



Ministério da Saúde
FIOCRUZ - BAHIA
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz



**Escola Bahiana de
Medicina e Saúde Pública**

Prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes em programa de hemodiálise crônica no Estado da Bahia

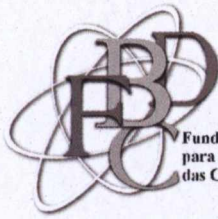
Dissertação de Mestrado

José Andrade Moura Júnior

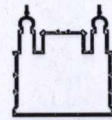
**Salvador-Bahia
Brasil
2006**



002948



Fundação Bahiana
para Desenvolvimento
das Ciências



Ministério da Saúde

FIOCRUZ - BAHIA
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz



Escola Bahiana de
Medicina e Saúde Pública

Prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes em programa de hemodiálise crônica no Estado da Bahia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências e Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do grau de título de Mestre em Medicina Interna.

Autor:

José Andrade Moura Júnior

Orientadores:

Prof. Dr. Carlos A. Marcílio de Souza
Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira

Salvador- Bahia
2006



Ficha Catalográfica

M929

Moura Junior, José Andrade

Prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes em programa de hemodiálise no Estado da Bahia. / José Andrade Moura Junior – Salvador, J.A. Moura Junior, 2006.

112f

Orientadores: Professor(es): Dr. Carlos A. Marcílio de Souza; Dr. Irismar Reis de Oliveira

Dissertação (mestrado) – Escola Baiana de Medicina, Fundação para o Desenvolvimento das Ciências. Programa de Pós Graduação e Extensão em Medicina Interna.

Título em inglês: Prevalence of psychiatric disease in patients in program of hemodialysis in Bahia State

1. Transtorno psiquiátrico. 2. Hemodiálise. 3. Insuficiência Renal

CDU.: 616.61

210/11

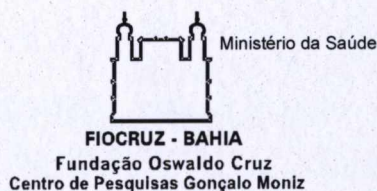
P.12

04/11/11

11/11/11



Escola Bahiana de
Medicina e Saúde Pública



Folha de Aprovação

Prevalência de Transtornos Psiquiátricos em Pacientes em Programa de Hemodiálise Crônica no Estado da Bahia

José Andrade Moura Júnior

Comissão Examinadora

Profº Drº Miguel Carlos Riella

Doutor em Nefrologia Universidade Federal da Bahia

Profº Drº Irismar Reis de Oliveira

Livre Docente pela Universidade Federal da Bahia

Doutor pela Universidade Federal da Bahia

Profº Drº Antônio de Souza Andrade Filho

Doutor em Medicina pela Universidade Federal de Fluminense

Salvador-bahia
2006

**A Moura Neto e
Daniela**

Aos meus pais

AGRADECIMENTOS

- Ao **Prof. Dr. CARLOS A. MARCÍLIO DE SOUZA**, meu orientador e amigo, por ser “tão tranqüilamente capaz” de, dentre outras muitas coisas, saber cultivar amizades pautadas em incentivos, apoios e exemplos;
- Ao **Prof. Dr. IRISMAR REIS DE OLIVEIRA**, pela orientação segura e apoio, fundamentais para execução deste trabalho;
- À **Dra. ROBERTA MARIA DE OLIVEIRA MORAES** pela competente aplicação do MINI, se destacando pelo carinho dispensado aos pacientes;
- Ao **Prof. CARLOS TELES**, de fundamental ajuda nos estudos estatísticos do trabalho;
- Ao **Dr. EDSON LUÍS PASCHOALIN**, amigo e companheiro de trabalho nestes últimos 19 anos, que sempre dividiu comigo as alegrias e dificuldades do exercício da medicina;
- Aos colegas médicos e enfermeiras das Clinicas Senhor do Bonfim pelo estímulo e ajuda;
- Aos funcionários das Clinicas Senhor do Bonfim, em especial às **Sr.as. LÚCIA MARIA DE ALMEIDA MOURA, LAIDYJANE DE BARROS MAGALHÃES e SONIA AMORIM DOS SANTOS**;
- Aos colegas e funcionários da Pós-Graduação em Medicina Interna da Fundação para o Desenvolvimento das Ciências;
- Aos **PACIENTES** das Clinicas Senhor do Bonfim, razões do meu interesse de aperfeiçoamento.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	viii
LISTA DE QUADROS	ix
LISTA DE GRÁFICOS	x
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xi
RESUMO	xii
1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 <i>INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (IRC): DELINEANDO O PROBLEMA</i>	15
2.2 <i>ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS</i>	17
2.3 <i>ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS</i>	19
2.4 <i>FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM HEMODIÁLISE</i>	25
2.4.1 <i>Gênero</i>	25
2.4.2 <i>Idade</i>	26
2.4.3 <i>Estado civil</i>	27
2.4.4 <i>Moradia urbana X rural</i>	27
2.4.5 <i>Ocupação</i>	27
2.4.6 <i>Tempo em tratamento</i>	28
2.4.7 <i>Adequação em diálise</i>	28
2.4.8 <i>Anemia</i>	28
2.5 <i>ASPECTOS METODOLÓGICOS</i>	29
3. OBJETIVO.....	32
4. PACIENTES E MÉTODOS	33
4.1 <i>MODELO DO ESTUDO</i>	33
4.2 <i>LOCAIS DO ESTUDO</i>	33
4.3 <i>PERÍODO DO ESTUDO</i>	34
4.4 <i>AMOSTRA</i>	34
4.5 <i>CÁLCULO DO TAMANHO AMOSTRAL</i>	34
4.6 <i>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</i>	35
4.7 <i>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</i>	35
4.8 <i>CRITÉRIOS ÉTICOS</i>	35
4.9 <i>RECRUTAMENTO</i>	36
4.10 <i>COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS</i>	36
4.11 <i>DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO</i>	37

4.11.1	Gênero.....	37
4.11.2	Idade	37
4.11.3	Ocupação	37
4.11.4	Moradia	37
4.11.5	Estado civil	38
4.11.6	Tempo em tratamento	38
4.11.7	KT/V	38
4.11.8	Hemoglobina	38
4.12	MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW.....	39
4.13	PROCEDIMENTOS DE ANALISE DE DADOS	40
5.	RESULTADOS	42
5.1	VARIÁVEIS SÓCIO – DEMOGRÁFICAS.....	42
5.2	VARIÁVEIS CLÍNICAS	45
5.3	TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS	47
5.4	VARIÁVEIS ASSOCIADAS AOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS	
	ENCONTRADOS	50
5.4.1	Sócio- demográficas	50
5.4.2	Variáveis clínicas	52
5.5	MAGNITUDE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS E OS TRANSTORNOS	
	PSIQUIÁTRICOS	53
5.5.1	Variáveis sócio – demográficas	53
5.5.2	Variáveis clínicas	55
6.	DISCUSSÃO	57
7.	CONCLUSÕES	65
	ABSTRACT	66
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
	ANEXOS	79
	Anexo A – M.I.N.I	80
	Anexo B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	110
	Anexo C – COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	112

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Variáveis sócio-demográficas dos pacientes em programa de hemodiálise	44
Tabela 2. Variáveis clínicas dos pacientes em programa de hemodiálise	46
Tabela 3. Prevalência dos transtornos psiquiátricos encontrados na amostra.....	48
Tabela 4. Número de diagnósticos em cada paciente.....	49
Tabela 5. Variáveis sócio-demográficas associados ao diagnóstico de pelo menos um transtorno psiquiátrico.....	51
Tabela 6. Variáveis clínicas associadas ao diagnóstico de pelo menos um transtorno psiquiátrico.	53
Tabela 7. Razões de chances após avaliação bivariada e multivariada das variáveis sócio-demográficas	55
Tabela 8. Razões de chances após avaliação bivariada e multivariada das variáveis clínicas.....	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis selecionadas	39
Quadro 2 – Módulos diagnósticos do Mini	40

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Faixa etária dos pacientes em anos.....	43
Gráfico 2. Número de pacientes por tempo em programa de diálise.....	45
Gráfico 3. Percentuais dos transtornos mais freqüentes encontrados	48
Gráfico 4. Números de diagnósticos expressos por paciente.....	49
Gráfico 5. Prevalência dos transtornos psiquiátricos encontrados quando considerados em conjunto	50

LISTA DE ABREVIATURAS

IRC – Insuficiência renal crônica

HD – Hemodiálise

CAPD – Diálise Peritoneal Ambulatória Contínua

MINI – Mini International Psychiatric Interview

Kt/V – Índice fracional de remoção de uréia

Cols. – Colaboradores

Km² – quilômetros quadrados

RESUMO

Introdução: As limitações de qualidade de vida dos pacientes em programa de hemodiálise estão associadas à maior prevalência de transtornos psiquiátricos. Admite-se que o diagnóstico precoce e preciso dos transtornos psiquiátricos em unidades de diálise possa contribuir na elaboração de estratégias de tratamento, diminuindo a morbidade e mortalidade causadas pelos transtornos. Existem poucos dados sobre esta prevalência em pacientes brasileiros, assim como, sobre variáveis que estejam associadas à ocorrência destes transtornos.

Objetivo: Estudar a prevalência e padrão dos transtornos psiquiátricos em pacientes em hemodiálise crônica, correlacionando-os com variáveis clínicas e demográficas que possam estar associadas.

Material e Métodos: Estudo de corte transversal realizado em duas clínicas de nefrologia do estado da Bahia, entre outubro de 2001 e fevereiro de 2002. A amostra foi constituída por 244 pacientes escolhidos por randomização simples. Foram analisadas variáveis sócias demográficas e clínicas associadas à ocorrência de transtornos psiquiátricos em pacientes com Insuficiência Renal Crônica. Os pacientes foram avaliados pelo Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), entrevista padronizada de diagnóstico de transtornos psiquiátricos, de fácil e rápida aplicabilidade, validada internacionalmente, que com 17 módulos contempla os transtornos psiquiátricos mais prevalentes, sendo compatível com o “*International Classification of Diseases*” (ICD-10) e com o “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” (DSM-IV).

Resultados: A idade média foi de $44,5 \pm 15,2$ anos, sendo 58,6% dos pacientes do sexo masculino. O tempo médio de permanência em diálise foi de $3,51 \pm 2,91$ anos e o Kt/V médio de $1,35 \pm 0,32$. Noventa e um pacientes (37,3%) apresentaram pelo menos um transtorno psiquiátrico. Os mais comuns foram distímia (17,6%), risco de suicídio (16,4%) e episódio depressivo maior (8,6%). O sexo feminino teve maior risco de transtornos psiquiátricos do que o masculino (OR= 2,77; IC 95% [1,42 - 5,41*]). Pacientes viúvos, separados e solteiros apresentaram maior risco de transtornos (OR=6,12; IC 95% [1,203 - 31,122*]) do que os casados. Os pacientes com menos de dois anos em diálise apresentaram risco duas vezes maior (OR =2,673; IC 95% [1,169 - 6,111*]), quando comparados com aqueles com mais tempo no programa. Pacientes com Kt/V abaixo de 0,9, tiveram chance quatro vezes maior de apresentar transtornos psiquiátricos (OR=4,072; IC 95%[1,182 - 14,031*]), quando comparados com pacientes com Kt/V acima de 0,9.

Conclusões: **1** - A prevalência global de transtornos psiquiátricos é alta, de 37,3%. **2** - Os transtornos afetivos, distímia e risco de suicídio foram os mais freqüentes. **3** - O sexo feminino aumenta em 2,8 vezes o risco de ocorrência de transtornos. **4** - O risco nos viúvos, separados e solteiros, é de 6,0, 2,8 e 2,0 vezes maior, respectivamente. **5** - O risco de transtorno psiquiátrico tende à redução após 2 anos em programa de diálise. **6** - Pacientes com Kt/V abaixo de 0,9 tem risco 4 vezes maior de apresentar transtornos psiquiátricos.

Palavras chaves: Transtornos psiquiátricos; Hemodiálise; Insuficiência renal.

1. INTRODUÇÃO

Insuficiência renal crônica (IRC) é uma condição de grande impacto psicossocial e constitui problema de saúde pública de grande magnitude. Os portadores de IRC ficam dependentes de uma máquina para sobreviver, numa extensão sem precedente na história da tecnologia médica.

Uma doença crônica como a IRC demanda que o indivíduo e a sua família se adaptem a um novo padrão de vida, uma vez que os pacientes em diálise são submetidos a inúmeras pressões psicológicas: a) dependência imposta pelo tratamento (dependência da máquina, da equipe médica); b) medo da morte; c) severas restrições impostas pelo regime de diálise, como horários, tempo, ingestão hídrica e dieta; d) complicações físicas da doença; e) perdas impostas pela patologia, Ex. desemprego, queda de status social, limitação da liberdade de movimentos, aposentadoria precoce e perda do bem-estar); f) mudanças na imagem corporal. Incluídas nestas categorias estão a perda da capacidade de urinar e da performance sexual¹.

Estas pressões psicológicas, por sua vez, também estão influenciadas por outros fatores, tais como a própria gravidade da doença, patologias associadas, situação familiar alterada, diminuição de renda e problemas no relacionamento com a equipe médica^{1,2,3}.

Há poucas décadas, IRC significava morte, pela inexistência de métodos dialíticos⁴. Entretanto, a história natural dessa enfermidade modificou-se radicalmente, com a introdução de métodos de diálise. Paralelamente, o desenvolvimento do transplante contribuiu para melhorar substancialmente o prognóstico^{4,5}. A preocupação com os portadores de IRC, que era quase exclusivamente o prolongamento da sobrevida, atualmente tem sido centrada também na melhora da qualidade de vida. Dentro da atual ênfase na qualidade de vida destes pacientes, percebe-se facilmente a importância da identificação de problemas psiquiátricos, que estão diretamente relacionados a um melhor prognóstico dos pacientes. O diagnóstico mais preciso e precoce dos

transtornos psiquiátricos em unidades de diálise, poderá possibilitar melhorias significativas na abordagem e na elaboração de programas de prevenção e controle destes transtornos, vez que o tratamento disponível demonstra níveis satisfatórios de efetividade e segurança e relaciona-se diretamente com diminuição da morbidade e aumento da sobrevida⁶.

No Brasil, apenas alguns estudos tem mensurado a real prevalência destes transtornos no âmbito das unidades de diálise e falham em identificar sua associação com variáveis sócio-demográficas e clínicas.

Pretendeu-se neste estudo, identificar a presença de transtornos psiquiátricos, no âmbito de duas unidades de diálise, utilizando-se o Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), questionário de ampla utilização entre os psiquiatras, capaz de reconhecer substancial parcela de indivíduos com alterações de saúde mental, específico, e compatível com critérios diagnósticos internacionais (**anexo A**). Breve e simples na sua aplicação, prioriza módulos com os mais prevalentes transtornos psiquiátricos, podendo ser útil na identificação destes transtornos neste grupo específico de pacientes⁷.

Assim, foi avaliada uma expressiva amostra da população em programa de diálise crônica, com situação de tratamento similar à de pacientes em centros estaduais de tratamento e mesmo nacionais, o que pode oferecer, portanto, condições de generalização dos resultados.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (IRC): DELINEANDO O PROBLEMA

Entendida em sentido amplo, a expressão “Insuficiência renal crônica” aplica-se a toda condição patológica de instalação gradual, capaz de deteriorar em graus variáveis a capacidade funcional dos rins. Caracterizada usualmente por uma progressão inexorável e irreversível, a perda da função renal resulta no acúmulo de produtos metabólicos tóxicos, alterações no volume e na concentração dos solutos corporais, além dos transtornos relacionados com a perda das funções endócrinas e metabólicas próprias dos rins, tais como diminuição da produção da eritropoetina, da vitamina D e alterações do metabolismo do cálcio e fósforo⁴.

Até o início dos anos 60, o desfecho fatal era a regra na totalidade dos casos de IRC, quando o tratamento dessa patologia foi revolucionado pelo desenvolvimento e disponibilidade para uso crônico do chamado “rim artificial”⁸. A hemodiálise, processo baseado na transferência por difusão de massa, entre o sangue e o fluido de diálise, regulado por uma membrana semipermeável, experimentou enorme avanço tecnológico nas últimas décadas, com a utilização de equipamentos e máquinas de alta tecnologia e membranas de trocas, cada vez mais biocompatíveis. A segurança no uso da água e do concentrado de eletrólitos, além da evolução das técnicas cirúrgicas de acesso vascular, complementaram as condições que transformaram o processo de suporte dialítico em um procedimento seguro e efetivo, que aumentou sobremaneira a sobrevida dos pacientes.

A dose e a qualidade da diálise a ser oferecida, uma antiga preocupação dos nefrologistas, passou a ser estabelecida objetivamente com o desenvolvimento do estudo prospectivo americano “*National Cooperative Dialysis Study - NCDS*” em meados dos anos 80, que modificou

substancialmente alguns conceitos⁹. Neste estudo, o Kt/V da uréia, que representa o clereance fracional desta substancia durante a hemodiálise, foi validado como medida objetiva de adequação do procedimento, representando hoje um importante parâmetro para se definir a “dose” de diálise a ser prescrita. Em pacientes com IRC dependente de diálise existe uma relação direta e bem estabelecida entre a sobrevida e a “dose” de tratamento oferecida. A obtenção de um Kt/V (em torno de 1,2) “adequado” para a uréia, aparenta associar-se proporcionalmente a um Kt/V adequado também para outras substâncias, possivelmente mais tóxicas, justificando sua utilização como marcador para o tratamento da uremia^{9, 10}.

O desenvolvimento da Diálise Peritoneal Ambulatória Contínua (CAPD), por Oreopoulos, no Canadá em meados dos anos 70, uma técnica relativamente simples, que possibilita ao paciente receber suporte dialítico pela cavidade peritoneal, constitui hoje uma alternativa à hemodiálise¹¹. A CAPD não envolve o complexo tecnológico do rim artificial e libera o paciente da máquina e dos horários de hemodiálise. Oferece bom controle da uremia e permite também que a dieta e o regime de ingestão de liquido seja mais liberal¹¹.

Para a maioria dos pacientes com IRC, no entanto, o transplante é o tratamento de escolha. Nesta área, também ocorreram consideráveis avanços, com melhora substancial das técnicas de imunossupressão, principalmente com o advento da ciclosporina e, mais recentemente, de outros medicamentos como o micofenolato de mofetil, a rapamicina e o tacrolimus^{12, 13,14}, o que resultou em melhora da sobrevida renal. Esta sobrevida situa-se em torno de 80% - 90% no primeiro ano de transplante¹⁵. No Brasil, a sobrevida do enxerto renal, um e cinco anos após o transplante, situa-se respectivamente em 84,56% e 64,34% para os receptores haploideóticos aos doadores, e 70,76% e 51,06% para os receptores de rim de cadáver^{15,16}.

