



DANIELA DE QUEIROZ MOURA LANDIM

**Transtornos Psiquiátricos em Pacientes em
Hemodiálise Crônica em clínica na Bahia:
a influência da pandemia**

Salvador

2024

DANIELA DE QUEIROZ MOURA LANDIM

**Transtornos Psiquiátricos em Pacientes em
Hemodiálise Crônica em clínica na Bahia:
a influência da pandemia**

Dissertação de Mestrado do Programa de
Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana da
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública,
como parte dos requisitos para obtenção
do título de Mestre em Medicina e Saúde

Orientador: Constança Margarida Sampaio Cruz

Salvador

2024

RESUMO

A Doença Renal Crônica é um relevante problema na saúde pública no Brasil, com elevada prevalência e alta morbimortalidade. Por diversos fatores ligados à doença e ao seu tratamento, existe uma alta taxa de distúrbios psiquiátricos associados à essa doença. Nos últimos anos o mundo enfrentou uma realidade sem precedentes, com o isolamento social como medida protetora de vida para a nova pandemia do COVID-19. Evidências sugerem que esse isolamento possa ter aumentado a prevalência, antes já elevada, dos distúrbios psiquiátricos nos pacientes renais crônicos. 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. **Objetivo:** Determinar a prevalência de distúrbios psiquiátricos em pacientes em hemodiálise crônica, durante a pandemia de COVID-19, avaliando uma possível associação do diagnóstico de COVID-19 e de algumas variáveis clínicas e sociodemográficas com a ocorrência desses transtornos psiquiátricos. **Metodologia:** Estudo de corte transversal realizado em uma clínica de nefrologia na Bahia, entre março e julho de 2023. A amostra foi de 119 pacientes escolhidos por randomização simples. Foram analisadas variáveis sociodemográficas e clínicas associadas à ocorrência de transtornos psiquiátricos em pacientes com Doença Renal Crônica. Os pacientes foram avaliados pelo *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.), entrevista padronizada de diagnóstico de transtornos psiquiátricos, de fácil e rápida aplicabilidade, validada internacionalmente. **Resultados:** A maioria dos pacientes era do sexo masculino (57,1%) e morava em área urbana (83,2%). Quarenta e oito pacientes (40,3%) tinham menos do que 3 anos em hemodiálise. A quantidade de pacientes que tiveram COVID-19 (48,7%) e que não tiveram (51,3%) foi semelhante na amostra. Apenas 34,5% dos pacientes tinham Kt/V menor do que 1,2. Sessenta e dois pacientes (52,1%) apresentaram pelo menos um transtorno psiquiátrico. Os mais comuns foram Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) (42%) e Episódio Depressivo Maior (EDM) (18,5%). Não houve associação do diagnóstico de COVID-19 com qualquer distúrbio psiquiátrico. Entre os 58 pacientes que tiveram COVID-19, os homens tiveram uma chance menor de desenvolver algum transtorno psiquiátrico (OR=0,30; IC 95% [0,10-0,91]) e de desenvolver, especificamente, TAG (OR=0,28; IC 95% [0,09-0,84]). Dentre esses pacientes, os que tinham < 3 anos em tratamento dialítico tiveram mais distúrbios psiquiátricos diagnosticados (58,1%; p=0,017) e os pacientes com > 5 anos de tratamento tiveram uma chance significativamente menor do que os outros pacientes em desenvolver algum transtorno psiquiátrico (OR=0,17; IC 95% [0,05-0,61]) e de desenvolver TAG (OR=0,10; IC 95% [0,02-0,39]). **Conclusões:** A prevalência global de transtornos psiquiátricos é alta, de 52,1%, e os transtornos mais comuns foram TAG e EDM. O diagnóstico de COVID-19 não mostrou associação positiva com qualquer distúrbio psiquiátrico. Entre os pacientes que tiveram COVID-19, as mulheres tiveram mais distúrbio psiquiátrico, assim como, especificamente, tiveram mais TAG e os pacientes que tinham mais do que 5 anos de tratamento tiveram uma chance significativamente menor de desenvolver algum transtorno psiquiátrico (OR=0,17; IC 95% [0,05-0,61]) ou TAG (OR=0,10; IC 95% [0,02-0,39]).

Palavras-chaves: Distúrbios psiquiátricos. Doença renal crônica. Hemodiálise. COVID-19.

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease is a relevant public health problem in Brazil, with high prevalence and high morbimortality. Due to several factors linked to the disease and its treatment, there is a high rate of psychiatric disorders associated with this disease. In recent years, the world has faced an unprecedented reality, with social isolation as a life-protective measure against the new COVID-19 pandemic. Evidence suggests that this isolation may have increased the previously already high prevalence of psychiatric disorders in chronic kidney disease patients. It is accepted that the early and accurate diagnosis of psychiatric disorders in dialysis units can contribute to the development of treatment strategies, reducing the morbidity and mortality caused by the disorders. **Objective:** To determine the prevalence of psychiatric disorders in patients on chronic hemodialysis during the COVID-19 pandemic, evaluating a possible association between the diagnosis of COVID-19 and some clinical and sociodemographic variables with the occurrence of these psychiatric disorders. **Methodology:** Cross-sectional study carried out in a nephrology clinic in Bahia, between March and July 2023. The sample was 119 patients chosen by simple randomization. Sociodemographic and clinical variables associated with the occurrence of psychiatric disorders in patients with chronic kidney disease were analyzed. Patients were evaluated using the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a standardized interview for diagnosing psychiatric disorders, easy and quick to apply, internationally validated. **Results:** Most of patients were male (57.1%) and lived in urban areas (83.2%). Forty-eight patients (40.3%) had been on hemodialysis for less than 3 years. The number of patients who had COVID-19 (48.7%) and who did not (51.3%) was similar in the sample. Only 34.5% of patients had Kt/V less than 1.2. Sixty-two patients (52.1%) had at least one psychiatric disorder. The most common were Generalized Anxiety Disorder (GAD) (42%) and Major Depressive Episode (MDE) (18.5%). There was no association between the diagnosis of COVID-19 and any psychiatric disorder. Among the 58 patients who had COVID-19, men had a lower chance of developing a psychiatric disorder (OR=0.30; 95% CI [0.10-0.91]) and of developing, specifically, GAD (OR =0.28; 95% CI [0.09-0.84]). Among these patients, those who had been on dialysis for < 3 years had more diagnosed psychiatric disorders (58.1%; p=0.017) and patients with > 5 years of treatment had a significantly lower chance than other patients of developing any psychiatric disorder (OR=0.17; 95% CI [0.05-0.61]) and developing GAD (OR=0.10; 95% CI [0.02-0.39]). **Conclusions:** The global prevalence of psychiatric disorders is high, at 52.1%, and the most common disorders were GAD and MDE. The diagnosis of COVID-19 did not show a positive association with any psychiatric disorder. Among patients who had COVID-19, women had more psychiatric disorders, as well as, specifically, more GAD and patients who had more than 5 years of treatment had a significantly lower chance of developing a psychiatric disorder (OR=0.17; 95% CI [0.05-0.61]) or GAD (OR=0.10; 95% CI [0.02-0.39]).

Keywords: Psychiatric disorders. Chronic kidney disease. Hemodialysis. COVID-19.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis seleccionadas	31
Quadro 2 – Módulos diagnósticos do M.I.N.I.	32

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Fluxograma de inclusão no estudo	33
Gráfico 2 – Percentuais dos transtornos psiquiátricos encontrados	36
Gráfico 3 – Número de diagnóstico expressos por paciente	37
Gráfico 4 – Prevalência de distúrbio psiquiátrico nos 119 pacientes avaliados	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes	35
Tabela 2 – Prevalência de transtornos psiquiátricos nos 119 participantes avaliados	36
Tabela 3 – Número de diagnóstico em cada paciente	37
Tabela 4 – Associação entre o diagnóstico de COVID-19 e dados clínicos e sociodemográficos	39
Tabela 5 – Associação entre o diagnóstico de COVID-19 e distúrbios psiquiátricos	40
Tabela 6 – Associação entre dados clínicos e sociodemográficos e distúrbios psiquiátricos nos 58 participantes que tiveram COVID-19	41
Tabela 7 – Associação entre dados clínicos e sociodemográficos e distúrbios psiquiátricos nos 61 participantes avaliados que não tiveram COVID-19	42
Tabela 8 – Associação entre dados clínicos e sociodemográficos com Episódio Depressivo Maior dos 58 participantes que tiveram COVID	43
Tabela 9 – Associação entre dados clínicos e sociodemográficos com Transtorno de Ansiedade Generalizado dos 58 participantes avaliados que tiveram COVID	44
Tabela 10 – Associação entre dados clínicos e sociodemográficos com Episódio Depressivo Maior dos 119 participantes avaliados	45
Tabela 11 – Associação entre dados clínicos e sociodemográficos com Transtorno de Ansiedade Generalizado dos 119 participantes avaliados	46

LISTA DE SIGLAS

BDI – *Beck Depression Inventory*
CAPD – Diálise Peritoneal Ambulatória Contínua
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição
CIDI – *Composite International Diagnostic Interview*
DIS – *Diagnostic Interview Schedule*
DP – Diálise Peritoneal
DPA – Diálise Peritoneal Automática
DPI – Diálise Peritoneal Intermitente
DRC – Doença Renal Crônica
DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA – *Epidemiologic Catchment Area*
EDM – Episódio Depressivo Maior
EUA – Estados Unidos da América
HD – Hemodiálise
HDF – Hemodiafiltração
KI – *Karnofsky Index*
KDQOL – *Kidney Disease Quality of Life*
M.I.N.I. – *Mini-International Neuropsychiatric Interview*
NCDS – *National Cooperative Dialysis Study*
OMS – Organização Mundial de Saúde
ppm - Pacientes por milhão
TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TFG – Taxa de Filtração Glomerular
TR – Transplante Renal
TRS – Terapia Renal Substitutiva
SCID-P – *Structured Clinical Interview Patient Version*
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	12
3	REVISÃO DE LITERATURA	13
	3.1 Doença Renal Crônica – Delineando o problema	13
	3.2 Aspectos epidemiológicos	15
	3.3. Aspectos psiquiátricos	17
	3.4. Fatores associados aos transtornos psiquiátricos em hemodiálise	22
	3.4.1. Gênero	22
	3.4.2. Idade	22
	3.4.3. Moradia urbana ou rural	23
	3.4.4. Estado civil	23
	3.4.5. COVID-19	23
	3.4.6. Tempo em tratamento	24
	3.4.7. Adequação em diálise (Kt/V)	24
	3.4.8. Anemia	25
	3.5. Aspectos metodológicos	26
4	METODOLOGIA	28
	4.1. Modelo do estudo	28
	4.2. Local do estudo	28
	4.3. Período do estudo	28
	4.4. Amostra	28
	4.5. Cálculo do tamanho amostral	28
	4.6. Critérios de inclusão	29
	4.7. Critérios de exclusão	29
	4.8. Requisitos éticos	29
	4.9. Coleta e organização dos dados	30
	4.10. Variáveis do estudo	30
	4.11. Mini International Neuropsychiatric Interview	31
	4.12. Análise estatística	32
	4.13. Recursos disponíveis e fontes de financiamento	32
5	RESULTADOS	33
	5.1. Variáveis Sociodemográficas	34

5.2. Variáveis Clínicas	34
5.3. Distúrbios Psiquiátricos	36
5.3.1. Variáveis Associadas Aos Transtornos Psiquiátricos	39
5.3.1.1. Diagnóstico de COVID-19	39
5.3.1.1.1. COVID-19 e Episódio Depressivo Maior	43
5.3.1.1.2. COVID-19 e Transtorno de Ansiedade Generalizada	44
5.3.1.2. Variáveis sociodemográficas e clínicas e Episódio Depressivo Maior	45
5.3.1.3. Variáveis sociodemográficas e clínicas e Transtorno de Ansiedade Generalizado	46
6 DISCUSSÃO	47
7 CONCLUSÕES	58
8 REFERÊNCIAS	59
9 APÊNDICE	71
10 ANEXOS	73

1 INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é um relevante problema na saúde pública no Brasil e no mundo devido a sua elevada prevalência e por estar associada a uma alta morbidade e mortalidade¹.

Há poucas décadas todos pacientes com DRC em estágio final evoluíam para a morte. Sua história natural modificou-se desde a disponibilidade das técnicas de Terapia Renal Substitutiva (TRS). Hemodiálise convencional (HD), Hemodiafiltração (HDF), Diálise Peritoneal (DP) e Transplante Renal (TR), que, a depender de indicações individualizadas, são os quatro métodos disponíveis para o tratamento^{1,2,3}.

A TRS que, em seu início, objetivava apenas aumentar a sobrevida dos pacientes, experimentou, a partir do início dos anos sessenta, enorme avanço na qualidade dos serviços e na democratização dos mesmos. Atualmente, busca-se, além do aumento da sobrevida, melhora na qualidade desta sobrevida, já bastante comprometida⁴.

Dentro da atual ênfase na qualidade de vida destes pacientes, dá-se uma maior atenção às inúmeras pressões psicológicas a que os pacientes em diálise são submetidos: a) dependência imposta pelo tratamento (da máquina, da equipe médica); b) medo da morte; c) restrições da ingestão hídrica e dieta; d) perdas impostas pela patologia (desemprego, queda de status social, aposentadoria precoce); e) complicações físicas da doença, perda da capacidade de urinar, mudanças na imagem corporal e da performance sexual⁵.

Por esses diversos fatores, a literatura mundial demonstra que estes pacientes apresentam uma alta prevalência de distúrbios psiquiátricos, principalmente, depressão e ansiedade⁶, sendo estas causas independentes de mortalidade nesse grupo de paciente^{7,8,9}.

Em 2019 o mundo presenciou o surgimento do coronavírus SARS-CoV-2, causador da COVID-19, uma infecção viral de elevada contagiosidade. Até o momento atual, foram diagnosticados mais de 20 milhões de casos e 600.000 mortes no Brasil. Doença classificada como pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, levou todos os países do mundo a enfrentarem uma realidade sem precedentes na era moderna: o isolamento social como medida protetora de vida¹⁰. Claramente, as consequências foram devastadoras na esfera da saúde física e mental global¹⁰.

Evidências mostraram que pacientes com comorbidades como diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias e doença renal crônica, especialmente àqueles em programa de hemodiálise crônica, apresentavam maior risco de infecção e pior desfecho clínico da doença^{10,11,12}.

Associado ao risco de pior prognóstico, pacientes em hemodiálise ambulatorial se depararam com o desafio da aderência ao isolamento. Estes doentes necessitam de tratamento em unidade especializada ao menos 3 vezes por semana e sua locomoção, em sua maioria, é realizada por transportes públicos ou carona compartilhada¹⁰.

Através da junção de tais fatores, sugere-se que pacientes renais crônicos podem ter evoluído com efeitos negativos em sua saúde mental, com aumento da prevalência, já antes elevada, de depressão e ansiedade, mesmo naqueles pacientes que não tenham sido acometidos pelo COVID-19¹³.

Existem diversos questionários utilizados para o diagnóstico de transtornos psiquiátricos. Entre os mais utilizados em estudos de prevalência, existe *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.), que leva em consideração o DSM-III/IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição) e o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e validado no Brasil¹⁴. 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 pacientes¹⁵.

Acredita-se que o diagnóstico mais preciso e precoce dos transtornos psiquiátricos em unidades de diálise pode 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 sobrevida¹⁶. Da mesma forma, o estudo de prevalência de transtornos mentais é essencial para o planejamento de políticas visando a saúde mental desse grupo de pacientes.

2 OBJETIVOS

Principal: Determinar a prevalência de distúrbios psiquiátricos em pacientes com DRC em HD durante a pandemia de COVID-19 em uma clínica no interior da Bahia.

Secundário: Avaliar a possível associação do diagnóstico de COVID-19 e de algumas variáveis clínicas e sócio-demográficas com a ocorrência dos transtornos psiquiátricos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Doença Renal Crônica – Delineando o problema

A Doença Renal Crônica (DRC) é definida como qualquer anormalidade na estrutura ou na função renal, presentes por mais de 3 meses, que tragam implicações para a saúde do indivíduo¹⁷. Entendida em sentido amplo, ela aplica-se a uma condição patológica de instalação gradual, capaz de deteriorar em graus variáveis a capacidade funcional dos rins e pode ser classificada através da taxa de filtração glomerular (TFG) em cinco estágios, considerando-se o estágio 5 como avançado, sendo aquele em que a TFG está igual ou menor do que 15ml/min/1,73m².

Usualmente a DRC é caracterizada por progressão inevitável e irreversível, com a perda da função renal resultando no acúmulo de produtos metabólicos tóxicos, alterações no volume e na concentração dos solutos corporais, além de 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 fósforo¹⁸.

Até o início dos anos 60, o desfecho fatal era a regra na totalidade dos casos de DRC, quando o tratamento dessa patologia foi revolucionado pelo desenvolvimento e disponibilidade para uso crônico do chamado “rim artificial”¹⁹. A hemodiálise, primeira terapia renal substitutiva (TRS) a ser desenvolvida, é um processo baseado na transferência por difusão de massa entre o sangue e o fluido de diálise regulado por uma membrana semipermeável. Nas últimas décadas essa técnica vem experimentando enorme avanço tecnológico, 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 hemodialítico em um procedimento seguro e efetivo, que aumentou sobremaneira a sobrevivência dos pacientes²⁰. Ainda hoje é a TRS mais utilizada pelos portadores de DRC e o termo “hemodiálise convencional” é utilizado para descrever o tratamento com hemodiálise realizado 3 vezes por semana, com 4 horas cada sessão.

A dose e a qualidade dessa diálise, 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 conceitos²¹. Neste estudo, o Kt/V da ureia, que representa o clearance

fracional desta substância 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 DRC 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” na hemodiálise para a ureia, 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^{1,21}.

Além desse método de TRS, foram desenvolvidos outros, ao longo dos anos, como: Hemodiafiltração (HDF); Diálise Peritoneal Ambulatória Contínua (CAPD); Diálise Peritoneal Automática (DPA); Diálise Peritoneal Intermitente (DPI); e o Transplante Renal^{20,22}. A decisão por qual método deve ser utilizado dependerá das características e desejos de cada paciente e de sua rede de apoio.

