevista ou em até uma semana por telefone, bem como complementando as respostas do idoso, quando devidamente necessário.

4.5. Desenho e Alocação dos Instrumentos

A construção do desenho da pesquisa, no que diz respeito às escolhas dos instrumentos que foram utilizados, bem como de seu posicionamento durante a coleta dos dados foi devidamente estabelecida, levando-se em consideração as propriedades psicométricas de cada um, para reduzir a possibilidade de vieses sistemáticos (Figura 2).

Figura 2 - Fluxograma do procedimento de coleta de dados de acordo com o desenho e alocação dos instrumentos.



FONTE: elaborada pelo Autor

Quanto à investigação dos critérios de exclusão, que versaram sobre histórico pregresso e atual indicativos de síndrome psicótica, os questionamentos foram construídos com base nos critérios do DSM-IV e CID 10 para transtornos psicóticos.

Por se tratar de uma avaliação inicial, em serviço de triagem, não houve a necessidade do diagnóstico objetivo da síndrome psicótica (possível através da administração da Seção M da MINI-Plus), mas simplesmente da identificação da presença ou ausência de seus critérios maiores.

A M-CIRS avaliou a possibilidade de presença de síndrome orgânica comórbida e de possível descompensação de quadro funcional neurológico e, por conseguinte, das funções mentais.

A avaliação de possível síndrome demencial foi realizada mediante a aplicação conjunta do MMSE e da B-ADL que, quando utilizados em combinação, apresentam alta sensibilidade no rastreio de quadros demenciais (Bottino et al., 2009).

Pelo fato do estudo ter por objetivo a validação de uma escala de rastreio de depressão, seu posicionamento no estudo justificou-se **apenas** quando alocado **antes** do diagnóstico do construto sindrômico através do método padrão-ouro de escolha, neste caso, a entrevista estruturada MINI-Plus.

A primeira aplicação da Escala de 10 itens ocorreu ao término da segunda fase (Fase 2) pela biomédica Diana Moitinho Bezerra; enquanto a segunda aplicação ocorreu logo em seguida, imediatamente após a troca de examinadores, no início da terceira fase (Fase 3) pelo pesquisador executante. Isto permitiu a avaliação da **equivalência** dos resultados obtidos entre dois avaliadores distintos, obtendo-se, por conseguinte, valores da confiabilidade do processo de validação.

No entanto, a aplicação da MINI-Plus, logo em seguida da Escala de 10 Itens, poderia apresentar respostas/resultados não fidedignos devido à possibilidade de indução de respostas da primeira na segunda, uma vez que contém questionamentos sobre o mesmo construto sindrômico clínico (síndrome depressiva).

Desta forma, com o objetivo de minimizar esta possibilidade de indução de respostas, e também de realizar um dos procedimentos necessários para o processo de validação proposto (**validação divergente**), escolheu-se um teste com características psicométricas semelhantes à D10, porém com finalidades opostas/divergentes a esta, para que fosse aplicada entre estes dois instrumentos (Escala de 10 itens e MINI-Plus).

Embora haja associação entre o uso de álcool/drogas e o construto sindrômico depressivo, escolheu-se a oitava subseção (área VIII) do DUSI-R para esta finalidade e, com o intuito de minimizar objetivamente esta possível associação, escolheu-se aplicar a CAGE, outra escala de rastreio quanto ao uso de álcool, para avaliar a sua direta correlação com a DUSI-R.

Outra característica necessária para o processo de validação da escala é a **validação convergente**, que neste estudo foi avaliada com a aplicação da MADRS. Embora as características psicométricas da MADRS não sejam destinadas para o rastreamento de depressão, mas para a avaliação da intensidade dos sintomas depressivos, uma correlação positiva entre esta e a D10 poderiam reforçar esta validade.

Para minimizar o risco de interferência do posicionamento dos instrumentos MADRS e CAGE no estudo, o primeiro correlacionando-se positivamente com a MINI-Plus (se alocado imediatamente antes ou após a MINI-Plus), ou o segundo

correlacionando-se com a DUSI-R (se alocado imediatamente após a DUSI-R), optou-se por realizar as entrevistas de forma alternada.

Deste modo, em metade dos pacientes a escala MADRS foi aplicada logo após a DUSI-R, e a escala CAGE após a MINI-Plus. Enquanto na outra metade dos pacientes, a escala CAGE foi aplicada após a DUSI-R, e a escala MADRS após a MINI-Plus. As duas metades da amostra foram denominadas de "Grupo 01" e "Grupo 02".

A D10, a CAGE, a DUSI-R e as Seções da MINI-Plus foram **obrigatoriamente** preenchidas na mesma entrevista, uma vez que havia a necessidade de aplicação da escala proposta e do padrão-ouro na mesma data, antes do início ou mudança de qualquer intervenção terapêutica (farmacológica ou não).

Explica-se a aplicação de **apenas** as Seções A, B, C, D, E, F e P da MINI-Plus, por serem as seções que englobam os diagnósticos dos transtornos afetivos do espectro do humor, pertinentes e de interesse nesta pesquisa. A Seção Z (Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão) não foi escolhida por referir-se a outro construto sindrômico que partilharia características em comum com todas as outras seções investigadas, e que poderia prejudicar a **validação concorrente**.

Uma vez que o presente estudo não tinha por objetivo incluir pacientes com síndromes demenciais, e por possuímos uma possível amostra heterogênea em níveis de escolaridade e alfabetização, a aplicação da CAMCOG **não** foi **obrigatória** na primeira entrevista. Justifica-se isto pelo fato das alterações cognitivas serem mais estáveis ao longo do tempo quando comparadas à sintomatologia depressiva e, deste modo, os resultados obtidos não interfeririam no processo de validação da escala.

Os resultados da CAMCOG foram utilizados para a confirmação de que os déficits cognitivos leves, inicialmente identificados pela MMSE, não fossem de gravidade suficiente para prejudicar o funcionamento global do paciente.

A terceira, e última, aplicação da D10 foi realizada pelo avaliador que a aplicou pela primeira vez, de forma cega aos resultados obtidos na semana anterior, via ligação telefônica, com o objetivo de avaliar a **estabilidade** dos resultados e, assim, aumentar a confiabilidade da escala.

Esta avaliação (teste – reteste) não passou o **limite máximo** de uma semana (7 dias) para ser realizada, uma vez que as terapêuticas farmacológicas passíveis de terem sido instituídas, já na primeira entrevista, poderiam correlacionar negativamente a escala com o construto sindrômico clínico, diminuindo, por sua vez, os valores de sua confiabilidade (ex., se a terapêutica farmacológica tivesse sido instituída na primeira semana e o novo reteste tivesse sido realizado acima de duas semanas após o início da farmacoterapia, poderíamos estar observando uma melhora na sintomatologia clínica devido ao uso da medicação como fator isolado, e isto interferiria nas respostas do paciente e, logo, na confiabilidade da escala).

4.5 Análise Estatística dos Dados

Os resultados obtidos foram submetidos à análise estatística, tendo sido utilizados os testes mais apropriados para os valores encontrados e também para a finalidade a que se propunha o estudo, fixando-se $p \leq 0,05$ como nível de rejeição da hipótese de nulidade. Para tal análise foi utilizado o pacote estatístico SPSS, versão 11.0.

Para a avaliação da normalidade de comportamento da amostra foi utilizado o **Teste Kolmogorov-Smirnov**. Os coeficientes de correlação entre duas variáveis numéricas de distribuição normal foram realizadas através do cálculo do **Coefficiente de Correlação de Pearson**. Já a correlação entre duas variáveis ordinais ou uma ordinal e uma numérica, ou ainda aquelas que não apresentavam uma distribuição normal, foi obtida através do cálculo do **Coefficiente de Correlação de Spearman**.

Para o cálculo da correlação entre os itens de um determinado instrumento entre si em um mesmo momento ou em momentos diferentes, quer pelo mesmo ou outro avaliador, foi calculado o **Coefficiente de Correlação Intraclasse**. Enquanto para a avaliação da correlação entre os itens em uma única avaliação, foi calculado o **Coefficiente Alfa de Cronbach**.

As análises **“Receiver Operating Characteristic” (ROC)** foram utilizadas para a obtenção dos valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e acurácia do instrumento em processo de validação.

4.6 Aspectos Éticos

O Prof. Dr. Cássio Machado de Campos Bottino, responsável pelo desenvolvimento e elaboração da Escala de 10 itens (D10), orientador do presente estudo, autorizou o processo de validação interna deste instrumento.

O projeto inicial, submetido à análise pela CAPPesq (protocolo nº 0476/04, data de entrada 31/10/07), foi aprovado em sessão de 26/10/07. No entanto, foram propostas alterações que visaram ao **refinamento** no processo de validação quando comparado ao projeto inicial.

Conforme determinações da CAPPesq, foi encaminhada e protocolada correspondência dirigida ao comitê de pesquisa, via Departamento de Psiquiatria da FMUSP em 12/05/08, com o intuito de aprovação das alterações solicitadas e sugeridas. Em sessão realizada em 25/06/2008, foi solicitada a elaboração de Novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sendo que a aprovação final do projeto ocorreu em sessão de 27/08/2008 (Protocolo nº0476/07) (ANEXO M).

Dra. Flávia Câmpora, Coordenadora do GAMIA (Grupo de Atendimento Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial) do Serviço de Geriatria do HCFMUSP, autorizou a participação dos pacientes ambulatoriais sob sua responsabilidade para comporem o grupo controle deste estudo; selecionando os sujeitos elegíveis a participarem deste estudo de seu ambulatório, e encaminhando suas informações e dados de contato à assistente administrativa do PROTER (Alessandra Vieira Rodrigues de Moraes), assegurando e tendo assegurado o sigilo de informações médicas dos pacientes.

Os pacientes foram devidamente orientados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO N) sobre o propósito do estudo e procedimentos que seriam utilizados, conforme detalhado no termo de consentimento.

4.7 Desenho do Estudo Proposto

Tratou-se de uma Pesquisa Clínica com Seres Humanos, Estudo Transversal, caso-controle.

4.8 Avaliação dos Riscos e Benefícios do Estudo

Risco mínimo oferecido pela entrevista clínica e pela aplicação das escalas que poderiam gerar algum desconforto para os sujeitos da pesquisa.

Benefício de investigação, diagnóstico e tratamento de depressão nos sujeitos da pesquisa.

Benefício de validação de uma escala para rastreamento de depressão geriátrica de aplicação rápida em idosos acima de 60 anos.

4.9 Avaliação dos Custos e Financiamentos do Estudo

Não houve custos para o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (IPq HC-FMUSP) nem qualquer tipo de patrocínio (fontes de fomento).

5 RESULTADOS

A "Amostra Total" (n=62) foi utilizada para o estudo da validade de critério (validade concorrente) levando-se em consideração o cálculo amostral segundo a estimativa de tamanho da amostra sob a curva ROC. Nos demais estudos propostos (confiabilidade e validade de construto) foi utilizada a "Sub Amostra", composta pelos primeiros 44 sujeitos da "Amostra Total" que já tinham preenchido os critérios de inclusão e exclusão propostos.

Conforme explicitado anteriormente, por motivos inerentes ao desenho da pesquisa, bem como pela ordem de alocação dos instrumentos de medida nela utilizados, os pacientes foram divididos em dois grupos ("Grupo 01" e "Grupo 02") com os sujeitos aleatoriamente e cegamente distribuídos.

Desta forma, os sujeitos advindos dos ambulatórios de psiquiatria ou geriatria, foram igualmente distribuídos entre os dois grupos. Esta divisão foi realizada com o objetivo de minimizar os riscos de vieses sistemáticos pelo risco de indução de resposta pelos instrumentos utilizados.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (01 e 02) quanto à possibilidade de indução de resposta. Quando avaliados como amostras isoladas, apresentaram um comportamento normal.

Nos estudos de confiabilidade e validade de construto, os sujeitos da "Sub Amostra" (n=44) foram submetidos à aplicação de **todos** os instrumentos de coleta de dados.

Por sua vez, no estudo de validade de critério, dezoito sujeitos da "Amostra Total" (n=62) não foram submetidos aos seguintes instrumentos: CAGE, DUSI-R, IQCODE e CAMCOG; por serem instrumentos que não interfeririam nos resultados deste estudo de validade.

Os dados obtidos referentes às características clínicas, ao desempenho cognitivo, ao declínio funcional, aos hábitos de vida referentes ao uso de substâncias, à intensidade dos sintomas apresentados, e aos diagnósticos identificados serão apresentados antes dos resultados dos três estudos propostos para o processo de validação. Estes dados foram obtidos a partir da aplicação dos instrumentos de coleta de dados mencionados anteriormente.

Os resultados dos três estudos serão apresentados segundo a ordem em que foram citados nos objetivos específicos: primeiramente pelos do Estudo da Confiabilidade (Estudo I), seguidos pelos do Estudo da Validade de Critério (Estudo II) e da Validade de Construto (Estudo III).

5.1. Descrição da Amostra

5.1.1 Características clínicas

A Tabela 4 apresenta os valores obtidos a partir da aplicação do instrumento "*Modified Cumulative Illness Rating Scale*" (M-CIRS) na caracterização da amostra quanto às suas características clínicas.

Tabela 4 - Características clínicas (M-CIRS) da amostra composta pelos sujeitos pertencentes à Amostra Total

	AMOSTRA TOTAL (n=62)				
	Mínimo	Máximo	Média \bar{X}	Erro Padrão <i>SE</i>	Desvio Padrão <i>SD</i>
Escore Total M-CIRS	0	17,00	4,50	0,51	4,05
Índice					
Comorbidade*	0	5,00	0,90	0,16	1,28
Severidade**	0	1,31	0,34	0,40	0,31

FONTE: elaborada pelo Autor

* Índice de Comorbidade – representado pelo número de categorias comprometidas pontuadas com um escore superior a 2.

** Índice de Severidade - representado pela média das 13 primeiras categorias excluídas a psiquiátrica.

5.1.2 Uso de substâncias

Na Tabela 5 são apresentados os dados obtidos através dos instrumentos "CAGE Questionnaire" (CAGE) e "Drug Use Screening Inventory" (DUSI-R), que caracterizam a "Sub Amostra" e seus grupos 01 e 02 constituintes quanto ao rastreamento de uso de substâncias.

Tabela 5 - Características quanto ao uso de substâncias (CAGE e DUSI-R) da amostra composta pelos sujeitos pertencentes à Sub Amostra e a seus Grupos 01 e 02 constituintes.

	GRUPO 01 (n=22)		GRUPO 02 (n=22)		SUB AMOSTRA (n=44)	
	Média \bar{X}	Desvio Padrão <i>SD</i>	Média \bar{X}	Desvio Padrão <i>SD</i>	Média \bar{X}	Desvio Padrão <i>SD</i>
Escore Total CAGE	0,18	0,50	0,68	1,13	0,43	0,90
Escore Total DUSI-R	1,86	1,46	2,36	2,01	2,11	1,76

FONTE: elaborada pelo Autor

5.1.3 Desempenho cognitivo

A Tabela 6 apresenta a média e o desvio padrão das respostas relativas às aplicações dos instrumentos "Mini-Mental State Examination" (MMSE) e "Cambridge Cognitive Examination" (CAMCOG) na "Sub Amostra". Quanto ao desempenho cognitivo, não houve diferença estatisticamente significativa na comparação das pontuações ($p>0,05$) da MMSE entre a "Amostra Total" (média de 26,37; $SD=3,22$) e a "Sub Amostra" (média de 25,91; $SD=3,33$).

Tabela 6 - Características quanto ao desempenho cognitivo (MMSE e CAMCOG) da amostra composta pelos sujeitos pertencentes à Sub Amostra e a seus Grupos 01 e 02 constituintes.

	GRUPO 01 (n=22)		GRUPO 02 (n=22)		SUB AMOSTRA (n=44)	
	Média \bar{x}	Desvio Padrão SD	Média \bar{x}	Desvio Padrão SD	Média \bar{x}	Desvio Padrão SD
Escore Total MMSE	26,05	3,43	25,77	3,29	25,91	3,33
Orientação Temporal	4,68	0,65	4,41	0,80	4,55	0,73
Orientação Espacial	4,64	0,66	4,82	0,40	4,73	0,54
Registro	2,95	0,21	2,95	0,21	2,95	0,21
Atenção/Cálculo	3,32	1,91	3,45	1,62	3,39	1,76
Recordação/Evocação	2,50	0,74	2,41	0,85	2,45	0,79
Linguagem	7,36	0,90	7,23	1,15	7,30	1,02
Construção Visual	0,64	0,49	0,73	0,46	0,68	0,47
Escore Total CAMCOG	83,86	14,64	85,40	13,93	84,61	14,14
Orientação	9,27	1,24	9,14	0,99	9,20	1,11
Linguagem	23,82	4,36	24,23	4,13	24,02	4,20
Memória	22,91	4,28	22,77	4,48	22,84	4,33
Atenção/Concentração	4,55	2,11	4,73	2,00	4,64	2,04
Praxia	10,23	1,90	9,86	2,19	10,05	2,03
Cálculo	1,64	0,66	1,50	0,80	1,57	0,73
Pensamento Abstrato	3,55	2,89	4,36	2,72	3,95	2,80
Percepção	7,91	2,05	8,91	1,34	8,41	1,78

FONTE: elaborada pelo Autor

5.1.4 Intensidade dos sintomas

A Tabela 7 apresenta a média e o desvio padrão das respostas relativas à aplicação da "Montgomery-Asberg Depression Rating Scale" (MADRS) na "Sub Amostra". Quanto a intensidade dos sintomas depressivos, não houve diferença estatisticamente significativa na comparação das pontuações ($p>0,05$) da MADRS entre a "Amostra Total" (média de 15,60; $SD=13,62$) e a "Sub Amostra" (média de 20,25; $SD=13,48$).

Tabela 7 - Características quanto a intensidade dos sintomas (MADRS) da amostra composta pelos sujeitos pertencentes à Sub Amostra e a seus Grupos 01 e 02 constituintes.

	GRUPO 01 (n=22)		GRUPO 02 (n=22)		SUB AMOSTRA (n=44)	
	Média \bar{x}	Desvio Padrão SD	Média \bar{x}	Desvio Padrão SD	Média \bar{x}	Desvio Padrão SD
Escore Total MADRS	19,59	12,80	20,91	14,40	20,25	13,48
Tristeza Aparente	2,18	1,62	2,59	2,11	2,39	1,87
Tristeza Relatada	2,45	1,97	2,45	2,09	2,45	2,00
Tensão Interior	2,23	1,48	2,55	1,74	2,39	1,60
Alteração do Sono	2,59	1,89	2,64	1,96	2,61	1,91
Diminuição do Apetite	1,14	1,86	1,32	1,52	1,23	1,68
Dificuldade de Concentração	2,14	1,55	2,36	1,76	2,25	1,64
Inibição Motora	1,82	1,92	1,82	1,89	1,82	1,88
Incapacidade de Sentir	2,32	1,77	2,32	1,96	2,32	1,84
Pensamentos Pessimistas	1,77	1,44	2,05	1,76	1,91	1,60
Pensamentos Suicidas	0,82	1,22	0,82	1,10	0,82	1,15

FONTE: elaborada pelo Autor

5.1.5 Declínio funcional

Os dados referentes às atividades de vida diária e a avaliação do status do declínio funcional, obtidos pela aplicação dos instrumentos "*Bayer Activities of Daily Living*" (B-ADL) e "*Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*" (IQCODE), são apresentados abaixo (Tabela 8).

Tabela 8 - Características quanto às atividades de vida diária (B-ADL e IQCODE) da amostra composta pelos sujeitos pertencentes à Sub Amostra e aos seus Grupos 01 e 02 constituintes.

