

**ANSIEDADE E DEPRESSÃO NOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL  
CRÔNICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY FAILURE  
IN A UNIVERSITY HOSPITAL**

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL  
CRÓNICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**

**Gabriella Renuncio Bodanese**

**RESUMO**

**Introdução:** A insuficiência renal crônica (IRC) pode ser definida como uma deficiência progressiva e irreversível da função renal, a qual resulta em uma deterioração das atividades exercidas pelo sistema renal, detectadas e diagnosticadas através de exames laboratoriais e clínicos de imagem. Existe uma grande dificuldade em repor a qualidade de vida e a reabilitação pessoal, profissional e social as pessoas com IRC em estágios avançados.

**Objetivo:** Dessa forma, este artigo tem o objetivo de analisar a ansiedade e depressão em pacientes insuficientes renais crônicos em tratamento dialítico em um hospital universitário do sul do Brasil, utilizando a escala "*Hospital Anxiety and Depression Scale*" (Escala HAD).

**Metodologia:** A escala foi aplicada em 39 participantes. Destes, 61,5% eram do sexo feminino e 38,5% eram do sexo masculino. **Resultado:** Entre os resultados obtidos tivemos uma média de idade da amostra de 54,7 anos, bem como uma média do tempo de diálise em dias igual a 115,7 dias. Em relação à Escala HAD, 25,6% dos participantes apresentaram pontuação maior que 8 para depressão e 30,8% apresentaram pontuação maior que 8 para ansiedade. **Conclusão:** Desta forma, conclui-se que os níveis de ansiedade e depressão variam de acordo com a idade, o sexo e o tempo de tratamento, bem como o impacto do tratamento é variável visto que envolve aspectos subjetivos, considerando que os indivíduos apresentam recursos de enfrentamento distintos.

Palavras-chaves: Doença Renal Crônica; Ansiedade; Depressão; Hemodiálise.

## ABSTRACT

Chronic renal failure (CRF) can be defined as a progressive and irreversible impairment of renal function, which results in a deterioration of activities performed by the renal system, detected and diagnosed through laboratory and clinical imaging tests. There is great difficulty in restoring the quality of life and the personal, professional and social rehabilitation of people with CRF in advanced stages. Thus, this article aims to estimate the prevalence of anxiety and depression in chronic renal failure patients undergoing dialysis treatment at a university hospital in southern Brazil, using the "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HAD scale). 39 participants. Of these, 61.5% were female and 38.5% were male. Among the results obtained, we had a mean age of the sample of 54.7 years, as well as an average time on dialysis in days equal to 115.7 days. Regarding the HAD Scale, 25.6% of the participants had a score greater than 8 for depression and 30.8% had a score greater than 8 for anxiety. depression varies according to age, sex and duration of treatment, and the impact of the treatment is variable since it involves subjective aspects, considering that individuals have different coping resources.

Keywords: Chronic Kidney Disease; Anxiety; Depression; Hemodialysis.

## ABSTRACTO

La insuficiencia renal crónica (IRC) se puede definir como un deterioro progresivo e irreversible de la función renal, que se traduce en un deterioro de las actividades realizadas por el sistema renal, detectadas y diagnosticadas mediante pruebas de laboratorio y clínicas de imagen. Existe una gran dificultad para restaurar la calidad de vida y la rehabilitación personal, profesional y social de las personas con IRC en etapas avanzadas. Así, este artículo tiene como objetivo estimar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis en un hospital universitario del sur de Brasil, utilizando la "Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión" (escala HAD). 39 participantes. De ellos, el 61,5% eran mujeres y 38,5% eran hombres. Entre los resultados obtenidos, tenemos una edad media de la muestra de 54,7 años, así como un tiempo medio en diálisis en días igual a 115,7 días. En cuanto a la Escala HAD, el 25,6% de los participantes presentaba un puntaje mayor a 8 para depresión y 30.8% tuvo puntaje mayor a 8 para ansiedad. la depresión varía según la edad, sexo y duración del tratamiento, y el impacto del tratamiento es variable ya que involucra

aspectos subjetivos, considerando que los individuos tienen diferentes enfrentamientos recursos.