Mais recentemente, numerosas inovações provocaram considerável impacto na população em diálise, notadamente a introdução do tratamento com

eritropoetina^{17,18}, que reduziu a intensidade da anemia nesses pacientes e melhorou significativamente a qualidade de vida.

Estas modalidades de tratamento complementam-se, e os aspectos psicossociais e psiquiátricos nesses pacientes com IRC, devem ser vistos no contexto dos avanços, acima mencionados.

2.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

O número estimado de pacientes em programa de diálise em todo o mundo é de aproximadamente um milhão, número este que cresce à razão de sete a nove por cento ao ano¹⁹. Nos EUA a incidência dobrou nos últimos dez anos e aumenta cerca de nove por cento por ano desde 1982²⁰.

No Brasil, dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia, no Censo do ano 2001, apontam a existência de quase 50.000 pacientes em terapia substitutiva, com 43.700, que corresponde a 89,5% deles, em programa de hemodiálise, confirmando a tendência mundial de crescimento da população mantida com este tipo de tratamento²¹.

A prevalência mundial da patologia se situa ao redor de 350 pacientes por milhão de habitantes²⁰. Países como Japão e Estados Unidos possuem prevalências substancialmente maiores, acima de 1000 pacientes por milhão²¹. No Brasil, o Sistema de Registro de Dados referentes à diálise não permitia estatística adequada, pela inexistência de registros confiáveis. Recentemente, foi publicado o “Estudo Epidemiológico Brasileiro Sobre Terapia Substitutiva Renal”, do Ministério da Saúde, com dados do ano 2000²². A prevalência observada foi de 323 por milhão e a incidência de 104 por milhão de habitantes por ano, números similares aos encontrados ao redor do mundo. Diferenças regionais expressivas entretanto, foram constatadas. A prevalência no Nordeste foi de 342 por milhão, enquanto a região Sudeste apresenta números próximos de 672 pacientes por milhão²².

A Bahia, por possuir reduzido número de centros de diálise, comparativamente com outros estados, com poucas unidades de nefrologia localizadas no interior, apresenta uma demanda reprimida de pacientes por diálise. Com o contingente atual de aproximadamente 1.700 pacientes em tratamento, o Estado conta com 11 centros na capital e nove no interior, totalizando 20 unidades em funcionamento, número insuficiente para a assistência nefrológica requerida por sua população de quase 13 milhões de habitantes. Apesar dos aspectos acima mencionados, a população dialítica vem crescendo rapidamente nos últimos três anos, à razão de 18% - 20% ao ano²³.

Nos anos mais recentes observam-se importantes alterações no perfil epidemiológico da população de renais crônicos, com o aumento percentual de idosos e diabéticos no âmbito das unidades de nefrologia^{20, 24, 25}.

Estatísticas internacionais demonstram que a incidência por faixa etária varia de 11 casos por milhão na faixa de 0-19 anos, até níveis tão elevados quanto 760 casos por milhão, entre as idades de 65 - 74 anos, o que resulta na incorporação de 15% casos novos por ano, de pacientes com idade acima de 60 anos, com evidentes repercussões sobre o prognóstico, vez que pacientes idosos apresentam alta incidência de comorbidades²⁰. Em São Paulo, 26% da população em diálise tinham mais que 60 anos, em 2000²¹.

A nefropatia diabética, como causa de IRC, também tem experimentado expressivo aumento de prevalência. Diabéticos constituem mais que 40% daqueles que estão iniciando atualmente terapia substitutiva renal nos EUA²⁰. Na Europa, esta proporção é significativamente mais baixa, em torno de 18%²⁰. No Brasil, observa-se taxa próxima a 15%²⁵. Diabetes resulta em piora importante no prognóstico da IRC, relacionando-se diretamente com a adaptação ao tratamento e com a qualidade de vida destes pacientes^{20,25}.

Finalmente, é notória a redução da mortalidade no âmbito das unidades de diálise nas últimas décadas, elevando-se a expectativa de vida desses

pacientes. A sobrevida estimada de cinco anos entre pacientes dialisados em países europeus é de 60%²⁴. No Brasil, dados do estudo epidemiológico brasileiro citado anteriormente, reportam sobrevida anual de 82% e mortalidade de 16,6%²². Na Bahia, a mortalidade se situa ao redor de 10% ao ano, de acordo com dados da Comissão de Nefrologia da Bahia, de 2000²³.

2.3 ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS

A epidemiologia de transtornos psiquiátricos tem sido objeto de estudos e pesquisas, pela importância de se planejar políticas de saúde mental, desde o fim da segunda guerra mundial. Entretanto, não era possível obter-se uma análise comparativa dos trabalhos, em razão da divergência dos métodos utilizados na identificação das doenças mentais, assim como também, pela inexistência de entrevistas estruturadas. Além disto, a maioria das estimativas de transtornos psiquiátricos na população geral levava em conta principalmente os casos tratados^{26,27}. A se ressaltar também, o fato de que eram escassos os estudos de base populacional.

A primeira entrevista clínica estruturada adotada internacionalmente foi o “Present State Examination” (PSE), criada em 1959 e modificada em nove versões posteriores. O PSE operacionalizava critérios para o diagnóstico descritivo de síndromes em uma entrevista clínica²⁷.

Apenas no início da década de oitenta, foi estruturada a primeira entrevista diagnóstica padronizada para pesquisa de doença mental: O “Diagnostic Interview Schedule” (DIS) que utilizava os critérios diagnósticos do “Diagnostic and Statistical Manual”. Atualmente o DIS está em sua terceira versão revisada (DSM-III-R)²⁷.

Posteriormente, ainda na mesma década, o Instituto Nacional Norte Americano de Saúde Mental lançou um programa chamado: “Epidemiologic Catchment Area” (ECA), que utilizou o DIS como instrumento de inventário com

a intenção de estimar a incidência e prevalência de doença mental nos EUA. O ECA incluiu cinco regiões geográficas do país e estudou prospectivamente 18.571 indivíduos adultos^{28,29}.

Os resultados do estudo ECA nos EUA revelaram que aproximadamente 15,4% dos adultos norte americanos apresentaram algum transtorno psiquiátrico no último mês. Quando considerados os últimos seis meses, a prevalência encontrada foi de 19,1%. Trinta e dois por cento relataram algum transtorno ao longo de suas vidas. As desordens mais comumente encontradas foram fobias (6,2%), depressão (2,2%) e abuso/dependência de álcool (2,8%). Transtornos de ansiedade e depressão foram mais comuns nas mulheres, enquanto homens mais frequentemente apresentavam transtornos relacionados ao uso de drogas e transtornos de personalidade anti-social^{29, 30}.

Em 2000, foi publicado o primeiro estudo comparativo de resultados de levantamentos prospectivos realizados em sete países. Um total de 29.644 entrevistas foram realizadas em amostras populacionais, que incluíam indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, em países da América do Norte (Canadá, EUA e México), América Latina (Brasil) e Europa (Alemanha, Holanda e Turquia)³¹.

Esses levantamentos mostraram que a prevalência de transtornos mentais ao longo da vida varia amplamente entre os países. No Brasil, mais do que um terço da amostra, ou seja 36,3%, apresentou pelo menos um transtorno em algum período de suas vidas. Percentuais semelhantes foram encontrados no Canadá (37,5%), Alemanha (38,4%), Holanda (40,9%) e USA (48,6%). A prevalência foi mais baixa no México (20,2%) e na Turquia (12,2%)³¹.

No Brasil, os trabalhos verdadeiramente epidemiológicos começaram a surgir com a estimativa de freqüência de doenças mentais entre habitantes de uma região. Santana e colaboradores., em 1982, analisaram os diagnósticos das primeiras admissões em serviços psiquiátricos no Brasil, no período entre 1960 e 1974, utilizando dados registrados na Divisão Nacional de Saúde

Mental do Ministério da Saúde. Os diagnósticos mais freqüentes entre homens foram a esquizofrenia com 31,3% dos casos e alcoolismo com 38,4%. A esquizofrenia com 20,6%, as neuroses com 18,4% e as psicoses afetivas com 6,6% dos casos, foram os transtornos mais freqüentes entre mulheres³².

Posteriormente verificou-se o aparecimento de trabalhos realizados em enfermarias, ambulatórios e hospitais gerais. Três estudos, realizados em Salvador - 1977, Porto Alegre - 1983 e em São Paulo - 1987, estimaram a morbidade psiquiátrica global em unidades primárias de atenção à saúde. O primeiro deles, realizado em Salvador, avaliou 208 prontuários de adultos atendidos em centro de saúde, amostra que correspondia a 10% da população atendida, com critérios baseados no diagnóstico sugestivo de transtornos mentais e na prescrição de drogas psicotrópicas. Em 15% dos prontuários havia algum tipo de diagnóstico psiquiátrico e em 6% deles estava registrada a prescrição de tranqüilizantes³³.

Apenas em 1991, foi realizado o Estudo Multicêntrico Brasileiro de Morbidade Psiquiátrica, baseado nos critérios estabelecidos pelo ECA compatível, portanto, com os modernos estudos de morbidade psiquiátrica. Este trabalho foi conduzido em três áreas metropolitanas do Brasil (Brasília, São Paulo e Porto Alegre) e utilizou o Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos (QMPA), considerado adequado para o meio urbano brasileiro. Um total de 6.470 indivíduos foram examinados. A prevalência observada de casos que necessitavam de tratamento em um ano, portanto de interesse para o planejamento de políticas de saúde, variou de 20% a 35%. Ansiedade e fobias foram os transtornos mais comuns, afetando mais as mulheres. Entre os homens, o alcoolismo foi o mais freqüente transtorno, ocorrendo em 15% de todas as amostras, quando se considerou a vida inteira, confirmando o uso do álcool, como um dos mais importantes problemas de saúde mental no Brasil. A baixa prevalência de depressão encontrada em São Paulo e Brasília (1,4%), contrastou com a taxa de 6,7%, observada na cidade de Porto Alegre³⁴.

Em portadores de IRC, submetidos à diálise, a incidência e prevalência dos transtornos psiquiátricos ainda permanecem por ser bem estabelecida, vez que os estudos realizados utilizam metodologias diferentes que, quando comparados, podem causar vieses. Revisões realizadas estimam que transtornos psiquiátricos entre estes pacientes, variem de 10% a 70%^{34, 35, 36, 37, 38,39}.

Dentre os transtornos psiquiátricos descritos nestes estudos, a depressão e a ansiedade são as síndromes mais prevalentes, com taxas que variam de 12% a 45%, considerada também a variação dos métodos e critérios utilizados para se definir transtorno depressivo e ansiedade^{2, 3, 6, 38,39,40}.

A modalidade do tratamento oferecida aos pacientes, por sua vez, pode exercer influência na gênese destes transtornos. A prevalência de depressão é mais alta entre os pacientes de hemodiálise, quando comparados com aqueles que fazem CAPD, e com os que foram transplantados^{2,38}. Fukunish e colaboradores., em 1995, em Tóquio, estudaram 53 crianças, estando 26 delas em CAPD, e 27 transplantadas. Os autores encontraram prevalência de ansiedade em 65,4% no primeiro grupo e apenas 29.6% no grupo de transplantados⁴¹.

A importância do tempo em diálise, correlacionando-se com a adaptação ao tratamento também é objeto de pesquisa. Kutner e colaboradores., nos Estados Unidos em 1984, avaliaram 128 pacientes em programa de diálise, objetivando mensurar depressão e ansiedade através de três escalas diferentes. Aproximadamente metade, ou seja, 50% deles apresentaram sintomas clínicos relevantes destes distúrbios. Os autores observaram também correlação inversa destes sintomas, com o tempo dos pacientes em diálise. Pacientes mais antigos demonstraram maior capacidade de adaptação ao tratamento, com menos sintomas de depressão e ansiedade³⁸.

Para avaliar a morbidade causada por estes transtornos psiquiátricos nesta população, Kimmel e colaboradores., nos Estados Unidos, estudaram a

prevalência de doenças psiquiátricas em pacientes hospitalizados com insuficiência renal crônica em estágio final. De um total de 176.368 pacientes com IRC em programa de diálise, 15.701 (8,9%) foram hospitalizados com um transtorno mental. Hospitalização com doença psiquiátrica foi três vezes mais freqüente nos pacientes com insuficiência renal crônica quando comparados com portadores de outras doenças crônicas (diabetes, doença isquêmica do coração e úlcera péptica). Os autores concluíram que depressão, ansiedade e doenças ligadas às drogas foram especialmente comuns e os problemas relacionados ao diagnóstico e tratamento destas patologias representam um desafio para o nefrologista³⁹.

Vários estudos também descrevem as síndromes psiquiátricas de depressão e ansiedade, encontradas em unidades de terapia renal substitutiva como causas independentes de mortalidade^{42,43,44,45,46,47}.

Em trabalho recente, Peterson e colaboradores., utilizando o Beck Depression Inventory (foram subtraídos itens somáticos da entrevista visando evitar confusão com a severidade da doença), concluíram que depressão foi um significativo preditor de mortalidade, após um período de seguimento de dois anos⁴⁴.

Um outro exemplo foi o estudo de Wai e colaboradores. que comparou retrospectivamente a sobrevida de 204 pacientes que sobreviveram a 18 meses de seguimento, com a de 37 pacientes que morreram precocemente. Os autores encontraram maior sobrevida naqueles pacientes mais jovens, com menos sintomas de depressão e nível elevado de albumina⁴⁵.

Husebye e colaboradores também observaram que baixo ganho de peso interdialítico, tratamento em casa, poucos sintomas de depressão e falta de desejo para transplantar, se correlacionaram com mais três anos de sobrevida⁴⁶.

Outro importante trabalho avaliando a associação entre transtornos psiquiátricos e sobrevida foi realizado por Burton, Linksay e colaboradores. Em 1985, estes autores estudaram pacientes em diálise peritoneal, encontrando sobrevida entre 17 e 48 meses naqueles pacientes com melhor relacionamento familiar e poucos sintomas de ansiedade e depressão. Resultados semelhantes foram encontrados quando a avaliação foi realizada em pacientes em hemodiálise⁴⁷.

A mais grave complicação da depressão é o suicídio. Mortalidade por esta razão em pacientes com IRC tem sido reportada há décadas, tanto naqueles em diálise, como no pós-transplante renal^{45, 46, 47,48,49,50}. Estimativas de suicídio nessa população variam amplamente, na medida que se considere ou não, comportamento de não adesão à dieta, e às medicações, falta às sessões, e abandono de tratamento, como tentativa de suicídio. Se assim consideradas, as taxas podem ser tão altas quanto 400 vezes a da população geral (10 suicídios por 100.000 habitantes, em média). Abram e colaboradores, em 1971, avaliaram essas estimativas, envolvendo 127 centros de diálise, aos quais enviou questionários, obtendo dados de 3.478 pacientes. De acordo com os dados coletados, aproximadamente 5% dos pacientes levaram a cabo a intenção de cometer suicídio. Segundo os autores, o fator crucial que influencia alguns pacientes a escolher a descontinuidade do tratamento é a sua própria percepção do prognóstico da doença⁵⁰.

No Brasil, estudos e pesquisas de avaliação de transtornos psiquiátricos em portadores de IRC e nos pacientes em hemodiálise são raros. Em 2000, Almeida e colaboradores, publicaram um artigo de revisão sobre depressão e IRC no *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. Dentre as referências não se observam trabalhos nacionais, vez que foram citados apenas artigos estrangeiros, dado indicativo da escassez de estudos brasileiros⁴⁸.

Apenas foi encontrado o estudo realizado no Rio Grande do Sul por Zimmermann e apresentado no II Simpósio Internacional de Depressões Secundárias em 1999⁵¹. O autor utilizou o questionário auto aplicável Beck

Depression Inventory (B.D.I.), que possui escala de 0 a 20 pontos para avaliar 42 pacientes em programa de hemodiálise. Os resultados deste grupo, 13 pontos, foi maior do que o encontrado em 19 pacientes em programa de CAPD que apresentaram 12 pontos na escala e significativamente mais alto do que o escore dos 64 pacientes já transplantados, que foi de 7 pontos.

Finalmente, deve-se ressaltar que o presente estudo foi precedido de pesquisa sistematizada em vários periódicos como os Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Jornal de Neuropsiquiatria e Jornal Brasileiro de Nefrologia. Esta pesquisa foi infrutífera em encontrar estudos que utilizassem entrevistas padronizadas para avaliação de distúrbios psiquiátricos em pacientes com IRC. A revisão de literatura, realizada no banco de dados Cochrane e no Medline, também não resultou no encontro de artigos publicados, que tenham utilizado entrevistas estruturadas, como o M.I.N.I. ou o C.I.D.I. na avaliação de transtornos psiquiátricos em portadores de IRC.

2.4 FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM HEMODIÁLISE

A análise da ocorrência de determinados sintomas no âmbito de uma população leva em consideração a existência de “fatores de risco”. Algumas variáveis sócio demográficas e clínicas associadas à ocorrência de transtornos psiquiátricos em pacientes com IRC em programa de diálise merecem destaque.

2.4.1 Gênero

Número expressivo de estudos reportam maior ocorrência de transtornos psiquiátricos em mulheres, principalmente depressão, na razão de 2:1. Uma variedade de hipóteses tem sido elaborada para explicar essas taxas: 1) as mulheres expressariam maior intensidade de sintomas depressivos quando com níveis similares de estresse; 2) mudanças biológicas e psicológicas que se

associam aos períodos pré-menstruais, de pós-parto e do climatério, seriam responsáveis por taxas aumentadas de depressão em mulheres; 3) personalidade passiva, baixa auto-estima e dependência financeira mais relatada em mulheres, predisporiam ao aparecimento de transtornos afetivos^{26,52}. Alguns estudos de prevalência de depressão em unidades de hemodiálise confirmam taxas maiores nas mulheres^{52,53,54,55}. Por outro lado, mulheres experimentam melhor sobrevida em tratamento dialítico, quando comparadas com os homens^{43,52,54,56,57}.