No entanto, para a maioria dos pacientes com DRC, o transplante renal é o tratamento buscado, visto que esse é o que demonstra uma maior sobrevida e melhor qualidade de vida². Nesta área, também ocorreram consideráveis avanços, com melhora substancial das técnicas de imunossupressão, com o advento da Ciclosporina, Micofenolato, o Tacrolimus e o Sirolimus^{2,23,24}.

3.2 Aspectos epidemiológicos

O número estimado de pacientes com DRC no Estados Unidos, no período de 2017 a 2020 foi de aproximadamente 31,2 milhões de indivíduos, em comparação com 26,2 milhões em 2005-2008, um aumento de 19,1%²⁵. Destes, quase 808.000 pessoas vivem com DRC estágio avançado, sendo 69% em diálise e 31% com transplante renal²⁵.

No Brasil, o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2022 aponta a existência de mais de 153.000 pacientes em terapia dialítica, com aproximadamente 89,8% destes em programa de hemodiálise convencional²⁶. Esse número aumentou 232% nos últimos 20 anos, confirmando a tendência mundial de crescimento dessa população^{26,27}.

A prevalência latino-americana de pessoas em diálise, em 2019, foi de 650 pacientes por milhão (ppm)²⁸ e a europeia, em 2020, foi de 587 ppm²⁹. No Brasil, em 2022, a prevalência observada foi de 758 por milhão²⁶, número superior aos encontrados nesses continentes. Por outro lado, nossos números foram substancialmente inferiores aos dos Estados Unidos em 2019 (1.696 ppm)³⁰. A taxa de incidência brasileira de 2022 (214 ppm) foi ligeiramente menor do que a estimativa nacional de 2021 (224 ppm)²⁶, maior do que a estimativa latino-americana para 2019 (168 ppm)²⁸ e a europeia para 2020 (125 ppm)²⁹ e inferior à dos Estados Unidos para 2020 (372 ppm)³⁰.

Entretanto, no território brasileiro, é válido dizer que diferenças regionais expressivas são habitualmente constatadas. A prevalência no Nordeste foi de 608 ppm, enquanto a região Sudeste apresenta números próximos de 865 pacientes por milhão²⁶.

Talvez isso seja explicado, pelo fato de que regiões menos favorecidas economicamente, como o nordeste, possuem reduzido número de centros de diálise comparativamente com outras regiões, havendo ainda menos unidades de nefrologia localizadas no interior dessas regiões, subsequentemente revelando uma demanda reprimida de pacientes diagnosticados com DRC e, por isso, em diálise. Com o contingente atual de aproximadamente 33.000 pacientes em tratamento, o nordeste conta com 167 centros ativos, número insuficiente para a assistência nefrológica requerida por sua população de quase 57 milhões de habitantes²⁶. A Bahia conta com aproximadamente 10.000 pacientes em diálise²⁶.

Nos anos mais recentes observa-se tendência ao aumento percentual de indivíduos acima de 45 anos no âmbito das unidades de nefrologia^{30,31}. Em 2020, aqueles com mais de 75

anos responderam por 11,8% do total, pouco mais da metade da prevalência observada em países desenvolvidos^{29,32,33}. Tal tendência resulta em evidentes repercussões sobre o prognóstico desses pacientes, vez que pacientes idosos apresentam alta incidência de comorbidades.

Finalmente, é notória a redução da mortalidade no âmbito das unidades de diálise nas últimas décadas, elevando-se a expectativa de vida desses pacientes. No entanto, é válido dizer que nos últimos anos, em decorrência da pandemia de COVID-19, a taxa bruta de mortalidade se elevou de 19,5% em 2018 e 18,2% em 2019 para 24,5% em 2020 e 22,3% em 2021. Em 2022 essa taxa voltou a cair, encontrando seu menor valor nos últimos 4 anos (17,1%)²⁶.

3.3 Aspectos psiquiátricos

A epidemiologia dos transtornos psiquiátricos tem sido objeto de pesquisas em razão da importância de se planejar políticas de saúde mental em todo o mundo. Entretanto, no passado, não era possível obter-se uma análise comparativa dos trabalhos, em razão da divergência dos métodos utilizados na identificação das doenças mentais, assim como pela inexistência de entrevistas estruturadas para esse fim. Além disto, a maioria das estimativas de transtornos psiquiátricos na população geral levava em conta os casos já em tratamento^{34,35}. A se ressaltar também o fato de que eram escassos os estudos de base populacional adequados e com amostras significativas.

A primeira entrevista clínica estruturada adotada internacionalmente foi o “*Present State Examination*”, criada em 1959 e modificada em nove versões posteriores³⁵. Apenas 22 anos depois, em 1981, 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*” III (DSM-III)³⁶.

A partir daí, deram-se início as primeiras estimativas de prevalência, que eram obtidas apenas em população institucionalizada. Estudos comunitários só foram realizados após a Segunda Guerra Mundial, surgindo então trabalhos realizados em enfermarias, ambulatórios e hospitais gerais^{36,37}.

O primeiro deles, realizado em Salvador em 1977, avaliou 208 prontuários de adultos atendidos em centro de saúde. Em 15% dos prontuários havia algum tipo de diagnóstico psiquiátrico³⁸. Em 1982, Santana e cols. analisaram os diagnósticos das primeiras admissões em serviços psiquiátricos no Brasil, no período entre 1960 e 1974. Os diagnósticos mais frequentes entre os homens foram a esquizofrenia (31,3%) e o alcoolismo (38,4%)³⁹. Entre as mulheres foram a esquizofrenia (20,6%), as neuroses (18,4%) e as psicoses afetivas (6,6%)³⁹.

Ainda no final da década de 80, 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 estudou prospectivamente 18.571 indivíduos adultos^{40,41}. Os resultados 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. 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 antissocial^{41,42}.

Em 1990, foi elaborada uma compilação do Cronograma de Entrevistas Diagnósticas ajustado para as nosologias da Classificação Internacional de Doenças e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), e critérios diagnósticos denominados *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*⁴³, ainda bastante utilizado na atualidade.

Ainda em 1991, foi realizado um estudo em três áreas metropolitanas do Brasil (Brasília, São Paulo e Porto Alegre) com 6470 indivíduos. A prevalência observada de casos que necessitavam de tratamento em um ano 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 frequente, ocorrendo em 15% de todas as amostras. 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 Alegre⁴⁴.

Mais tarde, já em 1998, o Consórcio Internacional em Epidemiologia Psiquiátrica foi formado pela OMS para realizar estudos comparativos transnacionais sobre a prevalência e correlatos de doenças mentais, passando a usar o CIDI em todo o mundo⁴³, o que tendeu a facilitar estudos comparativos. 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 de países da América do Norte (Canadá, EUA e México), América Latina (Brasil) e Europa (Alemanha, Holanda e Turquia)⁴⁵. 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 (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%)⁴⁵.

Em 2005 outro estudo mostrou que a prevalência da população geral latino-americana girava em torno de 8,7% para Episódio Depressivo Maior (EDM) e 5,5% para Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)⁴⁶. Entre adultos de São Paulo, estudos populacionais

realizados em 2012 mostraram uma prevalência de 11% de transtornos de humor (depressão, distímia, transtorno bipolar) e 19,9% de transtornos de ansiedade⁴⁷.

Outra pesquisa, de 2014, mostrou que a prevalência de transtornos mentais comuns em quatro capitais brasileiras, apresentou taxas superiores a 50%, sendo especialmente altas em mulheres, desempregados, em pessoas com baixa escolaridade e com baixa renda⁴⁸. Vale destacar que, dentre os atingidos, poucos são tratados^{49,50}, podendo levar a sofrimento individual e implicações clínicas e socioeconômicas importantes⁵¹.

Importante também ressaltar que os questionários para triagem e diagnóstico sofreram grande evolução nesse período de 40 anos, juntamente com os próprios critérios diagnósticos das patologias psiquiátricas. O DSM, critério mais utilizado nesse tipo de patologia, está na sua edição mais recente, o DSM-5-TR, publicado em 2022⁵². No entanto, mesmo com maior número de trabalhos e questionários atualmente disponíveis, a epidemiologia ainda sofre com uma grande dificuldade na análise comparativa, visto que a maioria dos estudos difere na metodologia utilizada para o diagnóstico das patologias. Mesmo em vigência dessa dificuldade, o conhecimento gerado pelos diversos estudos indica que milhões de pessoas sofrem algum tipo de doença mental no mundo e que esse número vem aumentando progressivamente, principalmente nos países de renda baixa/média^{53,49}.

Mais especificamente, ao avaliarmos os dados disponíveis do tipo de pacientes do presente estudo, os pacientes com Doença Renal Crônica, entende-se que esses pacientes estão mais suscetíveis a sofrerem com distúrbios psiquiátricos, visto as alterações orgânicas inerentes da doença de base e suas comorbidades, além das inúmeras pressões psicológicas a que os pacientes em diálise são submetidos⁵.

Entretanto, após a explanação anterior, fica claro que a incidência e prevalência dos transtornos psiquiátricos ainda permanecem por ser bem estabelecida. Além disso, existe uma possível confusão de sintomas característicos dos transtornos psiquiátricos com sintomas da própria uremia (fadiga, anorexia, alterações no peso e de sono). Vale ressaltar que essa uremia, além de ser um possível mecanismo de confusão, também pode contribuir diretamente para o declínio cognitivo e os distúrbios psiquiátricos de tais pacientes⁶.

Dito isso, revisões realizadas desde os anos de 1980 estimaram que transtornos psiquiátricos nessa população variem de 10%, chegando até a 70%^{44,54-58}. Já estudos mais recentes e com ainda melhor desenho metodológico comprovam a maior prevalência de

transtornos psiquiátricos em pacientes renais crônicos⁵⁸⁻⁶¹, quando comparados com a população geral, sendo que esses transtornos são preditores independentes para menores taxas de sobrevivência, maior frequência de interrupção da diálise, maior risco e maior tempo de hospitalização nesses pacientes^{6-9,62-72}.

Dentre os transtornos psiquiátricos descritos, a depressão e a ansiedade são as síndromes mais prevalentes, com taxas que variam de 12% a 45%, considerada a variação dos métodos e critérios utilizados^{6,16,57,58,73-75}.

Uma revisão sistemática e metanálise com 216 estudos, publicada em 2013 e que envolveu 55.982 pacientes com DRC mostrou uma prevalência de 26,5% de sintomas depressivos quando avaliados por questionários⁵⁹. Outros estudos demonstraram que a prevalência de depressão em pacientes com DRC é três a quatro vezes maior em comparação com a população em geral e duas a três vezes maior em comparação com outras doenças crônicas, incluindo diabetes, doença arterial coronariana e doença pulmonar obstrutiva crônica^{76,77,78}.

Da mesma forma, um trabalho realizado com 155 pacientes com DRC em início de terapia renal substitutiva identificou sintomas de ansiedade em 53% dos pacientes, sendo sintomas moderados a graves em 28% dos pacientes⁷⁹. Tomados em conjunto, estes estudos mostraram que os sintomas de ansiedade são pelo menos duas vezes maiores em pacientes com DRC em comparação com a população em geral⁶⁰.

Fatores de risco demográficos, socioeconômicos e clínicos, como idade, sexo feminino, raça negra, etnia hispânica, menor escolaridade, menor renda familiar, desemprego, maior tempo em diálise, hipertensão, tabagismo e diabetes, têm sido associados à maiores taxas de transtornos psiquiátricos na DRC^{66,80,81,82,83}.

No entanto, apesar da sua elevada prevalência e da significativa carga clínica e socioeconômica, assim como demonstrado na população geral^{49,50}, a depressão parece ser subdiagnosticada e tratada nesse grupo de pacientes. Um grande estudo transversal envolvendo pacientes DRC estágios 3 a 4 com depressão revelou que menos que um terço dos pacientes relataram a prescrição de antidepressivos⁸².

Os trabalhos que resolveram avaliar a morbidade causada por esses transtornos na população com DRC mostraram que as síndromes psiquiátricas de depressão e ansiedade

encontradas estão associadas a não adesão ao tratamento^{6-9,62-69,84-86} e são causas independentes de mortalidade^{7-9,87-89}.

A mais grave complicação da depressão é o suicídio. Mortalidade por esta razão em pacientes com DRC tem sido reportada há décadas, tanto naqueles em diálise, como no pós-transplante renal^{9,88-92}. Estimativas de suicídio nessa população variam amplamente, na medida que se considere ou não, comportamento de não adesão à dieta e 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). Em 1971 um estudo envolvendo 127 centros de diálise e 3.478 pacientes viu que aproximadamente 5% tentaram cometer suicídio. Segundo os autores, o fator crucial que influencia alguns pacientes a escolher a descontinuidade da vida é a própria percepção do prognóstico da doença⁹² e o risco se torna ainda maior em pacientes maiores de 75 anos, pacientes que apresentem comorbidade com dependência de álcool ou drogas e naqueles com hospitalização recente por transtorno psiquiátrico⁹³.

Nos últimos anos, com o advento de uma situação sem precedentes, a pandemia de COVID-19, foi visto que a prevalência de distúrbios psiquiátricos aumentou ainda mais expressivamente. Diversos fatores podem ter contribuído para essa elevação, como isolamento social, a incerteza do futuro e a falta de suprimento médico⁹⁴⁻⁹⁶. Na vigência da infecção pelo coronavírus prevalência de depressão gira em torno de 45% e de ansiedade, 47%^{97,98} e as taxas de elevação foram de 27,6% para EDM e de 25,6% para TAG⁹⁹.

3.4 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 sociodemográficas e clínicas associadas à ocorrência de transtornos psiquiátricos em pacientes com DRC em programa de diálise merecem destaque.

3.4.1 Gênero:

Número expressivo de estudos reportam maior ocorrência de transtornos psiquiátricos em mulheres^{82,83,100-103}. Uma variedade de hipóteses já foi elaborada para explicar essas taxas, sendo as principais relacionadas às diferenças biológicas, hormonais e psicológicas dos períodos pré-menstruais, de pós-parto e do climatério, e talvez relacionados à opressão social, à personalidade passiva cultural e conseqüente baixa autoestima e dependência financeira mais relatada em mulheres^{34,104,105}. Alguns estudos de prevalência de depressão em unidades de hemodiálise confirmam taxas maiores nas mulheres¹⁰⁴⁻¹⁰⁸. Por outro lado, mulheres experimentam melhor sobrevida em tratamento dialítico, quando comparadas com os homens^{7,104,105,109,111}.

3.4.2 Idade:

Em um estudo multicêntrico realizado na Espanha em 1996 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 pacientes¹¹¹. Outros estudos mostraram que a qualidade de vida se deteriora com a idade, mostrando uma correlação inversa no escore Karnofsky, entre idade e outros fatores como depressão, participação social e severidade da doença⁵⁸.

Essa maior prevalência de transtornos psiquiátricos em idosos, talvez possa ser explicado pela diminuição de funcionalidade dessa faixa etária, associada também a um aumento da prevalência de comorbidades e queda da qualidade de vida^{88,111}.

Entretanto, quando se avalia especificamente o impacto da DRC nos idosos em programa de diálise, eles tendem a aceitar mais a doença e quando são incluídos em programa de apoio e psicoterapia terminam alcançando melhores resultados do que os jovens^{89,113}. Foi comprovado que pacientes mais jovens têm maior dificuldade em lidar com o diagnóstico de

doenças crônicas, tendo, por isso, uma taxa maior de distúrbios psiquiátricos quando essas doenças, como a DRC, são diagnosticadas^{82,83}.

3.4.3 Moradia urbana ou rural:

O domicílio dos pacientes em tratamento dialítico deve ser considerado como variável importante, vez que inexitem clínicas 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, repercutindo diretamente na qualidade de vida.

No entanto, não existem dados conclusivos que demonstrem diferença na prevalência dos transtornos psiquiátricos quando se considera a localização da moradia (e não a distância para clínica de hemodiálise). Alterações psiquiátricas mais frequentes em centros urbanos apenas são confirmadas quando se avaliam neuroses e distúrbios de personalidade^{35,88,106}.

3.4.4 Estado civil:

Percentuais diferentes de alterações psiquiátricas tem sido reportada de acordo com o estado civil. Pessoas divorciadas ou viúvas têm maior prevalência de transtornos psiquiátricos do que solteiros e casados. Dentro desse último grupo, os casados apresentam menores taxas do que os solteiros^{104,107,112-117}. Talvez isso se justifique pelo apoio familiar inerente das pessoas que estão em um relacionamento estável.

3.4.5 COVID-19:

Estudos em populações gerais e nas populações com comorbidades, como com DRC, mostraram uma elevação da prevalência de transtornos psiquiátricos durante e após o pico da pandemia de COVID-19^{10,13,98,118,119}.

Os estudos mostraram que, no que se refere à população geral, o isolamento social, a preocupação com familiares e amigos, a incerteza do futuro, informações erradas das mídias sociais^{94,95} e a falta de suprimento médico durante a pandemia⁹⁶ foram algumas das causas da elevação desses transtornos.

Em especial para os pacientes que fazem hemodiálise, vale ressaltar que, durante a pandemia, as mudanças ocorridas na rotina das clínicas foram diversas e expressivas. Além da incapacidade de aderir totalmente ao isolamento social por motivos inerentes ao tratamento 3x

semana, vale citar que houve, na maioria das clínicas, a restrição do contato com os outros pacientes, muitas vezes amigos, e o medo pela saúde dos mesmos. Além disso, o menor acesso aos médicos assistentes, que diminuíram, em sua maioria, suas visitas às salas de hemodiálise.

Outros fatores, próprios da infecção do coronavírus, como um aumento do nível de cortisol no organismo, poderiam também estar associados positivamente ao aumento dessas patologias psiquiátricas^{97,120}.

3.4.6 Tempo em tratamento:

A maioria dos trabalhos publicados desde 1980 demonstram correlação entre maior tempo em hemodiálise e melhor adaptação do paciente ao tratamento. Em 1982 um estudo observou 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 encontrados¹²¹. Após esse estudo, Kutner avaliou 128 pacientes em diálise, correlacionando depressão e ansiedade com tempo em tratamento, tendo encontrado correlação inversa, estatisticamente significativa⁵⁷. Outro estudo realizado em 1987 demonstrou maior prevalência de depressão em indivíduos nos primeiros 2 anos de início do tratamento¹²².

