



Health
Residencies
Journal (HRJ).
2025;6(31):88-98

Artigos
Temáticos

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v6i31.1208](https://doi.org/10.51723/hrj.v6i31.1208)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 01/05/2025

Aceito: 24/06/2025

Ansiedade e depressão entre os pacientes em hemodiálise e diálise peritoneal

Anxiety and depression among patients on hemodialysis and peritoneal dialysis

Isabel Cristina Cunha Guedes¹ , Maria de Fátima Oliveira Vidal¹ ,
Antônia Franciele Silva Alencar Borges² , Karine Cardoso Lemos¹ ,
Rayane Alves Moreira¹ 

¹ Faculdade de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS-DF), Brasil /
Universidade do Distrito Federal Jorge Amaury (UnDF), Distrito Federal- Brasil.

² Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde (FEPECS) – Residência Multiprofissional
em Nefrologia em Rede SES/DF, Brasil.

Correspondência: isabel-guedes@escs.edu.br

RESUMO

Objetivo: avaliar o nível de ansiedade e depressão entre pacientes com doença renal crônica que realizam hemodiálise e diálise peritoneal em um hospital público do Distrito Federal. **Método:** pesquisa transversal de abordagem quantitativa do tipo descritiva e analítica, realizada em uma unidade de nefrologia do Distrito Federal. A coleta ocorreu entre janeiro e abril de 2024, com uma análise de perfil e aplicação dos Inventários de Beck: Inventário de Depressão (BDI) e Inventário de Ansiedade (BAI). Para realizar a comparação entre as modalidades de hemodiálise e diálise peritoneal foram utilizados os testes de Mann-Whitney e de Qui-Quadrado. **Resultados:** participaram da pesquisa 88 pacientes. O escore médio de BDI encontrado para Diálise Peritoneal foi de 12,00 (\pm 9,16) e para Hemodiálise foi de 14,81 (\pm 11,56), com $p = 0,23$, em relação ao BAI, para Diálise Peritoneal foi de 60,36 (\pm 88,13) e para Hemodiálise foi de 83,94 (\pm 91,50), com $p = 0,00$, indicando uma diferença estatisticamente significativa. **Conclusão:** o desenvolvimento de sintomas depressivos em portadores de Doença Renal Crônica está relacionado aos aspectos emocionais, familiares, econômicos, sociais, laborais, físicos, cognitivos e a dependência do tratamento em pacientes que se encontram em Hemodiálise favorece a prevalência da sintomatologia de ansiedade.

Palavras-chave: Insuficiência renal crônica; Ansiedade; Depressão; Enfermagem em nefrologia.

ABSTRACT

Objective: to assess the level of anxiety and depression among patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis in a public hospital in the Distrito Federal. **Method:** cross-sectional study with a quantitative approach of the descriptive and analytical type, carried out in a nephrology unit in the Distrito Federal. Data collection took place between January and April 2024, with a profile analysis and application of the Beck Inventories: Depression Inventory (BDI) and Anxiety Inventory (BAI). The Mann-Whitney and Chi-Square tests were used to compare the hemodialysis and peritoneal dialysis modalities.

Results: 88 patients participated in the study. The mean BDI score found for Peritoneal Dialysis was 12.00 (\pm 9.16) and for Hemodialysis it was 14.81 (\pm 11.56), with $p = 0.23$, in relation to the BAI, for Peritoneal Dialysis it was 60.36 (\pm 88.13) and for Hemodialysis it was 83.94 (\pm 91.50), with $p = 0.00$, indicating a statistically significant difference. **Conclusion:** the development of depressive symptoms in patients with Chronic Kidney Disease is related to emotional, family, economic, social, work, physical, and cognitive aspects, and dependence on treatment in patients undergoing Hemodialysis favors the prevalence of anxiety symptoms.

Keywords: Chronic renal failure; Anxiety; Depression; Nephrology nursing.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) se caracteriza por ser uma patologia multifatorial, por abranger manifestações físicas e emocionais, ocasionada pela perda progressiva e até mesmo irreversível da função renal, com apresentação de um déficit no mecanismo natural de filtração das substâncias, como a creatinina e a ureia. A falência funcional do rim é determinada quando a filtração chega a valores menores que 15 mL/min, isso leva à necessidade de terapia renal substitutiva que tem modalidades de tratamento como a diálise, subdividida em hemodiálise e diálise peritoneal, além do transplante renal¹.

Assim, a hemodiálise (HD) e a diálise peritoneal (DP) como formas de terapias de substituição renal provocam alterações em diversas dimensões na vida dos pacientes. Isso ocorre devido à rotina rígida de sessões dialíticas e às inúmeras restrições e modificações no estilo de vida, que limitam a vivência plena. Esses fatores constituem uma fonte de estresse permanente para esses indivíduos²⁻³.

O contexto de vida no qual o paciente se insere devido à diálise, ou até mesmo a expectativa pela espera de um transplante, pode gerar diversas consequências: isolamento social, perda da atividade laboral, limitações na locomoção e no lazer, além de perda da autonomia e alterações na imagem corporal².

Pacientes em diálise estão mais suscetíveis ao desenvolvimento de transtornos, como ansiedade e depressão. Esses transtornos são caracterizados por alterações afetivas e psicomotoras que interferem no cotidiano do indivíduo e em suas relações interpessoais³.

