

CICLO DE ESTUDOS
PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

Instrumentos de Avaliação de Perturbações de Ansiedade em adultos e/ou idosos em contexto de Cuidados de Saúde Primários: uma revisão da literatura

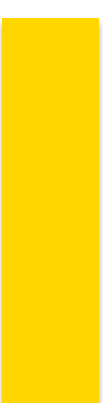
Mariana Pinto

M

2024



FACULDADE DE MEDICINA



Universidade do Porto
Faculdade de Medicina

Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental

**Instrumentos de Avaliação de Perturbações de Ansiedade em
adultos e/ou idosos em contexto de Cuidados de Saúde
Primários: uma revisão da literatura**

Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre

Orientador: Professora Doutora Sónia Martins

Co-orientadora: Professora Doutora Ana Rita Ferreira

Mariana Guedes Pinto

Porto, 2024

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha família pelo apoio que me foram dando ao longo desta caminhada e por sempre terem acreditado nas minhas capacidades mesmo nos momentos mais difíceis;

Agradeço o apoio da Professora Doutora Sónia Martins e da Professora Doutora Ana Rita Ferreira por me terem acompanhado e orientado ao longo do desenvolvimento desta tese;

Um agradecimento especial à Professora Doutora Maria Filipa Torres pelo apoio, prontidão e colaboração na realização da parte bibliográfica deste trabalho;

Um muito obrigado à Dr.^a Ana Rita Marinho, que tive o prazer de ver crescer profissionalmente enquanto psicóloga ao longo da realização deste trabalho, sempre com elevada motivação e profissionalismo enquanto revisora desta investigação;

Um obrigado a todos os colegas que me incentivaram e acreditaram na relevância deste trabalho para a Saúde Mental ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Obrigada!

ACRÓNIMOS E SIGLAS

AF- Agorafobia

ANS- Autonomic Nervous System Questionnaire

ASQ-15- 15- Anxiety Screening Questionnaire

BPDS - Brief Panic Disorder Screen

CID-10- 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças

CIDI- Composite International Diagnostic Interview 2.1

CIDI-SF- Composite International Diagnostic Interview Short Form

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DSM- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSM-3- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition

DSM-3-R- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised

DSM-4- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

DSM-4-R- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Revised

DSM-5- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

FE- Fobia Específica

FEAR - Frequency of anxiety; Enduring nature of anxiety; Alcohol or sedative use; Restlessness or Fidgetin

GAD-2- General Anxiety Disorder-2

GAD-7- General Anxiety Disorder-7

GAD-Q-4 Generalized Anxiety Disorder Questionnaire

GAI- Geriatric Anxiety Inventory

GAI - Geriatric Anxiety Inventory

GAI-SF- Geriatric Anxiety Inventory—Short Form

GAS-Geriatric Anxiety Scale

GAS-Q- Generalized Anxiety Questionnaire

HADS- Hospital Anxiety and Depression Scale

M.I.N.I. 6- Mini International Neuropsychiatric Interview

MEDLINE- Medical Literature Analysis and Retrieval Online Systems

MeSH- Medical Subjects Headings

MHI-5- Mental Health Index-5

Mini-SPIN- Mini Social Phobia Inventory

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OLP- Observation List for mental disorders and social Problems

OMS/ WHO- Organização Mundial de Saúde

OPP- Ordem dos Psicólogos Portugueses

PAG- Perturbação de Ansiedade Generalizada

PAS- Perturbação de Ansiedade Social

PDSS- Panic Disorder Severity Scale

PHQ-PD- Patient Health Questionnaire-Panic Disorder

PICOS- Population, Interventions, Comparators, Outcomes and Study design

PP- Perturbação de Pânico

PRIME-MD- Primary Care Evaluation of Mental Disorders

PRISMA- Preferred Reporting Items for Systematic reviews and MetaAnalyses

PRISMA-DTA- Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Accuracy studies

PROSPERO- Prospective Register of Systematic Reviews

SAS-Q- Social Anxiety Screening Questionnaire

SPIN- Social Phobia Inventory

SPQ- Social Phobia Questionnaire

RESUMO

Introdução: As perturbações de ansiedade surgem como um dos problemas de saúde mental mais comuns em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), estando associadas a *outcomes* adversos como a elevada morbilidade, baixa produtividade laboral e perda de autonomia. Não obstante, estas perturbações são frequentemente subdiagnosticadas neste contexto clínico, sobretudo pelos constrangimentos de tempo. Deste modo, para uma deteção precoce destas situações clínicas e seu tratamento atempado é necessário o recurso a instrumentos de rastreio e de avaliação de fácil e rápida aplicação. Apesar da variedade de instrumentos disponíveis, torna-se importante a identificação e sistematização dos instrumentos existentes para o contexto de CSP. Neste sentido, esta revisão da literatura teve como principal objetivo identificar os instrumentos de avaliação de rastreio da sintomatologia ansiosa e de avaliação de perturbações de ansiedade em adultos e/ou idosos em contexto de CSP e sistematizar as suas principais características.

Métodos: Esta revisão foi realizada com base nas recomendações PRISMA e PRISMA-DTA. Foi conduzida uma pesquisa bibliográfica em diversos motores de busca eletrónicos (PubMed, Scopus, Web of Science Core Collection e PsicoInfo), sem limite de tempo, idioma ou país de origem. Consideraram-se elegíveis os estudos observacionais e de validação que abordavam a sintomatologia ansiosa e as perturbações de ansiedade em adultos e/ou idosos em contexto de CSP.

Resultados: Nesta revisão foram incluídos 193 estudos, que contemplavam um total 81 instrumentos de avaliação da ansiedade e/ou perturbações de ansiedade. Foram identificados 63 instrumentos de rastreio da sintomatologia e 18 instrumentos de diagnóstico das perturbações de ansiedade.

Não obstante a variedade de instrumentos identificados, as escalas HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) e GAD-7 (General Anxiety Disorder-7) são as mais empregues para rastreio da ansiedade e as entrevistas M.I.N.I. 6 (Mini International Neuropsychiatric Interview) e Prime-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) são as mais utilizadas para diagnóstico das perturbações de ansiedade.

Discussão: Na base deste estudo, são sugeridas para os instrumentos de rastreio características como escalas/questionários breves e de auto-aplicação e para os instrumentos de diagnóstico características como entrevistas semi-estruturadas, baseadas no DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) e de hetero-aplicação.

Registo Prospero: CRD42022335994

Palavras-chaves: Perturbações de ansiedade; instrumentos de rastreio; instrumentos de diagnóstico; adultos; idosos; Cuidados de Saúde Primários.

ABSTRACT

Introduction: Anxiety disorders are one of the most common mental health problems in the context of Primary Health Care (PHC) and are associated with adverse outcomes such as a high morbidity, low work productivity and loss of autonomy. Despite this, these disorders are often underdiagnosed in this clinical context, mainly due to time constraints. Thus, for a early detection of clinical situations and their timely treatment it is necessary to use test and assessment instruments that are easy and quick to apply. Despite the variety of instruments it is important the identification and systematization of existing instruments for the PHC context. In this sense, the aim of this literature review was to identify the most appropriate instruments for the assessment of anxiety symptoms and anxiety disorders in adults and/or elderly people in the context of PHC and systematize its main characteristics.

Method: This review will be carried out based on the PRISMA and PRISMA-DTA units. A literature review will be conducted in several electronic databases (PubMed, Scopus, Web of Science Core Collection and PsicoInfo), with no time publication, idiom limits and country origin. Observational and validation studies about symptoms and anxiety disorders in adults and/or elderly people in the context of PHC were considered eligible.

Results: In this review, 193 studies were included, covering a total of 81 instruments for assessing anxiety and/or anxiety disorders. 63 symptom screening instruments and 18 anxiety disorder diagnostic instruments were identified.

Despite the variety of instruments identified, the HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) and GAD-7 (General Anxiety Disorder-7) scales are the most used for screening anxiety and the M.I.N.I. 6 (Mini International Neuropsychiatric Interview) and Prime-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) interviews are the most used for diagnosing anxiety disorders.

Discussion: On the basis of this study, characteristics such as brief and self-administered scales/questionnaires are suggested for screening instruments and for diagnostic instruments characteristics such as semi-structured interviews, based on the DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) and hetero-application.

Prospero registration: CRD42022335994

Keywords: Anxiety disorders; screening instruments; diagnostic instruments; adults; elderly; Primary Health Care.

ÍNDICE

Agradecimentos	Pág. IV
Acrónimos e Siglas	Pág. V
Resumo	Pág. VII
Abstract.....	Pág. IX
Índice.....	Pág. X
Índice de Figuras	Pág. XI
Índice de Tabelas	Pág. XII
1.Introdução.....	Pág.14
2.Enquadramento teórico	Pág.16
3.Objetivos	Pág.23
4.Metodologia	Pág.24
5.Resultados	Pág.27
6.Discussão	Pág.51
7.Conclusão	Pág.56
8.Bibliografia	Pág.57
Anexo 1	Pág.82
Anexo 2	Pág.87

Índice de Figuras

Figura 1- Fluxograma de seleção de estudos.....	Pág.27
---	--------

Índice de Tabelas

Tabela 1- Estratégia PICOS	Pág.24
Tabela 2- Instrumentos de Rastreio da Ansiedade	Pág. 32
Tabela 3- Instrumentos de Diagnóstico das Perturbações de Ansiedade	Pág.48

" (...) existem mais coisas suscetíveis de nos assustar do que existem de nos derrotar; sofremos mais na imaginação do que na realidade"

Sêneca

1. INTRODUÇÃO

A revisão sistemática é um estudo original que surge como o “*gold standard*” das revisões, pelo que, pretende-se com este trabalho de investigação aproveitar as vantagens e cumprir alguns dos requisitos de uma revisão sistemática. Uma das vantagens da revisão sistemática consiste no facto de se tratar de uma avaliação e sumário de todos os estudos relevantes sobre determinada questão clínica, permitindo uma abordagem sistemática e abrangente sobre determinada temática. Ao ser baseada num método explícito, protocolado e reproduzível, ao envolver uma equipa de investigadores/revisores independentes e, muitas vezes, registada num centro de revisão como a Cochrane Collaboration torna-se no tipo de estudo com maior evidência científica (Higgins et al., 2021).

Posto isto, tentou-se conciliar as vantagens de uma revisão sistemática com a temática da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Mais especificamente, procurou proceder-se à análise e síntese da evidência científica disponível sobre os instrumentos usados para o rastreio e a avaliação das perturbações de ansiedade neste contexto clínico específico. Tudo isto, porque os CSP são por excelência os cuidados mais acessíveis e próximos da população, procurando dar resposta às demandas de saúde de uma comunidade, sendo muitas vezes a primeira porta de entrada para responder também às questões de saúde mental. A este nível, as perturbações mais comuns nos CSP são as perturbações depressivas e as perturbações de ansiedade, sendo a sua prevalência mais elevada do que na população em geral (Santos-Veloso et al, 2019) e constituindo uma das maiores preocupações deste tipo de cuidados. Em 2014, 25,93% dos utentes ativos inscritos nos CSP em Portugal, tinham registo de perturbação de ansiedade (DGS, 2016).

Segundo Shepardson et al (2018), indivíduos com ansiedade preferem receber tratamento nos CSP e a maioria das situações de sofrimento psicológico que exige intervenção especializada, reside nos cuidados de proximidade (primários), não precisando, muitas das vezes, de abordagens institucionais (ACSS, 2017).

Porém, a identificação e o tratamento das perturbações de ansiedade são frequentemente difíceis nos contextos médicos gerais (Love & Love, 2019). Entre os fatores que contribuem para o seu subdiagnóstico e, conseqüentemente para ausência de tratamento, prende-se com a escassa formação médica nestas perturbações, instalações de cuidados primários sobrelotadas (Mitchell et. al. 2011), presença de comorbilidades

físicas, conhecimento limitado de instrumentos de rastreio apropriados, constrangimentos de tempo (Sapra et al., 2020) e as múltiplas solicitações médicas com que os CSP se confrontam.

Deste modo, é cada vez mais importante a utilização de instrumentos de rastreio e de avaliação, validados, de fácil administração, eficientes, confiáveis, compreensíveis, fáceis de administrar e reproduzíveis (Sapra et.al, 2020) que facilitem a deteção precoce de sintomatologia ansiosa e do diagnóstico de perturbações de ansiedade. Estes instrumentos surgem como ferramentas úteis na identificação de ansiedade e de perturbações de ansiedade na população adulta, ajudando no diagnóstico, tratamento, assim como na avaliação das mudanças nos níveis de ansiedade seguindo a resposta ao tratamento e intervenções (Love & Love, 2019).

O recurso a ferramentas de avaliação psicológica em CSP torna-se assim fundamental, considerando a elevada prevalência das perturbações de ansiedade neste contexto clínico. Além disso, estas perturbações são responsáveis por uma significativa morbilidade (depressão, perturbação de stress pós-traumático, dependências alcoólicas e outras adições) assim como por baixa produtividade, que por sua vez interferem com as atividades de vida e funcionalidade aumentando o risco de cronicidade, hospitalizações, e até tentativas de suicídio (OPP, 2017). Verifica-se assim que, quando as perturbações de ansiedade não são tratadas, os custos sociais e económicos são elevados, o que torna imperativo que os contextos médicos, CSP, compreendam como reconhecer adequadamente, diagnosticar e tratar estas perturbações (Love & Love, 2019).

Neste contexto, o presente trabalho teve como principal objetivo a realização de uma revisão da literatura sobre os instrumentos de rastreio de sintomatologia ansiosa e de avaliação das perturbações de ansiedade em adultos e/ou idosos utilizados no contexto dos CSP.

A presente dissertação, integrada no Curso de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental da FMUP, está organizada em seis partes:

- *Enquadramento teórico* onde é explorada a temática assim como os conceitos subjacentes; *Objetivos* em que se identifica o propósito principal desta revisão; *Metodologia* onde se apresenta a questão de investigação, os critérios de elegibilidade e todo o restante o método de revisão da literatura; *Resultados* em que se mostram os resultados obtidos dos estudos incluídos nesta revisão, seguidos da *Discussão* dos mesmos e por fim a *Conclusão* com uma reflexão crítica e pessoal sobre este estudo realizado.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As perturbações de ansiedade, a par com a depressão, são uma das doenças mentais mais prevalentes na população geral (Konnopka & König, 2020; Love & Love, 2019). A taxa de perturbações de ansiedade na população feminina é o dobro da que se verifica na população masculina (Sapra et al., 2020; DSM-5, 2013). Pacientes com perturbações de ansiedade têm o dobro de probabilidade em relação à população geral de apresentar inicialmente queixas somáticas, verificando-se que a Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) é a mais comum no contexto dos CSP (Love & Love, 2019).

A nível mundial, as perturbações de ansiedade constituem a sexta maior causa de incapacidade (Wong et al., 2016), apresentando, não raras vezes, comorbilidades como depressão, perturbação de stress- pós-traumático, dependência de álcool e de outras substâncias aditivas que interferem nas atividades de vida e aumentam o risco de cronicidade, hospitalizações e até tentativas de suicídio (Sekhon et al., 2019), sendo responsáveis por uma diminuição significativa na qualidade de vida, bem como por uma perda de produtividade (Sapra et al., 2020).

Em Portugal, o relatório “Crise económica, pobreza e desigualdades - *Relatório sobre Impacto Socioeconómico e Saúde Mental* (OPP, 2020) aponta no sentido do consumo de ansiolíticos em Portugal ser superior à média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), sendo a prevalência das perturbações de ansiedade superior à do grupo das perturbações de humor, no mesmo sentido das evidências apresentadas num outro relatório da OPP elaborado nove anos antes- *Evidência científica sobre custo-efetividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde* da OPP (2011).

A saúde mental e o bem-estar dos portugueses agravou-se após a pandemia COVID-19, como demonstram os resultados do estudo *Saúde Mental em Tempos de Pandemia (SM-COVID19)* (INSA, 2021) em que 27% dos inquiridos da população geral indicaram ter sintomas moderados a graves de ansiedade.

A ansiedade e o medo nem sempre configuram perturbação, podendo ser normativos e transitórios e frequentemente induzidos pelo *stress*. Ou seja, quando a situação se justifica, a ansiedade e o medo são estados emocionais adaptativos, produtivos e normais (Dunsmoor et al., 2015). São a persistência e a elevada intensidade dos

sintomas de medo e ansiedade (tensão muscular, vigilância em preparação para o perigo futuro e comportamentos de evitamento) que permitem avaliar a presença de uma perturbação que difere do medo e ansiedade normativos e transitórios (DSM-5, 2013).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais- 5ª Edição (DSM-5), excluindo as perturbações que se devem aos efeitos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) - Perturbação de Ansiedade induzida por substância/medicamento, a outra condição médica (p. ex. hipertiroidismo) - Perturbação de Ansiedade devido a outra condição médica- ou a outra perturbação mental- Perturbação de Ansiedade Especificada ou Perturbação de Ansiedade Não Especificada, as perturbações de ansiedade na população adulta dividem-se em cinco grandes grupos: Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG), Perturbação de Ansiedade Social (PAS), Agorafobia (AF), Perturbação de Pânico (PP) e Fobia Específica (FE).

As várias perturbações de ansiedade têm elevada comorbilidade entre si, diferindo no tipo de objetos e situações que induzem medo, ansiedade, evitamento e ideias associadas, mas uma análise das situações temidas e evitadas pelo paciente e do conteúdo dos seus pensamentos e crenças permite uma diferenciação entre estas (DSM-5, 2013).

De um modo geral, as perturbações de ansiedade apresentam os seguintes aspetos em comum: presença excessiva de medo e ansiedade, perturbações comportamentais associadas, intensidade, duração ou frequência da ansiedade desproporcional à probabilidade real ou ao impacto do evento antecipado e ao contexto sociocultural, duração de seis meses (critério utilizado como uma orientação geral), sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas (DSM-5, 2013).

De seguida, serão descritas as características específicas de cada uma das perturbações de ansiedade de acordo com o DSM-5.

2.1.Perturbação de Ansiedade Generalizada

A PAG manifesta-se com ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva) que são consideradas difíceis de controlar sobre eventos e problemas do dia-a-dia (Strohle et al, 2018), como eventuais responsabilidades no trabalho, saúde pessoal, saúde dos membros da família, infortúnios dos filhos, finanças ou questões menores (p. ex., realização das tarefas domésticas ou atraso para compromissos). As preocupações diárias

muitas vezes são acompanhadas de sintomas físicos (p. ex., inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele) (DSM-5, 2013).

Nesta perturbação a ansiedade e a preocupação estão relacionadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses). 1. Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele. 2. Fatigabilidade. 3. Dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente. 4. Irritabilidade. 5. Tensão muscular. 6. Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto) (DSM-5, 2013).

Durante o curso da perturbação, o foco da preocupação pode mudar de uma preocupação para outra. Quanto maior a variação das circunstâncias de vida sobre as quais a pessoa se preocupa (p. ex., finanças, segurança dos filhos, desempenho no trabalho), maior a probabilidade dos seus sintomas cumprirem os critérios para a PAG (DSM-5, 2013).

2.2. Perturbação de Ansiedade Social

Este tipo de perturbação ocorre em uma ou mais situações sociais em que existe a possibilidade de avaliação por outras pessoas: interações sociais (p. ex., manter uma conversa, encontrar pessoas que não são familiares), ser observado (p. ex., comer ou beber em público) e situações de desempenho diante de outros (p. ex., falar em público). Nestas situações a pessoa sente medo ou ansiedade intensamente com receio de ser avaliado negativamente, temendo agir ou aparecer de certa forma ou demonstrar sintomas de ansiedade, tais como ruborizar, tremer, transpirar ou tropeçar nas palavras. Algumas pessoas têm medo de ofender os outros ou de ser rejeitadas como consequência (DSM-5, 2013).