Tal achado pode ser explicado pelo fato de que pacientes com DRC frequentemente experimentam melhora nas condições médicas após o início da terapia renal substitutiva, porém necessitam de algum tempo para se adaptarem psicologicamente à nova situação, acostumando-se ao tratamento e às mudanças inerentes à ele após um tempo médio de um ano^{80,81,123}.

Entretanto, não há unanimidade. Kimmel e cols., 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 internamento⁵⁸.

3.4.7 Adequação em diálise (Kt/V):

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, nos sintomas relacionados com a diálise, com melhora na qualidade de vida e na mortalidade naqueles pacientes com a “dose” de diálise mais adequada^{124,125}.

3.4.8 Anemia:

A anemia usualmente é um dos mais importantes fatores limitantes e de maior impacto na qualidade de vida dos pacientes. Acompanhada por diversos de sintomas, potencializa sintomas urêmicos e psicológicos, alterando a eletrofisiologia cerebral, piorando funções cognitivas, causando confusão, fadiga e diminuição da capacidade de concentração¹²⁶⁻¹²⁸. Estudos multicêntricos demonstraram que pacientes tratados com eritropoetina, com conseqüente melhora da hemoglobina, apresentaram melhora no nível de atividade, dispneia, sono, mobilidade, apetite, relações sociais e força muscular^{111,126,127,129,130}.

3.5 Aspectos metodológicos

O estudo de prevalência está descrito na literatura, como aquele no qual causa e efeitos são aferidos num mesmo momento. Em 1999, Almeida e cols.¹³¹ 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 DRC. Esse é um fato que se mantém até os dias atuais.

Uma das principais limitações desse desenho de pesquisa 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 efeito¹³².

Entrevistas estruturadas, por sua vez, são utilizadas com frequência em estudos na área de psiquiatria. 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 psiquiátricos¹⁵. No entanto, apesar das óbvias vantagens, como facilidade de administração, especificidade e sensibilidade, devem ser usadas como complemento, e não como substituto da avaliação clínica especializada^{133,134}.

Vários questionários de avaliação de qualidade de vida e bem-estar psicológico tem sido utilizados em pacientes com DRC, embora a maioria deles não seja validada para este subgrupo 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 DRC^{134,135}. Outros exemplos de questionários específicos são o *Kidney Disease Questionnaire*, o *Kidney Disease Quality of Life (KDQOL)*, e o *Dialysis Quality of Life*¹³⁶. Entretanto, nenhum deles fornece a oportunidade de diagnosticar rapidamente os transtornos psiquiátricos mais prevalentes desta população. 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^{137,138}.

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 tratamento¹⁵.

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^{15,139}.

4 METODOLOGIA

4.1 Modelo do estudo:

Estudo de corte transversal.

4.2 Local do estudo:

A pesquisa foi realizada em uma clínica satélite de nefrologia na cidade de Juazeiro da Bahia, a 507 km da capital do estado. O município é o 5º mais populoso do estado da Bahia, com, aproximadamente, 237.000 habitantes¹⁴⁰.

A clínica de nefrologia mantém, em programa de hemodiálise crônica, 550 pacientes, sendo 92,7% pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 7,3% vinculado a outros convênios particulares. Todos os pacientes dialisam três dias por semana em sessões de quatro horas, cada. Com 550 pacientes em programa, de um total de 10.171 pacientes que dialisam no estado da Bahia²⁶, a amostra estudada representa quase 5,4% do total de pacientes do estado.

4.3 Período do estudo:

Março de 2023 a julho de 2023.

4.4 Amostra:

A amostra foi constituída por 119 pacientes que faziam hemodiálise regular na clínica avaliada, pelo SUS, e que, convidados, concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Apêndice A**). A escolha foi realizada por randomização simples.

4.5 Cálculo do tamanho amostral:

Foi utilizada a seguinte fórmula para se estabelecer o tamanho da amostra:

$$N = (z^2 \cdot p \cdot q) / e^2$$

Onde:

- N = tamanho da amostra
- z^2 = nível de confiança escolhido = 1,96 (95%)
 - Nível de significância = 5%
- p = porcentagem com a qual o fenômeno se verifica = 0,51

- Acreditando-se que 50% tem algum distúrbio psiquiátrico^{6,48,73,79,97-99}
- $q =$ porcentagem complementar $(100 - p) = 0,49$
- $e =$ erro máximo permitido
 - Diferença = 10%

Aplicando-se a fórmula: **N = 116**

4.6 Critérios de inclusão:

- a) Pacientes ≥ 18 anos;
- b) Ser portador de DRC estágio avançado e estar em programa de hemodiálise na unidade do estudo há mais de 30 dias;
- c) Encontrar-se em condições clínicas estáveis, não tendo sido internado nos últimos 15 dias.

4.7 Critérios de exclusão:

- a) Pacientes que não aceitaram participar do estudo;
- b) Questionários incompletos.

4.8 Requisitos éticos:

O protocolo do estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Santo Antônio/Obras Sociais Irmã Dulce, se baseando nos princípios legais e éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, estabelecidos na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil.

O projeto foi aprovado em setembro de 2021 (número do parecer 4.948.336 e CAAE 47873521.6.1001.0047) (**Anexo A**).

Após a aprovação do CEP foi iniciado o processo de coleta de dados. Todos os pacientes do programa de diálise da clínica foram solicitados a participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após orientação prestada pelo corpo de enfermagem e pela psicóloga responsável. Foi assegurado aos pacientes que não assinaram o TCLE a mesma qualidade de atendimento que os demais.

Foi realizado um treinamento prévio com a psicóloga que aplicou o questionário, na tentativa de minimizar possíveis riscos de constrangimento durante a coleta dos dados. Esse estudo poderá apresentar benefícios por possibilitar o diagnóstico e consequente tratamento dos distúrbios psiquiátricos dos pacientes. Todos os pacientes que mostraram desejo foram encaminhados para consulta e seguimento com psicólogos e psiquiatras.

Os pesquisadores preservaram a privacidade dos pacientes, mantendo seu anonimato.

4.9 Coleta e organização dos dados:

As entrevistas foram realizadas por uma psicóloga treinada na utilização do Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) (**Anexo B**), entre os meses de março de 2023 a julho de 2023. A identificação dos participantes constou na ficha de identificação do questionário. As entrevistas aconteceram na própria clínica, em consultórios individuais. Foram realizadas depois da sessão de hemodiálise dos pacientes visando diminuir o risco de confusão dos sintomas investigados com sintomas urêmicos.

Todos os dados do questionário foram processados em base eletrônica através do programa SPSS Statistics versão 26.0.

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.

4.10 Variáveis do estudo:

Foram definidas variáveis sociodemográficas e clínicas (**Quadro 1**) de acordo com evidências demonstradas na literatura de que poderiam estar associadas à ocorrência de transtornos psiquiátricos.

- a) Gênero: Masculino e feminino
- b) Idade: seguintes faixas etárias: até 20 anos; de 21 a 40 anos; de 41 a 60 anos e superior a 61 anos.
- c) Moradia: “rural”, se unidade de diálise > 50 km da residência e “urbana”, nos demais casos, quando o domicílio < 50 km do centro de diálise.
- d) Estado civil: categorizados como: casado; solteiro; viúvo.
- e) COVID: Ter tido COVID ou não ter tido. O diagnóstico foi baseado na sorologia positiva associada a febre, dispneia e/ou tosse.

- f) Tempo em tratamento: < 3 anos; entre 3 e 5 anos; > 5 anos.
- g) Kt/V: índice de adequação de diálise com valores considerados ideais próximos de 1,2. Deste modo, foram escolhidas três faixas de adequação à diálise: $\leq 0,80$; 0,81 a 1,20; $\geq 1,21$.
- h) Hemoglobina: a taxa de hemoglobina de 9,0 g/dL foi definida como o ponto de corte. Foram, então, utilizadas três faixas: ≤ 9 g/dL; 9,1g/dL a 13g/dL; $\geq 13,1$ g/dL.

Quadro 1 - Variáveis selecionadas.

Sociodemográficas	Clínicas
Gênero	COVID-19
Idade	Tempo de tratamento de hemodiálise
Moradia	Kt/V
Estado Civil	Hemoglobina

4.11 Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.):

Os pacientes foram submetidos ao M.I.N.I. em uma entrevista padronizada de, aproximadamente, 15 minutos. Esse questionário foi desenvolvido por psiquiatras e clínicos dos Estados Unidos e Europa na década de 90 para o diagnóstico de transtornos psiquiátricos e leva em consideração o DSM-III-R¹⁴¹/IV¹⁴² (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 3ª e 4ª edição) e o CID-10¹⁴³ (Classificação Internacional de Doenças), sendo validado internacionalmente e para língua portuguesa no Brasil em 2000¹⁴⁴. O M.I.N.I. está dividido em 19 módulos identificados por letras, que exploram 17 transtornos do eixo I do DSM-IV, o risco de suicídio e o transtorno da personalidade anti-social (**Quadro 2**).

O uso deste questionário trouxe vantagens pelo curto tempo de aplicação e pela possibilidade de ser usado por pessoas após um treino rápido (1 a 3 horas). As entrevistas possuem perguntas precisas sobre os problemas psicológicos atuais e antigos dos pacientes, dos quais se espera respostas, tipo “sim” ou “não”. Ao final de cada módulo, o entrevistador poderá verificar se os critérios diagnósticos foram ou não preenchidos e, a partir de então, definir o diagnóstico¹⁵. 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, não tendo havido referências a dificuldades nas respostas.

Entretanto, deve-se ressaltar que existe uma nova versão do M.I.N.I. (7.0.2 já com base nos novos critérios do DSM-V). Optou-se pela seleção da versão antiga do instrumento uma vez que a mais recente ainda não está adaptada e validada para o uso no Brasil e na língua portuguesa¹⁴⁵.

Quadro 2 - Módulos diagnósticos do M.I.N.I.

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

4.12 Análise estatística

No presente estudo, categorizamos todas as variáveis. Dessa forma, na análise descritiva foram calculadas medidas pontuais como frequência e percentuais das variáveis. Os testes de Qui-Quadrado e Exato de Fisher foram utilizados para identificar associação entre duas variáveis. O nível de significância adotado nos testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

4.13 Recursos disponíveis e fontes de financiamento:

Esta pesquisa contou com financiamento próprio.

5 RESULTADOS

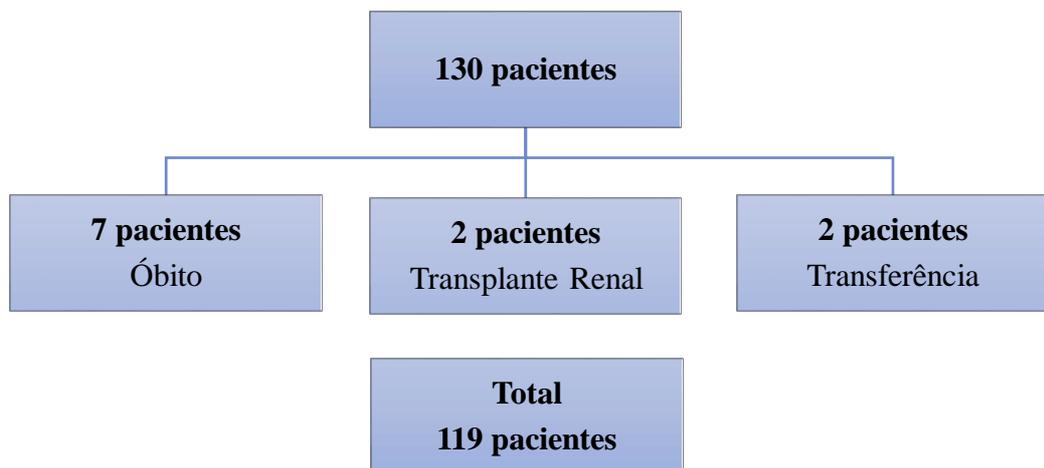
Do total de 550 pacientes na clínica estudada, 130 pacientes foram convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Todos os pacientes concordaram em participar do estudo. O total representou 23,6% da população da clínica.

O tempo decorrido entre a randomização dos pacientes e as assinaturas dos termos de consentimento até a realização das entrevistas foi de aproximadamente 30 dias. O intervalo entre as primeiras entrevistas e as últimas foi de 80 dias.

Após a assinatura do TCLE e antes da entrevista, 7 pacientes foram a óbito, 2 transplantaram e 2 foram transferidos. Dessa maneira, 119 pacientes foram avaliados, correspondendo a 91,5% da amostra inicial.

Todas as entrevistas foram realizadas em consultórios individuais no interior da unidade de diálise com tempo médio de aplicação de $13,2 \pm 1,3$ minutos. O tempo máximo de aplicação deu-se em 16 minutos e o tempo mínimo em sete minutos.

Gráfico 1 - Fluxograma de inclusão no estudo.



5.1 Variáveis Sociodemográficas

Foram entrevistados 51 pacientes (42,9%) do sexo feminino e 68 pacientes do sexo masculino (57,1%). Nenhum paciente tinha idade menor do que 20 anos, vinte e oito pacientes (23,5%) tinham entre 21 e 40 anos, cinquenta e nove (49,6%) tinham entre 41 e 60 anos e 32 pacientes (26,9%) tinham mais de 60 anos.

Na variável moradia, a grande maioria dos pacientes possuíam moradia urbana (83,2%) e apenas 16,8% possuíam moradia rural. Encontrou-se maior porcentagem de pacientes casados (59,7%), com 31,9% de pacientes solteiros e 8,4% de pacientes viúvos.

A **tabela 1** sumariza as características sociodemográficas da amostra, com a frequência de pacientes entrevistados e os percentuais encontrados.

5.2 Variáveis Clínicas

A quantidade de pacientes que tiveram COVID-19 (48,7%) e que não tiveram (51,3%) foi semelhante na amostra.

Quarenta e oito pacientes (40,3%) tinham < 3 anos em tratamento de hemodiálise, 27 pacientes (22,7%) tinham entre 3 e 5 anos e 44 pacientes (37%) possuíam > 5 anos em tratamento.

Quando avaliado o Kt/V, somente 16 pacientes (13,4%) tinham o valor $\leq 0,80$, 25 pacientes (21,1%) entre 0,80 a 1,20, e 78 pacientes (65,5%) em > 1,20. Foram avaliadas 28 pacientes (23,5%) nos extremos da categoria hemoglobina, havendo um total de 91 pacientes (76,5%) com hemoglobina entre 9,1 a 13,0 g/dL.

A **tabela 1** ilustra esses números, em conjunto com os números absolutos e percentuais das variáveis sociodemográficas.

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes.

Sociodemográficas	n	%
Gênero		
Feminino	51	42,9
Masculino	68	57,1
Idade		
≤ 20 anos	0	0
De 21 a 40 anos	28	23,5
De 41 a 60 anos	59	49,6
≥ 61 anos	32	26,9
Moradia		
Urbana	99	83,2
Rural	20	16,8
Estado Civil		
Casado(a)	71	59,7
Solteiro(a)	38	31,9
Viúvo(a)	10	8,4
Clínicas	n	%
COVID-19		
Sim	58	48,7
Não	61	51,3
Tempo de tratamento		
≤ 3 anos	48	40,3
Entre 3 e 5 anos	27	22,7
≥ 5 anos	44	37,0
KT/V		
≤ 0,80	16	13,4
Entre 0,81 e 1,20	25	21,1
≥ 1,21	78	65,5
Hemoglobina		
≤ 9 g/dL	10	8,4
Entre 9,1 e 13 g/dL	91	76,5
≥ 13,1 g/dL	18	15,1

5.3 Distúrbios Psiquiátricos

Dos 119 participantes avaliados, 22 (18,5%) tinham episódio depressivo maior (EDM) atual ou recorrente e 50 (42,0%) tinham Transtorno de Ansiedade Generalizado (TAG). Esses foram os principais diagnósticos encontrados e 96,8% (60 pacientes) das pessoas que tiveram algum transtorno diagnosticado, tinham EDM ou TAG. Doze pacientes (10,1%) tinham as duas patologias associadas. A **tabela 2** apresenta as taxas de prevalência encontradas na amostra.

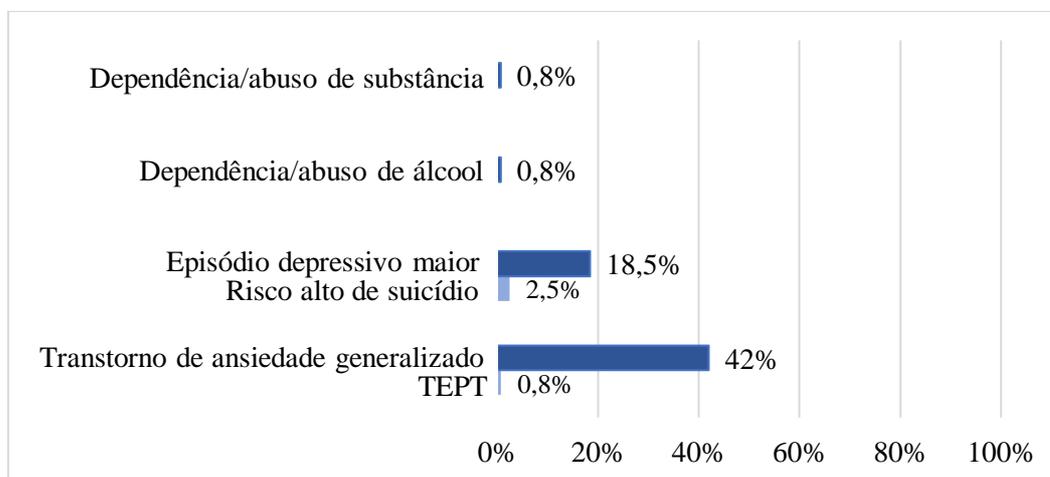
Três pacientes (2,5%) com EDM tinham risco alto de suicídio e 1 paciente (0,8%) com TAG tinha, em associação, o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Um paciente tinha dependência/abuso de álcool e um paciente tinha dependência/abuso de substância (não álcool). O **gráfico 2** ilustra estes dados.

Não foram diagnosticados outros transtornos, como: transtorno distímico; episódio hipomaníaco; transtorno de pânico; agorafobia; fobia social; transtorno obsessivo-compulsivo; síndrome psicótica; anorexia nervosa; bulimia nervosa; ou transtorno de personalidade antissocial.

Tabela 2 - Prevalência de transtornos psiquiátricos nos 119 participantes avaliados.