2.4.2 Idade

Pesquisas em comunidades são concordantes em sugerir maior prevalência de depressão em adultos com idade entre 18 e 44 anos^{6,27,29,38,58,59}. Weissman e colaboradores encontraram taxas mais altas de depressão em mulheres com idade menor que 35 anos, enquanto que o pico de prevalência nos homens, ocorreu naqueles com idade entre 55 e 75 anos²⁷.

Em estudo multicêntrico realizado na Espanha, em 1996⁶⁰ foi avaliada a qualidade de vida de 1013 pacientes em tratamento dialítico para identificação de fatores que pudessem afetá-la. Idade foi uma das variáveis mais fortemente relacionadas com a deterioração das condições físicas e psicológicas dos pacientes. Outros estudos têm mostrado que a qualidade de vida deteriora-se com a idade. Kimmel e colaboradores, encontraram correlação inversa no escore Karnofsky, entre idade e outros fatores como depressão, participação social e severidade da doença³⁹. Entretanto, quando se avalia especificamente o impacto da IRC nos idosos em programa de diálise, eles aceitam mais a doença, sentindo-se mais satisfeitos com a própria vida e quando são incluídos em programa de apoio e psicoterapia terminam alcançando melhores resultados do que os jovens^{46,59}.

2.4.3 Estado civil

Percentuais diferentes de alterações psiquiátricas tem sido reportadas de acordo com o estado civil. Pessoas separadas ou divorciadas, e viúvas têm maior prevalência de transtornos psiquiátricos do que solteiros e casados. Dentro desse ultimo grupo, os casados apresentam menores taxas do que os solteiros^{54, 55, 58,59,61,62,63}.

2.4.4 Moradia urbana X rural

Não existem dados conclusivos que demonstrem prevalência diferente dos transtornos psiquiátricos, quando se considera a localização da moradia. Alterações psiquiátricas mais freqüentes em centros urbanos, apenas são confirmadas quando se avaliam neuroses e distúrbios de personalidade^{27,45,53}. O domicílio dos pacientes em tratamento dialítico deve ser considerado como variável importante, vez que inexistem clinicas de hemodiálise em cidades de pequeno porte, o que obriga deslocamentos sistemáticos (três vezes por semana) dos pacientes, muitas vezes em precárias condições de viagem, o que repercute diretamente na qualidade de vida.

2.4.5 Ocupação

Desemprego, baixo nível educacional e baixa renda são associados e influenciam a qualidade de vida de pacientes com IRC. Geralmente, a percentagem de pacientes que continuam a trabalhar é baixa (entre 19% e 30% em algumas séries do exterior), com vários fatores afetando a sua capacidade de trabalho^{3, 64, 65}. Vários outros estudos também associam o emprego e a atividade física, com depressão e ansiedade^{2,3,65,66}. No Brasil não existem dados estatísticos acerca deste problema, embora seja provável a sua ocorrência, pelas enormes dificuldades sociais existentes no País.

2.4.6 Tempo em tratamento

Trabalhos publicados têm demonstrado correlação entre tempo de diálise e melhor adequação do paciente ao tratamento. Kutner em 1985 avaliou 128 pacientes em diálise, correlacionando depressão e ansiedade com tempo em tratamento, tendo encontrado correlação inversa, estatisticamente significativa³⁸. Livesley estudou pacientes com tempo médio em diálise de 3.3 anos, e concluiu que o longo tempo em tratamento contribuiu para a baixa prevalência dos transtornos psiquiátricos encontrados⁶⁷.

2.4.7 Adequação em diálise

A partir dos estudos do NCDS, utiliza-se a medida do Kt/V como um indicador de efetividade da diálise. Valores iguais ou superiores a 1.2 são considerados ideais, enquanto medidas inferiores a 1.0 são associadas a maior morbidade. Estudos prospectivos e randomizados têm mostrado melhora no bem estar geral e nos sintomas relacionados com a diálise, naqueles pacientes com a “dose” de diálise mais adequada^{68,69}. Alguns grupos relatam grande impacto na qualidade de vida dos pacientes que têm uma “dose” maior e diária de diálise e que fazem até sete sessões por semana. Kooistra e colaboradores., demonstraram melhora significativa nos sintomas subjetivos de energia (através do Nottingham Health Profile), funções físicas e de saúde mental (se utilizando o SF-36) e nos sintomas de fadiga naqueles pacientes com “maior” dose de diálise⁷⁰. Outros parâmetros, como o tipo de membrana do capilar – filtro utilizado na diálise - (celulose ou sintética), e o tampão utilizado no concentrado (acetato X bicarbonato), entretanto, tem falhado em demonstrar sua influência na melhora da qualidade de vida destes pacientes⁶⁰.

2.4.8 Anemia

A anemia usualmente presente na IRC é um dos mais importantes fatores limitantes envolvidos na reabilitação dos pacientes. Acompanhada por uma constelação de sintomas, potencializa sintomas urêmicos e psicológicos, alterando

a eletrofisiologia cerebral, piorando funções cognitivas, causando confusão, fadiga e diminuição da capacidade de concentração^{71,72,73}. Em estudo realizado por Cardenas em 1982, em 137 pacientes com IRC, a queixa de fadiga foi associada significativamente à depressão⁷⁴. Estudos de pacientes tratados com eritropoetina têm demonstrado influência da anemia na qualidade de vida dos pacientes em diálise^{71,72,75}. Embora o nível de hematócrito “alvo” nestes estudos tenha sido diferente, todos os pacientes apresentaram melhora no nível de atividade, sono, mobilidade, apetite, relações sociais e força muscular^{71,72,75}.

Outros fatores podem estar envolvidos na expressão de problemas psiquiátricos em renais crônicos, tais como: a) demência associada à diálise. b) encefalopatia urêmica. c) depressão associada com hiperparatireoidismo. d) uso de drogas potencialmente causadoras de distúrbios psiquiátricos, como anti-hipertensivos, sedativos, metoclorpramida e esteroides. e) patologias associadas como diabetes, lúpus eritematoso sistêmico, etc f) historia pregressa de distúrbios psiquiátricos^{75,76,77,78}.

2.5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

O estudo de prevalência está descrito na literatura, como aquele no qual causa e efeitos são aferidos num mesmo momento. Mais recentemente, em 1999, Almeida e colaboradores⁷⁹ referiram que, “apesar de não representar o ideal metodológico da epidemiologia moderna, esse desenho de pesquisa tem sido o mais empregado na prática concreta de investigação no campo da Saúde Coletiva”, identificando entre os seus subtipos, os estudos em populações especiais, onde podem ser incluídos os pacientes portadores de IRC. Uma das principais limitações desse desenho de pesquisa, segundo Mendes, é que, quando comparado aos estudos de coorte e de caso-controle, apresenta frágeis evidências para indicar causalidade, por não poder afirmar com precisão que a exposição precedeu o efeito⁸⁰.

Entrevistas estruturadas, por sua vez, estão sendo utilizadas com frequência crescente em psiquiatria. Em contraste com as usuais consultas clínicas, estas entrevistas possibilitam comparações entre centros diversos, tem a capacidade de reduzir a variabilidade no diagnóstico e estimulam os estudos colaborativos internacionais, promovendo a adoção de critérios para os diagnósticos psiquiátricos⁷. Apesar das óbvias vantagens, como facilidade de administração, especificidade e sensibilidade, devem ser usadas como complemento, e não como substituto da avaliação clínica especializada^{78,81}.

Em meados dos anos oitenta, a Organização Mundial de Saúde estimulou o desenvolvimento de uma entrevista estruturada de pesquisa diagnóstica psiquiátrica similar ao DIS, que pudesse fornecer um diagnóstico válido e confiável em várias línguas. Foi então criado e validado o Composite International Diagnostic Interview (CIDI) e sua primeira versão foi publicada em 1990, após uma série de estudos multicêntricos, realizada por um grupo de colaboração internacional que incluiu os critérios da Classificação Internacional das Doenças. Esta primeira versão do CIDI sofreu posterior revisão para incluir os critérios diagnósticos do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), hoje amplamente utilizado nos EUA²⁸.

Por sua vez, testes psicológicos para avaliação da prevalência destes transtornos em portadores de IRC em programa de diálise apresentam limitações, basicamente pela existência de três problemas: 1) Nas pesquisas com estes pacientes, o tamanho da amostra é geralmente pequeno, o que torna difícil a generalização dos resultados; 2) Os autores costumam não descrever adequadamente o modo de seleção dos pacientes, não reportando informações importantes; 3) Finalmente, a heterogeneidade das amostras estudadas pode afetar as conclusões e tornar os resultados viciados. Variáveis como idade, educação, local de tratamento, sexo, método de tratamento, patologias associadas, número e quantidade de drogas ingeridas, além de tempo no programa de diálise, conferem às populações em diálise características muito peculiares, limitando a validação e generalização dos resultados^{79, 81,82}.

Vários questionários de avaliação de qualidade de vida e bem estar psicológico tem sido utilizados em pacientes com IRC, embora a maioria deles não seja validada para este sub-grupo de pacientes. Apenas alguns são específicos e estão atualmente em uso. Destes, provavelmente o primeiro questionário a ser utilizado foi o *Karnofsky Index* (KI), originariamente desenvolvido para pacientes com neoplasias, mas que, pela sua simplicidade, teve seu uso estendido para uso em pacientes com IRC^{81,82}. Nestes pacientes sua utilidade está comprovada como fator preditivo de mortalidade^{82,83}. Outros exemplos de questionários específicos são o *Kidney Disease Questionnaire*, o *Kidney Disease Quality of Life (KDQOL)*, e o *Dialysis Quality of Life*⁸⁴. A confiabilidade e validade principalmente do KDQOL têm sido apoiadas por vários estudos. Dados preliminares de estudo multicêntrico americano e europeu demonstram sua capacidade de prever hospitalização e mortalidade em pacientes em programas de diálise⁸⁴. Entretanto, nenhum deles fornece a oportunidade de diagnosticar rapidamente os transtornos psiquiátricos mais prevalentes desta população, utilizando-se do próprio *staff*, sem treinamento de psiquiatria, para realizar as entrevistas no âmbito das próprias unidades de diálise. Estes questionários possuem, como principal característica, itens que avaliam indiretamente a presença de alterações da saúde mental, gerando respostas em escalas numéricas que refletem melhor ou pior qualidade de vida^{86,87}.

O presente trabalho utilizou o Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), instrumento padronizado de diagnóstico de transtornos psiquiátricos que, embora inespecífico, é validado internacionalmente. De fácil e rápida aplicabilidade, o MINI contempla os transtornos psiquiátricos mais prevalentes, sendo capaz, portanto, de reconhecê-los precocemente, possibilitando a elaboração de estratégias efetivas de tratamento⁷.

Na maioria das situações, uma vez caracterizados e diagnosticados, estes transtornos psiquiátricos requerem tratamentos, que estão disponíveis e apresentam níveis aceitáveis de efetividade e segurança^{6,88}.

3. OBJETIVO

Estudar a prevalência e padrão dos transtornos psiquiátricos em população de pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica em programa de hemodiálise correlacionando-os com variáveis clínicas e sócio-demográficas e verificando a possível associação destas variáveis com a ocorrência dos transtornos psiquiátricos encontrados.

4. PACIENTES E MÉTODOS

4.1 MODELO DO ESTUDO

Estudo de corte transversal.

4.2 LOCAIS DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em duas clínicas satélites de nefrologia no Estado da Bahia. Uma localizada em Salvador e outra em Feira de Santana, cidade a 108 km da capital.

A cidade de Salvador, capital do Estado da Bahia, é a terceira cidade do país em população, com 2.440.828 habitantes. Situada no Nordeste do Brasil, no recôncavo baiano, é constituída de uma parte continental, onde se localiza o distrito sede e outra insular, composta por diversas ilhas e ilhotas. A posição longitudinal da cidade imprime-lhe características de clima quente úmido, com temperatura média anual de 25,5°C. Sua condição litorânea oriental assegura-lhe umidade relativa do ar da ordem de 80%, com alto índice de precipitação pluviométrica ao longo do ano. O município ocupa o espaço territorial de 709,50 Km².⁹

Feira de Santana, segunda maior cidade do Estado da Bahia, situada na Região Centro-Norte, forma com outros municípios a micro-região de Feira de Santana. Está localizada no maior entroncamento rodoviário do Norte/Nordeste do país, ocupando área de 1.854 Km². Oitenta e cinco por cento da sua população de 481.137 habitantes estão na zona urbana⁹⁰.

A clínica localizada em Salvador mantém em programa de hemodiálise crônica 140 pacientes, enquanto que a de Feira de Santana, mais 300

pacientes. Embora as duas clínicas mantenham convênios com varias instituições, a quase totalidade dos pacientes está vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Ambas são equipadas com maquinas de proporção e possuem água tratada por osmose reversa. Todos os pacientes dialisam três dias por semana em sessões de quatro horas, cada. Com 440 pacientes em programa, de um total de 1.700 que dialisam no estado da Bahia, a amostra estudada representa quase 30% do total de pacientes do estado.

4.3 PERÍODO DO ESTUDO

Outubro de 2001 a fevereiro de 2002.

4.4 AMOSTRA

A amostra foi constituída por 246 pacientes que fazem hemodiálise regular nas duas clínicas, que convidados, concordaram em participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (**Anexo B**). A escolha dos 246 pacientes foi realizada por randomização simples, sendo incluídos 152 pacientes da clinica de Feira de Santana e 94 pacientes da clinica de Salvador.

4.5 CÁLCULO DO TAMANHO AMOSTRAL

Foi utilizada a seguinte formula para se estabelecer o tamanho da amostra⁹¹:

$$N = \frac{((P2) \times (1-P2)) \times ((Za/ GP)^2)}{}$$

Onde:

P2 = prevalência estimada de transtornos psiquiátricos em pacientes em programa de hemodiálise = 20% ou 0,20

1-P2 = complemento de P2

Za = intervalo de confiança de 95% = 1,96

GP = grau de precisão = 5% ou 0,05

Aplicando-se a fórmula : **N = 246**

4.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Idade igual ou maior que 16 anos.
- Ser portador de IRC terminal e estar em programa de hemodiálise nas unidades do estudo há mais de 30 dias.
- Ter concordado em participar do estudo e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.
- Encontrar-se em condições clínicas estáveis, não tendo sido internado nos últimos 15 dias.

4.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pacientes que não aceitaram participar do estudo.
- Idade menor que 16 anos.
- História psiquiátrica pregressa.
- Internamento nos últimos 15 dias.
- Início no programa de diálise nos últimos 30 dias.

4.8 CRITÉRIOS ÉTICOS

O protocolo do estudo foi submetido a análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz – FIOCRUZ, que considerou

que o projeto atendia aos princípios éticos de autonomia, beneficência, não maleficência, equidade e justiça. Foi julgado aprovado, conforme o parecer número 07/2001 (**Anexo C**).

4.9 RECRUTAMENTO

Todos os pacientes do programa de diálise das clínicas foram solicitados a participar do estudo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, após orientação prestada pelo corpo de enfermagem (**Anexo B**). Todos os pacientes que preenchiam os critérios de inclusão participaram do processo de randomização.

4.10 COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

As entrevistas foram realizadas por uma médica psiquiatra treinada na utilização do Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), entre os meses de outubro de 2001 e fevereiro de 2002. A identificação dos participantes constou na ficha de identificação do questionário. As entrevistas aconteceram nas próprias clínicas, em consultórios individuais, antes ou depois da hemodiálise dos pacientes.

Todos os dados do questionário foram processados em base eletrônica através dos programas estatísticos EPI INFO versão 6.4 e o SPSS Windows versão 9.0.

A correção dos dados foi realizada através da análise de consistência e busca de erros de registro, que foram retificados quando encontrados, por recuperação dos questionários.

4.11 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

Foram definidas variáveis sócio-demográficas e clínicas de acordo com evidências demonstradas na literatura de que poderiam estar associadas à ocorrência de transtornos psiquiátricos.

4.11.1 Gênero

Incluiu as categorias masculinas e femininas.

4.11.2 Idade

Foram consideradas as quatro seguintes faixas etárias : até 20 anos; de 21 a 40 anos; de 41 a 60 anos e superior a 61 anos .

4.11.3 Ocupação

Situação atual, categorizados como:

- 1) aposentado;
- 2) estudante;
- 3) sem ocupação
- 4) empregado.

4.11.4 Moradia

Foram consideradas moradias “rurais”, quando a unidade de diálise situava-se a mais de 50 km da residência e “urbana”, nos demais casos, quando o domicílio situava-se a menos de 50 km do centro de diálise.

4.11.5 Estado civil

Categorizados como:

- 1) casado;
- 2) solteiro;
- 3) viúvo
- 4) separado.

4.11.6 Tempo em tratamento

Em meses ininterruptos no programa de diálise, foram estratificados em 6 faixas:

- 1) inferior a 12 meses;
- 2) de 13 a 24 meses;
- 3) de 25 a 36 meses;
- 4) de 37 a 48 meses;
- 5) de 49 a 60 meses;
- 6) superior a 61 meses.

4.11.7 KTV

Este índice de adequação de diálise possui valores considerados ideais próximos de 1.2. Deste modo, foram escolhidas quatro faixas de adequação à diálise: 1) inferior a 0.80; 2) de 0.81 a 1.20; 3) de 1.21 a 1.60; 4) superior a 1.61.

4.11.8 Hemoglobina

A taxa de hemoglobina de 9.0 g% foi definida como o ponto de corte (indicando anemia com provável sintomatologia). Foram então utilizados três faixas: 1) abaixo de 9g%; 2) de 9.1g% a 13g% e 3) superior a 13.1g%.

Quadro 1 – Variáveis selecionadas

SÓCIO-DEMOGRÁFICAS		CLÍNICAS
01	Sexo	Tempo em diálise
02	Idade	Hemoglobina
03	Estado Civil	Kt/V
04	Ocupação	
05	Moradia	

4.12 MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Os pacientes foram submetidos ao M.I.N.I., uma entrevista padronizada, com tempo de administração de aproximadamente 15 minutos, que foi desenvolvida por psiquiatras e clínicos dos Estados Unidos e Europa para o diagnóstico de transtornos psiquiátricos. Este questionário leva em consideração o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição) e o ICD-10 (Classificação Internacional de Doenças). O M.I.N.I. está dividido em 17 módulos identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica (**Quadro 2**). As entrevistas que podem ser realizadas por clínicos após um breve período formação, possui como base, perguntas precisas sobre os problemas psicológicas dos pacientes, dos quais se espera respostas, tipo “sim” ou “não”. No final de cada módulo, o entrevistador pode verificar se os critérios diagnósticos foram ou não preenchidos⁷.