	GRUPO 01 (n=22)		GRUPO 02 (n=22)		SUB AMOSTRA (n=44)	
	Média \bar{x}	Desvio Padrão SD	Média \bar{x}	Desvio Padrão SD	Média \bar{x}	Desvio Padrão SD
Escore Total B-ADL	3,61	2,40	2,78	1,52	3,20	2,03
Escore Total IQCODE	3,41	0,34	3,51	0,48	3,46	0,41

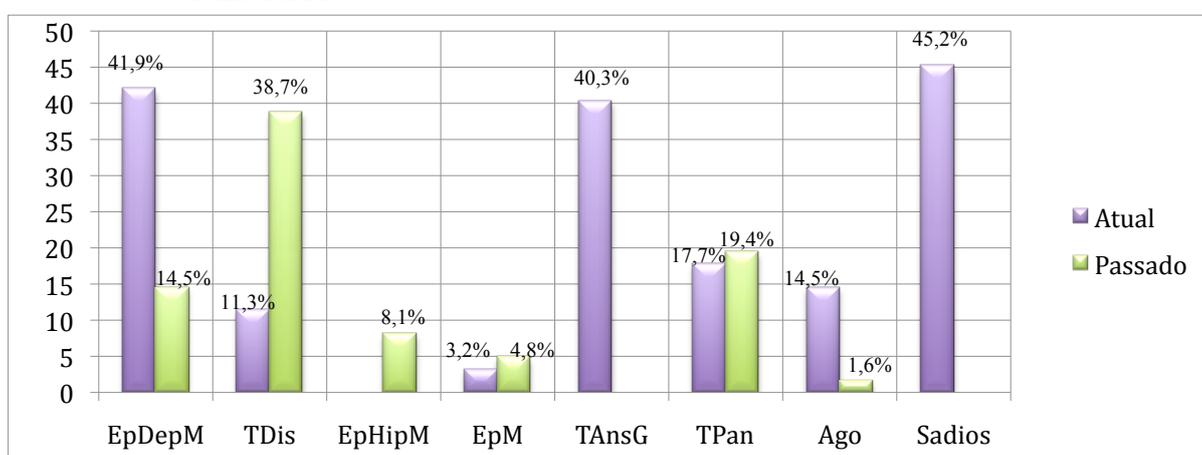
FONTE: elaborada pelo Autor

5.1.6 Diagnósticos

A Figura 3 apresenta as características da "Sub Amostra" e da "Amostra Total" quanto aos diagnósticos isolados obtidos por meio da aplicação das Seções A, B, D, E, F e P da entrevista diagnóstica padronizada breve "*Mini International Neuropsychiatric Interview*" (MINI-Plus). As Seções A, B, D, E, F e P avaliaram, respectivamente, a presença ou ausência de Episódio Depressivo Maior (EpDepM), Transtorno Distímico (TDist), Episódio Hipomaniaco (EpHipM) e Episódio Maníaco

(EpM) Transtorno de Pânico (TPan), Agorafobia (Ago) e Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAnsG). São apresentadas frequência e porcentagem das respostas relativas `a essas variáveis discriminadas quanto `a localização temporal do episódio (atual e/ou passado). A variável “Transtorno de Ansiedade Generalizada” foi a única que não permitia essa diferenciação temporal.

Figura 3 - Distribuição dos diagnósticos na Amostra Total obtidos pela MINI-Plus.



FONTE: elaborada pelo Autor

Nota: EpDepM – Episódio Depressivo Maior; TDis – Transtorno Distímico; EpHipM – Episódio Hipomaniaco; EpM – Episódio Maníaco; TAnsG – Transtorno de Ansiedade Generalizada; ; TPan – Transtorno de Pânico; Ago – Agorafobia.

Interessante ressaltar que 10 sujeitos (16,1%) da "Amostra Total" apresentaram, em sua história, sinais de hiperativação (hipo)maníforme, sugerindo o diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar. Oito destes apresentaram histórico passado de comprometimento, sendo 5 (8,1%) de Episódio Hipomaniaco Passado e 3 (4,8%) de Episódio Maníaco Passado. Apenas 2 (3,2%) apresentaram diagnóstico de Episódio Maníaco Atual e corresponderam aos 2 sujeitos que apresentaram o diagnóstico de Episódio Misto, uma vez que compartilhavam o diagnóstico concomitante de Episódio Depressivo Maior Atual.

Salienta-se que, dentre todos os diagnósticos passíveis de serem realizados pela entrevista estruturada nas seções supra citadas, tornou-se necessária a discriminação temporal dos diagnósticos dos sujeitos. Deste modo, para que os objetivos específicos deste projeto fossem alcançados, as frequências e porcentagens dos diagnósticos posicionados temporalmente no "passado" foram excluídas da análise dos dados e os valores totais brutos das frequências dos diagnósticos, por não discriminarem a presença ou ausência de comorbidades, foram corrigidas através do algoritmo para redução do número de transtornos coexistentes `aqueles mais significativos clinicamente ⁴.

Uma vez corrigidas as três variáveis (TAnsG, TDist e EpDepM) e de posse dos novos valores, foi possível a re-estruturação do perfil de distribuição da amostra quanto aos diagnósticos isolados e com comorbidades (Tabela 9).

Tabela 9 - Características quanto aos diagnósticos atuais isolados da amostra composta pelos sujeitos pertencentes aos Grupos 01, 02 e Total.

	AMOSTRA TOTAL (n=62)		AMOSTRA TOTAL (n=62)	
	ANTES DA CORREÇÃO		APÓS A CORREÇÃO	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Episódio Depressivo Maior Atual	26*	41,9*	26	41,93
Transtorno Distímico Atual	7*	11,3*	7	11,30
Episódio Hipomaniaco Atual	0	0	0	0
Episódio Maníaco Atual	2	3,2	2	3,22
Transtorno de Ansiedade Generalizada	25*	40,3*	7**	11,30**
Transtorno de Pânico Atual	11	17,7	11	17,74
Agorafobia Atual	9	14,5	9	14,52
Sadios	28	45,16	28	45,16

FONTE: elaborada pelo Autor

Nota: * Variáveis Diagnósticas que poderiam sofrer alterações após a correção em que **TDist (+) TAnsG = TDist** e **EpDepM (+) TAnsG = EpDepM**.

** Valores que sofreram alterações após a correção quando comparados com os valores prévios.

⁴ "Critérios para Excluir Outros Transtornos do Eixo I" - parte integrante da versão brasileira 5.0.0 da MINI-Plus (Amorin, 2000).

Relevante ressaltar que todas estas correções só vieram a alterar o valor bruto da variável TAnsG (40,3% antes e 11,3% após a correção dos valores) sendo que as demais variáveis mantiveram estáveis os seus valores brutos.

Os dados referentes à Seção C da MINI-Plus (“Risco de Suicídio”) são apresentados em frequência e porcentagem referentes ao risco de suicídio (se presente ou não) e de sua classificação quanto à gravidade (Tabela 10).

Tabela 10 - Características quanto ao risco de suicídio da Sub Amostra e da Amostra Total.

	SUB AMOSTRA (n=44)		AMOSTRA TOTAL (n=62)	
	Média \bar{X}	Desvio Padrão <i>SD</i>	Média \bar{X}	Desvio Padrão <i>SD</i>
Escore Total Risco de Suicídio	2,14	4,58	1,52	4,03
	Frequência (<i>n</i>)	Porcentagem (%)	Frequência (<i>n</i>)	Porcentagem (%)
Ausente	23	52,3	41	66,1
Presente	21	47,7	21	33,9
Baixo	16	36,4	16	25,8
Moderado	1	2,3	1	1,6
Alto	4	9,1	4	6,5

FONTE: elaborada pelo Autor

5.2. Estudo da Confiabilidade (Estudo I)

5.2.1. Consistência interna

A Consistência Interna do teste foi obtida através da análise da consistência interna dos itens, isto é, verificando a congruência que cada item do teste tinha com o

restante dos itens do mesmo teste. A Tabela 11 apresenta os valores deste coeficiente de precisão, Coeficiente *alfa* de Cronbach (α), da Escala de 10 Itens nos três momentos de sua aplicação na "Sub Amostra".

Tabela 11 - Valores do Coeficiente *alfa* de Cronbach da D10, obtidos entre mesmos e diferentes avaliadores, em três momentos distintos, da Sub Amostra no estudo de Consistência Interna.

	SUB AMOSTRA (n=44)			
		Avaliador 1	Avaliador 2	Avaliador 1
	D10 Valor Prévio	D10 1 ^a Aplicação (Fase 2)	D10 2 ^a Aplicação (Fase 3)	D10 3 ^a Aplicação (Fase 6)
Coeficiente <i>alfa</i> de Cronbach (IC 95%)	0,72 ^a	0,85*	0,82*	0,86*

FONTE: elaborada pelo Autor

Nota: * Correlação significativa para $p \leq 0,01$.
a Barcelos-Ferreira et al., 2009.

5.2.2. Equivalência (*inter-rater*)

A Equivalência do instrumento foi obtida a partir da análise de correlação dos escores totais e individualizados entre avaliadores distintos (Avaliador 01/1^a e Avaliador 02) no mesmo momento da aplicação. As variáveis numéricas foram avaliadas quanto a sua distribuição através do teste de Kolmogorov-Smirnov nos dois grupos e a sua caracterização simétrica indicou o cálculo do Coeficiente de Correlação de Pearson para o cálculo da correlação entre os escores totais. Os valores indicaram significativa correlação entre avaliadores (*inter-rater*) quando avaliados os grupos 01 e 02, e a "Sub Amostra" ($p \leq 0,01$) (Tabela 12).

Tabela 12 - Valores do Coeficiente de Pearson da Sub Amostra composta pelos sujeitos pertencentes aos Grupos 01 e 02 no estudo de Equivalência.

	GRUPO 01 (n=22)		GRUPO 02 (n=22)		SUB AMOSTRA (n=44)	
	Média \bar{X}	Desvio Padrão <i>SD</i>	Média \bar{X}	Desvio Padrão <i>SD</i>	Média \bar{X}	Desvio Padrão <i>SD</i>
Escore Total D10 Avaliador 01/1^a (Fase 2)	6,27	2,91	5,82	3,22	6,04	3,06
Escore Total D10 Avaliador 02 (Fase 3)	6,23	2,72	6,05	3,14	6,14	2,93
Coefficiente de Correlação	Pearson		Pearson		Pearson	
	r_p		r_p		r_p	
Avaliador 01/1^a X Avaliador 02	0,97*		0,94*		0,95*	

FONTE: elaborada pelo Autor

Nota: * Correlação significativa para $p \leq 0,01$.

Apesar da correlação dimensional ser elevada, indicando que existe uma relação linear positiva, o Coeficiente de Correlação de Pearson não permitia analisar o tamanho da contribuição de cada item do instrumento nos escores observados. Para tanto, O Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) foi calculado e é apresentado na sequência (Tabela13).

O quinto item do Instrumento (D10 05) apresentou o menor coeficiente de correlação (0,65), mas ainda indicando uma relação linear positiva moderada.

Tabela 13 - Valores do Coeficiente de Correlação Intraclasse para todas as categorias da Escala de 10 itens no estudo de Equivalência.

Categorias da Escala de 10 Itens (D10)	SUB AMOSTRA (n=44)			
	IC 95%			
	CCI	Mínimo	Máximo	α
D10 01 Está satisfeito com sua vida?	0,90	0,82	0,95	0,90
D10 02 Sente-se frequentemente chateado ou desanimado?	0,86	0,74	0,92	0,86
D10 03 Sente-se frequentemente sem esperança?	0,83	0,69	0,91	0,83
D10 04 Prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas novas?	0,83	0,69	0,91	0,83
D10 05 Sente-se sem valor ou inútil?	0,65*	0,35*	0,87*	0,65*
D10 06 Tem sentido pouco prazer nas coisas?	0,88	0,78	0,94	0,88
D10 07 Tem se sentido mais "nervoso"(a)?	0,85	0,73	0,92	0,85
D10 08 Tem se preocupado mais ultimamente?	0,85	0,73	0,92	0,85
D10 09 Tem apresentado emagrecimento	0,93	0,87	0,96	0,93
D10 10 Tem tido dificuldade para dormir?	0,90	0,81	0,94	0,90

FONTE: elaborada pelo Autor

Nota * Correlação <0,75 para $p \leq 0,01$.

Abreviações: IC = Intervalo de Confiança, CCI = Coeficiente de Correlação Intra- Classe,
 α = Coeficiente Alfa de Cronbach

5.2.3. Estabilidade (intra-rater)

A Estabilidade do instrumento foi obtida a partir da análise de correlação dos escores totais e individualizados entre o mesmo avaliador (Avaliador 01/1^a e Avaliador 01/2^a) em momentos distintos de aplicação (no dia da aplicação do instrumento padrão-ouro e após o intervalo de uma semana). As variáveis numéricas foram avaliadas, assim como na avaliação da equivalência, quanto a sua distribuição através do teste de Kolmogorov-Smirnov nos dois grupos e a sua caracterização simétrica indicou o cálculo do Coeficiente de Correlação de Pearson para o cálculo da correlação entre os escores totais. Os valores indicaram significativa correlação entre as duas avaliações realizadas pelo avaliador 02 (*intra-rater*) quando avaliados os grupos 01 e 02, e a "Sub Amostra" ($p \leq 0,01$) (Tabela 14).

Tabela 14 - Valores do Coeficiente de Pearson da Sub Amostra composta pelos sujeitos pertencentes aos Grupos 01 e 02 no estudo de Estabilidade.

	GRUPO 01 (n=22)		GRUPO 02 (n=22)		SUB AMOSTRA (n=44)	
	Média \bar{X}	Desvio Padrão <i>SD</i>	Média \bar{X}	Desvio Padrão <i>SD</i>	Média \bar{X}	Desvio Padrão <i>SD</i>
Escore Total D10 Avaliador 01/1^a (Fase 2)	6,23	2,72	6,05	3,14	6,14	2,93
Escore Total D10 Avaliador 01/2^a (Fase 6)	6,32	3,04	5,91	3,41	6,12	3,27
Coefficiente de Correlação	Pearson		Pearson		Pearson	
	r_p		r_p		r_p	
Avaliador 01/1^a X Avaliador 01/2^a	0,97*		0,94*		0,96*	

FONTE: elaborada pelo Autor

Nota: * Correlação significativa para $p \leq 0,01$.

Seguindo o mesmo raciocínio de interpretação do Coeficiente de Correlação de Pearson já referido anteriormente no estudo de equivalência, este não permitia analisar o tamanho da contribuição de cada item do instrumento nos escores observados, o que orientou o cálculo do Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) (Tabela15).

Interessante ressaltar que o quarto item do instrumento (D10 04) apresentou o menor coeficiente de correlação (0,68), porém ainda indicando uma relação linear positiva moderada.

Tabela 15 - Valores do Coeficiente de Correlação Intraclasse para todas as categorias da Escala de 10 itens no estudo de Estabilidade.

Categorias da Escala de 10 Itens (D10)	SUB AMOSTRA (n=44)			
	IC 95%			
	CCI	Mínimo	Máximo	α
D10 01 Está satisfeito com sua vida?	0,98	0,96	0,99	0,98
D10 02 Sente-se frequentemente chateado ou desanimado?	0,92	0,85	0,96	0,92
D10 03 Sente-se frequentemente sem esperança?	0,83	0,69	0,91	0,83
D10 04 Prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas novas?	0,68*	0,41*	0,82*	0,68*
D10 05 Sente-se sem valor ou inútil?	0,82	0,68	0,90	0,82
D10 06 Tem sentido pouco prazer nas coisas?	0,81	0,65	0,90	0,81
D10 07 Tem se sentido mais "nervoso"(a)?	0,90	0,81	0,94	0,90
D10 08 Tem se preocupado mais ultimamente?	0,85	0,73	0,92	0,85
D10 09 Tem apresentado emagrecimento	0,90	0,82	0,95	0,90
D10 10 Tem tido dificuldade para dormir?	0,94	0,89	0,97	0,94

FONTE: elaborada pelo Autor

Nota: * Correlação <0,75 para $p \leq 0,01$.

Abreviações: IC = Intervalo de Confiança, CCI = Coeficiente de Correlação Intra-Classe,
 α = Coeficiente *alfa* de Cronbach

5.3. Estudo da Validade de Critério (Estudo II)

5.3.1 Validade concorrente

A Validade Concorrente foi obtida pela análise “*Receiver Operating Characteristic*”, ou simplesmente curva ROC, expressa pela sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo da Escala de 10 Itens para cada um dos critérios-padrão investigados pelas Seções A, B, D, E, F e P da MINI-Plus. A curva ROC foi construída para identificar a classificação dos sujeitos segundo a utilização de vários critérios simultaneamente para a determinação dos pontos de corte com maior precisão diagnóstica.

As análises envolveram comparações isoladas ou em combinação das variáveis EpDepM, TDist e TAnsG (Tabela 9).

Uma vez que a D10 propõe-se a medir o construto sindrômico depressivo, as análises ROC foram realizadas tendo-se no mínimo uma variável (EpDepM ou TDist) no grupo caso, com ou sem comorbidades ansiosas (TAnsG e/ouTPan e/ou Ago), e sempre a variável "Sadio" no grupo controle (Figura 04).

Os pontos de corte para a D10, nas comparações diagnósticas, foram estabelecidos privilegiando-se o equilíbrio entre os valores de sensibilidade e especificidade, e são apresentados nas Tabelas de números 16, 17 e 18.

Tabela 16 - Pontos de corte da Escala de 10 Itens (D10) segundo as Curvas Roc em diferentes comparações entre casos com EpDepM (com/sem comorbidades) e controles (sádios com/sem comorbidades) na Amostra Total.

		AMOSTRA TOTAL (n=62)					
		PONTO DE CORTE	SENS %	ESPEC %	VPP %	VPN %	ACUR %
"EpDepM Isolado" x "Controle Sadio"							
n = 35 (7 x 28)	ASC = 1,00	3	100	64,3	41,2	100	71,4
		4-5	100	89,3	70	100	91,4
		6	85,7	100	100	96,6	97,1
"EpDepM (+) Comorbidade Ansiosa" x "Controle Sadio"							
n = 47 (19 x 28)	ASC = 1,00	4-5	100	89,3	86,4	100	93,6
		6	100	100	100	100	100
		7	84,2	100	100	90,3	93,6
"EpDepM Total" x "Controle Sadio"							
n = 54 (26 x 28)	ASC = 1,00	4-5	100	89,3	89,7	100	94,4
		6	96,2	100	100	96,6	98,1
		7	80,8	100	100	84,8	90,7
"EpDepM Total" x "Controle Sadio (+) TAnsG Isolado (+) TDist Total"							
n = 62 (26 x 36)	ASC = 0,91	5	100	72,2	72,2	100	83,9
		6	96,2	88,9	86,2	97	91,9
		7	80,8	91,7	87,5	86,8	87,1

FONTE: elaborada pelo Autor

Abreviações: ASC = Área Sob a Curva, ESPEC = Especificidade, SENS = Sensibilidade, VPP = Valor Preditivo Positivo, VPN = Valor Preditivo Negativo, ACUR = Acurácia.
EpDepM – Episódio Depressivo Maior; TDist – Transtorno Distímico; TAnsG – Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Tabela 17 - Pontos de corte da Escala de 10 Itens (D10) segundo as Curvas Roc em diferentes comparações entre casos com TDist (com/sem comorbidades) e controles (sadios com/sem comorbidades) na Amostra Total.

		AMOSTRA TOTAL (n=62)						
		PONTO DE CORTE	SENS %	ESPEC %	VPP %	VPN %	ACUR %	
"TDist Isolado" x "Controle Sadio"								
n = 28 (0 x 28)	ASC = 0,00	3	-	64,3	0	100	64,3	
		4 - 5	-	77,8	0	100	77,8	
		≥6	-	100	100	100	100	
"TDist (+) Comorbidade Ansiosa" x "Controle Sadio"								
n = 35 (7 x 28)	ASC = 1,00	3	100	64,3	41,2	100	71,4	
		4 - 5	100	89,3	70	100	91,4	
		6	57,1	100	100	90,3	91,4	
"TDist Total" x "Controle Sadio"								
n = 35 (7 x 28)	ASC = 1,00	3	100	64,3	41,72	100	71,4	
		4 - 5	100	89,3	70	100	91,4	
		6	57,1	100	100	90,3	91,4	
"TDist Total" x "Sadios (+) TAnsG Isolado (+) EpDepM Total"								
n = 62 (7 x 55)	ASC = 1,00	4	100	45,5	18,9	100	51,6	
		5	100	47,3	19,4	100	53,2	
		6	57,1	54,5	13,8	90,9	54,8	

FONTE: elaborada pelo Autor

Abreviações:

ASC = Área Sob a Curva, ESPC = Especificidade, SENS = Sensibilidade, VPP = Valor Preditivo Positivo, VPN = Valor Preditivo Negativo, ACUR = Acurácia.
EpDepM – Episódio Depressivo Maior; TDist – Transtorno Distímico; TAnsG – Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Tabela 18 - Pontos de corte da Escala de 10 Itens (D10) segundo as Curvas Roc em diferentes comparações entre casos com EpDepM e TDist (com/sem comorbidades) e controles (sadios com/sem comorbidades) na Amostra Total.

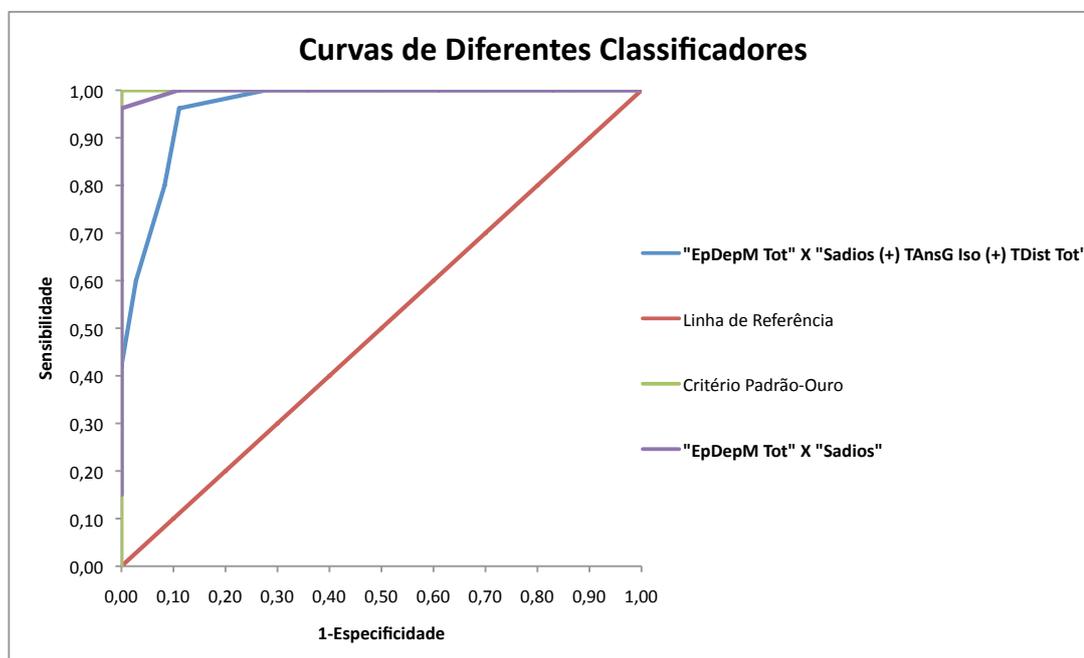
		AMOSTRA TOTAL (n=62)					
		PONTO DE CORTE	SENS %	ESPEC %	VPP %	VPN %	ACUR %
"EpDepM Isolado (+) TDist Isolado" x "Controle Sadio"							
n = 35 (7 x 28)	ASC = 1,00	4 - 5	100	89,3	70	100	91,4
		6	85,7	100	100	96,6	97,1
		7	71,4	100	100	93,3	94,3
"("EpDepM (+) Comorbidade Ansiosa" (+) "TDist (+) Comorbidade Ansiosa")" x "Controle Sadio"							
n = 53 (25 x 28)	ASC = 1,00	3	100	64,3	71,4	100	81,1
		4 - 5	100	89,3	89,3	100	94,3
		6	88	100	100	90,3	94,3
"EpDepM Total (+) Tdist Total" x "Controle Sadio"							
n = 61 (33 x 28)	ASC = 1,00	3	100	64,3	76,7	100	83,6
		4 - 5	100	89,3	91,7	100	95,1
		6	87,9	100	100	87,5	93,4
"EpDepM Total (+) Tdist Total" x "Sadios (+) TAnsG Isolado"							
n = 62 (33 x 29)	ASC = 1,00	4	100	86,2	89,2	100	93,5
		5	100	89,7	91,7	100	95,2
		6	87,9	100	100	87,9	93,5

FONTE: elaborada pelo Autor

Abreviações: ASC = Área Sob a Curva, ESPEC = Especificidade, SENS = Sensibilidade, VPP = Valor Preditivo Positivo, VPN = Valor Preditivo Negativo, ACUR = Acurácia.

EpDepM – Episódio Depressivo Maior; TDist – Transtorno Distímico; TAnsG – Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Figura 4 - Curvas ROC para os escores totais da Escala de 10 Itens (D10) e o diagnóstico de Episódio Depressivo Maior Total segundo a MINI-Plus.



FONTE: elaborada pelo Autor

Nota: Os pontos de dados são os valores médios dos escores. ASC=0,91 (ICF 95%) para $p \leq 0,01$.
 EpDepM Tot – Episódio Depressivo Maior Total; TDist Tot – Transtorno Distímico Total;
 TAnsG Iso – Transtorno de Ansiedade Generalizada Isolado.

5.4. Estudo da Validade de Construto (Estudo III)

5.4.1. Validade convergente

A validade convergente do instrumento foi obtida a partir da análise de correlação dos escores totais entre os avaliadores (Avaliador 01 e Avaliador 02) e o instrumento "*Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*" (MADRS) no mesmo dia e em momentos distintos de aplicação (no dia da aplicação do instrumento padrão-ouro e após o intervalo de uma semana). As variáveis numéricas foram avaliadas, assim como na avaliação da equivalência, quanto a sua distribuição através do teste de Kolmogorov-Smirnov nos dois grupos, e a sua caracterização simétrica

indicou o cálculo do Coeficiente de Correlação de Pearson para o cálculo da correlação entre os escores totais. A correlação dimensional mostrou-se elevada, indicando que existe uma relação linear positiva nas três correlações estudadas, o que permite a inferência de que os dois instrumentos, mesmo que sejam utilizados para finalidades distintas, medem o mesmo construto (Tabela 19).

Tabela 19 - Valores do Coeficiente de Pearson e Spearman da Sub Amostra composta pelos sujeitos pertencentes aos Grupos 01 e 02 no estudo da Validade Convergente.

	GRUPO 01 (n=22)		GRUPO 02 (n=22)		SUB AMOSTRA (n=44)	
	Média \bar{X}	Desvio Padrão SD	Média \bar{X}	Desvio Padrão SD	Média \bar{X}	Desvio Padrão SD
Escore Total MADRS	19,59	12,80	20,91	14,40	20,25	13,48
Escore Total D10 Avaliador 01/1 ^a	6,27	2,91	5,82	3,22	6,04	3,06
Escore Total D10 Avaliador 02	6,23	2,72	6,05	3,14	6,14	2,93
Escore Total D10 Avaliador 01/2 ^a	6,32	3,04	5,91	3,41	6,11	3,23
Coefficiente de Correlação	Pearson r_p	Spearman r_s	Pearson r_p	Spearman r_s	Pearson r_p	Spearman r_s
Escore Total D10 Avaliador 01/1 ^a (X) Escore Total MADRS	0,89* (p=0,00)	0,88* (p=0,00)	0,85* (p=0,00)	0,74* (p=0,00)	0,87* (p=0,00)	0,81* (p=0,00)
Escore Total D10 Avaliador 02 (X) Escore Total MADRS	0,82* (p=0,00)	0,81* (p=0,00)	0,80* (p=0,00)	0,76* (p=0,00)	0,81* (p=0,00)	0,78* (p=0,00)
Escore Total D10 Avaliador 01/2 ^a (X) Escore Total MADRS	0,84* (p=0,00)	0,85* (p=0,00)	0,87* (p=0,00)	0,77* (p=0,00)	0,85* (p=0,00)	0,81* (p=0,00)

FONTE: elaborada pelo Autor

Nota: * Correlação significativa para $p \leq 0,01$.

No entanto, apesar de estarmos, *a priori*, analisando duas variáveis numéricas, para a qual o Coeficiente de Correlação de Pearson seria suficiente e ideal, não

estariamos levando em conta o fato de que cada item da escala de rastreio contribuiria com a mesma amplitude de possibilidade de pontuação (0 ou 1), enquanto a MADRS, por sua vez, apresentaria maiores possibilidades de variações de pontuações (0 a 6) em cada um dos itens e, por conseguinte, estes itens poderiam contribuir com pesos diferentes no escore final total do instrumento. Desta forma, o cálculo da correlação entre as variáveis seria melhor analisado utilizando-se o Coeficiente de Correlação de Spearman. Também foram identificados elevados coeficientes de correlação que foram úteis na confirmação de que, mesmo em momentos temporais diferentes e por avaliadores distintos os instrumentos mediram o mesmo construto.

5.4.2 Validade divergente

A Validade divergente do instrumento foi obtida a partir da análise de correlação dos escores totais entre os avaliadores (Avaliador 01 e Avaliador 02) e o instrumento "*CAGE Questionnaire*" (CAGE) no mesmo dia e em momentos distintos de aplicação (no dia da aplicação do instrumento padrão-ouro e após o intervalo de uma semana). As variáveis numéricas foram avaliadas, assim como na avaliação da equivalência, quanto a sua distribuição através do teste de Kolmogorov-Smirnov nos dois grupos. A sua caracterização simétrica indicou o cálculo do Coeficiente de Correlação de Pearson para avaliação da correlação entre os escores totais (Tabela 20).

Tabela 20 - Valores do Coeficiente de Pearson e Spearman da Sub Amostra composta pelos sujeitos pertencentes aos Grupos 01 e 02 no estudo da Validade Divergente.

	GRUPO 01 (n=22)		GRUPO 02 (n=22)		SUB AMOSTRA (n=44)	
	Média \bar{X}	Desvio Padrão <i>SD</i>	Média \bar{X}	Desvio Padrão <i>SD</i>	Média \bar{X}	Desvio Padrão <i>SD</i>
Escore Total MADRS	19,59	12,80	20,91	14,40	20,25	13,48
Escore Total CAGE	0,18	0,50	0,68	1,13	0,43	0,90
Escore Total DUSI - R	1,86	1,46	2,36	2,01	2,11	1,76
Escore Total D10 Avaliador 01/1 ^a	6,27	2,91	5,82	3,22	6,04	3,06
Escore Total D10 Avaliador 02	6,23	2,72	6,05	3,14	6,14	2,93
Escore Total D10 Avaliador 01/2 ^a	6,32	3,04	5,91	3,41	6,12	3,23
Coefficiente de Correlação	Pearson	Spearman	Pearson	Spearman	Pearson	Spearman
	r_p	r_s	r_p	r_s	r_p	r_s
Escore Total D10 Avaliador 01/1 ^a (X) Escore Total CAGE	0,06 (p=0,78)	0,00 (p=0,99)	0,09 (p=0,70)	0,09 (p=0,68)	0,08 (p=0,73)	0,05 (p=0,84)
Escore Total D10 Avaliador 02 (X) Escore Total CAGE	0,14 (p=0,53)	0,16 (p=0,49)	0,10 (p=0,66)	0,10 (p=0,10)	0,12 (p=0,59)	0,13 (p=0,30)
Escore Total D10 Avaliador 01/2 ^a (X) Escore Total CAGE	0,05 (p=0,81)	0,05 (p=0,84)	0,12 (p=0,61)	0,14 (p=0,52)	0,08 (p=0,71)	0,10 (p=0,68)
Escore Total DUSI-R (X) Escore Total CAGE	0,04 (p=0,88)	0,04 (p=0,85)	0,577* (p=0,005)	0,536** (p=0,01)	0,306* (p=0,005)	0,290** (p=0,01)
Escore Total MADRS (X) Escore Total CAGE	-0,10 (p=0,66)	-0,12 (p=0,59)	-0,02 (p=0,94)	-0,06 (p=0,81)	-0,06 (p=0,80)	-0,09 (p=0,70)
Escore Total MADRS (X) Escore Total DUSI-R	0,441** (p=0,04)	0,547* (p=0,008)	0,25 (p=0,26)	0,28 (p=0,21)	0,35 (p=0,15)	0,41 (p=0,11)

FONTE: elaborada pelo Autor

Nota: * Correlação significativa para $p \leq 0,01$; valores expressos em até 3 casas decimais.

** Correlação significativa para $p \leq 0,05$; valores expressos em até 3 casas decimais.

Por se tratar de uma escala construída com a mesma possibilidade de amplitude de pontuação (0 ou 1) em cada item, não haveria a necessidade de cálculo do Coeficiente de Correlação de Spearman. Não foram identificadas correlações positivas entre o instrumento CAGE e a Escala de 10 itens em nenhum dos momentos em que foi avaliada e nem quando avaliada por avaliadores distintos.

A ausência de correlação entre estes dois instrumentos, que mediam construtos distintos, foi reforçada quando analisada a correlação entre a MADRS e a CAGE (mesma situação como descrita no estudo de validade convergente em que uma das escalas apresentava a possibilidade de pesos diferentes de valores de seus itens no score final) através do Coeficiente de Correlação de Spearman que mostrou-se negativo, reforçando a divergência entre o construto mensurado pela MADRS e aquele mensurado pela CAGE. A correlação positiva entre a DUSI e a CAGE para $p \leq 0,01$ demonstrou que estes dois instrumentos avaliam o mesmo construto, mas que estes diferem daquele mensurado pela MADRS (Tabela 20).

6 DISCUSSÃO

Diversas maneiras para a mensuração de construtos clínicos, de um modo rápido e eficaz, têm sido questionadas no momento do desenvolvimento e validação de instrumentos psicométricos. Estes procedimentos, por vezes contraditórios, parecem refletir a ausência de concordância entre pesquisadores quanto à teoria das medidas nas ciências, sobretudo nas ciências psicossociais.

Esta pesquisa teve, como objetivo principal, a validação de uma escala de rastreamento de sintomas depressivos em idosos, construída a partir de itens das escalas GDS e CES-D, assim como de itens adicionais determinados por um consenso entre profissionais com experiência no atendimento a idosos brasileiros deprimidos.

Uma possível contradição quanto ao próprio processo de conceituação deste instrumento poderia ser questionada, podendo ele ser considerado "novo" ou uma "versão reduzida", uma vez que foram utilizados, em sua construção, itens preexistentes oriundos de duas escalas amplamente validadas (GDS e CES-D).

Muitas são as justificativas, já descritas, favoráveis ao desenvolvimento de "versões reduzidas" de instrumentos psicométricos, sendo que grande parte delas objetivam a diminuição de custos e do tempo de aplicação e/ou de observação, sem que cause uma significativa alteração de sua validade quando comparada à versão original (Smith et al., 2000).

Ainda que estas justificativas sejam plausíveis, duas objeções devem ser cuidadosamente avaliadas durante o processo de desenvolvimento destas "versões

reduzidas". A primeira diz respeito ao viés de conceito que muitos pesquisadores têm ao assumirem que a "evidência de validade e confiabilidade do instrumento original se aplica automaticamente às versões reduzidas". E a segunda, ao conceito de que "por serem versões reduzidas, seria necessária (ou ao menos, aceitável) uma menor evidência de validade".

Uma vez que a via comum para o desenvolvimento e validação de uma "versão reduzida" contém os mesmos processos de desenvolvimento e validação requeridos para qualquer teste, a escala passa a ser classificada e considerada, metodologicamente, como um "novo" instrumento (Smith et al., 2000). Partindo deste contexto, a Escala de 10 itens (D10) não foi construída apenas por itens provenientes de uma única escala, mas de duas e, por este motivo constitutivo e também metodológico, pode ser considerada um "novo" instrumento.

Após a sua construção inicial, a D10 foi submetida a uma breve análise (estudo piloto) quanto às suas possíveis características psicométricas em uma amostra extra-hospitalar, composta por 20 idosos deprimidos (idade média de 73,6 anos; $SD= 8,7$; 70% do gênero feminino) diagnosticados de acordo com os critérios do DSM-IV (escore médio de pontuação de 7 pontos). Uma boa correlação entre a D10 e a MADRS ($r_s=0,87$, $p=0,01$) foi encontrada naquela mesma amostra. A consistência interna do instrumento foi considerada de moderada a boa (Coeficiente *alfa* de Cronbach de 0,72) e uma alta correlação com os valores da GDS-5 na comunidade ($r_s=0,85$, $p=0,001$) foi observada. Quando tomada a GDS-5 como critério padrão-ouro, a D10 apresentou sensibilidade de 78,8%, especificidade de 95,5%, valor preditivo positivo de 60,3% e valor preditivo negativo de 98,1% (Bottino, 2004).

A partir daqueles resultados, hipotetizou-se que o escore de corte de 7 pontos na D10 possibilitaria a identificação de sujeitos idosos com sintomas depressivos clinicamente significativos na comunidade (Bottino, 2004).

Dando continuidade ao desenvolvimento do "novo" instrumento, os 10 itens da escala foram avaliados qualitativamente, também, em uma grande amostra comunitária, composta por 1563 indivíduos na cidade de São Paulo com idade superior a 60 anos (idade média de 71 anos; $SD=8,0$; e idades entre 60 e 102 anos). A prevalência dos sintomas depressivos identificados foi semelhante aos já descritos na literatura em sujeitos com idade superior a 60 anos (Barcelos-Ferreira et al., 2009).

Relevante ressaltar que os itens da D10 não foram construídos meramente a partir de uma teoria, mas selecionados de um *pool* de itens que "pareciam medir" o construto depressivo. Logo, os itens incluídos no instrumento-piloto foram itens que possuíam validade de conteúdo real e não que simplesmente "teriam validade de face". Isto vai ao encontro da Teoria de Resposta ao Item (TRI) que tem interesse em produzir "itens de qualidade" e não simplesmente um "teste de qualidade", como na Teoria Clássica dos Testes (TCT) (Pasquali, 2003). Ou seja, a TRI permite a construção de tantos testes válidos quanto necessários mediante a existência prévia de "itens válidos" ("itens de qualidade").

Os dois principais postulados da TRI na construção de um instrumento foram alcançados pela D10 no momento de sua elaboração e construção: a "unidimensionalidade" e a "independência local". "Unidimensionalidade" pela admissão e comprovação de que havia um fator dominante (o construto depressivo que supostamente estaria sendo medido pelo teste) responsável pelo conjunto de itens; e a "independência local", pela comprovação de que as respostas a quaisquer

um dos itens terem sido estatisticamente independentes, ou seja, os itens foram respondidos em função do traço latente predominante e não em função da memória ou outros traços latentes.

Com o estabelecimento da dimensionalidade do construto, de sua definição constitutiva e operacional, de sua operacionalização, bem como da elaboração de seu instrumento-piloto, foram finalizados os procedimentos teóricos para a construção do instrumento de medida, dando-se início, a partir de então, ao processo de validação que agora está sendo apresentado.

6.1 Caracterização da Metodologia Utilizada

Uma possível limitação do presente estudo foi o fato de ter sido realizado com uma amostra clínica de conveniência selecionada em ambulatório de hospital terciário e, portanto, poder-se-ia esperar que a aplicação desse mesmo instrumento em uma amostra comunitária apresentaria resultados distintos. Isto seria de particular importância para estudos populacionais, nos quais as variações na sensibilidade e na especificidade dos testes utilizados na comunidade poderiam determinar variações nas taxas de prevalência e incidência obtidas. Por este motivo, as validades "Interna" e "Externa" dificilmente seriam avaliadas simultaneamente em um mesmo estudo, uma vez que o controle rígido das questões experimentais distanciaria a situação experimentada da realidade (prejudicando a validade externa); enquanto a condução de experiências em situações reais dificultaria a obtenção de sua validade interna.

A avaliação individualizada do instrumento em diferentes ambientes e amostras permitiria a avaliação das duas validades separadamente, tendo sido

escolhida a validade interna como objeto deste estudo. Logo, o cálculo amostral não pôde se valer da prevalência do construto depressivo na comunidade, uma vez que seria necessária uma amostra mais homogênea, ao nível terciário de atendimento, para o processo de validação interno proposto.

Por sua vez, o cálculo amostral baseado na estimativa pela área sob a curva (ASC) “*Receiver Operating Characteristic*” (ROC) vem sendo utilizado em inúmeros estudos (Tang e Liu, 2010; Stalbovskaya et al., 2007) por apresentar uma estreita correlação com a acurácia discriminatória esperada de um teste e, portanto, sendo capaz de identificar a presença ou não da condição em estudo no sujeito da pesquisa (Faraggi e Reiser, 2002; Zweig e Campbell, 1993; Bamber, 1975; Campbell, 1994). A ASC tem se tornado a medida preferida para avaliar a acurácia preditiva de um teste (Centor e Schwartz, 1985; Hanley e McNeil, 1982; Nelson, 1984; Nelson, 1986; Hilden, 1991; Dodd e Pepe, 2003) e, para que a D10 pudesse apresentar uma boa acurácia, a ASC deveria encontrar-se entre a margem de 0,80 e 0,90 (Bossarte et al., 2011), motivo pelo qual foi estipulado o valor de 0,85 para a estimativa do tamanho amostral.

A porcentagem de perdas e recusas em nosso estudo foi significativa (31,1%), mas semelhante a descrita em outros estudos da literatura que abordaram amostras populacionais de idosos (Barcelos-Ferreira et al., 2009, Veras e Coutinho, 1991, Xavier et al., 2001). Todavia, um maior número de recusas e/ou abandonos foi observado naqueles sujeitos sadios advindos do ambulatório de geriatria (40%) quando comparados aos advindos do ambulatório de psiquiatria (13,33%) e que deveram-se, principalmente, às dificuldades de seu deslocamento até o local de estudo e às limitações de saúde de seus parceiros(as) enfermos(as) dependentes.

A utilização de amostras de conveniência em estudos de validação interna é bem estabelecida e, uma vez que as características da amostra podem influenciar os níveis de sensibilidade e especificidade dos instrumentos utilizados, a combinação entre aqueles que avaliam construtos clínicos semelhantes (MMSE e B-ADL e IQCODE; CAGE e DUSI-R) ou não (MADRS, MINI-Plus ou CAMCOG), mostrou-se uma estratégia interessante para a avaliação e inferência dos resultados. A amostra final, composta por 62 sujeitos, não apresentou diferenças significativas entre as variáveis sócio-demográficas, econômicas, clínicas, cognitivas e funcionais estudadas.

Os valores totais brutos das freqüências dos diagnósticos identificados pela MINI-Plus, *a priori*, não discriminavam a presença ou ausência de comorbidades, bem como não indicavam em que dimensão estas variáveis se apresentavam na amostra. Nos casos em que foram identificados transtornos comórbidos, foi adotado o algoritmo para redução do número de transtornos coexistentes `aqueles mais significativos clinicamente⁵. Desta forma, os dois transtornos que apresentaram características excludentes (Episódio Depressivo Maior Atual e Transtorno Distímico Atual) foram, então, avaliados isoladamente e em conjunto com o transtorno que apresentou maior prevalência entre os transtornos ansiosos (Transtorno de Ansiedade Generalizada).

Por ser tratar de um instrumento com finalidades diagnósticas, a MINI-Plus apresenta uma hierarquia de critérios que possibilita diagnósticos isolados e/ou comórbidos. Desta maneira, os sujeitos que foram diagnosticados com Episódio Depressivo Maior Atual não poderiam receber o diagnóstico de Transtorno Distímico

⁵ " Critérios para Excluir Outros Transtornos do Eixo I " - parte integrante da versão brasileira 5.0.0 da MINI-Plus (Junho,2001).

Atual, tão pouco poderiam ser investigados quanto ao Episódio Depressivo Maior Passado, mas poderiam ser investigados quanto ao Transtorno Distímico Passado. Isto pode explicar a maior prevalência encontrada nas variáveis Episódio Depressivo Maior Atual e Transtorno Distímico Passado.

Os módulos A e B apresentavam critérios de exclusão entre si e permitiram a investigação temporal "Atual" somente para quatro dentre as seis possíveis combinações⁶. No entanto, em duas dessas combinações figurava uma das comorbidades como temporalmente "Passada" (Episódio Depressivo Maior Passado ou Transtorno Distímico Passado), as quais não foram avaliadas, restando as variáveis Episódio Depressivo Maior Atual e Transtorno Distímico Atual para serem avaliadas juntamente com o Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Por sua vez, o módulo P apresentava um critério hierárquico⁷ que poderia causar um viés na caracterização da amostra quanto aos diagnósticos encontrados. Se não pudesse ser feita a discriminação desta população dentro da amostra, teríamos que incluir uma nova variável diagnóstica referente ao módulo Z da MINI-Plus, o qual avaliaria a presença ou ausência do Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão. As maiores frequências diagnósticas foram encontradas quando o TAnsG aparecia como comorbidade, mas o mesmo não ocorria quando o TAnsG era avaliado isoladamente ou em conjunto com outros transtornos que partilhavam de

⁶ As combinações possíveis de serem avaliadas, levando-se em consideração a hierarquia dos transtornos baseada no DSM-IV, pela MINI-Plus nos módulos A e B eram: Episódio Depressivo Maior Atual (isolado), Episódio Depressivo Maior Atual e Transtorno Distímico Passado (comorbidade), Episódio Depressivo Maior Passado (isolado), Episódio Depressivo Maior Passado e Transtorno Distímico Atual (comorbidade), Transtorno Distímico Atual (isolado) e Transtorno Distímico Passado (isolado).

⁷ No início do módulo diagnóstico há duas questões e um filtro que correspondem aos critérios principais do transtorno. No questionamento "A ansiedade do(a) entrevistado(a) é restrita ou melhor explicada por qualquer outro transtorno Psiquiátrico já explorado até aqui?", uma resposta negativa permitiria o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada; enquanto uma resposta positiva não permitiria este diagnóstico comórbido.

características sintomatológicas semelhantes (síndromes ansiosas). Isto poderia refletir uma característica própria da amostra ou um viés na tendência a pontuar negativamente o filtro deste módulo diagnóstico, o que proporcionaria uma sobrevalorização deste mesmo diagnóstico.

Uma vez que os dois diagnósticos excludentes entre si (EpDepM e TDist) poderiam ser comórbidos com todos os outros diagnósticos, e que estes (TAnsG, TPan e Ago), por não apresentarem critérios de exclusão, poderiam coexistir entre si mesmos e com qualquer um dos excludentes, as variáveis tiveram que ser reavaliadas quanto a duas associações: "EpDepM (+) TAnsG" e "TDist (+) TAnsG". Desta maneira, observou-se que os sujeitos da amostra que apresentavam estas duas associações poderiam ter seus diagnósticos explicados apenas por categorias como EpDepM ou TDist; ou seja, os sintomas ansiosos do entrevistado poderiam ser melhor explicados por estas duas categorias diagnósticas e não pelo TAnsG que, se confirmado, seria comórbido. No entanto, isto não foi observado quando existia outro transtorno de ansiedade (TPan e/ou Ago) isolado ou em conjunto com as duas associações envolvendo o TAnsG ("EpDepM (+) TAnsG" e "TDist (+) TAnsG").

6.2 Estudo I - Estudo da Confiabilidade

6.2.1 Consistência interna

A estimativa de quão uniformemente os itens contribuíram para a soma não ponderada do instrumento foi fornecida pelo Coeficiente *alfa* de Cronbach, que tem escores variando entre 0 e 1. Desta forma, um instrumento apresentaria consistência

interna se o menor valor encontrado fosse 0,7 (Nunnally e Bernstein, 1994; Kaplan e Saccuzzo 1982; Murphy e Davidshofer, 1988); enquanto um coeficiente entre 0,8 e 0,9 indicaria um instrumento com consistência moderada (Murphy e Davidshofer, 1988).

Interessante ressaltar que os valores encontrados neste estudo mantiveram-se estáveis nos três momentos de aferição na mesma população (*alfa* médio de 0,84, variando de 0,82 a 0,86). A diferença entre o valor de *alfa* do instrumento no estudo piloto (0,72) e a média do estudo atual (0,84) reitera dados da literatura que reforçam que uma mesma medida, quando administrada a uma amostra de sujeitos mais ou menos homogêneos produziria escores com diferentes confiabilidades (Thompson, 2002). Deste modo, os valores elevados de *alfa* (entre 0,8 e 0,9) identificados reforçam a homogeneidade nas variâncias inter-itens da D10 na amostra investigada no presente estudo (Maroco e Garcia-Marques, 2006).

Valores entre 0,8 e 0,9 do Coeficiente *alfa* de Cronbach da CES-D foram descritos em inúmeros estudos (Ros et al., 2011; Lehmann et al, 2011; Al-Modallal, 2011), bem como para a GDS, independentemente de serem versões reduzidas do instrumento (Nyunt et al., 2009). Os valores de *alfa* encontrados na D10 concedem a este "novo" instrumento uma consistência moderada a elevada, semelhante a encontrada e descrita nas versões originais e reduzidas das escalas CES-D e GDS.

6.2.2 Equivalência (inter-rater)

A investigação da concordância da aplicação do instrumento entre observadores independentes permitiu o estudo da equivalência da escala D10. Como

as variáveis tempo e alocação dos instrumentos não interferiram nas respostas obtidas nas aplicações da D10 ($p>0,05$), os escores obtidos puderam ser avaliados como se tivessem sido coletados simultaneamente. Desta forma, o intervalo de tempo entre as duas avaliações (média de 4 minutos) não foi considerado como variável dependente do estudo de estabilidade, mas sim do estudo de equivalência do teste.

Apesar do estudo de confiabilidade diferir do estudo de validade, tanto em sua conceituação quanto em sua operacionalização, o potencial viés sistemático de resposta entre o primeiro e segundo avaliadores (este último também responsável pela aplicação do padrão-ouro no estudo de validade concorrente) foi minimizado. Desse modo, as respostas obtidas no momento de calibração (prévio ao início do estudo) e após a coleta de dados (entre os diferentes avaliadores) indicaram que os sujeitos foram avaliados da mesma maneira, independentemente do conhecimento de seus diagnósticos. Ademais, a aplicação da D10 antecedeu a aplicação do teste padrão-ouro (MINI-Plus), para minimizar o possível viés de análise do resultado final. Desta forma, o coeficiente de correlação encontrado (0,95) expressou o alto grau de concordância entre os avaliadores (*inter-rater*) e, juntamente com as informações acima descritas, reforçam a confiabilidade da D10.

6.2.3 Estabilidade (*intra-rater*)

No caso da avaliação teste-reteste, dois principais fatores tiveram que ser avaliados cuidadosamente para minimizar a eventual instabilidade do construto clínico. O intervalo de tempo teste reteste (7 dias) não poderia ser curto o suficiente para que pudesse ser influenciado pela recordação das respostas dadas inicialmente

(o sujeito poderia dar a mesma resposta simplesmente por se lembrar dela e não em função de seu estado no momento da entrevista); tão pouco ser longa o suficiente para que outras variáveis internas ou externas pudessem mudar o padrão de respostas do sujeito em relação ao construto que estava sendo avaliado (Waltz et al., 1991; Pasquali, 1997; Polit et al., 2004; Helzer et al., 1977), como a resposta clínica esperada pelo início de terapêutica antidepressiva (Stahl et al., 2001; Katz et al., 2010).

Assim como no estudo de equivalência, os resultados avaliados no estudo de estabilidade do instrumento não levaram em consideração os diagnósticos identificados pelo instrumento padrão-ouro do estudo de validade concorrente. Todavia, os possíveis vieses sistemáticos foram minimizados com a aplicação da D10 pelo mesmo avaliador que havia aplicado o teste pela primeira vez no paciente, cego ao resultado do padrão-ouro aplicado pelo pesquisador executante.

Ainda que realizado sem a presença do sujeito da pesquisa frente ao avaliador, a validade da aplicação de instrumentos de rastreamento de depressão em idosos via ligações telefônicas já está bem estabelecida (Aneshensel et al., 1982; Fowler Jr et al., 2002), sobretudo em relação as escalas CES-D (Chan et al., 2003; Heller et al., 2010) e a GDS (Carrete et al., 2001; Burke et al., 1995; Burke et al., 1997).

6.3 Estudo II - Estudo da Validade de Critério

6.3.1 Validade concorrente

A acurácia com que o instrumento discriminou os sujeitos que diferiram em determinadas características do critério padrão-ouro indicou que a D10 é útil para avaliar sujeitos portadores do construto sindrômico depressivo.

Ainda que apresentadas todas as possibilidades de combinações viáveis entre os diagnósticos investigados pela MINI-Plus neste estudo, duas comparações podem ser consideradas as mais relevantes.

As comparações "EpDepM Total" X "Sadios" (n=26 x n=28, respectivamente) e "EpDepM Total" X "Sadios (+) TAnsG Iso (+) TDist Total" (n=26 x n=36, respectivamente) foram as únicas comparações com poder amostral congruente ao previamente proposto (n=27 x n=27) capazes de discriminar aqueles com Transtorno Depressivo Maior daqueles com Transtorno Distímico e/ou Transtorno de Ansiedade Generalizada e/ou Sadios.

O rastreio de alguma doença é um processo imperfeito que resulta em probabilidade e não em certeza diagnóstica e, para calcular esta probabilidade, um dos métodos mais empregados e com melhores resultados é a curva ROC, quando são comparadas mensurações de sensibilidade e especificidade para uma pontuação pré determinada.

Apesar da discussão quanto a determinação do ponto de corte mais adequado em estudos populacionais (Kukull, 1998; Brucki et al., 2003), muitos estudos de rastreamento têm empregado os pontos de corte associados a uma maior

sensibilidade para uma especificidade alta, nos quais a principal ênfase seria a de detecção do maior número de casos sem que fosse necessária a reavaliação dos falsos positivos, o que seria muito dispendioso.

A melhor capacidade discriminatória desta escala de rastreamento (D10), entre os sujeitos com episódio depressivo (com ou sem comorbidade ansiosa) e os saudáveis, ou com transtorno distímico (com ou sem comorbidade ansiosa), ou ainda com transtorno de ansiedade isolado, foi obtida com a nota de corte de 6 pontos. Esta pontuação apresentou elevados graus de sensibilidade (96,2%), especificidade (88,9%), valor preditivo positivo (86,2%), valor preditivo negativo (97%) e acurácia (91,9%).

Características psicométricas dos instrumentos de rastreamento GDS e CES-D, bem como de suas versões reduzidas, já foram descritas e apresentaram valores próximos aos encontrados em nosso estudo, apesar dos seus diferentes desenhos de pesquisa. Para os melhores pontos de corte estipulados, os valores variaram dentro de uma faixa estreita: GDS 5 (sensibilidade 97%, especificidade 85% (Hoyl et al., 1999), (sensibilidade 94%, especificidade 81% (Rinaldi et al., 2003)); GDS 10 (sensibilidade 84,8%, especificidade 67,7%) e GDS 15 (sensibilidade 80,5%, especificidade 78,3%) (Almeida e Almeida, 1999); CES-D 20 (sensibilidade 95%, especificidade 70% (Thomas et al., 2001)), (sensibilidade 92%, especificidade 87% (Lyness et al., 1997)); CES-D 10 (sensibilidade 97%, especificidade 84% (Irwin et al., 1999)).

A robustez e a validade agregada dos resultados deveram-se, em grande parte, à utilização de uma entrevista diagnóstica estruturada, dificilmente utilizada em

processos de validação como padrão-ouro, e a ausência de conhecimento dos resultados e pontuações dos instrumentos aplicados entre os avaliadores 01 e 02.

6.4 Estudo III - Estudo da Validade de Construto

6.4.1 Validades convergente e divergente

Por sua vez, as estratégias de análise da validade de construto, através das técnicas de validação convergente e validação divergente, corroboraram os resultados obtidos com os estudos de validade de critério e de confiabilidade, permitindo tanto a avaliação da teoria que fundamentou a elaboração quanto a avaliação do próprio instrumento.

Uma correlação positiva entre a D10 e a MADRS indicou que ambos os instrumentos, ainda que desenvolvidos para propósitos distintos (D10 para rastreamento e a MADRS para avaliação da intensidade de sintomas), foram construídos em torno de um mesmo construto sindrômico. Suportaram esta informação, também, os semelhantes valores das correlações entre a MADRS e todas as aferições da D10, independentemente do momento ou mesmo do observador que havia realizado a sua aplicação.

Por outro lado, a baixa correlação entre a D10 e as escalas CAGE e DUSI-R pressupôs a sua não correlação com as variáveis que deveria diferir, tendo sido conferida, desta maneira, a validade divergente do instrumento, reforçada pela baixa correlação encontrada entre a MADRS e as escalas CAGE e DUSI-R.

Como descrito por McDowell (McDowel e Newell, 1996), a validade convergente equivaleria à avaliação da sensibilidade, enquanto a validade divergente equivaleria ao conceito de especificidade.

6.5 Tempo Médio de Aplicação

O tempo médio de aplicação da D10 (42 ± 4 segundos), por fim, não diferiu significativamente entre os sujeitos da pesquisa ($p > 0,05$), tendo a escala preenchido as características ideais de um instrumento de rastreamento quanto a sua aplicabilidade, ao seu custo, ao mínimo intervalo de tempo para a sua realização e ao mínimo transtorno e/ou desconforto causado nos pacientes.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que a Escala de 10 Itens (D10), proposta e desenvolvida pelo PROTER, pode ser um instrumento útil para o rastreamento de sintomatologia depressiva clinicamente significativa em idosos.

O objetivo geral de validação interna do novo instrumento foi obtido, bem como os objetivos específicos propostos:

1. Estudo da Confiabilidade: A D10 demonstrou boa consistência interna ($\alpha=0,84\pm 0,02$) e seus itens apresentaram boa equivalência (*inter-rater*) ($r_s=0,95$, $p\leq 0,01$) e boa estabilidade (*intra-rater*) ($r_s=0,95$, $p\leq 0,01$);
2. Estudo da Validade de Critério: A D10 apresentou elevados graus de sensibilidade (96,2%), especificidade (88,9%), valor preditivo positivo (86,2%), valor preditivo negativo (97%) e acurácia (91,9%) para um ponto de corte igual a 6 (validade concorrente);
3. Estudo da Validade de Construto: A D10 apresentou correlação significativa com a MADRS ($r_p=0,86$, e $r_s=0,81$, $p\leq 0,01$) (validade convergente); e não apresentou correlação com a CAGE ($p>0,05$) (validade divergente).

A D10 parece ter alcançado, também, os aspectos ideais de um instrumento de rastreio por ter levado curto período de tempo para ser realizado (42±4 segundos), não ter acarretado reações adversas ou efeitos colaterais, não ter requerido preparação prévia do paciente, tão pouco do entrevistador (não médico), não ter dependido de agendamento especial, e ter sido de baixo custo e fácil aplicabilidade.

A avaliação individualizada do instrumento em diferentes ambientes e amostras permitirá a avaliação das duas validades (interna e externa) separadamente, sendo a validade externa o próximo objeto de estudo, para que inferências de sua aplicabilidade possam ser validadas em uma amostra comunitária.

8 ANEXOS

Anexo A – "Check-List para aplicação do Protocolo de Instrumentos"



DEPARTAMENTO & INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



PROGRAMA DE POS-GRADUACAO STRICTO SENSU – MESTRADO

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Psiquiatria

LINHA DE PESQUISA: Psicometria/ Psicogeriatrics

ORIENTADOR: Prof. Dr. Cássio Machado de Campos Bottino

MESTRANDO: Daniel Sindelar Barczak

PROTOCOLO DE PESQUISA CAPESQ N°0476/07

TÍTULO: VALIDAÇÃO DE ESCALA PARA RASTREAMENTO DE DEPRESSÃO EM IDOSOS:
IMPORTÂNCIA DE UM TESTE DE APLICAÇÃO RÁPIDA

CHECK-LIST PARA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE INSTRUMENTOS

Assinalar com em SIM se preenchido e em NÃO se não preenchido o critério descrito.

	SIM	NÃO	CRITÉRIOS
CK01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Idade Superior a 60 anos (Ambos os Gêneros).
CK02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não Apresentar Síndrome Clínica Descompensada.
CK03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não Apresentar Histórico Progresso ou Atual Indicativo de Síndrome Psicótica.
CK04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não Apresentar Síndrome Demencial Grave.
CK05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ter Informante Qualificado.

ATENÇÃO

Se CK01, CK02, CK03 e CK04 assinalados como **SIM**, o paciente está **APTO A SER INCLUÍDO** no projeto de pesquisa supra-citado. Favor avisar Alessandra ou Luciana (PROTER – FONE: 3069-6973).

Atenciosamente,

Daniel Sindelar Barczak

Anexo B – "Mini-Mental State Examination" (MMSE)

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

			PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO OBTIDA
MM	01	Qual é a data de hoje?	01	
MM	02	Em que mês do ano estamos?	01	
MM	03	Em que ano estamos?	01	
MM	04	Que dia da semana é hoje?	01	
MM	05	Em que semestre estamos?	01	
MM	06	Em que país nós estamos?	01	
MM	07	Em que estado estamos?	01	
MM	08	Em que cidade estamos?	01	
MM	09	Em que bairro estamos?	01	
MM	10	Em qual andar nós estamos?	01	
MM	11	Carro, Vaso, Janela	03	
MM	12	Subtraia 7 de 100 e continue subtraindo 7 do restante. (93 – 86 – 79 – 72 – 65)	05	
MM	13	Carro, Vaso, Janela	03	
MM	15	Relógio, Caneta	02	
MM	16	Repita esta frase depois de mim: "nem aqui, nem ali, nem lá".	01	
MM	17	Leia essa frase e faça o que está sendo pedido: "Feche os olhos".	01	
MM	18	Escreva uma frase completa, de sua escolha, nesse pedaço de papel.	01	
MM	19	Pegue esta folha com sua mão direita/esquerda (mão oposta à que ele costuma usar), dobre uma vez ao meio com as duas mãos, e coloque no chão.	03	
MM	20	Copie este desenho	01	

TOTAL

Numero Total da Soma dos Escores

Anexo C – "Bayer Activities of Daily Living" (B-ADL)

BAYER ACTIVITIES OF DAILY LIVING (B-ADL)

		A pessoa tem dificuldade para...	PONTUAÇÃO	NÃO SE APLICA	NÃO SEI	ESCORE
BAD	01	...fazer suas atividades	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAD	02	... cuidar de si próprio	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAD	03	...tomar remédio sem supervisão	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAD	04	... cuidar de sua higiene pessoal	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAD	05	... lembrar de datas, acontecimentos e compromissos importantes	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAD	06	... concentra-se na leitura	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAD	07	... descrever o que ela acabou de ver ou ouvir	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAD	08	... participar de uma conversa	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAD	09	... usar o telefone	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAD	10	... dar um recado a outra pessoa	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAD	11	... sair para uma caminhada sem se perder	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAD	12	... fazer compras	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAD	13	... preparar comida	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAD	14	... contar o dinheiro sem errar	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAD	15	... lidar com suas contas	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAD	16	... ensinar o caminho, se perguntado	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAD	17	... usar eletrodomésticos	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAD	18	... orientar-se em lugar não familiar	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAD	19	... usar sozinho meios de transporte	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAD	20	... participar em atividades de lazer	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAD	21	... continuar com a mesma atividade depois de uma breve interrupção	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAD	22	... fazer duas coisas ao mesmo tempo	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



BAD 23	... lidar com situações não familiares	Nunca	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BAD 24	... fazer as coisas com segurança sem se machucar	Nunca	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BAD 25	... realizar uma tarefa quando sob pressão	Nunca	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
														<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL

Numero Total da Soma dos Escores



Anexo D – “Modified Cumulative Illness Rating Scale” (M-CIRS)

MODIFIED CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE (CIRS)

	AUSENTE	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUITO GRAVE
MCI 01 Cardiológico	01 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
MCI 02 Hipertensão arterial (severidade)	01 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
MCI 03 Vascular, linfático, hematopoiético	01 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
MCI 04 Respiratório (abaixo da laringe)	01 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
MCI 05 Olhos, orelhas, nariz, garganta	01 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
MCI 06 Gastrointestinal (alto)	01 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
MCI 07 Intestino (hérnia)	01 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
MCI 08 Hepático (só fígado)	01 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
MCI 09 Renal (só rim)	01 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
MCI 10 Genitourinário	01 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
MCI 11 Músculo-esquelético e Pele	01 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
MCI 12 Neurológico (menos demência)	01 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
MCI 13 Endócrino, metabólico, infecções	01 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
MCI 14 Cognitivo-Comportamental, Psiquiátrico	01 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>

ÍNDICE DE SEVERIDADE DA COMORBIDADE

Numero total das 13 categorias em que a pontuação é igual ou superior a 3.

ÍNDICE DE SEVERIDADE DA COMORBIDADE

Média de pontos das 13 categorias

Anexo E – "Questionário Sócio-Demográfico"

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

SD 1 GÊNERO

01 - Feminino	02 - Masculino			88 - NS
				99 - NR

SD1=

SD 2 MELHOR DESCRIÇÃO

1 - Branco	2 - Pardo	3-Negro	4-Asiático	88 - NS
				99 - NR

SD2=

SD 3 COR

1 - Branco	2 - Pardo	3-Negro	4-Asiático	88-NS
				99 - NR

SD3=

SD 4 ESTADO CIVIL

1 - Solteiro (a)	2 - Casado (a)	3-Divorciado (a)	4-Separado (a)	88-NS
5-Viúvo (a)	6-Outro			99 - NR

SD4=

SD 5 ESCOLARIDADE

Registrar até que ano cursou, e até que grau

1 - Nenhum ano estudado	2 - Primário	3-Ginásio	4-Colegial	88-NS
5-Magistério	6-Técnico	7-Superior	8-Pós-graduação	99 - NR

Codificar de acordo com as opções disponíveis

SD5=

SD 6 PROFISSÃO

a Qual a sua profissão?

Anotar a profissão que a pessoa exerce ou exerceu na maior parte de sua vida

				88-NS
				99-NR

SD6a=

b Classificar a profissão referida em SD6a

1 - Dirigentes e gerentes de organizações, empresas, e membros superiores do poder público	2 - Profissionais das ciências e das artes	3-Técnicos de nível médio	4-Trabalhadores de serviços administrativos	88-NS
5-Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	6-Trabalhadores agropecuários, florestais, caça e pesca	7-Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	8-Trabalhadores de reparação e manutenção	99-NR
9-Membros das forças armadas	10-Prendas domésticas	11-Nunca trabalhou		

SD6b=

c O Sr. (a) ainda está trabalhando?

1 - Sim	2 - Não			88- NS
				99- NR

SD6c=

Se NAO, está inativo há quanto tempo?

d Qual a sua situação atual de trabalho?

1 - Trabalho 20 horas por semana ou mais	2 - Trabalho menos de 20 horas semanas	3-Faço Trabalho voluntário	4-Outra	88-NS
				99- NR

SD6d=

SD 7 RELIGIÃO

1 - Católica	2 - Protestante ou Evangélica	3-Espírita	4-Judaica	88-NS
5-Muçulmana	6-Outra	7-Nenhuma		99 - NR

SD7=

Anexo F – "Critério de Classificação Sócio-Econômica" (ABIPEME)

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA 2008 (ABIPEME)

TABELA 01

Posse de itens	Quantidade	Não Tem	TEM (Quantidade)			
			1	2	3	4 ou +
TV		0	1	2	3	4
Videocassete/DVD		0	2	2	2	2
Rádios		0	1	2	3	4
Banheiros		0	4	5	6	7
Automóveis		0	4	7	9	9
Empregados Mensalistas		0	3	4	4	4
Máquinas de Lavar		0	2	2	2	2
Geladeira		0	4	4	4	4
Freezer		0	2	2	2	2

TABELA 02

Grau de Instrução do Chefe de Família	Pontos
Analfabeto até 3ª Série Fundamental	0
4ª Série Fundamental	1
Fundamental Completo	2
Médio Completo	4
Superior Completo	8

TABELA 03

Classe	Pontos
Classe A1	42 a 46
Classe A2	35 a 41
Classe B1	29 a 34
Classe B2	23 a 28
Classe C1	18 a 22
Classe C2	14 a 17
Classe D	8 a 13
Classe E	0 a 7

Anexo G – "Escala de 10 itens" (D10)

ESCALA DE 10 ITENS

Hora de Início do teste:

Hora do Fim do teste:

Duração Total da Aplicação:

			NÃO	SIM
D10	01	Está satisfeito com sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D10	02	Sente-se frequentemente chateado ou desanimado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D10	03	Sente-se frequentemente sem esperança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D10	04	Prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas novas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D10	05	Sente-se sem valor ou inútil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D10	06	Tem sentido pouco prazer nas coisas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D10	07	Tem se sentido mais "nervoso (a)" ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D10	08	Tem se preocupado mais ultimamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D10	09	Tem apresentado emagrecimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D10	10	Tem tido dificuldade para dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL

Numero total dos 10 itens em que a pontuação é cotada quando negativa em D10 01 e positiva nas demais.

Anexo H – "CAGE Questionnaire" (CAGE) e**"Drug Use Screening Inventory" (DUSI-R)****CAGE QUESTIONNAIRE (CAGE)**

- CG 1 Alguma vez o(a) senhor(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou de parar de beber? **NÃO** **SIM**
- CG 2 As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica? **NÃO** **SIM**
- CG 3 O (A) senhor (a) se sente chateado (a) consigo (a) mesmo (a) pela maneira como costuma tomar bebida alcoólica? **NÃO** **SIM**
- CG 4 Costuma beber bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? **NÃO** **SIM**

DRUG USE SCREENING INVENTORY (DUSI-R)

- DU 1 Alguma vez você teve um trabalho remunerado do qual foi despedido? **NÃO** **SIM**
- DU 2 Alguma vez você parou de trabalhar simplesmente porque não se importava? **NÃO** **SIM**
- DU 3 Você precisa de ajuda dos outros para procurar emprego? **NÃO** **SIM**
- DU 4 Frequentemente, você falta ou chega atrasado ao trabalho? **NÃO** **SIM**
- DU 5 Você acha difícil concluir tarefas no seu trabalho? **NÃO** **SIM**
- DU 6 Alguma vez você ganhou dinheiro realizando atividades ilegais? **NÃO** **SIM**
- DU 7 Alguma vez você consumiu álcool ou drogas durante o trabalho? **NÃO** **SIM**
- DU 8 Alguma vez você foi demitido de um emprego por causa de drogas? **NÃO** **SIM**
- DU 9 Você tem problemas de relacionamento com seus chefes? **NÃO** **SIM**
- DU 10 Você trabalha principalmente porque isso permite ter dinheiro para comprar drogas? **NÃO** **SIM**
- DU 11 Você fica mais feliz quando você ganha do que quando você perde um jogo? **NÃO** **SIM**

Anexo I - "Mini International Neuropsychiatric Interview" (MINI-Plus)

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW (MINI-PLUS)

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

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

- A3 **Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:**
- | | Episódio Atual | Episódio Passado |
|--|---|---|
| a Seu apetite aumentou ou diminuiu, quase todos os dias ? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ?
<small>(VARIACÃO DE ± 5% AO LONGO DE UM MÊS, ISTO É, ± 3,5 KG, PARA UMA PESSOA DE 65 KG)
COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO</small> | NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> |
| b Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais) ? | NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> |
| c Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias? | NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> |
| d Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias? | NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> |
| e Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias? | NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> |
- SE **A3e = SIM**: PEDIR UM EXEMPLO. O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE?
- NÃO** **SIM**

f Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias? NÃO SIM NÃO SIM

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

A4 HÁ 3 OU MAIS RESPOSTAS "SIM" EM A3 (OU 4 RESPOSTAS POSITIVAS, NÃO SIM NÃO SIM

SE A1a OU A2a É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO PASSADO OU SE A1b OU A2b É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL)?
VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO DE DUAS SEMANAS.
SE A4 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A3a - A3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A5 Esses problemas de depressão lhe causaram sofrimento importante ou o(a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas? NÃO SIM NÃO SIM

SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A4 E A5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A6 Esses problemas de depressão foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais às que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ? NÃO SIM NÃO SIM

UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ? NÃO SIM NÃO SIM

SE A6 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A4, A5 E A6 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A7 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? NÃO SIM NÃO SIM

b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? NÃO SIM NÃO SIM

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

A7 (SUMÁRIO):
UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM NÃO SIM
INCERTO INCERTO

SE A7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A4, A5 A6 E A7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A8 COITAR SIM SE A7 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO. NÃO SIM
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO. EPISODIO DEPRESSIVO MAIOR
ATUAL
PASSADO

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

NÃO SIM
**EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR
 DEVIDO À CONDIÇÃO MÉDICA GERAL**
 ATUAL
 PASSADO

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

NÃO SIM
**EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR
 INDUZIDO POR SUBSTÂNCIAS**
 ATUAL
 PASSADO

CRONOLOGIA

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

IDADE

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

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

ESPECIFICAR O PERÍODO DE TEMPO EXPLORADO ABAIXO:

- Atual
 Passado

- B1 Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo ?
 [OU, SE ESTÁ EXPLORANDO TRANSTORNO DISTÍMICO PASSADO:
 "No passado, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo, por um período de 2 anos ou mais ?"]

NÃO SIM

- B2 Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?

NÃO SIM

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

- a O seu apetite mudou de forma significativa ?

NÃO SIM

- b Tem [teve] problemas de sono ou dorme [dormia] demais ?

NÃO SIM

- c Sente-se [sentia-se] cansado(a) ou sem energia ?

NÃO SIM

- d Perdeu a auto-confiança ? **NÃO** **SIM** NÃO SIM 27
- e Tem [tinha] dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ? **NÃO** **SIM** NÃO SIM 28
- f Sente-se [sentia-se] sem esperança ? **NÃO** **SIM**
- HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM B3? **NÃO** **SIM**

B4 Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?

NÃO **SIM**

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

NÃO **SIM**

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 DEPRESSÃO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).

UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?

NÃO **SIM**

B5 É COTADA SIM?

NÃO **SIM**
TRANSTORNO DISTÍMICO

ATUAL
PASSADO

CRONOLOGIA

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

IDADE

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

- | | | | Pontos |
|----|--|---|--------------------|
| C1 | Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ? | NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> | 01 PONTO 1 |
| C2 | Quis fazer mal a si mesmo (a) ? | NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> | 02 PONTOS 2 |
| C3 | Pensou em suicídio ? | NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> | 06 PONTOS 6 |

C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	10 PONTOS	10										
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	10 PONTOS	10										
Ao longo da sua vida:														
C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	04 PONTOS	4										
HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 A C6 ?														
SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:		<table border="0"> <tr> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">RISCO SUICÍDIO ATUAL</td> </tr> <tr> <td>01-05 PONTOS</td> <td>BAIXO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>06-09 PONTOS</td> <td>MODERADO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>≥10 PONTOS</td> <td>ALTO <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	RISCO SUICÍDIO ATUAL		01-05 PONTOS	BAIXO <input type="checkbox"/>	06-09 PONTOS	MODERADO <input type="checkbox"/>	≥10 PONTOS	ALTO <input type="checkbox"/>
NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>													
RISCO SUICÍDIO ATUAL														
01-05 PONTOS	BAIXO <input type="checkbox"/>													
06-09 PONTOS	MODERADO <input type="checkbox"/>													
≥10 PONTOS	ALTO <input type="checkbox"/>													

D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

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

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

Episódio Atual

Episódio Passado

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

- a Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?

NÃO SIM

NÃO SIM

SE D3a=SIM: PEDIR UM EXEMPLO. O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE?

NÃO SIM

- b Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?

NÃO SIM

NÃO SIM

- c Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?

NÃO SIM

NÃO SIM

- d Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?

NÃO SIM

NÃO SIM

- e Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?

NÃO SIM

NÃO SIM

- f Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?

NÃO SIM

NÃO SIM

- g Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você) ?

NÃO SIM

NÃO SIM

D3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3 OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?

NÃO SIM

NÃO SIM

VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO.

SE D3 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR D 3 a - D3 g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- D4 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?

NÃO SIM

NÃO SIM

- b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?

NÃO SIM

NÃO SIM

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

D4 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?

NÃO SIM
INCERTO

NÃO SIM
INCERTO

SE **D4 (SUMÁRIO)** É COTADA **NÃO** PARA O EPISÓDIO ATUAL,
REEXPLORAR **D 3 e D4** PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- D5 Esses problemas duraram pelo menos uma semana
E o (a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola
ou nas suas relações sociais OU necessitou ser
hospitalizado(a) por causa desses problemas?
COTAR **SIM**, SE **SIM** NUM CASO OU NO OUTRO

NÃO SIM

NÃO SIM

SE **D5** É COTADA **NÃO** PARA O EPISÓDIO ATUAL,
REEXPLORAR **D 3, D 4 e D 5** PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- D6 COTAR **SIM** PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO SE:
D3 (SUMÁRIO) = SIM E **D4 (SUMÁRIO) = SIM**
OU **INCERTO**
E **D5 = NÃO**, E NENHUMA IDÉIA
DELIRANTE FOI DESCRITA EM **D3a**.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU
PASSADO.

NÃO SIM
EPISODIO HIPOMANÍACO

ATUAL
PASSADO

- D7 COTAR **SIM** PARA EPISÓDIO MANÍACO SE:
D3 (SUMÁRIO) = SIM E **D4 (SUMÁRIO) = SIM**
OU **INCERTO**
E **D5 = SIM** OU UMA IDÉIA
DELIRANTE FOI DESCRITA EM **D3a**.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU
PASSADO.

NÃO SIM
EPISODIO MANÍACO

ATUAL
PASSADO

- D8 COTAR **SIM** SE:
D3 (SUMÁRIO) E D4b e D5 = SIM E
D4 (SUMÁRIO) = NÃO

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU
PASSADO.

NÃO SIM
EPISODIO (HIPO) MANÍACO DEVIDO `A
CONDIÇÃO MÉDICA GERAL

ATUAL
PASSADO

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

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU
PASSADO.

NÃO SIM
EPISODIO (HIPO) MANÍACO INDUZIDO
POR SUBSTÂNCIA

ATUAL
PASSADO

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

SUBTIPOS

Ciclagem Rápida

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

NÃO

SIM

CICLAGEM RÁPIDA

Episódio Misto

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

NÃO EPISÓDIO MISTO SIM

Padrão Sazonal

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

NÃO PADRÃO SAZONAL SIM

Com remissão completa entre episódios

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

NÃO COM REMISSÃO COMPLETA ENTRE EPISÓDIOS SIM

ASSINALAR A OPÇÃO QUE SE APLICA

O EPISÓDIO MAIS RECENTE É **MANÍACO / HIPOMANÍACO / MISTO / DEPRESSIVO**

GRAVIDADE

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

CRONOLOGIA

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

IDADE

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

P. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

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

b Teve essas preocupações quase todos os dias ?

NÃO SIM

A ANSIEDADE DO(A) ENTREVISTADO(A) É RESTRITA OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSQUIÁTRICO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ?

NÃO SIM

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

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

b Tinha os músculos tensos?

NÃO SIM

c Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?

NÃO SIM

d Tinha dificuldade para se concentrar ou tinha esquecimentos / “branco na mente” ?

NÃO SIM

e Sentia-se particularmente irritável ?

NÃO SIM

f Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?

NÃO SIM

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

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

P5 (SUMÁRIO) É COTADA SIM ?

NÃO SIM
**TRANSTORNO DE ANSIEDADE
 GENERALIZADA ATUAL**

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

NÃO SIM
**TRANSTORNO DE ANSIEDADE
 GENERALIZADA ATUAL
 DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL**

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

NÃO SIM
**TRANSTORNO DE ANSIEDADE
 GENERALIZADA ATUAL
 INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA**

CRONOLOGIA

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

IDADE

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

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

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

b SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?

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

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 conseqüências ?

NÃO SIM

E4 Durante o episódio em que se sentiu pior :

- a Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ? **NÃO** **SIM**
- b Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ? **NÃO** **SIM**
- c Teve tremores ou contrações musculares ? **NÃO** **SIM**
- d Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ? **NÃO** **SIM**
- e Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ? **NÃO** **SIM**
- f Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ? **NÃO** **SIM**
- g Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ? **NÃO** **SIM**
- h Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ? **NÃO** **SIM**
- 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**
- j Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ? **NÃO** **SIM**
- k Teve medo de morrer ? **NÃO** **SIM**
- l Teve dormências ou formigamentos no corpo? **NÃO** **SIM**
- m Teve ondas de frio ou de calor ? **NÃO** **SIM**

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 ? **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 ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).

E5 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? SE E5 (SUMÁRIO) = NÃO, PASSAR A E9. **NÃO** **SIM**

- E6 **E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5 (SUMÁRIO) = SIM?**
TRANSTORNO DE PÂNICO VIDA INTEIRA NÃO SIM
- E7 SE E6 = NÃO, HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA SIM EM E4 ?
ATAQUES POBRES EM SINTOMAS VIDA INTEIRA NÃO SIM
- E8 Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios súbitos de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ?
TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL NÃO SIM

(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 COM ATAQUES DE PÂNICO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL ATUAL
- 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 DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL ATUAL

CRONOLOGIA

- E11 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses episódios súbitos de ansiedade de que falamos ? IDADE
- E12 No último ano, durante quantos meses teve episódios súbitos de ansiedade ou medo de ter um desses episódios ?

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

SE F1 = NÃO, COTAR NÃO EM F2 E F3.

- F2 Sempre teve tanto medo dessas situações que na prática, NÃO SIM
AGORAFOBIA VIDA INTEIRA

as evitou, sentiu um intenso mal-estar quando as enfrentou ou procurou estar acompanhado(a) para enfrentá-las ?

F3 Atualmente teme ou evita esses lugares ou situações ?

NÃO AGORAFOBIA ATUAL SIM

SE SIM, ASSINALAR SE:

AGORAFOBIA (F2 / F3) É COTADA SIM?

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

F2 o vida inteira

E6 o vida inteira

F3 o atual

E8 o atual

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

NÃO TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL SEM AGORAFOBIA SIM

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

NÃO TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL COM AGORAFOBIA SIM

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

NÃO AGORAFOBIA ATUAL SEM HISTÓRIA DE TRANSTORNO DE PÂNICO SIM

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 AGORAFOBIA ATUAL SEM HISTÓRIA DE TRANSTORNO DE PÂNICO MAS COM HISTÓRIA PASSADA DE TRANSTORNO DE PÂNICO SIM

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

NÃO AGORAFOBIA ATUAL SEM HISTÓRIA DE ATAQUES POBRES EM SINTOMAS SIM

CRONOLOGIA

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

IDADE

F6 No último ano, durante quantos meses teve medo ou evitou de forma importante os lugares / as situações de que falamos ?

Anexo J– "Cambridge Cognitive Examination" (CAMCOG)

THE CAMBRIDGE EXAMINATION FOR MENTAL DISORDERS (CAMDEX)

B. Teste de funções cognitivas (CAMCOG)

Eu lhe farei agora algumas perguntas relacionadas a sua memória e concentração. Algumas delas podem ser bastante fáceis, outras podem ser difíceis, mas nós precisamos fazer as mesmas perguntas a todos.

Orientação

Tempo

- 120 Em que dia da semana nós estamos? INCORRETO CORRETO
- Qual é data de hoje?
- 121 Dia INCORRETO CORRETO
- 122 Mês INCORRETO CORRETO
- 123 Ano INCORRETO CORRETO
- 124 Em que semestre do ano nós estamos? INCORRETO CORRETO
- 125 Você poderia me dizer onde estamos agora? Por exemplo, em que estado nós estamos? INCORRETO CORRETO
- 126 Qual o nome desta cidade? INCORRETO CORRETO
- 127 Diga o nome de duas ruas importantes perto daqui (ou perto de sua casa) INCORRETO CORRETO
- 128 Em que andar deste prédio nós estamos? INCORRETO CORRETO
- 129 Qual o nome deste lugar ? (ou 'Qual o endereço onde estamos?' Se o exame estiver sendo feito na casa do indivíduo) INCORRETO CORRETO

Linguagem

Compreensão: Resposta motora

A instrução deve ser repetida integralmente, se o sujeito não completar toda a seqüência de tarefas, sem alteração no tom de voz ou velocidade, para assegurar que seja ouvida e compreendida. Não é permitido sugerir e instruir o sujeito tarefa por tarefa.

Eu irei pedir que você execute algumas tarefas. Por favor, ouça com atenção.

- 130 Acene com a cabeça INCORRETO CORRETO
- 131 Toque sua orelha direita com sua mão esquerda INCORRETO CORRETO
- 132 Antes de olhar para o teto, olhe para o chão INCORRETO CORRETO
- 133 Bata de leve duas vezes, em cada ombro, com dois dedos, mantendo seus olhos fechados INCORRETO CORRETO

Compreensão: Resposta verbal

- 134 Este lugar é um hotel? INCORRETO CORRETO
- 135 As vilas são maiores do que as cidades? INCORRETO CORRETO
- 136 Havia rádio neste país antes de a televisão ser inventada? INCORRETO CORRETO

Expressão: Nomeação

Nas questões 137-138 é necessária nomeação precisa; descrições de função ou respostas aproximadas não são aceitas.

Alguns itens podem ter mais de um nome correto, como indicado. Erros incluem descrições de funções (i.e. 'usado para medir tempo' para relógio) e respostas aproximadas (i.e. 'máquina de pesar' para balanças; 'saco' ou 'carregador' para mala; 'luz' para lâmpada). No caso de respostas aproximadas, você pode dizer 'Você poderia pensar em outra palavra para isto?'.

Assinale cada item nomeado corretamente e coloque o número de respostas certas no campo 'total'.

- 137 **Mostre um lápis**
Como isto se chama? INCORRETO CORRETO
- Mostre um relógio de pulso**
Como isto se chama? INCORRETO CORRETO

138 *Vou lhe mostrar alguns objetos. Por favor, diga-me o nome de cada um deles*
Mostre 'Figuras para nomear' no livreto

INCORRETO CORRETO

Sapato, sandália

INCORRETO CORRETO

Máquina de escrever

INCORRETO CORRETO

Balança

INCORRETO CORRETO

Mala, valise

INCORRETO CORRETO

Relógio de parede

INCORRETO CORRETO

Abajur, lâmpada de mesa

INCORRETO CORRETO

139 *Diga-me o nome de quantos animais você puder lembrar. Você tem um minuto de tempo.*

Apenas se o paciente pedir esclarecimento, explique que entre os animais estão incluídos pássaros, insetos, humanos, etc. Se este estiver hesitante, tente encorajá-lo com 'Você poderia pensar em mais algum?'

Registre o número correto em um minuto (repetições não são consideradas).

Nota: Recodificação

Nota: Recodificação	0 =	0
	1-4 =	1
	5-9 =	2
	10-14 =	3
	15-19 =	4
	20-24 =	5
	25+ =	6

Expressão: Definições

140 *O que você faz com um martelo?*
(qualquer uso correto)

INCORRETO CORRETO

141 *Onde as pessoas usualmente compram remédios?*
Loja (se incapaz de especificar) – INCORRETO
Drogaria, farmácia - CORRETO

INCORRETO CORRETO

Nas questões 142-143 uma definição concreta recebe 1 e uma definição abstrata, 2. Exemplos são dados ao lado de cada pontuação.

142 *O que é uma ponte?*
Atravessar a ponte - 1
Atravessa um rio, etc... - 1 + 1

INCORRETO CORRETO

143 *O que é uma opinião?*
Uma boa opinião sobre alguém - 1
Uma idéia pessoal sobre algo - 1 + 1

INCORRETO CORRETO

Expressão: Repetição

Não é permitido repetir a frase, dessa forma é essencial que você a leia clara e pausadamente, enunciando todas as sílabas.

144 *Eu vou dizer algo e gostaria que você repetisse depois que eu terminar:*

INCORRETO CORRETO

Expressão: Discurso espontâneo

Nota: Este item é OPCIONAL. Embora seja uma questão valiosa, requer treinamento especial para ser analisada de maneira correta. Ela não contribui para a pontuação no CAMGOG.

MOSTRE “COOKIE THEFT PICTURE” do “Boston Diagnostic Aphasia Battery” (Goodglass & Kaplan, 1972) OU EQUIVALENTE.

145 *Agora eu vou lhe mostrar uma figura e gostaria que me dissesse o que está acontecendo nela?*

Encoraje, se o sujeito tiver dificuldade, i.e.
'Poderia me dizer algo mais?' ou
'O que você vê aqui?':

Pontuação simples	
Nenhuma resposta, resposta irrelevante	0
Apenas nomes de objetos, sentenças incompletas	1
Algumas sentenças apropriadas	2
Descrição adequada	3

Memória
Evocação

- 146 Você pode me dizer quais eram os objetos nas figuras coloridas que eu lhe mostrei pouco tempo atrás?
A descrição ou os nomes são aceitáveis.
Assinale cada item corretamente evocado e registre o número de itens corretos no campo 'total'

INCORRETO CORRETO

Sapato, sandália

INCORRETO CORRETO

Máquina de escrever

INCORRETO CORRETO

Balança

INCORRETO CORRETO

Mala, valise

INCORRETO CORRETO

Relógio de parede

INCORRETO CORRETO

Abajur, lâmpada de mesa

INCORRETO CORRETO

Reconhecimento

- 147 *Quais destas figuras eu lhe mostrei antes?*
Mostre 'Figuras para reconhecimento' no livreto.
Assinale cada item corretamente lembrado e registre o número de itens corretos no campo 'total'

Sapato, sandália

INCORRETO CORRETO

Máquina de escrever

INCORRETO CORRETO

Balança

INCORRETO CORRETO

Mala, valise

INCORRETO CORRETO

Relógio de parede

INCORRETO CORRETO

Abajur, lâmpada de mesa

INCORRETO CORRETO

Recuperação de informação remota

Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre o passado.

148 *Você poderia me dizer quando terminou a Segunda Guerra Mundial? (dentro de 1 ano) (1945)*

INCORRETO CORRETO

149 *Você poderia me dizer quando aconteceu o último Golpe Militar no Brasil? (dentro de 1 ano) (1964)*

INCORRETO CORRETO

150 *Quem foi o Presidente da República que construiu Brasília? (Juscelino Kubitschek)*

INCORRETO CORRETO

151 *Quem foi o Presidente da República que renunciou 7 meses depois de assumir o cargo? (Jânio Quadros)*

INCORRETO CORRETO

152 *Por qual motivo Carmem Miranda foi famosa? Qualquer resposta apropriada verbal ou não-verbal que indique memória presente (atriz, cantora)*

INCORRETO CORRETO

153 *Qual era o nome do Presidente da República que se suicidou no cargo? (Getúlio Vargas)*

INCORRETO CORRETO

154 *Qual é o nome do atual Presidente da República?*

INCORRETO CORRETO

155 *Quem o antecedeu?*

INCORRETO CORRETO

156 Qual é o nome do atual Governador do Estado?

INCORRETO

CORRETO

157 Você poderia me dizer alguma coisa que foi notícia nas últimas duas semanas?

INCORRETO

CORRETO

Se uma resposta geral for dada, i.e. 'guerra', pergunte por detalhes

Registro

Eu vou dizer o nome de três objetos. Após tê-los dito, eu gostaria que você os repetisse. Grave quais são, porque eu vou perguntar o nome deles novamente dentro de poucos minutos.

158 **Nomeie os três seguintes objetos levando 1 segundo para dizer o nome de cada um: vaso, carro, janela**
Assinale os itens corretos na primeira tentativa e registre o número de itens corretos no campo 'total'

Vaso

INCORRETO

CORRETO

Carro

INCORRETO

CORRETO

Janela

INCORRETO

CORRETO

Se qualquer erro ou omissão for feito na primeira tentativa, repita todos os nomes até o sujeito aprender todas os três (máximo de cinco repetições). Registre o número de repetições (registre 0 se todas as respostas forem corretas na primeira tentativa)

Número de repetições

Atenção/concentração

159 *Agora eu gostaria que você fizesse uma contagem regressiva de 20 até 1*

Pontuação simples	
Dois ou mais erros	0
Um erro	1
Correto	2

160 *Agora eu gostaria que você subtraísse 7 de 100.*
(93)

INCORRETO

CORRETO

- 160 *Em seguida, subtraia 7 do número que você obteve. Continue subtraindo 7 até eu lhe dizer para parar. Registre as respostas. Dê 1 ponto cada vez que a diferença for 7, mesmo que a resposta anterior seja incorreta. Escore máximo=5 pontos*

86

INCORRETO CORRETO

79

INCORRETO CORRETO

72

INCORRETO CORRETO

65

INCORRETO CORRETO **Memória: Evocação**

- 161 *Quais foram os três objetos que eu lhe pedi que repetisse pouco tempo atrás? Assinale cada item respondido corretamente e registre o número de itens corretos no campo 'total'*

Vaso

INCORRETO CORRETO

Carro

INCORRETO CORRETO

Janela

INCORRETO CORRETO **Linguagem: Compreensão de leitura**

Mostre "Compreensão de leitura" no livreto. Não é necessário o indivíduo ler em voz alta. Se o sujeito ler a instrução, porém não a executar, diga 'Agora faça o que está escrito.'
Leia esta página e então faça o que está escrito.

- 162 *Feche seus olhos*

INCORRETO CORRETO

- 163 *Se você tem mais do que 50 anos, coloque suas mãos atrás da cabeça. Registre 1 apenas se a ação for executada corretamente*

INCORRETO CORRETO

Praxia**Cópia e desenho**

O indivíduo deve desenhar e escrever numa folha de papel em branco

- 164 *Copie este desenho (pentágono)*
Cada pentágono deve possuir 5 lados e 5 cantos claramente definidos e as intersecções devem formar um diamante
- INCORRETO CORRETO
- 165 *Copie este desenho (espiral)*
Três alças conectadas na orientação correta
- INCORRETO CORRETO
- 166 *Copie este desenho (casa em 3D)*
Requer janelas, porta e chaminé na posição correta e desenhados em 3D
- INCORRETO CORRETO
- 167 *Desenhe um relógio grande e coloque todos os números nele*
Quando o sujeito tiver feito isso, diga:
'Agora coloque os ponteiros, indicando dez para as onze.'
- Círculo
- INCORRETO CORRETO
- Todos os números em posições corretas
- INCORRETO CORRETO
- Hora correta
- INCORRETO CORRETO
-

Escrita: Espontânea

- 168 *Escreva uma sentença nesta folha de papel*
- INCORRETO CORRETO
- Pergunte ao sujeito o que ele escreveu e transcreva na folha de respostas. A ortografia e a gramática não são importantes. A sentença deve ter sujeito (real ou implícito) e um verbo. 'Socorro!' ou 'Vá embora' são aceitáveis

Praxia: Ideacional

Leia as seguintes instruções e então entregue ao sujeito uma folha de papel.

- 169 *Eu vou lhe dar uma folha de papel. Quando eu o fizer, pegue-o com sua mão direita. Dobre o papel ao meio, com ambas as mãos, e coloque-o no seu colo.*

INCORRETO

CORRETO

**Não repita as instruções ou ajude. Pontue como correto um movimento, apenas se ele tiver sido feito na seqüência correta. Assinale cada movimento correto e registre o número de acertos no campo 'total' .
Pontuação máxima = 3 pontos**

Pega com a mão direita

INCORRETO

CORRETO

Dobra ao meio

INCORRETO

CORRETO

Coloca no colo

INCORRETO

CORRETO

Dê um envelope ao indivíduo

- 170 *Coloque o papel no envelope e feche-o*

INCORRETO

CORRETO

Escrita: Ditado

- 171 *Escreva este nome e endereço no envelope:
João da Silva
Rua José Camargo, 42
Perdizes*

A ortografia e caligrafia não são importantes. O critério é se a carta chegará ou não ao destinatário: i.e. 'Jão da Siva' é aceitável; '24' e 'Perdidos' são incorretos.

Em seguida diga:

Por favor, tente se lembrar deste nome e endereço, pois eu pedirei que você os repita mais tarde.

INCORRETO

CORRETO

Se o sujeito é incapaz de escrever, diga o endereço devagar, duas vezes, e peça para que ele o memorize

ACEITÁVEL

Praxia: Ideomotor

- 172 *Mostre-me como você acena dando adeus.*

INCORRETO

CORRETO

Nas questões 173-174 a mímica correta é necessária. Se o sujeito usa os dedos para representar tesoura ou escova diga, por exemplo, 'Faça de conta que você está segurando uma escova de dentes'. Dê 1 ponto se o sujeito fizer movimentos de escovação, mas não se estiver apenas segurando uma escova de dentes.

- 173 *Mostre-me como você cortaria com uma tesoura*

INCORRETO

CORRETO

CONCRETO

- 174 *Mostre-me como você escovaria seus dentes com uma escova de dentes*

INCORRETO CORRETO

CONCRETO

Percepção: Tato

- 175 *Eu vou colocar um objeto em sua mão e quero que você me diga o que é sem olhar para ele.*

INCORRETO CORRETO

Coloque um prego e um parafuso, um de cada vez, na palma da mão do sujeito. Assinale cada item correto e registre o número de respostas corretas no total

Prego

INCORRETO CORRETO

Parafuso

INCORRETO CORRETO

Cálculo

Cálculo mental é solicitado. Papel e lápis não são permitidos.

- 176 **Mostre uma nota de 10 reais e duas notas de 1 real e pergunte:**
Quanto dinheiro eu tenho aqui?
(12 reais)
Registre a resposta

INCORRETO CORRETO

- 177 *Se alguém lhe der esta quantia de dinheiro como troco para 50 reais, quanto você gastou?*
(38 reais)
Registre a resposta

INCORRETO CORRETO

Memória: Fixação

- 178 *Qual era o nome e o endereço que você escreveu no envelope pouco tempo atrás?*

INCORRETO CORRETO

Assinale cada item correto e registre o número de respostas certas no 'total'

João

INCORRETO CORRETO

da Silva

INCORRETO CORRETO

Rua José Camargo

INCORRETO CORRETO

42

INCORRETO CORRETO

Perdizes

INCORRETO CORRETO **Pensamento Abstrato**

Estas questões investigam a capacidade de pensar de forma abstrata. Respostas abstratas recebem 2, respostas concretas, 1. Exemplos são dados ao lado de cada pontuação. Se o sujeito disser: 'Eles não são semelhantes', diga: 'Eles são semelhantes de alguma maneira. Você poderia me dizer de que maneira eles são semelhantes?'

Eu vou lhe dizer o nome de duas coisas e gostaria que você me dissesse de que maneira elas são semelhantes. Por exemplo, um cachorro e um macaco são semelhantes porque ambos são animais.

179 De que maneira uma maçã e uma banana se assemelham?

Registre a resposta.

Somente nesta questão, se a pontuação for menor que 2 diga:

'Elas também são semelhantes porque ambas são frutas'

Pontuação simples	
Redondo, tem calorias	0
Alimento, germina, tem casca	1
Fruta	2

180 De que maneira uma camisa e um vestido se assemelham?

Registre a resposta

Pontuação simples	
Tem botões	0
Para vestir, feito de pano, mantém você aquecido	1
Roupa, vestimenta	2

- 181 *De que maneira uma mesa e uma cadeira se assemelham?*
Registre a resposta

Pontuação simples	
De madeira, tem 4 pés, objeto doméstico	0
Usado para refeições	1
Móveis	2

- 182 *De que maneira uma planta e um animal se assemelham?*
Registre a resposta

Pontuação simples	
Úteis ao homem, carregam germes	0
Crescem, precisam de comida, são da natureza	1
Seres vivos	2

Percepção: Visual

Pessoas famosas

Mostre 'Reconhecimento de pessoas famosas' no livreto

- 183 *Quem é?*

Pontue como correto se a figura for reconhecida. O nome correto não é requerido, mas registre qualquer resposta que não corresponda exatamente aos exemplos dados.

Pelé

INCORRETO CORRETO

Papa

INCORRETO CORRETO

- 184 *Estas são fotografias de objetos tiradas de ângulos não usuais. Você pode me dizer o que são estes objetos? O critério é se os objetos são reconhecidos, não importando se são nomeados corretamente. Assim,*

descrições de função são aceitáveis.

Assinale cada ítem respondido corretamente e registre o número de acertos no 'total'

Óculos

INCORRETO CORRETO

Sapato

INCORRETO CORRETO

Mala, Bolsa

INCORRETO CORRETO

Xícara e Pires

INCORRETO CORRETO

Telefone

INCORRETO CORRETO

Cachimbo

INCORRETO CORRETO

Reconhecimento de pessoas/função

185 *Você pode me dizer quem é, ou o que ele/ela faz*

Aponte quaisquer duas pessoas disponíveis, isto é, faxineira, médico, enfermeira, paciente, parente. Se não há ninguém disponível, registre 9.

INCORRETO CORRETO

Passagem de tempo

186 *Sem olhar para o relógio, você poderia me dizer que horas são? (hora mais próxima)*

INCORRETO CORRETO

187 *Sem olhar para o relógio, você poderia me dizer há quanto tempo nós estamos conversando?*

Registre na folha de pontuação:
Hora final da entrevista com o paciente
Real duração da entrevista (minutos)

Confira a hora registrada no início da Seção A

Anexo K – "Montgomery-Asberg Depression Rating Scale" (MADRS)

MONTGOMERY-ASBERG DEPRESSION RATING SCALE (MADRS)

MD 1 TRISTEZA APARENTE

Representa desânimo, tristeza e desespero, (mais que um simples abatimento transitório) refletidos na fala, expressão facial e postura. Avaliar pela profundidade e incapacidade para se animar.

- 0 - nenhuma tristeza
- 2 - aparentemente abatido mas anima-se ocasionalmente
- 4 - parece triste e infeliz o tempo todo
- 6 - tristeza e desânimo extremos e persistentes

MD1 =

MD 2 TRISTEZA RELATADA

Representa o humor vivenciado, subjetivamente, sem considerar se o mesmo se reflete na aparência ou não. Inclui humor deprimido, desânimo, tristeza e o sentimento de desamparo e desesperança. Avaliar de acordo com a intensidade, duração e extensão com as quais o humor é influenciado pelos eventos. Exaltação do humor é avaliada como zero neste item.

- 0 - tristeza ocasional pode ocorrer em determinadas circunstâncias
- 2 - sentimento predominante de tristeza, mas anima-se em certas ocasiões
- 4 - sentimentos persistentes de tristeza ou desesperança.
O humor é ainda influenciado por circunstâncias externas
- 6 - experiência persistente de miséria ou desânimo extremo

MD2 =

MD 3 TENSÃO INTERIOR

Representa sentimentos de desconforto indefinido, irritabilidade, confusão interna, tensão mental próxima ao pânico, apreensão e angústia. Avaliar de acordo com a intensidade, frequência, duração e com a extensão da necessidade de apoio pelo entrevistador. Distinguir de tristeza (1,2), preocupação (a) e tensão muscular (b).

- 0 - tranquilo; tensão interior somente fugaz
- 2 - sentimentos ocasionais de irritação e desconforto indefinidos
- 4 - sentimentos persistentes de tensão interior, ou pânico intermitente, o qual o paciente somente consegue controlar com alguma dificuldade
- 6 - apreensão ou angústia insuperáveis; pânico incontrolável

MD3 =

MD 4 ALTERAÇÃO DO SONO

Representa a experiência subjetiva de redução da duração ou profundidade do sono em comparação com o padrão pessoal do próprio paciente em condições sadias.

- 0 - dorme como sempre o fez
- 2 - dificuldade leve em conciliar o sono ou sono discretamente reduzido, leve ou interrompido
- 4 - sono reduzido ou interrompido, pelo menos por duas horas
- 6 - menos que duas ou três horas de sono

MD4 =

MD 5 DIMINUIÇÃO DO APETITE

Representa o sentimento de perda do apetite em comparação com o período em que estava bem.

- 0 - apetite normal ou aumentado
- 2 - apetite discretamente reduzido
- 4 - nenhum apetite, a comida não tem sabor, precisa esforçar-se para comer
- 6 - precisa ser forçado a comer, recusa alimentação

MD5 =

MD 6 DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO

Representa dificuldades em organizar o próprio pensamento, chegando a uma falta de concentração incapacitante. Avaliar de acordo com a intensidade, frequência e grau da incapacidade resultante. Distinguir de falhas de memória (c) e distúrbios formais do pensamento (d).

- 0 - nenhuma dificuldade para se concentrar
- 2 - dificuldades eventuais para organizar o próprio pensamento
- 4 - dificuldades de concentração e articulação dos pensamentos que interferem com leitura ou conversação
- 6 - falta de concentração incapacitante

MD6 =

MD 7 INIBIÇÃO MOTORA

Representa dificuldade para iniciar, ou lentidão para iniciar ou desempenhar atividades cotidianas. Distinguir de indecisão (e) e fadigabilidade (f).

- 0 - raramente alguma dificuldade para iniciar atividades; nenhuma lentificação
- 2 - dificuldades para iniciar as atividades
- 4 - dificuldades para iniciar atividades rotineiras simples que são somente desempenhadas com muito esforço
- 6 - inércia completa; incapaz de iniciar qualquer atividade sem auxílio

MD7 =

MD 8 INCAPACIDADE DE SENTIR

Representa a experiência subjetiva de interesse reduzido pelo ambiente, ou pelas atividades que normalmente dão prazer. A capacidade de reagir com emoção adequada às circunstâncias ou pessoas está reduzida. Distinguir de inibição motora (7).

- 0 - interesse normal pelo ambiente ou pelas pessoas
- 2 - capacidade reduzida em apreciar seus interesses habituais; capacidade reduzida para sentir raiva
- 4 - perda do interesse pelo ambiente; perda dos sentimentos pelos amigos ou conhecidos
- 6 - a experiência de estar emocionalmente paralisado, incapacidade de sentir raiva ou pesar e uma completa ou mesmo dolorosa falta de sentimentos por parentes próximos e amigos

MD8 =

MD 9 PENSAMENTOS PESSIMISTAS

Representa pensamentos de culpa, inferioridade, pecado, auto-reprovação, remorso e ruína.

- 0 - nenhum pensamento pessimista
- 2 - idéias flutuantes de falha, auto-reprovação ou auto-depreciação
- 4 - auto-acusações persistentes, ou idéias definidas, porém ainda racionais, de culpa ou pecado
- 6 - delírio de ruína, remorso e pecado irredimível; auto-acusações absurdas

MD9 =

MD 10 PENSAMENTOS SUICIDAS

Representa o sentimento de que a vida não vale a pena ser vivida, que uma morte natural seria bem-vinda, ensamentos suicidas e preparativos para o suicídio. Tentativas de suicídio não deverão por si mesmas influenciar a avaliação.

- 0 - aprecia a vida ou a aceita como ela é
- 2 - cansado da vida, pensamentos suicidas transitórios
- 4 - muito melhor seria se morresse, pensamentos suicidas são frequentes e o suicídio é considerado como uma possível solução, mas sem planos específicos ou intenções
- 6 - planos explícitos de suicídio quando houver uma oportunidade, prepara-se ativamente para o suicídio

MD10 =

TOTAL =

IQC	22	Tomar decisões em questões do dia-a-dia	<input type="checkbox"/>						
IQC	23	Lidar com dinheiro para fazer compras	<input type="checkbox"/>						
IQC	24	Lidar com suas finanças (ex. pensão, coisas de banco)	<input type="checkbox"/>						
IQC	25	Lidar com outros problemas concretos do dia-a-dia (ex. saber quanta comida comprar, quanto tempo transcorreu entre as visitas de familiares e amigos)	<input type="checkbox"/>						
IQC	26	Compreender o que se passa a sua volta	<input type="checkbox"/>						
Sub-Total	(soma dos itens assinalados nas colunas)								
Total	(multiplicar o sub-total de cada coluna pelo número indicado)		X1=	X2=	X3=	X4=	X5=		
Total Geral	(soma dos resultados das 7 colunas)								

OBS: Nas colunas Não se aplica ou Não sabe, o sub-total não deve ser multiplicado por nenhum valor e, portanto, é igual ao total. Faça os cálculos com calma, depois de ter terminado a entrevista.

O cálculo do Escore final do IQCODE deve ser feito dividindo o total geral pelo número de perguntas respondidas excluindo-se as questões assinaladas como Não se aplica ou Não sabe):

ESCORE FINAL

Anexo M – "Aprovação do Protocolo de Pesquisa nº0476/07" (CAPPesq)



APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 27/08/2008, **APROVOU o(s) documento(s)** abaixo mencionado(s) no Protocolo de Pesquisa nº **0476/07**, intitulado: **"VALIDAÇÃO DE ESCALA PARA RASTREAMENTO DE DEPRESSÃO EM IDOSOS: IMPORTÂNCIA DE UM TESTE DE APLICAÇÃO RÁPIDA."** apresentado pelo Departamento de **PSIQUIATRIA**.

• **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Pesquisador (a) Responsável: **Prof. Dr. Cássio Machado de Campos Bottino**

CAPPesq, 27 de Agosto de 2008

Prof. Dr. Eduardo Massad
**Presidente da Comissão
de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa**

Anexo N – "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" (TCLE)

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS -INFORMAÇÃO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº SEXO: M F

DATA NASCIMENTO

ENDEREÇO

BAIRRO CIDADE ESTADO

CEP TELEFONE: CELULAR:

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº SEXO: M F

DATA NASCIMENTO

ENDEREÇO

BAIRRO CIDADE ESTADO

CEP TELEFONE: CELULAR:

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: "Validação de escala para rastreamento de depressão em idosos: importância de um teste de aplicação rápida".
PESQUISADOR: Prof. Dr. Cássio Machado de Campos Bottino
CARGO/FUNÇÃO: Médico assistente INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 61025
UNIDADE DO HC-FMUSP: Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP
2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
SEM RISCO RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO
RISCO BAIXO RISCO MAIOR
(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)
3. DURAÇÃO DA PESQUISA : 12 meses

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa ; 2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais; 3. desconfortos e riscos esperados; 4. benefícios que poderão ser obtidos; 5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo.
1. A depressão é muito freqüente em idosos e vários fatores contribuem para tornar difícil o seu diagnóstico. Desta forma, muitos idosos com depressão acabam por não receber o tratamento mais adequado, sendo importante que os médicos generalistas possam identificá-la e diagnosticá-la. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem por objetivo tornar válida uma escala de rastreamento de depressão em idosos, composta por 10 itens.
2. Caso você concorde em participar do estudo, você terá que responder a uma série de perguntas sobre dados sócio-demográficos e sócio-econômicos; fornecer algumas informações sobre hábitos de ingestão de álcool (mesmo que não tenha histórico de uso prévio, ou não faça uso atual), assim como de sintomas e sinais que possam indicar outras doenças clínicas e mesmo psiquiátricas; e ser submetido a testes (verbais e não invasivos) que visam avaliar funções cognitivas desempenhadas pelo seu cérebro. Durante a aplicação dos testes e questionários será necessária a presença de um acompanhante que tenha um convívio bastante próximo (familiar ou responsável legal) para fornecer informações adicionais sobre suas habilidades funcionais. Estas avaliações serão realizadas em, no máximo, 2 visitas ao Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas e serão realizadas por dois médicos.

3. Um desconforto mínimo pode ocorrer durante a realização da entrevista (cansaço no fornecimento de informações) e da aplicação dos testes (cansaço na execução dos testes propostos) , mas qualquer procedimento poderá ser suspenso no caso de você não suportar ou não desejar prosseguir. Caso ocorram eventuais danos à sua saúde decorrentes dos procedimentos (embora mínimos) realizados nesta pesquisa, você poderá ser atendido no Hospital das Clínicas de São Paulo.
4. Os benefícios que esta pesquisa podem trazer incluem a possibilidade de melhorar os tratamentos de sua condição e desenvolver novas formas de diagnosticar outros indivíduos com condições semelhantes.
5. Considerando o tipo de pesquisa, não existem procedimentos alternativos que lhe possam ser vantajosos. Após o término da pesquisa, você poderá continuar a ser atendido no Ambulatório do Instituto de Psiquiatria. Caso você não queira participar desta pesquisa, seu atendimento no Ambulatório do Instituto de Psiquiatria continuará ocorrendo da mesma forma, sem qualquer prejuízo.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Prof. Dr. Cássio Machado de Campos Bottino/ Dr. Daniel Sindelar Barczak
 Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP
 Rua Dr. Ovídio Pires de Campos Nº 785,
 3º andar, ala norte, CEAPesq, sala 14
 Bairro Cerqueira César
 São Paulo-SP CEP 05403-010
 Tel.: (11) 3069 6973

VI - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Validação de escala para rastreamento de depressão em idosos: importância de um teste de aplicação rápida". Eu discuti com o Prof. Dr. Cássio Machado de Campos Bottino sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

 assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

São Paulo, de de 2011.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

 Prof. Dr. Cássio Machado de Campos Bottino
 CRM 61.025

São Paulo, de de 2011.

9 REFERÊNCIAS

Al-Modallal H. Screening depressive symptoms in Jordanian women: evaluation of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D). *Issues Ment Health Nurs.* 2010 Aug;31(8):537-44.

Alexopoulos GS. *Late life Depression.* Oxford: Oxford University Press; 2004.

Almeida Filho N, Santana VS, Mari JJ. *Princípios de epidemiologia para profissionais de saúde mental.* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1989.

Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999 Oct; 14(10): 858-65.

Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999 Oct;14(10):858-65.

American Psychiatric Association (APA): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, 4th ed (DSM-IV-TR).* Washington: American Psychiatric Publishing; 2000.

Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(3):106-15.

Andreescu C, Wu M, Butters MA, Figurski J, Reynolds CF 3rd, Aizenstein HJ. The Default Mode Network in Late-Life Anxious Depression. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2011 Jul;14: *in press.*

Andreoli SA, Blay SL, Mari JJ. Escalas de rastreamento aplicadas na população geral. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia.* São Paulo: Leitura Médica ;2008. p. 45-51.

Andresen EM, Malmgren JA, Carter WB, Patrick DL. Screening for depression in well older adults: evaluation of a short form of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). *Am J Prev Med.* 1994 Mar-Apr;10(2):77-84.

Aneshensel CS, Frerichs RR, Clark VA, Yokopenic PA. Measuring depression in the community: a comparison of telephone and personal interviews. *Public Opin Q.* 1982

Spring;46(1):110-21.

Ani C, Bazargan M, Hindman D, Bell D, Farooq MA, Akhanjee L, Yemoflo F, Baker R, Rodriguez M. Depression Symptomatology and diagnosis: discordance between patients and physicians in primary care settings. *BMC Fam Pract*. 2008 Jan 3;9:1.

Armstrong BK, White E, Saracci R. Principles of exposure measurement in epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 1994.

Bae JN, Cho MJ. Development of the Korean version of the Geriatric Depression Scale and its short form among elderly psychiatric patients. *J Psychosom Res*. 2004 Sep;57(3):297-305.

Bagley H, Cordingley L, Burns A, Mozley CG, Sutcliffe C, Challis D, Huxley P. Recognition of depression by staff in nursing and residential homes. *J Clin Nurs*. 2000 May; 9(3): 445-50.

Bagulho F. Depression in older people. *Curr Opin Psychiatry*. 2002 July;15:417-22.

Baldwin RC, Tomenson B. Depression in later life. A comparison of symptoms and risk factors in early and late onset cases. *Br J Psychiatry*. 1995 Nov;167(5):649-52.

Bamber D. The area above the ordinal dominance graph and the area below the receiver operating characteristic graph. *J Math Psychol*. 1975;12:387-415.

Barcelos-Ferreira R, Pinto JA, Nakano EY, Steffens DC, Litvoc J, Bottino CMC. Clinically Significant Depressive Symptoms and Associated Factors in Community Elderly Subjects from São Paulo, Brazil. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009 July;17(7):582-590.

Barkin RL, Schwer WA, Barkin SJ. Recognition and management of depression in primary care: a focus on the elderly. A pharmacotherapeutic overview of the selection process among the traditional and new antidepressants. *Am J Ther*. 2000 May;7(3):205-26.

Bass DS, Attix DK, Phillips-Bute B, Monk TG. An efficient screening tool for preoperative depression: the Geriatric Depression Scale-Short Form. *Anesth Analg*. 2008 Mar;106(3):805-9.

Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Rev Saude Publica*. 2007;41(4):598-605.

Beck AT, Guth D, Steer RA, Ball R. Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behav Res*

Ther. 1997 Aug; 35(8): 785-91.

Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*. 1999 Apr;174:307-11.

Beekman AT, Deeg DJ, Braam AW, Smit JH, Van Tilburg W. Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychol Med*. 1997 Nov; 27(6):1397-1409.

Berger AK, Small BJ, Forsell Y, Winblad B, Backman L. Preclinical symptoms of major depression in very old age: a prospective longitudinal study. *Am J Psychiatry*. 1998 Aug;155(8):1039-43.

Bhopal RS. Natural history, spectrum, iceberg, population patterns and screening: interrelated concepts in the epidemiology of disease. In: Bhopal RS. *Concepts of Epidemiology: an integrated introduction to the ideas, theories and methods of epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2002.

Bland RC, Orn H, Newman SC. Lifetime prevalence of Psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1988;338:24-32.

Blazer DG, Burchett B, Service C, Geirge LK. The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontology*. 1991;46:210-5.

Blazer DM, Williams CD. Epidemiology of disphoria and depression in an elderly population. *Am J Psychiatry*. 1980;137:439-444.

Boey KW. Cross-validation of a short form of the CES-D in Chinese elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999 Aug; 14(8): 608-17.

Bogner HR, Shah P, de Vries HF. A cross-sectional study of somatic symptoms and the identification of depression among elderly primary care patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2009;11(6):285-91.

Bossarte RM, He H, Claassen CA, Knox K, Tu X. Development and validation of a 6-day standard for the identification of frequent mental distress. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011 May;46(5):403-11.

Bottino CM, Zevallos-Bustamante SE, Lopes MA, Azevedo D, Hototian SR, Jacob-Filho W, Litvoc J. Combined instruments for the screening of dementia in older people with low education. *Arq Neuropsiquiatr*. 2009 Jun;67(2A):185-90.

Bottino CMC, Almeida OP, Tamai S, Forlenza OV, Scalco MZ, Carvalho IAM. Entrevista estruturada para o diagnóstico de transtornos mentais em idosos - CAMDEX - The Cambridge examination for mental disorders of the elderly. Versão brasileira (traduzida e adaptada com autorização dos editores, Cambridge University

Press). São Paulo: Instituto e Departamento de Psiquiatria - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP),1999.

Bottino CMC. Depression in the elderly.Presented at the Latin Americas Regional Meeting in Psychogeriatrics, Santiago, Chile, May 26-29, 2004.

Brink T, Yesavage , Lum O et al. Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*. 1982;1:37-43.

Brodaty H, Luscombe G, Parker G, Wilhelm K, Hickie I, Austin MP, Mitchell P. Early and late onset depression in old age: different aetiologies, same phenomenology. *J Affect Disord*. 2001 Oct;66(2-3):225-36.

Broekman BF, Niti M,Nyunt MS, Ko SM, Kumar R, Ng TP. Validation of a brief seven-item response bias-free geriatric depression scale. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011 Jun;19(6):589-96.

Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto IH. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003 Sep;61(3B):777-81.

Burke WJ, Rangwani S, Roccaforte WH, Wengel SP, Conley DM. The reliability and validity of the collateral source version of the Geriatric Depression Scale administered by telephone. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997 Mar;12(3):288-94.

Burke WJ, Roccaforte WH, Wengel SP, Conley DM, Potter JF. The reliability and validity of the geriatric Depression Rating scale Administered by telephone. *J Am Geriatr Soc*. 1995 Jun;43(6):674-9.

Caine ED, Lyness JM, King DA, Connors L. Clinical and etiological heterogeneity of mood disorders in elderly patients. In: Schneider LS, Reynolds CF III, Lebowitz BD, Friedhoff AJ. *Diagnosis and treatment of Depression in Late Life: Results of the NIH Consensus Development Conference*. Washington: American Psychiatric Press; 1994.

Camarano AA, Parsinato MT. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. IPEA-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada .Texto para discussão No.858. [internet]. Rio de Janeiro; 2002. [acesso em 24 Out 2011]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0858.pdf

Campbell G. Advances in statistical methodology for the evaluation of diagnostic and laboratory tests. *Sta Med*. 1994;13:499-508.

Carpenter JS, Andrykowski MA, Wilson J, Hall LA, Rayens MK, Sachs B, Cunningham LL. Psychometrics for two short forms of the Center for Epidemiologic

Studies-Depression Scale. *Issues Ment Health Nurs.* 1998 Sep-Oct;19(5):481-94.

Carrete P, Augustovski F, Gimpel N, Fernandez S, Di Paolo R, Schaffer I, Rubinstein F. Validation of a telephone-administered geriatric depression scale in a hispanic elderly population. *J Gen Intern Med.* 2001 Jul;16(7):446-50.