Distúrbios psiquiátricos	n (%)
Episódio depressivo maior	22 (18,5)
Transtorno de ansiedade generalizado	50 (42,0)
Risco alto de suicídio	3 (2,5)
Transtorno de Estresse Pós-Traumático	1 (0,8)
Dependência ou abuso de álcool	1 (0,8)
Dependência ou abuso de substância (não álcool)	1 (0,8)

Gráfico 2 - Percentuais dos transtornos psiquiátricos encontrados.

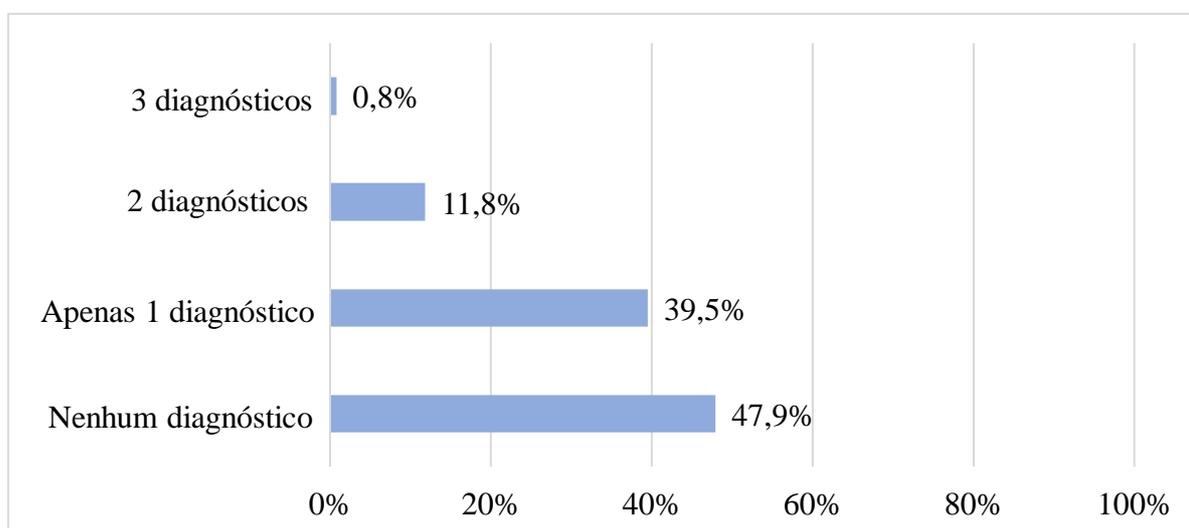


A prevalência dos que apresentaram um diagnóstico foi de 39,5% (47 pacientes). Quatorze pacientes (11,8%) tiveram dois diagnósticos, um (0,8%) deles apresentou três diagnósticos. Estas frequências estão representadas na **tabela 3** e no **gráfico 3**.

Tabela 3 - Número de diagnóstico em cada paciente.

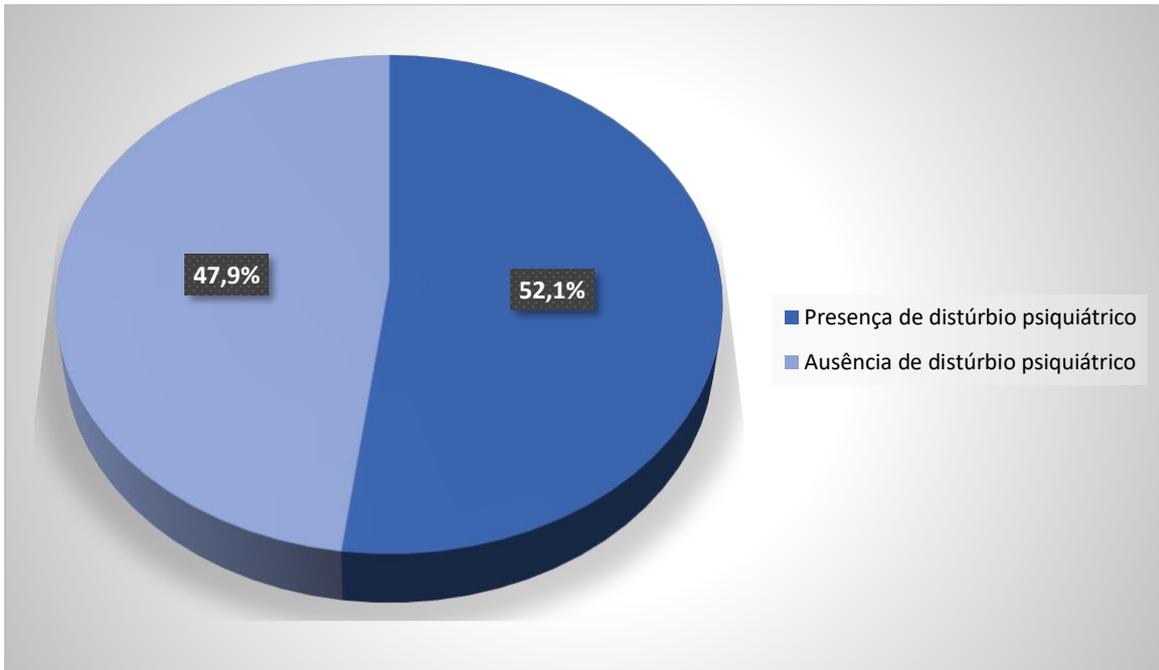
Número de diagnósticos	n	%
Nenhum	57	47,9
Apenas 1	47	39,5
2	14	11,8
3	1	0,8

Gráfico 3 - Número de diagnóstico expressos por paciente



Quando considerados em conjunto, mais da metade, ou seja, 62 pacientes (52,1%) apresentaram algum distúrbio psiquiátrico.

Gráfico 4 - Prevalência de distúrbio psiquiátrico nos 119 pacientes avaliados.



5.3.1 Variáveis Associadas aos Transtornos Psiquiátricos

5.3.1.1 Diagnóstico de COVID-19

Como mostrado na **tabela 4**, os dois subgrupos referentes ao diagnóstico de COVID-19 são semelhantes entre si em relação às outras variáveis sociodemográficas e clínicas estudadas.

Tabela 4 - Associação entre o diagnóstico de COVID-19 e dados clínicos e sociodemográficos

Variáveis	Não teve COVID-19 n (%)	Teve COVID-19 n (%)	p-valor*
Gênero			0,672
Feminino	25 (41,0)	26 (44,8)	
Masculino	36 (59,0)	32 (55,2)	
Idade			0,546
De 21 a 40 anos	13 (21,3)	15 (25,9)	
De 41 a 60 anos	29 (47,5)	30 (51,7)	
≥ 61 anos	19 (31,1)	13 (22,4)	
Moradia			0,391
Urbana	49 (80,3)	50 (86,2)	
Rural	12 (19,7)	8 (13,8)	
Estado Civil			0,288
Casado(a)	36 (59,0)	35 (60,3)	
Solteiro(a)	22 (36,1)	16 (27,6)	
Viúvo(a)	3 (4,9)	7 (12,1)	
Tempo de tratamento			0,974
≤ 3 anos	24 (39,3)	24 (41,4)	
Entre 3 e 5 anos	14 (23,0)	13 (22,4)	
≥ 5 anos	23 (37,7)	21 (36,2)	
KT/V			0,992
≤ 0,80	8 (13,1)	8 (13,8)	
Entre 0,81 e 1,20	13 (21,3)	12 (20,7)	
≥ 1,21	40 (65,6)	38 (65,5)	
Hemoglobina			0,924
≤ 9 g/dL	5 (8,2)	5 (8,6)	
Entre 9,1 e 13 g/dL	46 (75,4)	45 (77,6)	
≥ 13,1 g/dL	10 (16,4)	8 (13,8)	

*Teste Qui-Quadrado

Ao comparar os dois subgrupos, foi visto que não houve associação do diagnóstico de COVID-19 com os principais transtornos psiquiátricos diagnosticados (episódio depressivo maior e transtorno de ansiedade generalizado) ou com qualquer distúrbio psiquiátrico. O diagnóstico de COVID-19 não representou nenhum impacto na probabilidade de o indivíduo ter ou não algum transtorno, como mostrado na **tabela 5**.

Tabela 5 - Associação entre o diagnóstico de COVID-19 e distúrbios psiquiátricos

Algum distúrbio psiquiátrico			
	Não n (%)	Sim n (%)	p-valor
Não teve COVID-19	30 (52,6)	31 (50,0)	0,774
Teve COVID-19	27 (47,4)	31 (50,0)	
Episódio Depressivo Maior			
	Não n (%)	Sim n (%)	p-valor
Não teve COVID-19	49 (50,5)	12 (54,5)	0,733
Teve COVID-19	48 (49,5)	10 (45,5)	
Transtorno de Ansiedade Generalizado			
	Não n (%)	Sim n (%)	p-valor
Não teve COVID-19	37 (53,6)	24 (48,0)	0,545
Teve COVID-19	32 (46,4)	26 (52,0)	
Episódio Depressivo Maior ou Transtorno de Ansiedade Generalizado			
	Não n (%)	Sim n (%)	p-valor
Não teve COVID-19	31 (52,5)	30 (50,0)	0,781
Teve COVID-19	28 (47,5)	30 (50,0)	

Quando realizada a correlação do subgrupo de 58 pacientes que tiveram COVID-19 com as outras variáveis clínicas e sociodemográficas, ficou demonstrado que, nesse subgrupo, o sexo feminino predispôs ao diagnóstico de algum distúrbio psiquiátrico ($p=0,030$). Na análise bivariada, considerando as mulheres como referência, os homens tiveram uma chance menor do que a metade das mulheres de desenvolver algum transtorno psiquiátrico ($OR=0,30$; $IC\ 95\% [0,10-0,91]$).

Da mesma forma, os pacientes que tinham < 3 anos em tratamento dialítico tiveram mais distúrbios psiquiátricos diagnosticados (58,1%; $p=0,017$). Foi demonstrado, na análise bivariada, que os pacientes com > 5 anos de tratamento tiveram uma chance significativamente menor do que os outros pacientes em apresentar algum transtorno psiquiátrico ($OR=0,17$; $IC\ 95\% [0,05-0,61]$). Esses dados estão demonstrados na **tabela 6**.

Tabela 6 - Associação entre dados clínicos e sociodemográficos e distúrbios psiquiátricos nos 58 participantes que tiveram COVID-19

Variáveis	Sem Dist. Psiq. n (%)	Com Dist. Psiq. n (%)	P-valor*	OR [I.C. 95%]
Gênero			0,030	
Feminino	8 (29,6)	18 (58,1)		-
Masculino	19 (70,4)	13 (41,9)		0,30 (0,10-0,91)
Idade			0,585	
De 21 a 40 anos	8 (29,6)	7 (22,6)		-
De 41 a 60 anos	12 (44,4)	18 (58,1)		1,71 (0,49-5,98)
≥ 61 anos	7 (25,9)	6 (19,4)		0,98 (0,22-4,34)
Moradia			0,435**	
Urbana	24 (88,9)	26 (83,9)		-
Rural	3 (11,1)	5 (16,1)		1,54 (0,33-7,14)
Estado Civil			0,320	
Casado(a)	14 (51,9)	21 (67,7)		-
Solteiro(a)	10 (37,0)	6 (19,4)		0,40 (0,12-1,35)
Viúvo(a)	3 (11,1)	4 (12,9)		0,89 (0,17-4,59)
Tempo de tratamento			0,017	
≤ 3 anos	6 (22,2)	18 (58,1)		-
Entre 3 e 5 anos	7 (25,9)	6 (19,4)		0,29 (0,07-1,19)
≥ 5 anos	14 (51,9)	7 (22,6)		0,17 (0,05-0,61)
KT/V			0,555	
≤ 0,80	5 (18,5)	3 (9,7)		-
Entre 0,81 e 1,20	6 (22,2)	6 (19,4)		1,67 (0,27-10,33)
≥ 1,21	16 (59,3)	22 (71,0)		2,29 (0,48-11,01)
Hemoglobina			0,786	
≤ 9 g/dL	3 (11,1)	2 (6,5)		-
Entre 9,1 e 13 g/dL	20 (74,1)	25 (80,6)		3,50 (0,36-33,82)
≥ 13,1 g/dL	4 (14,8)	4 (12,9)		4,00 (0,30-53,47)

*Teste Qui-Quadrado ** Teste Exato de Fisher

A análise da associação dos 61 pacientes que não tiveram COVID-19 com o diagnóstico de distúrbio psiquiátrico e com as outras variáveis clínicas e sociodemográficas avaliadas mostrou que, nesse subgrupo, nenhuma associação foi válida estatisticamente. Esses dados estão expostos na **tabela 7**.

Tabela 7 - Associação entre dados clínicos e sociodemográficos e distúrbios psiquiátricos nos 61 participantes avaliados que não tiveram COVID-19

Variáveis	Sem Dist. Psiq. n (%)	Com Dist. Psiq. n (%)	p-valor*
Gênero			0,500
Feminino	11 (36,7)	14 (45,2)	
Masculino	19 (63,3)	17 (54,8)	
Idade			0,553
De 21 a 40 anos	8 (26,7)	5 (16,1)	
De 41 a 60 anos	14 (46,7)	15 (48,4)	
≥ 61 anos	8 (26,7)	11 (35,5)	
Moradia			0,479
Urbana	23 (76,7)	26 (83,9)	
Rural	7 (23,3)	5 (16,1)	
Estado Civil			0,624
Casado(a)	16 (53,3)	20 (64,5)	
Solteiro(a)	12 (40,0)	10 (32,3)	
Viúvo(a)	2 (6,7)	1 (3,2)	
Tempo de tratamento			0,787
≤ 3 anos	11 (36,7)	13 (41,9)	
Entre 3 e 5 anos	8 (26,7)	6 (19,4)	
≥ 5 anos	11 (36,7)	12 (38,7)	
KT/V			0,970
≤ 0,80	4 (13,3)	4 (12,9)	
Entre 0,81 e 1,20	6 (20,0)	7 (22,6)	
≥ 1,21	20 (66,7)	20 (64,5)	
Hemoglobina			0,628
≤ 9 g/dL	3 (10,0)	2 (6,5)	
Entre 9,1 e 13 g/dL	21 (70,0)	25 (80,6)	
≥ 13,1 g/dL	6 (20,0)	4 (12,9)	

*Teste Qui-Quadrado

5.3.1.1.1 COVID-19 e Episódio Depressivo Maior

Avaliando, especificamente, os 58 pacientes que tiveram COVID-19, em relação ao diagnóstico de Episódio Depressivo Maior, viu-se que 70% dos pacientes com EDM eram do sexo feminino enquanto apenas 39,6% dos pacientes sem EDM eram mulheres. Da mesma forma, 60% desses pacientes tinham < 3 anos de tratamento dialítico e, nos pacientes sem EDM, apenas 37,5% tinham < 3 anos de tratamento. No entanto, nenhum dado foi estatisticamente significativo, como mostrado na **tabela 8**.

Tabela 8 - Associação entre dados clínicos e sociodemográficos com Episódio Depressivo Maior dos 58 participantes que tiveram COVID.

Variáveis	Sem EDM n (%)	Com EDM n (%)	p-valor*
Gênero			0,079**
Feminino	19 (39,6)	7 (70,0)	
Masculino	29 (60,4)	3 (30,0)	
Idade			0,585
De 21 a 40 anos	12 (25,0)	3 (30,0)	
De 41 a 60 anos	24 (50,0)	6 (60,0)	
≥ 61 anos	12 (25,0)	1 (10,0)	
Moradia			0,419**
Urbana	42 (87,5)	8 (80,0)	
Rural	6 (12,5)	2 (20,0)	
Estado Civil			0,966
Casado(a)	29 (60,4)	6 (60,0)	
Solteiro(a)	13 (27,1)	3 (30,0)	
Viúvo(a)	6 (12,5)	1 (10,0)	
Tempo de tratamento			0,383
≤ 3 anos	18 (37,5)	6 (60,0)	
Entre 3 e 5 anos	11 (22,9)	2 (20,0)	
≥ 5 anos	19 (39,6)	2 (20,0)	
KT/V			0,155
≤ 0,80	7 (14,6)	1 (10,0)	
Entre 0,81 e 1,20	12 (25,0)	-	
≥ 1,21	29 (60,4)	9 (90,0)	
Hemoglobina			0,797
≤ 9 g/dL	4 (8,3)	1 (10,0)	
Entre 9,1 e 13 g/dL	38 (79,2)	7 (70,0)	
≥ 13,1 g/dL	6 (12,5)	2 (20,0)	

*Teste Qui-Quadrado ** Teste Exato de Fisher; EDM = Episódio Depressivo Maior

5.3.1.1.2 COVID-19 e Transtorno de Ansiedade Generalizado

Quando se avalia os pacientes com histórico de COVID-19, a análise mostrou que mulheres ($p=0,021$) e pacientes com tempo de tratamento de até 3 anos ($p=0,002$) têm maior probabilidade de ter TAG. Esses dados e a magnitude dessas associações é mostrada na **tabela 9** e pode-se ver que os homens têm 0,28 menos chance de evoluir com TAG (OR=0,28; IC 95% [0,09-0,84]) e os pacientes que têm mais de 5 anos em tratamento têm 0,10 menos chance de desenvolver TAG (OR=0,10; IC 95% [0,02-0,39]).

Tabela 9 - Associação entre dados clínicos e sociodemográficos com Transtorno de Ansiedade Generalizado dos 58 participantes avaliados que tiveram COVID.

Variáveis	Sem TAG n (%)	Com TAG n (%)	p-valor*	OR [I.C. 95%]
Gênero			0,021	
Feminino	10 (31,3)	16 (61,5)		-
Masculino	22 (68,8)	10 (38,5)		0,28 (0,09-0,84)
Idade			0,712	
De 21 a 40 anos	9 (28,1)	6 (23,1)		-
De 41 a 60 anos	15 (46,9)	15 (57,7)		1,50 (0,43-5,27)
≥ 61 anos	8 (25,0)	5 (19,2)		0,94 (0,20-4,29)
Moradia			0,478**	
Urbana	27 (84,4)	23 (88,5)		-
Rural	5 (15,6)	3 (11,5)		0,70 (0,15-3,27)
Estado Civil			0,757	
Casado(a)	18 (56,3)	17 (65,4)		-
Solteiro(a)	10 (31,3)	6 (23,1)		0,63 (0,19-2,13)
Viúvo(a)	4 (12,5)	3 (11,5)		0,79 (0,15-4,08)
Tempo de tratamento			0,002	
≤ 3 anos	7 (21,9)	17 (65,4)		-
Entre 3 e 5 anos	8 (25,0)	5 (19,2)		0,26 (0,06-1,07)
≥ 5 anos	17 (53,1)	4 (15,4)		0,10 (0,02-0,39)
KT/V			0,141	
≤ 0,80	7 (21,9)	1 (3,8)		-
Entre 0,81 e 1,20	6 (18,8)	6 (23,1)		7,00 (0,65-75,73)
≥ 1,21	19 (59,4)	19 (73,1)		7,00 (0,78-62,52)
Hemoglobina			0,498	
≤ 9 g/dL	4 (12,5)	1 (3,8)		-
Entre 9,1 e 13 g/dL	24 (75,0)	21 (80,8)		3,50 (0,36-33,82)
≥ 13,1 g/dL	4 (12,5)	4 (15,4)		4,00 (0,30-53,47)

*Teste Qui-Quadrado ** Teste Exato de Fisher; TAG = Transtorno de Ansiedade Generalizado

5.3.1.2 Variáveis sociodemográficas e clínicas e Episódio Depressivo Maior

Ao se correlacionar as outras variáveis sociodemográficas e clínicas com a prevalência de Episódio Depressivo Maior, notou-se que 59,1% dos pacientes com EDM tinham < 3 anos de tratamento, enquanto apenas 36,1% dos pacientes sem EDM tinham um menor tempo de diálise. Essa associação não teve poder estatístico. Os dados são demonstrados na **tabela 10**.

Tabela 10 - Associação entre dados clínicos e sociodemográficos com Episódio Depressivo Maior dos 119 participantes avaliados

Variáveis	Sem EDM n (%)	Com EDM n (%)	p-valor*
Gênero			0,220
Feminino	39 (40,2)	12 (54,5)	
Masculino	58 (59,8)	10 (45,5)	
Idade			0,854
De 21 a 40 anos	23 (23,7)	5 (22,7)	
De 41 a 60 anos	47 (48,5)	12 (54,5)	
≥ 61 anos	27 (27,8)	5 (22,7)	
Moradia			0,531**
Urbana	81 (83,5)	18 (81,8)	
Rural	16 (16,5)	4 (18,2)	
Estado Civil			0,861
Casado(a)	59 (60,8)	12 (54,5)	
Solteiro(a)	30 (30,9)	8 (36,4)	
Viúvo(a)	8 (8,2)	2 (9,1)	
Tempo de tratamento			0,134
≤ 3 anos	35 (36,1)	13 (59,1)	
Entre 3 e 5 anos	24 (24,7)	3 (13,6)	
≥ 5 anos	38 (39,2)	6 (27,3)	
KT/V			0,634
≤ 0,80	13 (13,4)	3 (13,6)	
Entre 0,81 e 1,20	22 (22,7)	3 (13,6)	
≥ 1,21	62 (63,9)	16 (72,7)	
Hemoglobina			0,891
≤ 9 g/dL	8 (8,2)	2 (9,1)	
Entre 9,1 e 13 g/dL	75 (77,3)	16 (72,7)	
≥ 13,1 g/dL	14 (14,4)	4 (18,2)	

*Teste Qui-Quadrado ** Teste Exato de Fisher; EDM = Episódio Depressivo Maior

5.3.1.3 Variáveis sociodemográficas e clínicas e Transtorno de Ansiedade Generalizado

Com relação ao tempo de tratamento, 54% dos pacientes com TAG tinham até 3 anos de tratamento comparado a 30,4% dos pacientes sem TAG ($p=0,029$). Da mesma forma, na análise bivariada, os pacientes com > 5 anos de tratamento tiveram um risco menor de desenvolver algum transtorno psiquiátrico (OR=0,33; IC 95% [0,14-0,77]). Esses dados podem ser visualizados na **tabela 11**.

Tabela 11 - Associação entre dados clínicos e sociodemográficos com Transtorno de Ansiedade Generalizado dos 119 participantes avaliados

Variáveis	Sem TAG n (%)	Com TAG n (%)	p- valor*	OR [I.C. 95%]
Gênero			0,004	
Feminino	22 (31,9)	29 (58,0)		-
Masculino	47 (68,1)	21 (42,0)		0,34 (0,16-0,72)
Idade			0,472	
De 21 a 40 anos	19 (27,5)	9 (18,0)		-
De 41 a 60 anos	32 (46,4)	27 (54,0)		1,78 (0,69-4,58)
≥ 61 anos	18 (26,1)	14 (28,0)		1,64 (0,57-4,72)
Moradia			0,233	
Urbana	55 (79,7)	44 (88,0)		-
Rural	14 (20,3)	6 (12,0)		0,54 (0,19-1,51)
Estado Civil			0,461	
Casado(a)	38 (55,1)	33 (66,0)		-
Solteiro(a)	25 (36,2)	13 (26,0)		0,60 (0,26-1,35)
Viúvo(a)	6 (8,7)	4 (8,0)		0,77 (0,20-2,96)
Tempo de tratamento			0,029	
≤ 3 anos	21 (30,4)	27 (54,0)		-
Entre 3 e 5 anos	17 (24,6)	10 (20,0)		0,46 (0,17-1,20)
≥ 5 anos	31 (44,9)	13 (26,0)		0,33 (0,14-0,77)
KT/V			0,332	
≤ 0,80	12 (17,4)	4 (8,0)		-
Entre 0,81 e 1,20	14 (20,3)	11 (22,0)		2,36 (0,59-9,37)
≥ 1,21	43 (62,3)	35 (70,0)		2,44 (0,72-8,24)
Hemoglobina			0,300	
≤ 9 g/dL	8 (11,6)	2 (4,0)		-
Entre 9,1 e 13 g/dL	50 (72,5)	41 (82,0)		3,28 (0,66-16,30)
≥ 13,1 g/dL	11 (15,9)	7 (14,0)		2,54 (0,41-15,65)

*Teste Qui-Quadrado; TAG = Transtorno de Ansiedade Generalizado

6 DISCUSSÃO

As dificuldades psicossociais apresentadas pelos pacientes portadores de DRC, particularmente por aqueles em programa crônico de diálise, têm sido alvo de interesse crescente nas últimas décadas. Diversos estudos mostraram que a alta prevalência de transtornos psiquiátricos dessa população⁵⁸⁻⁶¹ está diretamente relacionada à capacidade do paciente de manutenção do tratamento dialítico e à um pior prognóstico, com hospitalizações mais prolongadas e diminuição da sobrevida desta população^{6-9,62-69}.

Além disso, existe uma ênfase cada vez maior dada à qualidade de vida destes indivíduos e os distúrbios psiquiátricos podem ser um dos principais fatores de má qualidade de vida nestes pacientes¹⁴⁷. Desta forma, os aspectos psiquiátricos adquirem grande importância no diagnóstico e nas estratégias de tratamento destes pacientes.

Em 2020, com o advento da pandemia do COVID-19, foi visto um aumento de distúrbios psiquiátricos na população geral, principalmente de ansiedade e depressão¹¹⁸. Com o presente trabalho, pretendeu-se avaliar a prevalência, antes já elevada⁵⁸⁻⁶¹ quando em comparação com a população geral, dos transtornos psiquiátricos nos pacientes em programa de HD crônica.

A análise e estudo destes transtornos psiquiátricos nesta população possibilita a elaboração de estratégias de tratamento específicos visando um aumento na sobrevida e qualidade de vida desses pacientes¹⁴⁷.

Infelizmente, mesmo com diversos estudos na literatura, é difícil determinar o real tamanho da prevalência dos transtornos psiquiátricos nesse grupo de pacientes. A utilização de diferentes métodos e critérios diagnósticos, estudos com amostras pequenas e não randomizadas, assim como a possível confusão de sintomas característicos dos transtornos psiquiátricos com sintomas da própria uremia e fatores orgânicos próprios da DRC contribuem para esse fato.

Irritabilidade, insônia, inapetência, fadiga, perda de libido e dificuldade de concentração são alguns dos sintomas que podem ser atribuídos a ansiedade e depressão e que podem estar presentes no paciente renal crônico por fatores próprios da doença de base¹⁸.

As toxinas urêmicas liberadas como resultado da DRC contribuem diretamente para danos cerebrais e conseqüente declínio cognitivo e distúrbios psiquiátricos. Alterações

hemodinâmicas, anemia, hiperparatireoidismo, polifarmácia e distúrbios do sono devido à DRC também podem representar uma ligação entre a DRC e os distúrbios neuropsiquiátricos⁶.

No presente estudo foi realizada a avaliação de algumas variáveis clínicas e sociodemográficas na intenção de diminuir uma possível confusão com essas outras patologias e com a uremia, através da análise de efetividade da diálise do paciente com o Kt/V.

O uso de questionários em estudos para o diagnóstico dos transtornos é outro fator que pode modificar a real prevalência das doenças, com tendência a superdimensionar seu valor, fato visto em estudo de 1985, onde foi diagnosticada depressão em 47% dos pacientes em HD após a utilização do *Beck Depression Inventory* (BDI) como instrumento de diagnóstico. Após a avaliação por métodos mais rigorosos, foi mostrado que apenas 5% destes pacientes preencheram os critérios da DSM – III para depressão⁶⁶. Uma revisão sistemática e meta-análise que analisou 216 estudos envolvendo 55.982 pacientes com DRC ou doença renal terminal mostrou uma prevalência de 26,5% de sintomas depressivos em pacientes com DRC quando avaliados por questionários de triagem, e de 21,4% de depressão clinicamente significativa quando avaliada por entrevista clínica⁶⁰.

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 superdimensionados, irá possibilitar maior atenção e esforços da equipe assistente com a intenção de melhor esclarecer o diagnóstico, talvez reparando a subavaliação destes transtornos em serviços de diálise crônica.

O M.I.N.I. 5.0.0., utilizado neste estudo, é um breve questionário validado na década de 90 quando em comparação com o SCID-P (*Structured Clinical Interview for DSM-III-R*¹⁴⁸, *Patient Version*), com o CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*)^{149,150}, dois dos mais utilizados instrumentos de diagnóstico da pesquisa psiquiátrica^{15,40,151}, porém que trazem algumas dificuldades, pois necessitam de mais do que o dobro de tempo de aplicação do MINI, como também de profissionais de saúde especialmente treinados em saúde mental para sua utilização^{15,40,145,151}.

Outro fato que corroborou a decisão da utilização do MINI, foi a existência de um estudo prévio, realizado em 2002 e publicado em 2006, avaliando os distúrbios psiquiátricos em pacientes com DRC¹⁰⁸. A utilização desse questionário em um estudo anterior com amostra

semelhante de pacientes facilita a comparação da prevalência dos distúrbios ao longo dos anos e após a pandemia de COVID-19.

Pode-se considerar que a amostra deste estudo foi representativa dos pacientes em programa de hemodiálise na Bahia. A generalização dos nossos achados aos pacientes desse estado pode ser feita, por não haver razão para se acreditar que a unidade estudada, e seus pacientes, difiram do ponto de vista sociodemográfico e clínico de pacientes em outros centros da Bahia. No entanto, comparações com outras unidades do Brasil e do resto do mundo é mais problemática, visto que estas apresentam um perfil epidemiológico distinto^{22,62,152,153}.

Uma importante porcentagem da amostra exibiu transtornos psiquiátricos, confirmando que altas taxas destes distúrbios ocorrem em unidades de hemodiálise. A prevalência encontrada de 52,1% na amostra, quando considerados em conjunto os transtornos, é mais do que 2 vezes o que apontam as pesquisas da população geral no Brasil, onde dados Ministério da Saúde sugerem uma prevalência de transtornos mentais em torno de 20% na população adulta¹⁵⁴ e uma pesquisa realizada em 2012 entre adultos de São Paulo mostrou uma prevalência em um ano de 19,9% para transtornos de ansiedade, 11% para transtornos de humor e 3,6% para abuso de substâncias⁴⁷.

Em nível internacional, um estudo epidemiológico publicado em 2023 agregou 32 pesquisas de 29 países com 156.331 entrevistados. Esse estudo mostrou que a prevalência ao longo da vida de qualquer transtorno mental foi de 28,6% para os entrevistados do sexo masculino e 29,8% para os entrevistados do sexo feminino¹⁵⁵. Os dois transtornos mais prevalentes foram uso abusivo de álcool e transtorno depressivo maior para os homens e transtorno depressivo maior e fobia específica para as mulheres¹⁵⁵.

A se ressaltar, no nosso estudo foi encontrada uma baixa prevalência de abuso de tóxicos, totalizando apenas 1,6% da amostra. Apenas 1 paciente relatou abuso de álcool e 1 paciente, de outras substâncias. Isto contrasta com o encontrado nesse estudo internacional supracitado¹⁵⁵ e nas comunidades do Brasil, onde, de acordo com o estudo em São Paulo já referido, foi visto uma prevalência de 3,6% para abuso de substâncias⁴⁷. Uma outra pesquisa realizada por De Lima et al., com 1.277 pessoas de 15 anos ou mais, no Rio Grande do Sul, trouxe uma prevalência de ingestão alcoólica elevada de 11,9% em homens e 4,1% em mulheres¹⁵⁶. O fato de a grande maioria dos pacientes em diálise terem a necessidade de restrição hídrica pode ter contribuído para a baixa ingestão de álcool, assim como a presença

elevada de algumas comorbidades como hipertensão e cardiopatias nessa população pode ter contribuído para a baixa prevalência de abuso de tóxicos de uma maneira geral.

Os transtornos mais frequentes encontrados foram os de episódio depressivo maior (EDM) atual ou recorrente, em 18,5% dos pacientes, e Transtorno de Ansiedade Generalizado (TAG), em 42%. Esses dados ultrapassam, em muito, as taxas encontradas na população geral latino-americana, que giram em torno de 8,7% para EDM e 5,5% para TAG⁴⁶. Entre adultos de São Paulo, os estudos mostram uma prevalência de 11% de transtornos de humor (depressão, distímia, transtorno bipolar) e 19,9% de transtornos de ansiedade⁴⁷.

Vale ressaltar que a comparação das prevalências do presente trabalho com outros estudos na população geral e em pacientes com DRC deve levar em consideração a enorme diversidade de metodologia utilizada na literatura para o diagnóstico dos distúrbios psiquiátricos¹⁵⁷. Definir uma prevalência correta e real é essencial para os pacientes renais crônicos, visto a suspeita de que essa prevalência esteja em crescente de uma taxa já antes altíssima e que esses distúrbios estejam associados com pior morbimortalidade⁵⁸⁻⁶⁹.

No Brasil, apenas dois trabalhos utilizaram o MINI em pacientes renais crônicos. O primeiro deles, realizado há 20 anos, avaliou 244 pacientes dialíticos na Bahia¹⁰⁸. Esse estudo evidenciou uma prevalência de 37,3% de transtornos psiquiátricos e uma prevalência de 8,6% de EDM e 2% de TAG¹⁰⁸. O outro estudo, publicado em 2009, avaliou apenas os transtornos de humor e psicóticos através do MINI. Setenta pacientes em hemodiálise do Rio Grande do Sul foram entrevistados e a prevalência encontrada de depressão maior foi de 9,9%¹⁵⁸.

Esses dois estudos mostram uma prevalência de transtornos psiquiátricos gerais, EDM e TAG significativamente menor do que a encontrada no trabalho atual. Existem diversos fatores que podem justificar essa diferença e o aumento da prevalência desses distúrbios ao longo das últimas décadas, como: envelhecimento da população e aumento doenças crônicas; cobranças externas e auto infligidas elevadas; dificuldade de lidar com situações desafiadoras; exposição cada vez maior à violência e criminalidade; próprio advento da pandemia de COVID-19 e suas consequências¹¹⁸.

Outro estudo realizado na França, entre 2002 e 2005, aplicou o MINI em 390 pacientes com DRC estágio avançado e na lista de transplante renal. A prevalência de depressão maior foi de 8% a 16% ao longo dos dois anos de estudo. Em relação à ansiedade, o percentual de pacientes com escores de ansiedade patológica variou de 42% na inclusão para 55% 2 anos

após a inclusão na lista de espera do transplante⁹⁹. Esses números foram semelhantes aos encontrados no atual estudo, superando, inclusive, à taxa de TAG após 2 anos. Provavelmente isso se deve ao fato desse estudo estar avaliando pacientes na lista de transplante renal, onde as consequências de espera do doador podem ser extremamente prejudiciais aos pacientes.

Mesmo que a utilização de outros métodos diagnósticos dificulte a comparação com o trabalho atual, pelo tamanho da amostra, vale citar que um trabalho realizado nos Estados Unidos em 1993 que avaliou 93% de todos dialíticos no país (176.368 pessoas) e observou que aproximadamente 9% desses pacientes teve ao menos uma internação por diagnóstico primário ou secundário de um transtorno mental nesse ano estudado⁵⁸ e que uma metanálise com 216 estudos avaliou a sintomas depressivos em 55.982 pessoas com DRC em todo mundo, evidenciando uma prevalência que girou entre de 22,8% e 39,3%, dependendo do método utilizado (entrevista clínica ou critérios pré-especificados e escalas de avaliação autoadministradas ou administradas pelo médico, respectivamente)⁵⁹. Vale ressaltar que esse estudo avaliou sintomas depressivos de uma maneira geral, não apenas Episódio Depressivo Maior.

É pertinente citar que um estudo foi realizado poucos meses após o início da pandemia de COVID-19 em 49 pacientes em hemodiálise nos Estados Unidos. Nesse estudo foram aplicados alguns questionários, via telefonema, que avaliaram o grau de tristeza e ansiedade relacionados à pandemia e à doença de base. Quatorze por cento dos pacientes se declaram tristes e aproximadamente 27%, ansiosos¹¹⁹.

Na presente amostra, poucos pacientes evidenciaram alta tendência ao suicídio (apenas 3, configurando 2,5% da amostra), esse dado é especialmente preocupante, já que estes indivíduos se deparam frequentemente 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, através de terapias farmacológica e não-farmacológicas.

Como citado anteriormente, nos últimos anos houve uma tendência de crescimento da prevalência de distúrbios mentais. O advento da pandemia de COVID-19 incrementou ainda mais essa elevação, com taxas de aumento em torno de 27,6% para EDM e de 25,6% para TAG⁹⁹.

Dentre os estudos que avaliaram essa prevalência foi evidenciado que não só o isolamento social, a preocupação com familiares e amigos, a incerteza do futuro, informações erradas das mídias sociais^{94,95} e a falta de suprimento médico⁹⁶ foram as causas da elevação desses transtornos.

Fatores próprios da infecção, como um aumento do nível de cortisol no organismo, poderiam estar associados positivamente ao aumento dessas patologias psiquiátricas^{97,120}. Foi mostrado que na vigência da infecção pelo coronavírus prevalência é ainda maior, com 45% dos pacientes com depressão e 47% dos pacientes com ansiedade^{97,98}.

Pela suspeita de que não apenas a pandemia, porém que o próprio diagnóstico de COVID-19 poderia ter contribuído para um aumento da prevalência desses distúrbios psiquiátricos, o presente estudo separou os entrevistados em 2 subgrupos semelhantes: quem não teve COVID-19; quem teve COVID-19 desde o início da pandemia. Comparativamente com os estudos pré-pandemia^{108,157}, houve um aumento significativo da prevalência dos transtornos psiquiátricos, porém, diferentemente do que se esperava, nesse estudo não foi encontrada associação estatisticamente significativa do diagnóstico de COVID-19 com aumento da prevalência dos distúrbios. Um fator que pode justificar, ao menos em parte, esse achado, foi que os pacientes estudados foram, em sua maioria, aqueles que tiveram um quadro infeccioso de baixa gravidade. Muito dos pacientes que apresentaram COVID-19 grave foram a óbito, não podendo ser incluídos no presente estudo.

A seleção das outras variáveis analisadas nesse trabalho se deu após análises da literatura, escolhendo-se variáveis com possíveis participações na saúde mental destes pacientes¹⁵⁹⁻¹⁶¹. As variáveis apresentaram frequências equilibradas com números adequados na quase totalidade das categorias.

Das variáveis sociodemográficas submetidas a análise, o gênero feminino confirmou dados já descritos na literatura^{82,83,100-103} e se mostrou associado positivamente com a ocorrência dos transtornos mentais.

A associação foi mais bem evidenciada e estatisticamente significativa quando direcionada ao diagnóstico de TAG ou quando a análise foi feita dos distúrbios psiquiátricos especialmente no subgrupo de 58 pacientes que tiveram COVID-19. Isso se deve, provavelmente, por um maior número de pacientes terem TAG (50 pacientes) quando comparado com os pacientes com EDM (22 pacientes) e, talvez, pelo fato de que, mesmo não

tendo uma associação significativa do diagnóstico de COVID-19 com os distúrbios psiquiátricos, a prevalência de mulheres que tiveram distúrbio psiquiátrico nesse grupo foi maior (58,1% das mulheres com COVID tiveram distúrbio psiquiátrico versus 45,2% das mulheres sem COVID tiveram algum distúrbio).

Dessa forma, foi visto que as mulheres tiveram 2 vezes mais chances do que os homens de desenvolverem TAG e, entre o grupo dos que tiveram COVID, elas tiveram, também, 2 vezes mais chance de desenvolver qualquer distúrbio psiquiátrico.

Tais dados reforçam a impressão de que as mulheres têm dificuldades maiores de lidar com situações adversas por fatores hormonais, além de possuírem traços intrínsecos de personalidade mais sujeitas às alterações da saúde mental, quando confrontadas com problemas crônicos de saúde¹⁰⁴.

Diferentemente do que sugerem alguns estudos na literatura, não foi encontrada associação entre o estado civil e seu consequente suporte familiar com a presença de transtornos psiquiátricos^{115,117}. Talvez isso tenha ocorrido pois esse estudo avaliou apenas o estado civil do paciente, não questionando se ele possuía qualquer suporte familiar além do cônjuge ou, até mesmo algum suporte social além da família.

O local de moradia e a idade do paciente também não foram associadas aos transtornos encontrados. No particular da idade, chama atenção não ter nenhum paciente com menos de 20 anos na amostra, além da maioria dos pacientes (73,1%) terem entre 20 e 60 anos. Esse perfil epidemiológico é semelhante ao observado em unidades de outros países, onde a prevalência maior, na diálise, é de pacientes entre 20 e 59 anos¹⁶². No entanto, essa característica pode ter contribuído para a falta de associação com os transtornos encontrados, vez que são os idosos que apresentam, em sua maioria, comorbidades associadas que se refletem em uma pior qualidade de vida e em maior expressão de transtornos psiquiátricos^{88,112}. Da mesma forma, alguns estudos mostraram que os pacientes mais jovens têm maior dificuldade em lidar com doenças crônicas, tendo, por isso, uma taxa maior de distúrbios psiquiátricos quando essas doenças, como a DRC, são diagnosticadas^{82,83}. Ou seja, os dois grupos que teriam maior possibilidade de apresentar transtornos psiquiátricos são aqueles que tiveram menor representatividade na nossa amostra.

Outra variável que mostrou associação com os distúrbios psiquiátricos foi o tempo de tratamento da doença. Da mesma forma com os dados encontrados na variável gênero, essa

associação foi mais bem vista entre os 58 pacientes que tiveram COVID-19 e quando se avaliava, isoladamente, o diagnóstico de TAG. Dessa forma, os pacientes que tinham < 3 anos em hemodiálise tiveram mais distúrbios diagnosticados, sugerindo que um tempo maior em programa de diálise foi preditor de melhor adaptação ao tratamento e mostrou consistência com a maioria dos dados de literatura^{80,123}. Confirmando esse dado, na análise bivariada os pacientes com > 5 anos de tratamento tiveram uma chance significativamente menor do que os outros em desenvolver algum transtorno psiquiátrico.

Um estudo realizado em 1987, que demonstrou maior prevalência de depressão em 99 indivíduos nos primeiros 2 anos de início do tratamento¹²⁹. Pacientes com DRC frequentemente 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^{80,123}. Entretanto, não há unanimidade nesta questão. Kimmel e cols., 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 internamento⁵⁸.

A presença de anemia não aumentou o risco de os pacientes expressarem transtornos psiquiátricos, apesar dos níveis de hemoglobina mais elevados se correlacionarem positivamente com melhor qualidade de vida e melhora de sintomas como dispneia, fadiga muscular, falta de apetite e diminuição da capacidade funcional, como atestam vários estudos multicêntricos de pacientes tratados com eritropoetina^{111,127,130}. Nossos resultados talvez se devam ao número reduzido de pacientes com hemoglobina menor que 9g/dL, com apenas 10 pacientes, correspondente a 8,4% da amostra de 119 pacientes. A maioria dos pacientes examinados (91,6%) apresentavam taxas de hemoglobina acima desse valor, livres, portanto, dos sintomas classicamente atribuídos à anemia.

Diferentemente do que mostra a literatura, também não houve associação na presente amostra entre a qualidade da diálise avaliada pelo Kt/V e os transtornos psiquiátricos. Novamente acredita-se que isso tenha acontecido pelo fato da maior parte dos pacientes estudados (65,5%) possuírem Kt/V superior a 1,21 (meta buscada), já que os dados de literatura que apontam o Kt/V como um importante preditor de mortalidade e com impacto na qualidade de vida, por estabelecer melhor controle metabólico da uremia, melhorar a morbidade cardiovascular e os sintomas relacionados à diálise^{124,125}.

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 e validade ao estudo, se fossem analisadas. Entre elas, as características de personalidade do paciente e sua percepção da doença são reportadas como importantes preditoras de saúde mental¹⁵⁹⁻¹⁶¹ e podemos citar a própria etiologia da DRC, as comorbidades associadas, a raça, etnia, ocupação e renda familiar, nível educacional, suporte familiar e estado nutricional e alterações hormonais^{80,82,83,100-103,159-161}.

Dentre as variáveis que foram analisadas, a falta de associação significativa de algumas delas pode se dever a um tamanho amostral que provavelmente não foi grande o suficiente para possibilitar significância. Para cálculo do tamanho amostral foi utilizada uma inferência de 50% de distúrbios psiquiátricos a ser encontrado na amostra, o que foi semelhante à taxa encontrada. No entanto, caso se tivesse utilizado uma taxa inferior, o tamanho amostral poderia ser maior, trazendo significância aos achados de todas as variáveis.

Entre as outras limitações deste estudo, podemos citar a dificuldade na comparação das taxas de prevalência do presente trabalho com outros estudos populacionais, pela divergência nas metodologias utilizadas na literatura. Além disso, como já citado anteriormente, deve-se levar em conta a possibilidade de superdimensionamento das taxas encontradas, visto que foi utilizado um questionário para o diagnóstico dos transtornos psiquiátricos^{60,66} e que existe o risco de confusão de sintomas característicos destes transtornos com sintomas da própria uremia e com fatores orgânicos próprios da DRC^{6,18}.

É importante ressaltar que o questionário MINI usado foi uma versão mais antiga, ainda levando em conta os critérios do DSM-III-R^{141/IV}¹⁴², atualmente desatualizados, por ser o único validado para a língua portuguesa¹⁴⁵.

Os transtornos psiquiátricos são preditores importantes e independentes de morbidade e da mortalidade em diálise, principalmente por estarem associados a não adesão ao tratamento^{6-9,62-69,84-86}. Em uma 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 o que sugere a importância de se reconhecer depressão como fator de risco de morbidade e mortalidade entre pacientes em programa de diálise¹⁶³.

Dito isso, é essencial não ver os transtornos mentais apenas como diagnósticos categóricos, comuns nessa população, mas como possíveis fatores de risco para o

desenvolvimento de transtornos mais graves e de grandes consequências clínicas, sociais e emocionais para os pacientes e seus familiares¹⁶⁴.

Acreditamos que pesquisas sobre aspectos psicossomáticos, de qualidade de vida e avaliando a prevalência de transtornos psiquiátricos possam exercer importante contribuição na tomada de decisões clínicas e de cuidados aos pacientes com DRC. Estudos tem confirmado o papel destes aspectos psicossomáticos em influenciar na morbidade e mortalidade destes pacientes^{146,147,163}. Esse achado reforça o conceito de que a detecção e o tratamento adequado de sintomas depressivos podem melhorar não só a qualidade de vida, mas a sobrevida desses pacientes¹⁴⁷.

Mesmo com a alta elevada prevalência já estabelecida e com a significativa carga clínica, socioeconômica e com um aumento de mortalidade já comprovado, os transtornos psiquiátricos parecem ser subdiagnosticados e subtratados em pacientes com DRC. Um grande estudo transversal envolvendo 1.099 adultos com DRC estágios 3 a 4 que apresentavam sintomas depressivos definidos pelo BDI revelou que apenas 31% dos pacientes diagnosticados relataram a prescrição de antidepressivos¹⁶³.

Uma justificativa para esse achado talvez seja o receio dos médicos quanto à prescrição dos medicamentos antidepressivos nessa população, visto que estes são altamente ligados às proteínas e são, em sua maioria, metabolizados pelo fígado, tornando improvável que sejam removidos por diálise¹⁶⁵.

No entanto, é válido lembrar, que assim como na população geral, o tratamento dos distúrbios psiquiátricos relacionados à DRC deve incluir estratégias não farmacológicas, como psicoterapia (por exemplo, terapia cognitivo-comportamental), programas de treinamento físico e apoio social¹⁶⁶⁻¹⁶⁹. Estudos comprovam que programas de exercício físico podem reduzir os sintomas depressivos em pacientes em diálise, mas a melhoria depende de pelo menos 6 meses de intervenção^{168,169} e um ensaio randomizado com 85 pacientes em hemodiálise e que apresentaram sintomas depressivos mostrou uma melhora significativa no escore do BDI após sessões de 12 semanas de terapia cognitivo-comportamental¹⁶⁷.

Esperamos que os dados e resultados descritos, possam ser úteis em estimular outras pesquisas nesta área e que venham servir de alerta para a altíssima prevalência destes transtornos no âmbito das unidades de diálise e que, finalmente, possam contribuir de alguma

forma na melhoria da qualidade de vida e na sobrevida dos pacientes portadores de DRC em programa de hemodiálise.

7 CONCLUSÕES

1. A prevalência global de transtornos psiquiátricos em pacientes portadores de DRC em programa de hemodiálise crônica em uma clínica de terapia de substituição renal no interior da Bahia é bastante elevada, de 52,1%.
2. Os transtornos mais comuns foram Transtorno de Ansiedade Generalizada (42%) e Episódio Depressivo Maior (18,5%), sendo que a quase totalidade de pacientes teve ao menos um desses dois diagnósticos (96,8%).
3. O diagnóstico de COVID-19 não mostrou associação positiva com qualquer distúrbio psiquiátrico.
4. Entre o subgrupo de pacientes que tiveram COVID-19, as mulheres tiveram significativamente mais distúrbio psiquiátrico, assim como tiveram, especificamente, mais diagnóstico de TAG.
5. Pacientes que tiveram COVID-19 e que tinham mais do que 5 anos de tratamento tiveram uma chance significativamente menor do que os outros pacientes em desenvolver algum transtorno psiquiátrico (OR=0,17; IC 95% [0,05-0,61]) e de desenvolver TAG (OR=0,10; IC 95% [0,02-0,39]).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1: Hakim RM, Breyner J, Ismail N, et al. Effects of dose of dialysis on morbidity and mortality. *Am J Kidney Dis.* 23: 661-669, 1994.
- 2: Goto T, Kiro T, et al. Historical perspectives transplant. *Proc.* 23: 2714-17. 1991.
- 3: Divino-Filho JC, et al. Técnicas Convectivas no Tratamento De Pacientes No Estágio 5 Da Doença Renal Crônica: Convincentes Ou Não? In: Moura-Neto JA. *Terapia Renal Substitutiva: Controvérsias e Tendências.* Balieiro, 2019; 13: 159-199.
- 4: Romão Junior JE. Os 60 anos da hemodiálise no Brasil: da criação do rim artificial à consolidação do tratamento em solo nacional. *Nefro SP.* 2009; 16: 6-7.
- 5: Tews HP, Schreiber WK, Huber W, et al. Vocational Rehabilitation in Dialyzed Patients. *Nephron* 26: 130-136, 1980.
- 6: Silva ACSE, Miranda AS, Rocha NP, Teixeira AL. Neuropsychiatric disorders in chronic kidney disease. *Front Pharmacol* 10:932, 2019. <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.00932>
- 7: McClellan WM, Anson C, et al. Functional Status And Quality Of Life: Predictors of Early Mortality among Patients entering Treatment for End Stage Renal Disease. *J. Clin. Epidemiology.* Vol. 44, No. 1, pp. 83-89, 1991.
- 8: Peterson RA, Kimmel PL, et al. Depression perception of illness and mortality in patients with end-stage renal disease. *Int. J. Psych. Med.* 1991; 21:343-354.
- 9: Burton H, Kline S, Lindsay R, et al. The relationship of depression to survival in chronic renal failure. *Psychosomatic Medicine,* 48, 261-269, 1986.
- 10: Rombola G, Brunini F. COVID-19 and dialysis: Why we should be worried. *J Nephrol* 33: 401–403, 2020. <https://doi.org/10.1007/s40620-020-00737-w>
- 11: Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020.
- 12: Yamada T, Mikami T, Chopra N, Miyashita H, Chernyavsky S, Miyashita S. Patients with chronic kidney disease have a poorer prognosis of coronavirus disease 2019 (COVID-19): An experience in New York City. *Int Urol Nephrol* 52: 1405–1406, 2020. <https://doi.org/10.1007/s11255-020-02494-y>
- 13: Lee J, Stell J, Roumelioti ME, et al. Psychosocial Impact of COVID-19 Pandemic on Patients with End-Stage Kidney Disease on Hemodialysis. *KIDNEY360* 1: 1390–1397, 2020. <https://doi.org/10.34067/KID.0004662020>
- 14: Finkelstein FO, Finkelstein SH. Depression in Chronic Dialysis Patients: Assessment and Treatment; *Nephrol. Dial. Transplant.* 15: 1911-1913, 2000.

- 15: Sheehan DS, et al. 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*; 59[suppl 20];22-33. 1998.
- 16: de Azevedo Marques JM, Zuardi AW. Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008 Jul-Aug; 30(4):303-10. doi:10.1016/j.genhosppsy.2008.02.001. PMID: 18585532.
- 17: Kdigo 2022 Clinical Practice Guideline For Diabetes Management In Chronic Kidney Disease. *Kidney International* (2022) 102 (Suppl 5s), S1–S127.
- 18: Johnson RJ, et al. *Nefrologia Clínica: Abordagem abrangente*. 5 ed. Rio de Janeiro. 2016 Elsevier Editora Ltda. 3660.
- 19: Kolff WJ. First Clinical Experience with the Artificial Kidney. *Ann. Int. Med.*;62: 608, 1965.
- 20: John T. Daugirdas, Peter G. Blake, Todd S. *Manual de diálise*. Ing; tradução Claudia Lucia Caetano de Araujo; revisão técnica Luis Yu e Hugo Abensur. – 5. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
- 21: Lowrie EG, Lairol NM. Editores: The National Dialysis Cooperation Study *Kidney Int.*; 23 (Suppl.13) 15-1225, 1983.
- 22: Oreopoulos DG. Peritoneal Dialysis is Reinstated. *J. Dial.* 3: 295-310, 1978.
- 23: Borel JF. Biological Effects of Cyclosporina A: A New Antilymphocytic Agent. *Agents Actions*. 1976; 6:468.
- 24: Martel RR. Inhibition of the immune response by rapamicina, a new antifungal antibiotic. *Can. J. Physiol. Pharmacol* 1977; 55:48.
- 25: United States Renal Data System. 2022 USRDS Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services; 2022. <https://usrds-adr.niddk.nih.gov/2022>
- 26: Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia 2022.
- 27: Dialysis Statistics. <http://www.globoldialysis.com/stats.asp>.
- 28: Sociedade Latino-Americana de Nefrologia e Hipertensão. Registro latinoamericano de diálisis y transplante renal: informe 2019. 2019 [cited 2023 Sept 1]. Available from: <https://www.slanh.net/registros/>.
- 29: ERA-EDTA Registry Committee. ERA Registry Annual Report 2020. 2022 [cited 2023 Sept 1]. Available from: www.era-online.org/research-education/era-registry.

- 30: United States Renal Data System. ESRD: incidence, prevalence, patient characteristics, and treatment modalities. 2022 [cited 2023 Sept 1]. Available from: <https://usrds-adr.niddk.nih.gov/2022/end-stage-renal-disease/1-incidence-prevalence-patient-characteristics-and-treatment-modalities>.
- 31: D'Amico G. Comparability of the different registries on renal replacement therapy. *American Journal of Kidney Diseases*, 25, 113-118, 1995.
- 32: Saran R, Robinson B, Abbott KC, Bragg-Gresham J, Chen X, Gipson D, et al. US Renal Data System 2019 annual data report: epidemiology of kidney disease in the United States. *Am J Kidney Dis*. 2020 Jan;75(1 Suppl 1):A6-A7.
- 33: Australia and New Zealand Dialysis and Transplant Registry (ANZDATA). 43rd Report, chapter 4: haemodialysis [Internet]. Adelaide: ANZDATA; 2020. Disponível em: <http://www.anzdata.org.au>
- 34: Weissmann MM, Klerman GL. The epidemiology of metab. disorders: Emerging trends. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1978; 35; 705-712.
- 35: Weissmann MM. Psychiatric disorders in a U.S. Community. The application of research diagnostic criteria to a resurveyed community sample. *Acta Psychiatrica Scand*. 1960; 62: 99-111.
- 36: Menezes PR. Princípios de Epidemiologia Psiquiátrica. In: Laranjeira R, Almeida OP, Dractu L, organizadores. *Manual De Psiquiatria*. Rio De Janeiro: Guanabara-Koogan; 1996. p. 43-55.
- 37: Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, Schwartz S, Naveh G, Link BG, et al. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation selection issue. *Science*. 1992; 255(5047): 946-52. doi: 10.1126/science.1546291
- 38: Santana VS. Transtornos mentais em um centro de saúde em Salvador-Bahia. Ver. *Bahiana Saúde Pública*, 4 (3/4): 160-167, 1977.
- 39: Santana VS, Almeida Filho N, Mari JJ. Revisão dos estudos epidemiológicos em saúde mental no Brasil. 1ª parte. *J Bras Psiq*, 37 (5):227-231, 1988.
- 40: Andrews G, Peters L. The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Psychiatr. Epidemiol*. 33(2):80-8, 1998 Feb
- 41: Robins LN, Regier D. Eds. *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York, Free Press, 1991.
- 42: Darrel AB, et al. One month prevalence of mental disorders in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry*. vol. 45, nov. 1988; 970-986.
- 43: Richard F, Mollica MD, et al. *International Psychiatry in the Twenty-First Century*. Massachusetts General Hospital- *Comprehensive Clinical Psychiatry* - 2008, chapter 93, Pages 1243-1254. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-04743-2.50095-0>

- 44: 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.*; 171: 524-9, 1997 Dec.
- 45: Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull World Health Organ*; 78(4):413-26, 2000.
- 46: Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;18(4/5):229-40.
- 47: Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, et al. Transtornos mentais em megacidades: resultados do inquérito de saúde mental em megacidades de São Paulo, Brasil. *PLoS Um* 2012; 7:e31879.
- 48: Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al. Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2014;30(3):623-632. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158412>.
- 49: Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, Cesar CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(8):1639-48. doi: 10.1590/S0102-311X2006000800012
- 50: Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(2):213-21. doi: 10.1590/S0034-89102002000200014
- 51: Lopez AD, Murray CC. The global burden of disease, 1990-2020. *Nat Med.* 1998; 4(11): 1241-3. doi: 10.1038/3218
- 52: American Psychiatric Association. Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-5-TR. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- 53: Lee N Robins PhD, John E Helzer MD, Jack Croughan MD, et al. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Arch Gen Psychiatry.* 1981;38(4):381-389. doi: 10.1001/archpsyc.1981.01780290015001
- 54: Hirschfeld RMA, Cross CK. Epidemiology of Affective Disorders; *Arch. Gen. Psychiatry.* Vol. 39, pp. 35-46, Jan 1982.
- 55: Paulsen RH. Depression: Pathophysiology, Clinical Manifestations, and Diagnosis: Up-to-date of Nefrology - 1999.
- 56: Sensky T. Psychosomatic Aspects of End-stage Renal Failure; *Psychother. Psychosom.* 1993;59:56-68.

- 57: Kutner NG, Fair PL, Kutner MH. Assessing Depression and Anxiety in Chronic Dialysis Patients; *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 29, No. 1, pp. 23-31, 1985.
- 58: Kimmel P L, Thamer M, Richard CM, Ray NF. (1998). Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am. J. Med.* 105, 214–221. doi: 10.1016/S0002-9343(98)00245-9
- 59: Palmer S, Vecchio M, Craig JC, Tonelli M, Johnson DW, Nicolucci A, et al. (2013). Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney Int.* 84, 179–191. doi: 10.1038/ki.2013.77
- 60: Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry* 62, 617–627. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617
- 61: Kimmel PL. (2002). Depression in patients with chronic renal disease: what we know and what we need to know. *J.Psychosom. Res.* 53, 951–956. doi:10.1016/S0022-3999(02)00310-0
- 62: Hedayati SS, Bosworth HB, Briley LP, Sloane RJ, Pieper CF, Kimmel PL, et al. (2008). Death or hospitalization of patients on chronic hemodialysis is associated with a physician-based diagnosis of depression. *Kidney Int.* 74, 930– 936. doi: 10.1038/ki.2008.311
- 63: Hedayati SS, Grambow SC, Szczech LA, Stechuchak KM, Allen AS, Bosworth HB. (2005). Physician-diagnosed depression as a correlate of hospitalizations in patients receiving long-term hemodialysis. *Am. J. Kidney Dis.* 46, 642–649. doi: 10.1053/j.ajkd.2005.07.002
- 64: Hedayati SS, Minhajuddin AT, Afshar M, Toto RD, Trivedi MH, Rush AJ. (2010). Association between major depressive episodes in patients with chronic kidney disease and initiation of dialysis, hospitalization, or death. *JAMA* 303, 1946–1953. doi: 10.1001/jama.2010.619
- 65: Cukor D, Fruchter Y, Ver Halen N, Naidoo S, Patel A, Saggi SJ. (2012). A preliminary investigation of depression and kidney functioning in patients with chronic kidney disease. *Nephron. Clin. Pract.* 122, 139–145. doi: 10.1159/000349940
- 66: Tsai YC, Chiu YW, Hung CC, Hwang SJ, Tsai JC, Wang SL, et al. (2012). Association of symptoms of depression with progression of CKD. *Am. J. Kidney Dis.* 60, 54–61. doi: 10.1053/j.ajkd.2012.02.325
- 67: Tsai YC, Hung CC, Hwang SJ, Wang SL, Hsiao SM, Lin MY, et al. (2010). Quality of life predicts risks of end-stage renal disease and mortality in patients with chronic kidney disease. *Nephrol. Dial Transplant* 25, 1621–1626. doi: 10.1093/ndt/gfp671
- 68: Chiang HH, Guo HR, Livneh H, Lu MC, Yen ML, Tsai TY. (2015). Increased risk of progression to dialysis or death in CKD patients with depressive symptoms: a prospective 3-year follow-up cohort study. *J. Psychosom. Res.* 79, 228–232. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.01.009
- 69: Lopes AA, Bragg J, Young E, Goodkin D, Mapes D, Combe C, et al. (2002). Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney Int.* 62, 199–207. doi: 10.1046/j.1523-1755.2002.00411.x

- 70: Lacson E, Jr. Bruce L, Li NC, Mooney A, Maddux FW. (2014). Depressive affect and hospitalization risk in incident hemodialysis patients. *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.* 9, 1713–1719. doi: 10.2215/CJN.01340214
- 71: Lacson E, Jr. Li NC, Guerra-Dean S, Lazarus M, Hakim R, Finkelstein FO. (2012). Depressive symptoms associate with high mortality risk and dialysis withdrawal in incident hemodialysis.
- 72: Chilcot J, Davenport A, Wellsted D, Firth J, Farrington K. (2011). An association between depressive symptoms and survival in incident dialysis patients. *Nephrol. Dial Transplant* 26, 1628–1634. doi: 10.1093/ndt/gfq611
- 73: Israel, M. Depression in Dialysis Patients: a Review of Psychological Factors. *Can. J. Psychiatry.* Vol. 31, June 1986.
- 74: Nichols KA, Springford V. The Psycho-Social Stressors associated with Survival by Dialysis. *Behav. Res. Ther.* Vol. 22, No. 5, pp. 563-574, 1984.
- 75: Farmer CJ. The prevalence of psychiatric illness among patients on home hemodialysis. *Psychological medicine.* 1979, 9, 509-514.
- 76: Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L. (2004). Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Can. J. Psychiatry* 49, 124–138. doi: 10.1177/070674370404900208
- 77: Katon WJ. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin. Neurosci.* 13, 7–23.
- 78: Pratt LA, Brody DJ. (2014). Depression in the U.S. household population, 2009-2012. *NCHS Data Brief* 172, 1–8.
- 79: Feroze U, Martin D, Kalantar-Zadeh K, Kim JC, Reina-Patton A, Kopple JD. (2012). Anxiety and depression in maintenance dialysis patients: preliminary data of a cross-sectional study and brief literature review. *J. Ren. Nutr.* 22, 207–210. doi: 10.1053/j.jrn.2011.10.009
- 80: Kaplan de Nour, A. Prediction of adjustment to chronic hemodialysis. In *Psychoneurology* 1. (Edited by NB Levy) pp. 117-132. New York; Plenum. 1981.
- 81: Craven GL, Rodin GM, Johnson L, et al. The diagnosis of major depression in renal dialysis patients. *Psychosom. Med.* 49:482-492, 1987.
- 82: Fischer MJ, Xie D, Jordan N, Kop WJ, Krousel-Wood M, Kurella Tamura M, et al. (2012). Factors associated with depressive symptoms and use of antidepressant medications among participants in the Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) and Hispanic-CRIC Studies. *Am. J. Kidney Dis.* 60, 27–38. doi: 10.1053/j.ajkd.2011.12.033
- 83: Kop WJ, Seliger SL, Fink JC, Katz R, Odden MC, Fried LF, et al. (2011). Longitudinal association of depressive symptoms with rapid kidney function decline and adverse clinical renal disease outcomes. *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.* 6, 834–844. doi: 10.2215/CJN.03840510

- 84: Hirst DJ. Death from dialysis termination. *Nephrol. Dial. Transplant.* 1989;4:41-44.
- 85: Zairnick JP, Freemann CW, et al. Psychologic correlates of survival on renal dialysis. *J.Nerv. Ment. Dis* 1977;164:210-213.
- 86: DiMatteo MR, Lepper HS, et al. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta – analysis of the effects of anxiety and depression on patients adherence. *Arch. Inter. Med.* vol 160,july 24,2000; 2101-2107.
- 87: Maher BA, Laming DL, Dickinson CA. Psychosocial aspects of chronic dialysis: The national cooperative dialysis study. *Kidney Int.* 23 (Suppl 13): 550-557, 1983.
- 88: Wai L, Richmond J, Burton H, Linday RM. Influence of psychosocial factors on survival of homedialysis patients. *Lancet* 1981: 1155-1156.
- 89: Husebye DG, Westle L, Styrvoky TJ, et al. Psychological, social, and somatic prognostic indicators in old patients undergoing long-term dialysis. *Arch. Intern. Med.* 1987;147:1921-1924.
- 90: Almeida MA, Meleiro AM. Depressão e Insuficiência Renal Crônica: uma Revisão; *J. Bras. Nefrol.* 2000; 22(1):21-29.
- 91: Nissenson AR, Fine R, Gentile DE, et al. Psychosocial adaptation of chronic dialysis patients: *Clinical Dialysis*; 735-746. 1990.
- 92: Abram HS, Moore GL, et al. Suicidal Behavior in Chronic Dialysis Patients; *Amer. J. Psychiat.* 127:9, March 1971.
- 93: Kurella M, Kimmel PL, Young BS, Chertow GM. Suicide in the United States end-stage renal disease program. *J Am Soc Nephrol* 2005;16:774-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1681/ASN.2004070550>
- 94: Mian A, S Khan. 2020. Coronavirus: the spread of misinformation. *BMC Med.* 18: 89.
- 95: Zarocostas J. 2020. How to fight an infodemic. *Lancet* 395: 676.
- 96: Sommer IE, PR Bakker. 2020. What can psychiatrists learn from SARS and MERS outbreaks? *Lancet Psychiatry* 7: 565–566.
- 97: Ramezani ML, Simani E, Karimialavijeh, et al. 2020. The role of anxiety and cortisol in outcomes of patients with Covid-19. *Basic Clin. Neurosci.* 11: 179–184.
- 98: Deng, et al. Psychiatric disorders in COVID-19 patients. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* xxxx (2020) 1–22 © 2020 New York Academy of Sciences. doi: 10.1111/nyas.14506
- 99: Corruble E, Durrbach A, Charpentier B et al. Progressive increase of anxiety and depression in patients waiting for a kidney transplantation. *Behav Med* 2010; 36: 32–36.

- 100: Patel V, Pereira J, Mann AH. Modelos somáticos e psicológicos de transtorno mental comum na atenção primária na Índia. *Psicol Med* 1998; 28:135-43.
- 101: Pothan M, Kuruvilla A, Philip K, Joseph A, Jacob KS. Transtornos mentais comuns entre atendentes de cuidados primários em Vellore, sul da Índia: natureza, prevalência e fatores de risco. *Int J Soc Psiquiatria* 2003; 49:119-25.
- 102: Mari JJ. Morbidade psiquiátrica em três clínicas de atenção primária na cidade de São Paulo. *Questões sobre a saúde mental dos pobres urbanos. Soc Psiquiatria* 1987; 22:129-38.
- 103: Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frost-holm L, Olesen F. Transtornos mentais na atenção primária: prevalência e comorbidade entre distúrbios: resultados do estudo da doença funcional na atenção primária (FIP) . *Psicol Med* 2005; 35:1175-8.
- 104: Weissman MM, Klerman GL. Sex Differences and the Epidemiology of Depression; *Arch. Gen. Psychiatry*, Vol. 34, pp.98-111, Jan 1977.
- 105: Degen K, Strain JJ, Zumoff B. Biopsychosocial evaluation of sexual function in end-stage renal disease. In: Levy N.B, ed. *Psychonephrology 2: Psychological Problems in Kidney Failure and Their Treatment*. New York: Plenum: 1983:-22-233.
- 106: Kaplan De-Nour A. Psychosocial adjustment to illness scale (PAIS): A study of chronic hemodialysis patients. *J. Psychosom. Res.* 1982;26:11-22.
- 107: Madeira, E.P.Q; Lopes, G.S; Santos, S.F.: A Investigação Epidemiológica na Prevenção da Insuficiência Renal Terminal: Ênfase no Estudo da Agregação Familiar; *Revista Virtual de Medicina Med on Line*, Vol 1-No. 2, Ano I (Abr/Mai/Jun de 1998).
- 108: Moura-Junior JA, Souza CAM, de Oliveira IR, Miranda RO. Prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes em hemodiálise no estado da Bahia. *J Bras Psiquiatr*, 55(3): 178-183, 2006
- 109: Wuerth D, Finkelstein SH, Ciarcia J, et al. Identification and Treatment of Depression in a Cohort of Patients Maintained on Chronic Peritoneal Dialysis; *American Journal of Kidney Disease*, Vol 37, No. 5 (May), 2001:pp. 1011-1017.
- 110: Kimmel PL, Weihs KL, Peterson RA. Survival in hemodialysis patients: the role of depression. *J. Am. Soc. Nephrol.* 1993;4:12-27.
- 111: Monno F, Lopez Gomes JM, et al. The Spanish Cooperative Renal patients quality of life study group: Quality of life in dialysis patients. A Spanish multicenter study *Nephrol. Dial. Transplant.* 11:5125-5123, 1996 (supp 2).
- 112: Schaefer K, Rohrich B. The dilemma of renal replacement therapy in patients over 80 years of age. *Nephrol. Dial. Transplant.* 14: 35-35, 1996.
- 113: Craig JJ, Van Natta PA. Influence of demographic characteristic 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: 149-154.

- 114: Comstock GW, Helsing KJ. Symptoms of depression in two communities. *Psychol. Med.* 1976; 6:551-553.
- 115: Steele TE, Finkelstein SH, Finkelstein FO. Hemodialysis patients and spouses. Marital discord, sexual problems in depression. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1976; 162: 225-237.
- 116: Abram HS, Hester LR, Sheridan WF, Epstein GM. Sexual functioning in patients with chronic renal failure. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1975; 160:220-226.
- 117: Chowenec GD, Binik YM. End Stage Renal Disease and the Marital Dyad: An empirical investigation. *Soc. Sci. Med.* 1985; 20: 341-346.
- 118: COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet* 2021; published online Oct 8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7).
- 119: Lee J, et al. Psychosocial Impact of COVID-19 Pandemic on Patients with End-Stage Kidney Disease on Hemodialysis. *KIDNEY* 1: 1390–1397, 2020. doi: <https://doi.org/10.34067/KID.0004662020>
- 120: Fu R, Y Zhang. 2020. Case report of a patient with suspected COVID-19 with depression and fever in an epidemic stress environment. *Gen. Psych.* 33: e100218.
- 121: Livesley JW. Symptoms of Anxiety and Depression in Patients Undergoing Chronic Hemodialysis; *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 26, No. 6, pp. 581-584, 1982.
- 122: Yeates K, Zhu N, Vonesh E, Trpeski L, Blake P, Fenton S. (2012). Hemodialysis and peritoneal dialysis are associated with similar outcomes for end-stage renal disease treatment in Canada. *Nephrol. Dial Transplant* 27, 3568–3575. doi: 10.1093/ndt/gfr674
- 123: Craven GL, Rodin GM, Johnson L, et al: The diagnosis of major depression in renal dialysis patients. *Psychosom. Med.* 49:482-492, 1987.
- 124: Shulman R, Price JDE, Spinelli J. Biopsychosocial Aspects of Long-term Survival on End-stage Renal Failure Therapy. *Psychological Medicine*, 1989, 19, 945-954.
- 125: Lowrie EG, Lew NL. Commonly Laboratory Variables in Hemodialysis Patients: Relationships among them and to Death Risk. *Seminars in Nephrology*. 1992; vol 12, No 3, pp 276-283.
- 126: Paganini EP. In Search of an Optimal Hematocrit Level in Dialysis Patients: Rehabilitation and Quality-Of-Life Implications ; *American Journal Of Kidney Diseases*, Vol. 24, No. 1, Suppl 1 (July), 1994: pp S10-S16.
- 127: Evans RW, et al. The quality of life of hemodialysis recipients treated with recombinant human EPO. *JAMA* 263: 825, 1990.
- 128: Phipps A, Turkington D. Psychiatry in the Unit; *Advances In Psychiatric Treatment*. Vol. 7, Pp. 426-432, 2001.