Se esta ansiedade for restrita a situações de desempenho designa-se de ansiedade social de desempenho, pois estas pessoas não temem ou evitam situações sociais que não envolvem o desempenho (DSM-5, 2013).

O grau e o tipo de medo e ansiedade podem variar (p. ex., ansiedade antecipatória, ataque de pânico) em diferentes ocasiões e pode ocorrer às vezes muito antes das próximas situações (p. ex., preocupar-se todos os dias durante semanas antes de participar de um evento social, repetir antecipadamente um discurso por dia). As situações sociais temidas frequentemente são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade (DSM-5, 2013).

A ansiedade social entre adultos mais velhos também pode incluir a exacerbação de sintomas de doenças médicas, como tremor aumentado ou taquicardia. O rubor é a resposta física característica da PAS (DSM-5, 2013).

2.3. Agorofobia

A principal particularidade da AF é o medo ou ansiedade acentuados desencadeados pela exposição real ou prevista a pelo menos duas das cinco diversas situações: 1) uso de transporte público, como automóveis, autocarros, comboios, navios ou aviões; 2) permanecer em espaços abertos, como áreas de estacionamento, mercados ou pontes; 3) permanecer em locais fechados, como lojas, teatros ou cinemas; 4) permanecer em uma fila ou ficar no meio da multidão; ou 5) sair de casa sozinho. Nestas situações as pessoas geralmente experimentam pensamentos de que algo terrível possa acontecer, de que é difícil fugir destas situações ou de que a ajuda não está disponível se ocorrerem sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores (DSM-5, 2013).

A quantidade de medo vivenciada pode variar com a proximidade da situação temida e pode ocorrer em antecipação ou na presença real da situação agorafóbica. Além disso, o medo ou ansiedade podem assumir a forma de um ataque de pânico com sintomas completos ou sintomas limitados (i.e., um ataque de pânico esperado). O medo ou ansiedade é evocado quase todas as vezes em que a pessoa entra em contato com a situação temida, quando esta não consegue evitar ativamente a situação. Este evitamento pode ser comportamental (p. ex., mudar as rotinas diárias, escolher um emprego próximo para evitar o uso de transporte público, organizar a entrega de alimentos para evitar ter de entrar em lojas e supermercados), bem como cognitiva (p. ex., usando a distração para passar por situações agorafóbicas) e pode tornar-se tão grave a ponto da pessoa ficar completamente confinada à sua casa (DSM-5, 2013).

A AF é diagnosticada independentemente da presença de PP. Se os sintomas não satisfazem os critérios para PP e Agorafobia, ambos os diagnósticos devem ser atribuídos (DSM-5, 2013).

2.4. Perturbação de Pânico

A PP caracteriza-se pela presença de ataques de pânico repetidos (mais do que um ataque de pânico) e inesperados (não existe um indício ou desencadeante óbvio no

momento da ocorrência, como os ataques de pânico noturnos) com manifestações tanto físicas (palpitações, dispneia, sudorese, parestesias, náuseas) quanto mentais (medo da morte, medo de perder o controle, sentimento de alienação) (Strohle et al, 2018). A presença de ataques de pânico esperados não exclui o diagnóstico de Perturbação de Pânico. Contudo, é necessário mais de um ataque de pânico completo inesperado para o diagnóstico e que estes sejam seguidos (de um mês ou mais) de pelo menos uma das seguintes características: 1. Apreensão ou preocupação persistente acerca de ataques de pânico adicionais ou sobre suas consequências (p. ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, “enlouquecer”). 2. Uma mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionada aos ataques (esquiva de esforço físico) (DSM-5, 2013).

Um ataque de pânico consiste num surto abrupto de medo ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro (ou mais) dos 13 seguintes sintomas: 1. Palpitações, coração acelerado, taquicardia. 2. Sudorese. 3. Tremores ou abalos. 4. Sensações de falta de ar ou sufocamento. 5. Sensações de asfixia. 6. Dor ou desconforto torácico. 7. Náusea ou desconforto abdominal. 8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio. 9. Calafrios ou ondas de calor. 10. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento). 11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo). 12. Medo de perder o controle ou “enlouquecer”. 13. Medo de morrer (DSM-5, 2013).

Em termos de gravidade, as pessoas com PP podem ter ataques com sintomas completos (quatro ou mais sintomas) ou com sintomas limitados (menos de quatro sintomas), e o número e o tipo de sintomas do ataque de pânico frequentemente diferem de um ataque de pânico para o seguinte (DSM-5, 2013).

2.5. Fobia Específica

O medo ou ansiedade acentuados ou evitamento restrito a um objeto ou situação particular (p. ex., voar, alturas, animais, tomar uma injeção, ver sangue) é a primordial característica da FE, sendo por esse motivo o objeto ou situação fóbica ativamente evitados ou suportados com intensa ansiedade ou sofrimento quase todas as vezes em que a pessoa está em contato com o estímulo fóbico (DSM-5, 2013).

As categorias das situações ou objetos temidos são apresentadas como especificadores e muitos indivíduos temem objetos ou situações em mais do que uma categoria ou estímulo fóbico - FE Múltipla (DSM-5, 2013).

O grau do medo experimentado pode variar (desde a ansiedade antecipatória até um ataque de pânico completo ou limitado) com a proximidade do objeto ou situação temida e pode ocorrer com a antecipação da presença ou na presença real do objeto ou situação fóbica ou devido a vários fatores contextuais (como a presença de outra pessoa, a duração da exposição, e a outros elementos ameaçadores) (DSM-5, 2013).

Comportamentos de evitamento ou a recusa persistente de envolvimento em atividades que implicam exposição ao objeto ou situação fóbica (p. ex., recusa repetida em aceitar ofertas para viagens de trabalho devido ao medo de voar) podem ser úteis para a corroboração do diagnóstico na ausência de ansiedade ou pânico explícito (DSM-5, 2013).

No que diz respeito a perturbações de ansiedade 30-67% é explicado pelos fatores genéticos, sendo a restante da variação derivada de fatores ambientais negativos individuais, como eventos de vida (abuso e negligência (emocional e/ou física); violência sexual; doença crónica; lesões traumáticas; mortes de outras pessoas importantes; separação e divórcio; dificuldades financeiras) (Strohle et al., 2018). Ou seja, a causa das perturbações de ansiedade é de natureza epigenética, contribuindo para o seu desenvolvimento uma componente genética e fatores ambientais (eventos de vida *stressantes*, experiências traumáticas, vinculações disruptivas e problemas emocionais parentais) (Love & Love, 2019).

Por outro lado, fatores ambientais positivos, estratégias de sobrevivência eficazes, estilos de vinculação seguros, experiências de aprendizagem de apoio e uma boa rede de apoio social podem aumentar a resiliência, mesmo na presença de uma constelação de fatores de risco genéticos (Strohle et al., 2018).

Estudos longitudinais mostram persistência da ansiedade ao longo do tempo, altas taxas de recaída e aumento significativo do risco de depressão (Sami & Nilforooshan, 2015), sendo por esse motivo fundamental o rastreio e diagnóstico da ansiedade.

A maioria das pessoas que recorre aos CSP apresenta primeiramente sintomas de uma perturbação de ansiedade subjacente, sendo a maioria dos sintomas de ansiedade inespecíficos e somáticos, envolvendo os sistemas músculo-esquelético, cardíaco, respiratório, gastrointestinal e neurológico (Amiri & Behnezhad, 2019). Deste modo é crucial que os profissionais de cuidados primários consigam reconhecer os sintomas de

ansiedade, especialmente quando a preocupação principal não está relacionada com a ansiedade.

Reconhecer, rastrear e subsequentemente iniciar algum plano de intervenção ou tratamento pode ter um impacto enorme na melhoria da qualidade de vida e do nível geral de funcionamento de uma pessoa (Brahmbhatt et.al, 2020).

Porém, uma triagem positiva para uma perturbação de ansiedade não é suficiente para um diagnóstico, mas é uma indicação para uma investigação diagnóstica (Brahmbhatt et.al, 2020) com recurso, por exemplo, à 10^a revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Um diagnóstico com precisão de uma perturbação de ansiedade é difícil, como demonstram as taxas de diagnóstico incorreto pelos profissionais dos CSP de PAG, PP e PAS que são de 71%, 85,8% e 97,8 %, respetivamente (Vermani et al., 2011).

Em suma, em contexto de CSP é fundamental uma deteção e diagnóstico precoce das situações clínicas de ansiedade e seu tratamento atempado sendo necessário recorrer a instrumentos de rastreio e de avaliação de fácil e rápida aplicação. Não obstante a variedade de instrumentos de avaliação psicológica disponíveis, torna-se importante a identificação e sistematização dos existentes para o contexto de CSP.

3. OBJETIVOS

Pretendeu-se com o presente trabalho realizar uma revisão da literatura sobre os instrumentos de rastreio de sintomatologia ansiosa e de avaliação das perturbações de ansiedade em adultos e/ou idosos utilizados no contexto dos CSP e sistematizar as suas principais características.

4. METODOLOGIA

4.1. Linhas de Orientação

Esta revisão teve como linhas orientadoras as recomendações do PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and MetaAnalyses*) Statement (Moher et al, 2009) e PRISMA-DTA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Accuracy studies*). O protocolo desta revisão foi registado na PROSPERO, uma base de dados internacional de registo prospetivo das revisões sistemáticas em cuidados de saúde e cuidados sociais (registo n.º CRD42022335994) (Anexo 1).

4.2. Questão de Investigação PICOS

Foi definida a seguinte estratégia PICOS (acrónimo para Participantes, Intervenção, Comparador, Outcomes e Desenho de Estudo, com o propósito de auxiliar na formulação de questões de pesquisa).

Tabela 1

Estratégia PICOS

Participantes	Adultos e/ou idosos em contexto de CSP
Intervenção	Instrumento(s) de rastreio da sintomatologia ansiosa e avaliação da(s) perturbações de ansiedade em adultos e/ou idosos utilizados em CSP.
Comparador	Não aplicável.
Outcomes	Principais características dos instrumento(s) de rastreio da sintomatologia ansiosa e de avaliação da(s) perturbação(s) de ansiedade em adultos e/ou idosos mais utilizados em CSP.
Desenho dos estudos	Estudos originais (observacionais e de validação).

Nota: CSP- Cuidados de Saúde Primários.

4.3. Estratégia de Pesquisa

De acordo com a estratégia PICOS foi realizada uma pesquisa eletrónica dos estudos primários publicados nas bases de dados electrónicas PubMed/MEDLINE, Web of Science Core Collection, SCOPUS e PsycINFO, até 2022. Não foram impostos limites de datas de publicação, idioma ou país de origem.

Operadores booleanos, truncagem de palavras, pesquisa em linguagem natural (texto livre), usando variantes do termo, combinando sinónimos, plurais e variantes de ortografia foram considerados na pesquisa. Na expressão de pesquisa utilizada foram

usadas as seguintes palavras e termos MeSH: Anxiety, Screen, Diagnos, Instrument, Primary Health Care, Adult. A estratégia de pesquisa foi primariamente desenvolvida para a PubMed em colaboração com uma bibliotecária das áreas da saúde e posteriormente adaptada para as diferentes bases de dados eletrónicas, encontrando-se detalhada em anexo (Anexo 2).

Adicionalmente, procedeu-se à análise manual das listas de referências dos artigos incluídos, com o objectivo de verificar a existência de estudos elegíveis não encontrados através da pesquisa nas bases de dados eletrónicas.

4.4. Critérios de Elegibilidade

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: (1) Estudos originais com humanos, de ambos os sexos, com idade superior ou igual a 18 anos; (2) estudos que incluam a avaliação de, pelo menos, uma das perturbações da ansiedade em adultos e/ou idosos seguidos em CSP; (3) estudos que incluam a avaliação de sintomatologia ansiosa, com recurso a instrumentos estandardizados em adultos e/ou idosos em CSP; (4) estudos observacionais e de validação.

Os critérios de exclusão considerados foram: (1) Estudos fora do escopo da revisão; (2) Estudos que não incluam amostras de adultos e/ou idosos em contexto de CSP; (3) Estudos que não utilizem instrumentos estandardizados e específicos para avaliação das perturbações de ansiedade; (4) Estudos de ensaios clínicos, relatos de casos, séries de casos, editoriais, cartas ao editor, textos de opinião e comentários, resumos de conferências, livros e capítulos; (5) Estudos cujo texto integral não foi possível obter mesmo após contacto com os autores originais. Artigos de revisão também foram mantidos na fase de seleção para verificação de possíveis sobreposições com a presente revisão, bem como para análise manual das suas listas de referências.

4.5. Procedimentos de Extração, Seleção e Análise dos Dados

Todos os resultados da pesquisa foram extraídos dos motores de busca supramencionados e importados para o software Rayyan. Neste software, foi realizado inicialmente a eliminação das referências duplicadas.

Os autores dos artigos sem texto completo acessível foram contactados, através de correio eletrónico, para obtenção dos respetivos estudos.

Posteriormente, foi levada a cabo a seleção dos documentos para a revisão, que decorreu em duas partes, uma de rastreio e outra de inclusão.

A fase de rastreio foi realizada de forma independente e cega por dois revisores e consistiu na leitura do título e resumo (*abstract*) de cada estudo, aplicando-se os critérios de elegibilidade previamente descritos. Os desacordos foram resolvidos através de consenso entre os dois revisores. Os estudos não excluídos nesta fase, transitaram para a segunda fase da revisão, a de inclusão.

A fase de inclusão foi efectuada, igualmente, de forma independente pelos dois revisores e consistiu na leitura dos textos integrais dos estudos seleccionados, aplicando-se novamente os critérios de elegibilidade, de modo a confirmar a sua elegibilidade e inclusão na presente revisão da literatura. As divergências foram resolvidas através de consenso entre os dois revisores ou então, se necessário, com recurso à restante equipa de revisão.

Para os estudos incluídos, foi realizada a análise qualitativa comparativa. Para este efeito, foram extraídos e analisados um conjunto de parâmetros, nomeadamente: identificação dos estudos que utilizaram o instrumento (primeiro autor, ano), método de avaliação da ansiedade (rastreio ou diagnóstico), tipo de instrumento (rastreio ou diagnóstico), descrição detalhada do instrumento (número total de itens, pontos de corte, modos de aplicação, sistema de pontuação e cotação total).

Os resultados dos estudos primários são seguidamente apresentados narrativamente e sob a forma de tabelas.

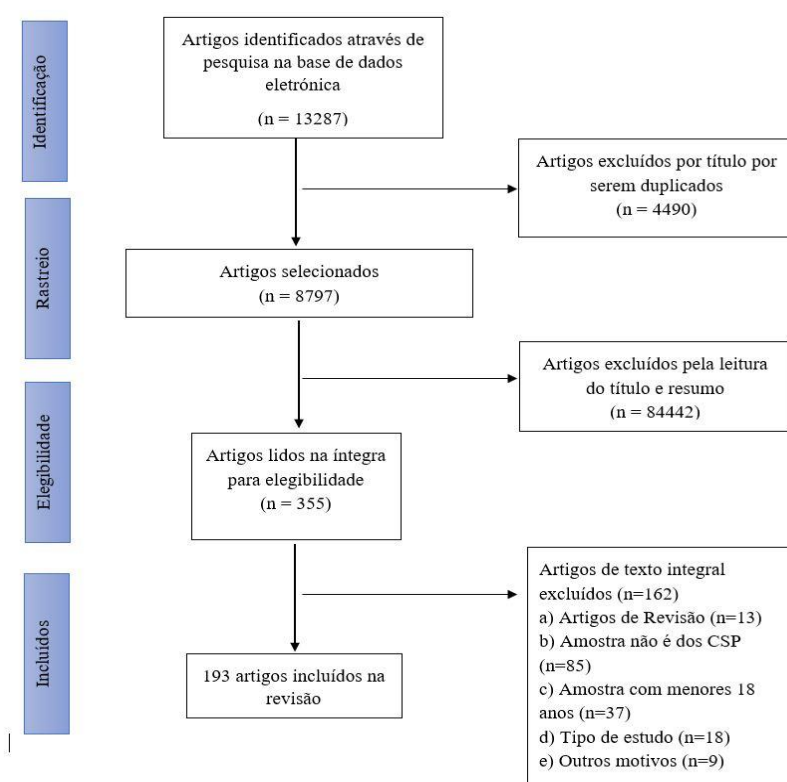
5. RESULTADOS

5.1 Resultados da pesquisa

Da pesquisa original foram obtidos 13287 referências (PubMed/MEDLINE:1458; Web of Science Core Collection: 4236; SCOPUS: 6398; PsycINFO: 1198), permanecendo 8797 estudos após remoção dos duplicados. Os autores dos 33 artigos sem texto completo acessível foram contactados através de correio eletrônico para obtenção dos respectivos estudos, sendo que apenas dois autores cederam os seus artigos.

Da primeira fase de seleção, fase de rastreio, resultaram 355 estudos, dos quais, após leitura integral, 193 cumpriram os critérios de elegibilidade e 162 foram excluídos com base nos critérios: design de estudo não elegível (18), amostras pediátricas (37), *settings* que não os CSP (85).

A Figura 1 ilustra o processo de seleção dos artigos.



Nota: CSP- Cuidados de Saúde Primários

Figura 1

Fluxograma do Processo de Seleção dos Estudos

Todos os estudos incluídos nesta revisão (n=193) encontram-se escritos em língua inglesa, e foram publicados entre os anos de 1982 e 2022, sobretudo de países como os E.U.A. e Inglaterra. Destes, 68 são estudos de validação.

Nestes artigos foram identificados 81 instrumentos de avaliação das perturbações de ansiedade que podem ser utilizados nos CSP. Destes instrumentos de avaliação psicológica 63 correspondem a instrumentos de rastreio e 18 a ferramentas de diagnóstico.

5.1.1 Instrumentos de rastreio da sintomatologia ansiosa em CSP

Nos estudos selecionados foram identificados 63 instrumentos de rastreio (Tabela 2). Todos consistem em questionários e/ou escalas de auto-resposta, com exceção de uma entrevista de rastreio (CIDI-SC- Composite International Diagnostic Interview Screening Scales for DSM-4 anxiety and mood disorders, Kessler et al., 2013).

Em termos do número de itens, nos instrumentos que avaliam apenas o domínio da ansiedade (geral ou específica) verifica-se uma heterogeneidade, com um número mínimo de 2 itens (GAD-2- Generalized Anxiety Disorder-2, Kroenk et al., 2007) até um número máximo de 30 itens (GAS- Geriatric Anxiety Scale, Segal et al.2010).

Quanto ao sistema de pontuação a maioria dos instrumentos utiliza a escala de Likert e um sistema de cotação que resulta no somatório da pontuação atribuída a cada item.

Os instrumentos com mais estudos de validação identificados foi o SDQ-4 (Four-Dimensional Symptom Questionnaire, Terluin et al., 2006).

Três instrumentos destacam-se (HADS- Hospital Anxiety and Depression Scale, Zigmond & Snaith, 1983; PHQ- Patient Health Questionnaire, Spitzer et al.,1999; GAD-7-General Anxiety Disorder-7, Spitzer et al., 2006) a surgirem como ferramentas de rastreio e de avaliação da gravidade da ansiedade respetivamente, em grande parte dos estudos incluídos nesta revisão, nomeadamente: 1) **HADS- Hospital Anxiety and Depression Scale** (19 citações; Aragão et al., 2018; Bener & Abou-Saleh, 2012; Broomfield et al., 2014; Cleland et al., 2007; Cooper et al., 2007; Eisele et al., 2013; De Waal et al., 2008; Dezetter et al., 2015; Garcia-Campayo et al., 2012; Gonçalves et al., 2014; Marti et al., 2017; Mattei et al., 2018; Mensah et al., 2007; Mi et al, 2017; Montserrat-Capdevila et al., 2018; Nordstrom & Bodlund, 2008; Palacios et al., 2016; Roberge et al., 2014; Waal et al., 2009); 2) **GAD-7- General Anxiety Disorder-7** (17 citações; Abdalla et al., 2021; Abrams et al., 2015; Ahmad et al., 2016; Bener et al.,

2013; Bair et al., 2008; Garcia-Campayo et al., 2012; Ying et al., 2010; Ivanovs et al., 2018; Kroenke et al., 2007; Kwan et al., 2017; Pengpid & Peltze, 2020; Prior et al., 2016; Ringoir et al., 2014; Salvalaggio et al., 2007; Vasiliadis et al., 2015; Whitton et al., 2021; Yap et al., 2019); 3) ; **3) PHQ- Patient Health Questionnaire** (9 citações; ZamZam et al., 2009; Cerne et al., 2013; Davis et al., 2002; Ghafoori et al., 2009; Kroenke et al., 2007; Maarsingh et al., 2011; Norton et al., 2009; Olfson & Gameroff, 2007; Weissman et al., 2010).

Quanto ao domínio avaliado, a maioria destes instrumentos foram desenvolvidos para avaliar perturbações mentais comuns em CSP (problemas somáticos; depressão; ansiedade; abuso ou dependência do álcool; problemas de comportamentos alimentares) e não apenas o construto ansiedade.

Para domínios ou ciclo de vida específicos foram identificados os seguintes instrumentos para:

- *População idosa*: FEAR (Frequency of anxiety; Enduring nature of anxiety; Alcohol or sedative use; Restlessness or fidgeting, Krasucki et al., 1999), GAI (Geriatric Anxiety Inventory, Pachana et al., 2007), GAI-SF (Geriatric Anxiety Inventory-Short Form, Byrne & Pachana, 2011), GAS (Geriatric Anxiety Scale, Byrne & Pachana, 2011), OLP (Observation List for mental disorders and social Problems, Tak et al., 2016);

- *Perturbação de Pânico*: ANS (Autonomic Nervous System Questionnaire, Stein et al., 1999), BPDS (Brief Panic Disorder Screen, Apfeldorf et al., 1994), MHI-5 (Mental Health Index-5, Ware et al., 1984), PDSS (Panic Disorder Severity Scale, Shear et al., 1997), PHQ-P (PD Patient Health Questionnaire-Panic Disorder, Spitzer et al., 1999);

- *Ansiedade Generalizada*: ASQ-15 (15- Anxiety Screening Questionnaire, Wittchen & Boyer, 1998), GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder-2, Kroenke et al., 2007), GAD-7 (General Anxiety Disorder-7, Spitzer et al., 2006), GAD-Q-4 (Generalized Anxiety Disorder Questionnaire, Newman et al., 2002), GAS-Q (Generalized Anxiety Questionnaire, Krause et al., 2001), GAI (Geriatric Anxiety Inventory, Pachana et al., 2007), FEAR (Frequency of anxiety; Enduring nature of anxiety; Alcohol or sedative use; Restlessness or fidgeting, Krasucki et al., 1999);

- *Ansiedade Social*: Mini-SPIN (Mini Social Phobia Inventory, Connor et al., 2001), SPIN (Social Phobia Inventory, Connor et al., 2000), SAS-Q (Social Anxiety Screening

Questionnaire, Sorsdahl et al., 2012), SPQ (Social Phobia Questionnaire, Stein et al., 1999).

Relativamente aos domínios da ansiedade específicos, foi a sintomatologia relacionada com a ansiedade generalizada que revelou a existência de mais instrumentos de rastreio. Por outro lado, nos estudos incluídos nesta revisão não se encontraram instrumentos que avaliam os domínios associados com a Agorofobia e Fobia Específica.

De seguida será apresentada a Tabela 2, com informação mais detalhada destes instrumentos de rastreio e suas principais características.

Tabela 2

Instrumentos de Rastreio da Ansiedade

Designação do instrumento	Estudo	Estudo de Validação	Domínio avaliado	Tipo de Avaliação	Caraterização do Instrumento			
					N.º Itens	Sistema de pontuação	Cotação	Pontos de Corte
ADD- Anxiety and Depression Detector (Means-Christensen et al., 2006)	Means-Christensen et al., 2006	Means-Christensen et al., 2006	Sintomas de ansiedade e depressão.	Rastreio	5	_____	_____	_____
ASI-3- Anxiety Sensitivity Index-3 (Taylor et. al, 2007)	Fergus et al., 2017	Zvolensky et al. - versão curta (5 itens) Short Scale Anxiety Sensitivity Index (SSASI)	Preocupação associada a possíveis consequências negativas das manifestações físicas da ansiedade.	Rastreio	18	Escala de Likert de 0-4	Soma das pontuações de cada item.	35 - 18 Baixa Sensibilidade à Ansiedade
								17-0 Quase sem sensibilidade à ansiedade
								54 – 72 Alta Sensibilidade à Ansiedade
ASQ-15- Anxiety Screening Questionnaire (Wittchen &Boyer,1998)	Wittchen et al., 2002	_____	Sintomas de Ansiedade Generalizada (frequência e intensidade).	Rastreio	17	Escala de Likert de 0-10	Soma das 17 pontuações de frequência e 17 pontuações de intensidade	53 - 36 Sensibilidade moderada à ansiedade
ANS- Autonomic Nervous System Questionnaire (Stein et al., 1999a)	McQuaid et al., 2000	_____	Sintomas de Perturbação de Pânico.	Rastreio	5	_____	Soma das pontuações de cada item.	_____
BAI- Beck Anxiety Inventory (Beck et al., 1988)	McQuaid et al., 2000	_____	Sintomas de ansiedade (Frequência e intensidade).	Rastreio	21	Escala de Likert de 0-3	Soma das pontuações de cada item.	0-7 Nível mínimo de ansiedade
	Mori et al., 2003							8-15 Ansiedade ligeira
	Nyberg et al., 2021							
	Prins et al., 2010							
	Tilli et al., 2012							

Tabela 2
Instrumentos de Rastreio da Ansiedade

Designação do instrumento	Estudo	Estudo de Validação	Domínio avaliado	Tipo de Avaliação	Caraterização do Instrumento			
					N.º Itens	Sistema de pontuação	Cotação	Pontos de Corte
	Vucic et al., 2021							16-25 Ansiedade moderada 26-63 Ansiedade severa
BPDS- Brief Panic Disorder Screen (Apfeldorf et al., 1994)		Johnson et al., 2007	Sintomas de Perturbação de Pânico	Rastreio	4			
CIDI-SC- Composite International Diagnostic Interview Screening Scales for DSM-4 anxiety and mood disorders (Kessler et al., 2013)		Kessler et al., 2013	Sintomas de ansiedade e de perturbações de humor.	Rastreio		Entrevista de rastreio psiquiátrica estruturada.		
CMDQ-Common Mental Disorder Questionnaire (Christensen et al., 2005)		Christensen et al., 2005	Sintomas de perturbações somatoformes, ansiedade, depressão, abuso de álcool, e saúde geral.	Rastreio	36	Escala de Likert 0-4 pontos.		
CMFC-Connected Mind Fast Check (Lehinger, 2017)	Rogers et al., 2021		Sintomas de perturbações mentais comuns nos CSP: a. Depressão Major; b. Perturbações de Ansiedade com origem primária foco em Perturbação de Ansiedade Generalizada ; (c) Perturbações Bipolares; (d) Perturbações de Défice de Atenção/Hiperatividade (TDAH); (e) Perturbações de Sintomas Somáticos;	Rastreio eletrónico	8	Primeiro nível com oito questões de sim/não para as seis perturbações mentais comuns nos CSP. As perturbações mais prevalentes (ansiedade e depressão) têm um segundo item de triagem; o segundo nível, acionado após qualquer resposta	Automaticamente pontuado no portal de avaliação.	

Tabela 2
Instrumentos de Rastreio da Ansiedade

Designação do instrumento	Estudo	Estudo de Validação	Domínio avaliado	Tipo de Avaliação	Caraterização do Instrumento			
					N.º Itens	Sistema de pontuação	Cotação	Pontos de Corte
			(f) Perturbações por Uso de substâncias e álcool.			positiva aos itens de triagem, com módulos de avaliação padronizada específica (APE) da perturbação que fornecem diagnósticos provisórios do DSM-5.		
COOP/WONCA Charts (Van Weel et al., 1995)		Azevedo-Marques & Zuardi, 2011	Sintomas de perturbações mentais.	Rastreio	20 +1 (Questionário de auto-relato (SRQ-20) e Índice de Bem-Estar da OMS).			
DASS 21-Depression, Anxiety and Stress Scale 21) (Lovibond & Lovibond, 1995)	Choi et al., 2016 Kaur et al., 2013	Alfonsson et al., 2017 Suécia Gloster et al., 2008 (idosos)	Sintomas de depressão, ansiedade e stresse.	Rastreio	21 (divididos em três subescalas depressão, ansiedade e stresse - cada subescala tem 7 itens)	Escala de Likert de 0-3	Soma das pontuações dos itens correspondentes a cada subescala multiplicadas por 2.	
DUKE-AD-Duke Anxiety Depression Scale (Parkerson et al., 1990)		Parkerson et al., 1996	Sintomas de ansiedade e depressão.	Rastreio	7			
FEAR - Frequency of anxiety; enduring nature of anxiety; alcohol or sedative use; restlessness or fidgetin (Krasucki et.al, 1999)	Harris et al., 2005 Krasucki et.al, 1999	Krasucki et.al, 1999	Sintomas de Ansiedade Generalizada em idosos dos CSP.	Rastreio	4			Pontuação de 2 ou mais-elevada probabilidade de uma perturbação de ansiedade
GAD-2 -Generalized Anxiety Disorder-2 (Kroenk et al.,2007)	Crocker et al, 2019 Satre et al., 2019	Garcia-Campayo et al., 2012	Sintomas de Ansiedade Generalizada, incluindo população perinatal.	Rastreio	2	Escala de Likert de 0-6	Soma das pontuações de cada item.	Pontuações > 3 indicam necessidade de diagnóstico

Tabela 2
Instrumentos de Rastreio da Ansiedade

Designação do instrumento	Estudo	Estudo de Validação	Domínio avaliado	Tipo de Avaliação	Caraterização do Instrumento			
					N.º Itens	Sistema de pontuação	Cotação	Pontos de Corte
	Van Heyningen et al., 2018	Versão espanhola Kujanpää et al., 2014- versão Filandesa						adicional de avaliação.
GAD-7- General Anxiety Disorder-7 (Spitzer et al., 2006)	Abdalla et al., 2021							
	Abrams et al., 2015							
	Ahmad et al., 2016							
	Bener et al., 2013							
	Bair et al., 2008	Spitzer et al., 2006						
	Garcia-Campayo et al., 2012	Chibanda et al., 2016						
	Ivanovs et al., 2018	Jordan et al., 2017						0-4- Ausente
	Kroenke et al., 2007	Kigozi, 2021	Sintomas de Ansiedade Generalizada (frequência e gravidade)	Rastreio	7	Escala de Likert de 0-3	Soma das pontuações de cada item.	5-9- Leve
	Kwan et al., 2017	Moreno et al., 2019						10-14- Moderada
	Pengpid &Peltze, 2020	Muñoz-Navarro et al., 2017						≥15- Grave
	Prior et al., 2016	Ringoir et al., 2014						
	Salvalaggio et al., 2007	Ruiz et al., 2011						
	Vasiliadis et al., 2015							
	Whitton et al., 2021							
	Yap et al., 2019							
	Ying et al., 2010							
GAD-Q –IV Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (Newman et al., 2002)	Revicki et al., 2008		Sintomas de Ansiedade Generalizada.	Rastreio	9	5 itens pontuação dicotômica:sim/não; 1 item: lista de verificação de seis sintomas do DSM-4		

Tabela 2*Instrumentos de Rastreio da Ansiedade*

Designação do instrumento	Estudo	Estudo de Validação	Domínio avaliado	Tipo de Avaliação	Caraterização do Instrumento			
					N.º Itens	Sistema de pontuação	Cotação	Pontos de Corte
					3 itens: escala Likert de nove pontos 0-8.			
GAI -Geriatric Anxiety Inventory (Pachana et al., 2007)	Gould et al., 2016	Silva et al, 2016 (GAI-SF)	Sintomas de Ansiedade Generalizada na população idosa, mas também foi validado para identificar qualquer perturbação de ansiedade.	Rastreio	20	Dicotómica “concordo” ou “discordo”.	Somatório do número de afirmações “concordo”.	_____
GAI-SF Geriatric Anxiety Inventory—Short Form (Byrne & Pachana, 2011)	Hills et al., 2019	_____	Sintomas de ansiedade em CSP em utentes com 75 anos ou mais.	Rastreio	5	Dicotómica “concordo” ou “discordo”.	Somatório do número de afirmações “concordo”.	_____
GAS-Geriatric Anxiety Scale (Segal et al.2010)	Bekić et al., 2019 Majnarić et al., 2020	_____	Sintomas de ansiedade na população idosa.	Rastreio	30	Escala de Likert 0-3	Somatório dos primeiros 25 itens. Pontuação subescala somática contém 9 itens Pontuação subescala afetiva:contém 8 itens Pontuação subescala cognitiva contém 8 itens Os 5 itens adicionais no GAS (itens 26–30) não são pontuados, mas avaliam áreas de ansiedade comumente relatadas como preocupantes para os idosos.	_____

Tabela 2
Instrumentos de Rastreio da Ansiedade

Designação do instrumento	Estudo	Estudo de Validação	Domínio avaliado	Tipo de Avaliação	Caraterização do Instrumento			
					N.º Itens	Sistema de pontuação	Cotação	Pontos de Corte
GAS - Goldberg Anxiety Scale (GAS) (Goldberg et al., 1988; Monton et al., 1993)	Olivera et al., 2008	_____	Sintomas de ansiedade.	Rastreio	9 4 itens de triagem e 5 itens complementares.	Dicotómica sim/não. Os 5 itens complementares só são respondidos no caso de um dos itens de triagem ser afirmativo.	Somatório das respostas afirmativas.	A ansiedade é diagnosticada quando há 4 ou mais respostas positivas.
GAS-Q -Generalized Anxiety Questionnaire (Krausse et al., 2001)	Allgulander et al. Wittchen et al., 2002	_____	Sintomas de Ansiedade Generalizada.	Rastreio	20 Preenchidos somente se a pergunta de entrada for pontuada positivamente (Critério A do GAD no DSM-4).	_____	_____	_____
GHQ - General Health Questionnaire (Goldberg et al., 1972)	Ormel et al., 1990 Mann, 1999	Cleary et al., 1982	Sintomas de perturbações psiquiátricas.	Rastreio	60	_____	_____	_____
GHQ-12- General Health Questionnaire (Goldberg et al., 1988)	Anjara et al., 2020- Indonésia Bellini & Galaverni, 2003 Gater et al., 1998 Gonçalves et al., 2014 Katerndahl et al., 2002 Laufer et al., 2013	Schmitz et al., 1999 (Alemanha) Patel et al., 2008 Índia Araya et al., 1992 Chile et al., 2014 Nigéria	Sufrimento psicológico.	Rastreio	12 (6 itens positivos e 6 itens negativos)	Escala bimodelo (0-0-1-1) e escala de Likert de 4 pontos (0-1-2-3);	As categorias de resposta recebem pontuação 0, 0, 1, 1 para os itens positivos, enquanto os itens negativos recebem pontuação inversa (1,1,0,0). A pontuação varia de 0 a 12 pontos. No método de pontuação Likert, os itens positivos pontuaram de 0 a 3 e os negativos de 3 a 0, com pontuação	Os pontos de corte mais utilizados estão entre 2 e 4 para o método bimodal e variam entre 10 e 15 para o método Likert.

Tabela 2
Instrumentos de Rastreio da Ansiedade

Designação do instrumento	Estudo	Estudo de Validação	Domínio avaliado	Tipo de Avaliação	Caraterização do Instrumento			
					N.º Itens	Sistema de pontuação	Cotação	Pontos de Corte
							variando entre 0 e 36.	
GHQ-28- General Health Questionnaire 28 (Goldberg & Hillier, 1979)		Segopolo et al., 2009- Botsuana	Sofrimento psicológico.	Rastreio	28			
HADS- Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983)	Aragão et al., 2018 Bener & Abou- Saleh, 2012 Broomfield et al., 2014 Cleland et al., 2007 Cooper et al., 2007 Eisele et al., 2013 De Waal et al., 2008 Dezetter et al., 2015 Garcia-Campayo et al., 2012 Gonçalves et al., 2014 Marti et al., 2017 Mattei et al., 2018 Mensah et al., 2007 Mi et al, 2017 Montserrat- Capdevila et al., 2018 Nordstrom & Bodlund, 2008	Cassiani- Miranda et al., 2022(Colombia) Roberge et al., 2013 (verão francesa) Lam et al., 1995 (idosos China) Bunevicius et al., 2007 Terluin et al.,2009 Breeman et al., 2015	Sintomas de ansiedade e depressão.	Rastreio	14 (7 itens para ansiedade (HADS- A) e 7 itens para depressão (HADS- D))	Escala de Likert de 0-3	Somatório da pontuação de cada item.	Para cada sub- escala: Pontuação igual ou superior a 11 - provável ansiedade ou depressão; Pontuação de 8 ou superior - provável perturbação de ansiedade ou depressão.

Tabela 2
Instrumentos de Rastreio da Ansiedade

Designação do instrumento	Estudo	Estudo de Validação	Domínio avaliado	Tipo de Avaliação	Caraterização do Instrumento			
					N.º Itens	Sistema de pontuação	Cotação	Pontos de Corte
	Palacios et al., 2016 Roberge et al., 2014 Waal et al., 2009							
HAM-A Hamilton Anxiety Scale (Hamilton, 1959)	Mohammed et al., 2021 Revicki et al., 2008		Sintomas de ansiedade (Gravidade)	Rastreio	14	Escala de Likert de 5 pontos (0-1-2-3-4)	Somatório das pontuações de cada item.	Ansiedade leve- Pontuações inferiores a 17 Ansiedade moderada- 18–24 Ansiedade severa- 25–30
HEALTH-49-Hamburg Modules for the Assessment of Psychosocial Health Rabung et al., 2009)		Rabung et al., 2009 (validação da versão breve)	Sintomas genéricos da saúde psicossocial.	Rastreio	49 distribuídos por nove escalas			
HLEQ- Health and Life Experiences Questionnaire (Day et al., 1999)	Remes et al., 2018		Sintomas de perturbações psiquiátricas e deficiências.	Rastreio	17 (11 eventos de vida adversos e 6 eventos relacionados com a saúde)	Escala de Likert 1-4 para impacto e outra escala para a superação.		Quanto maior a pontuação de impacto e adaptação, mais o evento foi perturbador.
HSCL-25-Hopkins Symptom Checklist 25 items (Hesbacher et al., 1980)	Javanbakht et al., 2019 Oxman et al., 1987		Sintomas de ansiedade e depressão (presença e gravidade).	Rastreio	25 (10 itens para avaliar ansiedade e 15 itens para avaliar depressão)	Escala de Likert 1-4	Média dos 25 itens.	

Tabela 2
Instrumentos de Rastreio da Ansiedade

Designação do instrumento	Estudo	Estudo de Validação	Domínio avaliado	Tipo de Avaliação	Caraterização do Instrumento			
					N.º Itens	Sistema de pontuação	Cotação	Pontos de Corte
IDAS- Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (Watson et al. 2007)	Bakhshaie et al., 2017	_____	Sintomas de depressão e ansiedade.	Rastreio	64 com 10 subescalas de sintomas específicos	Escala de Likert de 1-5 pontos	_____	_____
K-10 -Kessler-10 (Kessler et.al, 2002)	Carrà et al., 2011- versão italiana Gerrits et al., 2013 Prins et al., 2009 Van Heyningen et al., 2018 Vasiliadis et al., 2015	Donker et al., 2010- Holanda Terrez et al., 2011	Sintomas de perturbações mentais comuns.	Rastreio	10	Escala de Likert 1-5	_____	0 - 19 Provavelmente bem 20 - 24 Provavelmente terá um distúrbio leve 25 - 29 Provavelmente terá um distúrbio moderado 30 - 50 Probabilidade de ter um distúrbio grave
K-6 (Kessler-6) (Kessler et.al, 2002)	Carrà et al., 2011- versão italiana Heyningen et al., 2018	Patel et al., 2008 Índia Makanjuola et al., 2014 Nigéria	Sintomas de perturbações mentais comuns.	Rastreio	6	Escala de Likert 0-4	Somatório da pontuação de cada item.	Pessoas com pontuação igual ou superior a 13 têm probabilidade de sofrer de doença mental grave.
Mini-SPIN- Social Phobia Inventory (Connor et al., 2001)	Kroenke et al., 2007	_____	Sintomas de ansiedade social (gravidade).	Rastreio	3	Escala de Likert 0-4	Somatório das pontuações de cada item.	_____
MHI-5- Mental Health Index-5 (Ware et al., 1984)	_____	Means-Christensen et al., 2005	Sintomas de depressão e perturbação de pânico.	Rastreio	5	Escla de Likert 0-3	_____	Pontuações mais altas indicam melhor saúde mental.
M-3-My Mood Monitor Checklist (Gaynes et al., (2010)	_____	Gaynes et al., 2010	Sintomas de perturbações mentais comuns e de sofrimento psicológico.	Rastreio	27	Escala de Likert 0-4 No final da lista de verificação de sintomas, o M-3 apresenta 4 questões sobre comprometimento funcional.	_____	_____

Tabela 2
Instrumentos de Rastreio da Ansiedade

Designação do instrumento	Estudo	Estudo de Validação	Domínio avaliado	Tipo de Avaliação	Caraterização do Instrumento			
					N.º Itens	Sistema de pontuação	Cotação	Pontos de Corte
OLP- Observation List for mental disorders and social Problems (Tak et al., 2016)	Tak et al., 2016)	Tak et al., 2016)	Sintomas de ansiedade, depressão, cognição suspeita, solidão e somatização nos CSP-Idosos.	Rastreio	5	Lista de observação de sinais/sintomas de ansiedade, depressão, cognição suspeita, solidão e somatização nos CSP que se destina a ajudar os observadores a obter uma visão geral do paciente de uma forma mais estruturada e objetiva.		
OASIS- Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (Norman et al., 2006)		Campbell-Sills et al., 2009	Sintomas de uma ou múltiplas perturbações de ansiedade (intensidade e prejuízo),	Rastreio	(Frequência, intensidade, evitação comportamental, comprometimento funcional e relacional)	Escala de Likert 0-4		
PDI-4-Provisional Diagnostic Instrument-4 (Houston et al., 2011)		(Houston et al., 2011) original (Houston et al., 2011)PDI-4A	Sintomas de perturbações mentais comuns.	Rastreio	17			
PDSS- Panic Disorder Severity Scale (Shear et al., 1997)	Rollman et al., 2005 Tilli et al., 2012		Sintomas de perturbação pânico (gravidade).	Rastreio	7	Escala de Likert 0-4	Somatório das pontuações dos itens.	Uma pontuação bruta de 9 e acima sugere a necessidade de uma avaliação diagnóstica formal para perturbação de pânico.
PHQ- Patient Health Questionnaire (Spitzer et al.,1999)	Cerne et al., 2013 Davis et al., 2002 Ghafoori et al., 2009 Kroenke et al., 2007 Maarsingh et al., 2011 Norton et al., 2009	Patel et al., 2008 Índia	Sintomas de 5 categorias diagnósticas psiquiátricas do DSM-4: (i) problemas somáticos; (ii) depressão; (iii) ansiedade (problemas de pânico, outros problemas ansiosos); (iv) abuso ou dependência do álcool; (v) problemas de comportamentos alimentares.	Rastreio	26	Dicotómico sim/não. Deriva do PRIME-MD; baseado nos critérios do DSM-4 para perturbações mentais.		

Tabela 2
Instrumentos de Rastreio da Ansiedade

Designação do instrumento	Estudo	Estudo de Validação	Domínio avaliado	Tipo de Avaliação	Caraterização do Instrumento			
					N.º Itens	Sistema de pontuação	Cotação	Pontos de Corte
	Olfson & Gameroff, 2007 Weissman et al., 2010 ZamZam et al., 2009							
		Muñoz-Navarro et al., 2016						
PHQ-PD Patient Health Questionnaire-Panic Disorder (Spitzer et al.,1999)		Kroenke et al. , 2019 Wittkamp et al., 2011- pacientes com risco psiquiátrico	Sintomas de perturbação de ânico.	Rastreio	15	Dicotómico sim/não.		
					4			
PHQ-4 – Four item Patient Health Questionnaire (Kroenke, et al., 2009)		Kroenke, et al., 2009 Cano-Vindel et al., 2018 Versão computadorizada	Sintomas depressão e ansiedade.	Rastreio	(2 de uma escala de depressão (PHQ-2) e 2 de uma escala de ansiedade (GAD-2).	Dicotómico sim/não.		
PHQ-9 -Nine-item Patient Health Questionnaire) (Kroenke et al., 2009)	Ivanovs et al., 2018a Ivanovs et al., 2018 b	Chibanda et al., 2016 (Zimbabue)		Rastreio	9	Escala de Likert 0-3	Somatório das pontuações dos itens.	Pontuação igual ou superior a 10 apresenta boa sensibilidade e especificidade para detetar ansiedade e perturbação depressiva major (Kroenke e Spitzer, 2002).

Tabela 2
Instrumentos de Rastreio da Ansiedade

Designação do instrumento	Estudo	Estudo de Validação	Domínio avaliado	Tipo de Avaliação	Caraterização do Instrumento			
					N.º Itens	Sistema de pontuação	Cotação	Pontos de Corte
POPR- Problem Oriented Patient Report	Kahn et al., 2004		Sintomas médicos gerais e mentais.	Rastreio		Dicotómico sim/não para os sintomas médicos gerais e mentais, a ser preenchida pelo paciente antes da consulta médica. As perguntas sobre saúde mental são apresentadas no contexto da saúde geral, para que os pacientes possam sentir-se confortáveis ao denotar sintomas mentais, e os médicos recebem uma visão geral do bem-estar físico e mental do paciente.		
PRAQ-R- 10-item Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire-Revised (Huizink et al. 2004)	Al Ghadeer et al., 2021		Ansiedade relacionada com a gravidez.	Rastreio	10			
PRIME-MD - Primary Care Evaluation of Mental Disorders (Spitzer et al, 1994)	Eisenman et al., 2003 Gili et. Al, 2013 Lefevre et al., 1999 McGrady et al., 2010 Stewart et al., 2016 Parker et al., 1997 Philbrick et al., 1996	Bakker et al., 2009 Bonicatto et al., 1999- versão Argentina	Sintomas de 5 grupos de perturbações mentais comuns nos CSP.	Rastreio e Diagnóstico	15			Consiste em duas partes: - um questionário do paciente (PQ), um instrumento de triagem inicial de uma página, composto por 15 itens; - entrevista estruturada dividida em cinco módulos diagnósticos que

Tabela 2
Instrumentos de Rastreio da Ansiedade

Designação do instrumento	Estudo	Estudo de Validação	Domínio avaliado	Tipo de Avaliação	Caraterização do Instrumento			
					N.º Itens	Sistema de pontuação	Cotação	Pontos de Corte
	Pilowsky et al., 2006; Rollman et al., 2005 Valenstein et al., 1998 Vives et al., 2013							permite o acompanhamento médico das respostas positivas às perguntas de triagem.
PROMIS Anxiety Scale- Patient Reported Outcomes Measurement Information System (Cella et al., 2005-2008)	Eisele et al., 2013	Kroenke et al., 2014	Sintomas de ansiedade e depressão.	Rastreio	Conjunto de medidas centradas na pessoa que avalia e controla a saúde física, mental e social da população em geral e em indivíduos que vivem com condições crónicas.			
SAS-Q -Social Anxiety Screening Questionnaire (Sorsdahl et al., 2012)	Sorsdahl et al., 2012	Sorsdahl et al., 2012	Sintomas de ansiedade social.	Rastreio	12	Dicotómico “sim/não”		
3AMIS Substance and Mental Illness Symptom Screener (Pence et al., 2005)	Breuer et al., 2014		Sintomas de perturbações mentais comuns nos CSP em pacientes com HIV/AIDS.	Rastreio	16	Contém itens do Teste de Identificação de Transtornos por Uso de Álcool, do Two-Item Conjoint Screener e da ferramenta Composite Diagnostic Interview Screening, bem como alguns projetados especificamente para o SAMISS.		
SCL-25-Symptom Checklist (Derogatis et al., 1974)	Karlsson et al., 2000		Sintomas psiquiátricos comuns.	Rastreio	25	Escala de Likert de 1-4	Média do somatório das pontuações dos itens.	Pontuação acima de 1,54 – sugere presença de perturbação psiquiátrica.

Tabela 2
Instrumentos de Rastreio da Ansiedade

Designação do instrumento	Estudo	Estudo de Validação	Domínio avaliado	Tipo de Avaliação	Caraterização do Instrumento			
					N.º Itens	Sistema de pontuação	Cotação	Pontos de Corte
SCL-90 Symptom Checklist (Derogatis et al. , 1974)	Katon et al.,1986 Yelin et al., 1996	Schmitz et al., 1999 (Alemanha)	Sintomas psiquiátricos comuns.	Rastreio	90	Escala de Likert de 0-4	_____	_____
SCL-90-R (Derogatis et al. , 1974)	Katerndahl et al., 2002	_____	Sintomas psiquiátricos comuns.	Rastreio	90	Escala de Likert de 0-4	_____	_____
SCL-52 (Derogatis et al. , 1974)	Schonfeld et al., 1997	_____	Sintomas psiquiátricos comuns.	Rastreio	52	Escala de Likert de 0-4	_____	_____
SDDS-PC- Symptom-Driven Diagnostic System for Primary Care (Broadhead et al., 1995)	_____	Leon et al., 1996	Sintomas de múltiplas perturbações mentais comuns.	Rastreio	16	_____	_____	_____
SD3 -Short Depression and Anxiety Screening Tool (Mbewe et al. et al., 2013)	_____	Mbewe et al. et al., 2013	Sintomas de depressão e ansiedade em utentes com Epilepsia.	Rastreio	10	_____	_____	_____
SIGH-A - Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale (Shear et al., 2001)	Rollman et al., 2005	_____	Sintomas de ansiedade (severidade).	Rastreio	14	Escala Likert de 0-4	_____	_____
SPIN- Social Phobia Inventory (Connor et al., 2000)	_____	Campbell-Sills et al., 2015	Sintomas de ansiedade social (medo, a evitação e o sofrimento relacionados aos sintomas físicos associados).	Rastreio	_____	Escala de Likert de 0-4	_____	_____
SPQ-Social Phobia Questionnaire (Stein et al.,	McQuaid et al., 2000	_____	Sintomas de ansiedade social.	Rastreio	Avalia tanto a ansiedade, quanto 3.	Escala de Likert 0-3.	As pontuações totais são separadas	_____

Tabela 2
Instrumentos de Rastreio da Ansiedade

Designação do instrumento	Estudo	Estudo de Validação	Domínio avaliado	Tipo de Avaliação	Caraterização do Instrumento			
					N.º Itens	Sistema de pontuação	Cotação	Pontos de Corte
1999b)					a evitação em 10 situações sociais.		para ansiedade (SPQ-AX) e evitação (SPQ-AV).	
STAI-Y1-Y2								
The State-Trait Anxiety. Inventory (STAI-Y1 e Y2) (Spielberger et al., 1983)	Bellini & Galaverni, 2003		Sintomas de ansiedade (traço e personalidade).	Rastreio				
SPHERE-12-					12			
12. item Somatic and Psychological Health Report (Hickie et al., 2001)	Wilhelm et al., 2008		Sintomas (físicos e psicológicos) de ansiedade e depressão.	Rastreio	6 itens psicológicos (PSYCH-6); 6 itens somáticos/fadiga (SOMA-6).			
SRQ-20- 20 item Self Report Questionnaire (Harding et al., 1980)		Patel et al., 2008 Índia Araya et al., 1992 Chile Chen et al., 2009 China	Sintomas neuróticos, sendo 4 relacionados com queixas somáticas.	Rastreio	20			
4- DSQ- Four-Dimensional Symptom Questionnaire (Terluin et al., 2006)	Van Bebbber et al., 2017	Terluin et al., 2006 Terluin et al., 2016 (Turquia) Terluin et al., 2014 (versão inglesa) Tebbe et al., 2013 (obstetricia) Terluin et al., 2009	Sintomas de sofrimento geral inespecífico, depressão, ansiedade e somatização.	Rastreio	50 Sofrimento geral inespecífico (16); Depressão (6); Ansiedade (12); Somatização (16);	Escala de Likert 0-4		

Tabela 2*Instrumentos de Rastreio da Ansiedade*

Designação do instrumento	Estudo	Estudo de Validação	Domínio avaliado	Tipo de Avaliação	Caraterização do Instrumento			
					N.º Itens	Sistema de pontuação	Cotação	Pontos de Corte
		Terluin et al., 2014						
		Arnautov et al., 2015 Validação linguística russa						
		Terluim et al., 2018- versão Web						
		Geraghty et al., 2015						
		Chambe et al., 2015- versão francesa						
SAS- Zung's Self-Rating Anxiety Scale (Zung,1971)	Klemenc-Ketis et al., 2009		Sintomas de ansiedade.	Rastreio	20	Escala de Likert de 1-4	Somatório das pontuações a cada item.	Pontuação de 50 ou mais pontos.

5.1.2. Instrumentos de diagnóstico das perturbações ansiosas em CSP

Nos estudos selecionados foram identificados 18 instrumentos de diagnóstico cujos domínios mais avaliados são o das perturbações mentais frequentemente encontradas nos CSP ou diagnosticadas através do DSM como as perturbações de: somatização, depressivas, de ansiedade, por uso do álcool, do comportamento alimentar e de hiperatividade com défice de atenção (Tabela 3).

Os instrumentos de diagnóstico mais vezes referidos nos estudos incluídos foram os seguintes: **1) M.I.N.I. 6.0- Mini International Neuropsychiatric Interview** (Sheehan et al., 2010) (13 citações; Ansseau et al., 2008 a; Ansseau et al., 2008 b; Ansseau et al., 2005; Bakhshaie et al., 2017a; Bakhshaie et al. 2017b; Garcia-Campayo et al., 2012; Ivanovs et al., 2018a; Ivanovs et al., 2018 b; Marks et al., 2010; Nyberg et al., 2021; Petkus et al., 2018; Vermani et al., 2011; Zvolensky et al., 2016); **2) PRIME MD- Primary Care Evaluation of Mental Disorders** (Spitzer et al, 1994) (11 citações; Eisenman et al., 2003; Gili et. Al, 2013; Lefevre et al., 1999; McGrady et al., 2010; Stewart et al., 2016; Parker et al., 1997; Philbrick et al., 1996; Pilowsky et al., 2006; Rollman et al., 2005; Valenstein et al., 1998; Vives et al., 2013); e **3) CIDI- Composite International Diagnostic Interview 2.1** (Robins et al., 1988) (9 citações; Bushnell et al., 2005; Gater et al., 1998; Gerrits et al., 2013; Gross et al., 2005; Laufer et al., 2013; McQuaid et al., 2000; Nakhli et al., 2015; Prins et al., 2010; Prins et al., 2009).

Em comum, estes instrumentos mais citados, assim como todos os outros identificados nos estudos incluídos nesta revisão, têm o facto de serem entrevistas semi-estruturadas baseadas nos critérios do DSM, e de não serem específicos para avaliação das perturbações de ansiedade, mas sim de avaliarem e diagnosticarem identicamente outras perturbações do foro mental, como a perturbação de ansiedade, a perturbação depressiva, perturbação de somatização, a perturbação de hiperatividade com défice de atenção, a perturbação do comportamento alimentar e/ou perturbações aditivas.

Os instrumentos de diagnóstico encontrados na maioria dos estudos de validação foram o PRIME-MD (Spitzer et al, 1994) e o CIDI-SF-Composite International Diagnostic Interview Short Form (Kessler et al., 1998)

Os instrumentos de diagnóstico identificados e as suas principais caraterísticas encontram-se descritas na Tabela 3.

Tabela 3*Instrumentos de diagnóstico das Perturbações de Ansiedade*

Designação do Instrumento	Estudo	Estudo de Validação	Domínio avaliado	Breve descrição do Instrumento
CIDI Auto-Composite International Diagnostic Interview- version 2.1. (WHO, 1997a)	Means-Christensen et al., 2008	_____	Perturbações psiquiátricas de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-4 e CID-10.	Entrevista diagnóstica psiquiátrica abrangente e estruturada em versão computadorizada.
CIDI-Composite International Diagnostic Interview 2.1 (Robins et al., 1988)	Bushnell et al., 2005 Gater et al., 1998 Gerrits et al., 2013 Gross et al., 2005 Laufer et al., 2013 McQuaid et al., 2000 Nakhli et al., 2015 Prins et al., 2010 Prins et al., 2009	_____	Perturbações psiquiátricas de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-4 e CID-10.	Entrevista diagnóstica psiquiátrica abrangente e estruturada.
CIDI-SF-Composite International Diagnostic Interview Short Form (Kessler et al., 1998)	Prins et al., 2009	Pez et al., 2010	Perturbações psiquiátricas de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-4 e CID-10.	Formato abreviado da entrevista CIDI.
CIDIS- Composite International Diagnostic Interview Simplified (Kovess et al., 2001)	Roberge et al., 2014 Roberge et al., 2015	_____	Perturbações psiquiátricas de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-4 e CID-10.	Formato simplificado da entrevista CIDI.
DIS- Diagnostic Interview Schedule- version III (Robins et al., 1981)	Szádóczky et al., 2004	_____	Perturbações psiquiátricas de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-3-R	Entrevista diagnóstica psiquiátrica abrangente e estruturada.
DIS-4- Diagnostic Interview Schedule (Robins et al., 1999)	Thomas et al., 2007	_____	Perturbações psiquiátricas de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-4.	Entrevista diagnóstica psiquiátrica abrangente e estruturada.
ESA-Q (Enquête sur la Santé des Aînés Diagnostic Questionnaire) 2011-2013	Grenier et al., 2019	_____	Perturbações psiquiátricas de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-4.	Semelhante ao Diagnostic Interview Schedule (DIS) e ao Composite International Diagnostic Interview (CIDI). No entanto, as questões do ESA-Q estão adaptadas aos idosos.
MINI 6.0 - Mini International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 2010)	Ansseau et al., 2008 a Ansseau et al., 2008 b Ansseau et al., 2005	_____	Perturbações psiquiátricas de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-4 e CID-10.	Entrevista diagnóstica estruturada com 130 questões.

Tabela 3*Instrumentos de diagnóstico das Perturbações de Ansiedade*

Designação do Instrumento	Estudo	Estudo de Validação	Domínio avaliado	Breve descrição do Instrumento
	Bakhshaie et al., 2017a Bakhshaie et al. 2017b Garcia-Campayo et al., 2012 Ivanovs et al., 2018a Ivanovs et al., 2018 b Marks et al., 2010 Nyberg et al., 2021 Petkus et al., 2018 Vermani et al., 2011 Zvolensky et al., 2016			
MINI Plus- Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 Plus (Sheehan et al. 1998)	Menta et al., 2020 Van Heyningen et al., 2017	_____	Perturbações psiquiátricas de acordo com os critérios do DSM-4.	Versão mais detalhada da MINI.
PRIME-MD - Primary Care Evaluation of Mental Disorders (Spitzer et al, 1994)	Eisenman et al., 2003 Gili et. Al, 2013 Lefevre et al., 1999 McGrady et al., 2010 Stewart et al., 2016 Parker et al., 1997 Philbrick et al., 1996 Pilowsky et al., 2006; Rollman et al., 2005 Valenstein et al., 1998 Vives et al., 2013	Bakker et al., 2009 <u>Bonicatto et al., 1999</u>	Cinco grupos de perturbações mentais comuns nos CSP.	Consiste num instrumento de rastreio e de diagnóstico, constituído por duas partes: - um questionário do paciente (PQ), um instrumento de triagem inicial de uma página, composto por 15 itens; - uma entrevista estruturada dividida em cinco módulos diagnósticos que permite o acompanhamento médico das respostas positivas às perguntas de triagem.
Q-DIS-III-R- Quick Diagnostic Interview Schedule, Version III, Revised (Marcus et al., 1991)	Schonfeld et al., 1997	_____	Perturbações do Eixo I do DSM-3-R.	Entrevista breve psiquiátrica estruturada.
SCID- Structured Clinical Interview for DSM-3-R (Spitzer et al.,1986)	Borus et al., 1988 Eisele et al., 2013 Francis et al., 2007	_____	Perturbações do Eixo I e do Eixo II de acordo com os critérios do DSM 3-R.	Entrevista Clínica Semi-Estruturada.
SCID I- Structured Clinical Interview for DSM-4 (First et al., 2001)	Tilli et al., 2012	_____	Perturbações do Eixo I de acordo com os critérios do DSM -4.	Entrevista Clínica Semi-Estruturada.

Tabela 3*Instrumentos de diagnóstico das Perturbações de Ansiedade*

Designação do Instrumento	Estudo	Estudo de Validação	Domínio avaliado	Breve descrição do Instrumento
SCID II- Structured Clinical Interview for DSM-4 (First et al., 2001)	_____	_____	Perturbações do Eixo II de acordo com os critérios do DSM -4.	Entrevista Clínica Semi- Estruturada para diagnóstico das perturbações de personalidade.
SCID-P- Structured Clinical Interview For DSM-3-R (Spitzer et al., 1992)	Leon et al., 1995	_____	Perturbações do Eixo I e do Eixo II de acordo com os critérios do DSM 3-R.	Entrevista Clínica Semi-Estruturada.
SCID IV- Structured Clinical Interview for the DSM-IV (First et al., 1996)	Rodriguez et al., 2006 Rodriguez et al., 2004	_____	Perturbações do Eixo I e do Eixo II de acordo com os critérios do DSM-4.	Entrevista Clínica Semi-Estruturada.
SCID IV- Structured Clinical Interview for the DSM-IV-R (First et al., 1996)	Weissman et al., 2010	_____	Perturbações do Eixo I e do Eixo II de acordo com os critérios do DSM-4-R.	Entrevista Clínica Semi-Estruturada.
SPIFA-Structured Psychiatric Interview for General Practice (Dahl et al.,2009)		Dahl et al.,2009	Perturbações mentais nos CSP.	Entrevista psiquiátrica estruturada constituída por duas partes: -Parte de triagem com critérios obrigatórios para 14 perturbações mentais e três condições (suicídio, comprometimento cognitivo e perturbações de personalidade em geral); -Parte manual contém os critérios entrevistados para fazer diagnósticos definitivos em caso de rastreio positivo.

Nota: DSM-4- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition; DSM-4-R Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Revised; DSM-3-R- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised; CID-10- 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças; CSP- Cuidados de Saúde Primários.

6.1. Síntese dos resultados obtidos

O presente estudo aponta para a existência de inúmeras escalas e ferramentas na área da Saúde Mental que permitem avaliar, em contexto de CSP, a ansiedade e as perturbações de ansiedade. Com esta revisão da literatura foram identificados 81 instrumentos de avaliação da ansiedade.

Nos 193 artigos incluídos verifica-se que a maioria são instrumentos de rastreio da ansiedade em detrimento dos instrumentos de diagnóstico das perturbações de ansiedade (18), não obstante os instrumentos de diagnóstico permitirem estabelecer um diagnóstico de perturbação de ansiedade e os de rastreio apenas permitirem detetar sinais da presença de uma eventual perturbação de ansiedade.

O predomínio de instrumentos de rastreio da ansiedade em contexto de CSP pode dever-se, por um lado, à brevidade e facilidade de aplicação destas ferramentas e por outro lado devido aos instrumentos de diagnóstico continuarem a apresentar limitações para a prática clínica em CSP em virtude das suas características (extensos e hetero-aplicáveis) que impossibilitam a realização de uma avaliação curta e também específica das perturbações de ansiedade.

Analisando as características comuns aos instrumentos diagnósticos de perturbações de ansiedade constata-se que consistem em entrevistas semi-estruturadas que necessitam de ser aplicadas por um profissional de saúde treinado, já os instrumentos de rastreio compreendem escalas/ questionários de auto-aplicação.

Concretamente, o PRIME-MD apesar de ser o instrumento com maior evidência na literatura e com boas propriedades psicométricas (Tejada et al., 2014), e igualmente o instrumento para diagnóstico das perturbações de ansiedade mais citado nos estudos incluídos nesta revisão, consiste também numa entrevista diagnóstica padronizada que requer disponibilidade temporal e formação para ser aplicada, pelo que não se coaduna com o tempo reservado para as consultas, nomeadamente as médicas, nos CSP.

Em termos de instrumentos de rastreio verifica-se uma diversidade de abordagens para avaliação dos sintomas de ansiedade, corroborando o carácter multifacetado do construto ansiedade: por ciclo de vida (adultos/idosos/ grávidas), por condições clínicas (doença crónica, epilepsia, HIV/SIDA, doença coronária, doença pulmonar, entre outras) ou por determinada perturbação de ansiedade e/ou por contexto específico (hospitalar/ CSP). Heterogeneidade esta que poderá dificultar o processo de tomada de decisão dos

profissionais de saúde dos CSP, uma vez que a seleção da medida de avaliação/rastreio mais adequada vai requerer ainda mais tempo, recurso este que escasseia nos CSP.

O instrumento de rastreio da ansiedade mais referido nos estudos incluídos nesta revisão foi a escala HADS, uma ferramenta que rastreia dois domínios: a ansiedade e depressão, pelo que não consiste num instrumento que avalia exclusivamente o domínio ansiedade. Enquanto que o outro instrumento de rastreio da ansiedade mais citado nos estudos analisados (GAD-7) é específico para rastrear a PAG.

A PAG, possivelmente por ser a perturbação de ansiedade mais comum na população em geral, é a perturbação de ansiedade com mais instrumentos de rastreio citados, em oposição, aos instrumentos que avaliam as perturbações Agorofobia e Fobia Específica, cuja referência nos estudos incluídos nesta revisão foi inexistente.

A avaliar pelos números de estudos de validação identificados nesta revisão, constatou-se igualmente que alguns instrumentos de rastreio como 4-DSQ começam a ser validados em diversos países, além dos Países Baixos de onde este instrumento é proveniente.

6.2. Comparação dos dados com outras revisões neste âmbito

Relativamente a outras revisões sistemáticas neste âmbito, DeSousa e colaboradores (2013), embora restringindo-se à população brasileira, confirmam alguns resultados da presente revisão, nomeadamente o facto dos instrumentos para avaliação de ansiedade, por serem inúmeros e diversos, necessitarem de ser categorizados, tendo expectavelmente sido identificados instrumentos comuns às duas revisões (GAI, BAI, M.I.N.I, CIDI, Mini- SPIN, HADS, entre outros). Apesar disto, a presente revisão estende o âmbito temporal em análise, conferindo-lhe maior contemporaneidade e permitindo a inclusão de um maior número de estudos primários.

As divergências nestas duas revisões relacionam-se com o facto de a revisão sistemática dos estudos referentes à população brasileira ter apresentado evidências da adequação dos instrumentos descritos nos estudos incluídos, com recurso a uma análise das características psicométricas (validade e fidedignidade), provavelmente devido ao número de estudos incluídos ser menor (99), permitindo perceber que a maioria das ferramentas de avaliação da ansiedade existentes para a população brasileira são resultantes de adaptações transculturais. Adaptações estas que remetem para a necessidade destes instrumentos serem sujeitos a estudos de adaptação e validação cultural, uma vez que os instrumentos estão a ser utilizados num novo contexto com

diferenças culturais. Outro ponto divergente é o da revisão realizada na população brasileira não se ter limitado à população adulta, tendo incluído população pediátrica.

No que concerne à revisão realizada por Therrien & Hunsley (2011) verifica-se que a população alvo era a idosa e que além de terem sido identificados as ferramentas mais frequentemente utilizadas para avaliação da ansiedade naquela população, foram analisadas as respetivas características psicométricas e realizada uma breve descrição dos instrumentos identificados com melhor robustez psicométrica, que neste caso foram três (STAI- Stait Trait Anxiety Inventory, Spielberg et.al., 1983; HADS- Hospital Anxiety and Depression Scale, Zigmond & Snaith, 1983; GMSE- Geriatric Mental State Examination, Copeland et al., 1976).

6.3. Limitações

Uma das maiores limitações desta revisão prende-se com a impossibilidade de compilar e analisar as propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação identificados, dada a elevada quantidade de artigos a serem analisados (n= 8802), bem como com a heterogeneidade das amostras. Deste modo, não foi possível a identificação dos instrumentos mais adequados para o rastreio da ansiedade e de avaliação das perturbações de ansiedade em contexto de CSP, sobretudo para o contexto português. Acresce ainda, que a elevada heterogeneidade dos métodos dos estudos incluídos impossibilitou a síntese quantitativa dos resultados.

6.4. Pontos fortes

Entende-se que o contributo mais importante desta revisão é permitir identificar, sistematizar e fornecer uma visão compreensiva dos instrumentos existentes para avaliação da ansiedade (rastreio e/ou diagnóstico), em termos mundiais, na população adulta e mais velha que recorre aos CSP, uma vez que os estudos incluídos não tiveram restrição por país de origem, língua ou data. Sob o ponto de vista metodológico, foram utilizadas estratégias de pesquisa sistemática, com recurso a várias bases eletrónicas, e critérios de seleção rigorosa dos estudos com recurso a pelo menos dois revisores, o que permite algum grau de confiança na minimização de possíveis viés de seleção.

Esta revisão permite ainda perceber dentro do panorama disponível dos instrumentos de avaliação de ansiedade identificados quais são os de rastreio e os de diagnóstico e que características têm em comum.

6.5. Implicações e aplicações clínicas do trabalho

Este último aspeto, o de se categorizar as ferramentas de avaliação da ansiedade em dois grandes grupos (rastreo e diagnóstico) torna-se numa mais-valia para os profissionais de saúde que exercem em contexto de CSP, dada a imensidão de oferta de testes/ escalas nesta área da Saúde Mental e a escassez de tempo que impera nos CSP.

Através da categorização supramencionada poderão ser estabelecidos protocolos e linhas orientadoras de avaliação da ansiedade e perturbações de ansiedade, permitindo facilitar aos profissionais de saúde dos CSP o processo de tomada de decisão relativamente à escolha do instrumento de avaliação de ansiedade de acordo com o objetivo da avaliação: rastrear ou diagnosticar. Desta forma, agiliza-se o processo de avaliação psicológica numa das perturbações mentais mais comuns nos CSP para uma deteção precoce e tratamento atempado.

6.6. Indicação de futuros estudos

Apesar desta revisão apresentar algumas limitações, não deixa de consistir num bom ponto de partida para o desenvolvimento de outros projetos e/ou investigação neste âmbito da Saúde Mental.

Uma sugestão para um futuro estudo de revisão consiste na realização de uma análise das propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação psicológica da ansiedade existentes a nível mundial e, particularmente em Portugal, para que seja possível identificar quais são os mais adequados de acordo com as suas características psicométricas.

Por outro lado, seria igualmente importante para o desenvolvimento de uma investigação nesta área, verificar se os instrumentos de avaliação de ansiedade com melhores características psicométricas estão a ser aplicados pelos profissionais de saúde dos CSP em Portugal.

Sendo a ansiedade um construto multifacetado, o desenvolvimento de um estudo num domínio específico da ansiedade como no caso da perturbação de ansiedade generalizada, umas das perturbações mais comuns na população em geral e nos pacientes que recorrem aos CSP, seria uma outra pesquisa a apontar como futura investigação.

Uma vez que se caminha para uma era cada vez mais digital, onde a área da Saúde Mental também está incluída, considera-se que uma aposta em estudos que investiguem esta área seria enriquecedor. Concretamente, poderia passar pelo desenvolvimento de

projetos de investigação de validação de um sistema digital na área da avaliação psicológica da ansiedade. Investir num sistema digital que complemente as ferramentas de avaliação psicológica existentes e que permita poupar tempo e ultrapassar alguns constrangimentos torna-se elementar. Uma das soluções para o constrangimento encontrado nos instrumentos de diagnóstico das perturbações de ansiedade pode passar pela informatização das entrevistas, à semelhança do que começa a suceder em outros países.

Em síntese, existe ainda muito espaço para a realização de mais investigação, pois é indispensável melhorar as ferramentas disponíveis no domínio da ansiedade para que os profissionais de saúde que trabalham nos CSP possam detetar e diagnosticar atempadamente uma perturbação mental com o objetivo de um tratamento precoce e adequado, de modo a se contribuir para a Promoção da Saúde Mental.

7. CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo inicial e geral a realização de uma revisão da literatura sobre os instrumentos de rastreio de sintomatologia ansiosa e de avaliação das perturbações de ansiedade em adultos e/ou idosos utilizados em contexto dos CSP.

Com esta revisão foi possível constatar que, apesar de existirem inúmeros estudos sobre a temática da ansiedade realizados em contexto de CSP, ainda assim esta é uma área que requer mais investigação e sistematização dos estudos já existentes.

Conclui-se igualmente que alguns dos instrumentos de avaliação da ansiedade identificados nesta revisão estão já ao alcance dos profissionais de saúde em contexto de CSP.

Embora não tenha sido possível cumprir todas as linhas orientadoras de uma revisão sistemática pelos motivos anteriormente mencionados, este estudo permitiu que se atingisse o objetivo principal de um trabalho de investigação que é o de se pensar e compreender todos os passos que estão inerentes a uma investigação e possibilitou ainda o surgimento de ideias para futuras investigações e projetos.

Apesar das dificuldades encontradas no curso desta dissertação, em termos pessoais, considero que foi extremamente enriquecedor e pertinente a realização deste estudo de síntese, pois além de me ter possibilitado encerrar um ciclo de estudos, permitiu-me desenvolver competências na área da investigação e metodologia, atualizar-me e manter um contacto com a academia, compreendendo e aprofundando melhor esta área tão vasta como é a das perturbações de ansiedade, que tanto sofrimento causa na população em geral, e da avaliação psicológica, uma competência essencial para um psicólogo.

Espero também com este trabalho ter trazido um contributo para a área das perturbações de ansiedade nos CSP, nomeadamente ao nível da avaliação psicológica, onde estas perturbações são muito comuns no âmbito da Saúde Mental e onde escasseia tempo para os profissionais de saúde se dedicarem a esta área e tomarem decisões rápidas e apropriadas quanto à escolha do instrumento de avaliação mais adequado ao seu objetivo.

BIBLIOGRAFIA

1. A, B., et al. (2012). "Prevalence, symptom patterns and comorbidity of anxiety and depressive disorders in primary care in Qatar." *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 47(3): 439-446.
2. A, D., et al. (2015). "Reasons and Determinants for Perceiving Unmet Needs for Mental Health in Primary Care in Quebec." *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 60(6): 284-293.
3. A, J., et al. (2019). "Prevalence of Possible Mental Disorders in Syrian Refugees Resettling in the United States Screened at Primary Care." *Journal of immigrant and minority health* 21(3): 664-667.
4. Abdalla, H., et al. (2021). "Prevalence of Generalized Anxiety Disorder among Adults in Primary Health Care in Qatar: A Cross-Sectional Study." *WORLD FAMILY MEDICINE* 19(10): 105-116.
5. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2017). *Relatório Final do Grupo de Trabalho para análise, estudo e elaboração de propostas relativamente aos modelos de organização da prestação de cuidados na área da psicologia no Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: ACSS.
6. Al Ghadeer, H., et al. (2021). "Pregnancy-Related Anxiety and Impact of Social Media Among Pregnant Women Attending Primary Health Care." *CUREUS* 13(12).
7. Alfnsson S., W. E., Maathz P. (2017). "Factor structure and validity of the Depression, Anxiety and Stress Scale-21 in Swedish translation."
8. Allgulander C., N. B. (2003). "Nationwide study: Anxiety and depression in one out of four primary care patients [Rikstäckande primärvårdsstudie: Var fjärde patient lider av ångest och depression]."
9. Amiri S, Behnezhad S. Obesity and anxiety symptoms: a systematic review and meta-analysis [Adipositas und Angstsymptome: systematische Review und Metaanalyse]. *Neuropsychiatr.* 2019;33(2):72-89.

10. Anjara S.G., B. C., Van Bortel T., Brayne C. (2020). "Using the GHQ-12 to screen for mental health problems among primary care patients: Psychometrics and practical considerations."
11. Ansseau M., F. B., Dierick M., Albert A., Leyman S., Mignon A. (2008). "Socioeconomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression in primary care: The GADIS II study (Generalized Anxiety and Depression Impact Survey II)."
12. Ansseau M., F. B., Dierick M., Mignon A., Leyman S. (2005). "Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: The GADIS study."
13. Aragao, E., et al. (2018). "Social Support patterns in Primary Health Care: differences between having physical diseases or mental disorders." CIENCIA & SAUDE COLETIVA 23(7): 2339-2350.
14. Araya R., W. R., Lewis G. (1992). "Comparison of two self administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile."
15. Arnautov V.S., R. D. V., Smulevich A.B., Yakhno N.N., Terluin B., Zakharova E.K., Andryushchenko A.V., Parfenov V.A., Zamergrad M.V., Romanov D.V. (2015). "The linguistic validation of Russian version of Dutch four-dimensional symptoms questionnaire (4DSQ) for assessing distress, depression, anxiety and somatization in patients with borderline psychosomatic disorders Psychiatry."
16. Associação Americana de Psiquiatria. (2013). Anxiety Disorders. No *Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais* (5ª ed.) Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.807874.
17. Associação Americana de Psiquiatria. (2013). Anxiety Disorders. No *Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais* (5ª ed.) Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.807874.
18. AT, G., HM, R., D, N., J, K., A, S., M, K., N, W., & MA, S. (2008). Psychometric properties of the Depression Anxiety and Stress Scale-21 in older primary care patients. JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS, 110(3), 248-259.

19. B, T., N, S., & B, M. (2014). The English version of the four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ) measures the same as the original Dutch questionnaire: a validation study. *The European journal of general practice*, 20(4), 320-326.
20. B, T., PC, U., N, T. S., S, A. Ö., & HW, v. M. (2016). Cross-cultural validation of the Turkish Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) using differential item and test functioning (DIF and DTF) analysis. *BMC FAMILY PRACTICE*, 17, 53.
21. Bair M.J., W. J., Damush T.M., Sutherland J.M., Kroenke K. (2008). Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients.
22. Bakhshaie, J., Kauffman, B., Viana, A., Garza, M., Ochoa-Perez, M., Lemaire, C., Bogiaizian, D., Robles, Z., & Zvolensky, M. (2017). Synergistic effects of pain intensity and experiential avoidance in relation to anxiety symptoms and disorders among economically disadvantaged latinos in a community-based primary care setting. *JOURNAL OF ANXIETY DISORDERS*, 48, 54-62.
23. Bakhshaie, J., Paulus, D., Medvedeva, A., Otal, T., Lemaire, C., Garza, M., Ochoa-Perez, M., Valdivieso, J., Bogiaizian, D., Viana, A., Collado, A., Schmidt, N., & Zvolensky, M. (2017). The Differential Role of Anxiety Sensitivity and its Components in the Relation between Emotional Nonacceptance and Anxiety and Depressive Symptoms and Disorders among Latinos in Primary Care. *JOURNAL OF PSYCHOPATHOLOGY AND BEHAVIORAL ASSESSMENT*, 39(3), 563-574.
24. Bakker I.M., T. B., Van Marwijk H.W.J., Van Mechelen W., Stalman W.A.B. (2009). Test-retest reliability of the PRIME-MD: Limitations in diagnosing mental disorders in primary care.
25. Bellini M., G. E. (2003). Current panic symptoms among primary care physician's patients [Sintomi di panico fra gli assistiti del medico di medicina generale].
26. Bener, A., Al-Kazaz, M., Ftouni, D., Al-Harthy, M., & Dafeeah, E. (2013). Diagnostic overlap of depressive, anxiety, stress and somatoform disorders in primary care. *ASIA-PACIFIC PSYCHIATRY*, 5(1), E29-E38.
27. BL, R., BH, B., S, M., F, Z., K, K., HC, S., & M, K. S. (2005). Symptomatic severity of PRIME-MD diagnosed episodes of panic and generalized anxiety disorder in primary care. *JOURNAL OF GENERAL INTERNAL MEDICINE*, 20(7), 623-628.

28. BM, K., S, C., MK, H., D, S., & S, K. (2017). Mixed methods evaluation of a collaborative care implementation using RE-AIM. *Families, systems & health: the journal of collaborative family healthcare*, 35(3), 295-307.
29. BN, G., J, D.-G., S, W., H, G., C, M., HC, S., L, C., & DR, R. (2010). Feasibility and diagnostic validity of the M-3 checklist: a brief, self-rated screen for depressive, bipolar, anxiety, and post-traumatic stress disorders in primary care. *Annals of family medicine*, 8(2), 160-169.
30. Bonicatto, S., Gargoloff, P., Tutor, C., Lucero, S., Gûenaga, F., & Torino, D. (1999). Diagnóstico de alteraciones mentales en atención primaria Adaptación de un procedimiento de tamizaje = Screening of mental disorders in primary care: Linguistic adaptation procedure of a diagnostic instrument. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 45(3), 223-233.
31. Borus J.F., H. M. J., Devins N.P., Rosenberg R., Livingston W.W. (1988). Primary health care providers' recognition and diagnosis of mental disorders in their patients.
32. Brahmbhatt, A., Richardson, L., & Prajapati, S. (2021). Identifying and Managing Anxiety Disorders in Primary Care. *JNP-JOURNAL FOR NURSE PRACTITIONERS*, 17(1), 18-25.
33. Breeman S., C. S., Fielding S., Jones G.T. (2015). Normative data for the Hospital Anxiety and Depression Scale.
34. Breuer E., S. K., Myer L., Seedat S., Stein D.J., Joska J.A. (2014). The Validity of the substance abuse and mental illness symptom screener (SAMISS) in people living with HIV/AIDS in primary HIV care in cape town, South Africa.
35. Broomfield, N., Quinn, T., Abdul-Rahim, A., Walters, M., & Evans, J. (2014). Depression and anxiety symptoms post-stroke/TIA: prevalence and associations in cross-sectional data from a regional stroke registry. *BMC NEUROLOGY*, 14.
36. Brown C., S. M. K., Schulberg H.C., Madonia M.J. (1999). Anxiety disorders among African-American and white primary medical care patients.
37. Bunevicius A., P. J., Mickuviene N., Valius L., Bunevicius R. (2007). Screening for depression and anxiety disorders in primary care patients.

38. Bushnell J., M. D., Dowell A., Salmond C., Ramage S., Collings S., Ellis P., Kljakovic M., McBain L. (2005). Mental disorders among Māori attending their general practitioner.
39. CA, C.-M., O, S., & DF, C.-A. (2022). Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in primary care patients in Colombia. *GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY*, 74, 102-109.
40. Campbell-Sills L., E. E., Ayers C.R., Roy-Byrne P., Stein M.B. (2015). Latent dimensions of social anxiety disorder: A re-evaluation of the Social Phobia Inventory (SPIN).
41. Campbell-Sills L., N. S. B., Craske M.G., Sullivan G., Lang A.J., Chavira D.A., Bystritsky A., Sherbourne C., Roy-Byrne P., Stein M.B. (2009). Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS).
42. Cano-Vindel, A., Munoz-Navarro, R., Medrano, L., Ruiz-Rodriguez, P., Gonzalez-Blanch, C., Gomez-Castillo, M., Capafons, A., Chacon, F., Santolaya, F., & Grp, P. R. (2018). A computerized version of the Patient Health Questionnaire-4 as an ultra-brief screening tool to detect emotional disorders in primary care. *JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS*, 234, 247-255.
43. Carrà G., S. P., Segagni-Lusignani G., Clerici M., Montomoli C., Kessler R.C. (2011). Do they actually work across borders? Evaluation of two measures of psychological distress as screening instruments in a non Anglo-Saxon country.
44. CE, G., SA, B., G, G., JL, T., EA, B., & JW, H. (2016). Implementation of a brief anxiety assessment and evaluation in a Department of Veterans Affairs geriatric primary care clinic. *Journal of rehabilitation research and development*, 53(3), 335-344.
45. Cerne, A., Rifel, J., Rotar-Pavlic, D., Svab, I., Selic, P., & Kersnik, J. (2013). Quality of life in patients with depression, panic syndrome, other anxiety syndrome, alcoholism and chronic somatic diseases: a longitudinal study in Slovenian primary care patients. *WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT*, 125(1), 1-7.
46. Chambe, J., Le Reste, J.-Y., Maisonneuve, H., Sanselme, A.-E., Oho-Mpondo, J., Nabbe, P., & Terluin, B. (2015). Evaluating the validity of the French version of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire with differential item functioning analysis. *FAMILY PRACTICE*, 32(4), 474-479.

47. Chen S., Z. G., Li L., Wang Y., Chiu H., Caine E. (2009). Psychometric properties of the Chinese Version of the Self-Reporting Questionnaire 20 (SRQ-20) in community settings.
48. Choi E.P.H., L. C. L. K., Chin W.Y. (2016). Mental health of Chinese primary care patients with lower urinary tract symptoms.
49. Christensen K.S., F. P., Toft T., Frostholm L., Ørnbøl E., Olesen F. (2005). A brief case-finding questionnaire for common mental disorders: The CMDQ.
50. CL, L., PC, P., AW, C., SY, C., & C, M. (1995). Can the Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale be used on Chinese elderly in general practice? *FAMILY PRACTICE*, 12(2), 149-154.
51. Cleary P.D., G. I. D., Kessler L.G., Nycz G.R. (1982). Screening for Mental Disorder Among Primary Care Patients: Usefulness of the General Health Questionnaire.
52. Cleland, J., Lee, A., & Hall, S. (2007). Associations of depression and anxiety with gender, age, health-related quality of life and symptoms in primary care COPD patients. *FAMILY PRACTICE*, 24(3), 217-223.
53. Cooper, C., Parry, G., Saul, C., Morice, A., Hutchcroft, B., Moore, J., & Esmonde, L. (2007). Anxiety and panic fear in adults with asthma: prevalence in primary care. *BMC FAMILY PRACTICE*, 8.
54. D, C., R, V., LJ, G., E, M., D, M., S, R., R, M., R, A., HA, W., & M, A. (2016). Validation of screening tools for depression and anxiety disorders in a primary care population with high HIV prevalence in Zimbabwe. *JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS*, 198, 50-55.
55. D, H., S, H., T, R., H, N., & C, H. (2019). General practice nurse-led screening for anxiety in later life in Australian primary care settings. *Australasian journal on ageing*, 38(4), e121-e126.
56. DA, K., N, A., AC, L., & R, P. (2002). Psychometric assessment of measures of psychological symptoms, functional status, life events, and context for low income Hispanic patients in a primary care setting (Vol. 91).
57. Dahl A.A., K. M. B., Dahl N.H., Karlson H., Knorring L.V., Stordal E. (2009). SPIFA-A presentation of the structured psychiatric interview for general practice.
58. DD, S., AN, A., AS, L., T, L.-H., S, S., J, F., CB, H., J, M., CM, W., MA, H., P, V., & MJ, S. (2019). Implementing electronic substance use disorder and

- depression and anxiety screening and behavioral interventions in primary care clinics serving people with HIV: Protocol for the Promoting Access to Care Engagement (PACE) trial (Vol. 84).
59. de Azevedo-Marques J.M., Z. A. W. (2011). COOP/WONCA charts as a screen for mental disorders in primary care.
 60. DeSousa DA, Moreno AL, Gauer G, Manfro GG, Koller SH. Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. *Avaliação Psicológica*. 2013;12(3):397-410.
 61. De Waal M.W.M., A. I. A., Eekhof J.A.H., Assendelft W.J.J., Van Hemert A.M. (2008). Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care.
 62. Donato H., Donato M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática [Stages for Undertaking a Systematic Review]. *Acta Med Port*. 2019 Mar 29;32 (3):227-235. Portuguese. doi: 10.20344/amp.11923.
 63. Donker T., C. H., Cuijpers P., Terluin B., Nolen W., Zitman F., Penninx B. (2010). The validity of the Dutch K10 and extended K10 screening scales for depressive and anxiety disorders.
 64. DP, E., L, G., H, L., & MF, S. (2003). Mental health and health-related quality of life among adult Latino primary care patients living in the United States with previous exposure to political violence. *JAMA*, 290(5), 627-634.
 65. Dunsmoor JE, Paz R. Fear Generalization and anxiety: behavioral and neural mechanisms. *Biol Psychiatry*. 2015;78(5):336-343. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.04.010>.
 66. EC, T., AT, v. H., PF, V., J, E., & M, H.-R. (2016). Development and preliminary validation of an Observation List for detecting mental disorders and social Problems in the elderly in primary and home care (OLP). *INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY*, 31(7), 755-764.
 67. Eisele M., B. E., Störk S., Träder J.-M., Herrmann-Lingen C., Scherer M. (2013). Recognition of depression and anxiety and their association with quality of life, hospitalization and mortality in primary care patients with heart failure - Study protocol of a longitudinal observation study.

68. F, A., Y, S., L, G., W, L., PT, N., M, R., M, F., C, L., & K, M. (2016). Burden of common mental disorders in a community health centre sample. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 62(12), e758-e766.
69. Fergus, T. A., Kelley, L. P., & Griggs, J. O. (2017). Examining the ethnoracial invariance of a bifactor model of anxiety sensitivity and the incremental validity of the physical domain-specific factor in a primary-care patient sample. *Psychological Assessment*, 29(10), 1290-1295.
70. Francis J.L., W. R. B., Dyck I.R., Culpepper L., Smith K., Edelen M.O., Keller M.B. (2007). Characteristics and Course of Panic Disorder and Panic Disorder with Agoraphobia in Primary Care Patients.
71. G, M., MS, P., G, R., L, A., R, B., S, B., AM, E., L, P., M, R., FM, R., A, S., GM, G., & S, F. (2018). Metabolic Syndrome, Anxiety and Depression in a Sample of Italian Primary Care Patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 206(5), 316-324.
72. Garcia-Campayo J., C. F., Perez M., Lopez V. (2012). Prevalence and clinical features of newly diagnosed generalized anxiety disorder patients in Spanish primary care settings: The GADAP study.
73. Garcia-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M., Perez-Paramo, M., Lopez-Gomez, V., & Rejas, J. (2012). The assessment of generalized anxiety disorder: psychometric validation of the Spanish version of the self-administered GAD-2 scale in daily medical practice. *HEALTH AND QUALITY OF LIFE OUTCOMES*, 10.
74. Gater R., T. M., Korten A., Tiemens B.G., Mavreas V.G., Olatawura M.O. (1998). Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: Report from the world health organization collaborative study on psychological problems in general health care.
75. Geraghty, A. W. A., Stuart, B., Terluin, B., Kendrick, T., Little, P., & Moore, M. (2015). Distinguishing between emotional distress and psychiatric disorder in primary care attenders: A cross sectional study of the four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ). *JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS*, 184, 198-204.
76. Gerrits M.M.J.G., V. M. H. W. J., Van Oppen P., Van Der Horst H., Penninx B.W.J.H. (2013). The role of somatic health problems in the recognition of depressive and anxiety disorders by general practitioners.

77. Ghafoori B., N. Y., Gameroff M.J., Olfson M., Lantigua R., Shea S., Weissman M.M. (2009). Screening for generalized anxiety disorder symptoms in the wake of terrorist attacks: A study in primary care.
78. Gili M., R. M., Basu S., McKee M., Stuckler D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres, 2006 and 2010.
79. Gonçalves D.A., M. J. J., Bower P., Gask L., Dowrick C., Tófoli L.F., Campos M., Portugal F.B., Ballester D., Fortes S. (2014). Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: Rates and related social and demographic factors [Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: Prevalência e fatores sociodemográficos relacionados].
80. Grammatikopoulos I.A., S. G., Alegakis A., Kounalakis D., Antonopoulou M., Lionis C. (2010). The Short Anxiety Screening Test in Greek: Translation and validation.
81. Gross R., O. M., Gameroff M.J., Shea S., Feder A., Lantigua R., Fuentes M., Weissman M.M. (2005). Social anxiety disorder in primary care.
82. Harris T., C. D. G., Victor C.R., Rink P., Beighton C., Dewidle S., Carey I.M. (2005). Are depression, anxiety and health beliefs important predictors of older people's primary care consulting?
83. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.2 (updated February 2021). The Cochrane Collaboration, 2021.
84. HM, V., V, C., S, G.-G., & M, P. (2015). Screening instruments for a population of older adults: The 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) and the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). *Psychiatry Research*, 228(1), 89-94.
85. INSA (2021). Saúde Mental em Tempos de Pandemia (SM-COVID19). Lisboa: Departamento de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Não Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
86. J, N., M, H., A, W., T, V., M, W., M, W., R, E., L, D., HG, K., ND, Å., M, W., & M, Å. (2021). Anxiety severity and cognitive function in primary care patients with anxiety disorder: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 21(1), 617.

87. J, O., S, B., T, L., M, R., C, P., JM, C., JM, L., D, I., & S, A. (2008). Prevalence of psychiatric symptoms and mental disorders detected in primary care in an elderly Spanish population. The PSICOTARD Study: preliminary findings. *INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY*, 23(9), 915-921.
88. JC, S., MA, H., T, K., AJ, P., & CM, C. (2016). Depression and Anxiety Screens as Predictors of 8-Year Incidence of Myocardial Infarction and Stroke in Primary Care Patients. *Psychosomatic medicine*, 78(5), 593-601.
89. JE, P., M, K., E, A., A, T., & M, H. (2016). A Single, One-Off Measure of Depression and Anxiety Predicts Future Symptoms, Higher Healthcare Costs, and Lower Quality of Life in Coronary Heart Disease Patients: Analysis from a Multi-Wave, Primary Care Cohort Study. *PLOS ONE*, 11(7), e0158163.
90. Johnson M.R., H. A. G., Mills T.L., De Leon J.M., Yang M., Frueh C., Santos A. (2007). Ethnic differences in the reliability and validity of a panic disorder screen.
91. Jordan, P., Shedden-Mora, M., & Lowe, B. (2017). Psychometric analysis of the Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) in primary care using modern item response theory. *PLOS ONE*, 12(8).
92. JP, H., K, K., DE, F., CC, D., LA, A., J, A., R, S., & PT, T. (2011). A provisional screening instrument for four common mental disorders in adult primary care patients (Vol. 52).
93. JP, H., K, K., JR, D., LA, A., DE, F., J, A., R, S., & PT, T. (2011). PDI-4A: an augmented provisional screening instrument assessing 5 additional common anxiety-related diagnoses in adult primary care patients. *Postgraduate medicine*, 123(5), 89-95.
94. Kahn L.S., H. U., Bloom M.S., Bidani R., Rich E., Hershey C.O. (2004). Screening for mental illness in primary care clinics.
95. Karlsson H., J. M., Lehtinen V. (2000). Differences between patients with identified and not identified psychiatric disorders in primary care.
96. Katon W., V. P. P., Russo J., Cormier L., Anderson K., Jones M. (1986). Panic disorder: Epidemiology in primary care.
97. Kaur G., T. G. H., Ariaratnam S., Krishnapillai A.S., China K. (2013). Depression, anxiety and stress symptoms among diabetics in Malaysia: A cross sectional study in an urban primary care setting.