Palabras llave: Enfermedad renal crónica; Ansiedad; Depresión; Hemodiálisis.

## INTRODUÇÃO

Sendo considerada uma epidemia mundial (ROMÃO JUNIOR, 2011), estima-se que, no Brasil, cerca de 2,5 milhões encontram-se em um dos cinco estágios da DRC (dados de 2010), e estima-se que cerca de 100.000 pacientes estão em terapia dialítica no país, sendo que 85% são mantidos no programa de diálise pelo Sistema Único de Saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2014). De forma geral, a cada dia, no mundo todo, observa-se o aumento do número de indivíduos com IRC, sendo a principal causa deste fator o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, fatores considerados as duas maiores causas de DRC.

A insuficiência renal crônica (IRC) pode ser definida como uma deficiência progressiva e irreversível da função renal, a qual resulta em uma deterioração das atividades exercidas pelo sistema renal, detectadas e diagnosticadas através de exames laboratoriais e clínicos de imagem. A IRC é classificada em 5 estágios: Estágio 1 (taxa de filtração glomerular maior ou igual a 90mL/min) - lesão renal com filtração glomerular normal; Estágio 2 (60 a 89mL/min) - filtração glomerular ligeiramente diminuída; Estágio 3a (45 a 59mL/min) - filtração glomerular moderadamente diminuída; Estágio 3b (30 a 44mL/min); Estágio 4 (15 a 29mL/min) - filtração glomerular gravemente diminuída; Estágio 5 (menos de 15mL/min) - falência renal ou IRC terminal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Na fase terminal da doença, quando ocorre a falência renal (estágio 5), a inatividade renal resulta no acúmulo de substâncias nocivas ao organismo, por isso se torna necessária a instituição de um dos métodos de terapia renal substitutiva (TRS) para a sobrevivência dos órgãos e sistemas. O método mais utilizado de TRS é a diálise, a qual pode ser encontrada na modalidade hemodiálise e diálise peritoneal (ABRÃO; SILVA; BALBI, 2011).

Existe uma grande dificuldade em repor a qualidade de vida e a reabilitação pessoal, profissional e social as pessoas com IRC em estágios avançados. Apesar da excelência alcançada pelas terapias renais substitutivas, pessoas mantidas em programa de diálise e aguardando o transplante renal, apresentam uma autoavaliação de sua qualidade de vida aquém da referida por pacientes submetidos a um transplante renal bem sucedido. Desta forma, nota-se

a importância de uma avaliação e um acompanhamento de forma longitudinal da equipe de psicologia a estes pacientes (ROMÃO JUNIOR, 2011).

As principais alterações no comportamento dos sujeitos com DRC estão relacionadas com problemas que surgem junto com o tratamento, sendo eles: a mudança do paladar nas refeições por conta de restrição de sódio e potássio; sede; mudança no estilo de vida; instabilidade clínica; dificuldades financeiras e laborais; desejo sexual diminuído; e impotência. A psicopatologia mais comum presente em pessoas em estágio final da doença renal tratados com hemodiálise é a depressão, a qual está relacionada principalmente às diversas perdas, como a função renal, a sensação de bem-estar, papel familiar e laboral, função sexual e recursos financeiros (ROSSI; DEUS; FIGUEIREDO, 2011).

A importância de se pensar a saúde mental de pessoas com DRC em tratamento hemodialítico está não apenas centrado na atenção global ao sujeito, a qual é preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas também na sua relação com a adesão ao tratamento. Pacientes deprimidos apresentam risco de não adesão ao tratamento três vezes maior que pacientes sem a psicopatologia. A dificuldade de adesão ao tratamento relacionada à depressão pode ser percebida a partir de sintomas como: desesperança, perda de motivação e energia, dificuldade de concentração e memória, e também pelo isolamento social (ROSSI; DEUS; FIGUEIREDO, 2011).