Conforme a Sociedade Brasileira de Nefrologia, no censo de diálise de 2023, o número de pacientes em tratamento dialítico aumentou em 110.797 casos entre 2001 e 2023, refletidos nas taxas de prevalência e incidência de pacientes por milhão de habitantes, que foram de 771 e 251, respectivamente⁴.

As limitações impostas pela condição crônica refletem diretamente na saúde mental, em que estudos prévios indicam uma prevalência de alto risco de depressão entre 20% e 40% em adultos com doença renal crônica (DRC)⁵. Os escores de depressão são três a quatro vezes maiores nos pacientes com DRC em comparação com a população em geral e duas a três vezes mais elevados em comparação com indivíduos com outras doenças crônicas⁶.

Consequentemente, há um aumento da prevalência de ansiedade e depressão, pois apresenta uma relação inversamente proporcional com qualidade de vida que pode refletir em aumento na mortalidade e morbidade nos pacientes em diálise⁷.

Dessa maneira, a sintomatologia da depressão e ansiedade associa-se à perda da motivação e resiliência, distúrbios do sono, perda da concentração, dificuldade de compreender informações e humor depressivo. Subsequentemente, este humor deprimido vincula-se a uma implicação de até quatro vezes mais abandono do tratamento em HD e a um risco aumentado de hospitalizações³.

Assim, o uso de ferramentas validadas, como as Escalas Beck⁸⁻⁹, pode auxiliar na avaliação dos níveis de ansiedade e depressão, tornando-se uma ferramenta crucial para a elaboração de práticas baseadas em evidências. Portanto, compreender os níveis de ansiedade e depressão em pacientes com DRC pode contribuir para uma melhor aceitação da condição e para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais eficazes¹⁰.

Dado o exposto, este estudo tem o intuito de compreender como a saúde mental dos pacientes em HD e DP é vivenciada em diferentes aspectos. A partir disso, foi elaborada a seguinte pergunta norteadora: Como a saúde mental afeta os pacientes que realizam hemodiálise e diálise peritoneal em diferentes níveis? O objetivo deste estudo foi avaliar

os níveis de ansiedade e depressão entre pacientes que realizam HD e DP.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa, descritiva e analítica, realizada na unidade de nefrologia de um hospital público do Distrito Federal, entre janeiro e abril de 2024. A unidade oferece as seguintes terapias de substituição renal: HD e DP. A HD é disponibilizada em regime ambulatorial especializado, no qual cada paciente comparece três vezes por semana, no período matutino ou vespertino, com duração média de quatro horas.

Em cada sessão, os pacientes recebem acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, conforme as diretrizes da RDC nº 11/2014, que estabelece normas técnicas para a prestação de serviços na área. Essa equipe é composta por médicos nefrologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, garantindo um atendimento integral e humanizado.

Além disso, os pacientes em DP são atendidos mensalmente e acompanhados pelas mesmas especialidades, que realizam exames, fazem reavaliações e troca de equipamento quando necessário, assegurando uma abordagem integral no tratamento. Esse modelo busca oferecer não apenas o tratamento físico, mas também suporte psicológico, nutricional e social, essenciais para a qualidade de vida dos pacientes.

A amostra foi constituída por pacientes selecionados de forma consecutiva, sendo incluídos todos aqueles que atendiam aos critérios de inclusão: idade mínima de 18 anos, diagnóstico de doença renal crônica dialítica, em HD ou DP.

Foram excluídos os pacientes que não apresentavam estado mental cognitivo preservado, que se recusaram a participar, que retiraram seu consentimento durante a pesquisa, os que não tinham capacidade física para comparecer ao local da pesquisa e os pacientes que não responderam ao questionário completamente ou por falta de letramento.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário alinhado ao objetivo da pesquisa para traçar o perfil dos participantes, além de duas escalas de Beck, uma para ansiedade: Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e outra para depressão: Inventário de Depressão de Beck (BDI).

Os instrumentos foram aplicados aos pacientes em HD após as sessões para garantir a privacidade, em consultório reservado. Tais sessões têm duração em torno de 4 horas e aos pacientes em DP foram abordados antes ou depois da consulta de acompanhamento.

O questionário de análise do perfil dos pacientes aplicado abrangeu variáveis como idade, sexo, estado civil, etnia, número de filhos, renda, naturalidade, religião, profissão, escolaridade e fatores de risco. Também foram investigados aspectos relacionados à saúde, como o uso de ansiolíticos ou antidepressivos, histórico familiar de ansiedade/depressão, realização de acompanhamento psicológico, presença de acompanhante nas sessões, prática de atividade física ou lazer, e o tempo de tratamento. O objetivo foi compreender melhor o contexto e as condições que podem influenciar o quadro de saúde mental dos participantes.

Os Inventários de Beck são instrumentos de avaliação psicológica amplamente utilizados para medir os sintomas de depressão e ansiedade. Eles foram criados por Aaron Beck, psiquiatra norte americano do século 20, e seu desenvolvimento marcou uma mudança entre os profissionais de saúde mental⁸⁻⁹.

No BDI, as respostas dos 21 itens são avaliadas de 0 a 3. Cada pergunta oferece pelo menos quatro alternativas de resposta, que variam em grau. As categorias empregadas são classificadas em: 0-13 depressão mínima, 14-19 depressão moderada, 20-28 depressão severa e 29-63 depressão grave⁸. No BAI, são 21 itens que descrevem sintomas de ansiedade que os participantes precisam avaliar em relação a si mesmos, utilizando uma escala Likert de 4 pontos. Um resultado máximo de 63 pode ser obtido e as categorias são divididas em: 0-10 nível mínimo de ansiedade, 11-19 ansiedade leve, 20-30 ansiedade moderada e 31-63 ansiedade grave⁹.

Os dados coletados por meio dos Inventários foram transcritos para uma planilha formatada no programa Microsoft Excel® e transportados para o software Statistical Package for the Social Science (SPSS), para interpretação dos dados. Para análise descritiva, foi utilizado cálculos de medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e de dispersão (desvio-padrão).

Para analisar a correlação entre as variáveis e os escores de BAI e BDI, bem como a comparação entre os pacientes submetidos a HD e DP, foram utilizados testes de Qui-Quadrado e Mann Whitney. O teste Qui-Quadrado é utilizado para confirmar se há uma diferença significativa entre as frequências observa-

das e as previstas em variáveis categóricas, validando a noção de independência entre elas¹¹.

Por outro lado, o teste Mann Whitney é adequada para comparar duas amostras independentes, especialmente quando as condições do teste t de Student paramétrico, como a normalidade e uniformidade das variâncias, não são atendidas¹².

Também foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, que é outro procedimento estatístico não paramétrico implementado para avaliar diferenças significativas nas medianas de três ou mais grupos independentes, sem levar em conta a distribuição normal dos dados¹², como ocorre na avaliação das diferenças de idade entre os grupos. Em todos os testes não paramétricos, valores de p inferiores a 0,05 foram considerados significativos¹².

A pesquisa foi financiada pelo Programa de Iniciação Científica – PIC do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPQ – 2023/2024 que apresentou os recursos necessários para a realização do estudo, incluindo a coleta de dados e análise das informações. Ressalta-se que não houve conflitos de interesse durante a condução da pesquisa, e todos os processos foram contínuos de maneira ética e imparcial, garantindo a integridade e a transparência dos resultados obtidos.

Esta pesquisa foi submetida à apreciação e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal, sob o número do Parecer Consubstanciado 6.561.152 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 74908823.3.0000.5553, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Do total de 96 pacientes do programa de diálise peritoneal, 15 recusaram a participar, 3 foram a óbito, 3 foram internados em outro local no período da coleta, 34 não compareceram às consultas mensais, restando 41 indivíduos, destes, 5 foram excluídos, sendo 4 por estado mental/cognitivo e 1 migrou para HD. Dessa forma a amostra de DP foi constituída por 36 respondentes ao questionário. Já do total de 110 pacientes do programa de hemodiálise, 51 recusaram a participar, restando 59 indivíduos, destes, 7 foram excluídos devido ao estado mental/cognitivo. Desse modo, a amostra de HD foi constituída por 52 respondentes ao questionário, conforme apresentado abaixo na Figura 1.

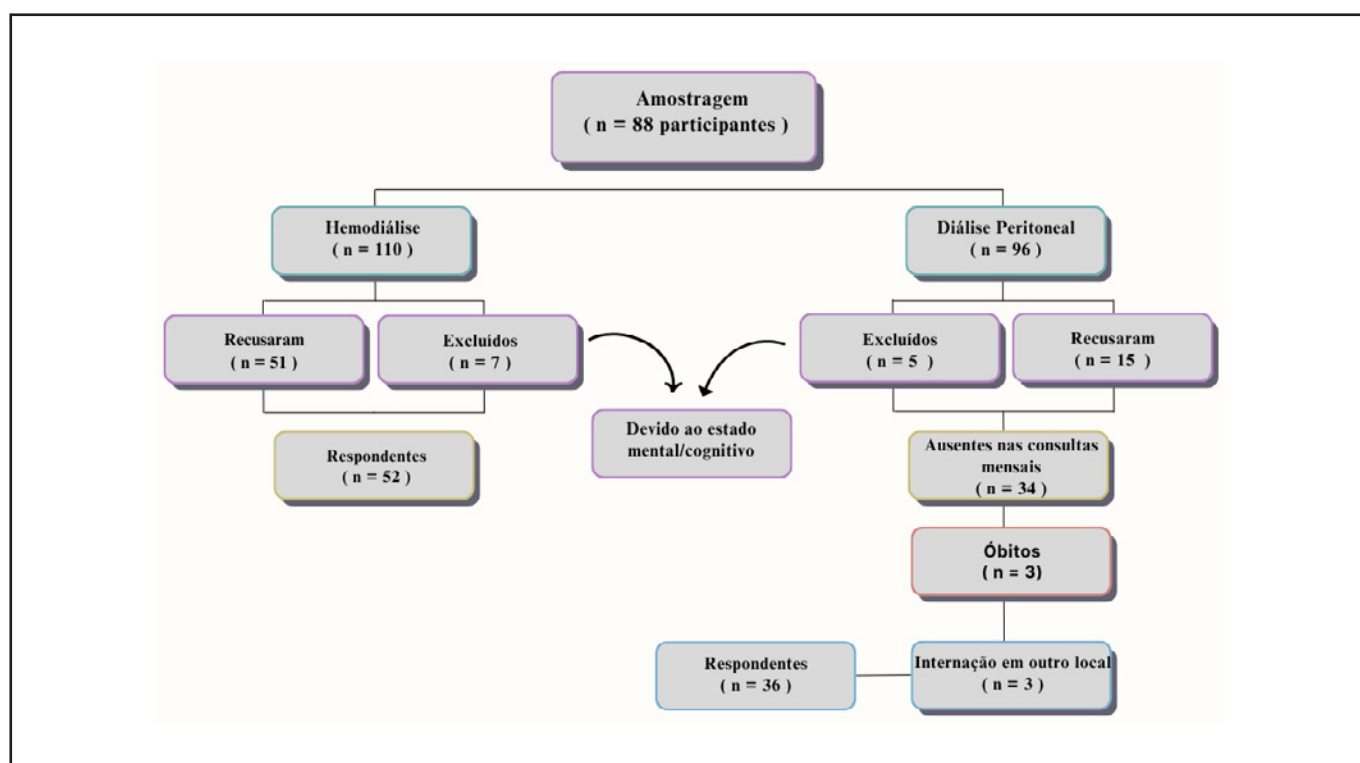


Figura 1 – Amostra total dos participantes.

Fonte: autoras (2024).

A amostra total foi composta por 88 pacientes em tratamento de HD e DP. Desses, 75,0% (n = 66) eram do sexo feminino e 25,0% (n = 22), do sexo masculino. A idade mediana foi de 50 anos, com média de 54,2 anos.

Em relação à etnia, a maioria dos participantes se autodeclarou parda (59,3%; n = 51), seguida por brancos (24,4%; n = 21), pretos (15,1%) e indígenas (1,2%). Quanto ao estado civil, 46,6% (n = 41) eram casados, 23,9% solteiros, 11,4% divorciados e 11,4% viúvos. Além disso, 88,6% (n = 78) tinham filhos.

No que se refere à escolaridade, 52,3% (n = 46) dos participantes não concluíram o Ensino Fundamental. A maioria dos pacientes (89,8%; n = 79) não recebia acompanhamento psicológico, embora 27,6% (n = 24) fizessem uso de ansiolíticos ou antidepressivos. Além disso, 41,9% (n = 36) relataram histórico familiar de ansiedade e depressão.

A maioria dos participantes estava em tratamento há um período entre 3 e 10 anos (40,0%), enquanto 29,3% estavam em tratamento há até 1 ano. Outros 21,3% tinham entre 1 e 2 anos de tratamento, e 9,3% já seguiam o tratamento há 11 anos ou mais. Apenas 31,8% dos participantes (n = 28) praticavam alguma atividade física ou de lazer, enquanto a maioria (68,2%) não realizava nenhuma dessas atividades.

Houve uma diversidade religiosa entre os participantes, com predominância de católicos (51,1%; n = 45), seguidos por evangélicos (28,4%; n = 25) e cristãos (9,1%; n = 8). Além disso, 5,7% (n = 5) se identificaram como protestantes, 2,3% (n = 2) como espíritas, enquanto ateus, candomblecistas e aqueles que não possuíam religião representaram, cada um, 1,1% (n = 1) da amostra.

Quanto à situação ocupacional dos participantes, 45,5% (n = 40) eram aposentados, enquanto 39,8% (n = 35) não exerciam nenhuma atividade profissional. Além disso, 8,0% (n = 7) estavam empregados formalmente e 6,8% (n = 6) atuavam como autônomos.

SIGNIFICÂNCIA DA RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS COM OS ESCORES DO BDI E BAI

A análise estatística utilizando o teste de Qui-Quadrado mostrou a influência significativa de variáveis no estado depressivo. O estado civil casado ($p = 0,0473$), e a não utilização de ansiolíticos ou an-

tidepressivos ($p = 0,0008$) foram significativamente associados à presença deste transtorno mental (todas as variáveis descritas apresentaram valores de $p < 0,01$).

O teste de Kruskal-Wallis revelou um resultado significativo ($p = 0,009$), indicando que as idades variam de maneira relevante entre os diferentes níveis de ansiedade e sugerindo uma distribuição etária distinta entre os grupos. Já em relação ao BDI, as idades não apresentaram um resultado relevante ($p = 0,7610$).

Ao analisar as idades médias de cada grupo, observa-se que os indivíduos com ansiedade leve têm a maior média de idade, 63,78 ($\pm 13,13$) anos, enquanto aqueles com ansiedade grave apresentam a menor média, 51,37 ($\pm 8,69$). Para os grupos de ansiedade mínima e moderada, as médias de idade são 55,14 ($\pm 14,57$) e 58,00 ($\pm 15,84$), respectivamente. Este padrão sugere uma maior prevalência de ansiedade leve entre os indivíduos mais velhos, enquanto a ansiedade grave é mais comum entre os mais jovens.

Já o teste de Qui-Quadrado evidenciou uma variação nos níveis de ansiedade e depressão entre os dois grupos (Tabela 1). Entre os pacientes em DP, 19,32% (n = 17) não estavam deprimidos, 13,64% (n = 12) apresentavam depressão leve, 3,41% (n = 3) tinham depressão moderada, e 4,55% (n = 4) estavam com depressão severa. Já entre os pacientes em HD, 22,73% (n = 20) não estavam deprimidos, 19,32% (n = 17) apresentavam depressão leve, 10,23% (n = 9) tinham depressão moderada, e 6,82% (n = 6) estavam com depressão severa.

Contudo, embora os pacientes em HD tenham apresentado uma maior proporção de depressão moderada e severa em comparação com os pacientes em DP, a análise estatística revelou um valor de $p = 0,6479$, indicando que não há significância na distribuição dos níveis de depressão entre os dois tipos de diálise.

Portanto, com base nos dados amostrais, não há evidências suficientes para concluir que o tipo de diálise adotado tenha um impacto significativo nos níveis de depressão observados entre os pacientes estudados. Isso sugere que outros fatores, além do tipo de diálise, podem estar mais diretamente relacionados aos níveis de depressão observados.

Já a comparação dos níveis de ansiedade também demonstrou uma variação significativa entre os grupos. Na DP, 10,23% (n = 9) apresentaram ansiedade mínima, 7,95% (n = 7) tiveram ansiedade leve, 6,82% (n = 6) mostraram ansiedade moderada e 15,91% (n = 14) apresentaram ansiedade grave. Em contraste, na HD, 5,68% (n = 5) apresentaram ansiedade mínima, 2,27% (n = 2) tiveram ansiedade leve, 7,95% (n = 7) mostraram ansiedade moderada e 43,18% (n = 38) apresentaram ansiedade grave (Tabela 2).

Nessa análise, o teste Qui-Quadrado indicou uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de diálise e os níveis de ansiedade ($p = 0,0056$), sugerindo que o método de diálise pode influenciar esses níveis nos pacientes. Os resultados mostraram que os pacientes em HD apresentaram níveis significativamente mais altos de ansiedade em comparação com aqueles em DP.

Devido à variabilidade e ao tamanho da amostra, que não apresentaram uma distribuição normal, também foi realizado o teste de Mann-Whitney (Tabela 3).

As medidas descritivas dos escores por tipo de diálise mostraram que a média dos escores de BDI para DP foi de 12,00 ($\pm 9,16$) e para HD foi de 14,81 ($\pm 11,56$), com $p = 0,23$, indicando novamente que não há uma diferença estatisticamente significativa nos níveis de depressão entre os grupos.

Já em relação ao BAI, a média dos escores para DP foi de 60,36 ($\pm 88,13$) e para HD foi de 83,94 ($\pm 91,50$), com $p = 0,00$, indicando uma diferença estatisticamente significativa. Isso implica na rejeição da hipótese nula, sugerindo que essa diferença não ocorreu ao acaso.

Desta forma, o teste de Mann-Whitney confirma os achados iniciais, evidenciando que o tipo de diálise influencia de forma significativa os níveis de ansiedade, mas não os níveis de depressão.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes por nível de depressão (BDI) em diferentes modalidades de diálise.

Tipo de diálise	Não está deprimido	Depressão leve	Depressão moderada	Depressão severa	Total	P. valor
DP	17 (19,32)	12 (13,64)	3 (3,41)	4 (4,55)	36 (40,91)	0,6479
HD	20 (22,73)	17 (19,32)	9 (10,23)	6 (6,82)	52 (59,09)	
Total	37 (42,05)	29 (32,95)	12 (13,64)	10 (11,36)	88 (100)	

Fonte: autoras (2024).

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes por nível de ansiedade (BAI) em diferentes modalidades de diálise.

Tipo de diálise	Ansiedade Mínima	Ansiedade Leve	Ansiedade Moderada	Ansiedade Grave	Total	P. valor
DP	9 (10,23)	7 (7,95)	6 (6,82)	14 (15,91)	36 (40,91)	0,0056
HD	5 (5,68)	2 (2,27)	7 (7,95)	38 (43,18)	52 (59,09)	
Total	14 (15,91)	9 (10,23)	13 (14,77)	52 (59,09)	88 (100)	

Fonte: autoras (2024).

Tabela 3 – Medidas descritivas dos escores por tipo de diálise.

Variável	Tipo de diálise	Média	Desvio Padrão \pm	P. valor
BDI	DP	12,00	9,16	0,23
BDI	HD	14,81	11,56	
BAI	DP	60,36	88,13	0,00
BAI	HD	83,94	91,50	

Fonte: autoras (2024).

DISCUSSÃO

A DRC é uma condição progressiva que pode ser tratada de maneira conservadora nos estágios iniciais, no entanto, ao chegar ao estágio V, exige algum tipo de Terapia Renal Substitutiva (TRS). As principais opções de tratamento são a HD e a DP.

A HD é um procedimento que costuma ser realizado em hospitais ou ambulatorios. Nesse processo, o sangue do paciente é retirado do corpo por meio de um acesso vascular, passa por uma máquina que filtra toxinas e excesso de líquidos, depois é devolvido ao organismo¹. Por outro lado, a DP consiste na introdução de uma solução específica na cavidade abdominal, usando o peritônio (membrana que reveste os órgãos abdominais) como um filtro natural para remover impurezas do sangue. Esse procedimento pode ser realizado em casa, desde que haja o treinamento apropriado.

O diagnóstico de DRC, particularmente nos estágios que requerem TRS, causa um efeito significativo na saúde mental das pessoas, devido às limitações físicas, sociais e financeiras impostas pelo tratamento, que exigem alterações consideráveis na rotina dos pacientes, afetando diretamente sua independência, estilo de vida e planos futuros.

Na amostra analisada, por exemplo, 39,8% dos participantes (n = 35) relataram estar afastados do mercado de trabalho devido às exigências do tratamento dialítico. A perda ou incapacidade de realizar atividades laborais, além de impactar a renda familiar, afeta o senso de utilidade e pertencimento social, o que pode levar ao desenvolvimento ou agravamento de sintomas de depressão e ansiedade. Esses fatores destacam a importância de uma estratégia unificada que leve em conta não só os aspectos clínicos, mas também os efeitos psicossociais da DRC.

Em uma pesquisa conduzida por Nicholas e colaboradores em 2015¹³, foi identificado que as desigualdades socioeconômicas têm um impacto significativo na prevalência e nos resultados de saúde em pacientes com DRC. Frequentemente, esses pacientes lidam com baixa renda pessoal e familiar, baixo grau de instrução e problemas para suprir as necessidades básicas de sobrevivência, levando em conta os custos constantes ligados à doença e a perda da capacidade de trabalho¹³.

Conforme encontrado na amostra com o auxílio de BAI, os pacientes em HD se encontram com níveis

de ansiedade significativos em relação aos que estão em DP, isto porque fatores atrelados à própria terapêutica podem facilitar a manifestação desses transtornos, tais como: isolamento social, deterioração do desempenho funcional tanto físico quanto mental, necessidade de adaptação e perda do controle sobre a vida devido à dependência da terapia renal substitutiva para manter-se vivo².

A prevalência de sinais e sintomas clínicos de ansiedade em pacientes em hemodiálise também é marcada por fatores que limitam a qualidade de vida, tais como: os efeitos colaterais físicos da hemodiálise, como insônia, cansaço, perda de mobilidade, dores musculares, pele seca, vômitos, infecções recorrentes e edema; os efeitos psicológicos, como perda de autonomia e diminuição da autoestima; os financeiros, que afetam a situação laboral e o crescimento das despesas; por fim, sociais, percebe-se a incapacidade de realizar as atividades do dia a dia e nas relações familiares e de casal¹⁴.

Os pacientes em hemodiálise precisam se adaptar fisicamente e mentalmente a essa modalidade. Eles acabam ficando em estado de alerta e tensão, o que causa reações de ansiedade devido à exposição constante a situações estressantes, além de sentimentos de medo, insegurança e angústia¹⁵.

Observa-se a prevalência de ansiedade leve entre os indivíduos mais velhos, especificamente aqueles com média de idade de 63 e 78 anos. Essa análise foi realizada a partir da comparação das idades médias entre os diferentes níveis de ansiedade observados na amostra. Enquanto a ansiedade grave é mais comum entre os mais jovens, demonstrando que os mais jovens tendem a ser mais ansiosos que o público de maior idade, o que pode estar relacionado a uma maior preocupação dos mais jovens com o impacto da doença ao longo da vida, dificultando sua produtividade e muitas vezes trazendo incertezas em relação ao seu futuro, sendo percebida uma ameaça à vida, consequentemente ocasionando sintomas de ansiedade mais intensos⁵.

A análise dos dados obtidos pelo BDI revelou que pessoas casadas na amostra estão mais propensas a sofrer de depressão. Esta afirmação diverge de evidências encontradas na literatura, que frequentemente associam o relacionamento conjugal como fator protetivo contra este transtorno^{7-16,17}.

Contudo, essa dinâmica de proteção emocional proporcionada pelo casamento pode se alterar em contextos de estresse contínuo, como o enfrentamento de uma enfermidade crônica ou tratamento médico intensivo¹⁶, como é o caso dos participantes da pesquisa em questão.

Quando um cônjuge adoece, vários fatores podem afetar essa relação, incluindo pressões financeiras, tensão, sobrecarga emocional, mudanças nas obrigações, redistribuição de tarefas e responsabilidades^{17,18}. Esse indivíduo pode incorporar uma série de demandas internas, particularmente quando desempenha o papel de provedor da família. No entanto, por causa das restrições impostas pela doença e pelo tratamento, já não consegue mais desempenhar essa função, gerando sentimentos de impotência e de insuficiência¹⁷.

A falta de apoio percebida pelo paciente, onde a relação conjugal e familiar não oferece o suporte necessário ou se torna mais uma fonte de estresse, também pode intensificar os efeitos negativos na sua saúde mental, contribuindo não só para o seu sofrimento emocional, mas também para os problemas em outras esferas da sua vida¹⁹.

Portanto, é essencial que esses indivíduos estabeleçam uma relação saudável, que inclua uma comunicação assertiva, apoio emocional e estratégias eficazes para solucionar conflitos. Essas estratégias têm o potencial de aumentar a resiliência e, consequentemente, reduzir os sintomas de depressão, promovendo o bem-estar mental e atuando como um fator de proteção^{18,19}.

A falta de tratamento com ansiolíticos ou antidepressivos na amostra também está fortemente associada à depressão, indicando que a ausência de intervenção farmacológica adequada pode deixar os indivíduos dessa população mais vulneráveis ao desenvolvimento desse transtorno.

A depressão é um problema de saúde pública que cresceu significativamente nos últimos anos, tornando-se uma das principais causas de incapacidade em saúde. A presença de um humor triste, vazio ou irritável, acompanhada de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo, é uma das características mais comuns²⁰.

Os pacientes com condições crônicas estão predispostos a quadros depressivos devido aos prejuízos

na qualidade de vida e às limitações físicas e funcionais. Contudo, muitas vezes esse transtorno é subdiagnosticado, uma vez que os próprios sintomas da DRC se confundem com os da depressão, como, por exemplo, fadiga, sono e apetite prejudicados, perda de peso e lentificação. Isso indica a importância da equipe de saúde se atentar a esses aspectos de modo mais eficaz, pois um diagnóstico tardio pode resultar em um pior prognóstico. Além disso, o paciente enfrenta perdas, tanto simbólicas quanto reais, o que pode causar sentimentos de desesperança em relação à vida. Por isso, é fundamental estar atento ao não cumprimento das restrições alimentares e hídricas, bem como à falta de sessões ou consultas regulares²¹.

Também é crucial enfatizar que o tratamento da depressão e da ansiedade deve ser integrado e multidisciplinar, englobando não somente a utilização de medicamentos psicotrópicos, mas também a implementação de outros métodos terapêuticos, ações essas que podem oferecer um cuidado mais integral e focado nas necessidades específicas desses pacientes²².

Por exemplo, os tratamentos psicoterapêuticos, que englobam psicoterapia individual, em grupo, familiar e conjugal, podem contribuir na redução dos sintomas desses transtornos e auxiliar os pacientes a desenvolverem estratégias de enfrentamento. Além disso, incentivam o autocuidado, a solução de conflitos internos e externos através do autoconhecimento, aprimoramento de competências sociais e reforço da estrutura psicológica, incentivando a resiliência, o autoempoderamento e a autoconfiança²¹.

Outras ações que podem ser benéficas incluem a prática regular de exercícios físicos, alongamento e implementação de técnicas de relaxamento, tais como a meditação, exercícios de respiração diafragmática, automassagem, entre outras. Nessa perspectiva, a espiritualidade/religiosidade também é um aspecto importante a ser considerado, uma vez que, quando bem integrada na vida do indivíduo, favorece positivamente sua saúde mental, proporcionando sentimentos de pertencimento, conforto, esperança, conexão e identidade. Também pode servir como uma possível fonte de apoio social⁶.

E o próprio apoio e acompanhamento da equipe multiprofissional também se tornam fundamentais, com os médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais trabalhando em conjunto para identificar e atender as necessidades físicas, emocio-

nais e sociais do paciente, assegurando um cuidado mais completo. Além disso, essa cooperação auxilia na prevenção de complicações e na promoção da saúde através de iniciativas educativas, estímulo a comportamentos saudáveis e acompanhamento constante, oferecendo aos pacientes uma melhor qualidade de vida e bem-estar²².

O acompanhamento regular que aborde aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, proporciona um cuidado mais abrangente, promovendo não apenas o tratamento eficaz de condições já instaladas, mas também a preservação de uma vivência satisfatória e a prevenção de novos episódios, fatores cruciais para a promoção da saúde mental e física em geral.

O método utilizado para a seleção da amostra considerou critérios específicos para garantir a representatividade dos participantes, contudo, diversos fatores impediram o alcance da amostra total inicialmente planejada. Entre esses fatores, destaca-se a recusa de alguns indivíduos em participar do estudo, o que pode estar relacionada à falta de interesse, preocupações com a exposição de informações pessoais ou dificuldades em conciliar a participação com a rotina da sessão de hemodiálise e ou das consultas da diálise peritoneal.

CONCLUSÃO

A avaliação dos níveis de ansiedade e depressão em pacientes que passam por hemodiálise e diálise peritoneal evidencia o impacto na saúde mental desses indivíduos. Os resultados sugerem que, em geral, os pacientes apresentam grau de ansiedade e depressão de moderada a alta, com maior incidência de ansiedade nos pacientes que fazem HD em relação aos que fazem DP.

Como limitação do estudo foi identificado o tempo limitado para a coleta de dados e a baixa adesão dos

pacientes da DP às consultas mensais, o que resultou em uma redução na amostra final.

Ademais, observou-se uma maior propensão à ansiedade entre os pacientes mais jovens, enquanto os casados mostraram uma maior tendência à depressão, indicando que fatores familiares e econômicos podem influenciar a sua saúde mental. Além disso, foi associado uma maior vulnerabilidade desses transtornos à falta de tratamento com ansiolíticos e antidepressivos.

É importante destacar que o manejo desses transtornos deve ser integrado, incluindo não apenas o uso de psicotrópicos, mas também a aplicação de outros métodos terapêuticos, como a psicoterapia, a psicoeducação, técnicas de relaxamento, grupos de apoio e a prática de exercícios físicos. Esses recursos contribuem para a promoção de estratégias de enfrentamento mais saudáveis, o fortalecimento da rede de apoio emocional e a melhora da adesão ao tratamento, proporcionando um atendimento mais completo e direcionado às necessidades específicas desse público.

Assim, a equipe multidisciplinar tem um papel fundamental na gestão da ansiedade e da depressão desses pacientes que estão em diálise. As estratégias de educação, conscientização e sensibilização, bem como o suporte psicossocial e o monitoramento constante promovem uma abordagem colaborativa para garantir que todos os aspectos de bem-estar sejam abordados de maneira completa.

Sugere-se que a equipe responsável pelos cuidados desses indivíduos implemente ações voltadas para a prevenção de transtornos, particularmente a ansiedade e a depressão, e para a promoção da saúde mental, a fim de mitigar os danos durante o tratamento dialítico, com o intuito de melhorar a qualidade de vida e a adesão ao tratamento daqueles que são submetidos a essas terapias.

REFERÊNCIAS

1. Evaristo LS, Cunha AP, Moraes CG, Samselski B JL, Esposito EP, Miranda MKV et al. Complicações durante a sessão de hemodiálise. *Av enferm.* 1o de setembro de 2020;38(3):316-24.
2. Almeida DCDS, Moraes MHS, Braga MCG, Oliveira JM GD. Prevalência de transtornos do humor em indivíduos com doença renal crônica e impacto na qualidade de vida: revisão sistemática de literatura. *Rev baiana de saúde pública.* 14 de dezembro de 2022;46(Supl_1):144-59.
3. Gerogianni G, Polikandrioti M, Babatsikou F, Zyga S, Alikari V, Vasilopoulos G et al. Anxiety-Depression of Dialysis Patients and Their Caregivers. *Medicina.* 20 de maio de 2019;55(5):168.

4. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo Brasileiro de Diálise 2023. *Braz J Nephrol* [Internet]. 2025;47(1):e20240081. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2024-0081pt>
5. Nogueira GA, Pereira GA. Depressão em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e transplante renal. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2021;19(3):184-9.
6. Ee C, Lake J, Firth J, Hargraves F, de Manincor M, Meade T, Marx W, Sarris J. An integrative collaborative care model for people with mental illness and physical comorbidities. *Int J Ment Health Syst*. 2021;15:13. Available from: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-021-00416-5>
7. Pretto CR, Rosa MBC, Dezordi CM, Benetti SAW, Colet CF, Stumm EMF. Depression and chronic renal patients on hemodialysis: associated factors. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 1):e20190167. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0167>
8. Pessoa TE, Tomaz Paiva T, Silva Santos IL, Pimentel CE, Evangelista Mariano T. Structural analysis of the Beck Depression Inventory short version (BDI-13). *Rev Iberoam Psicol*. 2022;56(2):e1515.
9. Costa T, Pinto VB. Elementos informacionais nos instrumentos de avaliação da ansiedade. 2022;7.
10. Grincenkov FRS. Depressão na Doença Renal Crônica. In: Pereira BS, Fernandes NMS, organizadores. *Psicologia e Nefrologia: teoria e prática*. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2022. p. 290-303.
11. Bassetto CF. Aplicação do Teste Qui-Quadrado sobre a associação entre proficiência em matemática e fatores socioeconômicos: uma abordagem com dados do SARESP. Em 2021 [citado 9 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://proceedings.sbmac.org.br/sbmac/article/view/3667>
12. Almeida DCE, Pitanga HN, Silva TOD, Silva NAB, Avelar MGD. Utilização dos testes estatísticos Kruskal-Wallis e Mann-Whitney para avaliação de sistemas de solos reforçados com geotêxteis. *Matéria (Rio J)*. 2022;27(2):e202145351.
13. Nicholas SB, Kalantar-Zadeh K, Norris KC. Socioeconomic disparities in chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis*. 2015;66(3):522-531.
14. Faria Uveda J, Kochhann EV, Oliveira ÊA, Alvarenga GHF, Remigio GCB, Andrade JPL et al. Depressão e qualidade de vida em pacientes dialíticos. *RECIMA21 – Rev Cient Multidiscipl*. 2022;3(2):e321132.
15. Delgado-Domínguez CJ, Sanz-Gómez S, López-Herradón A, Espejo BD, González OL, de los Roig MS, et al. Influence of depression and anxiety on hemodialysis patients: the value of multidisciplinary care. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7):3544.
16. Schlösser A. Interface entre saúde mental e relacionamento amoroso: um olhar a partir da psicologia positiva. *Pensando Famílias*. 2014;18(2):17-33. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000200003
Acesso em: 19 out. 2024.
17. Schardong TR. Satisfação conjugal e sua relação com a saúde mental [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2023.
18. Ferreira RC, Silva Filho CR. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. *J Bras Nefrol* 2011;33:129-35. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002011000200003>
Acesso em: 07 jun 2024.

19. Schulman-Green D, Feder SL, Dionne-Odom JN, Batten J, En Long VJ, Harris Y et al. Family Caregiver Support of Patient Self-Management During Chronic, Life-Limiting Illness: A Qualitative Metasynthesis. *J Fam Nurs*. February 2021;27(1):55-72.
20. Grincenkov FRS. Depressão na Doença Renal Crônica. In: Pereira BS, Fernandes NMS, organizadores. *Psicologia e Nefrologia: teoria e prática*. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2022. p. 290-303.
21. Cardoso CG, Hennington ÉA. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2011;9(supl. 1):85-112. doi: 10.1590/S1981-77462011000400005.
22. Lopes NSS, Silva DS, Reis VLM, Silva MBT. A equipe interdisciplinar no contexto hospitalar. *RBPG* [Internet]. 2022;17(38):1-20. Disponível em: <https://rbpg.capes.gov.br/rbpg/article/view/1822>