Quadro 2 – Módulos diagnósticos do Mini

MÓDULOS		PERÍODOS EXPLORADOS
A	Episódio Depressivo Maior (EDM)	Atual (2 últimas semanas) + vida inteira
A'	EDM com características melancólicas	Atual (2 últimas semanas)
B	Distímia	Atual (2 últimos anos)
C	Risco de Suicídio	Atual (último mês)
D	Episódio (Hipo)maníaco	Atual + vida inteira
E	Transtorno de pânico	Vida inteira + atual (último mês)
F	Agorafobia	Atual
G	Fobia Social	Atual (último mês)
H	Transtorno Obsessivo-Compulsivo	Atual (último mês)
I	Transtorno de Estresse Pós Traumático	Atual (último mês)
J	Dependência/Abuso de Álcool	Atual (12 últimos meses)
K	Dependência/Abuso de Substâncias	Atual (12 últimos meses)
L	Síndrome Psicótica	Vida inteira + atual
M	Anorexia Nervosa	Atual (3 últimos meses)
N	Bulimia Nervosa	Atual (3 últimos meses)
O	Transtorno de Ansiedade Generalizada	Atual (6 últimos meses)
P	Transtorno da Personalidade Anti-Social	Vida inteira

4.13 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Para a construção do banco de dados e as análises necessárias, foram utilizados os programas Epi-Info v 6.4 e o SPSS Windows v.9.0.

Na análise descritiva, foram obtidas as freqüências simples para as variáveis categóricas, as medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas, analisando-se graficamente a natureza das distribuições.

Foram observadas também as prevalência dos efeitos, de acordo com as covariáveis de interesse, analisando-se as diferenças entre as categorias através do teste do qui-quadrado.

No estudo exploratório da associação entre as exposições (variáveis independentes) e os sintomas psiquiátricos (variáveis dependentes), procedeu-se

inicialmente a identificação de dados perdidos que foram corrigidos, quando necessárias. Valores extremos foram checados e confirmados.

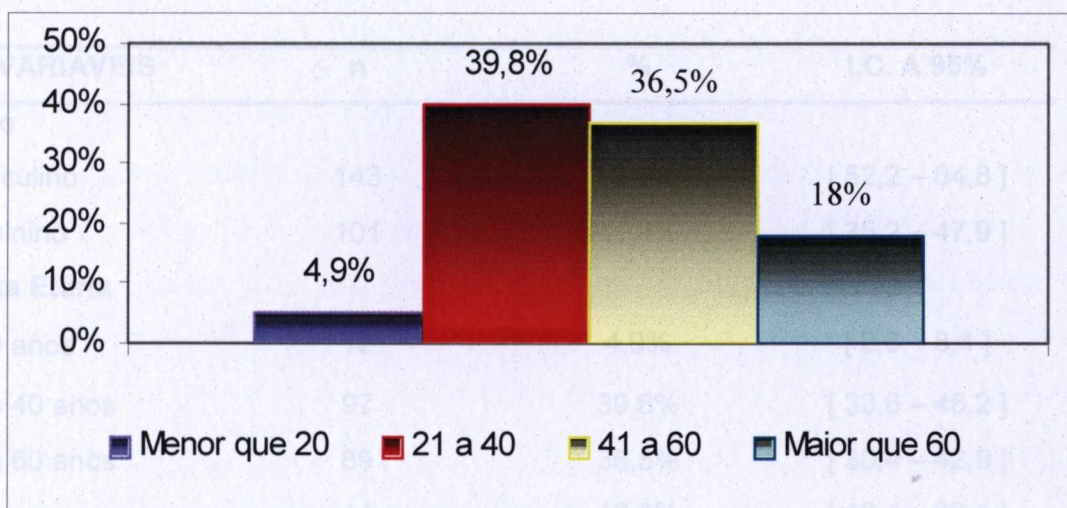
Para a análise dos dados, foram utilizadas medidas de ocorrência (prevalência) e medidas de associação (razão de prevalência, diferença de prevalência). As magnitudes das associações entre as exposições e os transtornos psiquiátricos sob estudo foram estimadas através das medidas de associação (Razão de Risco) e os seus respectivos Intervalos de Confiança a 95%. O nível de significância adotado nos testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

5. RESULTADOS

Dos 140 pacientes da Clínica de Salvador e dos 300 da Clínica de Feira de Santana convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, apenas 12 (2.75%) não concordaram em participar do estudo. O total de 246 pacientes, representando 57.5% da população das duas clínicas assinaram o termo de consentimento e foram escolhidos por randomização simples. O tempo decorrido entre as assinaturas dos termos de consentimento e randomização, até a realização das entrevistas foi de aproximadamente 40 dias. O intervalo entre as primeiras entrevistas e as últimas foi de 50 dias. À exceção de dois pacientes que não responderam ao questionário (um por motivo de transferência e outro por morte), os outros 244 participaram da entrevista, correspondendo portanto a 99,2% da amostra originalmente calculada. Todas as entrevistas foram realizadas em consultórios individuais no interior das unidades de diálise com tempo médio de aplicação de $12,11 \pm 1,99$ minutos. O tempo máximo de aplicação se deu em 19 minutos e o tempo mínimo em sete minutos.

5.1 VARIÁVEIS SÓCIO – DEMOGRÁFICAS

A idade média dos 244 participantes foi de $44,5 \pm 15,2$ anos, sendo a idade mínima de 16 e a máxima de 78 anos. Foram entrevistados somente 12 pacientes (4,95%) com idade abaixo de 20 anos. A grande maioria dos pacientes, 186 deles (76,3%), tinha entre 21 e 60 anos. Quarenta e quatro pacientes, que correspondiam a 18% da amostra, tinham mais de 60 anos. O **gráfico 1** ilustra a distribuição por idade.

Gráfico 1. Faixa etária dos pacientes em anos

O percentual de homens na amostra foi de 58,6%. Apenas 17,8% do total estavam empregados ou eram estudantes, portanto desempenhavam atividades regulares. O número de aposentados foi de 141 pacientes (57,8%). Em relação ao estado civil, cerca da metade dos pacientes (121), ou seja 49,8%, era casado. Os solteiros correspondiam ao percentual de 41,8%, com 102 pacientes, e apenas 8,6% estavam separados (11 pacientes) ou eram viúvos (10 pacientes). A maioria dos pacientes, 76,1%, morava em localidades a menos de 50 km das unidades de diálise. A **tabela 1** sumariza as características sócio-demográficas da amostra, com os percentuais encontrados e seus respectivos intervalos de confiança.

Urbano	185	76,10%	[69,9 – 81,3]
Rural	58	23,90%	[18,6 – 29,5]
Total	243	100%	

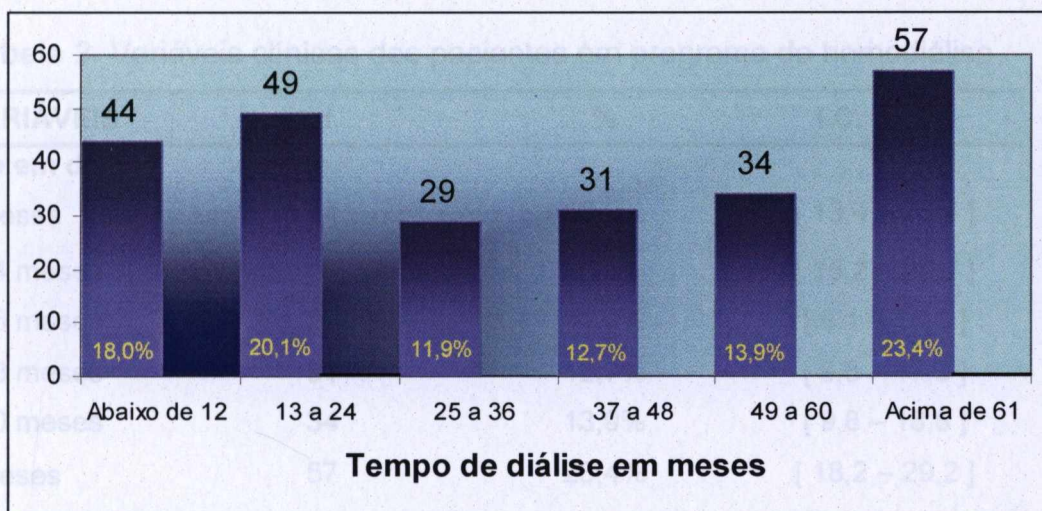
Tabela 1. Variáveis sócio-demográficas dos pacientes em programa de hemodiálise

VARIÁVEIS	n	%	I.C. A 95%
Sexo			
Masculino	143	58,6%	[52,2 – 64,8]
Feminino	101	41,4%	[35,2 – 47,9]
Faixa Etária			
≤ 20 anos	12	4,9%	[2,6 – 8,4]
21 a 40 anos	97	39,8%	[33,6 – 46,2]
41 a 60 anos	89	36,5%	[30,4 – 42,9]
≥ 61 anos	44	18,0%	[13,4 – 23,4]
Estado Civil			
Casado	121	49,6%	[43,2 – 56,0]
Solteiro	102	41,8%	[35,5 – 48,3]
Viúvo	10	4,1%	[2,0 – 7,4]
Separado	11	4,5%	[2,3 – 7,9]
Ocupação			
Aposentado	141	57,8%	[51,3 – 64,1]
Estudante	24	9,8%	[6,4 – 14,3]
Doméstico	55	22,5%	[17,3 – 28,3]
Empregado	19	7,8%	[4,8 – 11,9]
Domicílio			
Urbano	185	76,10%	[69,9 – 81,1]
Rural	58	23,90%	[18,6 – 29,6]
Total	244	100%	

5.2 VARIÁVEIS CLÍNICAS

O tempo de permanência dos pacientes em programa de diálise variou de 3 meses, até o máximo de 239 meses. A média em anos foi de $3,51 \pm 2,91$. Quando categorizados, o percentual de pacientes com menos de 12 meses foi de 18,0%. Entre 13 e 24 meses o percentual foi de 20,1%. Quase 62% dos pacientes, ou seja, 151 pacientes se encontravam em programa de diálise há mais de 2 anos, 29 deles, entre 2 e 3 anos (11,9%) e 31 pacientes entre 3 e 4 anos (12,7%). Noventa e um pacientes (37,5%), portanto, mais do que um terço permaneciam em diálise há mais de 4 anos. Uma paciente dialisava há exatos 20 anos. O **gráfico 2** ilustra estes números.

Gráfico 2. Número de pacientes por tempo em programa de diálise



A média da hemoglobina foi de $10,23 \pm 1,7$ g %, com valor mínimo de 5,5 g % e o máximo de 16,2 g %. Foram encontrados 65 pacientes (26,6%) com hemoglobina abaixo do ponto de corte de 9.0g%,. O maior número de pacientes apresentou hemoglobina entre 9.1g% e 13g% (161 pacientes - 66%). Apenas 16 pacientes foram examinados com hemoglobina acima de 13g, representando um percentual de 6,6%.

O Kt/V variou entre 0,63 e 2,17, sendo a média $1,35 \pm 0,32$. Apenas 8 pacientes (3,3%) estavam com o Kt/V abaixo de 0.8. Quando categorizados nas 3 faixas de estratificação, 17 pacientes (7,0%) estavam com o índice abaixo de 0,9. A grande maioria deles, 152 pacientes (62,3%), apresentaram Kt/V superior a 1.21. Setenta indivíduos (28,7%), tinham o índice entre 0,91 e 1,2. A **tabela 2** sumariza estes dados.

Tabela 2. Variáveis clínicas dos pacientes em programa de hemodiálise

VARIÁVEIS	n	%	I.C. a 95%
Tempo em diálise			
≤ 12 meses	44	18,0%	[13,4 – 23,4]
13 a 24 meses	49	20,1%	[15,2 – 25,7]
25 a 36 meses	29	11,9%	[8,1 – 16,6]
37 a 48 meses	31	12,7%	[8,8 – 17,5]
49 a 60 meses	34	13,9%	[9,8 – 18,8]
≥ 61 meses	57	23,4%	[18,2 – 29,2]
Hemoglobina			
≤ 9.0 g %	65	26,6%	[21,2 – 32,7]
9.1 a 13.0 g %	161	66,0%	[59,7 – 71,9]
≥13.1	16	6,6%	[3,8 – 10,4]
KTV			
≤ 0.9	17	7,0%	[4,1 – 10,9]
0.91 a 1.2	70	28,7%	[23,1 – 34,8]
≥1.21	152	62,3%	[58,9 – 68,4]
Total	244	100%	

5.3 TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

A **tabela 3** apresenta as taxas de prevalência encontradas na amostra dos 244 pacientes examinados, com todos os 17 módulos que o questionário compreende sendo representados.

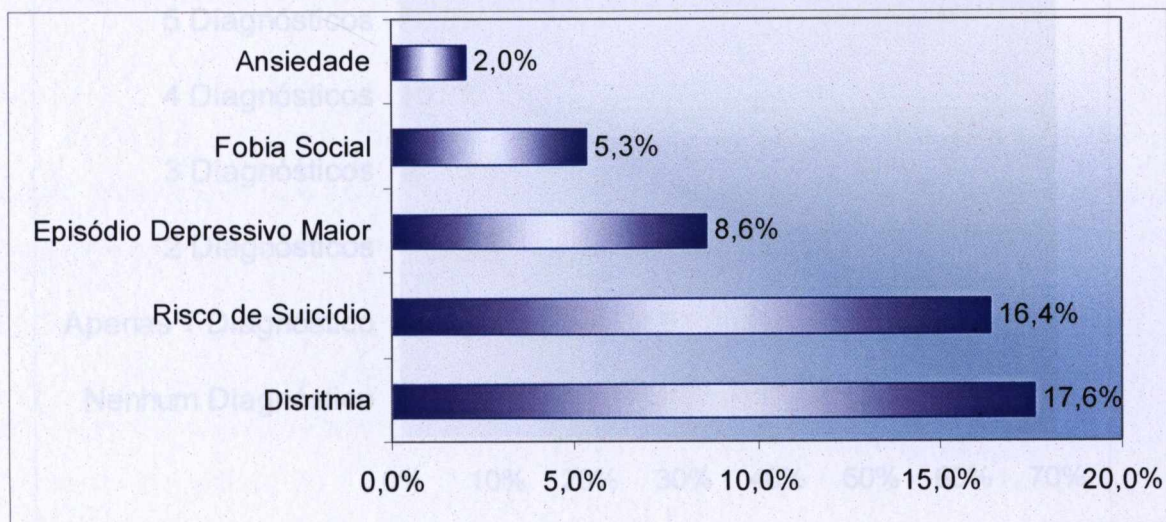
Os transtornos mais comuns encontradas foram 1) *dístimia* em 43 pacientes (17,6%), 2) *risco de suicídio*, em 40 pacientes (16.4%), 3) *episódio depressivo maior* em 21 pacientes (8,6%) e 4) *fobia social* em 13 pacientes (5,3%). O **gráfico 3** ilustra estes dados.

Dos 40 pacientes que apresentavam *risco de suicídio*, apenas um teve este risco classificado como elevado, em cinco, o risco foi considerado como médio, e a grande maioria deles, 34, que corresponde a 85% apresentou *risco leve*.

Alguns distúrbios foram pouco freqüentes. A *ansiedade generalizada*, por exemplo esteve presente em cinco pacientes (2%). Foram detectados *síndrome psicótica*, *ansiedade generalizada* e *abuso de álcool* em três pacientes (1,2%) da amostra. Não foram diagnosticados, *anorexia nervosa*, *transtorno de pânico*, *transtorno obsessivo compulsivo*, nem *dependência de drogas*. *Bulimia nervosa* foi diagnosticada em apenas um paciente.

Tabela 3. Prevalência dos transtornos psiquiátricos encontrados na amostra

TRANSTORNOS	n	Presente (%)	I.C. (95%)	n	Ausente (%)	I.C. (95%)	TOTAL
Episódio Depressivo Maior	21	(8,6%)	[5,1 – 12,1]	223	(91,4%)	[87,9 – 94,9]	244
Episódio Depressivo Passado	5	(2,0%)	[0,3 – 3,8]	235	(96,3%)	[96,1 – 99,7]	244
Episódio Depressivo com Características Melancólicas	8	(3,3%)	[1,0 – 5,5]	236	(96,7%)	[94,5 – 99,0]	244
Distímia	43	(17,2%)	[12,8 – 22,4]	201	(82,4%)	[77,6 – 87,2]	244
Risco de Suicídio	40	(16,4%)	[11,7 – 21,0]	204	(83,6%)	[79,0 – 88,3]	244
Episódio Hipomaniaco	0	(0%)	-	244	(100,0%)	-	244
Transtorno de Pânico	0	(0%)	-	244	(100,0%)	-	244
Agorafobia	3	(1,2%)	[0,2 – 2,6]	241	(98,8%)	[97,4 – 100,0]	244
Fobia Social	13	(5,3%)	[2,5 – 8,1]	231	(94,7%)	[91,9 – 97,5]	244
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	0	(0%)	-	244	(100,0%)	-	244
Transtorno de Estresse Pós-Traumático	0	(0%)	-	244	(100,0%)	-	244
Dependência / Abuso de Álcool	3	(1,2%)	[0,2 – 2,6]	241	(98,8%)	[97,4 – 100,0]	244
Dependência / Abuso de Substâncias	0	(0%)	-	244	(100,0%)	-	244
Síndrome Psicótica	3	(1,2%)	[0,2 – 2,6]	241	(98,8%)	[97,4 – 100,0]	244
Anorexia Nervosa	0	(0%)	-	244	(100,0%)	-	244
Bulimia Nervosa	1	(0,4%)	[0,4 – 1,2]	243	(99,6%)	[98,8 – 100,0]	244
Transtorno de Ansiedade Generalizada	5	(2,0%)	[0,3 – 3,8]	239	(97,9%)	[96,2 – 99,7]	244
Transtorno da Personalidade Anti-Social	1	(0,4%)	[0,4 – 1,2]	243	(98,8%)	[98,8 – 100,0]	244

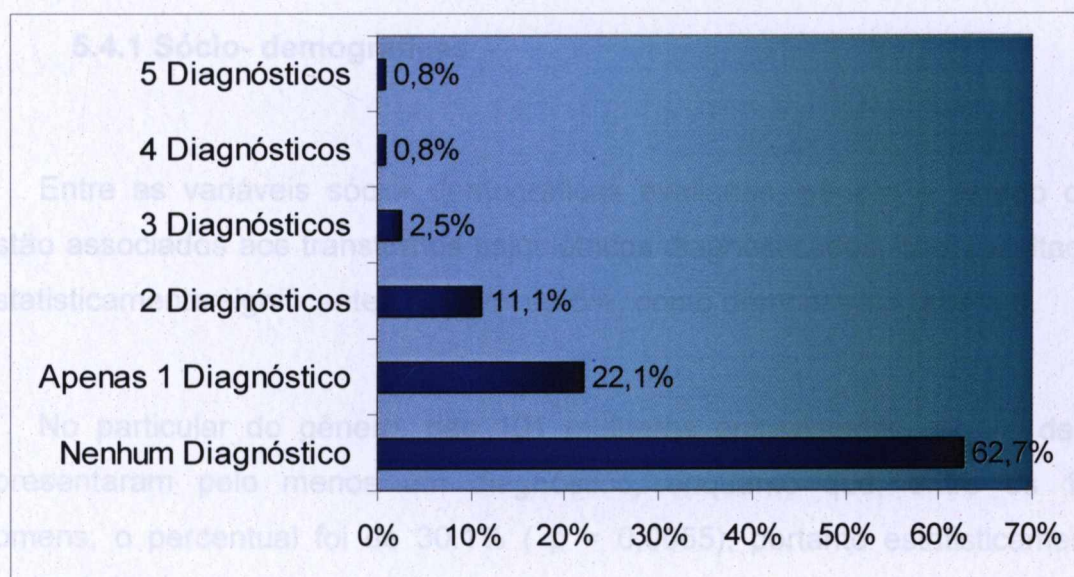
Gráfico 3. Percentuais dos transtornos mais frequentes encontrados

A análise da prevalência dos diagnósticos apresentados por cada paciente estão representadas na **tabela 4**. A prevalência dos que apresentaram um diagnostico foi de 22,1% (54 pacientes). Vinte e sete pacientes (11,1%) tiveram dois diagnósticos, seis deles apresentaram três diagnósticos e apenas dois pacientes apresentaram quatro transtornos. Outros dois pacientes apresentaram cinco transtornos. Estas frequências estão representadas no **gráfico 4**.