A partir do estudo de Ottaviani e colegas (2016), conclui-se a existência de uma correlação negativa entre a depressão e a ansiedade com a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Desta forma, pode-se pensar o impacto da doença e do tratamento nas condições de vida, com o objetivo de direcionar a assistência a essas pessoas, de forma individual e coletiva contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. Considerando os apontamentos acima, esta pesquisa justifica-se na intenção de identificar o índice de ansiedade e depressão em pessoas com DRC em tratamento dialítico em um hospital universitário, bem como verificar as possíveis intervenções psicológicas para estes pacientes. Tendo como objetivo, analisar a ansiedade e depressão em pacientes insuficientes renais crônicos em tratamento dialítico em um hospital universitário do sul do Brasil, utilizando a escala "*Hospital Anxiety and Depression Scale*" (Escala HAD).

## METODOLOGIA

Pesquisa quantitativa, do tipo exploratório-descritiva e transversal. Escolheu-se uma pesquisa de caráter quantitativo pela possibilidade de responder ao objetivo proposto. Compreende-se que o conhecimento resultante de uma pesquisa quantitativa é sempre baseado em uma cuidadosa observação, medição e interpretação da realidade objetiva, o que oportuniza a análise de causas e suas influências nos resultados (CRESWELL, 2007).

### Participantes e Local do estudo

O estudo foi realizado em um hospital universitário do sul do Brasil, com 209 leitos ativos, localizado numa cidade com 508 mil habitantes. No setor de diálise que atende pacientes renais crônicos com 10 leitos, destes 7 são coletivos e 3 são de isolamento. Em um dia são atendidos cerca de 30 pacientes, divididos em 3 turnos. Os indivíduos atendidos no serviço de diálise do hospital em sua maioria são pacientes de rotina, que já tem seu horário fixo na escala, mas também são atendidos pacientes internados com um quadro de insuficiência renal aguda ou que estão iniciando a diálise por conta da insuficiência renal crônica e se mantém no hospital até encontrar uma vaga pelo Sistema de Regulação (SISREG). Até o momento em que este projeto foi escrito, o serviço de hemodiálise deste hospital conta com 52 pacientes regulares, ou seja, que são atendidos de forma ambulatorial, duas a três vezes por semana.

Para seleção dos participantes, foi utilizada a modalidade de amostragem não probabilística por conveniência, de forma que os informantes foram selecionados de acordo com sua presença e disponibilidade durante os atendimentos no setor de diálise no hospital em questão. (HULLEY et al., 2008). Foram estabelecidos como critérios de inclusão: apresentar o diagnóstico de DRC; realizar a Terapia Renal Substitutiva (TRS) com hemodiálise no hospital selecionado para pesquisa; ter mais de 18 anos; estar lúcido e orientado no momento da coleta. Para os critérios de exclusão foram elencados os seguintes critérios: apresentar algum déficit cognitivo ou auditivo que impeça a aplicação da escala; não falar português; apresentar algum efeito colateral da hemodiálise que o deixe indisponível para a coleta, não querer participar da pesquisa.

### Coleta de Dados

A coleta de dados foi efetivada por meio da aplicação da "*Hospital Anxiety and Depression Scale*" (HAD) – versão brasileira, cujo processo de adaptação

transcultural do instrumento foi efetivado por Botega (1995). A escala HAD contém 14 questões do tipo múltipla escolha. Compõe-se de duas subescalas, para ansiedade e depressão, com sete itens cada. A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21. A escala foi aplicada nos participante no período de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021.

Junto ao instrumento foi realizada a pesquisa em prontuário, nos quais serão investigadas as principais causas da DRC, tempo de diagnóstico e tempo que realiza diálise, bem como características sociodemográficas que possam ser significativas para a avaliação da ansiedade e depressão nos pacientes renais crônicos em tratamento dialítico.

Durante o atendimento os pacientes foram convidados a participar da pesquisa, obedecendo aos critérios de inclusão e de exclusão já estabelecidos. Aos que concordaram foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE - para assinatura, e após autorização foi realizada a aplicação da escala e a pesquisa em prontuário. Foram assinadas duas vias do TCLE, uma delas foi entregue ao participante e a outra foi armazenada pela pesquisadora.

