

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE – UFCSPA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE**

Caroline Gewehr Tisott

**Estudo de Validação Brasileira do
Inventário de Ansiedade Geriátrica –
Versão Abreviada**

UFCSPA

**Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre**

**Porto Alegre
2020**

Caroline Gewehr Tisott

Estudo de Validação Brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica – Versão Abreviada

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Analuza Camozzato de Pádua

Porto Alegre

2020

Catálogo na Publicação

Gewehr Tisott, Caroline

Estudo de Validação Brasileira do Inventário de
Ansiedade Geriátrica – Versão Abreviada / Caroline
Gewehr Tisott. -- 2020.

76 p. : graf., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2020.

Orientador(a): Analuiza Camozzato de Pádua.

1. Psiquiatria. 2. Ansiedade. 3. Psicogeriatria. 4.
GAI-SF. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

*Dedico esta dissertação à minha família que,
com muito carinho e apoio, sempre me
incentivou e me acompanhou
em minha jornada.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Dailton e Lilian Rita, e ao meu irmão Pedro, por estarem sempre presentes e incansáveis para que eu pudesse estudar e alcançar meus objetivos. Agradeço por todo o amor, incentivo e dedicação durante a minha vida.

Ao meu noivo Jean, por ter caminhado ao meu lado durante essa jornada. Obrigada pelo apoio e pelo amor dedicado a mim.

À minha orientadora, Dra Analuiza Camozzato de Pádua, pelo constante incentivo, confiança e sábios ensinamentos no decorrer desse percurso. Obrigada por acreditar e motivar meu desenvolvimento como pesquisadora, como médica e como pessoa.

Ao professor Jerson Laks, pela oportunidade e acolhimento para a realização desta pesquisa.

Aos meus professores e colegas da Residência Médica de Psiquiatria da UFCSPA, pelo apoio e companheirismo durante todo esse árduo período.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFCSPA, especialmente aos queridos professores e funcionários da secretaria.

SUMÁRIO

1- Revisão da Literatura	
Ansiedade na População Geriátrica	12
Instrumentos de Aferição de Ansiedade em Idosos	13
2- Referências Bibliográficas da Revisão de Literatura.....	18
3- Objetivos	21
4- Artigo Científico	22
5- Tabelas e Figuras	37
6- Conclusão	42
7- Anexos	
Anexo A – Parecer Comitê de Ética e Pesquisa.....	43
Anexo B – Normas para Publicação	52
Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	61
Anexo D - Dados Sociodemográficos	63
Anexo E – Critério de Classificação Econômica Brasil	64
Anexo F – Mini Exame do Estado Mental	65
Anexo G – Inventário de Ansiedade Geriátrica	66
Anexo H – Inventário de Ansiedade de Beck	67
Anexo I – Inventário de Ansiedade Traço-Estado	68
Anexo J – Escala de Depressão Geriátrica	70
Anexo K – Inventário de Ansiedade Geriátrica – Versão Abreviada ...	71
Anexo L - Questionário Sobre Doenças Clínicas	72
Anexo M – Entrevista Clínica Estruturada – 5	73

LISTA DE ABREVIações

BAI - Beck Anxiety Inventory

DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-5

GADS - Goldberg Anxiety e Depression Scale

GAI - Geriatric Anxiety Inventory

GAI-SF - Geriatric Anxiety Inventory-Short Form

GDS - Geriatric Depression Scale

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado

OMS - Organização Mundial da Saúde

ROC - Receiver Operating Characteristic

STAI - State-Trait Anxiety Inventory

TAG - Transtorno de Ansiedade Generalizada

TDM - Transtorno Depressivo Maior

FIGURAS E TABELAS

Tabela 1 – Estudos de validação do <i>Geriatric Anxiety Inventory - Short Form</i> (GAI-SF)	17
Table 1. Sociodemographic and clinical data: comparison between patients with and without generalized anxiety disorder	36
Table 2. Spearman’s rho correlation coefficient between the Brazilian Portuguese GAI-SF version and other measures of anxiety and depression (GAI, BAI, STAI, GDS)	37
Table 3. Comparison of GAI-SF, GAI, BAI, STAI and GDS scores between individuals with and without GAD diagnoses	38
Table 4. GAI-SF cutoff points derived from ROC curve analyses and their sensitivity and specificity values to detect GAD (DSM-5)	39
Figure 1. Receiver Operating Characteristic (ROC) analysis of GAI-SF to detect GAD (DSM-5)	40

RESUMO

Introdução: O Inventário de Ansiedade Geriátrica – versão abreviada (GAI-SF) é uma escala autoaplicável muito breve que avalia sintomas de ansiedade tanto em pesquisas epidemiológicas na atenção primária como em amostras clínicas de idosos. Essa escala de cinco itens utiliza respostas dicotômicas e destaca queixas de ansiedade não somáticas dos idosos. O presente estudo teve como objetivo avaliar as propriedades psicométricas da versão em português brasileiro do GAI-SF.

Métodos: Uma amostra por conveniência de 81 pacientes de ambulatórios de psicogeriatría e idosos da comunidade de duas cidades brasileiras foi recrutada para responder ao protocolo de pesquisa. Os procedimentos de avaliação foram estruturados com questionários sobre dados sociodemográficos, doenças clínicas auto-referidas, Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-5, Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI), além do GAI-SF. Doze por cento da amostra foram entrevistados duas vezes para a confiabilidade teste-reteste. A consistência interna da versão em português brasileiro do GAI-SF foi medida pelo α de Cronbach. A validade concorrente da versão em português brasileiro do GAI-SF com GAI, BAI, STAI e GDS foram avaliadas. A análise da curva ROC foi realizada para estimar a área sob a curva do GAI-SF, pontos de corte, sensibilidade e especificidade para a detecção do Transtorno de Ansiedade Generalizada do DSM-5.

Resultados: A versão em português brasileiro do GAI-SF mostrou alta consistência interna (α de Cronbach=0,848) e forte confiabilidade teste-reteste ($r=0,71$, $p<0,019$). Também mostrou correlação forte e significativa com o GAI ($r=0,86$, $p<0,001$), o BAI ($r=0,78$, $p<0,001$) e o STAI ($r=0,83$, $p<0,001$), garantindo validade concorrente. O ponto de corte de 3, estimado pelas análises da curva ROC, mostrou sensibilidade de 97,2% e especificidade de 88,9% para detectar o Transtorno de Ansiedade Generalizada (DSM-5).

Conclusão: A versão em português brasileiro do GAI-SF demonstrou propriedades psicométricas muito boas, podendo ser um instrumento confiável em pesquisas para

medir sintomas de ansiedade em idosos brasileiros, com a vantagem de ser breve e facilmente aplicável.

Palavras-chave:

GAI-SF, Ansiedade, Idosos, Inventário de Ansiedade Geriátrica Versão Abreviada, Validação.

ABSTRACT

Background: The Geriatric Anxiety Inventory - Short Form (GAI-SF) is a very brief self-report scale that measure anxiety symptoms in epidemiological surveys in primary care and in acute geriatric settings. This 5-item scale uses dichotomous answers highlighting non-somatic anxiety complaints of older people. The present study aimed to evaluate psychometric properties of the Brazilian-Portuguese version of GAI-SF.

Methods: A mixed convenience sample of 81 outpatients from Psychogeriatric Clinic and older subjects from community was recruited for answering the research protocol. The interview procedures were structured with questionnaires about socio-demographic data, clinical health status, Structure Clinical Interview for DSM-5, Geriatric Anxiety Inventory (GAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), besides the GAI-SF. Twelve percent of the sample were interviewed twice for test-retest reliability. The GAI-SF Brazilian-Portuguese version internal consistency was measure by Cronbach's α . The concurrent validity of the GAI-SF Brazilian-Portuguese version with BAI, STAI and GAI were evaluated. The receiver operating characteristic (ROC) analyses was made to estimate the GAI-SF area under curve, cut-off points, sensitivity, and specificity for the detection of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder.

Results: The GAI-SF Brazilian-Portuguese version showed high internal consistency (Cronbach's $\alpha=0,848$) and strong and significant test-retest reliability ($r=0.71$, $p<0.019$). It also showed strong and significant correlation with the GAI ($r=0.86$, $p<0.001$), BAI ($r=0.78$, $p<0.001$) and the STAI ($r=0.83$, $p<0.001$), ensuring concurrent validity. The cut-off of 3 estimated by ROC curve analyses showed sensitivity of 97.2% and specificity of 88.9% to detect Generalized Anxiety Disorder (DSM-5).

Conclusion: GAI-SF Brazilian-Portuguese version demonstrated very good psychometric properties and it can be a reliable instrument to measure anxiety symptoms in Brazilian older people, with the advantage of its brevity and feasibility.

Keywords:

GAI-SF, Anxiety, Older Adults, Geriatric Anxiety Inventory Short Form, Validation.

REVISÃO DA LITERATURA

Ansiedade na População Geriátrica

Sintomas de ansiedade são muito frequentes e transtornos de ansiedade representam uma das patologias psiquiátricas mais comuns em idosos e mais associados com comorbidades. A prevalência de transtornos de ansiedade em adultos com mais de 55 anos pode ser tão alta como 12%.¹ O impacto da ansiedade na população geriátrica é amplo e está associado a prejuízo na memória^{2,3}, aumento da incapacidade⁴, qualidade de vida⁵ e aumento do uso de serviços de saúde, tanto de saúde mental como clínicos.⁶

Dentre os transtornos de ansiedade, o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é o mais prevalente em idosos na atenção primária em saúde e a prevalência de TAG em idosos na comunidade varia de 1,2%⁷ a 7,3%.⁸ Esse transtorno tem uma distribuição multimodal ao longo da vida e um terço dos pacientes desenvolvem o TAG após os 50 anos de idade.⁸ O TAG também tem sido relacionado com pior prognóstico em pacientes com transtorno depressivo maior (TDM)⁹ e aumento do risco de eventos adversos cardíacos.¹⁰

O TAG é frequentemente sub-diagnosticado^{11,12} devido a dificuldade na detecção dos sintomas, que são, muitas vezes, complicados por efeitos adversos dos tratamentos farmacológicos, interações medicamentosas, polifarmácia¹³, comorbidades¹⁴, outros transtornos mentais como depressão¹⁵, declínio cognitivo e demência.¹⁶ Somando-se a isso, os critérios diagnósticos e os instrumentos de avaliação da ansiedade utilizados em idosos, em sua maioria, foram desenvolvidos originalmente para uso em adultos jovens. Esses instrumentos contêm muitos itens somáticos, dificultando a distinção entre sintomas de ansiedade e de outras patologias clínicas. Dessa forma, tornam-se relevantes o desenvolvimento e a utilização de instrumentos específicos de identificação e avaliação destes quadros em idosos. Além disso, segundo dados do IBGE, o número de idosos no Brasil cresceu 18% de 2012 a 2017 – neste ano, os idosos totalizaram 14,3% da população brasileira. De acordo com a OMS, a população acima de 60 anos irá dobrar até 2050. Assim, considerando o envelhecimento mundial da população, com taxas proporcionalmente maiores em países em desenvolvimento como o Brasil¹⁷

ressalta-se a necessidade de instrumentos de rastreio de ansiedade em estudos populacionais nesta faixa etária que sejam de fácil aplicação.

Instrumentos de Aferição de Ansiedade em Idosos

A avaliação adequada dos sintomas é indispensável no cuidado com o paciente e pode gerar informações para a escolha e implementação de tratamento.¹³ Os instrumentos de avaliação podem ser utilizados para fins de diagnóstico, seleção de participantes de pesquisa, conceituação de caso, embasamento da escolha de um plano terapêutico e monitorização de resultado do tratamento. Dessa forma, são de suma importância as propriedades psicométricas do instrumento utilizado, normas apropriadas de uso e evidência de real utilidade clínica.¹⁸

As pesquisas sobre transtornos de ansiedade em idosos, comparadas com outros grupos, ainda tem recebido pouca atenção dos pesquisadores e pouco se sabe sobre a avaliação de sintomas baseada em evidências da ansiedade geriátrica.¹⁹ Em uma revisão sistemática foram encontrados 213 estudos com 91 tipos de avaliação de ansiedade diferentes, dos quais apenas 16% tinham em mente a população idosa.¹³ Muitos instrumentos utilizados para mensurar sintomas de ansiedade em idosos, ainda que desenhados especificamente para essa população, têm deficiências em termos de utilidade clínica e psicométrica. Isto porque, frequentemente, usam frases longas e termos complexos que não são apropriados para essa população, que pode ter um prejuízo cognitivo leve.²⁰

Alguns instrumentos enfatizam a avaliação dos sintomas somáticos de ansiedade, que podem ser confundidos com sintomas de doenças físicas frequentes nesta faixa etária (por exemplo, dificuldades respiratórias comuns em doença pulmonar obstrutiva crônica ou insuficiência cardíaca congestiva).²⁰ Por exemplo, a *Goldberg Anxiety e Depression Scale* (GADS) tende a dar mais atenção a sintomas somáticos do que psíquicos, os quais, muitas vezes, representam sintomas de doenças clínicas²¹ e que podem hiperestimar a prevalência de depressão e ansiedade e resultar em erros de classificação. Além disso, as propriedades psicométricas da escala GADS são limitadas e dão pouco suporte para seu uso em idosos.¹³

Outro instrumento muito utilizado em idosos é o *Beck Anxiety Inventory-BAI*,²² porém, não foi desenvolvido originalmente para esta faixa etária. É composto

por 21 itens auto respondidos e foi desenhado para medir a gravidade da ansiedade e distinguir ansiedade de depressão. Esse instrumento possui pesquisas com a população geriátrica, onde foi relatada alta consistência interna em amostras de pacientes idosos ambulatoriais ($\alpha=0.91-0,92$)²³ em amostras psiquiátrica-ambulatoriais de pacientes mais velhos ($\alpha=0.81-0.93$)²⁴ e em amostras da comunidade ($\alpha=0.87-0.89$).²¹ O BAI possui confiabilidade teste-reteste adequada ($r=0.64-0.75$) em amostras de adultos mais velhos.^{22,23} A validade concorrente com outras escalas de ansiedade apresentou correlações moderadas, variando 0,29-0,63.^{21,23} A simplicidade do BAI e a evidência das propriedades psicométricas o torna uma ferramenta útil para detectar a presença de ansiedade em adultos mais velhos.¹³ Esse instrumento foi traduzido para o Português brasileiro como Inventário de Ansiedade de Beck.²⁵