Tabela 4. Número de diagnósticos em cada paciente

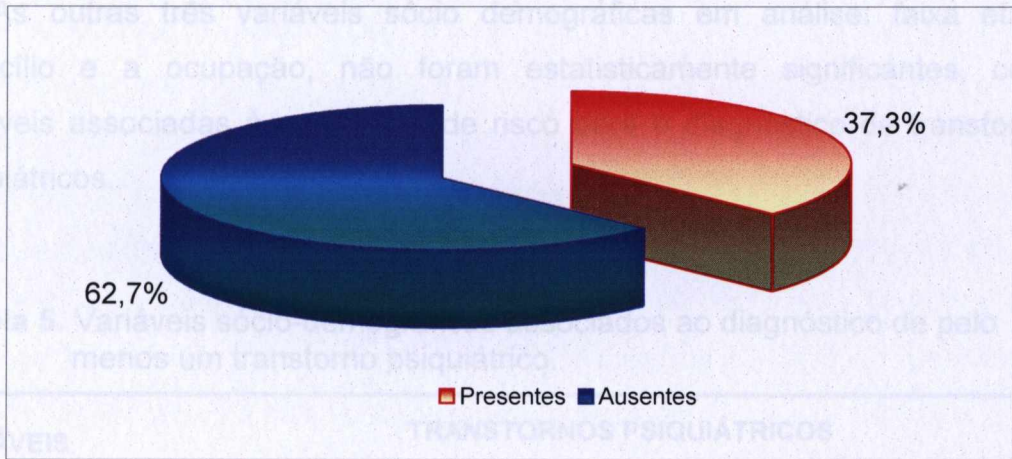
Nº DE DIAGNÓSTICOS	N	%
Nenhum	153	62,7%
Apenas 1	54	22,1%
2	27	11,1%
3	6	2,5%
4	2	0,8%
5	2	0,8%
Total	91	37,3%

Gráfico 4. Números de diagnósticos expressos por paciente



Quando considerados em conjunto, mais do que um terço, ou seja, 91 pacientes (37,3%) apresentaram algum transtorno psiquiátrico. O total de 153 pacientes (62,7%) não apresentou diagnóstico de transtorno psiquiátrico. O gráfico 5 representa estas proporções.

Gráfico 5. Prevalência dos transtornos psiquiátricos encontrados quando considerados em conjunto



5.4 VARIÁVEIS ASSOCIADAS AOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS ENCONTRADOS

5.4.1 Sócio- demográficas

Entre as variáveis sócio- demográficas avaliadas, gênero e estado civil estão associados aos transtornos psiquiátricos diagnosticados, com resultados estatisticamente significantes ao nível de 5%, como demonstra a **tabela 5**.

No particular do gênero, das 101 mulheres entrevistadas, 47.5% delas apresentaram pelo menos um diagnóstico, enquanto que, entre os 143 homens, o percentual foi de 30.1% (p = 0,0055), portanto estatisticamente significativa.

Dos 121 pacientes casados examinados, 29.8% deles foram diagnosticados como portadores de pelo menos um transtorno. Já entre os não casados (102 pacientes solteiros, 11 separados e 10 viúvos), a prevalência observada foi mais alta e estatisticamente significativa com 55 pacientes com pelo menos um transtorno ($p = 0,023$).

As outras três variáveis sócio demográficas em análise: faixa etária, domicílio e a ocupação, não foram estatisticamente significantes, como variáveis associadas à ocorrência de risco para o diagnóstico de transtornos psiquiátricos.

Tabela 5. Variáveis sócio-demográficas associados ao diagnóstico de pelo menos um transtorno psiquiátrico.

VARIÁVEIS SÓCIO- DEMOGRÁFICAS	TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS							
	N	n	Presente (%)	I.C. (95%)	n	Ausente (%)	I.C. (95%)	P-Valor
Sexo								
Masculino	143	43	(30,1%)	[22,6 – 37,6]	100	(69,9%)	[62,4 – 77,4]	0,005*
Feminino	101	48	(47,5%)	[37,8 – 57,3]	53	(52,5%)	[42,5 – 62,2]	
Faixa Etária								
≤ 20 anos	12	2	(16,7%)	[4,4 – 37,8]	10	(83,3%)	[62,2 – 104,4]	0,245
21 a 40 anos	97	38	(39,2%)	[29,5 – 48,9]	59	(60,8%)	[51,1 – 70,5]	
41 a 60 anos	89	37	(41,6%)	[31,3 – 51,8]	52	(58,4%)	[48,2 – 68,7]	
≥ 61 anos	44	13	(29,5%)	[16,1 – 43,0]	31	(70,5%)	[57,0 – 83,9]	
Estado Civil								
Casado	121	36	(29,8%)	[21,6 – 37,9]	85	(70,2%)	[62,1 – 78,3]	0,023*
Solteiro	102	42	(41,2%)	[31,6 – 50,7]	60	(58,8%)	[49,3 – 68,4]	
Viúvo	10	7	(70,0%)	[41,6 – 98,4]	3	(30,0%)	[1,6 – 58,4]	
Separado	11	6	(54,5%)	[25,1 – 84,0]	5	(45,5%)	[16,0 – 74,9]	
Ocupação								
Aposentado	141	48	(34,0%)	[26,2 – 41,9]	93	(66,0%)	[58,1 – 73,8]	0,439
Estudante	24	10	(41,7%)	[21,9 – 61,4]	14	(58,3%)	[38,6 – 78,1]	
Doméstico	55	24	(43,6%)	[30,5 – 56,7]	31	(56,4%)	[43,3 – 69,5]	
Empregado	19	5	(26,3%)	[6,5 – 46,1]	14	(73,7%)	[53,9 – 93,5]	
Domicílio								
Urbano	185	67	(36,2%)	[29,3 – 43,1]	118	(63,8%)	[56,9 – 70,7]	0,478
Rural	58	24	(41,4%)	[28,7 – 54,1]	34	(58,6%)	[45,9 – 71,3]	

* Estatisticamente significativa ao nível de 5%

5.4.2 Variáveis clínicas

Das três variáveis clínicas selecionadas para a avaliação da associação com transtornos psiquiátricos, apenas o KTV foi significativamente associado. A **tabela 6** apresenta os dados com seus intervalos de confiança.

A análise da associação entre o tempo em diálise foi realizada após estratificação em 3 faixas: 1) de 1 a 24 meses; 2) de 25 a 60 meses e 3) de 61 a 239 meses. A maior prevalência de diagnósticos positivos ocorreu nos 93 pacientes com menos de 2 anos (40 pacientes - 38,1%) no programa, assim como, naqueles 91 pacientes com mais de 4 anos (35 pacientes - 37,3%), ou seja, nos mais antigos. Nos 60 pacientes com mais de 2 anos e menos de 4 anos, a prevalência observada foi menor (16 pacientes - 24,6%). Entretanto a medida de associação não foi significativa ($p = 0,119$).

A taxa de hemoglobina da mesma forma, não esteve associada com a ocorrência de transtornos psiquiátricos na amostra. Dos 65 pacientes com hemoglobina abaixo de 9,0g%, 26 deles (40%) tiveram diagnóstico positivo, enquanto a prevalência constatada nos 177 com hemoglobina acima de 9,0%, foi de 36,4%. ($p = 0,786$).

Por sua vez, a análise da variável, KTV para determinar a associação desta com os transtornos psiquiátricos, se mostrou estatisticamente significativa. A prevalência observada nos 17 pacientes com KTV abaixo de 0.9 foi de 64%, significativamente maior que aquela que ocorreu nos 222 pacientes com a medida acima de 0.91, que foi de 32,7% ($p = 0,035$).

Tabela 6. Variáveis clínicas associadas ao diagnóstico de pelo menos um transtorno psiquiátrico.

VARIÁVEIS CLÍNICAS	TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS							
	N	n	Presente (%)	I.C. (95%)	n	Ausente (%)	I.C. (95%)	P-Valor
Tempo em Diálise								
≤ 12 meses	44	18	(40,9%)	[26,4 – 55,4]	26	(59,1%)	[44,6 – 73,6]	0,395
13 a 24 meses	49	22	(44,9%)	[31,0 – 58,8]	27	(55,1%)	[41,2 – 69,0]	
25 a 36 meses	29	8	(27,6%)	[11,3 – 43,9]	21	(72,4%)	[56,1 – 88,7]	
37 a 48 meses	31	8	(25,8%)	[10,4 – 41,2]	23	(74,2%)	[58,8 – 89,6]	
49 a 60 meses	34	15	(44,1%)	[27,4 – 60,8]	19	(55,9%)	[39,2 – 72,6]	
≥ 61 meses	57	20	(35,1%)	[22,7 – 47,5]	37	(64,9%)	[52,5 – 77,3]	
Hemoglobina								
≤ 9.0 g %	65	26	(40,0%)	[28,1 – 51,9]	39	(60,0%)	[48,1 – 71,9]	0,7786
9.1 a 13.0 g %	161	59	(36,6%)	[29,2 – 44,1]	102	(63,4%)	[55,9 – 70,8]	
≥13.1	16	5	(31,3%)	[8,5 – 54,0]	11	(68,8%)	[46,0 – 91,5]	
KTV								
≤ 0.9	17	16	(64,7%)	[64,6 – 94,1]	6	(35,3%)	[5,9 – 35,4]	0,035*
0.91 a 1.2	70	22	(31,4%)	[20,6 – 42,3]	48	(68,6%)	[57,7 – 79,4]	
≥1.21	152	54	(35,5%)	[27,9 – 43,1]	98	(64,5%)	[56,9 – 72,1]	

* Estatisticamente significante ao nível de 5%

5.5 MAGNITUDE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS E OS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

5.5.1 Variáveis sócio – demográficas

A **tabela 7** mostra estas variáveis e suas razões de chance (OR) não ajustadas e ajustadas pelas demais covariáveis presentes no modelo de regressão logística, com seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%,

O gênero feminino teve uma maior chance de apresentar transtornos psiquiátricos do que o masculino. Quando considerados os homens como referência, na análise bivariada, estes transtornos tinham duas vezes mais

chances de acontecer nas mulheres, (OR= 2,11; IC 95% [1,24-3,58]*). Após terem sido levados em consideração as diversas covariáveis, o risco aumentou para cerca de três vezes (OR=2,77; IC 95% [1,42-5,41]).

O estado civil foi também significativamente associado com maior chance de presença de transtornos psiquiátricos. Os pacientes solteiros apresentaram uma vez e meia mais chance de diagnóstico de transtornos psiquiátricos, quando comparados com os casados (OR=1.65; IC 95% [0,949-2,877]). Por sua vez, os viúvos e os separados, tinham respectivamente cinco e três vezes mais chances de transtornos quando comparados com os casados (OR = 5,507; IC. [1.348-22,510]*) e (OR=2,831; IC 95% [0,812-9,881]). Quando foram realizados os ajustes, com análise multivariada, os pacientes casados se mantiveram protegidos e menos associados à ocorrência de transtornos psiquiátricos. O fator de referência utilizado para a avaliação esta variável foram os casados

As outras características sócio-demográficas avaliadas, como idade, ocupação e moradia não se mostraram significativamente associadas com a ocorrência de aumento dos transtornos na análise bivariada, assim como, depois de realizados os ajustes com a análise multivariada.

Tabela 7. Razões de chances após avaliação bivariada e multivariada das variáveis sócio-demográficas

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	ANÁLISE	
	Bivariada OR [I.C. 95%]	Multivariada OR [I.C. 95%]
Sexo		
Masculino	2,11 [1,24 - 3,58]*	2,77 [1,42 - 5,41]*
Feminino	1,0	1,0
Faixa Etária		
≤ 20 anos	0,281 [0,058 - 1,359]	0,124 [0,020 - 0,773]
21 a 40 anos	0,905 [0,50 - 1,63]	0,941 [0,473 - 1,873]
41 a 60 anos	1,0	1,0
≥ 61 anos	0,589 [0,272 - 1,276]	0,611 [0,247 - 1,512]
Estado Civil		
Casado	1,0	1,0
Solteiro	1,653 [0,949 - 2,877]*	2,076 [1,057 - 4,075]*
Viúvo	5,509 [1,348 - 22,510]*	6,120 [1,203 - 31,122]
Separado	2,833 [0,812 - 4,881]	2,126 [0,472 - 9,575]
Ocupação		
Empregado/Estudante	1,0	1,0
Aposentado	1,084 [0,54 - 2,16]	0,709 [0,300 - 1,677]
Moradia		
Urbano	1,0	1,0
Rural	0,80 [0,44 - 1,47]	0,889 [0,441 - 1,793]

* Estatisticamente significativa ao nível de 5%

5.5.2 Variáveis clínicas

Das três variáveis clínicas analisadas, apenas a anemia (hemoglobina < 9.0g%) não se mostrou associada a uma maior chance da ocorrência de transtornos psiquiátricos. Tanto o Kt/V como o tempo em diálise foram significantes e independentemente associados, mesmo quando se levou em consideração as outras variáveis na medida da razão de risco ajustada. A **tabela 8** apresenta os dados referentes às variáveis clínicas

Para se estimar a magnitude da associação entre tempo em diálise e sintomas psiquiátricos, foi considerada como referência a faixa de tempo entre 25 a 48 meses (dois a quatro anos) como a de menor risco para a ocorrência destes sintomas, quando comparada com a faixa entre um e 24 meses (um a dois anos) e a faixa acima de 49 meses (quatro anos). Os pacientes com menos de dois anos em diálise apresentaram duas vezes mais chance da ocorrência destes transtornos psiquiátricos na análise bivariada (OR = 2,075 I.C 95% [1,026- 4,197]). Na análise multivariada, controlando-se as outras variáveis, o risco foi quase três vezes maior (OR=2,673. I.C 95% [1,169-6,111]).

Também em relação ao índice de adequação à diálise, o KTV, a medida de risco aparece, quando se consideram os pacientes com maior chance de ocorrência de transtornos, aqueles com KTV abaixo de 0.9. Esses pacientes tiveram a razão de risco estimada em quatro vezes maior para o aparecimento de transtornos psiquiátricos, quando comparados com aqueles que apresentavam KTV acima de 0.91 considerados como referência (OR = 3,955. I.C 95% [1,069- 11,012]). Quando ajustada, a medida de risco se manteve significativa (OR= 4,07 I.C 95% [1,182-14,031]).

Tabela 8. Razões de chances após avaliação bivariada e multivariada das variáveis clínicas

VARIÁVEIS CLÍNICAS	ANÁLISE	
	Bivariada OR [I.C. 95%]	Multivariada OR [I.C. 95%]
Tempo em Diálise		
≤ 24 meses	2,075 [1,026 - 4,197]*	2,673 [1,169 - 6,111]*
25 a 48 meses	1,0	1,0
≥ 49 meses	1,719 [0,844 - 3,500]	1,581 [0,700 - 3,574]
Hemoglobina		
≤ 9.0 g %	1,177 [0,657 - 2,109]	0,928 [0,470 - 1,832]
≥ 9.1	1,0	1,0
KTV		
≤ 0.9	3,955 [1,069 - 11,012]	4,072 [1,182 - 14,031]*
0.91 a 1.2	1,0	1,0
≥ 1.21	1,215 [0,0753 - 2,317]	1,175 [0,572 - 2,415]

* Estatisticamente significativa ao nível de 5%

6. DISCUSSÃO

As dificuldades psicossociais apresentadas pelos pacientes portadores de IRC, particularmente por aqueles em programa crônico de diálise, tem sido alvo de interesse crescente nas últimas décadas. Isto decorre, principalmente da ênfase cada vez maior que é dada a qualidade de vida destes indivíduos. Como contribuintes para a qualidade de vida, os aspectos psiquiátricos adquirem grande importância no diagnóstico e nas estratégias de tratamento destes pacientes. A alta prevalência de transtornos psiquiátricos estão associadas ao prognóstico e a sobrevida desta população.

Com o presente trabalho, pretendeu-se preencher uma lacuna, vez que são raros os estudos que avaliam a saúde mental dos pacientes em programa de diálise no Brasil, principalmente com a utilização de entrevistas padronizadas. A análise e estudo dos transtornos psiquiátricos nesta população, através destes métodos, possibilitará a elaboração de estratégias de tratamento, por permitir diagnósticos rápidos e precisos dos mais prevalentes distúrbios psiquiátricos.