## ANÁLISE DOS DADOS

A escala HAD contém 14 itens do tipo múltipla escolha divididos em duas subescalas, uma de ansiedade (HADS-A) e outra depressão (HADS-D), com sete itens em cada domínio. A pontuação varia de 0 até 21 pontos em cada subescala. Para a interpretação dos valores, considera-se que quanto mais alta a pontuação, maior a gravidade dos sintomas. Os pontos de corte obtidos na literatura foram de mais de 8 pontos ( $\geq 8$  pontos) para cada subitem (ansiedade e depressão), propostos a partir de critérios teóricos e empíricos derivados de pesquisas clínicas realizadas (Botega et al., 1995; Zigmond&Snaith, 1983).

Para análise dos dados coletados foram utilizados os programas Excel do pacote Microsoft office 2013 para Windows e o sistema computacional Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 para Windows 10. Os dados foram preparados em uma tabela de análise compatível com os programas utilizados.

Os dados nominais foram categorizados numericamente em grupos sendo eles sexo, mote do paciente e internação, e os grupos numéricos coletados foram idade, tempo de diálise e dias de diálise. Também foi aplicada a Escala HADS e seus 14 itens foram classificados

nominalmente de 0 a 4 e após divididos em 2 sub-escalas (ansiedade e depressão) que permitiram a soma dos scores de HAD para ansiedade e depressão.

Os scores HAD de depressão e ansiedade foram tratados de 2 maneiras diferentes, uma nominal (com scores > 8 e scores <=8) caracterizando grupos amostrais de pessoas com depressão e ansiedade ou não, de acordo com critérios adotados na utilização da escala HADS, e numericamente de 0 até 20 para análise em conjunto com dados sócio demográficos numéricos.

Os dados coletados foram analisados primeiramente descritivamente, sendo realizados análises das médias, frequências e mediadas, após foi realizada estatística exploratória fatorial com os dados coletados na escala HADS, sendo excluídos dados não compatíveis com as respostas da escala, e por fim realizada a relação por testes t de student, qui quadrado, Exato de Fisher e Regressão Logística Binária, entre variáveis da escala e os dados sócio demográficos. Foi considerada diferença estatística significativa quando  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As respostas das 39 pessoas possibilitaram uma análise estatística descritiva que mostrou uma média de idade da amostra de 54,7 anos (dp. 14,0), sendo 21 anos a menor idade e 84 anos a maior idade entre as pessoas da amostra. Também, com os dados numéricos podemos calcular uma média do tempo de diálise em dias igual a 115,7 dias de diálise (dp. 106,3), sendo 1 dia o mínimo apresentado e 480 dias o máximo da amostra.

Quanto aos dados nominais de sexo, morte do paciente, internação do paciente temos os resultados por frequência de resposta, considerando que tais dados eram categóricos. Os resultados encontram-se na tabela 1.

**Tabela 1** – Frequência e Porcentagem total das respostas da amostra aos dados relativos ao sexo, morte do paciente e internação do paciente

<b>Categorias</b>		<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	24	61,5%

	Masculino	15	38,5%
<b>Morte do paciente</b>	Não houve morte	38	97,4%
	Houve morte	1	2,6%
<b>Internação</b>	Paciente internado	4	10,3%
	Paciente externo	35	89,7%

Quanto aos dados coletados pela escala HAD, o total das subescalas de ansiedade e depressão foi calculado numericamente quanto as suas médias e desvio padrão, e qualitativamente quanto as frequências e as porcentagens apresentadas pela amostra.

Para o cálculo da frequência e porcentagens, foi calculado o total da escala HAD e considerado resultados menor ou igual a 8 como pessoas que não apresentam depressão ou ansiedade de acordo com as coletas, e maior que 8 como pessoas que apresentam ansiedade e depressão. Os dados quanto ao HAD se encontram na Tabela 2.

**Tabela 2** – Média, desvio padrão, frequência de respostas e porcentagem total das respostas da amostra quanto as escalas HAD de Ansiedade e Depressão.

<b>HAD</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem total</b>
<b>HAD Depressão</b>	6,1	4,5	<b>HADS =&lt; 8</b>	29 74,4%
			<b>HADS &gt; 8</b>	10 25,6%
	7,3	4,2	<b>HADS =&lt; 8</b>	27 69,2%

<b>HAD</b>	<b>HADS &gt; 8</b>	12	30,8%
<b>Ansiedade</b>			

Quanto aos 14 itens da escala HAD podemos avaliá-los através de uma análise fatorial exploratória dos componentes da escala, sendo que ao realizar o teste de esfericidade de Bartlett encontramos que os itens da escala foram respondidos pela amostra de forma homogênea com  $p = 0,00$ , tendo um resultado significativamente fraco da escala pela Medida Kaiser-Meyer-Olkin com  $p = 0,627$ . Pelas Comunalidades da escala de HAD podemos excluir como item respondido adequadamente a questão (A)Q5 da escala, sendo que essa teve resultado  $< 0,5$  ( $= 0,482$ ) pela análise de componente principal.

E com os resultados da Matriz de componentes rotativa, pelo método Varimax com normalização de Kaiser, tivemos a geração de 2 subgrupos principais encontrados, onde a maioria dos itens está agrupado com significância aprovada, maior que 0,50, e tivemos a exclusão de mais 4 itens da escala que não se enquadraram nos 2 subgrupos.

Os grupos encontrados foram 2 sendo o primeiro com os itens: (A)Q1 (0,68); (A)Q3 (0,63); (A)Q7 (0,62); (A)Q9 (0,75); (A)Q13 (0,79). E o segundo com os itens: (D)Q2 (0,74); (D)Q4 (0,65); (D)Q6 (0,75); (D)Q10 (0,73); (D)Q12 (0,77). Isso quer dizer que os subgrupos respondem a escala geral, mas de forma separada, sendo tal afirmação verdadeira pois a escala HADS se divide em questões sobre depressão e ansiedade, e os itens excluídos não respondem igualmente aos demais itens das subescalas, podendo ser desconsiderados da análise final realizada.

Para a análise entre os scores da HAD Ansiedade e da HAD Depressão com os dados numéricos, idade e tempo de diálise, utilizou-se os Teste t para amostras independentes.

O primeiro teste T foi realizado entre idade da pessoa com o score da escala HAD Ansiedade, considerando pessoa com ansiedade com score maior que 8, e pessoa sem ansiedade com scores menores ou iguais a 8. O resultado do teste de Levene para igualdade de variâncias são homogêneas ( $p > 0,05$ ), ou seja a igualdade de variâncias existe, e o teste t mostra que essa diferença de médias é significativa na amostra ( $p < 0,05$ ), assim podemos considerar que não existe uma igualdade estatística entre a média de idade das pessoas com score de HAD maior que 8, com ansiedade, e HAD menor ou igual a 8, sem ansiedade. Logo, o teste t independente mostrou que pessoas com ansiedade (HAD >8) tem média de idade menor que as pessoas sem

ansiedade (HAD  $\leq 8$ ), ( $t(37)=-2,19$ ;  $p<0,05$ ). Os dados das médias, desvio padrão, teste de Levene e p do teste t se encontram na Tabela 3.

O segundo teste T foi feito entre a idade da pessoa com o score da escala HAD Depressão, considerando pessoa com depressão com score maior que 8, e pessoa sem depressão com scores menores ou iguais a 8. O resultado do teste de Levene para igualdade de variâncias são homogêneas ( $p>0,05$ ), ou seja a igualdade de variâncias existe, e o teste t mostra que a diferença de médias não é significativa na amostra ( $p>0,05$ ), assim podemos considerar que existe uma igualdade estatística entre a média de idade das pessoas com score de HAD maior que 8, com depressão, e HAD menor ou igual a 8, sem depressão. Os dados das médias, desvio padrão, teste de Levene e p do teste t se encontram na Tabela 3.

**Tabela 3** – Média da idade em anos, desvio padrão, teste de Levene e teste t (p) das idades da amostra relacionada aos scores das escalas HAD Ansiedade e HAD Depressão.