O *Stait Trait Anxiety Inventory*,²⁶ é um instrumento derivado do *Minnesota Multiphasic Personality Inventor* e foi traduzido para o português brasileiro como Inventário de Ansiedade Traço-estado (IDATE).²⁷ Possui 2 escalas compostas de 20 itens auto respondidos e foi projetado para medir e diferenciar entre a ansiedade como um traço de personalidade e/ou como estado. A escala foi desenvolvida para adultos, mas pesquisas examinaram suas propriedades psicométricas com idosos. Demonstrou boa consistência interna para traço e estado em pacientes psiquiátricos ambulatoriais mais velhos ($\alpha=0.92-0.94$ para a parte estado e $\alpha=0.88-0.90$ para parte traço)^{24,28} e em idosos residentes na comunidade ($\alpha=0.79-0.90$ para a parte traço e $\alpha=0.85$ para a parte estado).²⁸ A confiabilidade teste-re-teste foi boa para a parte traço ($r=0.58-0.84$) e baixa para a parte estado ($r=0.51-0.62$).²⁸ Há apenas evidências limitadas de validade concorrente desta escala, como demonstrado pelas correlações moderadas entre o IDATE-T e outras medidas de ansiedade ($r=0.33-0.57$).^{24,28} Correlações ligeiramente inferiores foram encontradas entre o IDATE-E e outras medidas de ansiedade ($r=0.15-0.52$).^{24,28} Existe também a preocupação de que o IDATE é demorado e facilmente mal interpretado por adultos mais velhos.²⁹ Os estudos examinando as propriedades psicométricas do IDATE mostraram resultados contraditórios e, por conseguinte, deve ser utilizado com cautela ao avaliar ansiedade em idosos.¹³

No sentido de facilitar a compreensão para os idosos e de privilegiar itens mais relacionados ao pensamento do que somáticos, o Geriatric Anxiety Inventory (GAI) foi desenvolvido por pesquisadores australianos para avaliar ansiedade em

idosos.²⁰ Esta escala contém 20 itens e pode ser auto-respondida ou aplicada pela enfermagem. Como é um inventário breve, com repostas dicotômicas (tipo sim/não), parece ser mais facilmente aplicável em situações de fadiga, baixo nível educacional ou prejuízo cognitivo leve. Além disso, há poucos itens que avaliam sintomas somáticos que também poderiam ser decorrentes de doenças clínicas frequentes em idosos. Este instrumento demonstrou boas propriedades psicométricas com essa população e, embora não tenha sido designado para fazer diagnóstico de transtorno de ansiedade específico, foi efetivo em distinguir indivíduos idosos com e sem transtorno de ansiedade e aqueles com e sem TAG em amostra australiana.²⁰ Atualmente, a GAI já foi traduzida em mais de 24 línguas em cinco continentes.³⁰

O GAI foi traduzido para a língua portuguesa do Brasil³¹ e o nosso grupo de pesquisa avaliou as propriedades psicométricas da versão brasileira demonstrando que o inventário teve alta consistência interna (Cronbach's $\alpha=0.91$), forte confiabilidade teste/reteste ($r=0.85$, $p<0.001$) e boa validação concorrente com outros instrumentos que medem o mesmo construto como o Geriatric Depression Scale (GDS) ($r=0.70$, $p<0.001$), o Beck Anxiety Inventory (BAI) ($r=0.68$, $p<0.001$) e State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ($r=0.61$, $p<0.001$). O ponto de corte de treze, estimado pela análise da curva ROC, mostrou sensibilidade de 83,3% e especificidade de 84,6% para detecção de TAG.³²

Apesar das adequadas propriedades psicométricas do GAI com 20 itens, podem ocorrer dificuldades na aplicação de escalas auto-avaliadas de gravidade de sintomas contendo 20 a 30 itens para pessoas idosas, e muitas vezes, estes instrumentos mais longos podem ser inviáveis em pesquisas epidemiológicas ou em idosos com condições médicas geriátricas agudas.¹⁵ Neste contexto, Byrne e colaboradores (2011) desenvolveram o *Geriatric Anxiety Inventory – Short Form* (GAI-SF), uma versão mais curta da GAI, para ser usada, principalmente, em estudos epidemiológicos. Esta versão abreviada contém 5 itens derivados dos 20 itens da GAI, para o uso dos profissionais de saúde em uma ampla variedade de situações. Os cinco itens escolhidos para o GAI-SF (1, 6, 8, 10, 11) representaram o melhor equilíbrio entre a coesão da escala e a dificuldade de cada item, além disso, sem redundância semântica excessiva. Com isso, os 5 itens demonstraram a capacidade de distinguir indivíduos com TAG daqueles que não tem esse diagnóstico.¹⁵

O GAI-SF foi desenvolvido e normalizado com amostras de idosos residentes na comunidade. De acordo com o estudo original, o ponto de corte ideal para identificar TAG em idosos foi maior ou igual a 3, com sensibilidade de 75% e especificidade de 87%. A consistência interna foi alta (Cronbach's $\alpha=0.81$), teve forte confiabilidade teste-reteste ($r=0.80$, $p<0.001$) e boa validação concorrente com o GAI ($r=0.88$, $p<0.001$) e moderada com o STAI ($r=0.48$, $p<0.001$).¹⁵ Resultados semelhantes têm sido encontrados em outros estudos com idosos, como alta consistência interna também em outras amostras de idosos residentes na comunidade ($\alpha=0.84$)³³ e em idosos que acompanham em ambulatórios de psicogeriatría ($\alpha=0.84$).³⁴ Além disso, tem sido estimulado a ser usado como rastreio muito breve de ansiedade em idosos residentes em instituições de longa permanência.³⁵

O *Geriatric Anxiety Inventory – Short Form* foi traduzido e validado para algumas línguas como francês canadense³⁶, norueguês³⁴ e italiano.³⁷ Abaixo, a Tabela 1 resume alguns dos estudos realizados com este inventário, as propriedades psicométricas demonstradas na versão original e nas validações conduzidas em francês e norueguês.

O presente projeto visa a validar na língua portuguesa do Brasil a versão abreviada do GAI, o GAI-SF, e avaliar o ponto de corte para detecção de TAG na população brasileira. É um trabalho de relevância social pois existe em nosso país a necessidade de um instrumento em português brasileiro validado que seja mais breve e de mais rápida aplicação e auxilie na identificação de transtornos de ansiedade em idosos.

Tabela 1 – Estudos de validação do *Geriatric Anxiety Inventory - Short Form (GAI-SF)*

	Development and validation of a short form of the Geriatric Anxiety Inventory – the GAI-SF (BYRNE & PACHANA, 2010)	Assessment of anxiety in long-term care: examination of the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) and its short form (GEROLIMATOS <i>et al.</i> , 2013)	Psychometric properties and health correlates of the Geriatric Anxiety Inventory in Australian community-Residing older women (JOHNCO <i>et al.</i> , 2015)	Psychometric properties of the French Canadian version of the Geriatric Anxiety Inventory (CHAMPAGNE <i>et al.</i> , 2016)	A Bifactor and item response analysis of the Geriatric Anxiety Inventory (MOLDE <i>et al.</i> , 2017)	Never too late to be anxious: validation of the Geriatric Anxiety Inventory, Italian version (FERRARI <i>et al.</i> , 2017)
n	284	75	256	331	543	76
Confiabilidade teste-reteste	0.80	Não avaliada.	Não avaliada.	0.85	Não avaliada.	Não avaliada.
Consistência interna	$\alpha=0.81$	$\alpha=0.73$	$\alpha=0.84$	$\alpha=0.83$	$\alpha=0.84$	$\alpha=0.77$
Validação concorrente com outras escalas (r)	GAI=0.88 STAI-S=0.48	GAI=0.89 GDS-15=-0.40	GAI=0.93 PSWQ-A=0.79	GAI=0.94 PSWQ-A=0.72 WSOA-R=0.53 IUI=0.68	GAI=same latent dimension, approximately from -2 to + 2.	STAI-State=0.50 STAI-Trait=0.53 HADS-Anxiety=0.61
Validação diagnóstica	Ponto de corte para TAG ≥ 3 E: 87% S: 75% Área sob a curva ROC = 0.8	Ponto de corte para TAG = 2 E: 46.2% S: 100% Área sob a curva ROC = 0.78	Ponto de corte para TAG = 2/3 E: 98.3% S: 78.1% Área sob a curva ROC = 0.95	Ponto de corte para TAG = 2/3	Acurácia= 0.74 E: 68% S: 79% Área sob a curva ROC = 0.82	VPP=0.89 E: 76% S: 74%

GAI=Geriatric Anxiety Inventory, GADS=Goldberg Anxiety and Depression Scale, STAI=State-Trait Anxiety Inventory, BAI=Beck Anxiety Inventory, PSWQ=Penn State Worry Questionnaire, PSWQ-A=Penn State Worry Questionnaire-Abbreviated; GAS=Geriatric Anxiety Scale, GDS=Geriatric Depression Scale, GDS-15 = Geriatric Depression Scale–15 item, GHQ=General Health Questionnaire, TAG=Transtorno de Ansiedade Generalizada, PC=Ponto de Corte, S=Sensibilidade, E=Especificidade, ROC=Receiver Operating Characteristic, WSOA-R D=Worry Scale for Older Adults-Revised; IUI=Intolerance of Uncertainty Inventory, HADS-Anxiety=Hospital Anxiety and Depression Scale, VPP=Valor Preditivo Positivo

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, Friedman MB, Bruce ML. High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults. The National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2010;67(5):489-496.
- 2- Mantella RC, *et al.* Cognitive impairment in late-life generalized anxiety disorder. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2007;15:673–679.
- 3- Gimson A, Schlosser M, Huntley JD, Marchant NL. Support for midlife anxiety diagnosis as an independent risk factor for dementia: a systematic review. *BMJ Open*. 2018;8(4):1939.
- 4- Brenes GA, *et al.* The influence of anxiety on the progression of disability. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2005;53: 34–39.
- 5- Canuto A, *et al.* Anxiety disorders in old age: psychiatric comorbidities, quality of life, and prevalence according to age, gender, and country. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018;26(2):174–85.
- 6- Porensky EK, Dew MA, Karp JF, Skidmore ER, Rollman BL, Shear MK, Lenze, EJ. The burden of late-life generalized anxiety disorder: effects on disability, health-related quality of life, and healthcare utilization. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2009;17:473–482.
- 7- Gum AM, King-Kallimanis B, Kohn R. Prevalence of mood, anxiety, and substance—abuse disorders for older Americans in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17:769–781.
- 8- Beekman AT, *et al.* Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998;13:717–726.
- 9- Steffens DC, Mcquoid DR. Impact of symptoms of generalized anxiety disorder on the course of late-life depression. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2005;13:40–47.
- 10-Frasure-Smith N, Lesperance F. Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2008;65:62–71.
- 11-Scogin F, Nordhus IH, Vandenbos GR, Berg S, Fromholt P. Anxiety in old age. *Clinical Geropsychology*. 1998;205-210.

- 12- Hellwig S, Domschke K. Anxiety in late life: An update on pathomechanisms. *Gerontology*. 2019;65:465-473.
- 13- Therrien Z, Hunsley J. Assessment of anxiety in older adults: a systematic review of commonly used measures. *Aging & Mental Health*. 2012;16:1–16.
- 14- Murphy L, Helmick CG. The impact of osteoarthritis in the United States: a population-health perspective. *American Journal of Nursing*. 2012;112:13–19.
- 15- Byrne GJ, Pachana NA. Development and validation of a short form of the Geriatric anxiety inventory – the GAI-SF. *International Psychogeriatrics*. 2011;23:125–131.
- 16- Seignourel PJ, Kunik ME, Snow L, Wilson N, Stanley M. Anxiety in dementia: a critical review. *Clinical Psychology Review*. 2008;28:1071–1082.
- 17- Wong LLR, Carvalho JA. The rapid process of aging in Brazil: serious challenges for public policies. *Rev Bras Estud Popul*. 2006;23:5-26.
- 18- Holmbeck GN, & Devine KA. Editorial: An author’s checklist for measure development and validation manuscripts. *Journal of Pediatric Psychology*. 2009;34(7):691–696.
- 19- Villagrasa B, Olaya B, Lopez-Anton R, De La Cámara C, Lobo A, Santabárbara J. Prevalence of anxiety disorder among older adults in Spain: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2019;246:408–417.
- 20- Pachana NA, Byrne GJ, Siddle H, Koloski N, Harley E, Arnold E. Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*. 2007;19(1):103-114.
- 21- Wetherell JL, Gatz M. The Beck Anxiety Inventory in older adults with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2005;27(1):17-24.
- 22- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56(6):893-897.
- 23- Diefenbach G, Tolin D, Meunier S, Gilliam C. Assessment of anxiety in older home care recipients. *The Gerontologist*. 2009;49(2):141–153.
- 24- Kabacoff RL, Segal DL, Hersen M, Van Hasselt VB. Psychometric properties and diagnostic utility of the Beck Anxiety Inventory and the State-trait Anxiety Inventory with older adult psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorder*. 1997;11(1):33–47.

- 25-Cunha JA. Manual da Versão em Português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- 26-Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State Trait Anxiety Inventory. California: Consulting-Psychologists, 1970.
- 27-Biaggio AMB, Natalício L. Manual para o Inventário de Ansiedade Traço Estado (IDATE). Rio de Janeiro: CEPA, 1979.
- 28-Stanley MA, Beck JG, Zebb BJ. Psychometric properties of four anxiety measures in older adults. *Behaviour and Research Therapy*. 1996;34(10): 827–838.
- 29-Dennis RE, Boddington SJ, Funnell NJ. Self report measures of anxiety: Are they suitable for older adults? *Aging and Mental Health*. 2007;11(6):668–677.
- 30-Pachana NA, Byrne GJ. The Geriatric Anxiety Inventory: International use and future directions. *Australian Psychologist*. 2012;47(1):33– 38.
- 31-Martiny C., *et al.* Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2011;38(1):8-12.
- 32-Massena PN, Araújo NB, Pachana N, Laks J, Pádua AC. Validation of the Brazilian Portuguese Version of Geriatric Anxiety Inventory – GAI-BR. *International Psychogeriatrics*. 2015;27(7):1113-1119.
- 33-Johnco C, Knight A, Tadic D, Wuthrich VM. Psychometric properties of the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) and its short-form (GAI-SF) in a clinical and non-clinical sample of older adults. *International Psychogeriatrics*. 2015;27(7):1089-1097.
- 34-Molde H., *et al.* A Bifactor and item response analysis of the geriatric anxiety inventory. *International Psychogeriatrics*. 2017;29(10):1647-1656.
- 35-Gerolimatos LA, Gregg JJ, Edelstein BA. Assessment of anxiety in long-term care: examination of the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) and its short form. *International Psychogeriatrics*. 2013;25(9):1533-1542.
- 36-Champgne A, Landreville P, Gosselin P, Carmichael PH. Psychometric properties of the *French Canadian* version of the Geriatric Anxiety Inventory. *Aging & Mental Health*. 2016;22:1-6.
- 37-Ferrari S, *et al.* Never too late to be anxious: validation of the Geriatric Anxiety Inventory, Italian version. *La Clinica Terapeutica*. 2017;168:120-127.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Validar a versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica – Versão Abreviada (GAI-SF).