98. Kessler R.C., C. J. R., Farley P.A., Gruber M.J., Jewell M.A., Katon W., Keck P.E., Nierenberg A.A., Sampson N.A., Shear M.K., Shillington A.C., Stein M.B., Thase M.E., Wittchen H.U. (2013). Composite International Diagnostic Interview screening scales for DSM-IV anxiety and mood disorders.
99. Kigozi, G. (2021). Construct validity and reliability of the generalised anxiety disorder-7 scale in a sample of tuberculosis patients in the Free State Province, South Africa. SOUTHERN AFRICAN JOURNAL OF INFECTIOUS DISEASES, 36(1).
100. Klemenc-Ketis, Z., Kersnik, J., & Tratnik, E. (2009). THE PRESENCE OF ANXIETY AND DEPRESSION IN THE ADULT POPULATION OF FAMILY PRACTICE PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES. ZDRAVSTVENO VARSTVO, 48(4), 170-176.
101. Konnopka A, König H. Economic Burden of Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Pharmacoeconomics. 2020 Jan;38(1):25-37. doi: 10.1007/s40273-019-00849-7.
102. Krasucki, C., Ryan, P., Ertan, T., Howard, R., Lindesay, J., & Mann, A. (1999). The FEAR: A rapid screening instrument for generalized anxiety in elderly primary care attenders. INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY, 14(1), 60-68.
103. Kroenke K., B. F., Lourens S.G. (2019). Comparative validity and responsiveness of PHQ-ADS and other composite anxiety-depression measures.
104. Kroenke K., S. R. L., Williams J.B.W., Löwe B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4.
105. Kroenke K., S. R. L., Williams J.B.W., Monahan P.O., Löwe B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection.
106. Kroenke K., Y. Z., Wu J., Kean J., Monahan P.O. (2014). Operating Characteristics of PROMIS Four-Item Depression and Anxiety Scales in Primary Care Patients with Chronic Pain.
107. Kujanpää, T., Ylisaukko-Oja, T., Jokelainen, J., Hirsikangas, S., Kanste, O., Kyngäs, H., & Timonen, M. (2014). Prevalence of anxiety disorders among Finnish primary care high utilizers and validation of Finnish translation of GAD-7 and GAD-2 screening tools. SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY

108. Laufer N., Z. N., Jecsmien P., Maoz B., Grupper D., Hermesh H., Gilad R., Weizman A., Munitz H. (2013). Mental disorders in primary care in Israel: Prevalence and risk factors.
109. Lefevre F., R. D., Lee P., Sbenghe M., Nwadiaro N., Verma S., Yarnold P.R. (1999). Screening for undetected mental disorders in high utilizers of primary care services.
110. Leon A.C., O. M., Broadhead W.E., Barrett J.E., Blacklow R.S., Keller M.B., Higgins E.S., Weissman M.M. (1995). Prevalence of Mental Disorders in Primary Care: Implications for Screening.
111. Leon A.C., O. M., Weissman M.M., Portera L., Fireman B.H., Blacklow R.S., Hoven C., Broadhead W.E. (1996). Brief screens for mental disorders in primary care.
112. Love AS, Love R (2019). Anxiety Disorders in Primary Care Settings. *Nurs Clin North Am.* Dec; 54(4):473-493. doi: 10.1016/j.cnur.2019.07.002. Epub 2019 Oct 10.
113. LT, M., S, B., F, B., L, P., & J, P. (2020). Cluster Analysis of the Associations among Physical Frailty, Cognitive Impairment and Mental Disorders. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e924281.
114. M, A., M, D., F, B., P, C., J, D. S., M, V. D. H., & D, V. M. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS*, 78(1), 49-55.
115. Maarsingh, O., Dros, J., van der Windt, D., ter Riet, G., Schellevis, F., van Weert, H., & van der Horst, H. (2011). Diagnostic Indicators of Anxiety and Depression in Older Dizzy Patients in Primary Care. *JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY AND NEUROLOGY*, 24(2), 98-107.
116. Makanjuola V.A., O. M., Nuhu F.T., Kola L., Gureje O. (2014). Validation of short screening tools for common mental disorders in Nigerian general practices.
117. Mann, A. (1999). Detection and management of depression and anxiety in primary care. *CURRENT OPINION IN PSYCHIATRY*, 12(4), 477-479.

118. Marks S.L., W. J. A., Bourgeois J.A., Perkins J. (2010). Anxiety disorders in rural primary care: Use of the MINI to estimate prevalence in clinic patients.
119. Marti, T., Llordes, M., Jorda, M., Juan, G., & Pardo, S. (2017). Profile of patients with fibromyalgia being treated in primary care centers in Terrassa, a city in northeastern Spain. *REUMATOLOGIA CLINICA*, 13(5), 252-257.
120. Mbewe E.K., U. L. R., Birbeck G.L. (2013). The impact of a short depression and anxiety screening tool in epilepsy care in primary health care settings in Zambia.
121. Mbewe, E. K., Uys, L. R., Nkwanyana, N. M., & Birbeck, G. L. (2013). A primary healthcare screening tool to identify depression and anxiety disorders among people with epilepsy in Zambia. *Epilepsy & Behavior*, 27(2), 296-300.
122. McGrady, A., Lynch, D. J., Nagel, R. W., & Tamburrino, M. (2010). Coherence between physician diagnosis and patient self reports of anxiety and depression in primary care. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(6), 420-424.
123. McQuaid J.R., S. M. B., McCahill M., Laffaye C., Ramel W. (2000). Use of brief psychiatric screening measures in a primary care sample.
124. Means-Christensen, A., Arnau, R., Tonidandel, A., Bramson, R., & Meagher, M. (2005). An efficient method of identifying major depression and panic disorder in primary care. *JOURNAL OF BEHAVIORAL MEDICINE*, 28(6), 565-572.
125. Means-Christensen, A., Roy-Byrne, P., Sherbourne, C., Craske, M., & Stein, M. (2008). Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care. *DEPRESSION AND ANXIETY*, 25(7), 593-600.
126. Means-Christensen, A., Sherbourne, C., Roy-Byrne, P., Craske, M., & Stein, M. (2006). Using five questions to screen for five common mental disorders in primary care: diagnostic accuracy of the Anxiety and Depression Detector. *GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY*, 28(2), 108-118.
127. Mensah, S. A., Beavis, J. M., Thapar, A. K., & Kerr, M. P. (2007). A community study of the presence of anxiety disorder in people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 11(1), 118-124.
128. Menta C., B. L. W., Nogueira E.L., Engroff P., Neto A.C. (2020). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder among elderly people in primary health care [Prevalência e correlatos do transtorno de ansiedade generalizada em idosos atendidos em atenção primária].

129. Mi, E., Mi, E., Ewing, G., Mahadeva, R., Gardener, A., Butcher, H., Booth, S., & Farquhar, M. (2017). Associations between the psychological health of patients and carers in advanced COPD. *INTERNATIONAL JOURNAL OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE*, 12, 2813-2821.
130. MJ, D., J, M., & MJ, K. (2002). Mental Health Screening of Older Adults in Primary Care. *Journal of mental health and aging*, 8(2), 139-149.
131. MM, W., Y, N., MJ, G., DJ, P., P, W., R, L., S, S., & M, O. (2010). Positive screens for psychiatric disorders in primary care: a long-term follow-up of patients who were not in treatment. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 61(2), 151-159.
132. Mohammed, A., Moustafa, H., Nour-Eldein, H., & Saudi, R. (2021). Association of anxiety-depressive disorders with irritable bowel syndrome among patients attending a rural family practice center: a comparative cross-sectional study. *GENERAL PSYCHIATRY*, 34(6).
133. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med.* 2009 Jul 21;6(7):e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097. Epub 2009 Jul 21
134. Montserrat-Capdevila J., G. P., Marsal J.R., Ortega M., Pifarré J., Alsedà M., Castañ M.T., Barbé F. (2018). Mental disorders in chronic obstructive pulmonary diseases.
135. Moreno E., M.-N. R., Medrano L.A., González-Blanch C., Ruiz-Rodríguez P., Limonero J.T., Moretti L.S., Cano-Vindel A., Moriana J.A. (2019). Factorial invariance of a computerized version of the GAD-7 across various demographic groups and over time in primary care patients.
136. Mori D.L., L. J. F., Niles B.L., Orlander J.D., Grace M., LoCastro J.S. (2003). The BAI-PC as a screen for anxiety, depression, and PTSD in primary care.
137. Muñoz-Navarro R., C.-V. A., Wood C.M., Ruíz-Rodríguez P., Medrano L.A., Limonero J.T., Tomás-Tomás P., Gracia-Gracia I., Dongil-Collado E., Iruarizaga M.I., Moriana J.A., Ochando F.S., Bonet A.C., Castillo M.D.G., Fuertes F.C., Cabré G.J., Kvedaras E.S., González J.P., Maeso C.A., Rodrigo A.M.A., Uceda M.D.M.A., Agüero L., Rodríguez-Enríquez M., Pizà M.R.,

Ramírez I., López M.A., Sánchez A.M.A., Doménech D.A., Guinot V.A., Torres S.A., Gómez S.Á., Arreaza L.M.A., Kompanietz A.M.A., García M.P.A., Hidalgo E.A., Sánchez M.J.Á., Goicoetxea J.B., Solís M.B., López P.B., Izquierdo S.B., Torres C.B., Ortega P.B., Moreno G.B., Romero A.B., Aguado C.B., Moral J.C., Ezpeleta N.C., Martínez A.C., Rodríguez C.C., Ballesteros C.C., Vicente F.C., Andrés P.C., Alcaraz A.C., Cara I.D.A., Casares V.D.L.R., Gómez B.D., Manrique M.D.D., Llamazares S.E., Zayas E.E.D.L.M., Jiménez A.F., Payeras M.A.F., Gómez M.R.F., Forteza M.F., Aliu M.G., Jaén O.G., Palacios C.G., García-Moreno M., Cascales Y.G., Vera M.G., Martín-Sonseca M.C.G., Rodríguez M.F.G., Bosch C.G.-B., Pasamar A.M.H., De Hita F.H., Delgado M.H., Moreno J.J., Larrabeiti A.J., Luque J.A.J., Moreno A.J., Dugo A.L., De La Quintana C.L., García J.L.L., De Frutos M.L., Mestre A.L., Ortiz F.L., Moreno L.L., Almoguera P.M., De La Sierra Fuentes S.M., Bustos R.M., Mullor A.M., Caballero M.M., Reyes R.M., Gallestegui I.M., Martín S.M., Vicente G.D.M., Villa M.I.M., Cantero A.M., Fernández J.M., Moreno R.M., Hernández L.M., Osella E.M.M., Moretti L., Mora F.J.M., Sánchez-Villacañas R.M., Céspedes J.E.M., Roldán S.N., Fernández R.O., Martí E.P., Peña M.O.P., Fernández M.P., Girón J.P., Lizeretti N.P., Medina A.P., Ortín P.P., Pascual J.J.P., Pérez B.P., Alonso M.P., Carrasco A.P., Pérez J.J.P., Santamaría M.Q., Gómez A.I.Q., García M.T.R., Gallego M.R., Belinchón M.R., Villareal Y.R., Luhunga G.R., Marra M.Á.R., Oliete M.R., Coronado V.R., Tardón M.R., Villalobos A.M.R., Rubio M.T.R., Hernández M.J.R., López J.R., Torres L.R., Espinosa M.S., Salgueiro M., De Soto M.L.S.B., Caballero E.S., Rodríguez M.T.S.V., Gómez I.S., Miralles M.S., Collados V.J.S., Velasco B.T., Ailhaud J.T., Algageme O.U., Ortega A.U., Moneo I.V., García C.V., Soriano A.V., Martínez J.F.V., Pérez M.J.V., Coloma E.V., Hidalgo L.Y., PsicAP Research Group. (2016). The PHQ-PD as a screening tool for panic disorder in the primary care setting in Spain.

138. Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Moriana, J. A., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., Agüero-Gento, L., Rodríguez-Enríquez, M., Pizà, M. R., & Ramírez-Manent, J. I. (2017). Screening for generalized anxiety disorder in Spanish primary care centers with the GAD-7. *Psychiatry Research*, 256, 312-317.
139. N, S., J, K., C, H., L, A., & W, T. (1999). Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments (Vol. 34).
140. Nakhli J., B. S., Bannour A.S., Abdulrahim A., El Kissi Y., Nasr S.B., Hadj Ali B.B. (2015). Prevalence and associated factors of panic disorder and phobic disorders in primary care [Prévalence et facteurs associés du trouble panique et des troubles phobiques dans les structures de première ligne].

141. Nordstrom, A., & Bodlund, O. (2008). Every third patient in primary care suffers from depression, anxiety or alcohol problems. *NORDIC JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 62(3), 249-255.
142. Norton J., d. R. G., David M., Boulenger J.-P., Ritchie K., Mann A. (2009). Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire: Comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription [Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit].
143. Olfson, M., & Gameroff, M. (2007). Generalized anxiety disorder, somatic pain and health care costs. *GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY*, 29(4), 310-316.
144. Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Evidência científica sobre custo-efetividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde*. Lisboa: OPP.
145. Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). *Crise Económica, Pobreza e Desigualdades – Relatório sobre Impacto Socioeconómico e Saúde Mental em Portugal*. Lisboa: OPP.
146. Ormel J., V. D. B. W., Koeter M.W.J., Giel R., Van Der Meer K., Van De Willige G., Wilink F.W. (1990). Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: A naturalistic follow-up study.
147. P, R., F, N.-L., I, R., M, L., MM, T.-B., A, D., C, B., & L, F. (2015). Generalized anxiety disorder in primary care: mental health services use and treatment adequacy. *BMC FAMILY PRACTICE*, 16, 146.
148. P, R., I, D., M, M., E, C., A, C., A, D., & L, F. (2013). A psychometric evaluation of the French Canadian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large primary care population. *JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS*, 147(1), 171-179.
149. Parkerson Jr. G.R., B. W. E., Tse C.-K.J. (1996). Anxiety and depressive symptom identification using the Duke Health Profile.
150. Patel, V., Araya, R., Chowdhary, N., King, M., Kirkwood, B., Nayak, S., Simon, G., & Weiss, H. (2008). Detecting common mental disorders in primary

- care in India: a comparison of five screening questionnaires. *PSYCHOLOGICAL MEDICINE*, 38(2), 221-228.
151. Pengpid S., P. K. (2020). Common mental disorders among patients attending monk healers and primary health care centres in Thailand: a cross-sectional study.
 152. Petkus, A., Wetherell, J., Stein, M., Chavira, D., Craske, M., Sherbourne, C., Sullivan, G., Bystritsky, A., & Roy-Byrne, P. (2018). Age Differences in Death and Suicidal Ideation in Anxious Primary Care Patients. *CLINICAL GERONTOLOGIST*, 41(4), 271-281.
 153. Pez, O., Gilbert, F., Bitfoi, A., Carta, M. G., Jordanova, V., Garcia-Mahia, C., Mateos-Alvarez, R., Prince, M., Tudorache, B., Blatier, C., & Kovess-Masfety, V. (2010). Validity across translations of short survey psychiatric diagnostic instruments: CIDI-SF and CIS-R versus SCID-I/NP in four European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 45(12), 1149-1159.
 154. Philbrick, J., Connelly, J., & Wofford, A. (1996). The prevalence of mental disorders in rural office practice. *JOURNAL OF GENERAL INTERNAL MEDICINE*, 11(1), 9-15.
 155. Pilowsky, D., Olfson, M., Gameroff, M., Wickramaratne, P., Blanco, C., Feder, A., Gross, R., Neria, Y., & Weissman, M. (2006). Panic disorder and suicidal ideation in primary care. *DEPRESSION AND ANXIETY*, 23(1), 11-16.
 156. Prins M.A., V. P. F. M., Smolders M., Laurant M.G.H., Van Der Meer K., Spreeuwenberg P., Van Marwijk H.W.J., Penninx B.W.J.H., Bensing J.M. (2010). Patient factors associated with guideline-concordant treatment of anxiety and depression in primary care.
 157. Prins, M., Verhaak, P., van der Meer, K., Penninx, B., & Bensing, J. (2009). Primary care patients with anxiety and depression: Need for care from the patient's perspective. *JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS*, 119(1), 163-171.
 158. Prior, J., Mallen, C., Chandratre, P., Muller, S., Richardson, J., & Roddy, E. (2016). Gout characteristics associate with depression, but not anxiety, in primary care: Baseline findings from a prospective cohort study. *JOINT BONE SPINE*, 83(5), 553-558.

159. Programa Nacional para a Saúde Mental (2015). PORTUGAL Saúde Mental em Números 2015. Ed. DGS.
160. R, I., A, K., D, Z., I, M., J, V., & E, R. (2018). Association of Depression and Anxiety With the 10-Year Risk of Cardiovascular Mortality in a Primary Care Population of Latvia Using the SCORE System. *Frontiers in psychiatry*, 9, 276.
161. R, Z., M, T., M, M., K, O., & P, K. (2009). Psychiatric morbidity among adult patients in a semi-urban primary care setting in Malaysia. *International journal of mental health systems*, 3(1), 13.
162. Rabung S., H. T., Kowski S., Koch U., Wittchen H.-U., Schulz H. (2009). Psychometric analysis of a short form of the "Hamburg Modules for the Assessment of Psychosocial Health" (HEALTH-49) [Psychometrische Überprüfung einer verkürzten version der "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis" (HEALTH-49)].
163. RC, A., B, B., MC, R., RD, A., R, B., R, G., M, P., A, S., R, S., & J, T. (2015). Psychiatric assessment and screening for the elderly in primary care: design, implementation, and preliminary results. *Journal of geriatrics*, 2015.
164. Remes O., W. N., Surtees P., Lafortune L., Khaw K.-T., Brayne C. (2018). Generalised anxiety disorder and hospital admissions: Findings from a large, population cohort study. Revicki, D., Brandenburg, N., Matza, L., Hornbrook, M., & Feeny, D. (2008). Health-related quality of life and utilities in primary-care patients with generalized anxiety disorder. *QUALITY OF LIFE RESEARCH*, 17(10), 1285-1294.
165. Revicki, D., Brandenburg, N., Matza, L., Hornbrook, M., & Feeny, D. (2008). Health-related quality of life and utilities in primary-care patients with generalized anxiety disorder. *QUALITY OF LIFE RESEARCH*, 17(10), 1285-1294.
166. Ringoir L., P. S. S., Widdershoven J.W.M.G., Pop V.J.M. (2014). Prevalence of psychological distress in elderly hypertension patients in primary care.
167. RL, C., JT, H., AJ, G., I, A., R, R., R, H., AT, W., & V, M. (2019). Real-World Evidence from the Integrative Medicine Primary Care Trial (IMPACT): Assessing Patient-Reported Outcomes at Baseline and 12-Month Follow-Up.

Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM, 2019, 8595409.

168. RL, S., K, K., JB, W., & B, L. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 (Vol. 166).
169. Roberge, P., Fournier, L., Menear, M., & Duhoux, A. (2014). Access to Psychotherapy for Primary Care Patients With Anxiety Disorders. CANADIAN PSYCHOLOGY-PSYCHOLOGIE CANADIENNE, 55(2), 60-67.
170. Rodriguez B.F., W. R. B., Pagano M.E., Bruce S.E., Spencer M.A., Culpepper L., Keller M.B. (2006). Characteristics and predictors of full and partial recovery from generalized anxiety disorder in primary care patients.
171. Rodriguez B.F., W. R. B., Pagano M.E., Machan J.T., Culpepper L., Keller M.B. (2004). Frequency and Patterns of Psychiatric Comorbidity in a Sample of Primary Care Patients with Anxiety Disorders.
172. Rogers, R., Hartigan, S., & Sanders, C. (2021). Identifying Mental Disorders in Primary Care: Diagnostic Accuracy of the Connected Mind Fast Check (CMFC) Electronic Screen. JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY IN MEDICAL SETTINGS, 28(4), 882-896.
173. Ruiz M.A., Z. E., García-Campayo J., Pardo A., Freire O., Rejas J. (2011). Validity of the GAD-7 scale as an outcome measure of disability in patients with generalized anxiety disorders in primary care.
174. S, B., F, B., I, F., & L, T. M. (2019). Clustering of Mental and Physical Comorbidity and the Risk of Frailty in Patients Aged 60 Years or More in Primary Care. Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research, 25, 6820-6835.
175. S, G., F, D., B, R., MC, P., MÈ, R., P, L., P, G., MJ, R., B, G., M, F., & HM, V. (2019). Six-month prevalence and correlates of generalized anxiety disorder among primary care patients aged 70 years and above: Results from the ESA-services study. INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY, 34(2), 315-323.
176. Salvalaggio, G., Meaney, C., Moineddin, R., Grunfeld, E., & Manca, D. (2017). Moderate mental illness as a predictor of chronic disease prevention and screening. BMC FAMILY PRACTICE, 18.