O MINI, questionário utilizado no estudo foi validado quando em comparação com o SCID-P (Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Patient Version) e com o CIDI (Composite International Diagnostic Interview), dois dos mais utilizados instrumentos de diagnóstico da pesquisa psiquiátrica^{7,28,93}. O uso deste questionário neste estudo, trouxe vantagens pelo curto tempo de aplicação e pela possibilidade de ser usado por pessoal com pouco treino. O uso de outros questionários, como por exemplo os próprios SCID e o CIDI, trazem algumas dificuldades, vez que necessitam de mais do que o dobro de tempo de aplicação, como também de profissionais de saúde especialmente treinados em saúde mental para sua utilização^{7,28,92,93}.

Entretanto, deve se ressaltar ser este o primeiro estudo onde se utiliza o M.I.N.I. em pacientes com IRC, condição médica caracterizada por sintomas somáticos. Inconsistências no diagnóstico podem ocorrer quando da avaliação de sintomas físicos comuns em doenças crônicas como fadiga e insônia e de sintomas neuro - vegetativos próprios das alterações da saúde mental como anorexia, perda de libido e retardo psicomotor.

São freqüentes os relatos de pesquisas que confirmam estes vícios. Smith e colaboradores., em 1985, encontraram taxas de quase 47% de depressão após a utilização do B.D.I. como instrumento de diagnóstico. Entretanto, apenas 5% destes pacientes preencheram os critérios da DSM – III para depressão quando foram avaliados por métodos mais rigorosos⁹⁴. No M.I.N.I, a avaliação da distímia, exemplifica esta situação, já que no módulo em questão, existem indagações, sujeitas a interações e confusões com manifestações de sintomas somáticos⁷ (**anexo A**).

Mesmo considerando a possibilidade de diagnósticos falso positivos, este fato deve ser visto como de grande importância, vez que a detecção de possíveis distúrbios, mesmo super dimensionados, certamente irá possibilitar maior atenção e esforços da equipe medica com a intenção de melhor esclarecer o diagnóstico, talvez reparando a sub avaliação destes transtornos em serviços de diálise.

A aplicação do M.I.N.I, como entrevista, se confirmou de fácil e rápida execução, tendo os pacientes relatado boa compreensão de todos os módulos, vez que as perguntas apenas exigem respostas diretas, não tendo havido referências a dificuldades nas respostas.

Pode-se considerar que os participantes deste estudo foram representativos de todos os pacientes em programa de diálise na Bahia, com características sócio demográficas e clínicas similares às de pacientes em outros centros do Estado. A generalização dos nossos achados, depende em

ultima análise de quão típicas são as unidades onde o estudo se realizou, particularmente com respeito às variáveis selecionadas. Não há razão para se acreditar que as unidades difiram da maioria das existentes na Bahia, mas comparações com outras do Brasil, dos Estados Unidos e Europa é mais problemática, por estas apresentarem um perfil epidemiológico distinto^{9,20,21,22}. Características sócio- demográficas e clínicas podem variar consideravelmente de unidade para unidade e constituem uma possível limitação do estudo.

Uma significativa percentagem da nossa amostra exibiu sintomas psiquiátricos, confirmando que altas taxas destes transtornos ocorrem em unidades de hemodiálise e são largamente sub-diagnosticadas. A prevalência encontrada de 37,3% na amostra, quando considerados em conjunto os transtornos, é praticamente duas vezes a encontrada em populações gerais, conforme estudo epidemiológico realizado nos Estados Unidos, publicado em 1988, onde 15,4% de 18.571 indivíduos foram entrevistados e preencheram critérios de transtorno mental em um mês. Neste estudo, os transtornos mais prevalentes foram as fobias, com taxa média de 6,2%³⁰.

Quando se comparam os resultados do presente estudo com o estudo multicêntrico brasileiro de morbidade psiquiátrica que apresentou prevalência entre 20% e 35% no ultimo ano e entre 30% e 50% quando se considerou a vida inteira, constata-se prevalências diferentes nas categorias diagnosticas. Enquanto neste estudo, os transtornos mais prevalentes foram os afetivos, naquele, os mais freqüentes foram a ansiedade e as fobias³⁴.

A se ressaltar, a baixa prevalência de abuso de tóxicos nesta amostra com apenas 3 pacientes com abuso de álcool e nenhum de drogas. Isto também contrasta com a prevalência nas comunidades do Brasil, que de acordo com o estudo multicêntrico já referido, reportou taxas de quase 15% em homens, quando se considerou a vida inteira. A população dos Estados Unidos apresentou prevalência de praticamente 2,8% de abuso/dependência de álcool³⁰.

A comparação destes resultados com outros estudos realizados em pacientes com IRC deve levar em consideração a inexistência no País de estudos que tenham utilizado metodologia similar. Deve-se também considerar a existência nestes pacientes de uma constelação de sintomas que podem alterar, e muito, os critérios diagnósticos dos transtornos psiquiátricos, confirmados pelas taxas amplamente variadas de prevalências descritas na literatura. Estes fatos apontam para a necessidade de estudos sistemáticos de prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes hemodialisados, como ocorre nos estudos em pacientes com outras doenças crônicas, como por exemplo, nas neoplasias⁹².

Os transtornos mais freqüentes encontrados na amostra foram os afetivos, com depressão, distímia e tendência ao suicídio, (complicação da depressão), ultrapassando em muito, as taxas encontradas na população geral, que giram em torno de 2,2% e 3,3% respectivamente^{30,34}. É especialmente preocupante a quantidade de pacientes com tendência suicida (40 pacientes), já que estes indivíduos se deparam freqüentemente com oportunidades de efetivar estas intenções, seja faltando às sessões, não tomando corretamente as medicações ou não seguindo às orientações que dizem respeito à dieta e às restrições hídricas. Considerada como uma complicação da depressão, a tendência ao suicídio é passível de tratamento, seja através de psicoterapia ou terapia farmacológica.

Os transtornos afetivos são preditores importantes e independentes de morbidade e da mortalidade em diálise, principalmente por não adesão ao tratamento^{95,96,97}. Em meta-análise publicada em 2000, foram incluídos 12 estudos, com mais de 500 pacientes. Os autores concluíram que o risco de não adesão ao tratamento nos pacientes deprimidos foi 3 vezes maior e sugere a importância de se reconhecer depressão como fator de risco de morbidade e mortalidade entre pacientes em programa de diálise⁹⁴.

A seleção das variáveis se deu após análises da literatura, escolhendo-se variáveis com possíveis participações na saúde mental destes pacientes. As variáveis apresentaram freqüências equilibradas com números adequados na quase totalidade das categorias.

Inúmeras outras variáveis, sejam sócio-demográficas ou clínicas também estão associadas à expressão de transtornos psiquiátricos nos pacientes com IRC. Algumas, como por exemplo, as características de personalidade do paciente e sua percepção da doença são reportadas como importantes preditoras de saúde mental⁹⁹. Outras, como gravidade da doença, causa da IRC, modalidade de tratamento (CAPD, HD), doenças associadas (diabetes, hipertensão arterial, ICC, etc), renda familiar, nível educacional, suporte familiar, estado nutricional, alterações hormonais etc, são também citadas como preditores da ocorrência de transtornos psiquiátricos em pacientes com IRC^{99,100}. As variáveis citadas acima não integraram o elenco das variáveis estudadas, constituindo-se em possíveis limitações do estudo.

Das variáveis sócio-demográficas submetidas a análise, o sexo e o estado civil confirmaram dados já descritos na literatura e se mostraram associados significativamente com a ocorrência dos transtornos.

O gênero feminino, apresenta prevalência quase 2 vezes mais alta do que o masculino, dados confirmados em praticamente todos os estudos^{52,54}. O risco de mais de 2 vezes de ocorrência destes transtornos nas mulheres, encontrado no nosso estudo, e que se manteve quando se ajustou as outras variáveis na análise multivariada, foram consistentes com dados da literatura e reforçam a impressão que as mulheres têm dificuldades maiores de lidar com situações adversas, além de possuírem traços intrínsecos de personalidade mais sujeitas às alterações da saúde mental, quando confrontadas com problemas crônicos de saúde⁵⁴.

O suporte familiar representado neste estudo pelo estado civil, também confirma dados de literatura que sugerem que intimidade e bom relacionamento entre o paciente e seu cônjuge são fatores importantes para minimizar a ocorrência de transtorno psiquiátrico^{101,102}. O risco de mais de 5 vezes apresentados pelos viúvos de expressar transtornos psiquiátricos reforçam a importância desta variável.

A ocupação, local de moradia e idade, não se mostraram associadas aos transtornos encontrados. No particular da idade, chama atenção o número pequeno de pacientes com idade acima de 61 anos, apenas 44 (18%), perfil epidemiológico distinto portanto, do observado em unidades de outros países onde a prevalência de idosos é bem maior. Esta característica da amostra deve ter contribuído para estes resultados, vez que o idoso apresenta na maioria das situações comorbidades e doenças associadas, que se refletem na piora da qualidade de vida, resultando em maior expressão de transtornos psiquiátricos^{45,61,66, 85}.

De acordo com nossos resultados, o tempo em programa de diálise, da mesma forma foi preditor de melhor adaptação ao tratamento e mostrou consistência com dados de literatura, como o estudo de Craven e colaboradores em 1987, que demonstraram maior prevalência de depressão em 99 indivíduos nos primeiros 2 anos de início do tratamento¹⁰⁴. Pacientes com IRC freqüentemente experimentam melhora nas condições médicas após o início da diálise e necessitam de algum tempo para se adaptarem à nova situação, demonstrando acostumar-se ao tratamento após um tempo médio de um ano^{100,104}. Entretanto, não há unanimidade nesta questão. Kimmel e colaboradores, em 1998, avaliaram as hospitalizações por doença mental em 176.368 pacientes em diálise. Neste estudo, o tempo em diálise não se mostrou associado a um risco maior de internamento³⁹.

A presença de anemia não aumentou o risco dos pacientes expressarem transtornos psiquiátricos, apesar dos níveis de hemoglobina se correlacionarem

significativamente com melhor qualidade de vida, melhorando sintomas como dispnéia, fadiga muscular, ansiedade, apetite e capacidade funcional, como atestam vários estudos multicêntricos de pacientes tratados com eritropoetina^{17,18,60}. Nossos resultados talvez se devam ao número reduzido de pacientes com hemoglobina menor que 8,0 gr%, apenas 18, correspondente a 7,4% da amostra de 244 pacientes. A maioria dos pacientes examinados (67,9%) apresentavam taxas de hemoglobina acima de 9,0 gr% , livres portanto, dos sintomas classicamente atribuídos à anemia.

Os pacientes melhor dialisados, com a dose da diálise adequadamente prescrita e mensurada pelo Kt/V, apresentaram menor risco de transtornos psiquiátricos. Estes resultados são consistentes com dados de literatura que apontam o Kt/V como um importante preditor de mortalidade, com impacto na qualidade de vida, por estabelecer melhor controle metabólico da uremia, melhorar a morbidade cardiovascular e os sintomas relacionados à diálise^{68,103}.

Neste presente estudo, algumas limitações se relacionaram à impossibilidade de se avaliar todas as variáveis de importância, que são inúmeras e que, indubitavelmente poderiam trazer mais subsídios ao estudo, se fossem analisadas.

Como comentado anteriormente, o questionário possui características como ser de fácil entendimento, demandar pouco tempo de entrevista e poder ser aplicado por profissionais após breve treinamento, além de privilegiar os diagnósticos mais prevalentes em psiquiatria, o que lhe confere vantagens que podem resultar na sua utilização mais freqüente nas unidades de diálise.

Acreditamos que, pesquisas sobre aspectos psicossomáticas, de qualidade de vida e prevalência de transtornos psiquiátricos possam exercer importante contribuição na tomada de decisões clínicas e de cuidados aos pacientes com IRC. Estudos tem confirmado o papel destes aspectos psicossomáticos em influenciar na morbidade e mortalidade destes pacientes.

Também existem evidências que suportam a eficácia da psicoterapia e do tratamento farmacológico dos transtornos psiquiátricos nesta população.

Esperamos que os dados e resultados descritos, possam ser úteis em estimular outras pesquisas nesta área e que venham servir de alerta para a alta prevalência destes transtornos no âmbito das unidades de diálise e que, finalmente, possam contribuir de alguma forma na melhoria da qualidade de vida dos pacientes portadores de IRC em programa de hemodiálise.

7. CONCLUSÕES

1. A prevalência global de transtornos psiquiátricos em pacientes portadores de IRC em programa de hemodiálise é alta, de 37,3%.
2. Os transtornos afetivos foram os mais freqüentemente diagnosticados. Distímia e risco de suicídio tiveram as mais altas prevalências da amostra, respectivamente 17,6% e 16,4%.
3. No gênero feminino o risco de ocorrência de distúrbios psiquiátricos foi 2,8 vezes maior.
4. O estado civil dos pacientes influencia a ocorrência dos transtornos e o faz aumentando o risco nos viúvos, separados e solteiros, em 6,0 ,2,8 e 2,0 vezes respectivamente.
5. Tempo menor do que 2 anos em programa de diálise, aumenta o risco de ocorrência de transtornos psiquiátricos em 2,6 vezes.
6. Pacientes com Kt/V abaixo de 0,9 tem 4 vezes maior risco de apresentar transtornos psiquiátricos.

ABSTRACT

Introduction: Limiting factors of dialysis patients' quality of life are strongly associated with high rates of psychiatric disease. When persistent and severe psychiatric diseases may be associated not only with impaired quality of life but also with a reduced survival rate. Since effective treatment of psychiatric diseases can positively affect dialysis patients quality of life, prognosis, and survival, there is a great need for an accurate and early diagnostic. In Brazil only few studies have measured the prevalence of psychiatric diseases among those patients and they fail on identifying an association between these diseases and some variables. **Objective:** Study the prevalence and pattern of psychiatric diseases in chronic hemodialysis patients and assess an association between these diseases and some variables. **Subjects and Methods:** This cross sectional study was conducted in two nephrology units at the state of Bahia, Brazil, between October 2001 and February of 2002. Two hundred forty four patients were enrolled and selected by randomized method. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short structured diagnostic interview, was used in all patients. This interview is compatible with international criteria, including the International Classification of Diseases (ICD-10) as well as the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) and is able to diagnose the most common psychiatric disorders. Some socio demographic and clinical variables and their association with psychiatric diseases were analyzed. **Results:** The mean age was $44,5 \pm 15$. One hundred forty three (58,3%) were male. The mean number of years on dialysis was $3,51 \pm 2,91$ and the mean Kt/V was $1,35 \pm 0,32$. Ninety one patients (37,3%) manifested some psychiatric disorders. The most common specific disorders included dysthymia (17,6%), risk of suicide (16,4%), and major depressive episode (8,6%). Women had higher risk of mental disorders than men (OR= 2,77; IC 95% [1,42-5,41*]). Widowed, divorced and single patients had higher risk than married patients (OR=6,12; IC 95% [1,203 – 31,122*]). Patients on dialysis program for less than 2 years had higher risk of psychiatric disease than others (OR =2,673 IC 95% [1,169- 6,111*]). Those with Kt/V below 0,9, were at higher risk of having psychiatric diseases than those with a higher Kt/V. (OR=4,072. IC 95%[1,182 - 14,031*]). **Conclusions:** **1**- The prevalence of psychiatric disease on dialysis patients is high (37,3%). **2** - Affective disorders as dysthymia and risk of suicide are the most common ones. **3** - Women were at an increased risk of having psychiatric disease. **4** - Risk was higher among widowed, divorced and single patients (6,0 ,2,8 and 2,0 times, respectively). **5** - Risk of psychiatric diseases is lower in patients at dialysis program for longer than 2 years. **6** - Patients with Kt/V below 0.9 have a 4 times higher risk of manifesting psychiatric diseases

Keywords: psychiatric diseases; hemodialysis;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tews HP, Schreiber WK, Huber W, Zelt J, Ritz E. Vocational rehabilitation in dialyzed patients. A cross-sectional study. *Nephron* 1980;26(3):130-6.
2. Israel M. Depression in dialysis patients: a review of psychological factors. *Can J Psychiatry* 1986;31(5):445-51.
3. Nichols KA, Springford V. The psycho-social stressors associated with survival by dialysis. *Behav Res Ther* 1984;22(5):563-74.
4. Cohen, L.M. Renal disease. In: Rundell JR, Wise, M.G, editors. *Textbook of consultation-liaison psychiatry*. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1996. p.573-8.
5. Lloyd, G.G. *Textbook of general hospital psychiatry*. Edinburg: Churchill Livingstone; 1991. p.167-8.
6. Finkelstein FO, Finkelstein SH. Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatment. *Nephrol Dial Transplant* 2000;15(12):1911-3.
7. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 (suppl .20):22-33.
8. Kolff W.J. First Clinical Experience with the Artificial Kidney. *Ann Int Med* 1965; 62: 608.
9. Lowrie EG, Lairol NM, editors. *The National Dialysis Cooperation Study* *Kidney Int* 1983; 23 (Suppl 13) 15-1225.

10. Hakim RM, Breyer J, Ismail N, Schulman G. Effects of dose of dialysis on morbidity and mortality. *Am J Kidney Dis* 1994;23(5):661-9.
11. Oreopoulos DG. Peritoneal dialysis is reinstated. *J Dial* 1978;2(3):295-310.
12. Borel JF, Feurer C, Gubler HU, Stähelin H. Biological effects of cyclosporin A: a new antilymphocytic agent. *Agents Actions* 1976;6(4):468-75.
13. Martel RR, Klicius J, Galet S. Inhibition of the immune response by rapamycin, a new antifungal antibiotic. *Can J Physiol Pharmacol* 1977;55(1):48-51.
14. Goto T, Kino T, Hatanaka H, Okuhara M, Kohsaka M, Aoki H, Imanaka H. FK 506: historical perspectives. *Transplant Proc* 1991;23(6):2713-7.
15. Ceka JM, Terasak PI. The UNOS Scientific Renal Transplant Registry. *Clinical Transplants* 1995; p.1-18.
16. Galante NZ, Tedesco HSJ, Machado PGP, Pacheco-Silva A, Medina-Pestana JO. Rejeição aguda como fator de risco para sobrevida e sua incidência reduzida por ciclosporina entre hla-idênticos. *J Bras Nefrol* mar 2002; 24(1):12-19.
17. Eschboch J W. The anemia of chronic renal failure: Pathophysiology and the effect of recombinant. *Epo* 1989; (35): 134.
18. Evans RW, Rader B, Manninen DL. The quality of life of hemodialysis recipients treated with recombinant human erythropoietin. Cooperative Multicenter EPO Clinical Trial Group. *JAMA* 1990;263(6):825-30.
Comment in: *JAMA* 1990 Feb; 263(6):865
19. Dialysis Statistics. Available from: URL: <http://www.globoldialysis.com/stats.asp>.

20. The National Institute of Health, National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. USRDS 2000 Annual Data Report. Bethesda: U.S. Renal Data System; 2000.
21. Sesso R. Inquérito epidemiológico em unidade de diálise do Brasil / Epidemiol. J Bras Nefrol set. 2000; 22(3,supl.2):23-6
22. Ministério da Saúde. Estudo epidemiológico brasileiro sobre terapia renal substitutiva. Brasília: Secretária de Assistência e Saúde; 2002.
23. Comissão Estadual de Nefrologia. Secretaria Estadual de Saúde. Suraps. Relatório Anual. 1999. p.1-12.
24. D'Amico G. Comparability of the different registries on renal replacement therapy. Am J Kidney Dis 1995;25(1):113-8.
25. Sesso R, Melaragno C S, Luconi PS, Sampaio E L, Machado P P, Tedesco H, Pestana J O M. Sobrevida de pacientes diabéticos em diálise / Survival of diabetic patients in dialysis. Rev Assoc Med Bras. 1995 maio-jun; 41(3):178-82.
26. Weissmann MM, Klerman GL. The epidemiology of metab. disorders: Emerging trends. Arch Gen Psychiatry 1978; 35: 705-712.
27. Weissmann MM. Psychiatric disorders in a U.S. Community. The application of research diagnostic criteria to a resurveyed community sample. Acta Psychiatric Scand 1960; 62: 99-111.
28. Andrews G, Peters L. The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. Psychiatr Epidemiol 1998 Feb; 33(2):80-8.

29. Robins LN, Regier D. Eds. Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. New York: Free Press; 1991.
30. Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. Arch Gen Psychiatry 1988;45(11):977-86.
31. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Bull World Health Organ 2000;78(4):413-26.
32. Santana VS, Almeida Filho N, Mari JJ. Revisão dos estudos epidemiológicos em saúde mental no Brasil. 1ª parte. J Bras Psiqu 1988; 37 (5):227-231.
33. Santana, V.S.: Transtornos mentais em um centro de saúde em Salvador. Bahia. Ver. Bahiana Saúde Pública 1977; 4 (3/4): 160-167.
34. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. Br J Psychiatry 1997 Dec; 171: 524-9.
35. Hirschfeld RMA, Cross CK. Epidemiology of Affective Disorders. Arch Gen Psychiatry 1982 Jan; 39: 35-46.
36. Paulsen RH. Depression: Pathophysiology, Clinical Manifestations, and Diagnosis: Up-to-date of Nephrology; 1999.
37. Sensky T. Psychosomatic Aspects of End-stage Renal Failure. Psychother Psychosom 1993;59:56-68.

38. Kutner NG, Fair PL, Kutner MH. Assessing depression and anxiety in chronic dialysis patients. *J Psychosom Res* 1985;29(1):23-31.
39. Kimmel PL, Thamer M, Richard CM, Ray NF. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med* 1998;105(3):214-21.
40. Farmer CJ, Snowden SA, Parsons V. The prevalence of psychiatric illness among patients on home haemodialysis. *Psychol Med* 1979;9(3):509-14.
41. Fukunishi I, Kudo H. Psychiatric problems of pediatric end-stage renal failure. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17(1):32-6.
42. Maher BA, Lamping DL, Dickinson CA, Murawski BJ, Olivier DC, Santiago GC. Psychosocial aspects of chronic hemodialysis: the National Cooperative Dialysis Study. *Kidney Int Suppl* 1983;(13):S50-7.
43. McClellan WM, Anson C, Birkeli K, Tuttle E. Functional status and quality of life: predictors of early mortality among patients entering treatment for end stage renal disease. *J Clin Epidemiol* 1991;44(1):83-9.
44. Peterson RA, Kimmel PL, Sacks CR, Mesquita ML, Simmens SJ, Reiss D. Depression, perception of illness and mortality in patients with end-stage renal disease. *Int J Psychiatry Med* 1991;21(4):343-54.
45. Wai L, Richmond J, Burton H, Lindsay RM. Influence of psychosocial factors on survival of home-dialysis patients. *Lancet* 1981;2(8256):1155-6.
46. Husebye DG, Westlie L, Styrvoky TJ, Kjellstrand CM. Psychological, social, and somatic prognostic indicators in old patients undergoing long-term dialysis. *Arch Intern Med* 1987;147(11):1921-4.
47. Burton H, Kline S, Lindsay R. The relationship of depression to survival in chronic renal failure. *Psychosomatic Medicine* 1986; 48:261-269.

48. Almeida MA, Meleiro AM. Depressão e Insuficiência Renal Crônica: uma Revisão. *J Bras Nefrol* 2000; 22(1):21-29.
49. Nissenson AR, Fine R, Gentile DE. Psychosocial adaptation of chronic dialysis patients. *Clinical Dialysis* 1990; 735-746.
50. Abram HS, Moore GL, Westervelt FB. Suicidal behavior in chronic dialysis patients. *Am J Psychiatry* 1971;127(9):1199-204.
51. Zimmermann PR. II Simposio Internacional de depressão secundária. São Paulo; 1999.
52. Degen K, Strain JJ, Zumoff B. Biopsychosocial evaluation of sexual function in end-stage renal disease. In: Levy NB editor. *Psychonephrology 2: Psychological Problems in Kidney Failure and Their Treatment*. New York: Plenum; 1983. p. 22-233.
53. Kaplan De-Nour A. Psychosocial adjustment to illness scale (PAIS): A study of chronic hemodialysis patients. *J Psychosom Res* 1982; 26:11-22.
54. Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1977;34(1):98-111.
55. Madeira EPQ, Lopes GS, Santos SF. A Investigação Epidemiológica na Prevenção da Insuficiência Renal Terminal: Ênfase no Estudo da Agregação Familiar. *Med on-line* Abr/Mai/Jun 1998; 1(2).
56. Wuerth D, Finkelstein SH, Ciarcia J, Peterson R, Kliger AS, Finkelstein FO. Identification and treatment of depression in a cohort of patients maintained on chronic peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis* 2001;37(5):1011-7.

57. Kimmel PL, Weihs K, Peterson RA. Survival in hemodialysis patients: the role of depression. *J Am Soc Nephrol* 1993;4(1):12-27.
58. Comstock GW, Helsing KJ. Symptoms of depression in two communities. *Psychol Med* 1976; 6:551-553.
59. Craig TJ, Van Natta PA. Influence of demographic characteristics on two measures of depressive symptoms: the relation of prevalence and persistence of symptoms with sex, age, education, and marital status. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36(2):149-54.
60. Moreno F, López Gomez JM, Sanz-Guajardo D, Jofre R, Valderrábano F. Quality of life in dialysis patients. A spanish multicentre study. Spanish Cooperative Renal Patients Quality of Life Study Group. *Nephrol Dial Transplant* 1996;11 Suppl 2:125-9.
61. Schaefer K, Rohrich, B. The dilemma of renal replacement therapy in patients over 80 years of age. *Nephrol Dial Transplant* 1996; 14: 35-35.
62. Steele T, Finkelstein SH, Finkelstein FO. Hemodialysis patients and spouses. Marital discord, sexual problem and depression. *J Nerv Ment Dis* 1976; 162:225-237.
63. Abram HS, Hester LR, Sheridan WF, Epstein GM. Sexual functioning in patients with chronic renal failure. *J Nerv Ment Dis* 1975;160(3):220-6.
64. Dohrenwind BP, Dohrenwind BS. Social and culture influence on psychopathology. *Ann. Rev. Psychol* 1974; 25: 417-454.
65. Gutman RA, Stead WW, Robinson RR. Physical activity and employment status of patients on maintenance dialysis. *N Engl J Med* 1981;304(6):309-13.

66. Devins GM, Mann J, Mandin H, Paul LC, Hons RB, Burgess ED, Taub K, Schorr S, Letourneau PK, Buckle S. Psychosocial predictors of survival in end-stage renal disease. *J Nerv Ment Dis* 1990;178(2):127-33.
67. Livesley WJ. Symptoms of anxiety and depression in patients undergoing chronic haemodialysis. *J Psychosom Res* 1982;26(6):581-4.
68. Shulman R, Price JD, Spinelli J. Biopsychosocial aspects of long-term survival on end-stage renal failure therapy. *Psychol Med* 1989;19(4):945-54.
69. Buoncristiani U. Fifteen years of clinical experience with daily haemodialysis. *Nephrol Dial Transplant* 1998;13 Suppl 6:148-51.
70. Kooistra MP, Vos J, Koomans HA, Vos PF. Daily home haemodialysis in The Netherlands: effects on metabolic control, haemodynamics, and quality of life. *Nephrol Dial Transplant* 1998;13(11):2853-60.
71. Paganini EP. In search of an optimal hematocrit level in dialysis patients: rehabilitation and quality-of-life implications. *Am J Kidney Dis* 1994;24(1 Suppl 1):S10-6.
72. Evans RW, Rader B, Manninen DL. The quality of life of hemodialysis recipients treated with recombinant human erythropoietin. Cooperative Multicenter EPO Clinical Trial Group. *JAMA*. 1990;263(6):825-30. Comment in: *JAMA* 1990 Feb 9;263(6):865.
73. Phipps A, Turkington D. Psychiatry in the Unit. *Advances Psychiatric Treatment* 2001; 7(6):426-432.
74. Cardenas DD, Kutner NG. The problem of fatigue in dialysis patients. *Nephron* 1982;30(4):336-40.

75. Valderrábano F, Jofre R, López-Gómez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 2001;38(3):443-64.
76. Vaziri ND, Oveisi F, Wierszbiezki M, Shaw V, Sporty LD. Serum melatonin and 6-sulfatoxymelatonin in end-stage renal disease: effect of hemodialysis. *Artif Organs* 1993;17(9):764-9.
77. Driessen M, Wetterling T, Wedel T, Preuss R. Secondary hyperparathyroidism and depression in chronic renal failure. *Nephron* 1995;70(3):334-9.
78. Farmer CJ, Bewick M, Parsons V, Snowden SA. Survival on home haemodialysis: its relationship with physical symptomatology, psychosocial background and psychiatric morbidity. *Psychol Med* 1979;9(3):515-23.
79. Almeida N, Rouquayrol MZ. *Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. Epidemiologia & Saúde. Cap 6. Pg 156 – 5a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. 600p.*
80. Mendes JLB. *Alterações Hepáticas em Trabalhadores de uma Refinaria de Petróleo. [tese]. Salvador . Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva-ISC. p.57.*
81. Yanagida EH, Streltzer J. Limitations of psychological tests in a dialysis population. *Psychosom Med* 1979;41(7):557-65.
82. Wise TN. The pitfalls of diagnosing depression in chronic renal disease. *Psychosomatics* 1974;15(2):83-4.
83. Kaplan De-Nour A, Caczkes JW. Bias in Assessment of Patients on Dialysis. *J Psychosom Res* 1974; 18: 217.

84. Mingardi G. From the development to the clinical application of a questionnaire on the quality of life in dialysis. The experience of the Italian Collaborative DIA-QOL (Dialysis-Quality of Life) Group. *Nephrol Dial Transplant* 1998;13 Suppl 1:70-5.
85. Gutman RA, Stead WW, Robinson RR. Physical activity and employment status of patients on maintenance dialysis. *N Engl J Med* 1981;304(6):309-13.
86. Lapaucis A, Muirhead N, Keown P, Wong C. A disease-specific questionnaire for assessing quality of life in patients on hemodialysis. *Nephron* 1992; 60:302-306.
87. Mapes DL, McCullough KP, Meredith D, Locatelli F, Valderrábano F, Held PJ. Quality of life predicts mortality and hospitalization for hemodialysis patients in the USA and Europe. *J Am Soc Nephrol* 1999; 10:249.
88. Kennedy SH, Craven JL, Rodin GM, Roin GM. Major depression in renal dialysis patients: an open trial of antidepressant therapy. *J Clin Psychiatry* 1989;50(2):60-3.
89. Secretaria Municipal do Planejamento, Meio Ambiente e Desenvolvimento Econômico. Fundação Mário Leal Ferreira. Salvador em dados. Salvador; [1996].
90. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico de Feira de Santana; 1998.
91. Kish & Leslie. Survey Sampling. John Wiley & sons. N.Y-1965

92. Kathol RG, Mutgi A, Williams J, Clamon G, Noyes R. Diagnosis of major depression in cancer patients according to four sets of criteria. *Am J Psychiatry* 1990;147(8):1021-4.
93. Bouvard M, Fontaine-Buffer M, Cungi C, Adeleine P, Chapoutier C, Durafour E, Bouchard C, Cottraux J. [Preliminary studies of the structured diagnostic interview for personality disorders: SCID II] Etude préliminaire d'un entretien structuré des troubles de la personnalité: le SCID II. *Encephale* 1999;25(5):416-21.
94. Smith MD, Hong BA, Robson AM. Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease. Comparative analysis. *Am J Med* 1985; 79 (2):160-6.
95. Hirsch DJ. Death from dialysis termination. *Nephrol Dial Transplant* 1989;4(1):41-4.
96. Ziarnik JP, Freeman CW, Sherrard DJ, Calsyn DA. Psychological correlates of survival on renal dialysis. *J Nerv Ment Dis* 1977;164(3):210-3.
97. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000;160(14):2101-7.
98. Sacks CR, Peterson RA, Kimmel PL. Perception of illness and depression in chronic renal disease. *Am J Kidney Dis* 1990;15(1):31-9.
99. De-Nour AK, Czaczkes JW. The influence of patient's personality on adjustment to chronic dialysis. *J Nerv Ment Dis* 1976;162(5):323-33.

100. De-Nour AK. Prediction of adjustment to chronic hemodialysis. In: *Psychonephrology 1*. New York: Edited by NB Levy: Plenum; 1981. p. 117-132.
101. Steele TE, Finkelstein SH, Finkelstein FO. Marital discord, sexual problems, and depression. *J Nerv Ment Dis* 1976;162(4):225-37.
102. Chowenec GD, Binik YM. End Stage Renal Disease and the Marital Dyad: An empirical investigation. *Soc Sci Med* 1985; 20: 341-346.
103. Lowrie EG, Lew NL. Commonly measured laboratory variables in hemodialysis patients: relationships among them and to death risk. *Semin Nephrol* 1992;12(3):276-83.
104. Craven JL, Rodin GM, Johnson L, Kennedy SH. The diagnosis of major depression in renal dialysis patients. *Psychosom Med* 1987;49(5):482-92.

ANEXOS

Anexo A

M.I.N.I.

**Mini International Neuropsychiatric
Interview**

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

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

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

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

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A) : _____ **PROTOCOLO** **NÚMERO:**

DATA DE NASCIMENTO : _____ **HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA:**

NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A): _____ **HORA DO FIM DA ENTREVISTA:** _____

DATA DA ENTREVISTA: _____ **DURAÇÃO TOTAL DA ENTREVISTA:**

J. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRA	Atual (últimos 4 meses)	Quase habitual
K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ALCÓOL	Atual (12 últimos meses)	
L. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIA	Atual (12 últimos meses)	
M. SINDROME PSICÓTICA	Vida inteira + atual	
N. ANOREXIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
O. BULIMIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
P. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GERAL	Atual (6 últimos meses)	
Q. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE	Vida inteira	Quase habitual

MINI 5.0.0 / Brazilian Version / DSM-IV / Current

<i>MÓDULOS</i>	PERÍODOS EXPLORADOS
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 últimas semanas) + vida inteira
A. EDM com características melancólicas	Atual (2 últimas semanas) <u>Opcional</u>
B. DISTIMIA	Atual (2 últimos anos)
C. RISCO DE SUICÍDIO	Atual (último mês)
D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO	Atual + vida inteira
E. TRANSTORNO DE PÂNICO	Vida inteira + atual (último mês)
F. AGORAFOBIA	Atual
G. FOBIA SOCIAL	Atual (último mês)
H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	Atual (último mês)
I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (último mês) <u>Opcional</u>
J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ALCÓOL	Atual (12 últimos meses)
K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS	Atual (12 últimos meses)
L. SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira + atual
M. ANOREXIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)
N. BULÍMIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)
O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (6 últimos meses)
P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE	Vida inteira <u>Opcional</u>

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica estruturada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), explorando de modo padronizado os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

- **Entrevista:**

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

- **Apresentação:**

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

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

- **Convenções:**

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

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

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

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

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

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

- **Instruções de cotação :**

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”. O clínico deve-se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

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

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

Patricia AMORIM
N.A. P. S. Novo Mundo
Avenida Manchester 2000
Jd Novo Mundo
74000 – Goiânia - Goiás
BRASIL

Tel: + 55 62 208 85 50
fax: + 55 62 285 43 60
e-mail: p.amorim@persogo.com.br

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788

ph: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

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

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	S I M	1
A2	Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	S I M	2
	A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	S I M	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:				
A3	a O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg) COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
	b Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	4
	c Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias?	NÃO	SIM	5
	d Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6
	e Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7
	f Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8
	g Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	9

A4 **HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ?**
(ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

SE o(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

**NÃO
SIM**

**EPISÓDIO
DEPRESSIVO
MAIOR
ATUAL**

A5a Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?

→
NÃO
SIM

10

b Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses?

NÃO
SIM

11

A5b É COTADA SIM ?

NÃO
SIM

EPISÓ
DIO
DEPRE
SSIVO

*MAIOR
PASSAD
O*

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

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = **SIM**), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6	A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	12
a	Durante este último período de depressão, quando se sentiu pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
b	SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de se sentir melhor, mesmo temporariamente?	→ NÃO	SIM	
	A6a OU A6b SÃO COTADAS SIM ?			

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

A7	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
a				
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior de manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, tendo dificuldade em voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e	A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO SIM

**EPISÓDIO
DEPRESSIVO MAIOR
com Características
Melancólicas
ATUAL**

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

B. DISTIMIA

Não explorar este módulo se o(a) entrevistado(a) apresenta um Episódio Depressivo Maior Atual.

B1 Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ? →
NÃO SIM 2
0

B2 Ao longo desse período, sentiu-se bem durante mais de 2 meses ? →
NÃO SIM 2
1

B3 Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:

a O seu apetite mudou de forma significativa ? NÃO SIM 2
2

b Tem problemas de sono ou dorme demais ? NÃO SIM 2
3

c Sente-se cansado ou sem energia ? NÃO SIM 2
4

d Perdeu a auto-confiança ? NÃO SIM 2
5

e Tem dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões ? NÃO SIM 2
6

f Sente-se sem esperança ? NÃO SIM 2
7

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?

→
NÃO SIM

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

→
NÃO SIM 2
8

B4 É COTADA SIM?

NÃO SIM

***DISTIMIA
ATUAL***

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

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicidar-se ?	NÃO	SIM	3
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	4
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	5

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	6
----	---------------------------------------	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

SE SIM, ESPECIFICAR O NÍVEL DO RISCO DE SUICÍDIO:

C1 ou C2 ou C6 = SIM : LEVE
C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO
C4 ou C5 OU (C3 + C6) = SIM : ELEVADO

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
<i>LEVE</i>	
<input type="radio"/>	
MODERADO	
<input type="radio"/>	
Elevado	
<input type="radio"/>	

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

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

D1 ε Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ?

NÃO SIM 1

NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.

SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).

NÃO SIM 2

b SE “SIM”

Sente-se, neste momento, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?

D2 ε Alguma vez teve um período em que estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família?

NÃO SIM 3

NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.

SE “SIM”

b Sente-se, excessivamente irritável neste momento?

NÃO SIM 4

→

D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?

NÃO SIM

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

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

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

NÃO SIM 5

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

NÃO SIM 6

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

NÃO SIM 7

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

NÃO SIM 8

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

NÃO SIM 9

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

NÃO SIM 10

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

NÃO SIM 11

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3

OU 4 SE **D1a** = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU **D1b** = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL)?

→
NÃO SIM

- D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana e lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

NÃO SIM 12

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

D4 É COTADA "NÃO" ?

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO SIM

**EPISÓDIO
HIPOMANÍACO**

Atual

Passado

D4 É COTADA "SIM" ?

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO SIM

**EPISÓDIO
MANÍACO**

Atual

Passado

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

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

E1	Alguma vez teve crises ou ataques repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ? Estas crises de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	NÃO	SIM	1
SÓ COTAR SIM SE RESPOSTA SIM ÀS DUAS QUESTÕES				

SE E1 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.

E2	Algumas dessas crises de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada as provocasse/ sem motivo ?	NÃO	SIM	2
----	---	-----	-----	---

SE E2 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.

E3	Após uma ou várias dessas crises, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outras crises ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	3
----	--	-----	-----	---

SE E3 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.

E4	Durante a crise em que se sentiu pior :			
a	Tinha palpitações ou o seu coração batia muito rápido ?	NÃO	SIM	4
b	Transpirava ou tinha as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	5
c	Tinha tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	6
d	Tinha dificuldade em respirar ou sentia-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	7
e	Tinha a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	8
f	Sentia dor ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	9
g	Tinha náuseas, desconforto no estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	10
h	Sentia-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	11
i	Tinha a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentia-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	12
j	Tinha medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	13
k	Tinha medo de morrer ?	NÃO	SIM	14
l	Tinha dormências ou formigamentos ?	NÃO	SIM	15
m	Tinha ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	16
E5	HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ? SE E5 = "NÃO", PASSAR a E7.	NÃO	SIM	

Transtorno de Pânico Vida inteira

E6	Durante o último mês, teve pelo menos 2 dessas crises de ansiedade, e sentia um medo constante de ter outra crise ?	NÃO	SIM	17
----	---	-----	-----	----

SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.

Transtorno de Pânico Atual

E7	HÁ 1, 2 OU 3 "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	18
----	----------------------------	-----	-----	----

Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira

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

F1	Sente-se particularmente ansioso ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, sobre uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19
----	--	-----	-----	----

SE F1 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ?	NÃO	SIM	20
----	---	-----	-----	----

*Agorafobia
Atual*

F2 (Agorafobia atual) É COTADA "NÃO"

e

E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM

TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL

F2 (Agorafobia atual) É COTADA "SIM"

e

E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM

TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL

F2 (Agorafobia atual) É COTADA "SIM"

e

E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA "NÃO" ?

NÃO SIM

AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL

F. AGORAFOBIA

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

G. FOBIA SOCIAL

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

G4 É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM

**FOBIA SOCIAL
ATUAL**

NÃO SIM

**TRANSTORNO
OBSSIVO-
COMPULSIVO
ATUAL**

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

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo, por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?	NÃO	SIM	1				
Não levar em consideração preocupações excessivas com problemas da vida Cotidiana, nem as obsessões ligadas à perturbação do comportamento alimentar, desvios sexuais, jogo patológico, abuso de drogas ou álcool, porque o(A) ENTREVISTADO(A) pode TER prazer COM ESSAS EXPERIÊNCIAS e desejar resistir A ELAS apenas POR suas conseqÜências negativas.								
SE H1 = "NÃO", PASSAR A H4.								
H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM	2				
SE H2 = "NÃO", PASSAR A H4								
H3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3				
H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4				
H3 OU H4 SÃO COTADAS "SIM" ?		→ NÃO	SIM					
H5	Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	→ NÃO	SIM	5				
H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6				
H6 É COTADA "SIM" ?		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO OBSESSIVO- COMPULSIVO ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO OBSESSIVO- COMPULSIVO ATUAL	
NÃO	SIM							
TRANSTORNO OBSESSIVO- COMPULSIVO ATUAL								

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

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

- I1 Alguma vez viveu ou foi testemunha ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? →
NÃO SIM 1
EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ATENTADO, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...
- I2 Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo? →
NÃO SIM 2
- I3 **Durante o último mês:**
- a Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele? NÃO SIM 3
- b Teve dificuldades em lembrar-se exatamente do que se passou? NÃO SIM 4
- c Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes? NÃO SIM 5
- d Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros? NÃO SIM 6
7
- e Teve dificuldade em sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar? NÃO SIM
- f Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, de que já não encararia o futuro da mesma maneira? NÃO SIM 8
- HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM I3 ? →
NÃO SIM
- I4 **Durante o último mês:**
- a Teve dificuldade para dormir ? NÃO SI
M
- b Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente? NÃO SI
M
- c Teve dificuldades em concentrar-se? NÃO SI
M
- d Estava nervoso(a), constantemente alerta? NÃO SI
M
- e Ficava sobressaltado(a) por quase nada? NÃO SI
M
- HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM I4 →
NÃO SIM
- I5 Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais? SI
NÃO M

15 É COTADA SIM?

**NÃO
SIM**

**TRANSTORNO
DE ESTRESSE
PÓS-
TRAUMÁTICO
ATUAL**

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

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

J1 Nos últimos 12 meses, por mais de três vezes você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...)?

→
NÃO S 1

J2 Durante os últimos 12 meses:

a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?

NÃO SI 2

b Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)?
Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca?

NÃO SI 3

COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO

c Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?

NÃO SI 4

d Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?

NÃO SI 5

e Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?

NÃO SI 6

f Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida?

NÃO SI 7

g Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?

NÃO SI 8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO SIM
**DEPENDÊNCIA DE
ÁLCOOL
ATUAL**

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL?

→
NÃO SIM

J3 Durante os últimos 12 meses:

a Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas?

NÃO SIM 9

COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS

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

- | | | |
|--|-----|----|
| b Alguma vez esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ? | NÃO | 10 |
| c Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido? | NÃO | 11 |
| d Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ? | NÃO | 12 |

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?

NÃO	SIM
ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL	

LISTA DE SUBSTÂNCIAS

ANFETAMINA

BRANCA

CANNABIS

BASEADO

COCAÍNA

CODEÍNA

COLA

CRACK

MACONHA

MERLA

ECSTASY

ERVA

ÉTER

GASOLINA

HAXIXE

HEROÍNA

L.S.D.

MARIJUANA

MESCALINA

METADONA

MORFINA

ÓPIO

PCP

PÓ

RITALINA

COGUMELO

SPEEDS

TEGISEC

TOLUENO

TRICLOROETILENO

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

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

- K1 Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “de cabeça feita / chapado”?
- NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBTÂNCIA CONSUMIDA

Estimulantes : anfetaminas, “speed”, ritalina, pílulas anorexígenas.

Cocaína: cocaína, “coca”, crack, pó, folha de coca

Opiáceos: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina

Alucinogêneos: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, “pó de anjo”, “cogumelos”, ecstasy.

Solventes voláteis: “cola”, éter.

Canabinóides: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, haxixe, THC

Sedativos: Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, Rohypnol, barbitúricos

Diversos: Anabolisantes, esteróides, “poppers”. Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ? | NÃO | SIM | 1 |
| b | Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? | NÃO | SIM | 2 |
| COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO | | | | |
| c | Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia | NÃO | SIM | 3 |
| d | Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? | NÃO | SIM | 4 |
| e | Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas coisas ? | NÃO | SIM | 5 |

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

- f
- | | | | |
|--|-----|-----|---|
| | NÃO | SIM | 6 |
|--|-----|-----|---|
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?
- | | | | |
|--|-----|-----|---|
| | NÃO | SIM | 7 |
|--|-----|-----|---|

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS(S) ATUAL	

O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE UMA/ VÁRIAS SUBSTÂNCIA(S) CONSUMIDA(S) ?

	NÃO	SIM	→
--	-----	-----	---

K3 Durante os últimos 12 meses:

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou "de cabeça feita / chapado" com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBST 100 SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na 100 em casa ? Isso lhe causou problemas?
- | | | | |
|--|-----|-----|---|
| | NÃO | SIM | 8 |
|--|-----|-----|---|
- COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Alguma vez esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.?
- | | | | |
|--|-----|-----|---|
| | NÃO | SIM | 9 |
|--|-----|-----|---|
- c Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?
- | | | | |
|--|-----|-----|----|
| | NÃO | SIM | 10 |
|--|-----|-----|----|
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ?
- | | | | |
|--|-----|-----|----|
| | NÃO | SIM | 11 |
|--|-----|-----|----|

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) :

NÃO	SIM
ABUSO DE SUBSTÂNCIAS(S) ATUAL	

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.

SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA.

DELÍRIOS BIZARROS : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

				BIZARRO	
Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.					
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM	1
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM ΔL6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO	SIM	SIM	3
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM ΔL6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído?	NÃO		SIM	5
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM ΔL6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO		SIM	7
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM ΔL6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR " SIM " APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRÍACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR " SIM " "BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes a falar entre elas?	NÃO	SIM	SIM	11
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	SIM ΔL8a	12
L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR " SIM " SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO	SIM		13

b **SE SIM** : Isto lhe aconteceu durante o último mês? NÃO SIM 14

OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:

L8b ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ? NÃO SIM 15

L9b ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO? NÃO SIM 16

L10b OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA? NÃO SIM 17

L11 DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS :
UMA QUESTÃO « b » COTADA “SIM” BIZARRO
OU
DUAS QUESTÕES « b » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ?

NÃO SIM
SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL

L12 DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS:
UMA QUESTÃO « a » COTADA “SIM” BIZARRO
OU
DUAS QUESTÕES « a » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ?
(VERIFICAR SE OS 2 SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO)
OU
L11 É COTADA “SIM” ?

NÃO SIM
SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA

L13a SE L12 É COTADA “SIM” E SE HÁ PELO MENOS UM “SIM” DE L1 A L7:

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA
UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4) OU PASSADO (A5b)

OU
UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4) ?

→
NÃO SIM

b **SE L13a** É COTADA “SIM”:
Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / particularmente irritável.

Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram **somente** durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / irritável ?

→
NÃO SIM 18

SE L13a É COTADA “SIM”:

ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?

NÃO SIM
TRANSTORNO DO HUMOR
com Sintomas Psicóticos
ATUAL

L13b OU L13c SÃO COTADAS “SIM”?

d

NÃO SIM
TRANSTORNO DO HUMOR
com Sintomas Psicóticos
VIDA INTEIRA

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

M. ANOREXIA NERVOSA

M1a	Qual é a sua altura ?	□□□□ cm		
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	□□□□ kg		
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	→ NÃO SIM		1

Durante os últimos 3 meses:

M2	Recusou-se a engordar , embora pesasse pouco ?	→ NÃO SIM		2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais ?	→ NÃO SIM		3
M4a	Achou que era ainda muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO SIM		4
b	A sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO SIM		5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO SIM		6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	→ NÃO SIM		
M6	PARA AS MULHERES APENAS: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	→ NÃO SIM		7

PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?

PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
ANOREXIA NERVOSA ATUAL	

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

ALTURA (cm)		140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
PESO (Kg)	Mulheres	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
	Homens	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(15% DE REDUÇÃO EM RELAÇÃO AO PESO NORMAL)

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

N. BULIMIA NERVOSA

N 1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	8
N 2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	9
N 3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ NÃO	SIM	10
N 4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ NÃO	SIM	11
N 5	A opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	12
N 6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)?	NÃO	SIM	13
	SE N6 = “NÃO”, PASSAR A N8			
N 7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kg* ?	NÃO	SIM	14

* RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA)

N 8 N5 É COTADA "SIM" E N7 COTADA "NÃO" (OU NÃO COTADA)?

NÃO SIM

**BULIMIA NERVOSA
ATUAL**

N7 É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM

**ANOREXIA NERVOSA
tipo Compulsão Periódica / Purgativa
ATUAL**

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

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O1	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1
	NÃO COTAR SIM SE A ANSIEDADE DESCRITA CORRESPONDE A UM TIPO DE ANSIEDADE JÁ EXPLORADA, COMO MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA)...			
b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2
O2	Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	3
	DE O3 A O3f COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO QUADRO DOS TRANSTORNOS EXPLORADOS ANTERIORMENTE			
O3	Nos últimos seis meses, quando se sentia particularmente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), freqüentemente:			
a	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
d	Tinha dificuldade em concentrar-se ou ter esquecimentos / “dar branco” ?	NÃO	SIM	7
e	Ficava particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
f	Tinha problemas de sono (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?			

NÃO SIM
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL

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

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

P1 Antes dos 15 anos:

a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1
b	Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2
c	Brutalizou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3
d	Destruiu ou incendiou coisas porque quis?	NÃO	SIM	4
e	Fez sofrer animais ou pessoas porque quis?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6
		→		
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?	NÃO	SIM	

P2

Não cotar "SIM" as respostas abaixo se os comportamentos DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE em contextos políticos ou religiosos ESPECÍFICOS.

Depois dos 15 anos:

a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para assegurar o mínimo necessário?	NÃO	SIM	7
b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c	Freqüentemente foi violento fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	NÃO	SIM	9
d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	NÃO	SIM	10
e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11
f	Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO	DA
PERSONALIDADE	
ANTI-SOCIAL	
VIDA INTEIRA	

REFERÊNCIAS

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; **59** [suppl 20] : 22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; **13** : 26-34.

As versões originais francesa e inglesa do MINI / DSM IV foram traduzidas e podem pedir-se aos autores (ver página 3). Uma versão CIM-10 do MINI está também disponível em francês, inglês e dinamarquês.

Traduções	M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores	M.I.N.I. 5.0, M.I.N.I. PLUS, M.I.N.I. screen
Afrikaans		R. Emsley
Alemão	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		En préparation
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Brasileiro	P. Amorim	P. Amorim
Búlgaro		L.G. Hranov
Catalão		En préparation
Chinês		L. Carroll
Croata		En préparation
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rahola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	En préparation
Galês		En préparation
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		K. Batra, S. Gambir
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Italiano	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, P. Donda, A. Rossi, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano
Japonês		H. Watanabe
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Holandês/ Flamenco	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. Leiknes, U. Malt, E. Malt
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim, T. Guterres	T. Guterres, P. Levy, P. Amorim
Punjabi		S. Gambir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky

Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble
Checo	P. Zvolsky	P. Zvolsky
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		S. Gambir

O M.I.N.I. foi desenvolvido simultaneamente em francês e inglês. O desenvolvimento e a validação do M..I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pela CNAM (701061), os laboratórios SmithKline Beecham e a U.E. Imp. 18.10.

Anexo B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento tem como objetivo esclarecer-lhe acerca do estudo que estamos lhe convidando a participar, na Fundação para Desenvolvimento das Ciências – Curso de Mestrado – Salvador - Bahia.

O estudo tem como objetivo avaliar se você tem sintomas que possibilitem o diagnóstico das seguintes patologias: depressão, distímia, episódio maníaco, pânico, fobia social, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de estresse pós traumático, dependência ou abuso de substâncias, transtorno psicótico, anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de personalidade anti – social.

Para isto, você terá que ser avaliado (a) em uma única entrevista por um médico psiquiatra, especialmente treinado na aplicação deste questionário.

Ao final da entrevista, você poderá saber se tem ou não diagnóstico de alguma dessas patologias, segundo os critérios adotados na pesquisa. Essa informação lhe será dada se for do seu desejo.

Caso seja diagnosticado o transtorno, será oferecido atendimento médico e você será encaminhado a um dos diversos serviços disponíveis na rede de saúde, se assim desejar.

O questionário preenchido na sua entrevista será numerado e nele constarão dados de identificação como sua idade e sexo. Não constará no questionário seu nome ou iniciais a fim de preservar seu anonimato.

Em nenhuma hipótese, sua identificação será revelada a terceiros.

Data:

Paciente:

José Andrade Moura Junior:

Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu,....., li o termo de consentimento livre pós informação e fui informado (a) dos objetivos específicos, da justificativa desta pesquisa de forma clara e detalhada, bem como das informações sobre o procedimento no qual estarei envolvido. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento. Além disso, sei que as informações, obtidas durante o estudo, poderão me ser fornecidas mediante solicitação.

Dr. José Andrade Moura Jr. certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial.

..... _____ _/ _/ _

..... José Andrade Moura Jr. _/ _/ _

Anexo C**Parecer Nº 07/2001****Protocolo: 071****Projeto de Pesquisa: Prevalência de distúrbios psiquiátricos em pacientes de hemodiálise crônica no Estado da Bahia****Pesquisador Responsável: Drº José Andrade Moura Junior****Instituição ou Departamento: Clínica Senhor do Bonfim****Considerações:**

Após a análise ética do projeto, tendo sido feitos pelo responsável os esclarecimentos solicitados e pelo adequadas às dependências apontadas, o CEP considera que o projeto atende aos princípios éticos de autonomia, beneficência, não maleficência, equidade e justiça.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz da Fundação Oswaldo Cruz (CEP – CPqGM/FIOCRUZ), conforme atribuições conferidas pela CONEP/CNS/MS (Carta Doc.32/04/97), com base na Resolução 196/96, julga **aprovado** o projeto supracitado.

Salvador, Bahia, 17 de outubro de 2001

Dr. Italo A. Sherlock

Coordenador do CEP – CPqGM/FIOCRUZ