Objetivos específicos:

- Avaliar a confiabilidade teste/re-teste da versão brasileira do GAI-SF;
- Avaliar a consistência interna da versão brasileira do GAI-SF;
- Realizar a validação concorrente da versão brasileira do GAI-SF com outros instrumentos usados para avaliação de ansiedade (BAI e STAI);
- Avaliar acurácia diagnóstica da versão brasileira do GAI-SF na detecção de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG);
- Identificar o ponto de corte da versão brasileira do GAI-SF para detecção de TAG na população brasileira.

ARTIGO CIENTÍFICO

Artigo submetido para o periódico *International Psychogeriatrics*.

Title: Validation of the Brazilian Portuguese Version of Geriatric Anxiety Inventory - Short Form (GAI-SF)

Authors:

Caroline Gewehr Tisott, M.D., Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Email address: carolgtisott@gmail.com.

Prof. Nancy A. Pachana, Psychologist, PhD. School of Psychology, The University of Queensland. Email address: n.pachana@psy.uq.edu.au.

Prof Gerard J. Byrne, Psychiatrist, PhD, School of Medicine, The University of Queensland. E-mail address: gerard.byrne@uq.edu.au

Prof. Jerson Laks, M.D., Psychiatrist, PhD. School of Medicine, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Email address: jlaks@centroin.com.br.

Prof. Analuiza Camozzato, M.D., Psychiatrist, PhD, School of Medicine Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Email address: anacamoz@gmail.com, analuizap@ufcspa.edu.br

Corresponding author:

Caroline Gewehr Tisott

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Postal Address: Rua Sarmento Leite, 245, sala 105. Centro.

CEP: 90035-190

Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil.

E-mail address: carolgtisott@gmail.com

Telephone number: +55 55 997215560

Abstract

Objectives: The Geriatric Anxiety Inventory - Short Form (GAI-SF) is a very brief self-report scale that measure anxiety symptoms in epidemiological surveys as well as in primary care and in acute geriatric settings. This 5-item scale uses dichotomous

answers highlighting non-somatic anxiety complaints of older people. The present study aimed to evaluate psychometric properties of the Brazilian-Portuguese version of the GAI-SF.

Design: Cross-sectional study.

Setting: Outpatients from Psychogeriatric Clinics and older subjects from the community was recruited for answering the research protocol in two different cities.

Participants: A convenience sample of 81 subjects aging 60 or more.

Measurements: The interview procedures were structured with questionnaires about socio-demographic data, clinical health status, Structure Clinical Interview for DSM-5, Geriatric Anxiety Inventory (GAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), besides the GAI-SF. We evaluated internal consistency, concurrent validity and optimal cut-off point, sensitivity, and specificity for the detection of Generalized Anxiety Disorder.

Results: The GAI-SF Brazilian-Portuguese version showed high internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.848$) and strong and significant test-retest reliability ($r = 0.71$, $p < 0.019$). It also showed strong and significant correlation with the GAI ($r = 0.86$, $p < 0.001$), BAI ($r = 0.78$, $p < 0.001$) and the STAI ($r = 0.83$, $p < 0.001$), ensuring concurrent validity. The cut-off of 3 estimated by ROC curve analyses showed sensitivity of 97.2% and specificity of 88.9% to detect Generalized Anxiety Disorder (DSM-5).

Conclusions: GAI-SF Brazilian-Portuguese version demonstrated very good psychometric properties, and thus it can be a reliable instrument to measure anxiety symptoms in Brazilian older people, with the advantage of its brevity and feasibility.

Key words: Anxiety, Aging, Psychogeriatrics, Scales, Screening

Running title

GAI-SF psychometric properties

Introduction

Anxiety disorders in late life are highly frequent (Bryant *et al.*, 2008). Specific phobia and generalized anxiety disorder (GAD) showed the largest prevalence in older adults, with phobia rates ranging from 3.1 to 10.2% and GAD rates ranging from 1.2% to 7.3% (Wolitzky-Taylor *et al.*, 2010). Despite this high prevalence, anxiety in older adults has received less attention in research and much remains to

be studied (Balsamo *et al.*, 2018). Additionally, older people with anxiety disorders are often under diagnosed (Scogin *et al.*, 1998) because the detection and evaluation of anxiety are complicated by clinical comorbidities (Murphy and Helmick, 2012), cognitive impairment and newly changes in life circumstances (Seignourel *et al.*, 2008). For these reasons, evidence-based assessment instruments are increasingly important for use with this population.

The Geriatric Anxiety Inventory (GAI) was developed to measure anxiety symptoms severity specifically for use in late life (Pachana *et al.*, 2007). The GAI is a brief scale that can be self-answered or administered by an interviewer, with yes/no answers; it is easily applied in situations of fatigue, lower educational level, or mild cognitive impairment. It contains 20 items and highlights mainly non-somatic anxiety complaints of older people. The psychometric properties of the original scale have already been demonstrated including the ability of the GAI to identify Generalized Anxiety Disorder (GAD) in older patients (Pachana *et al.*, 2007, Byrne *et al.*, 2010). The GAI has been translated, adapted and validated to Brazilian Portuguese by Martiny *et al.*, 2011 and Massena *et al.*, 2015. It has been translated to many languages and used in different countries and a cross-national analysis showed that its score can be directly comparable among the countries (Molde *et al.*, 2017).

A short-form (GAI-SF), with only five items of the GAI, based on the most predictive items from GAI (1, 6, 8, 10, 11), was developed to make the use of the instrument more practical in primary care, acute geriatric medical settings and in epidemiological surveys (Byrne & Pachana, 2011). Results from this study suggested an optimum cut-off score of 3 (sensitivity 75% and specificity 87%) for Generalized Anxiety Disorder (GAD) with an area under the ROC curve (AUC): 0.80. The GAI-SF also showed high internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.81$), high test-retest reliability ($r = 0.80$, $p < 0.001$) and good concurrent validity with the GAI 20-items ($r = 0.88$, $p < 0.001$) and with the State-Trait Anxiety Inventory ($r = 0.48$, $p < 0.001$). It was originally evaluated in a community-residing sample with only women and with small number of participants that had a diagnosed anxiety disorder ($n = 8$; 3.3%). Recently, the psychometric properties of the GAI-SF in older adult populations has been investigated in a variety of clinical settings as nursing home residents (Gerolimatos *et al.*, 2013) and inpatients (Ferrari *et al.*, 2017). Additionally, bigger samples were evaluated in an attempt to both confirm the properties and functionality of this scale while also contributing to empirical data about anxiety in later life (Johnco *et al.*,

2015; Molde *et al.*, 2017; Champagne *et al.*, 2016). The GAI-SF, originally in English, was translated into an Italian version (Ferrari *et al.*, 2017), a French Canadian version (Champagne *et al.*, 2016) and a Norwegian version (Molde *et al.*, 2017). These studies have found good psychometric properties for the GAI-SF, including the results of Cronbach's α for the assessment of internal consistency (range=0.73-0.84) and the concurrent validity with the GAI (range=0.88-0.94) (Molde *et al.*, 2017; Ferrari *et al.*, 2017; Champagne *et al.*, 2016; Johnco *et al.*, 2015; Gerolimatos *et al.*, 2013).

Furthermore, these validation studies of the GAI-SF suggested none or minimal differences between the psychometric properties from this scale and from the GAI full scale with 20 items. These results supported the choice of the GAI-SF instead of the full scale, according to the clinical or research scenario appropriateness (Gerolimatos *et al.*, 2013; Molde *et al.*, 2017). Moreover, there are many more validation studies concerning the GAI full scale with 20 items as opposed to the short form. In this context, the Brazilian Portuguese version remains to be validated, since there was one study on the psychometric properties of this version, in a sample of primary care patients, showing good internal consistency (Cronbach's $\alpha=0.62$) and test-retest reliability ($r=0.97$, ($p<0.001$)) and convergent validity with the Beck Anxiety Inventory (BAI) in a small subset of 15 participants (Silva *et al.*, 2016). Additionally, no other short-form scale specifically developed to identify anxiety disorders in late life has been validated in Brazil, despite the growing rates of aged people during the past decades in this country (Wong and Carvalho, 2006).

The aim of this study is to validate the Brazilian Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory Short-Form (GAI-SF). We aim to estimate the internal consistency of the GAI-SF, to evaluate its test-retest reliability, to assess its concurrent validity and to evaluate the diagnostic power of the GAI-SF in detecting Generalized Anxiety Disorder (GAD). Our hypothesis is that the Brazilian Portuguese version of the GAI-SF will present psychometric properties similar to those demonstrated in the original scale.

Methods

Design: Cross-sectional study.

Sample: A convenience sample of 81 subjects aging 60 or more was evaluated in two different cities. From the total sample, 36 (44,4%) were elderly outpatients with GAD (case group) recruited from Brazilian university psychogeriatric clinics and 45

(55,6%) were healthy participants (control group) recruited from community meeting centers. The exclusion criteria included significant uncorrected sensory deficits and cognitive impairment. The Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein *et al.*, 1975) was initially applied to screen cognition; participants who scored ≤ 24 and ≤ 17 for individuals with nine years of schooling or more and for those individuals with less than nine years of schooling, respectively, were considered ineligible for the study. All participants signed informed consent to participate. No participants fulfilled the exclusion criteria.

Measures and procedure

1) *Questionnaire with socio-demographic data*: gender, age, education (measured in years of schooling) and socioeconomic status (Brazilian Economic Classification of the Brazilian Association of Research Companies. Socioeconomic Survey– 2016).

2) *Clinical health status assessment*: questions with yes/no format about diabetes, lung diseases, heart disease, dyslipidemia, cancer, hypertension, stroke and other chronic conditions self-reported were applied.

3) *Geriatric Anxiety Inventory (GAI)* (Pachana *et al.*, 2007; Massena *et al.*, 2015): a 20-item self-report measure that assesses anxiety-related symptoms in older adults. Respondents answer dichotomously (agree/disagree).

4) *Beck Anxiety Inventory (BAI)* (Beck *et al.*, 1988) self-report instrument consisting of 21 items that evaluates the most common anxiety symptoms seen in clinical practice. Each item is scored from 0 (absent) to 3 (severe) and total score ranges from 0 to 63.

5) *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* (Spielberger *et al.*, 1970; Gorestein *et al.*, 1996): a self-report instrument consisting of 40 statements describing personal feelings, measuring two separate components: the state and the trait of anxiety. The total score ranges from 40 to 160 points, so that higher values indicate higher levels of anxiety.

5) *Geriatric Depression Scale (GDS)* (Yesavage *et al.*, 1983; Almeida *et al.*, 1999): this scale has 15 “yes/no” questions response format and was used as self-report screening instrument for clinical depression.

6) *Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5)*: The SCID-5 (First *et al.*, 2017) is a semi-structured interview that assesses mental health disorders as conceptualized in the DSM-5. The clinical DSM-5 diagnosis by SCID-5 of GAD was used as gold-standard to evaluate the Brazilian-Portuguese GAI-SF version diagnostic accuracy.

7) *Geriatric Anxiety Inventory (GAI) short-form* (Byrne & Pachana, 2011): is an abbreviated version of GAI comprising only five of the original items (1, 6, 8, 10, 11). Each item is self-reported and rated “agree” or “disagree”. It takes no more than 5 minutes to be answered.

All data were collected by researchers previously trained to applied the scales. The SCID-5 was applied by a certificate psychiatrist. The interviews and rating scales were applied in the numeric order cited above, so the GAI full scale with 20 items was applied at the beginning and the GAI-SF at the end of the whole interview. The GAI-SF was rated twice, with a week interval, in a subsample of ten individuals.

Ethics

The ethics committees of the Federal University of Health Sciences of Porto Alegre approved this study. Participants who exhibited high levels of psychological distress at interview were referred for psychiatric review.

Statistical analyses

The sample size determination was based on the lower significant correlation between the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the Geriatric Anxiety Inventory Short-Form (GAI-SF)=0.48 (Byrne & Pachana, 2011), bidirectional $\alpha=0.005$ and, $\beta=0.05$. With these parameters it was estimated sample size was 79 subjects (Hulley *et al.*, 2001). Descriptive analyses were performed first. The Kolmogorov-Smirnov test was used to assess the normality of the data. Continuous variables were described as mean (standard deviation) when they had parametric distribution and as median (minimum-maximum) when there showed nonparametric distribution. Categorical variables were described as absolute values (n) and relative values (%).

Means were compared by the Student's *t*-test and medians by the Mann-Whitney *U*-test. Pearson's chi-square test was used to compare categorical variables between the two groups. Internal consistency was calculated using Cronbach's α and an exploratory factor analysis by principal components analysis was also carried out to determine the construct validity of the Brazilian-Portuguese version of GAI-SF. The Spearman correlation test was used to evaluate the test-retest GAI-SF reliability and to assess its bivariate correlation with each anxiety scales (GAI, BAI and STAI), and with the GDS. It was also used to evaluate the correlation of the GAI-SF with education level and age. Receiver operating characteristic (ROC) analyses were used to estimate the sensitivity, specificity and the optimal cut-point for GAD diagnosis. SPSS software 22.0 was used to perform the analysis.

Results

The comparison of sociodemographic and clinical data between cases and healthy controls was described in Table 1. No significant differences were found. Women were the majority of the sample.

Insert here table 1.