177. Sami MB, Nilforooshan R. The natural course of anxiety disorders in the elderly: a systematic review of longitudinal trials. *Int Psychogeriatr* 2015;27(7):1061–1069.
178. Santos-Veloso MAO, MIS Lacerda De Melo, Neves Cavalcanti RA, Bezerra LS, Chaves-Markman ^AV, Gonçalves de Lima S. Prevalence of depression and anxiety and their association with cardiovascular risk factors in Northeast Brasil primary care patients. *Rev Assoc Med Bras* 2019;65(6):801–9.
179. Sapra A, Bhandari P, Sharma S, Chanpura T, Lopp L. (2020). *Using Generalized Anxiety Disorder-2 (GAD-2) and GAD-7 in a Primary Care Setting*. *Cureus*. May 21; 12(5):e8224. doi: 10.7759/cureus.8224.
180. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão
- a. sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
181. Segopolo M.T., S. M. M., Plattner I.E., Ketlogetswe N., Feinstein A. (2009). A screening instrument for psychological distress in Botswana: Validation of the Setswana version of the 28-item General Health Questionnaire.
182. Sekhon, S.; Patel, J.; Sapra, A. Late-Onset Depression. In *StatPearls* [Internet]; StatPearls Publishing: Treasure Island, FL, USA, 2021. Available online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551507>
183. Shepardson, R. L., Buchholz, L. J., Weisberg, R. B., & Funderburk, J. S. (2018). Psychological interventions for anxiety in adult primary care patients: A review and recommendations for future research. *Journal of anxiety disorders*, 54, 71–86. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.12.004>.
184. Silva, L., de Oliveira, G., Yokomizo, J., Saran, L., Bottino, C., & Yassuda, M. (2016). The Geriatric Anxiety Inventory in primary care: applicability and psychometric characteristics of the original and short form. *ARCHIVES OF CLINICAL PSYCHIATRY*, 43(5), 103-106.

185. Sorsdahl K., V. B., Stein D.J. (2012). A screening tool for social anxiety disorder in primary care: Data from south africa.
186. Strohle, A., Gensichen, J., & Domschke, K. (2018). The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. DEUTSCHES ARZTEBLATT INTERNATIONAL, 115(37), 611
187. Szádóczy E., R. S., Zámboi J., Füredi J. (2004). Anxiety and mood disorders in primary care practice.
188. Tejada, P. A., Jaramillo, L. E., Sánchez-Pedraza, R., & Sharma, V. (2014). Revisión crítica sobre los instrumentos para la evaluación psiquiátrica en atención primaria. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(1), 101-110.
189. T, P., PA, M., MA, M., S, P., S, S., & SV, G. (1997). PRIME-MD: its utility in detecting mental disorders in American Indians. *International journal of psychiatry in medicine*, 27(2), 107-128.
190. TE, O., JE, B., J, B., & P, G. (1987). Psychiatric symptoms in the elderly in a primary care practice. *GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY*, 9(3), 167-173.
191. Tebbe, B., Terluin, B., & Koelewijn, J. (2013). Assessing psychological health in midwifery practice: A validation study of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ), a Dutch primary care instrument. *MIDWIFERY*, 29(6), 608-615.
192. Terluin B., B. E. P. M., Marchand M.A.G., de Vet H.C.W. (2018). Assessing the equivalence of Web-based and paper-and-pencil questionnaires using differential item and test functioning (DIF and DTF) analysis: a case of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ).
193. Terluin B., B. E. P., Van Marwijk H.W., Verhaak P.F., Van Der Horst H.E. (2009). Detecting depressive and anxiety disorders in distressed patients in primary care; Comparative diagnostic accuracy of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).
194. Terluin B., O. D. B., Brouwers E.P.M., Van Straten A., Van de Ven P.M., Langerak W., Van Marwijk H.W.J. (2014). To what extent does the anxiety scale of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) detect specific types of anxiety disorder in primary care? A psychometric study.

195. Terluin B., v. M. H. W. J., Adèr H.J., de Vet H.C.W., Penninx B.W.J.H., Hermens M.L.M., van Boeijen C.A., van Balkom A.J.L.M., van der Klink J.J.L., Stalman W.A.B. (2006). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): A validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization.
196. Terrez, B., Salcedo, V., Estrada, C., Romero, J., & Sotres, J. (2011). Validity of the Kessler 10 (K-10) scale in detecting depression and anxiety disorders in the primary care services. Psychometric properties. SALUD MENTAL, 34(4), 323-331. Questionnaire (4DSQ): A validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization.
197. Therrien, Z., & Hunsley, J. (2011). Assessment of anxiety in older adults: A systematic review of commonly used measures. *Aging & Mental Health*, 16(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.602960>
198. Thomas, J., Jones, G., Scarinci, I., & Brantley, P. (2007). Social support and the association of type 2 diabetes and depressive and anxiety disorders among low-income adults seen in primary care clinics. JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY IN MEDICAL SETTINGS, 14(4), 351-359.
199. Tilli, V., Suominen, K., & Karlsson, H. (2012). Panic disorder in primary care: Comorbid psychiatric disorders and their persistence. SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE, 30(4), 247-253.
200. Valenstein, M., Kales, H., Mellow, A., Dalack, G., Figueroa, S., Barry, K., & Blow, F. (1998). Psychiatric diagnosis and intervention in older and younger patients in a primary care clinic: Effect of a screening and diagnostic instrument. JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 46(12), 1499-1505.
201. van Bebbber J., W. J. T. W., Wunderink L., Tendeiro J.N., Wichers M., Broeksteeg J., Schrieken B., Sytéma S., Terluin B., Meijer R.R. (2017). Identifying levels of general distress in first line mental health services: Can GP- and eHealth clients' scores be meaningfully compared?
202. van Heyningen T., H. S., Myer L., Onah M.N., Field S., Tomlinson M. (2017). Prevalence and predictors of anxiety disorders amongst low-income pregnant women in urban South Africa: a cross-sectional study.

203. Van Heyningen T., H. S., Tomlinson M., Field S., Myer L. (2018). Comparison of mental health screening tools for detecting antenatal depression and anxiety disorders in South African women.
204. Vermani M., M. M., Katzman M.A. (2011). Rates of detection of mood and anxiety disorders in primary care: A descriptive, cross-sectional study.
205. Vives M., G.-T. M., Armengol S., Perez M.C., Fernández J.R., Gili M. (2013). [Prevalence and factors associated to mental disorders in primary care attenders aged 75 and older]. [Prevalencia de trastornos mentales y factores asociados en pacientes de atención primaria mayores de 75 años.].
206. Vucic, V., Radovanovic, S., Radevic, S., Savkovic, Z., Mihailovic, N., Mihaljevic, O., Macuzic, I., Djordjic, M., Gavrilovic, A., & Matic, T. (2021). Mental Health Assessment of Cancer Patients: Prevalence and Predictive Factors of Depression and Anxiety. IRANIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 50(10), 2017-2027.
207. Waal M.W.M., A. I. A., Spinhoven P., Eekhof J.A.H., Assendelft W.J.J., van Hemert A.M. (2009). The role of comorbidity in the detection of psychiatric disorders with checklists for mental and physical symptoms in primary care.
208. Welzel F.D., L. M., Pabst A., Pentzek M., Fuchs A., Weeg D., Bickel H., Weyerer S., Werle J., Wiese B., Oey A., Brettschneider C., König H.-H., Hesel K., van den Bussche H., Eisele M., Maier W., Scherer M., Wagner M., Riedel-Heller S.G. (2021). Incidence of anxiety in latest life and risk factors. Results of the agecode/agequalide study.
209. WH, S., CJ, V., SK, F., RC, L., DP, L., & DP, B. (1997). The functioning and well-being of patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorder. JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS, 43(2), 105-119.
210. Whitton A.E., H. R., Cope K., Gieng C., Gow L., MacKinnon A., Gale N., O'Moore K., Anderson J., Proudfoot J., Cockayne N., O'Dea B., Christensen H., Newby J.M. (2021). Mental health screening in general practices as a means for enhancing uptake of digital mental health interventions: Observational cohort study.
211. Wilhelm K.A., F. A. W., Davenport T.A., Hickie I.B. (2008). What can alert the general practitioner to people whose common mental health problems are unrecognised?

212. Wittchen H.-U., K. R. C., Beesdo K., Krause P., Höfler M., Hoyer J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: Prevalence, recognition, and management.
213. Wittkamp K.A., B. K. D., Van Weert H.C., Lucassen P., Schene A.H. (2011). The psychometric properties of the panic disorder module of the Patient Health Questionnaire (PHQ-PD) in high-risk groups in primary care.
214. Wong, C.H et al (2016), "A systematic review of anxiety prevalence in adults within primary care and community setting in Malaysia", Asian journal of psychiatry, Vol.24, pp 110-117.
215. Yap, C., Wong, M., & Lim, K. (2019). Illness Perception of Anxiety Patients in Primary Care in Singapore. INDIAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY MEDICINE, 41(1), 75-80.
216. Yelin, E., Mathias, S., Buesching, D., Rowland, C., Calucin, R., & Fifer, S. (1996). The impact on employment of an intervention to increase recognition of previously untreated anxiety among primary care physicians. SOCIAL SCIENCE & MEDICINE, 42(7), 1069-1075.
217. Ying D.G., J. S., Yang H., Zhu S. (2010). Frequency of generalized anxiety disorder in Chinese primary care.
218. Zvolensky M.J., G. L., Fergus T.A., Gallagher M.W., Viana A.G., Shepherd J.M., Mayorga N.A., Kelley L.P., Griggs J.O., Schmidt N.B. (2018). Refinement of anxiety sensitivity measurement: The Short Scale Anxiety Sensitivity Index (SSASI).
219. Zvolensky, M., Paulus, D., Bakhshaie, J., Garza, M., Ochoa-Perez, M., Lemaire, C., Bogiaizian, D., Robles, Z., Aldao, A., Collado, A., Lejuez, C., & Schmidt, N. (2016). Interactive Effect of Negative Affectivity and Rumination in Terms of Mental Health Among Latinos in Primary Care. JOURNAL OF RACIAL AND ETHNIC HEALTH DISPARITIES, 3(4), 646-657.

ANEXOS

Anexo 1- Registo PROSPERO

Instruments for anxiety screening and anxiety disorders assessment in adults and/or the elderly in Primary Health Care settings: a systematic review.

To enable PROSPERO to focus on COVID-19 submissions, this registration record has undergone basic automated checks for eligibility and is published exactly as submitted. PROSPERO has never provided peer review, and usual checking by the PROSPERO team does not endorse content. Therefore, automatically published records should be treated as any other PROSPERO registration. Further detail is provided [here](#).

Citation

Mariana Pinto, Ana Rita Marinho, Sónia Martins. Instruments for anxiety screening and anxiety disorders assessment in adults and/or the elderly in Primary Health Care settings: a systematic review.. PROSPERO 2022 CRD42022335994 Available from: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42022335994

Review question

Which screening and diagnostic instruments for anxiety symptoms and anxiety disorders (generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, agoraphobia, panic disorder, specific phobia) in adults and/or older people followed in Primary Health Care (PHC) are available? What are the most accurate assessment instruments in identifying symptoms and anxiety disorders in adults and/or older people followed in PHC?

Searches

Electronic bibliographic databases: PubMed/MEDLINE, Web of Science Core Collection, Scopus and PsycINFO, without time publication period and language restrictions.

Types of study to be included

Observational and validation studies will be included, without time publication period and language restrictions.

Condition or domain being studied

Anxiety Disorders (generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, agoraphobia, panic disorder, specific phobia) and Anxiety Symptoms.

Participants/population

Inclusion criteria: studies with adults, of both sexes, with an age 18 years or older conducted in Primary Health Care.

Exclusion criteria: Studies with individuals younger than 18 years, carried out in Primary Health Care Settings. Studies with individuals of any age recruited from a specialty care settings.

Intervention(s), exposure(s)

Screening for anxiety symptoms and assessment of at least one of the anxiety disorders (generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, agoraphobia, panic disorder, specific phobia) using standardized assessment tools (self-administered or other-administered via paper and pencil or electronically).

Comparator(s)/control

NA.

Context

Studies in Primary Health Care settings, no country restriction.

Main outcome(s)

- Identification of instruments for screening anxiety symptoms and assessment of anxiety disorders in adults and/or older people followed in PHC context;
- Diagnostic accuracy of anxiety instruments.

Additional outcome(s)

None.

Data extraction (selection and coding)

All references will be extracted from search engines and imported into Rayyan software. In this software, the elimination of duplicate references will be done initially. Subsequently, the selection of documents for review will be carried out, which will take place the screening phase, performed independently and blindly by two reviewers and will consist of reading the title and abstract of each study, applying the previously defined eligibility criteria. Non-excluded references will be carried over to the second phase of the review. The inclusion phase, which will also be carried out independently by the two reviewers and will consist of a complete reading of the selected articles, reapplying the eligibility criteria again, in order to identify the studies that will be included in this systematic review. Any disagreements will be resolved by consensus between the two reviewers or, if necessary, by a third reviewer. The bibliography included in these articles will also be reviewed, particularly the review articles. The authors of included articles can be contact for missing data.

Risk of bias (quality) assessment

The JBI Critical Appraisal Tools will be used to assess the methodological quality of each included study and to determine the extent to which a study has addressed the possibility of bias in its design, conduct and analysis.

The quality assessment will be involved two reviewers and disagreements will be resolved by consensus between the two reviewers or, if necessary, with the help of a third reviewer.

Strategy for data synthesis

The data extraction from each article included will be done by one reviewer, using a standardized form, which included the following parameters: study identification (first author, year and country), study design, sample, eligibility criteria, recruitment period, anxiety assessment method (identification and description), sample characteristics (e.g. age, gender, ethnicity), main results (anxiety, accuracy measures and other psychometric properties), limitations of the study. The completeness and accuracy of extracted data will be verified by a second reviewer.

Analysis of subgroups or subsets

None planned.

Contact details for further information

Mariana Guedes Pinto

marigpinto@gmail.com

up200903921@edu.med.up.pt

Organisational affiliation of the review

ARSN - Administração Regional De Saúde Do Norte I.P.

FMUP

<https://www.arsnorte.min-saude.pt/>

https://sigarra.up.pt/fmup/pt/web_page.inicial

Review team members and their organisational affiliations

Miss Mariana Pinto. FMUP

Miss Ana Rita Marinho. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD)

Professor Sónia Martins. Department of Clinical Neuroscience and Mental Health. Center for Health Technology and Services Research, Faculty of Medicine - University Porto (FMUP)

Type and method of review

Diagnostic, Narrative synthesis, Systematic review

Anticipated or actual start date

20 September 2021

Anticipated completion date

30 September 2022

Funding sources/sponsors

This project has no funding

Conflicts of interest

Language

English

Country

Portugal

Stage of review

Review Ongoing

Subject index terms status

Subject indexing assigned by CRD

Subject index terms

Adult; Aged; Anxiety; Anxiety Disorders; Humans; Primary Health Care; Psychometrics

Date of registration in PROSPERO

08 June 2022

Date of first submission

28 May 2022

Details of any existing review of the same topic by the same authors

Not applicable.

Stage of review at time of this submission

The review has not started

Stage	Started	Completed
Preliminary searches	No	No
Piloting of the study selection process	No	No
Formal screening of search results against eligibility criteria	No	No
Data extraction	No	No
Risk of bias (quality) assessment	No	No
Data analysis	No	No

The record owner confirms that the information they have supplied for this submission is accurate and complete and they understand that deliberate provision of inaccurate information or omission of data may be construed as scientific misconduct.

The record owner confirms that they will update the status of the review when it is completed and will add publication details in due course.

Versions

08 June 2022

Anexo 2- Estratégia de pesquisa

PubMed:[Title/Abstract]Anxiety AND (Instrument OR Scale OR Test OR Inventory OR Interview OR Questionnaire OR Checklist OR Screen* OR Diagnos* OR Self-assessment OR “Evaluation Tools” OR “Evaluation Instruments” OR “Assessment Tools” OR Measurement) AND (“Primary Health Care” OR “Primary Care” OR “General Practice” OR “Family Medicine” OR “Family Practice” OR “Primary Service” OR “Primary Medical Care” OR “Family Doctor” OR “Family Physician”) AND (Adult* OR Aged OR Elderly OR Senior* OR “Geriatric Patients” OR Geriatric)

Web of Science Core Collection: TOPIC Anxiety AND (Instrument OR Scale OR Test OR Inventory OR Interview OR Questionnaire OR Checklist OR Screen* OR Diagnos* OR Self-assessment OR “Evaluation Tools” OR “Evaluation Instruments” OR “Assessment Tools” OR Measurement) AND (“Primary Health Care” OR “Primary Care” OR “General Practice” OR “Family Medicine” OR “Family Practice” OR “Primary Service” OR “Primary Medical Care” OR “Family Doctor” OR “Family Physician”) AND (Adult* OR Aged OR Elderly OR Senior* OR “Geriatric Patients” OR Geriatric)

SCOPUS:TITLE-ABS-KEY Anxiety AND (Instrument OR Scale OR Test OR Inventory OR Interview OR Questionnaire OR Checklist OR Screen* OR Diagnos* OR Self-assessment OR “Evaluation Tools” OR “Evaluation Instruments” OR “Assessment Tools” OR Measurement) AND (“Primary Health Care” OR “Primary Care” OR “General Practice” OR “Family Medicine” OR “Family Practice” OR “Primary Service” OR “Primary Medical Care” OR “Family Doctor” OR “Family Physician”) AND (Adult* OR Aged OR Elderly OR Senior* OR “Geriatric Patients” OR Geriatric)

PsycINFO: Título Anxiety AND (Instrument OR Scale OR Test OR Inventory OR Interview OR Questionnaire OR Checklist OR Screen* OR Diagnos* OR Self-assessment OR “Evaluation Tools” OR “Evaluation Instruments” OR “Assessment Tools” OR Measurement) AND (“Primary Health Care” OR “Primary Care” OR “General Practice” OR “Family Medicine” OR “Family Practice” OR “Primary Service” OR “Primary Medical Care” OR “Family Doctor” OR “Family Physician”) AND (Adult*

OR Aged OR Elderly OR Senior* OR "Geriatric Patients" OR Geriatric) OR AB
 Resumo"Anxiety disorders" AND (Instrument OR Scale OR Test OR Inventory OR
 Interview OR Questionnaire OR Checklist OR Screen* OR Diagnos* OR Self-
 assessment OR "Evaluation Tools" OR "Evaluation Instruments" OR "Assessment
 Tools" OR Measurement) AND ("Primary Health Care" OR "Primary Care" OR
 "General Practice" OR "Family Medicine" OR "Family Practice" OR "Primary Service"
 OR "Primary Medical Care" OR "Family Doctor" OR "Family Physician") AND (Adult*
 OR Aged OR Elderly OR Senior* OR "Geriatric Patients" OR Geriatric) OR **SU Subjects**
 "Anxiety disorders" AND (Instrument OR Scale OR Test OR Inventory OR Interview
 OR Questionnaire OR Checklist OR Screen* OR Diagnos* OR Self-assessment OR
 "Evaluation Tools" OR "Evaluation Instruments" OR "Assessment Tools" OR
 Measurement) AND ("Primary Health Care" OR "Primary Care" OR "General Practice"
 OR "Family Medicine" OR "Family Practice" OR "Primary Service" OR "Primary
 Medical Care" OR "Family Doctor" OR "Family Physician") AND (Adult* OR Aged
 OR Elderly OR Senior* OR "Geriatric Patients" OR Geriatric) OR **Kw Keywords**
 "Anxiety disorders" AND (Instrument OR Scale OR Test OR Inventory OR Interview
 OR Questionnaire OR Checklist OR Screen* OR Diagnos* OR Self-assessment OR
 "Evaluation Tools" OR "Evaluation Instruments" OR "Assessment Tools" OR
 Measurement) AND ("Primary Health Care" OR "Primary Care" OR "General Practice"
 OR "Family Medicine" OR "Family Practice" OR "Primary Service" OR "Primary
 Medical Care" OR "Family Doctor" OR "Family Physician") AND (Adult* OR Aged
 OR Elderly OR Senior* OR "Geriatric Patients" OR Geriatric).