Centor RM, Schwartz JS. An evaluation of methods for estimating the area under the receiver operating characteristic (ROC) curve. *Med Decision Making.* 1985;15:276-282.

Chaaya M, Sibai AM, Roueiheb ZE, Chemaitelly H, Chahine LM, Al-Amin H, Mahfoud Z. Validation of the Arabic version of the short Geriatric Depression Scale (GDS-15). *Int Psychogeriatr.* 2008 Jun;20(3):571-81.

Chachamovich E, Fleck M, Laidlaw K, Power M. Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *Gerontologist.* 2008 Oct;48(5):593-602.

Chan KS, Orlando M, Ghosh-Dastidar B, Duan N, Sherbourne CD. The interview mode effect on the Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D) scale: an item response theory analysis. *Med Care.* 2004 Mar;42(3):281-9.

Cheung YB, Liu JY, Yip PS. Performance of the CES-D and its short forms in screening suicidality and hopelessness in the community. *Suicide Life Threat Behav.* 2007 Feb;37(1):79-88.

Coutinho ESF, Huf G, Bloch KV. Ensaio clínico pragmático: uma opção na construção de evidências em saúde. *Cad Saúde Públi.* 2003 Jul-Aug;19(4):1189-93.

Coutinho ESF, Huf G, Bloch KV. Ensaio clínico pragmático: uma opção na construção de evidências em saúde. *Cad Saúde Públi.* 2003 Aug; 19(4):1189-1193.

De Michelli D, Formignoni MLOS. Screening of drug use in a teenage Brazilian sample using the Drug Use Screening Inventory (DUSI). *Addict Behav.* 2000; 25:683-91.

Dillon C, Machnicki G, Serrano CM, Rojas G, Vasquez G, Allegri RF. Clinical manifestations of geriatric depression in a memory clinic: Toward a proposed subtyping of geriatric depression. *J Affect Disord.* 2011 Nov; 134(1-3):177-87.

Dodd LE, Pepe MS. Partial AUC estimation and regression. *Biometrics.* 2003 Sep;59(3):614-623.

Dozeman E, van Marwijk HW, van Schaik DJ, Stek ML, van der Horst HE, Beekman AT, van Hout HP. High incidence of clinically relevant depressive symptoms in vulnerable persons of 75 years or older living in the community. *Aging*

Ment Health. 2010 Sep;14(7):828-33.

Dratcu L, da Costa Ribeiro L, Calil HM. Depression assessment in Brazil. The first application of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun;150:797-800.

Drayer RA, Mulsant BH, Lenze EJ, Rollman BL, Dew MA, Kelleher K, Karp JF, Begley A, Schulberg HC, Reynolds CF 3rd. Somatic symptoms of depression in elderly patients with medical comorbidities. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005 Oct;20(10):973-82.

Evans M, Mottram P. Diagnosis of depression in elderly patients. *Adv Psychiatr Treatment*. 2000;6:49-56.

Falck RP, Pot AM, Braam AW, Hanewald GJ, Ribbe MW. Prevalence and diagnosis of depression in frail nursing home patients: a pilot study. *Tidschr Gerontol Geriatr*. 1999 Oct;30(5):193-9.

Faraggi D, Reiser B. Estimation of the area under the ROC curve. *Stat Med*. 2002 Oct 30;21(20):3093-106.

Fletcher RH, Fletcher SW. Prevenção. In: Fletcher RH, Fletcher SW. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2006.

Flint AJ, Rifat SL. Relationship between clinical variables and symptomatic anxiety in late-life depression. *Am J Geriatric Psychiatry*. 2002;10:292-296.

Folquitto JC, Bustamante SE, Barros SB, Azevedo D, Lopes MA, Hototian SR, Jacob Filho W, Bottino CM. The Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL) in the differentiation between mild to moderate dementia and normal aging. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007 Dec;29(4):350-3.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 1975;12:189-98.

Fowler FJ Jr, Gallagher PM, Stringfellow VL, Zaslavsky AM, Thompson JW, Cleary PD. Using telephone interviews to reduce nonresponse bias to mail surveys of health plan member. *Med Care*. 2002 Mar;40(3):190-200.

Gallo JJ, Rabins PV, Iliffe S. The research magnificent in late life: psychiatric epidemiology and the primary health care of older adults. *Int J Psychiatry Med*. 1997;27(3):185-204.

Gazzale FK, Hallal PC, Lima MS. Depressão na população idosa: os médicos estão

investigando? Rev Bras Psiquiatr. 2004a Sep;26(3):145-149.

Gazzale FK, Lima MS, Tavares BK. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. Rev Saúde Pública. 2004b Jun;38(3):365-71.

Goldstein JM, Simpson JC. Validity: definitions and applications to psychiatric research. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP (eds). Textbook in Psychiatric Epidemiology. New York: John Wiley Sons Inc. Publication; 1995.p.229-42.

Gorenstein C, Andrade L, Vieira Filho AH, Tung TC, Artes R. Psychometric properties of the Portuguese version of the Beck Depression Inventory on Brazilian college students. J Clin Psychol. 1999 May;55(5):553-62.

Gottfries CG. Is there a difference between elderly and younger patients with regard to the symptomatology and aetiology of depression? Int Clin Psychopharma.1998 Sep;13(suppl.5):S1-S59.

Grove WM, Andreasen NC, McDonald-Scott P, Keller MB, Shapiro RW. Reliability Studies of Psychiatric Diagnosis. Arch Gen Psychiatry. 1981;38:408-13.

Guillemin F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. Scand J Rheumatol. 1995;24(2):61-3.

Hanley JA, McNeil BJ. The meaning and use of the area under the receiver operating Characteristic (ROC) curve. Radiology.1982;143:29-36.

Haringsma R, Engels GI, Beekman AT, Spinhoven P. The criterion validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) in a sample of self-referred elders with depressive symptomatology. Int J Geriatr Psychiatry. 2004 Jun; 19(6):558-63.

Hearth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. J Adv Nurs. 1992;17(10):125-9.

Heller K, Viken RJ, Swindle RW Jr. Screening for depression in African American and Caucasian older women. Aging Ment Health. 2010 Apr;14(3):339-46.

Helzer JE, Robins LN, Taibleson M, Woodruff Jr. RA, Reich T, Wish ED. Reliability of psychiatric diagnosis. I. A Methodological Review. Arch Gen Psychiatry.1977; 34:129-33.

Heok KE, Ho R. The many faces of geriatric depression. Curr Opin Psychiatry. 2008 Nov;21(6):540-5.

Hilden J. The area under the ROC curve and its competitors. Med Decision Making.

1991;11:95-101.

Hindmarch I, Lehfeld H, Jongh P. Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL) Dementia and Geriatric Cognitive Disorders. 1998;9(suppl.2): 20-6.

Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, Josephson KR, Pietruszka FM, Koelfgen M, Mervis JR, Fitten LJ, Rubenstein LZ. Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. J Am Geriatr Soc. 1999 Jul;47(7):873-8.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas [sinopse na internet]. Brasília; 2011a [acesso em 15 out 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010 [sinopse na internet]. Rio de Janeiro; 2011b [acesso em 16 out 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>

Irwin M, Artin KH, Oxman MN. Screening for depression in the older adult: criterion validity of the 10-item Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). Arch Intern Med. 1999 Aug 9-23;159(15):1701-4.

Jorn AF, Jacomb PA. An Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. Psychol Med. 1989 Nov;19(4):1015-22.

Kaplan R. Saccuzzo D. Psychological testing: Principles, applications and issues. Monterey: Brooks/Cole Publishing Company; 1982.

Katz MM, Bowden CL, Frazer A. Rethinking depression and the actions of antidepressants: uncovering the links between the neural and behavioral elements. J Affect Disord. 2010 Jan; 120(1-3):16-23.

Kelsey JL, Whittemore AS, Evans AS, Thompson WD. Methods in Observational epidemiology. New York: Oxford University Press; 1996.

Klerman GL. Diagnosis of Psychiatric disorders in epidemiologic field studies. Arch Gen Psychiatry. 1985;42:723-4.

Koenig HG, Blazer DG. Minor depression in later life. Am J Geriatr Psychiat. 1996;4(suppl.1):14-21.

Kukull WA. Problems in measuring and interpreting cognitive decline. J Am Geriatr

Soc. 1998 Dec;46(12):1578-9.

Lehmann V, Makine C, Karsidag C, Kadioglu P, Karsidag K, Power F. Validation of the turkish version of the centre for epidemiologic studies depression scale (CES-D) in patients with type 2 diabetes mellitus. *BMC Med Res Methodol*. 2011 Jul 26;11:109.

Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Maconko J. 10-year trends in the health of brazilian elderly: evidence from National Household Sample Survey (PNAD 1998, 2003, 2008). *Cien Saude Colet*. 2011 Sep;16(9):3689-96.

Lindeboom J, Ter Horst R, Hooyer C, Dinkgreve M, Jonker C. Some psychometric properties of the CAMCOG. *Psychol Med*. 1993 Feb;23(1): 213-9.

Linn BS, Linn MW, Gurel L. Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc*. 1968 May;16(5):622-6.

LoBiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem :métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

Lynes JM, Noel TK, Cox C, King DA, Conwell Y, Caine ED. Screening for depression in elderly primary care patients. A comparison of the Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale and the Geriatric Depression Scale. *Arch Intern Med*. 1997 Feb 24;157(4):449-54.

Lyness JM, King DA, Cox C, Yoediono Z, Caine ED. The importance of subsyndromal depression in older primary care patients: prevalence and associated functional disability. *J Am Geriatr Soc*. 1999 Jun;47(6):647-52.

Lyness JM, Noel TK, Cox C, King DA, Conwell Y, Caine ED. Screening for depression in elderly primary care patients. A comparison of the Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale and the Geriatric Depression Scale. *Arch Inter Med*. 1997 Feb 24;157(4):449-54.

Malakouti SK, Fatollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Zandi T. Reliability, validity and factor structure of the GDS-15 in Iranian elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 Jun;21(6):588-93.

Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 2006;4(1):65-90.

Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Duenas Herrero R, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Arias Blanco MC. Abbreviating the brief: approach to ultra-short versions of the Yesavage questionnaire for the diagnosis of depression. *Aten Primaria*. 2005 Jan;35(1):14-21.

Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" Alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res.* 1983;16:215-8.

Mayfiel D, Mcleod G, Hsll P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism instrument. *Am J Psychiatry.* 1974;131:1121-3.

McAway GJ, Bruce ML, Raue PJ, Brown EL. Depression in elderly home-care patients: patient versus informant reports. *Psychol Med.* 2004;34:1507-17.

McDowell I, Newell C. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires.* New York: Oxford University Press; 1996.

Mello MF, Mello A, Kohn R. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil.* Porto Alegre: Artmed; 2007.

Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry.* 1979 Apr;134:382-9.

Montorio I, Izal M. The Geriatric Depression Scale: A review of its development and utility. *Int Psychogerit.* 1996 Spring;8(1):103-12.

Morais JF. Validade e confiabilidade de escalas multi-itens. *Estima.* 2004;2(3):42-5.

Moreira MM. *Envelhecimento da população Brasileira.* [tese de doutorado]. Belo Horizonte: CEDEPLAR- Universidade Federal de Minas Gerais; 1997.

Murphy KR, Davidshofer CO. *Psychological testing: principles and applications.* New Jersey: Pearson Education International. 2005.

Nelson TO. A comparison of current measures of the accuracy of feeling-of-knowing predictions. *Psychol Bull.* 1984;95:109-133.

Nelson TO. ROC curves and measure of discrimination accuracy; a reply to Swets. *Psychol Bull.* 1986;100:128-132.

Newman TB, Browner WS, Cummings SR. Delineando estudos de testes medicos. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.* 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 203-24.

Nubukpo P, Hartman J, Clément JP. Role of personality in depression of the elderly: difference between early and late life depression. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2005 Mar;3(1):63-9.

Nunnally JC, Bernstein I. *Psychometric Theory.* New York: McGraw-Hill;

1994.p.245-6.

Nyunt MS, Fones C, Niti M, Ng TP. Criterion-based validity and reliability of the Geriatric Depression Screening Scale (GDS-15) in a large validation sample of community-living Asian older adults. *Aging Ment Health*. 2009 May;13(3):376-82.

Parashos IA, Stamouli S, Rogakou E, Theodotou R, Nikas I, Mougias A. Recognition of depressive symptoms in the elderly: what can help the patient and the doctor. *Depress Anxiety*. 2002;15(3):111-6.

Pasquali L. Instrumentos Psicológicos: Manual Prático de Elaboração. Brasília: LabPAM/IBAPP;1999.

Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes; 2003.

Pasquali L. Psicometria: teoria e aplicações. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1997.

Pereira JCR. Análise de dados qualitativos. São Paulo: Edusp; 1999.

Perroco TR, Bustamante SE, Moreno Mdel P, Hototian SR, Lopes MA, Azevedo D, Litvoc J, Filho WJ, Bottino CM. Performance of Brazilian long and short IQCODE on the screening of dementia in elderly people with low education. *Int Psychogeriatr*. 2009 Jun;21(3):531-8.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Powers JR, Young AF, Russell A, Pachana NA. Implications of non-response of older women to a short form of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. *Int J Aging Hum Dev*. 2003;57(1):37-54.

Radloff LS, Teri L. Use of the Center for Epidemiological Studies – depression scale with older adults. *Clinical Gerontologist*. 1986;5:119-137.

Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measure*. 1992;7:343-351.

Reeves WC, Strine TW, Pratt LA, Thompson W, Ahluwalia I, Dringra SS, McKnight-Eily LR, Harrison L, D'Angelo DV, Williams L, Morrow B, Gould D, Safran MA. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Mental illness surveillance among adults in the United States. *MMWR Surveill Summ*. 2011 Sep 2;60 (suppl.3):1-29.

Reppold CT. Construção, validação e normatização de uma bateria de cinco escalas

para avaliação de ajustamento psicológico em adolescentes [tese de doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

Reppold CT. Construção, validação e normatização de uma bateria de cinco escalas para avaliação de ajustamento psicológico em adolescentes [tese de doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, Ercolani S, Bregnocchi M, Menculini G, Catani M, Senin U, Cherubini A. Validation of the Five-Item Geriatric Depression Scale in Elderly Subjects in Three Different Settings. *J Am Geriatr Soc.* 2003 May; 51:694-698.

Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, Ercolani S, Bregnocchi M, Menculini G, Catani M, Senin U, Cherubini A. Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. *J Am Geriatr Soc.* 2003 May;51(5):694-8.

Rodrigues MA, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thum'e E, Silveira DS, Siqueira FV, Paniz VM. Use of primary care services by elderly people with chronic conditions, Brazil. *Rev Saude Publica.* 2009 Aug;43(4):604-12.

Ros L, Latorre JM, Aguilar MJ, Serrano JP, Navarro B, Ricarte JJ. Factor structure and psychometric properties of the center for epidemiologic studies depression scale (CES-D) in older populations with and without cognitive impairment. *Int J Aging Hum Dev.* 2011;72(2):83-110.

Roth M, Tym E, Mountjoy CQ, Huppert FA, Hendrie H, Verma S, Goddard R. CAMDEX. A standardized instrument for the diagnoses of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *Br J Psychiatry.* 1986 Dec;149:698-709.

Rouch-Leroyer I, Sourgen C, Barberger-Gateau P, Fuhrer R, Dartigues JF. Detection of depressive symptomatology in elderly people: a short version of the CES-D scale. *Aging (Millano).* 2000 Jun;12(3):228-33.

Rovner BW, German PS, Brant LJ, Clark R, Burton L, Folstein MF. Depression and mortality in nursing homes. *JAMA.* 1991 Feb 27; 265(8):993-6.

Shah A, Herbert R, Lewis S, Mahendran R, Platt J, Bhattacharyya B. Screening for depression among acutely ill geriatric inpatients with a short Geriatric Depression Scale. *Age Ageing.* 1997 May;26(3):217-21.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998; 59(suppl.20):22-33; quiz 34-57.

Silveira DX, Jorge MR. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão (CES-D) em populações clínica e não-clínica de adolescentes e adultos jovens. *Rev Psiq Clin.* 1998;25:251-61.

Smith GT, McCarthy DM, Anderson KG. *Psychol Assessment.* 2000;12(1):102-111.

Spitzer RL, Cohen J, Fleiss JL, Endicott J. Quantification of agreement in psychiatric diagnosis – a new approach. *Arch Gen Psychiatry.* 1967;17:83-7.

Spitzer RL, Fleiss JL. A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. *Br J Psychiatry.* 1974;125: 341-7.

Stahl SM, Nierenberg AA, Gorman JM. Evidence of early onset of antidepressant effect in randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry.* 2001;62(suppl.4):17-23; discussion 37-40.

Stalbovskaya V, Hamadicharef B, Ifeachor E. Sample size determination using Roc Analysis. In: 3rd International Conference on Computational Intelligence in Medicine and Healthcare (CIMED2007). Plymouth: United Kingdom ;2007.

Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use.* 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1996.

Sutcliffe C, Cordingley L, Burns A, Mozley CG, Bagley H, Huxley P, Challis D. A new version of the geriatric depression scale for nursing and residential home populations: the geriatric depression scale (residential) (GDS-12r). *Int Psychogeriatr.* 2000 Jun;12(2):173-81.

Tang LL, Liu A. Sample size recalculation in sequential diagnostic trials. *Biostatistics.* 2010 Jan;11(1):151-63.

Tarter R. Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: a decision tree method. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1990;16:1-46.

Teresi J, Abrams R, Holmes D, Ramirez M, Eimicke J. Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001 Dec;36(12):613-20.

Thomas JL, Jones GN, Scarinci IC, Mehan DJ, Brantley PJ. The utility of the CES-D as a depression screening measure among low-income women attending primary care clinics. The Center for Epidemiologic Studies-Depression. *Int J Psychiatry Med.* 2001;31(1):25-40.

Thompson B. *Contemporary thinking on reliability issues.* Newbury Park: SAGE; 2002.

Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Cienc Saúde Col*. 2004;9(4):885-95.

Trinidad H, Cathy A, Judith O, Karen R, Fern MPH, Maryanne BA, Randy M, Jaime F, Laurance Z. Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *J Am Geriatr Soc*. 1999 July;47(7):873-878.

Van den Berg MD, Oldehinkel AJ, Bouhuys AL, Brilman EI, Beekman AT, Ormel J. Depression in later life: three etiologically different subgroups. *J Affect Disord*. 2001 Jun;65(1):19-26.

Van Marwijk HW, Wallace P, Block GH et al. Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the Geriatric Depression Scale. *Br J Gen Pract* 1995;45:195-199.

Vanltallie TB. Subsyndromal depression in the elderly: underdiagnosed and undertreated. *Metabol Clin Esper*. 2005;54(suppl.1):39-44.

Veras RPC, Coutinho ESF. Prevalence of depression and organic cerebral syndrome in the elderly population. *Brazil Rev Saude Publica*. 1991;25:209-217.

Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in nursing research*. 2nd ed. Philadelphia: F.A.Davis; 1991.

Waltz CF, Sylvia BM. Accountability and outcome measurement: where do we go from here? *Clin Nurse Spec*. 1991 Winter;5(4):202-3.

Wang YP, Andrade LH, Gorenstein C. Validation of the Beck Depression Inventory for a Portuguese-speaking Chinese community in Brazil. *Braz J Med Biol Res*. 2005 Mar;38(3):399-408.

Weber K, Giannakopoulos P, Canuto A. Exploring the impact of personality dimensions in late-life depression: from group comparisons to individual trajectories. *Curr Opin Psychiatry*. 2011 Nov;24(6):478-83.

Weissman MM, Bruce ML, Leaf PJ, Florio LP, Holzer C. Affective disorders. In: Robins LN and Regier DA. *Psychiatric Disorders in América*. New York: Free Press; 1991.p.53-80.

World Health Organization (WHO): *Multiaxial presentation of the ICD-10 for use in adult psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.

Xavier FM, Ferraza MP, Bertolucci P, et al. The prevalence of major depression and its impact in the quality of life, sleep patterns and cognitive function in an octagenarian population. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23:62-70.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982-1983;17(1):37-49.

Zweig MH, Campbell G. *Clin Chem.* 1993 Apr;39(4):561-77.