The internal consistency of the GAI-SF Brazilian-Portuguese version, measured by Cronbach's α , was 0.848. The exploratory factor analysis indicated that the Brazilian-Portuguese version of GAI-SF was unidimensional, with one factor explaining 62.32% of its item variance, and had factor loadings ranging from 0.71 to 0.85 and communality values ranging from 0.51 to 0.73.

As the distribution of scores in the GAI-SF Brazilian-Portuguese version was nonparametric ($p=0.002$ Kolmogorov-Smirnov test), nonparametric analyses were carried out. A strong and significant test-retest reliability (Spearman's $\rho=0.71$, $p<0.019$) was found between the two applications of the scale, with a week interval, in a subsample of ten individuals.

The GAI-SF Brazilian-Portuguese version was significantly correlated with other measures of anxiety and depression. Table 2 shows these data.

Insert here table 2.

Comparisons of GAI-SF, GAI, BAI, STAI and GDS scores between the groups with and without GAD (DSM-5) are shown in Table 3. Brazilian Portuguese GAI, STAI, BAI and GDS scores were significantly higher in the individuals with GAD (DSM-5).

Insert here table 3.

Using the diagnosis of GAD by DSM-5 as gold standard, the GAI-SF Brazilian Portuguese version showed good diagnostic power to detect this condition, indicating an area under the curve (AUC) of 0.984 ($p=0.001$), obtained by ROC curve analysis (Figure 1).

Insert here figure 1.

Table 4 shows the GAI-SF Brazilian Portuguese version cut-offs with their respective sensitivity and specificity for the detection of GAD. The cut-off point of 3 demonstrated a sensitivity=97.2% and specificity=88.9%.

Insert here table 4.

Discussion

The assessment and diagnosis of anxiety in older adults is a challenge with respect to multiple potential confounding factors, including multiple medications, high prevalence of comorbid mental and health disorders, and functional disabilities in this population. The use of appropriate measures with good psychometric properties for this age group is required. The purpose of the study was to evaluate the psychometric properties of the GAI-SF Brazilian-Portuguese version in clinical and non-clinical samples. We found high internal consistency, strong and significant test-retest correlation, good concurrent validity with other rating scales for anxiety and high diagnostic accuracy for GAD for the GAI-SF Brazilian-Portuguese version. Our results in general are similar to those observed by Byrne and colleagues in the original version (Byrne & Pachana, 2011) and other studies which evaluated this

scale (Molde *et al.*, 2017; Ferrari *et al.*, 2017; Champagne *et al.*, 2016; Johnco *et al.*, 2015; Gerolimatos *et al.*, 2013). This finding suggests that cross-cultural adaptation does not change the performance characteristics of this instrument.

In all other GAI-SF validation studies, including the original study, the GAI-SF form was extracted from the full GAI scale, while we applied the two scales (GAI and GAI-SF) separately. Although potential bias may have occurred by administering the scale twice, on the other hand, this procedure may have been a limitation in the other studies, and some authors have suggested further comparisons of the two scales applied separately (Byrne & Pachana, 2011; Johnco *et al.*, 2015; Champagne *et al.*, 2016). Additionally, we applied the full GAI in the beginning and the GAI-SF at the end of our protocol interview to minimize a potential memory bias. The test-retest reliability was also carried out with the GAI-SF only, different from the other studies which extracted this data from the GAI full scale test-retest. We consider this methodology as a strength of our study.

The GAI- SF Brazilian–Portuguese version showed construct validity with high internal consistency, similar to the other validation studies (Byrne & Pachana, 2011; Molde *et al.*, 2017; Ferrari *et al.*, 2017; Champagne *et al.*, 2016; Johnco *et al.*, 2015; Gerolimatos *et al.*, 2013) and closer to that showed by the Brazilian Portuguese version GAI 20 with 20 items (Massena *et al.*, 2015). In addition, it was unidimensional, thus measuring one single construct, and this finding also supported its construct-related validity. The test–retest reliability was also good and similar to the other studies (Byrne & Pachana, 2011; Champagne *et al.*, 2016). This result reinforces the stability of this scale across the time. Consistent with previous studies, the GAI-SF Brazilian-Portuguese version was significant and positively correlated with other instruments that measure anxiety (GAI, BAI, STAI), reflecting good concurrent validity (Byrne & Pachana, 2011; Gerolimatos *et al.*, 2013; Johnco *et al.*, 2015; Champagne *et al.*, 2016; Ferrari *et al.*, 2017). It is important to highlight that all correlation coefficients between GAI-SF Brazilian-Portuguese and these three other anxiety scales, which can be considered accepted standards, were strong. These associations ensured the very good criterion validity of the GAI-SF Brazilian–Portuguese version. We can assume that the GAI-SF Brazilian-Portuguese version is as accurate for assessment of anxiety symptoms as the already validated anxiety

scales. In addition, the GAI-SF Brazilian-Portuguese version was positive and significantly correlated with a measure of depressive symptoms (GDS) as it was reported in other studies conducted with community-dwelling older adults (Byrne & Pachana, 2011; Johnco *et al.*, 2015; Champagne *et al.*, 2016). Even though it is not expected that an anxiety scale measure other constructs such as depression, this result may be based on the high prevalence and overlap of anxiety and depressive symptoms in geriatric patients (Van der Veen *et al.*, 2014). The pattern of this common comorbidity in older adults remains unclear and warrants further investigation (Braam *et al.*, 2014).

The ROC analyses of GAI-SF Brazilian-Portuguese version demonstrated high diagnostic accuracy, with the cut-off point of ≥ 3 showing a very good diagnostic power of this version to detect GAD. Its AUC was very high (0.984) closer to the observed in an Australian community-resident older women (0.954) (Johnco *et al.*, 2015) and higher than the other versions including the original (Molde *et al.*, 2017; Gerolimatos *et al.*, 2013; Byrne & Pachana, 2011). This better performance may be at least partially attributed to the unique administration of the GAI-SF separately in our study. We can also attribute our result to the modest numbers of patients with diagnosed generalized anxiety disorder. Nonetheless, it was an impressive diagnostic accuracy with a shorter and easily applicable scale.

Some limitations should also be acknowledged for proper interpretation. First, the sample size did not allow us to analyse the data from those individuals who only presented with GAD (without any psychiatric comorbidity), which may have influenced the convergent validity with depression measure. In any case, GAD pure cases are not frequent, and comorbidities (especially with depression) are very frequent. Second, we have a modest sample size of elderly patients. However, we used a sampling method to calculate our total sample and the recruitment performed in two sites may have increased the representativeness of our sample.

In conclusion, the current results indicate that the GAI-SF Brazilian-Portuguese version has very good psychometric properties and support the possibility to implement the use of this scale for the assessment of anxiety in Brazilian older adults in clinical practice and epidemiological research. Replication of these findings using

large numbers of clinical participants is needed. Cross-national analyses should also be carried out to support the cross-cultural property of the scale.

Conflicts of interest

None of the authors have conflicts of interest.

Description of authors' roles

Caroline Gewehr Tisott and Analuiza Camozzato de Pádua collected the interviews, analysed the data, conducted the writing and reviewed the article. Nancy A. Pachana and Gerard J. Byrne are the authors of inventory in validation and reviewed the article. Jerson Laks and Analuiza Camozzato participated in the writing and supervised the final reviewing of the article.

Acknowledgements:

None.

References

- Almeida, O.P., Almeida, S.A.** (1999). Confiabilidade da Versão Brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS): versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57, 421-426. doi:10.1590/s0004-282x1999000300013.
- Balsamo, M., Cataldi, F., Carlucci, L., Fairfield, B.** (2018). Assessment of anxiety in older adults: a review of self-report measures. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 574-593. doi:10.2147/cia.s114100.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. and Steer, R.A.** (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-7. doi:10.1037//0022-006x.56.6.893.
- Braam, A. W., et al.** (2014). Depression, subthreshold depression and comorbid anxiety symptoms in older Europeans: Results from the EURODEP concerted action. *Journal of Affective Disorders*, 155, 266-272. doi:10.1016/j.jad.2013.11.011.

Brazilian Association of Research Companies Socioeconomic Survey. (2016). Brasília, Brazil. Available at: <http://www.abep.org/criterio-brasil>; (last accessed 17 January 2020).

Bryant, C., Jackson, H., and Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 109(3), 233–250. doi:10.1016/j.jad.2007.11.008.

Byrne, G.J., Pachana, N.A., Goncalves, D.C., Arnold, E., King, R. and Khoo, S.K. (2010). Psychometric properties and health correlates of the Geriatric Anxiety Inventory in Australian community-residing older women. *Aging and Mental Health*, 14, 247-54. doi:10.1080/13607861003587628.

Byrne, G.J. and Pachana, N.A. (2011). Development and validation of a short form of the Geriatric Anxiety Inventory – the GAI-SF. *International Psychogeriatrics*, 23, 125-31. doi:10.1017/S1041610210001237

Champagne, A., Landreville, P., Gosselin, P., Carmichael, P.H. (2016). Psychometric properties of the French Canadian version of the Geriatric Anxiety Inventory. *Aging & Mental Health*, 22, 1-6. doi:10.1080/13607863.2016.1226767.

Ferrari, et al. (2017). Never too late to be anxious: validation of the Geriatric Anxiety Inventory, Italian version. *La Clinica Terapeutica*, 168, 120-127. doi:10.7417/CT.2017.1992.

First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., Spitzer, R. L. (2017). *Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5.* (Eds.) Artmed. Porto Alegre.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6.

Gerolimos, L. A., Gregg, J. J., Edelstein, B. A. (2013). Assessment of anxiety in long-term care: examination of the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) and its short form. *International Psychogeriatrics*, 25, 1533-1542. doi:10.1017/S1041610213000847.

Gorenstein, C., Andrade, L. (1996). Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 29, 453-7.

Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D., Hearst, N., Newman, T. B. (2001). *Designing Clinical Research: an epidemiological approach* (2nd Edition). Chapter 6. (Eds.) Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA. ISBN 0-7817-2218-7.

Johnco, C., Knight, A., Tadic, D., Wuthrich, V.M. (2015). Psychometric properties of the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) and its short-form (GAI-SF) in a clinical and non-clinical sample of older adults. *International Psychogeriatrics*, 27, 1089-1097. doi:10.1017/S1041610214001586.

Martiny, C., Silva, A.C.O., Nardi, A.E. and Pachana, N.A. (2011). Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38, 8-12. doi:10.1590/S0101-60832011000100003.

Massena P. N.; Araújo N. B. De; Pachana N.; Laks J.; Pádua A. C. De. (2015). Validation of the Brazilian Portuguese Version of Geriatric Anxiety Inventory – GAI-BR. *International Psychogeriatrics*. 27, 1113-1119. doi:10.1017/S1041610214001021.

Molde, H., et al. (2017). A Bifactor and item response analysis of the geriatric anxiety inventory. *International Psychogeriatrics*, 29, 1647-1656. doi:10.1017/S1041610217001004.

Murphy, L.; Helmick, C. G. (2012). The impact of osteoarthritis in the United States: a population-health perspective. *American Journal of Nursing*, 112, 13–19. doi:10.1097/01.NAJ.0000412646.80054.21.

Pachana, N.A., Byrne, G.J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E. and Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19, 103-114. doi:10.1017/S1041610206003504.

Scogin, F.; Nordhus, I.H.; Vandenbos, G.R.; Berg, S.; Fromholt, P. (1998). Anxiety in old age. *Clinical Geropsychology*, 205-210.

Seignourel, P. J.; Kunik, M. E.; Snow, L.; Wilson, N.; Stanley, M. (2008). Anxiety in dementia: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 28, 1071–1082. doi:10.1016/j.cpr.2008.02.008.

Silva, L. S. V., et al. (2016). The Geriatric Anxiety Inventory in primary care: applicability and psychometric characteristics of the original and short form. *Arch Clin Psychiatry*, 43, 103-106. doi:10.1590/0101-60830000000094.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. and Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Van der Veen, D. C., Van Zelst, W. H., Schoevers, R. A., Comijs, H. C., & Oude Voshaar, R. C. (2014). Comorbid anxiety disorders in late-life depression: results of a cohort study. *International Psychogeriatrics*, 27, 1157–1165. doi:10.1017/S1041610214002312.

Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27(2), 190–211. doi:10.1002/da.20653.

Wong, L.L.R., Carvalho, J.A. (2006). The rapid process of aging in Brazil: serious challenges for public policies. *Rev Bras Estud Popul*, 23, 5-26. doi:10.1590/S0102-30982006000100002.

Yesavage, J. A., et al. (1983). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37–49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4.