		N	Média Idade	Desvio Padrão	Teste de Levene para igualdade de variâncias (p)	Teste t independent e
<b>HAD Ansiedade</b>	<b>&gt;8</b>	12	45,7	12,6	0,966	0,049
	<b><math>\leq 8</math></b>	27	55,8	13,7		
<b>HAD Depressão</b>	<b>&gt;8</b>	10	45,7	11,6	0,721	0,066
	<b><math>\leq 8</math></b>	29	55,2	14,1		

O teste T foi realizado também para análise entre o tempo de diálise da amostra com os scores das escalas HAD Ansiedade e HAD Depressão, considerando pessoa com ansiedade ou depressão com score maior que 8, e pessoa sem ansiedade ou depressão com scores menores ou iguais a 8.

Para a análise com o HAD Ansiedade, o resultado do teste de Levene para igualdade de variâncias mostra que os grupos não são homogêneos ( $p>0,05$ ), ou seja, a igualdade de

variâncias não existe, e o teste t mostra que essa diferença de médias é significativa na amostra ( $p < 0,05$ ), assim podemos considerar que não existe uma igualdade estatística entre a média de tempo de diálise das pessoas com score de HAD maior que 8, com ansiedade, e HAD menor ou igual a 8, sem ansiedade. Logo, o teste t independente mostrou que pessoas com ansiedade ( $HAD > 8$ ) tem média do tempo de diálise (em dias) maior que as pessoas sem ansiedade ( $HAD \leq 8$ ), ( $t(37) = -2,339$ ;  $p < 0,05$ ). Os dados das médias, desvio padrão, teste de Levene e p do teste t se encontram na Tabela 4.

O teste T foi feito também, entre o tempo de diálise (em dias) da pessoa com o score da escala HAD Depressão, e teve como resultado do teste de Levene que a igualdade de variâncias são homogêneas ( $p > 0,05$ ), ou seja a igualdade de variâncias existe, e o teste t mostra que a diferença de médias não é significativa na amostra ( $p > 0,05$ ), assim podemos considerar que existe uma igualdade estatística entre a média de idade das pessoas com score de HAD maior que 8, com depressão, e HAD menor ou igual a 8, sem depressão. Os dados das médias, desvio padrão, teste de Levene e p do teste t se encontram na Tabela 4.

**Tabela 4** – Média de tempo de diálise em dias, desvio padrão, teste de Levene e teste t (p) das idades da amostra relacionada aos scores das escalas HAD Ansiedade e HAD Depressão.

		<b>N</b>	<b>Média Idade</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Teste de Levene para igualdade de variâncias (p)</b>	<b>Teste t independente</b>
<b>HAD Ansiedade</b>	<b>&gt;8</b>	12	172,25	152,11	0,002	0,036
	<b><math>\leq 8</math></b>	27	90,63	67,9		
<b>HAD Depressão</b>	<b>&gt;8</b>	10	110,8	154,8	0,112	0,867
	<b><math>\leq 8</math></b>	29	117,44	87,3		

Com os dados categóricos, nominais, coletados com a amostra foi possível realizar análise com o teste exato de Fisher, para verificar diferenças estatísticas com as escalas de HAD ansiedade e HAD depressão. Para tal, considerou-se o score de HAD maior que 8, como pessoa com ansiedade ou depressão, e HAD menor ou igual a 8, sem ansiedade ou depressão. Os dados relacionados na análise do teste de Fisher foram o sexo da pessoa, a morte da pessoa durante o tempo de diálise e a internação ou não da pessoa no hospital.

Relacionando o HAD Ansiedade com o sexo das pessoas, temos duas hipóteses: a primeira de que o HAD ansiedade não depende do fator sexo da pessoa, quando  $p > 0,05$ ; e a segunda, de que o HAD ansiedade depende do fator sexo da pessoa, se  $p < 0,05$ . O teste exato de Fisher mostrou que não há associação entre o HAD ansiedade e o sexo da pessoa ( $X^2(1) = 0,193$ ;  $p = 0,734$ ). Os dados numéricos de contagem e porcentagem se encontram na tabela 5.

Quanto a morte ou não do paciente, relacionado ao HAD Ansiedade, temos apenas 1 falecimento entre as pessoas da amostra, o que torna mais difícil a associação entre os dados, porém podemos considerar pelo teste exato de Fisher que não há associação entre o fator morte com o HAD ansiedade ( $X^2(1) = 0,456$ ;  $p = 1,000$ ).