- 129: Valderrábano F, Jofre R, López-Gómez JM. Quality of Life in End-Stage Renal Disease Patients. *American Journal Of Kidney Diseases*, Vol 38, No. 3 (September), 2001:Pp 443-464.
- 130: Eschboch JW. The anemia of chronic renal failure: Pathophysiology and the effect of recombinant Epo In. 35: 134, 1989.
- 131: Almeida N, Rouquayrol MZ. *Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. Epidemiologia & Saúde. Cap 6. Pg 156 – 5 Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 600p.*
- 132: Mendes JLB. *Alterações Hepáticas em Trabalhadores de uma Refinaria de Petróleo. Tese de Doutorado. ISC-UFBa. Salvador –Bahia. Pg 57.*
- 133: Farmer CJ, Bewich M, Parsons V, Snowden SA. Survival on home haemodialysis: its relationship with physical symptomatology, psychosocial background and psychiatric morbidity. *Psychol. Med.* 1979; 9: 515-523.
- 134: Yanagida EH, Streltzer J. Limitation of Psychological Tests in a Dialysis Population; *Psychosomatic Medicine* Vol. 41, No. 7 (November 1979).
- 135: Wise TN. The Pitfalls of Diagnosing Depression in Chronic Renal Disease. *Psychosomatics*, April/May/June, 1974;83-84.
- 136: 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 Group. *Nephrol. Dial. Transplant.* 13:S70-S75, 1998 (suppl1).
- 137: Lapaucis A, Muirhead N, Keown P, Wong C. A disease-specific questionnaire for assessing quality of life in patients on hemodialysis. *Nephron* 60:302-306, 1992.
- 138: 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.* 10:249^A, 1999 (abstr).
- 139: Kennedy SH, Craven JL, Roin GM. Major Depression in Renal Dialysis Patients an Open Trial of Antidepressant therapy; *J. Clin. Psychiatry.* 50; 60-63, 1989.
- 140: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Brasileiro de 2022.*
- 141: American Psychiatric Association [APA]. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 3rd ed (DSM-III-R). Washington (DC): APA; 1987.
- 142: American Psychiatric Association [APA]. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed (DSM-IV). Washington (DC): APA; 1994.
- 143: World Health Organisation [WHO]. *The International Classification of Diseases and Related Health Problems.10th Revision.* Geneva: WHO; 1992.

- 144: Amorim P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>
- 145: Kathol RG, Mutgi A, et al. Diagnostic of Depression in Cancer Patients According to Four Sets of Criteria. *Am. J. Psychiatry*. 147:8, August 1990. Pp 1021-1024.
- 146: Moreira JM, Bouissou Morais Soares CM, Teixeira AL, Simoes ESAC, Kummer AM. (2015). Anxiety, depression, resilience and quality of life in children and adolescents with pre-dialysis chronic kidney disease. *Pediatr. Nephrol.* 30, 2153–2162. doi: 10.1007/s00467-015-3159-6
- 147: Lee YJ, Kim MS, Cho S, Kim SR. (2013). Association of depression and anxiety with reduced quality of life in patients with predialysis chronic kidney disease. *Int. J. Clin. Pract.* 67, 363–368. doi: 10.1111/ijcp.12020
- 148: Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan KH, Janavs J, Weiller E, Keskiner A et al. The validity of the mini international neuropsychiatric interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry* 1997;12:232-41.
- 149: Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K et al. The Mini international neuropsychiatric interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry* 1997;12:224-31.
- 150: Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R psychotic disorders: procedural validity of the mini international neuropsychiatric interview (MINI). Concordance and causes for discordances with the CIDI. *Eur Psychiatry* 1998;13:26-34.
- 151: Bouvard M, Fontaine-Buffer M, Cungi C, et al. Preliminary studies of the Structured Diagnostic Interview Personality Disorders: SCID II. *Encephale* 1999 sep-oct; 25 (5): 416-21
- 152: United States Renal Data System. *2022 USRDS Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States*. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services; 2022
- 153: Moura-Neto JA, Divino-Filho JC, Ronco C, editors. *Nephrology Worldwide*. Basel: Springer Nature Switzerland AG; 2021. 751 p.
- 154: Quadros LCM, Quevedo LA, Gonçalves HD, Horta BL, Motta JVS, Gigante DP. Common Mental Disorders and Contemporary Factors: 1982 Birth Cohort. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(1):e20180162. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0162>
- 155: McGrath JJ, WHO World Mental Health Survey Collaborators, et al. Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *Lancet Psychiatry*. 2023 Sep;10(9):668-681. doi: 10.1016/S2215-0366(23)00193-1. Epub 2023 Jul 30.
- 156: De Lima MS, Hotopt M, Mari JJ, Béria JU, De Bastos AB, Mann A. Psychiatric disorder and the use of benzodiazepines: in example of the inverse care law from Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999;34:316-22.

- 157: Kathol RG, Mutgi A, et al. Diagnostic of Depression in Cancer Patients According to Four Sets of Criteria. *Am. J. Psychiatry*. 147:8, August 1990. Pp 1021-1024. 21
- 158: Cruz L, Fleck M, Polanczyk C. Depression as a determinant of quality of life in patients with chronic disease: data from Brazil. *Soc Psychiat Epidemiol* 2010; 45: 953–961.
- 159: Kaplan De-Nour A. The Influence of Patients Personality on Adjustment to Chronic Dialysis. *Jour. of Nerv. Ment. Dis.* Vol 126, No 5, 1976;323-333.
- 160: Devins GM, Mann J, Mandin H. et al. Psychosocial predictors of survival in end-stage renal disease. *J. Nerv. Mental. Dis.* 1990;178:127-133.
- 161: Gutman R, Stead WW, Robinson RR. Physical activity and employment status of patients on maintenance dialysis. *N. Engl. J. Med.* 304:309-313, 1981
- 162: Chaves MVS, Siqueira HDAS, et al. Caracterização clínica-epidemiológica de pacientes em terapia de hemodiálise: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 4, e37110414087, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14087>
- 163: Smith MD, Hong BA, et al. Diagnostic of depression in patients with end stage renal disease. *A.J. Med.* 1985; 79: 160-166.
- 164: Fortes S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Gon-calves DA, Mari JJ. Transtornos mentais comuns em Petrópolis-RJ: um desafio para integrar a saúde mental nas estratégias de atenção primária. *Rev Bras Psiquiatr* 2011;33:150-6.
- 165: Hedayati SS, Yalamanchili V, Finkelstein FO. (2012). A practical approach to the treatment of depression in patients with chronic kidney disease and end-stage renal disease. *Kidney Int.* 81, 247–255. doi: 10.1038/ki.2011.358
- 166: Symister P, Friend R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: a prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychol.* 22, 123–129. doi: 10.1037/0278-6133.22.2.123
- 167: Duarte PS, Miyazaki MC, Blay SL, Sesso R. (2009). Cognitive-behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients. *Kidney Int.* 76, 414–421. doi: 10.1038/ki.2009.156
- 168: Ouzouni S, Kouidi E, Sioulis A, Grekas D, Deligiannis A. (2009). Effects of intradialytic exercise training on health-related quality of life indices in haemodialysis patients. *Clin. Rehabil.* 23, 53–63. doi: 10.1177/0269215508096760
- 169: Kouidi E, Karagiannis V, Grekas D, Iakovides A, Kaprinis G, Tourkantonis A, et al. (2010). Depression, heart rate variability, and exercise training in dialysis patients. *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.* 17, 160–167. doi: 10.1097/ HJR.0b013e32833188c



APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por **Dra. Constança Margarida Sampaio Cruz** como participante da pesquisa intitulada **Prevalência de Transtornos Psiquiátricos em Pacientes em Hemodiálise Crônica que tiveram COVID-19 e Variáveis Associadas**. Você não deve participar contra a sua vontade e você tem plena liberdade para recusar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo do estudo é 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 ou transtorno de personalidade antissocial.

Para isto, você irá ser avaliado(a), em uma única entrevista, por um psicólogo. Nessa entrevista haverá perguntas que ajudarão no preenchimento de um questionário (Mini-International Neuropsychiatric Interview). Esse é um questionário já validado no Brasil e que você poderá ter acesso em qualquer momento que julgue necessário.

Por existir a possibilidade de algum possível desconforto durante a entrevista, ela será realizada pelo psicólogo, especialmente treinado, na tentativa de minimizar esses possíveis riscos de constrangimento durante a coleta de dados.

Ao final da entrevista, conforme seu desejo, você poderá saber se tem ou não alguma dessas patologias, segundo os critérios adotados na pesquisa, trazendo como benefício a possibilidade desse diagnóstico e consequente tratamento. O tratamento poderá ser realizado através de atendimento médico especializado (psiquiatra) e psicológico, se assim desejar. Esse atendimento poderá ser realizado em qualquer momento após o diagnóstico. Garantiremos o seguimento desses profissionais após o término da pesquisa.

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, ou qualquer outro meio de identificação, a fim de preservar seu anonimato e total sigilo da pesquisa.

Você receberá uma via desse termo e, em nenhuma hipótese, sua identificação será revelada a terceiros. Esclarecemos que sua participação no estudo é totalmente voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver sair do mesmo, em qualquer momento, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo.

É também garantido total ressarcimento para qualquer despesa gerada a partir dessa pesquisa, assim como indenização diante eventuais danos que possam ocorrer.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Data:

Paciente:

Constança Margarida Sampaio Cruz



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu,, li o termo de consentimento livre pós informação e fui informado (a) dos objetivos específicos, da justificativa, dos benefícios e possíveis desconfortos e riscos desta pesquisa de forma clara e detalhada, bem como das informações sobre o procedimento no qual estarei envolvido e possibilidade de ressarcimento para qualquer despesa gerada, assim indenização de qualquer dano. 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.

Dra. **Constança Margarida Sampaio Cruz** certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial.

___/___/___,.....

___/___/___,.....

Constança Margarida Sampaio Cruz

ANEXO A – PARECER DO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de Transtornos Psiquiátricos em Pacientes em Hemodiálise Crônica que tiveram COVID-19 e Variáveis Associadas

Pesquisador: Constança Margarida Sampaio Cruz

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 47873521.6.1001.0047

Instituição Proponente: Hospital Santo Antônio/ Obras Sociais Irmã Dulce

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.948.336

Apresentação do Projeto:

A Doença Renal Crônica é um relevante problema na saúde pública no Brasil, com elevada prevalência e alta morbimortalidade. Por diversos fatores ligados à doença e ao seu tratamento, estes pacientes apresentam alta taxa de distúrbios psiquiátricos. Atualmente, o mundo enfrenta uma realidade sem precedentes com a pandemia do COVID-19. Evidências sugerem que a doença e a necessidade de isolamento social possam ter aumentado a prevalência dos distúrbios psiquiátricos nos pacientes renais crônicos. Dessa forma, esse trabalho tem como objetivo principal estudar a prevalência e o padrão dos transtornos psiquiátricos em pacientes dialíticos que tiveram COVID-19, comparando com a prevalência dos pacientes que não tiveram a infecção. Como objetivo secundário, deve-se avaliar a possível associação de variáveis clínicas e sociodemográficas que serão avaliadas com a ocorrência dos transtornos psiquiátricos encontrados.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Determinar a prevalência e o padrão dos transtornos psiquiátricos em pacientes portadores de Doença Renal Crônica em programa de hemodiálise que tiveram COVID-19, comparando com a prevalência dos pacientes que não tiveram a infecção.

Secundário: Avaliar variáveis clínicas e sociodemográficas para verificar a possível associação destas variáveis com a ocorrência dos transtornos psiquiátricos encontrados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Será realizado um treinamento em todos os psicólogos que irão aplicar o questionário, na tentativa de minimizar possíveis riscos de constrangimento durante a coleta dos dados. Esse estudo poderá apresentar benefícios por possibilitar o diagnóstico e consequente tratamento dos distúrbios psiquiátricos dos pacientes. Todos os pacientes que mostrem desejo serão encaminhados para consulta e seguimento com psicólogos e psiquiatras. O estudo também

apresentará um benefício indireto ao estar contribuindo para incrementar dados da literatura médica brasileira.

Os pesquisadores preservarão a privacidade dos pacientes, mantendo seu anonimato.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de corte transversal.

População e Amostra:

Pacientes que realizam hemodiálise em três clínicas satélites de nefrologia no interior do estado da Bahia (Serrinha, Juazeiro e Senhor do Bonfim).

Estima-se uma amostra de 100 a 200 pacientes que tiveram COVID-19. Após definidos o tamanho e as características da amostra dos pacientes que tiveram a infecção, será feito um levantamento para aplicar o estudo em uma amostra de pacientes que não tiveram COVID-19 e que possuem características clínicas e sociais semelhantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com a resolução 466/2012, adequar o TCLE conforme pontos listados abaixo:

IV.3 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente:

- a) justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, com o detalhamento dos métodos a serem utilizados, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou experimental, quando aplicável;
- b) explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados dessa participação e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa;
- c) esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ou a interrupção da pesquisa;
- d) garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- e) garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa;
- f) garantia de que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; e
- h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa

Solicita-se adequação no TCLE

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santo Antônio/Obras Sociais Irmã Dulce, de acordo com as atribuições definidas na resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional nº 001/2013 do CNS, manifesta-se por APROVAR o referido projeto.

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo “relatório” para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Resolução CNS nº 466/12, item XI.2.d e Resolução CNS nº 510/16, art. 28, item V.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1747652.pdf	16/08/2021 11:02:38		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido2.pdf	16/08/2021 11:01:21	Constança Margarida Sampaio Cruz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto.pdf	09/06/2021 20:24:02	Constança Margarida Sampaio	Aceito
Investigador	Projeto.pdf	09/06/2021 20:24:02	Cruz	Aceito
Declaração de concordância	Termo_de_anuencia_assinado.pdf	09/06/2021 20:12:23	Constança Margarida Sampaio Cruz	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	09/06/2021 20:09:25	Constança Margarida Sampaio Cruz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 01 de Setembro de 2021

Assinado por:
Juliana da Silva Cardoso(Coordenador(a))

ANEXO B – M.I.N.I.

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:**

MINI 5.0.0 / Brazilian Version / DSM-IV / Current

MÓDULOS	PERÍODOS EXPLORADOS
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 últimas semanas) + vida ir
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 ÁLCOOL	Atual (12 últimos meses)
K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) (Não alcoólica)	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 ANTI-SOCIAL	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

Patrícia 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	SIM	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	SIM	2
A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?		→ NÃO	SIM	

A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| 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
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO	

☐: 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			
b	capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
		→		
	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*

: 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	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante mais de 2 meses ?	→ NÃO	SIM	21
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25
e	Tem dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões ?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27
	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	28
	B4 É COTADA SIM?			

NÃO SIM

**DISTIMIA
ATUAL**

: 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	
<i>ATUAL</i>	
LEVE	<input type="checkbox"/>
MODERADO	<input type="checkbox"/>
<i>Elevado</i>	<input type="checkbox"/>

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

D1 a Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia 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 a 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

: 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

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 ?	NÃO	SIM	
----	---	-----	-----	--

*Transtorno de Pânico
Vida inteira*

SE E5 = "NÃO", PASSAR a E7.

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

*Transtorno de Pânico
Atual*

SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.

E7 HÁ 1, 2 OU 3 "SIM" EM E4 ?

NÃO SIM 18

*Ataques Pobres em
Sintomas Vida inteira*

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

F. AGORAFOBIA

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	

: 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**

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
<p>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.</p>				
<p>SE H1 = “NÃO”, PASSAR A H4.</p>				
H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM	2
<p>SE H2 = “NÃO”, PASSAR A H4</p>				
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
<p>H3 <u>OU</u> H4 SÃO COTADAS “SIM” ?</p>		→ 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" ?

NÃO SIM

**TRANSTORNO
OBSESSIVO-COMPULSIVO
ATUAL**

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

11	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? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ATENTADO, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
12	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
13	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 13 ?	→ NÃO	SIM	
14	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade para dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades em concentrar-se?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12

e Ficava sobressaltado(a) por quase nada? NÃO SIM 13
→
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? NÃO SIM 14

I5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS- TRAUMÁTICO ATUAL	

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	SIM	1
J2	Durante os últimos 12 meses:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?	NÃO	SIM	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	SIM	3
	COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO			
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	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

: 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 | SIM | 10 |
| c | Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido? | NÃO | SIM | 11 |
| d | Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ? | NÃO | SIM | 12 |

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?

NÃO	SIM
ABUSO DE ALCÓOL	
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

: 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 SUBSTÂNCIA 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 SELECCIONADA], 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 SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM 3
- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] ? NÃO SIM 4
- e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], 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 SELECCIONADA], ou ainda pensando nessas coisas ? NÃO SIM 5

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

- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da(s) droga(s) ? NÃO SIM 6
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] 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 SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou 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 SELECCIONADA] 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 SELECCIONADA]? NÃO SIM 10
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] 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
: <i>ABUSO DE SUBSTÂNCIAS(S)</i>	
<i>ATUAL</i>	

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTA 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.

Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.

			BIZARRO		
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	<input type="checkbox"/> L6a	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	<input type="checkbox"/> L6a	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	<input type="checkbox"/> L6a	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	<input type="checkbox"/> L6a	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 ?	NÃO SIM	SIM		9
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					

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		11				
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	SIM SIM □L8a	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) ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>				NÃO	SIM	SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL	
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" ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA</td> </tr> </tbody> </table>				NÃO	SIM	SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA	
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 <i>com Sintomas Psicóticos</i> ATUAL	

d **L13b OU L13c** SÃO COTADAS **“SIM”**?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DO HUMOR <i>com Sintomas Psicóticos</i> 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
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)

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

N. BULIMIA NERVOSA

N1	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
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	9
N3	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
N4	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
N5	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
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)?	NÃO	SIM	13
	SE N6 = “NÃO”, PASSAR A N8			
N7	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)			

N8 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

: 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)...			
	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2
b				
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		

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. Caroll
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