Figures and tables:**Table 1.** Sociodemographic and clinical data: comparison between patients with and without generalized anxiety disorder

	Control (n=45 (55,6%))		Case (n=36 (44,4%))		p
	Median	(min-max)	Median	(min-max)	
Age	67	(60-85)	72	(60-84)	0.08*
Years of education	10	(1-21)	8.5	(2-20)	0.99*
	n	%	n	%	
Female gender	35	77.7	31	86.1	0.33**
Socioeconomic Classification					0.82**
Class A	4	8.9	6	16.7	
Class B	33	73.4	22	61.1	
Class C	8	17.8	8	22.3	
Diabetes (yes)	13	13.9	12	11.1	0.66**
Lung diseases (yes)	0	0	2	0.9	0.10**
Heart diseases (yes)	9	8.9	7	7.1	0.95**
Hypertension (yes)	21	25.6	25	20.4	0.04**
Dyslipidemia (yes)	19	21.1	19	16.9	0.34**
Cancer (yes)	2	1.7	1	1.3	0.69**
Stroke (yes)	8	6.1	3	4.9	0.21**

Note: *Mann-Whitney U test; **Pearson's Chi Square; p = level of statistical significance; n = absolute value; % = relative value; Min = minimum; Max = maximum

Table 2. Spearman's rho correlation coefficient between the Brazilian Portuguese GAI-SF version and other measures of anxiety and depression (GAI, BAI, STAI, GDS)

	GAI	BAI	STAI	GDS
GAI-SF	0.86*	0.78*	0.83*	0.76*

Note: * $p < 0.001$; GAI-SF = Geriatric Anxiety Inventory Short-Form; GAI = Geriatric Anxiety Inventory; BAI = Beck Anxiety Inventory; STAI = State-Trait Anxiety Inventory; GDS = Geriatric Depression Scale

Table 3. Comparison of GAI-SF, GAI, BAI, STAI and GDS scores between individuals with and without GAD diagnoses

	Controls (n=45)	Cases (n=36)	<i>p</i>
GAI-SF (median)*	0	4	0.001
GAI (median)*	3	14.5	0.001
BAI (mean)**	25.3	37.8	0.001
STAI (median)*	61	99.5	0.001
GDS (mean)**	1.5	5	0.001

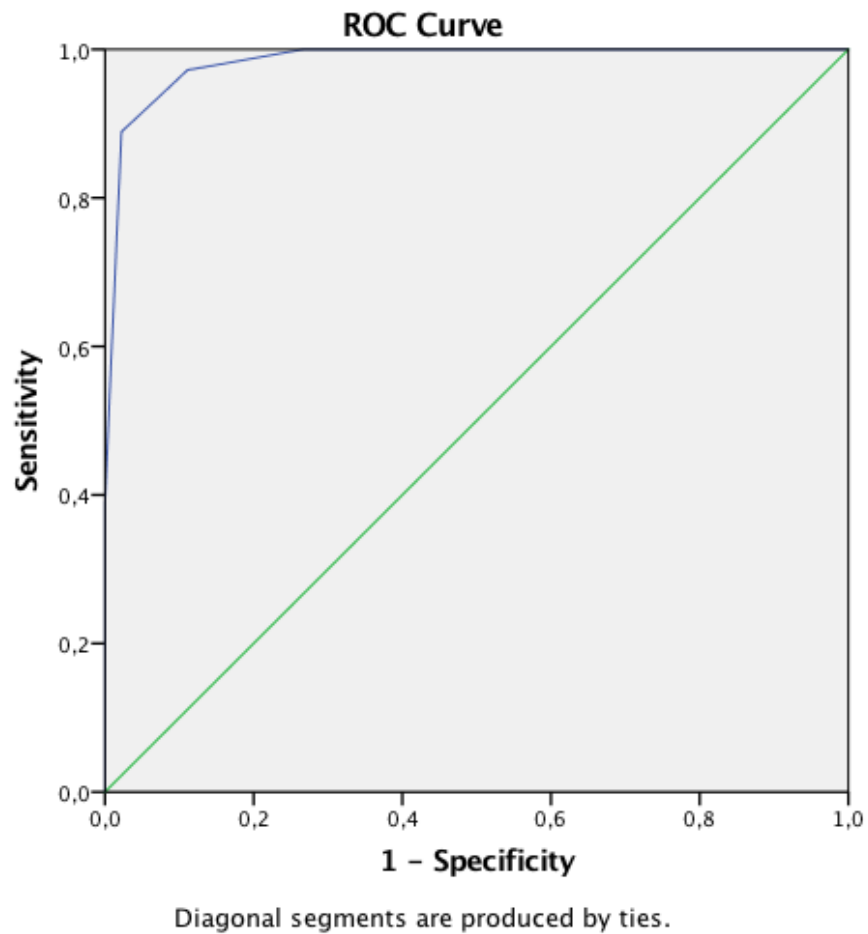
*Note: * Mann-Whitney U test; ** Student t test; p = level of statistical significance; n = absolute value; GAI-SF = Geriatric Anxiety Inventory Short-Form, GAI = Geriatric Anxiety Inventory, BAI = Beck Anxiety Inventory, STAI = State-trait Anxiety inventory, GDS = Geriatric Depression Scale, GAD = Generalized Anxiety Disorder*

Table 4. GAI-SF cutoff points derived from ROC curve analyses and their sensitivity and specificity values to detect GAD (DSM-5)

Cut-off point (\geq)	Sensitivity (%)	Specificity (%)
1	100	53.3
2	100	73.3
3	97.2	88.9
4	88.9	97.8
5	38.9	100

Note: GAI-SF = Geriatric Anxiety Inventory Short-Form; ROC = Receiver Operating Characteristic; GAD = Generalized Anxiety Disorder; DSM-5 = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5; % = relative value

Figure 1. Receiver Operating Characteristic (ROC) analysis of GAI-SF to detect GAD (DSM-5)



Note: ROC = Receiver Operating Characteristic; GAI-SF = Geriatric Anxiety Inventory Short-Form; GAD = Generalized Anxiety Disorder; DSM-5 = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5

CONCLUSÃO

No Brasil, os transtornos de ansiedade em idosos são prevalentes e, juntamente com a morbidade e os custos associados dessas patologias, sugerem ter grande importância para a saúde mental individual e pública. A implementação de instrumentos psicométricos com propriedades baseadas em evidências, como é o GAI-SF, pode melhorar as habilidades clínicas e apoiar a avaliação adequada e padronizada do resultado das intervenções.

A versão em português brasileiro do GAI-SF demonstrou propriedades psicométricas muito boas e pode ser um instrumento confiável para medir sintomas de ansiedade em idosos brasileiros em pesquisas epidemiológicas, atenção primária e condições médicas agudas. A escala apresenta grande potencial de aplicabilidade clínica por ser breve (menos de 5 minutos para aplicação) e propriedades psicométricas comparáveis com a escala de 20 itens (GAI-20 itens) e outras escalas de ansiedade atualmente utilizadas. Além disso, o GAI-SF é um instrumento atrativo para utilização em rastreio de ansiedade em idosos, inclusive por clínicos gerais.

Dessa forma, como perspectiva futura, sugere-se ampliar a amostra em novas pesquisas para corroborar os resultados encontrados e em amostras mais heterogêneas que representam o universo real dos idosos (declínio cognitivo leve, pacientes hospitalizados com comorbidades clínicas, entre outros).

ANEXO A - Parecer Comitê de Ética UFCSPA e HMIPV

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DE VALIDAÇÃO BRASILEIRA DO INVENTARIO DE ANSIEDADE

GERIATRICA - VERSÃO ABREVIADA (GAI-SF) **Pesquisador:** Analuiza Camozzato de Padua

Area Temática:

Versão: 2

CAAE: 10383019.2.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre **Patrocinador**

Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.285.483

Apresentação do Projeto:

Transtornos de ansiedade em idosos são frequentes e muitas vezes sub-diagnosticados. A detecção e o diagnóstico são dificultados por comorbidades médicas, polifarmácia e declínio cognitivo. Por isso, instrumentos específicos de identificação e avaliação destes quadros em idosos tem grande importância. Um desses instrumentos é o Inventário de Ansiedade Geriátrica, Geriatric Anxiety Inventory (GAI), validado para o português previamente, e o Geriatric Anxiety Inventory – Short Form (GAI- SF), que é uma versão abreviada do GAI. O GAI-SF contém 5 itens para avaliar ansiedade em idosos e pode ser auto-respondido. Por ser um inventário breve, com respostas dicotômicas, é mais facilmente aplicável, principalmente, em pesquisas epidemiológicas.

Objetivo da Pesquisa:

Validar a versão brasileira do Inventário d Ansiedade Geriátrica versão abreviada (GAI-SF).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Desconforto dos indivíduos ao responder as perguntas e pelo tempo levado para responder que será em torno de 1 hora e meia.

Benefícios:

Há necessidade de um instrumento em português brasileiro validado que seja mais breve e de

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245 **Bairro:** Sarmento

CEP: 90.050-170

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UF: RS Município: Telefone: (51)3303-8804

PORTO ALEGRE

Página 01 de 03

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 3.285.483

mais rápida aplicação e auxilie na identificação de transtornos de ansiedade em idosos, principalmente em pesquisas epidemiológicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo transversal, onde serão avaliados 79 indivíduos acima de 60 anos que procurarem atendimento no Ambulatório de Psicogeriatría do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e que frequentarem grupos recreativos e de convivência de idosos da comunidade de Porto Alegre. Os pacientes não terão gastos de deslocamento pois eles serão convidados para participar da pesquisa nos dias que irão ter consultas no Ambulatório de Psicogeriatría do HMIPV ou nos dias que frequentam atividades de lazer no SESC.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados e estão adequados:

- folha de rosto
- termo de compromisso de entrega de relatório - termo de anuência do local da pesquisa
- TCLE

Recomendações:

Trazer até o CEP uma nova versão do TCLE para assinatura. Alterar cópia por via.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado. Observar a recomendação acima.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1244271.pdf	18/04/2019 01:46:03		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	tcle.docx	18/04/2019 01:45:16	Analuiza Camozzato de Padua	Aceito

Ausência				
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetogai2019.pdf	16/03/2019 19:19:23	Analuiza Camozzato de Padua	Aceito

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245 **Bairro:** Sarmento

CEP: 90.050-170

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UF: RS **Município:** **Telefone:** (51)3303-8804

PORTO ALEGRE

Página 02 de 03

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 3.285.483

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle1.pdf	24/01/2019 00:25:50	Analuiza Camozzato de Padua	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	24/01/2019 00:23:13	Analuiza Camozzato de Padua	Aceito
Outros	entrega.PNG	07/01/2019 14:56:28	Analuiza Camozzato de Padua	Aceito
Outros	entregarelatioio.PNG	07/01/2019 14:54:48	Analuiza Camozzato de Padua	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termociencia.PNG	07/01/2019 14:53:44	Analuiza Camozzato de Padua	Aceito
Folha de Rosto	Untitled_28112018_141422.pdf	29/11/2018 22:57:23	Analuiza Camozzato de Padua	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 25 de Abril de 2019

Assinado por:

Luciane Dalcanale Moussalle (Coordenador(a))

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245 **Bairro:** Sarmento

CEP: 90.050-170

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UF: RS **Município:** **Telefone:** (51)3303-8804

PORTO ALEGRE

Página 03 de 03



HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS - HMIPV - RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DE VALIDAÇÃO BRASILEIRA DO INVENTARIO DE ANSIEDADE GERIÁTRICA - VERSÃO ABREVIADA (GAI-SF)

Pesquisador: Analuiza Camozzato de Padua **Área Temática:**

Versão: 3

CAAE: 10383019.2.3001.5329

Instituição Proponente: Hospital Materno Infantil Presidente Vargas - HMIPV - RS **Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.565.506

Apresentação do Projeto:

Projeto encaminhado tendo o HMIPV como instituição coparticipante. Consiste numa pesquisa para dissertação de mestrado na UFCSPA que propõe validar a versão brasileira de um questionário abreviado para avaliar ansiedade em idosos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos primário:

- Validar a versão brasileira do Geriatric Anxiety Inventory- Short Form (GAI-SF).

Objetivos secundários:

- Avaliar a confiabilidade teste/re-teste da versão brasileira do GAI-SF;
- Avaliar a consistência interna da versão brasileira do GAI-SF;
- Avaliar a validação concorrente da versão brasileira do GAI-SF com outros instrumentos usados para avaliação de ansiedade;
- Avaliar acurácia diagnóstica da versão brasileira do GAI-SF na detecção de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG);
- Identificar o ponto de corte da versão brasileira do GAI-SF para detecção de TAG na população brasileira.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisadora informa que os indivíduos envolvidos poderão apresentar desconforto ao

Endereço: Av. Independência 661- Bl. C 7o andar **Bairro:** Independência

CEP: 90.035-076

E-mail: hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br

UF: RS **Município:** **Telefone:** (51)3289-3377

PORTO ALEGRE

Página 01 de 04



HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS - HMIPV - RS



Continuação do Parecer: 3.565.506

responder algumas perguntas dos questionários e pelo tempo elevado para responder todos questionários que será em torno de 1 hora e meia. Porém, serão orientados que podem abandonar a pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo em relação ao tratamento já estabelecido no ambulatório do HMIPV ou nos grupos de convivência.

Benefícios: Foi citado o benefício aos participantes de terem uma avaliação médica em relação a sintomas psiquiátricos e receber ao final dos questionários, caso o participante desejar, um relato sobre os resultados encontrados. Referem que, caso a avaliação resultar em suspeita de alguma patologia psiquiátrica, o indivíduo receberá orientações gerais e, se desejar, será encaminhado para avaliação médica em sua Unidade Básica de Saúde ou no Ambulatório de Psiquiatria, para os participantes que já são pacientes do HMIPV. Além disso, com a validação do questionário GAI-SF, um questionário breve e de rápida aplicação poderá ser utilizado nessa população futuramente, reduzindo o tempo para avaliação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema proposto no estudo é relevante, com benefícios diretos aos participantes, à saúde pública e à comunidade científica. O projeto é exequível e atende as recomendações éticas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Havia pendência no TCLE. Conforme a Norma Operacional no 001/2013, no que tange aos aspectos éticos da pesquisa, o TCLE é um documento público específico para cada pesquisa, no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar. Deve ser em forma de convite (devendo evitar a redação em formato de declaração). Também deve incluir informações sobre as circunstâncias sob as quais o consentimento será obtido, sobre o responsável por obtê-lo e a natureza da informação a ser fornecida aos participantes da pesquisa, sobre o contato do CEP onde o projeto será avaliado. Deve trazer a garantia de que os

dados que permitem a identificação do participante da pesquisa serão mantidos confidenciais a fim de preservar a privacidade e não provocar danos, como, por exemplo, estigmatização e discriminação. De acordo com a Resolução CNS N° 466 de 2012, item III.2.i, as pesquisas devem (...) “prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros”. A mesma Resolução, no item IV.3.e, ainda define que o TCLE deve conter a “garantia de manutenção

Endereço: Av. Independência 661- Bl. C 7o andar **Bairro:** Independência

CEP: 90.035-076

E-mail: hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br

UF: RS **Município:** **Telefone:** (51)3289-3377

PORTO ALEGRE

Página 02 de 04



HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS - HMIPV - RS



Continuação do Parecer: 3.565.506

do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa”. Quando as informações do participante de pesquisa forem repassadas a terceiros, deve-se cuidar para que os dados estejam anonimizados (codificados) a fim de garantir a privacidade.

Portanto, pode estar previsto no Termo espaço para o nome do participante e/ou de seu responsável legal, se aplicável, além do espaço para assinaturas.

Recomendações:

Deve ser retirado o espaço no meio do texto, onde consta: ["Eu, _____ (paciente ou responsável) fui informado..."], pois remete ao formato de declaração.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Com a certeza de que a recomendação indicada será realizada, aprovamos o presente projeto sem necessidade de nova submissão.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Informamos que toda e qualquer alteração do projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP HMIPV.

2. O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento do projeto, bem como relatório final quando do término do mesmo.

3. Para o ingresso nas dependências do hospital o pesquisador responsável deverá solicitar ao CEP HMIPV a confecção de crachá para toda a equipe de pesquisa.