Relacionando a internação ou não da pessoa em diálise com o HAD Ansiedade, temos duas hipóteses: a primeira de que o HAD ansiedade não depende do fator internação da pessoa, quando  $p > 0,05$ ; e a segunda, de que o HAD ansiedade depende do fator internação da pessoa, se  $p < 0,05$ . O teste exato de Fisher mostrou que não há associação entre o HAD ansiedade e a internação da pessoa ( $X^2(1) = 0,774$ ;  $p = 0,573$ ). Os dados numéricos de contagem e porcentagem se encontram na tabela 5.

**Tabela 5** – Contagem, Porcentagem total, Porcentagem no grupo HAD ansiedade associado dos dados sexo e internação do paciente.

		Sexo		Internação	
		Feminin	Masculin	Não Internado	Internado
<b>HAD</b>	<b>Ansiedade</b>	<b>o</b>	<b>o</b>	<b>o</b>	<b>o</b>
<b>HAD</b>	<b>Contagem</b>	16	11	25	2
	<b>m</b>				

<b>&lt;= 8</b>	<b>% Total</b>	41,0	28,2	64,1	5,1
	<b>% HAD</b>	59,3	40,7	92,6	7,4
<b>HAD</b>	<b>Contage</b>	8	4	10	2
<b>&gt;8</b>	<b>m</b>				
	<b>% Total</b>	20,5	10,3	25,6	5,1
	<b>% HAD</b>	66,7	33,3	83,3	16,7

Relacionando o HAD Depressão com o sexo das pessoas, temos duas hipóteses: a primeira de que o HAD depressão não depende do fator sexo da pessoa, quando  $p > 0,05$ ; e a segunda, de que o HAD ansiedade depende do fator sexo da pessoa, se  $p < 0,05$ . O teste exato de Fisher mostrou que não há associação entre o HAD depressão e o sexo da pessoa ( $X^2 (1) = 0,407$ ;  $p = 0,711$ ). Os dados numéricos de contagem e porcentagem se encontram na tabela 6.

Quanto a morte ou não do paciente, relacionado ao HAD Depressão, temos apenas 1 falecimento entre as pessoas da amostra, o que torna mais difícil a associação entre os dados, porém podemos considerar pelo teste exato de Fisher que não há associação entre o fator morte com o HAD depressão ( $X^2 (1) = 2,976$ ;  $p = 0,256$ ).

Relacionando a internação ou não da pessoa em diálise com o HAD depressão, temos duas hipóteses: a primeira de que o HAD depressão não depende do fator internação da pessoa, quando  $p > 0,05$ ; e a segunda, de que o HAD depressão depende do fator internação da pessoa, se  $p < 0,05$ . O teste exato de Fisher mostrou que não há associação entre o HAD depressão e a internação da pessoa ( $X^2 (1) = 1,387$ ;  $p = 0,267$ ). Os dados numéricos de contagem e porcentagem se encontram na tabela 6.

**Tabela 6** – Contagem, Porcentagem total, Porcentagem no grupo HAD depressão associado dos dados sexo e internação do paciente.

	<b>Sexo</b>	<b>Internação</b>
--	-------------	-------------------

<b>HAD</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculin</b>	<b>Não</b>	<b>Internad</b>
<b>Depressã</b>		<b>o</b>	<b>Internado</b>	<b>o</b>
<b>o</b>				
	<b>Contagem</b>	17	12	27
	<b>% Total</b>	43,6	30,8	69,2
<b>HAD &lt;=</b>				
<b>8</b>	<b>% HAD</b>	58,6	41,4	93,1
	<b>Contagem</b>	7	3	8
<b>HAD &gt;8</b>	<b>% Total</b>	17,9	7,7	20,5
	<b>% HAD</b>	70,0	30,0	80,0

Como análise final buscou-se através de uma Regressão Logística Binária para avaliar a relação, primeiramente, do HAD Ansiedade com os dados numéricos, idade, dias de internação e score de HAD Depressão. A regressão logística analisa os dados em blocos, e como temos 3 dados numéricos para relacionar com o HAD Ansiedade (nominal: ansiedade >8; não há ansiedade <=8) temos 3 blocos de análise, onde os dados são adicionados hierarquicamente na ordem colocada (1º idade; 2º dias de internação; 3º score de HAD depressão). A análise das variáveis no modelo inicia com o Teste Omnibus de Coeficientes do Modelo que tem como hipóteses: Hipótese nula - o ajuste do modelo atual é igual ao ajuste do modelo com os previsores ( $p > 0,05$ ); Hipótese alternativa – o ajuste do modelo atual é diferente ao ajuste do modelo com os previsores ( $p < 0,05$ ).

O resultado da regressão logística binária realizada para verificar se a idade, tempo de diálise e HAD depressão são previsores do HAD ansiedade, mostrou que o modelo contendo a idade foi significativo [ $X^2 (1) = 4,668$ ;  $p = 0,045$ ], que o modelo contendo o tempo de internação foi significativo [ $X^2 (2) = 4,378$ ;  $p = 0,05$ ], e que o modelo contendo o score de HAD depressão foi significativo [ $X^2 (3) = 10,195$ ;  $p = 0,012$ ]. A idade foi um preditor significativo (OR = 1,060; IC 95% = 1,001 – 2,750), o tempo de diálise foi um preditor significativo (OR = 0,933; IC 95% = 0,986 – 2,741), e o score de HAD depressão foi um preditor significativo (OR = 0,686; IC 95% = 0,511 – 3,601).

A regressão logística binária foi realizada, também, para verificar se a idade, tempo de diálise e score de HAD ansiedade são previsores do HAD depressão. O modelo contendo a idade não foi significativo com  $p = 0,07$ , o modelo contendo o tempo de diálise não foi significativo com  $p = 0,668$ , e que o modelo contendo o score de HAD ansiedade foi significativo [ $X^2 (3) = 11,147$ ;  $p=0,018$ ]. O score de HAD ansiedade foi um preditor significativo (OR = 0,634; IC 95% = 0,435 – 1,201).

## CONCLUSÃO

Corroborando com a literatura que embasou este artigo, podemos concluir que os níveis de ansiedade e depressão em paciente hemodialíticos variam de acordo com fatores externos, como idade, sexo e tempo de tratamento, desta forma, é importante levar em consideração o contexto no qual o paciente se encontra, tanto de forma psicossocial como também seu contexto clínico.

Respondendo os objetivos desta pesquisa, observa-se níveis significativos de ansiedade e depressão nos sujeitos pesquisados, sendo este relevante para refletir o tratamento do indivíduo de forma integral e multiprofissional, considerando não apenas a saúde física do paciente, mas também sua saúde mental, que pode afetar de forma direta ou indireta na adesão ao tratamento. Vale a pena ressaltar, que o impacto do tratamento é subjetivo e vai afetar os sujeitos de forma distinta, variando de acordo com os recursos de enfrentamento, história de vida e repertório psicológico de cada paciente, desta forma, é de suma importância a avaliação individual de cada caso.

## REFERÊNCIAS

ABRÃO, Juliana Maria Gera; SILVA, Tricya Nunes V. da; BALBI, André Luis. Aspectos laboratoriais em terapia renal substitutiva no paciente com insuficiência renal crônica. In: MALAGUTTI, William (org.). **Nefrologia - Uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. p. 1-468.

Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JR C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5): 355-63, 1995.

CRESSWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MALAGUTTI, William (org.). **Nefrologia - Uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. 468 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.: 37 p.: il.

ROMÃO JUNIOR, João Egidio. Nefrologia e saúde pública. In: MALAGUTTI, William; FERRAZ, Renato R. N. (org.). **Nefrologia - Uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. p. 1-468.

ROSSI, Antonio Carlos; DEUS, Rogério Barbosa de; FIGUEIREDO, Fabiana Mathias Gomes. Transtornos mentais associados aos pacientes com insuficiência renal crônica. In: MALAGUTTI, William (org.). **Nefrologia - Uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. p. 1-468.

Zigmond, A.S.7 Snaith,R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983; 67,361 -370