4. Para o início da pesquisa, o investigador deverá apresentar à chefia do serviço onde será realizada a pesquisa o Parecer Consubstanciado de aprovação do protocolo pelo CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1343447.pdf	16/08/2019 16:46:55		Aceito
Outros	RESPOSTAPARECERatual.docx	16/08/2019 16:37:19	Analuiza Camozzato de Padua	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleatual.docx	16/08/2019 16:21:52	Analuiza Camozzato de Padua	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOGAISFatual.docx	16/08/2019 16:21:07	Analuiza Camozzato de Padua	Aceito

Endereço: Av. Independência 661- Bl. C 7o andar **Bairro:** Independência

CEP: 90.035-076

E-mail: hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br

UF: RS **Município:** **Telefone:** (51)3289-3377

PORTO ALEGRE

Página 03 de 04



**HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS - HMIPV
- RS**



Continuação do Parecer: 3.565.506

Outros	RESPOSTAPARECER.docx	23/07/2019 12:06:15	Analuiza Camozzato de Padua	Aceito
Outros	PROJETOGAISF.docx	23/07/2019	Analuiza	Aceito

		12:05:28	Camozzato de Padua	
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	18/04/2019 01:45:16	Analuiza Camozzato de Padua	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetogai2019.pdf	16/03/2019 19:19:23	Analuiza Camozzato de Padua	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle1.pdf	24/01/2019 00:25:50	Analuiza Camozzato de Padua	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	24/01/2019 00:23:13	Analuiza Camozzato de Padua	Aceito
Outros	entrega.PNG	07/01/2019 14:56:28	Analuiza Camozzato de Padua	Aceito
Outros	entregarelatoio.PNG	07/01/2019 14:54:48	Analuiza Camozzato de Padua	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 10 de Setembro de 2019

Assinado por:**Karin Hepp Schwambach (Coordenador(a))****Endereço:** Av. Independência 661- Bl. C 7o andar **Bairro:** Independência**CEP:** 90.035-076**E-mail:** hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br**UF:** RS **Município:** **Telefone:** (51)3289-3377

PORTO ALEGRE

ANEXO B - Normas para Publicação

CAMBRIDGE | Instructions for Contributors

International Psychogeriatrics (QUALIS A2)

Please read these instructions carefully before submitting articles. Articles which are not prepared in accordance with these guidelines will be returned to authors unreviewed.

Scope and contributions

International Psychogeriatrics is written by and for those doing clinical, teaching, and research work concerning mental health of older people. It is the official journal of the Byrne *et al.*, 2011 and is published by Cambridge University Press. Although it is concerned primarily with psychogeriatrics, the journal welcomes contributions from all concerned with the field of mental health and aging. Original research papers are particularly sought.

Contributions include original research articles, reviews of the literature, brief reports, letters to the editor, and invited commentaries and guest editorials. Apart from commentaries and editorials, which are commissioned, contributions to *International Psychogeriatrics* are prepared and submitted by authors. Papers that are not rejected after initial review by the Editor-in-Chief or his representative, are reviewed by at least two expert reviewers selected by the Editor-in-Chief. The journal is published twelve times per annum. Submission of a paper implies that it is neither under consideration for publication elsewhere, nor previously published. Manuscripts must be formatted double-spaced with ample margins on all sides and the pages should be numbered. Please leave a spare line between paragraphs to enable typesetters to identify paragraph breaks without ambiguity. *International Psychogeriatrics* uses the spelling of American English. Manuscripts written by those whose primary language is not English should be edited carefully for language prior to submission.

The journal does not publish papers whose sole focus is the validation of translated instruments that have previously been well assessed and validated in English or another language. These articles are better placed in a relevant National, rather than an International, journal. (A rare exception may be when social or cultural issues of international significance are clearly involved.) Case reports may be considered for publication only as Letters to the Editor.

Special Note:

Since this is *International Psychogeriatrics*, the authors should seek to highlight international significance of their article in terms of clinical practice, training, or research in different parts of the world. The authors are also advised to go over recent issues of *International Psychogeriatrics* to review papers on related topics, and add how their new submission advances the field further.

Submission of manuscripts

It is not acceptable to submit an article to the journal that has been previously published or is being submitted simultaneously elsewhere. Authors are required to assert that they have not submitted their article elsewhere upon submission to *International Psychogeriatrics*.

Manuscripts should be submitted online via our manuscript submission and tracking site, <http://mc.manuscriptcentral.com/ipg>. Full instructions for electronic submission are available directly from this site. If you are unsure of the suitability of your manuscript, please e-mail the abstract to the Journal Office before submitting online: ipaj-ed@cambridge.org.

To facilitate rapid reviewing, communications for peer review will be electronic and authors will need to supply a current e-mail address when registering to use the system.

When submitting your manuscript you will need to supply each of the following:

- A cover letter
- The manuscript as a text file in MS Word format (font Arial, minimum size 11)
- Up to 5 suggested reviewers, including their names, institutions, email addresses, and the reason for their appropriateness as reviewers for your article
- All figures in TIFF or JPEG format.

If the paper reports the results of a randomized controlled trial please ensure that it conforms to our requirements listed below under the heading 'Submission of randomized clinical trials' section of these instructions. If the research was paid for by a funding organization, the cover letter must contain the following three statements (this information does not have to be included in the manuscript itself but only in the cover letter). If the research was not paid for by a funding organization only the third statement is required:

- That the authors have not entered into an agreement with the funding organization that has limited their ability to complete the research as planned and publish the results.
- That the authors have had full control of all the primary data.
- That the authors are willing to allow the journal to review their data if requested.

Submission of a manuscript will be taken to imply that all listed authors have seen the final version and approved it.

All papers judged to be appropriate for further review will be assessed by two or more reviewers. The Editor-in-Chief's decision to accept, reject or request revision of the paper for publication will be final. The abstract and author details will be seen by prospective reviewers of the manuscript. Authors should suggest the names and contact information of experts qualified to review the work, but the Editor-in-Chief is not obliged to follow these suggestions. Papers must bear the authors' names, titles (e.g., Dr, Professor, etc.), affiliation(s), and address(es). This information will be seen by reviewers. Reviewers' names will not be supplied to authors unless a reviewer asks to be so identified. Authors will be provided with a copyright transfer form to sign after acceptance of the manuscript, consenting to publication of the paper in *International Psychogeriatrics*.

All submissions are acknowledged electronically upon receipt. Most authors can expect to receive an initial decision regarding their paper together with referees' reports within 8 to 10 weeks of submission. Authors who have received no further communication 90 days after acknowledgment of receipt of their article should contact ipaj-ed@cambridge.org.

Article Types

Regular Research Articles: Regular Research Articles are original papers demonstrating the results of scientific studies, based on empirical data. The text of the article should contain no more than 5,000 words, in addition to an abstract of 300 words and up to 60 references. This word count includes only the main body of text (i.e., not abstract, references, tables, or figures).

Brief Reports: This category allows for articles that are shorter than original research but have the same style and may be used to report new and innovative research and/or significant (hot topics). Brief reports are also peer reviewed. They should be of 2,000 words or less and include no more than two figures or tables, no more than 10 references, and have an abstract of no more than 250 words, **without** structured sub-headings.

Reviews of the Literature: Authors intending to submit a literature review should check recent issues of *International Psychogeriatrics* to ensure that no review of the topic they propose to discuss has been published in the journal in recent times. Review articles should be of 6,000 words or less, have an abstract of up to 300 words, and may have up to 80 relevant references. Authors contemplating the submission of a literature review article are welcome to contact the editor to discuss the appropriateness of the topic prior to submission (ipaj-ed@cambridge.org). Literature reviews should have an abstract.

Letters to the Editor: Reader's letters will be considered for publication. Letters should be no longer than 750 words, with no more than 1 table or figure, and no more than 10 references. No abstract is required.

Guest Editorials and Invited Commentaries are commissioned by the editor.

Organization and style of manuscripts

Title page and corresponding author: Each article must have a title page with the title of the article, a list of all authors and their titles, affiliations and addresses. Each author must select only ONE country as their location. Author qualifications should not be listed as these are not published in the journal. The title page should explicitly identify the author to whom correspondence about the study should be addressed and that author's email address, telephone number, fax number and postal address must be clearly stated.

Abstract (Structured): Abstracts for original research and reviews should be structured and incorporate the following headings: Objectives, Design, Setting, Participants, Intervention (if any), Measurements, Results, and Conclusions. Abstracts should communicate the primary findings and significance of the research. They should not exceed 300 words in length. Abstracts for brief reports should not exceed 300 words and should **not** be structured with sub-headings.

Keywords: Under this heading and beneath the abstract, please list up to 8 words for the purpose of indexing.

Running title: This should contain no more than 50 characters including spaces.

Introduction: Briefly state the relevant background to the study to provide the necessary information and context to enable non-specialists to appreciate the objectives and significance of the paper. Most introductions to articles received for review are too long.

Methods: Materials and procedures should be described in sufficient detail to enable replication. Any statistical procedures used should be outlined and their use should be justified here. Results should not be included in the Method(s) section. If statistical procedures are used, they should be described here in adequate detail. Choice of statistical technique should be justified including some indication of the appropriateness of the data for the technique chosen. Adequacy of the sample size for the statistical technique(s) used must be addressed. If appropriate, a description of the statistical power of the study should be provided. If multiple univariate significant tests are used, probability values (p-values) should be adjusted for multiple comparisons, or alternatively a multivariate test should be considered. Significance results (p values) must be presented with accompanying statistics.

Further advice about statistics and *International Psychogeriatrics* can be found in the following article: [Chibnall, J. \(2000\) Some basic issues for clinicians concerning things statistical. *International Psychogeriatrics*, 12, 3-7.](#) The following article may also be of assistance to intending contributors: [Chibnall J.T. \(2004\). Statistical audit of original research articles in *International Psychogeriatrics* for the year 2003. *International Psychogeriatrics* 16, 389-396.](#) Both of these are available at the *International Psychogeriatrics* website by following the above links.

Results: This section may contain subheadings. Authors should avoid mixing discussion with the results. Sample sizes should be delineated clearly for all analyses. Some indicator of variability or sampling error should be incorporated into the reporting of statistical results (e.g. standard deviation).

Wherever possible an indicator of effect size (e.g. Cohens d , η^2 , Cramers V , 95% confidence interval) should be reported in addition to p values. If multiple univariate statistical tests are used p values should be adjusted for multiple comparisons or alternatively a multivariate test should be used. Obtained statistical values for tests should be reported with degrees of freedom (e.g. t , F , χ^2). Terms such as prevalence, population, or control group, should be used appropriately in the scientific sense.

Discussion: Interpretation of the results with respect to the hypothesis(es) and their significance to the field should be discussed here. Results should be interpreted in the light of the size of the effect found and the power of the study to detect differences. Any methodological and other weaknesses of the study should be outlined, including limitations imposed by sample size. Careful consideration of the conclusion(s) for accuracy and alternative interpretation, and possible conflicts or resolution of conflicts in the field is encouraged. Limited speculation and directions for future research can be included.

Conflict of interest declaration: **This section must be completed.** This should follow the discussion and precede the references. Where there is no conflict of interest perceived to be present the heading Conflict of Interest should be included with the single word "none" underneath it. For full details see below.

Description of authors' roles: **This section must be completed if the paper has two or more authors.** It should contain a very brief description of the contribution of each author to the research. Their roles in formulating the research question(s), designing the study, carrying it out, analysing the data and writing the article should be made plain. For example: H. Crun designed the study, supervised the data collection and wrote the paper. M. Bannister collected the data and assisted with writing the article. N. Seagoon was responsible for the statistical design of the study and for carrying out the statistical analysis.

Acknowledgements: Any acknowledgements other than conflict of interest declarations in regard to sponsorship should be listed briefly here. Acknowledgements imply that the person/s mentioned have approved the citation of their name/s in the paper.

References: For review papers, no more than 75 articles that have been published or are in press should be cited; for regular research articles no more than 60 references, for brief reports no more than 10 references, for commentaries and editorials no more than 10 references, and for letters no more than 10 references. Unpublished data, personal communications, and manuscripts submitted for publication should be cited in the text and the supporting material submitted with the manuscript. *International Psychogeriatrics* uses the Harvard referencing system. Within the text of each paper journal articles should be cited in the style (Smith and Jones, 1999). Where an article quoted in the body of the text has more than two authors the term "et al." should be employed, i.e., (Smith et al., 1999). Text citations of multiple articles should be separated by semicolons, i.e., (Smith and Jones, 1999; Smith et al., 1999). At the end of each paper, all cited references should be listed alphabetically in the style indicated below. If the Digital Object Identifier (doi) is known, it should be added to the reference.

Reference examples:

For a journal article: **Smith, J., Jones, W. I. and Doe, J. T.** (1996). Psychogeriatrics for pleasure and profit: an expanding field. *International Journal of Unreproducible Results*, 3, 240–242. doi:12.3456/S123456789.

For a book: **Smith, J.A., Brown, P.Q., Jones, H.A. and Robinson, D.V.** (2001). *Acute Confusional States*. New York: Cambridge University Press. For a book chapter. **Park, K., Tiger, B. and Runn, F.** (1999). Psychogeriatrics in context. In G.Verdi and A. Boito, (Eds.) *New Medical Specialties* (pp. 240–260). Cambridge: Cambridge University Press.

Where an article or book chapter has more than six authors only the first author's name should be given followed by the words "**et al.**".

For further examples of reference style see papers in recent issues of *International Psychogeriatrics*.

Figures/Tables: The manuscript should contain no more than five figures or tables (no more than two figures or tables for brief reports). The copies submitted with the manuscript must be of sufficient quality to enable reviewers to evaluate the data. The journal has a small budget to permit some color to be printed in some issues but authors wishing to publish figures requiring color to communicate the data may be required to pay some or all the additional cost.

Figure/Table legends: Each caption should begin with a brief description of the conclusion or observation provided in the figure. These should be submitted as a separate section after the References.

Supplementary material: *International Psychogeriatrics* has the facility to include supplementary materials (figures, tables, appendices, any non-English sections, and other material not suitable for inclusion in the print version of the journal) with the electronic version of individual papers at <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics>. This renders such supplementary material accessible without clogging the journal with materials that will be of interest to only a small minority of readers.

If submitting such supplementary material please follow the instructions below. If referring to supplementary material in a paper the following form of words should be used "see table S1/figure S1/appendix A1 published as supplementary material online attached to the electronic version of this paper at <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics>".

There will normally be one of the following reasons for you to be supplying supplementary material to accompany the online version of your article:

- You wish to link to additional information which due to its nature does not lend itself to print media (examples- full data sets, movie or sounds files etc.)
- The Editor of the Journal has requested that you extract certain information from the original article in order to allow for space constraints of the print version.
- You have requested additional material to be available to accompany an article that does not normally allow such material to be included (examples – sections not written in the English language, tables to accompany a correspondence article).

N.B. Please note that no copyediting or quality assurance measures will be undertaken on supplementary material (other than to ensure that the file is intact). The authors therefore warrant that the supplementary material that they submit is in a suitable format for publication in this manner. The material shall be published online in exactly the form that it is supplied.

Submitting Supplementary Material

Please follow these instructions to submit supplementary material:

- Each supplementary file must be supplied as a separate file. Do not supply this material as part of the file destined for publication in the print journal.
- Each supplementary file must have a clear title (for example, Supplementary Figure 1).
- Provide a text summary for each file of no more than 50 words. The summary should describe the contents of the file. Descriptions of individual figures or tables should be provided if these items are submitted as separate files. If a group of figures is submitted together in one file, the description should indicate how many figures are contained within the file and provide a general description of what the figures collectively show.
- The file type and file size in parentheses.
- Ensure that each piece of supplementary material is clearly referred to at least once in the print version of the paper at an appropriate point in the text, and is also listed at the end of the paper before the reference section.

Word limits: The text of Review articles should not exceed 6,000 words, Regular research articles 5,000 words, brief reports 2000 words, and letters to the editor 750 words. The text excludes title page, abstract, acknowledgements, references, tables, and figures. Articles may contain supplementary material which is published online only.

Format and file size: File sizes should be as small as possible in order to ensure that users can download them quickly.

Images should be a maximum size of 640 x 480 pixels at a resolution of 72 pixels per inch.

Authors should limit the number of files to under ten, with a total size not normally exceeding 3 MB. Sound/movie files may be up to 10 MB per file; color PDFs/PowerPoint may be up to 5 MB per file; all other general file types may be up to 2 MB per file but most files should be much smaller.

We accept files in any of the following formats (if in doubt please enquire first):

MS Word document (.doc) , Adobe Acrobat (.pdf), Plain ASCII text (.txt), Rich Text Format (.rtf), WordPerfect document (.wpd), HTML document (.htm), MS Excel spreadsheet (.xls), GIF image (.gif), JPEG image (.jpg), TIFF image (.tif), MS PowerPoint slide (.ppt), QuickTime movie (.mov), Audio file (.wav), Audio file (.mp3), MPEG/MPG animation (.mpg)

If your file sizes exceed these limits or if you cannot submit in these formats, please seek advice from the editor handling your manuscript.

Submission of papers reporting randomized controlled trials

In order to ensure the public availability of the results of randomized controlled trials, the International Committee of Medical Journal Editors has suggested that all such trials should be registered. In common with many leading medical journals *International Psychogeriatrics* has decided to follow this policy. We will not review any paper submitted to us reporting a randomized clinical trial unless the trial was registered in a public trial registry from the date it commenced recruitment.

All manuscripts reporting randomized controlled trials should have the following sent with them or they will be returned to the authors.

- A check list and flow chart in accordance with the CONSORT guidelines which can be found at <http://www.consort-statement.org>. Please send in the checklist as a supplementary file and include the flow chart as Figure 1 in the manuscript.
- The trial protocol is to be submitted as a supplementary file. This will not be published but it is needed to appraise and peer review the paper. If the protocol is already published, a copy of that paper should be submitted.
- The registration number of the trial and the name of the trial registry in which it was registered. Please add these to the last line of the paper's structured abstract. Trials must have been registered in a public trials registry at or before the onset of enrolment to be considered for publication in *International Psychogeriatrics*. Our criteria for a suitable public trial registry are: free to access; searchable; identification of trials by unique number; free or minimal cost for registration; validation of registered information; inclusion of details to identify the trial and the investigator within the registered entry (including the status of the trial); research question; methodology; intervention; and funding and sponsorship disclosed.

Conflict of Interest

Conflict of interest occurs when authors have interests that **might** influence their judgement inappropriately, regardless of whether that judgement is influenced inappropriately or not. *International Psychogeriatrics* aims to conform to the policies of the World Association of Medical Editors in regard to conflict of interest. For full details please see the website <http://www.wame.org/wamestmt.htm#fundres>. To this end all authors must disclose potential conflicts of interest so that others may be aware of their possible effects. Specifically, under the heading conflict of interest, all articles must detail:

The source(s) of financial support for the research (if none, write "none").

A description of any sponsor's role(s) in the research (e.g., formulation of research question(s), choice of study design, data collection, data analysis and decision to publish).

Information about any financial relationship between any author and any organization with a vested interest in the conduct and reporting of the study. For example, in a study on the effects of a drug made by Bigpharma which directly competes with another drug made by Megadrug a declaration might say "Jane Smith has received research support and speaker's honoraria from Bigpharma and has received financial assistance from Megadrug to enable her attend conferences."

Open Access

Authors in *International Psychogeriatrics* have the option to publish their paper under a fully Open Access agreement, upon payment of a one-off Article Processing Charge (APC). In this case, the final published Version of Record will be made freely available to all in perpetuity under a Creative Commons license, enabling its reuse and re-distribution. This Open Access option is only offered to authors upon acceptance of an article for publication.

Authors choosing the Open Access option are required to complete the Open Access Transfer of Copyright form, which can be found [here](#). More information about Open Access in *International Psychogeriatrics* can be found [here](#).

The current APC for *International Psychogeriatrics* is \$2980 / £1870.

Please note: APC collection is managed on behalf of Cambridge University Press by RightsLink, who will contact authors following acceptance of their paper.

Author Language Services

Cambridge recommends that authors have their manuscripts checked by an English language native speaker before submission; this will ensure that submissions are judged at peer review exclusively on academic merit. Authors can enlist the help of a third-party services specializing in language editing and / or translation (<http://www.cambridge.org/academ...>), and suggest that authors contact as appropriate. Use of these services is voluntary, and at the author's own expense.

Supply of author-generated artwork

Monochrome line subject illustrations supplied in digital form

Macromedia Freehand, Adobe Illustrator and Adobe Photoshop are the preferred graphics packages. Before submitting your artwork, please do the following:

Where possible, please supply illustrations as TIFF or EPS files (300 dpi). When submitting EPS files you must convert your text within the file to artwork/outlines. If your EPS file contains a scanned image, you must ensure that you supply a full EPS, i.e. binary data. Do not supply PostScript files. PostScript files cannot be included within our integrated page make-up system, or worked on in any way. For best results please save your files as TIFF or EPS files. If files cannot be supplied in this way other formats can be handled (although we do not guarantee to use them).

Draw or scan line artwork to finished size with appropriate line weights and typefaces.

Indicate the file format (e.g. TIFF or EPS), the graphics software that you have used in originating the artwork files (e.g. Freehand 7.0, Illustrator 8.0, etc.) and the computer operating system used (e.g. Mac OS 8.6, Windows NT).

Supply a laser print of all figures. List the name and version of the artwork package used and the names and libraries of fonts used in the artwork or EPS files.

Pattern fills and tints

Artwork packages do not always generate pattern fills for output on image/platesetters. Imagesetters will interpret them differently from your Mac or PC and the result often looks pixelated or blocked. Where possible, use PostScript fills, custom fills and conventional tints. 9

PostScript fills frequently do not display well on screen but they do print out correctly. It is best to avoid the use of complex or very detailed tints, patterns and symbols. These seldom reproduce satisfactorily when reduced to fit the page and when used in a caption or legend may be completely illegible when represented on a screen (for example during page make-up, or on the Web) or when output on low-quality CUP artwork instructions.doc 2 laser printers. Supplying as TIFF or EPS files (see above) alleviates this problem.

Please therefore:

- Use only the tints, patterns and symbols shown here.
- Use conventional fills: solids, tints, lines or cross-hatching.
- Use a PostScript fill if possible.
- Do not use a screen value above 133 lpi. Generally, 100 lpi is better (even when scanned at high resolution finer tints do not reproduce satisfactorily when reduced).
- If possible, use just one kind of screen (line angle or dot shape) and one screen value throughout the document.
- Do not use pattern fills from a graphics program, as these are usually bitmap patterns, which do not output adequately to plate/image setters.
- Do not use color tints, even if the figure is intended for monochrome printing; use black/white/greyscale.
- Do not use .hairline. line widths in graphics packages.

Monochrome halftone subjects

Figures composed of (hard copy) photographs should be unscreened glossy prints presented at publication scale; each component part should be named with a lower-case letter. Photographic artwork is numbered as part of the sequence of figures, not as separate plates.

If supplying these in digital form, your repro house should follow these instructions:

- Scanning: Scan at a resolution that is around twice the intended screen value; for example scan at 300 dpi for 133 or 150 screen.
- Dot range (halftones only): This is the term we use to describe the highlight/white area and shadow/black areas within a printed image. To prevent the heavy or dark areas of your halftones from filling in or the light areas being washed out we specify a dot range that allows for gains or losses during the process to lithographic printing. Pre-set the dot range at 1% highlight to 96% shadow where possible, we will check your files before outputting as a safeguard.
- Data files: Supply data as TIFF files; if you wish to compress them, use lossless compression software such as the LZW compression package.

- Laser proofs: Supply a good quality laser proof of all figures. List the name and version of the artwork package used and the names and libraries of fonts used in the artwork. If we are unable to use your electronic file, we can scan in the laser proof as an alternative until a revised file can be supplied.
- Line & tone combination: Files scanned as line & tone combination should be scanned at a higher resolution than a standard halftone to ensure better type/line quality, for example, 600 dpi.

Color halftone or line subjects

Do not submit line subject drawings with colored tints unless the figure is required as a color plate; use only black/white/greyscale.

If supplying color subjects in digital form, submit as TIFF or EPS files and choose CMYK color mode when saving your scans. If you supply files as RGB we need to convert them to the CMYK printing process before we can print, this usually results in a slight change of the color values; therefore all color correction must be carried out in CMYK mode on your machine.

General notes

Following acceptance of a manuscript the contact author should receive proofs within 1-12 weeks. They also will be required to complete and forward a copyright form and authors' checklist both of which will be forwarded to the corresponding author by email when the article is accepted.

The average time from an article being accepted to being e-published ahead of print as a First View article is 35 days, provided authors return proofs promptly. E-publication generates a doi number and counts as full publication for citation purposes.

Editorials and commentaries are commissioned by the editor.

Reviewers who reviewed papers in the previous calendar year will be acknowledged in the journal each year. *International Psychogeriatrics* no longer publishes an annual index as modern computerised search techniques have rendered annual hard copy indices obsolete.

Contributors should refer to recent issues of the journal for examples of formatting (abstracts, headings, references, tables, etc.).

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: ESTUDO DE VALIDAÇÃO BRASILEIRA DO INVENTÁRIO DE ANSIEDADE GERIÁTRICA – VERSÃO ABREVIADA

Transtornos de ansiedade em idosos são frequentes e muitas vezes não identificados. Nos questionários atualmente disponíveis, em alguns casos, a detecção e o diagnóstico são dificultados por outras doenças clínicas médicas e uso de várias medicações. Dessa forma, outros questionários mais específicos de identificação e avaliação destes quadros em idosos são importantes. O objetivo desta pesquisa é avaliar se a versão brasileira de um questionário (Inventário De Ansiedade Geriátrica, Versão Abreviada) pode ser utilizada na população brasileira. Para realizar este trabalho, precisaremos de suas respostas a alguns questionários, que será feito em apenas um encontro e poderá durar até 1 hora e meia. Como a entrevista ocorrerá após sua consulta no ambulatório ou reunião do grupo de convivência, você não precisará se deslocar em outro momento. São perguntas breves sobre sua saúde, humor, pensamentos, sentimentos, orientação, memória, atenção, compreensão e atividades do dia-a-dia.

Os possíveis desconfortos desse estudo são em relação as perguntas dos questionários, pelo conteúdo sobre sentimentos e sintomas, e o tempo dispensado na entrevista. Você não correrá nenhum tipo de risco ao participar da pesquisa mas existe a garantia de indenização diante de eventuais danos comprovadamente decorrentes da pesquisa. Garantimos resposta a qualquer dúvida sua durante todo o período da pesquisa. Sua participação é voluntária, e nós garantimos sua liberdade de abandonar a pesquisa sem prejuízos. A não concordância em participar não irá alterar de nenhuma maneira o tratamento já estabelecido no ambulatório ou a permanência nos grupos de convivência. Sua participação irá colaborar com validação de uma escala em português que avalia ansiedade em idosos.

Ao final dos questionários você receberá, se quiser, um retorno dos resultados encontrados. Caso a avaliação resultar em suspeita de alguma doença mental, você receberá orientações gerais e, se desejar, será encaminhado para avaliação médica em sua Unidade Básica de Saúde ou no Ambulatório de Psiquiatria, para os indivíduos que já são pacientes do HMIPV.

Garantimos que todas suas respostas nos questionários serão mantidas protegidas, não serão fornecidas para outras pessoas durante todas as fases da pesquisa e não serão utilizados para outros fins além dos previstos no protocolo. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido desta pesquisa. Este estudo está sendo financiado pelos próprios pesquisadores.

Eu (paciente ou responsável) fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. A pesquisadora Caroline Gewehr Tisott, sob orientação da Dra. Analuiza Camozzato de Pádua, certificou-me de que todos os dados desta pesquisa poderão ser publicados com finalidade científica, preservando-se o meu completo anonimato.

Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, posso chamar a Dra. Analuiza Camozzato de Pádua no endereço Rua Sarmiento Leite, 245, Porto Alegre, fone 33038766. Para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo, ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso chamar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA (Rua Sarmiento Leite, 245, Porto Alegre, telefone 3303- 8804) ou Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV (Avenida Independência, 661, Porto Alegre, telefone 3289- 3357). Declaro que recebi uma via do presente Termo de Consentimento.

Nome do Paciente

Assinatura do Paciente

___/___/___

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

___/___/___

Este formulário foi lido para _____ (nome do paciente) em

___/___/___ (data) pelo _____ (nome do pesquisador)

enquanto eu estava presente.

Nome da Testemunha

Assinatura da Testemunha

___/___/___

Anexo D - Dados Sociodemográficos**ESTUDO DE VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DO INVENTÁRIO DE
ANSIEDADE GERIÁTRICA – VERSÃO ABREVIADA (GAI-SF)****Entrevistador:** _____**Data:** _____ **Local:** _____**IDENTIFICAÇÃO:****Nome:** _____**Gênero:** masculino () feminino () **Idade:** _____**Escolaridade** (anos completos de estudo): _____**Estado civil:** solteiro () casado () separado/divorciado () viúvo ()**Nome do cuidador:** _____**Telefone:** _____

Anexo E – Critério de Classificação Econômica Brasil

Variáveis

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava-louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I Incompleto	0
Fundamental I Completo / Fundamental II Incompleto	1
Fundamental III Incompleto / Médio Incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

Serviços públicos		
	Sim	Não
Água encanada	4	0
Rua pavimentada	2	0

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	PONTOS
A	45-100
B1	38-44
B2	29-37
C1	23-28
C2	17-22
D-E	0-16

Anexo F – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

ORIENTAÇÃO

* Qual é o (ano) (estação) (dia semana) (dia mês) e (mês).

<input type="text"/>	5
<input type="text"/>	5

* Onde estamos (país) (estado) (cidade) (rua/local) (andar).

REGISTRO

* Dizer três palavras: PENTE RUA AZUL.

<input type="text"/>	3
----------------------	---

ATENÇÃO E CÁLCULO

* Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65)

<input type="text"/>	5
<input type="text"/>	

Alternativo¹: série de 7 dígitos (5 8 2 6 9 4 1)

EVOCAÇÃO

* Perguntar pelas 3 palavras anteriores

<input type="text"/>	3
----------------------	---

LINGUAGEM

* Identificar lápis e relógio de pulso

<input type="text"/>	2
----------------------	---

* Repetir: “Nem aqui, nem alí, nem lá”.

<input type="text"/>	1
----------------------	---

* Seguir o comando de três estágios: “Pegue o papel com a mão D, dobre ao meio e ponha no chão”.

<input type="text"/>	3
----------------------	---

* Ler ‘em voz baixa’ e executar: FECHE OS OLHOS

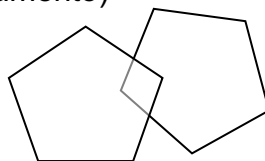
<input type="text"/>	1
----------------------	---

* Escrever frase (um pensamento)

<input type="text"/>	1
----------------------	---

* Copiar o desenho:

<input type="text"/>	1
----------------------	---



TOTAL: 30

¹ **Alternativo** é usado quando o entrevistado erra **JÁ** na primeira tentativa, **OU** acerta na primeira e erra na segunda. **SEMPRE** que o alternativo for utilizado, o escore do item será aquele obtido com ele. **Não importa se a pessoa refere ou não saber fazer cálculos** – de qualquer forma se inicia o teste pedindo que faça a subtração inicial. A ordem de evocação tem que ser exatamente à da apresentação!

Anexo G – Inventário de Ansiedade Geriátrica

Por favor, responda aos itens de acordo com como o (a) senhor (a) tem se sentido na última semana. Marque o círculo CONCORDO se você concorda em maior grau que esse item descreve você; marque o círculo DISCORDO se você discorda em maior grau que esse item descreve você.

		CONCORDO	DISCORDO
1	Eu me preocupo em grande parte do tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Eu acho difícil tomar uma decisão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Sinto-me agitado com frequência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Eu acho difícil relaxar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Eu frequentemente não consigo aproveitar as coisas por causa de minhas preocupações.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Pequenas coisas me aborrecem muito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Eu frequentemente sinto como se tivesse um “frio na barriga”.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Eu penso que sou preocupado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Não posso deixar de preocupar-me mesmo com coisas triviais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Frequentemente me sinto nervoso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Meus próprios pensamentos com frequência me deixam ansioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Tenho dor de estômago por causa das minhas preocupações.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Eu me vejo como uma pessoa nervosa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Eu sempre espero que o pior irá acontecer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Frequentemente me sinto tremendo por dentro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Eu acho que minhas preocupações interferem na minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Minhas preocupações frequentemente me oprimem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Às vezes eu sinto como se tivesse um grande nó no estômago.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Eu perco coisas por me preocupar demais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Frequentemente me sinto chateado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo H – Versão de Ansiedade de Beck

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante **A ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE**. Marque com um **X** os espaços correspondentes a cada sintoma.

	<u>Ausente</u>	<u>Leve,</u> não me incomoda muito	<u>Moderado,</u> é desagradável mas consigo suportar	<u>Grave,</u> quase não consigo suportar
1. dormência ou formigamento				
2. sensações de calor				
3. tremor nas pernas				
4. incapaz de relaxar				
5. medo de acontecimentos ruins				
6. confuso ou delirante				
7. coração batendo forte e rápido				
8. inseguro(a)				
9. apavorado(a)				
10. nervoso(a)				
11. sensação de sufocamento				
12. tremor nas mãos				
13. trêmulo(a)				
14. medo de perder o controle				
15. dificuldade de respirar				
16. medo de morrer				
17. assustado(a)				
18. indigestão				
19. desmaio / “cabeça leve”				
20. rosto quente / enrubescido				
21. suor frio / quente				

Anexo I – Inventário de Ansiedade Traço-Estado

PARTE I – IDATE ESTADO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

		AVALIAÇÃO			
		Muitíssimo-----4	Um pouco-----2		
		Bastante-----3	Absolutamente não----1		
1-	Sinto-me calmo.....	1	2	3	4
2-	Sinto-me seguro.....	1	2	3	4
3-	Estou tenso.....	1	2	3	4
4-	Estou arrependido.....	1	2	3	4
5-	Sinto-me à vontade.....	1	2	3	4
6-	Sinto-me perturbado.....	1	2	3	4
7-	Estou preocupado com possíveis infortúnios.....	1	2	3	4
8-	Sinto-me descansado.....	1	2	3	4
9-	Sinto-me ansioso.....	1	2	3	4
10-	Sinto-me "em casa".....	1	2	3	4
11-	Sinto-me confiante.....	1	2	3	4
12-	Sinto-me nervoso.....	1	2	3	4
13-	Estou agitado.....	1	2	3	4
14-	Sinto-me uma pilha de nervos.....	1	2	3	4
15-	Estou descontraído.....	1	2	3	4
16-	Sinto-me satisfeito.....	1	2	3	4
17-	Estou preocupado.....	1	2	3	4
18-	Sinto-me confuso.....	1	2	3	4
19-	Sinto-me alegre.....	1	2	3	4
20-	Sinto-me bem.....	1	2	3	4

* Os itens demarcados em vermelhos são as perguntas de caráter positivo do IDATE-estado.

PARTE II – IDATE TRAÇO

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

AVALIAÇÃO	
Quase sempre-----4	Às vezes-----2
Frequentemente-----3	Quase nunca-----1

1. Sinto-me bem.....	1	2	3	4
2. Canso-me facilmente.....	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser.....	1	2	3	4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente.....	1	2	3	4
6. Sinto-me descansado.....	1	2	3	4
7. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo.....	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver.....	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com as coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou feliz.....	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas.....	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo.....	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro.....	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas.....	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido.....	1	2	3	4
16. Estou satisfeito.....	1	2	3	4
17. Idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando.....	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça.....	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento.....	1	2	3	4

* Os itens marcados em vermelhos são as perguntas de caráter positivo do IDATE-traço.

Anexo J – Escala de Depressão Geriátrica

Questões	Não	Sim
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	1	0
2. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	0	1
3. Você sente que sua vida está vazia?	0	1
4. Você se aborrece com frequência?	0	1
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	1	0
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
8. Você sente que sua situação não tem saída?	0	1
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1
11. Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
13. Você se sente cheio de energia?	1	0
14. Você acha que sua situação é sem esperanças?	0	1
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1

Anexo K – Inventário de Ansiedade Geriátrica – Versão Abreviada

Por favor, responda aos itens de acordo com como o (a) senhor (a) tem se sentido na última semana. Marque o círculo CONCORDO se você concorda em maior grau que esse item descreve você; marque o círculo DISCORDO se você discorda em maior grau que esse item descreve você.

		CONCORDO	DISCORDO
1	Eu me preocupo em grande parte do tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Pequenas coisas me aborrecem muito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Eu penso que sou preocupado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Frequentemente me sinto nervoso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Meus próprios pensamentos com frequência me deixam ansioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo L – Questionário Sobre Doenças Clínicas

1. Tomou algum remédio todos os dias (ou mais que três dias por semana) no último mês?

1	sim
2	não

2. Fez alguma consulta com médico no último mês?

1	sim
2	não

3. Algum médico já disse que o Sr.(a) tem:

Sim Não Idade do início da
doença

- a) Açúcar no sangue ou urina?
- b) Algum tipo de doença de pulmão?
- c) Doença de coração?
- d) Pressão alta?
- e) Colesterol alto?
- f) Algum tipo de câncer?
- g) Algum outro problema importante de saúde?
(perguntar AVC)

	Sim	Não	Idade do início da doença
a) Açúcar no sangue ou urina?			
b) Algum tipo de doença de pulmão?			
c) Doença de coração?			
d) Pressão alta?			
e) Colesterol alto?			
f) Algum tipo de câncer?			
g) Algum outro problema importante de saúde? (perguntar AVC)			

Especificar se a resposta for “sim”:

h) Alguma doença mental?

Especificar se a resposta for “sim”:

Anexo M – Entrevista Clínica Estruturada – 5

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

Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados

Atual	Transtorno Bipolar Tipo I
	Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Maníaco Atual
<input type="checkbox"/>	F31.11 Episódio Maníaco Atual, Leve
<input type="checkbox"/>	F31.12 Episódio Maníaco Atual, Moderado
<input type="checkbox"/>	F31.13 Episódio Maníaco Atual, Grave
<input type="checkbox"/>	F31.2 Episódio Maníaco Atual, Com Características Psicóticas
	Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Depressivo Atual
<input type="checkbox"/>	F31.31 Episódio Depressivo Atual, Leve
<input type="checkbox"/>	F31.32 Episódio Depressivo Atual, Moderado
<input type="checkbox"/>	F31.4 Episódio Depressivo Atual, Grave
<input type="checkbox"/>	F31.5 Episódio Depressivo Atual, Com Características Psicóticas
	Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Hipomaníaco Atual
<input type="checkbox"/>	F31.0 Episódio Hipomaníaco Atual

Atual	Transtorno Bipolar Tipo II
	Transtorno Bipolar Tipo II, Episódio Hipomaníaco Atual
<input type="checkbox"/>	F31.81 Episódio Hipomaníaco Atual
	Transtorno Bipolar Tipo II, Episódio Depressivo Atual
<input type="checkbox"/>	F31.81 Episódio Depressivo Atual, Leve
<input type="checkbox"/>	F31.81 Episódio Depressivo Atual, Moderado
<input type="checkbox"/>	F31.81 Episódio Depressivo Atual, Grave
<input type="checkbox"/>	F31.81 Episódio Depressivo Atual, Com Características Psicóticas

Transtornos Depressivos

Atual	Transtorno
	Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único
<input type="checkbox"/>	F32.0 Leve
<input type="checkbox"/>	F32.1 Moderado
<input type="checkbox"/>	F32.2 Grave
<input type="checkbox"/>	F32.3 Com Características Psicóticas
	Transtorno Depressivo Maior, Episódio Recorrente
<input type="checkbox"/>	F33.0 Leve
<input type="checkbox"/>	F33.1 Moderado
<input type="checkbox"/>	F33.2 Grave
<input type="checkbox"/>	F33.3 Com Características Psicóticas
	Transtorno Depressivo Persistente (nos últimos 2 anos)
<input type="checkbox"/>	F34.1

Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos

Atual	Transtorno
<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia F20.9
<input type="checkbox"/>	Transtorno Esquizofreniforme F20.81
	Transtorno Esquizoafetivo
<input type="checkbox"/>	F25.0 Tipo Bipolar
<input type="checkbox"/>	F25.1 Tipo Depressivo
<input type="checkbox"/>	Transtorno Delirante F22
<input type="checkbox"/>	Transtorno Psicótico Breve F23

Transtornos por Uso de Substâncias (nos últimos 12 meses)

Atual	Transtorno
<input type="checkbox"/>	F10 Transtorno por uso de Álcool
<input type="checkbox"/>	F11 Transtorno por uso de Opióides
<input type="checkbox"/>	F12 Transtorno por uso de Cannabis
<input type="checkbox"/>	F13 Transtorno por uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
<input type="checkbox"/>	F14 Transtorno por uso de Cocaína
<input type="checkbox"/>	F15 Transtorno por uso de Estimulantes (tipo anfetamina)
<input type="checkbox"/>	F17 Transtorno por uso de Tabaco

<input type="checkbox"/>	F18 Transtorno por uso de Inalantes
--------------------------	-------------------------------------

Outros Transtornos

Atual	Transtorno
<input type="checkbox"/>	F41.0 Transtorno de Pânico
<input type="checkbox"/>	F40.00 Agorafobia (nos últimos 6 meses)
<input type="checkbox"/>	F40.10 Transtorno de Ansiedade Social (nos últimos 6 meses)
<input type="checkbox"/>	F41.1 Transtorno de Ansiedade Generalizada (nos últimos 6 meses)
<input type="checkbox"/>	F42 Transtorno Obsessivo-compulsivo (último mês)
<input type="checkbox"/>	F43.10 Transtorno de Estresse Pós-Traumático
	Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (nos últimos 6 meses)
<input type="checkbox"/>	F90.2 Apresentação Combinada
<input type="checkbox"/>	F90.0 Apresentação Predominantemente Desatenta
<input type="checkbox"/>	F90.1 Apresentação Predominantemente Hiperativa/Impulsiva
	Transtornos de Adaptação (nos últimos 6 meses)
<input type="checkbox"/>	F43.21 Com Humor Deprimido
<input type="checkbox"/>	F43.22 Com Ansiedade
<input type="checkbox"/>	F43.23 Com Misto de Ansiedade e Depressão
<input type="checkbox"/>	F43.24 Com Perturbação da Conduta
<input type="checkbox"/>	F43.25 Com Perturbação Mista das Emoções e da Conduta
<input type="checkbox"/>	F43.20 Não Especificado
<input type="checkbox"/>	F06.4 Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica