

**Avaliação de transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade e religiosidade em pacientes com doença renal crônica em tratamento nas unidades de nefrologia e transplante renal em hospital universitário de Belo Horizonte**

**Evaluation of major depressive disorder, anxiety disorder and religiosity in patients with chronic kidney disease under treatment in nephrology and kidney transplantation units in a university hospital in Belo Horizonte**

DOI:10.34119/bjhrv4n5-415

Recebimento dos originais: 28/09/2021

Aceitação para publicação: 28/10/2021

**Alexandre de Aguiar Ferreira**

Doutor em Neurociências

Universidade Federal de Minas Gerais

Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, CEP 30130-000, Belo Horizonte - MG, Brasil

E-mail: alex.aguiarferreira@gmail.com

**Ana Carolina Sarquis Salgado**

Mestre em Neurociências

Universidade Federal de Minas Gerais

Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, CEP 30130-000, Belo Horizonte - MG, Brasil

E-mail: acssalgado@gmail.com

**Beatriz Elias da Silva**

Graduando de Medicina

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, CEP 30130-000, Belo Horizonte - MG, Brasil

E-mail: beatriz.elias77@gmail.com

**Danilo de Abreu Silva**

Graduando de Medicina

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, CEP 30130-000, Belo Horizonte - MG, Brasil

E-mail: daniloabreu\_silva@hotmail.com

**Fernanda Hermeto Soares**

Graduando de Medicina

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, CEP 30130-000, Belo Horizonte - MG, Brasil

E-mail: fernandahermetos@gmail.com

**Henrique Fernandes Silveira**

Graduando de Medicina

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, CEP 30130-000, Belo Horizonte - MG, Brasil

E-mail: henrique2006gbi@hotmail.com

**João Pedro Araújo Brant**

Graduando de Medicina

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, CEP 30130-000, Belo Horizonte - MG, Brasil

E-mail: joaopedro.jones@gmail.com

**Julia Barros Silva**

Graduanda de Medicina

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, CEP 30130-000, Belo Horizonte - MG, Brasil

E-mail: juliaa.barross@gmail.com

**Laryssa Izabelle Andrade Araújo**

Graduanda de Medicina

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, CEP 30130-000, Belo Horizonte - MG, Brasil

E-mail: laryssaiaaraujo@gmail.com

**Letícia Eduarda Sales Guimarães**

Graduanda de Medicina

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)

Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, CEP 30130-000, Belo Horizonte - MG, Brasil

E-mail: salesguimaraes.leticia@gmail.com

**Louise D'Arrigo Luchese**

Graduanda de Medicina

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)

Alameda Ezequiel Dias, 275, Centro, CEP 30130-000, Belo Horizonte - MG, Brasil

E-mail: louisedluchese97@gmail.com

**Victória Mara Vieira Rocha**

Graduanda de Medicina

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, CEP 30130-000, Belo Horizonte - MG, Brasil

E-mail: victoria.mara.v.r@gmail.com

**Yara Tavares Mendonça Garretto**

Graduanda de Medicina

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, CEP 30130-000, Belo Horizonte - MG, Brasil

E-mail: yaratmg@gmail.com

**RESUMO**

**Introdução:** A Doença Renal Crônica (DRC) é multifatorial e, a medida que o acometimento renal e a terapêutica intensificam-se, observa-se adoecimento psiquiátrico dos pacientes, responsável por menor adesão terapêutica, piores prognósticos e, conseqüentemente, maiores custos e tempo de tratamento. Entretanto, observa-se a religiosidade como determinante positivo para a evolução clínica. Sua presença e formas

de manifestação podem influenciar significativamente no prognóstico físico e mental. **Objetivo:** Mensurar a prevalência de TDM e TA entre pacientes com DRC, assim como correlacionar a religiosidade com dados clínicos e epidemiológicos. **Método:** Estudo observacional, transversal, realizado com voluntários com diagnóstico de DRC, no Hospital Universitário Ciências Médicas, analisados segundo as Escalas de Depressão e Ansiedade de Beck (BDI e BAI) e a Escala de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL) **Resultados:** Foram analisados 151 indivíduos, dos quais 82 (54,3%) homens, a média de idade foi de 52,1 anos. 56,3% dos indivíduos analisados declararam-se Católicos e 34,4% Evangélicos. Pode-se constatar a presença de ansiedade em 58,3% dos pacientes e depressão em 26,5%. Houve diferença significativa na proporção de pacientes com ansiedade grave e na religiosidade organizacional entre homens e mulheres. **Conclusão:** Há prevalência de Ansiedade e Depressão nos pacientes com DRC, comparativamente à população geral. A ansiedade grave é mais presente em pacientes do gênero feminino. A gravidade da DRC não interfere nos níveis de ansiedade e depressão. A religiosidade organizacional é fator protetor contra a Ansiedade Grave, principalmente do gênero feminino.

**Palavras-chave:** Doença Renal Crônica, Transtorno Depressivo Maior, Transtorno de Ansiedade, Crenças Religiosas.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Chronic Kidney Disease (CKD) is a multifactorial pathology of great prevalence, it is related to high rates of morbidity and mortality with high costs to the public health system. As renal involvement and therapy intensify, patients' psychiatric illness is also observed, characterized by diagnoses of Major Depressive Disorder (MDD) and Anxiety Disorder (ED), responsible for lower therapeutic adherence, worse prognosis and consequently, higher costs and treatment time. However, religiosity is seen as a positive determinant for clinical evolution. Its presence and forms of manifestation can significantly influence the prognosis of physical and mental illnesses. **Objective:** Measure the prevalence of MDD and ED among patients with CKD, as well as correlate religiosity with clinical and epidemiological information. **Method:** This is an observational, cross-sectional study, carried out with volunteers diagnosed with CKD, undergoing treatment at the Nephrology and Kidney Transplant services at Hospital Universitário Ciências Médicas, analyzed according to the Beck Depression and Anxiety Scales (BDI and BAI) and the Duke University Religiosity Scale (DUREL) **Results:** 151 individuals were analyzed, in which 82 (54.3%) were men, the average age was 52.1 years. 56.3% of the individuals analyzed declared themselves Catholic and 34.4% Evangelical. You can see the presence of anxiety in 58.3% of patients and depression in 26.5%. There was a significant difference in the proportion of patients with severe anxiety and in organizational religiosity between men and women. **Conclusion:** There is a prevalence of Anxiety and Depression in patients with CKD, compared to the general population. Severe anxiety is more present in female patients. The severity of CKD does not affect levels of anxiety and depression. Organizational religiosity is a protective factor against severe anxiety, especially among women.

**Keywords:** Chronic Kidney Disease, Major Depressive Disorder, Anxiety Disorder, Religious beliefs.

## 1 INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é definida como patologia multifatorial de acometimento renal persistente e progressivo que cursa com queda da depuração glomerular, da manutenção das funções metabólicas e fisiológicas renais e culmina no estado terminal dos rins.<sup>1,2</sup> Dentre as etiologias relacionadas ao dano renal crônico, enquadram-se principalmente Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), e Diabetes Mellitus (DM) - causas de cerca de 34% e 31% dos quadros clínicos de DRC, respectivamente - as quais, quando não acompanhadas por profissionais qualificados e devidamente controladas pela adesão do paciente ao plano terapêutico, podem determinar a necessidade de tratamento dialítico ou, em última instância, transplante renal.<sup>1,2</sup>

Segundo o último censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), os 291 centros de diálise pesquisados receberam, no período de 2002 a 2017, o total de 48.596 pacientes. No período pesquisado, o número de pacientes em tratamento ativo aumentou cerca de 160%, enquanto o número de centros de tratamento mostrou um crescimento de cerca de 37%. Dentre os pacientes participantes da pesquisa, 82% tiveram seus tratamentos custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 42% encontravam-se na fila de espera para o transplante renal.<sup>3</sup>

O panorama vivenciado pelo paciente com DRC pressupõe mazelas desde o quadro inicial descontrolado de doenças de base, até às repercussões globais observadas com a evolução da doença. O sentimento de perda do protagonismo sobre o quadro saúde-doença pode ser vivenciado à medida que o quadro evolui, assim como a dependência e vulnerabilidade consequentes à intensificação dos sintomas e radicalização do tratamento. Nesse sentido, o desenvolvimento de quadros ansiosos e/ou depressivos pode ser observado em diferentes estágios da doença e mostra-se como fator para mau prognóstico, visto que determinam baixa taxa de adesão às propostas terapêuticas, queda do estado geral, associada ao déficit nutricional e imunológico.<sup>1,4,5</sup> Ademais, a concomitância de transtornos psiquiátricos e DRC determina a sinergia dos sintomas, influenciando em aumento das queixas de dor crônica, distúrbios do sono e fadiga.<sup>6</sup>

Estima-se que a prevalência de Transtorno Depressivo Maior (TDM) seja de 20%, em pacientes com doenças crônicas, cerca de duas a três vezes maior que a população geral. Além disso, os quadros depressivos e ansiosos corroboram para maior mortalidade e morbidade, relativamente à DRC, às doenças de base e comorbidades associadas. Nesse sentido, a implementação da avaliação de qualidade de vida e depressão em pacientes com doenças crônicas é considerada, pelo National Health Service (NHS) como uma

prática favorável para a busca de melhores formas de assistência ao paciente, maior eficácia dos tratamentos implantados e, conseqüentemente, menores custos associados.<sup>6,7</sup>

Entretanto, observa-se que, a medida que o adoecimento psiquiátrico determina piora prognóstica e baixa adesão terapêutica, o apego a fé mostra-se como fator determinante para menores índices de suicídio e depressão, melhores respostas à planos terapêuticos, assim como pode-se observar, também, melhora na função renal de pacientes em tratamento nos serviços de transplante.<sup>8</sup>

Logo, este trabalho objetiva a estimativa da prevalência de depressão e ansiedade em pacientes com DRC, assim como mensurar a religiosidade entre os pacientes e suas formas de expressão, a fim de determinar se a religião atua como fator de melhora prognóstica nestes pacientes. O mesmo justifica-se pela necessidade de adquirir dados para estimular medidas de gestão que otimizem a assistência em saúde física e mental, além de obter dados acerca dos efeitos transformadores da fé na saúde coletiva.<sup>8,9</sup>

## 2 MÉTODO

O presente trabalho representa um estudo observacional do tipo transversal, conduzido em homens e mulheres adultos (acima de 18 anos) diagnosticados com doença renal crônica, em tratamento nos serviços de Nefrologia e Transplante Renal do HUCM, que aceitaram participar do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)(APÊNDICE 1). Não foram incluídos no estudo pacientes diagnosticados com doença renal aguda, assim como pacientes menores de 18 anos. Os princípios de ética foram respeitados e estão de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.<sup>10</sup> O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa pelo CAAE: 33554619.0.0000.5134

O trabalho foi realizado com uma amostra de 151 voluntários em tratamento nos serviços de Nefrologia e Transplante Renal de um hospital de referência em Belo Horizonte - incluindo os setores de diálise, enfermarias e ambulatórios - com diagnóstico de Doença Renal Crônica, segundo as diretrizes e protocolos dos serviços supracitados. Esse número foi estabelecido a partir de cálculo amostral realizado com base na estimativa de captação mensal de pacientes nos setores de Nefrologia e Transplante Renal do hospital, com significância considerada de 5% , probabilidade de erro amostral de no máximo 8% e abordagem conservadora.

Os voluntários foram avaliados de acordo com as Escalas de Depressão e Ansiedade de Beck (BDI e BAI) e a Escala de Religiosidade de Duke (DUREL), devidamente validadas na língua portuguesa.

A BDI foi desenvolvida para avaliação de sintomas de depressão e sua intensidade em pacientes com idade superior a 13 anos. O questionário constitui-se por 21 itens, segundo os quais são avaliados com pontuação de 0 a 3, sendo o valor 0 correspondente a sintomas leves ou ausentes, e o valor 3, sintomas graves. Portanto, ao final da aplicação, é possível associar os valores atribuídos à intensidade do quadro psiquiátrico. Logo, resultados de 0-11 referem-se à ausência de depressão; depressão leve entre 12-19; moderada de 20-35; e os valores maiores que 35 designam quadros graves. Para pacientes com DRC, utiliza-se também um ponto de corte fixo para depressão igual ou maior que 15. <sup>11,12,13</sup>

A BAI, por sua vez, é utilizada para avaliação da ansiedade em adultos e também apresenta o formato de 21 questões avaliadas de 0-3 de acordo com a intensidade da ansiedade apresentada pelo paciente. Como resultados, institui-se ausência de ansiedade de 0-7; de 8-15, ansiedade leve; entre 16-25, quadro moderado; e severidade do quadro ansioso em resultados entre 26-63 pontos. <sup>12,13</sup>

Deve-se ressaltar que as Escalas de Beck caracterizam-se como instrumentos de fácil aplicação, validados para o português em 2001, com possibilidade de análise de diversas populações. <sup>12</sup>

A DUREL, é utilizada para mensuração de religiosidade e, para isso, considera 3 diferentes dimensões que relacionam-se a saúde, sendo elas organizacional (RO), não-organizacional (RNO) e intrínseca (RI), as duas primeiras dimensões são analisadas em um ítem, cada uma, e a terceira dimensão é analisada com base nas respostas a 3 itens. Nesse sentido, a escala permite a relação entre religiosidade e saúde física, assim como saúde mental dos voluntários. As pontuações vinculadas às três dimensões analisadas devem ser avaliadas separadamente, de forma que não são somadas em um score total. <sup>14</sup>

Trata-se, portanto, de um questionário validado para a aplicação em diferentes amostras populacionais do Brasil, de fácil e rápida aplicação, assim como o nível de dificuldade de compreensão pelos voluntários é baixo.<sup>22</sup> Os dados obtidos serão correlacionados com os dados clínicos, graus de severidade dos quadros de depressão e ansiedade, assim como com os dados epidemiológicos dos voluntários.

A análise estatística foi realizada por meio da apresentação dos dados quantitativos como média  $\pm$  desvio padrão, e as variáveis categóricas, como frequências

absolutas e relativas. Para os dados quantitativos foram utilizados o teste de Normalidade de Anderson-Darling.

### 3 RESULTADOS

Foram analisados 151 indivíduos, dos quais 82 (54,3%) homens, pacientes dos setores de Hemodiálise (21), Transplante Renal (30) e Enfermaria (100) . Dentre o total de pacientes analisados, a média de idade foi de 52,1 anos.

Mais da metade (56,3%) dos indivíduos analisados declara-se Católico, sendo o Evangelismo a segunda religião mais mencionada, por 34,4% dos pacientes.

Na Tabela 1 seguem as variáveis descritivas analisadas para caracterização amostral.

Tabela 1 – Caracterização da amostra

	<b>Estatística</b>
<b>Idade</b>	52,1 ± 14,6 55,0 (42,0 – 63,5)
<b>Sexo</b>	
Feminino	69 (45,7)
Masculino	82 (54,3)
<b>Setor</b>	
Enfermaria	100 (66,2)
Hemodiálise	21 (13,9)
Transplante	30 (19,9)
<b>Religião</b>	
Católico	85 (56,3)
Evangélico	52 (34,4)
Nega	8 (5,3)
Espírita	5 (3,3)
Testemunha de Jeová	1 (0,1)

Relativamente à análise realizada por meio das escalas BAI , BDI e DUREL, pode-se constatar a presença de ansiedade em 58,3% dos pacientes, em nível leve, moderado ou grave. Nota-se também, o diagnóstico de depressão em 26,5% dos pacientes. Os dados são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Análise descritiva das escalas de ansiedade e depressão.

	<b>Estatística</b>
<b>BAI</b>	11,2 ± 9,0 9,0 (5,0 – 15,0)
Ausência de ansiedade	63 (41,7)
Ansiedade leve	51 (33,8)
Ansiedade moderada	26 (17,2)
Ansiedade grave	11 (7,3)
<b>BDI</b>	11,1 ± 7,7 10,0 (6,0 – 15,0)
Sem depressão	111 (73,5)
Com depressão	40 (26,5)

Houve diferença significativa nos valores de religiosidade organizacional entre os pacientes sem ansiedade e com ansiedade grave, como observa-se na Tabela 3.

Tabela 3 – Comparação das escalas de ansiedade e depressão com a escala de religiosidade

	Escala de religiosidade de Duke		
	Religiosidade organizacional	Religiosidade não organizacional	Religiosidade intrínseca
<b>BAI</b>			
Ausência de ansiedade	3,1 ± 1,7 3,0 (2,0 – 4,5)	1,9 ± 0,9 2,0 (1,0 – 2,0)	4,8 ± 2,2 4,0 (3,0 – 5,5)
Ansiedade leve	2,9 ± 1,8 2,0 (1,0 – 4,5)	2,2 ± 1,4 2,0 (1,0 – 2,0)	5,3 ± 3,0 4,0 (3,0 – 6,0)
Ansiedade moderada	2,6 ± 1,7 2,0 (1,0 – 3,0)	2,3 ± 1,6 2,0 (1,0 – 2,0)	5,7 ± 3,3 5,0 (3,0 – 6,0)
Ansiedade grave	1,7 ± 1,5 1,0 (1,0 – 2,0)	1,8 ± 1,5 1,0 (1,0 – 2,0)	5,5 ± 2,9 5,0 (3,0 – 7,0)
<b>Valor-p<sup>K</sup></b>	0,024	0,534	0,734
<b>BDI</b>			
Sem depressão	2,9 ± 1,8 2,0 (1,5 – 4,0)	2,0 ± 1,1 2,0 (1,0 – 2,0)	4,9 ± 2,4 4,0 (3,0 – 6,0)
Com depressão	2,8 ± 1,8 2,0 (1,0 – 4,0)	2,3 ± 1,6 2,0 (1,0 – 2,0)	5,8 ± 3,4 4,5 (3,0 – 8,0)
<b>Valor-p<sup>M</sup></b>	0,715	0,678	0,162

<sup>K</sup> Teste de Kruskal-Wallis; <sup>M</sup> Teste de Mann-Whitney

Houve diferença significativa na proporção de pacientes com ansiedade grave e na religiosidade organizacional entre homens e mulheres.

Tabela 4 – Comparação das escalas de ansiedade, depressão e religiosidade com o sexo

	Sexo		Valor-p
	Feminino	Masculino	
<b>BAI</b>			
Ausência de ansiedade	24 (34,8)	39 (47,6)	0,005 <sup>Q</sup>
Ansiedade leve	20 (29,0)	31 (37,8)	
Ansiedade moderada	15 (21,7)	11 (13,4)	
Ansiedade grave	10 (14,5)	1 (1,2)	
<b>BDI</b>			
Sem depressão	47 (68,1)	64 (78,0)	0,233 <sup>Q</sup>
Com depressão	22 (31,9)	18 (22,0)	
<b>Escala de religiosidade de Duke</b>			
Religiosidade organizacional	2,4 ± 1,6 2,0 (1,0 – 3,0)	3,2 ± 1,8 3,0 (2,0 – 5,0)	0,009 <sup>M</sup>
Religiosidade não organizacional	1,9 ± 1,0 2,0 (1,0 – 2,0)	2,2 ± 1,4 2,0 (1,0 – 2,0)	0,159 <sup>M</sup>
Religiosidade intrínseca	4,9 ± 2,3 4,0 (3,0 – 6,0)	5,3 ± 3,0 4,0 (3,0 – 7,0)	0,735 <sup>M</sup>

<sup>Q</sup> Teste Qui-quadrado; <sup>M</sup> Teste de Mann-Whitney

Não houve diferença significativa na proporção de pacientes com ansiedade grave e na religiosidade organizacional entre os setores analisados.



Tabela 5 – Comparação das escalas de ansiedade, depressão e religiosidade com o setor

	Setor Enfermaria	Hemodiálise	Transplante	Valor-p
<b>BAI</b>				0,441 <sup>F</sup>
Ausência de ansiedade	40 (40,0)	11 (52,4)	12 (40,0)	
Ansiedade leve	37 (37,0)	5 (23,8)	9 (30,0)	
Ansiedade moderada	16 (16,0)	2 (9,5)	8 (26,7)	
Ansiedade grave	7 (7,0)	3 (14,3)	1 (3,3)	
<b>BDI</b>				0,396 <sup>Q</sup>
Sem depressão	77 (77,0)	14 (66,7)	20 (66,7)	
Com depressão	23 (23,0)	7 (33,3)	10 (33,3)	
<b>Escala de religiosidade de Duke</b>				
Religiosidade organizacional	2,9 ± 1,9 2,0 (1,0 – 5,0)	2,4 ± 1,4 2,0 (1,0 – 3,0)	3,1 ± 1,7 3,0 (2,0 – 4,0)	0,420 <sup>K</sup>
Religiosidade não organizacional	2,2 ± 1,4 2,0 (1,0 – 2,0)	1,8 ± 0,5 2,0 (1,0 – 2,0)	1,9 ± 1,3 2,0 (1,0 – 2,0)	0,491 <sup>K</sup>
Religiosidade intrínseca	5,1 ± 2,7 4,0 (3,0 – 6,0)	5,0 ± 2,1 5,0 (3,0 – 7,0)	5,4 ± 3,3 5,0 (3,0 – 6,0)	0,939 <sup>K</sup>

<sup>F</sup> Teste Exato de Fisher; <sup>Q</sup> Teste Qui-quadrado; <sup>K</sup> Teste de Kruskal-Wallis

#### 4 DISCUSSÃO

O presente estudo demonstra limitações, uma vez que foi realizado com voluntários de um único estabelecimento hospitalar, portanto apresenta restrições à viabilidade de generalização dos resultados, uma vez que a metodologia adotada minimiza sua validade externa. Portanto, novos estudos, com diferentes metodologias e abordagens devem ser adotados para expansão dos conhecimentos sobre o tema.

Relativamente aos resultados obtidos, observa-se o predomínio de voluntários do gênero masculino (54,3%), realidade em discordância com a literatura, que demonstra a prevalência de DRC em mulheres.<sup>16,17,18</sup> Todavia, uma vez que a evolução mais rápida para tratamento hemodialítico e necessidade de transplante renal é documentada nos homens,<sup>19,20,21</sup> a maior taxa de internação em enfermarias, sessões de hemodiálise e unidades de transplante renal pode justificar sua presença em centros de atendimento e, portanto, sua maior participação no estudo.

A média de idade dos voluntários foi de 52,1 anos. Com base na literatura, o aumento da prevalência de DRC é diretamente proporcional à idade para os diferentes gêneros,<sup>22,23</sup> todavia, é maior para o gênero feminino, em todas as idades, sendo mais expressiva dos 50-63 anos e a partir dos 70.<sup>17,18,22</sup>

Por meio da análise dos dados coletados, observa-se a presença de ansiedade em 58,3% dos pacientes, em nível leve, moderado ou grave. Nota-se também, o diagnóstico de depressão em 26,5% dos pacientes. Predominam-se quadros moderados e graves de ansiedade no gênero feminino, com diferença estatística significativa na proporção dos

gêneros, em que 62,2% são mulheres, em comparação com 52,4% nos homens. Da mesma forma, ocorre predomínio de depressão em mulheres, 31,9% contra 22% dos homens.

O predomínio de TA em mulheres relatada no estudo vai de acordo com o que é visto mundialmente, em que a prevalência de TA aproxima-se de 12% e mostra-se mais elevada no gênero feminino, no qual a sintomatologia também mostra-se mais expressiva.<sup>23,24</sup> A idade de início dos quadros de ansiedade é igual entre os gêneros e caracteriza-se por predominância no início da vida adulta<sup>39</sup>, entretanto, predomina nas mulheres ao longo da vida e essa disparidade é minimizada após os 54 anos.<sup>25</sup> Nos pacientes com DRC, 17% apresentam TA.<sup>26,27</sup>

Estudo que avaliou 5.037 voluntários da região metropolitana de São Paulo, demonstrou a presença de TA em 19,9% dos indivíduos, valor que, segundo o mesmo estudo, pode ser extrapolado para outras capitais do Brasil. Estudo recente indica, ainda, que cerca de 70% dos quadros de TA correlacionam-se com TDM, associando-a, portanto, como fator de risco para o desenvolvimento de quadros depressivos. Ademais, a presença isolada de TA aumenta o risco de suicídio, porém sua concomitância com o TDM maximiza o risco.<sup>25</sup>

O TDM, por sua vez, apresenta-se em cerca de 14% da população mundial com predomínio na população feminina, o que corrobora com os dados da pesquisa citados anteriormente.<sup>5</sup> No Brasil, acomete aproximadamente 6% da população.<sup>31</sup> Estima-se que cerca de 20% dos indivíduos com doenças crônicas apresentam diagnóstico comórbido de depressão, o que vai de encontro com os dados obtidos na pesquisa atual, em que cerca de 26,5% dos participantes, todos portadores de comorbidades crônicas, possuem depressão associada.<sup>9</sup> Os sintomas, geralmente, são mais intensos da população feminina, e a faixa etária de predomínio de diagnósticos é de 40 a 49 anos, nas mulheres e de 60 a 69, na população masculina.<sup>5</sup>

Logo, o predomínio de quadros de TA moderado e grave, assim como de TDM nas mulheres avaliadas, justifica-se na literatura. Entretanto, os índices elevados de adoecimento mental no grupo pesquisado são discrepantes, tanto em relação à população geral, quanto em relação aos demais estudos com DRC.

Além do prejuízo à qualidade de vida individual, o TDM gera obstáculos ao tratamento da DRC. Estudo realizado em 2008 aponta que pacientes em hemodiálise com diagnóstico de TDM têm probabilidade duas vezes maior de hospitalização e evolução para óbito, no período de um ano. Além disso, em pacientes avaliados com depressão moderada a grave, por meio da BDI, nota-se que a diminuição de cerca de oito pontos no

escore - por meio da assistência psicossocial - pode aumentar sua sobrevida em mais de 30%.<sup>5</sup>

Neste panorama, são necessários mecanismos de assistência psicossocial de apoio, a fim de garantir a resiliência necessária para o enfrentamento do contexto de instabilidade. Nesse sentido, há a busca por apoio familiar, grupos comunitários, profissionais em saúde mental e, desse modo, a religiosidade ganha espaço na vivência pessoal e comunitária dos pacientes.<sup>28,29,30</sup>

Em relação à religiosidade organizacional, é possível observar significativa diferença estatística entre pacientes com ausência de ansiedade e quadros de ansiedade grave. Principalmente entre as mulheres, há maior participação da vida religiosa comunitária, maior frequência de orações e maior percepção da presença divina, em concordância com a literatura.<sup>29,30</sup>

Estudos realizados com pacientes em tratamento dialítico indicam que a religiosidade na prática clínica é fator de melhora na relação médico-paciente, na resiliência para enfrentamento do processo patológico, aumento da qualidade de vida e associa-se a maior adesão ao tratamento. Em pacientes transplantados, observa-se maior otimismo e coragem para enfrentar o procedimento, quando estes são adeptos às práticas religiosas, seja pelas crenças pessoais ou pelo apoio social assegurado pelas relações comunitárias próprias de suas práticas religiosas.<sup>30,31</sup>

Desse modo, pode-se determinar a religiosidade como fator protetor contra os quadros de ansiedade grave entre os pacientes com DRC, principalmente no gênero feminino, o que pode ser entendido como uma estratégia de coping. Estudos demonstram, ainda, efeito protetor da religiosidade em relação ao suicídio, depressão e desesperança.<sup>31</sup>

Relativamente às variáveis analisadas, não notam-se diferenças significativas entre os setores, portanto, é possível concluir que os pacientes com DRC, independentemente dos níveis de tratamento implementado apresentam maior tendência aos TA e TDM, no estabelecimento pesquisado.

Não foi analisado o quadro clínico dos pacientes de forma pormenorizada, de modo que não é possível concluir se quadros mais graves estão relacionados a maiores prejuízos à saúde mental dos voluntários analisados.

## 5 CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, é possível concluir que a prevalência dos diagnósticos de ansiedade e depressão são maiores entre os pacientes diagnosticados com DRC em

comparação à população geral. Além disso, há um predomínio dessas comorbidades associadas ao sexo feminino, o que é corroborado por outras literaturas.

Uma vez que não há diferença estatística entre os setores analisados, pode-se inferir que o quadro diagnóstico de DRC representa um fator de risco isolado para quadros de adoecimento mental, de forma que os níveis de tratamento não interferem significativamente nos estágios de TA e TDM.

Diante disso, observa-se a necessidade do oferecimento de uma assistência em saúde mental com psicólogos e psiquiatras, aos pacientes diagnosticados com DRC, uma vez que o adoecimento psíquico minimiza a qualidade de vida do paciente e reduz sua adesão ao tratamento, sendo reconhecidamente um fator de pior prognóstico para a doença orgânica.

Em relação aos fatores de proteção, a religiosidade organizacional atua de forma considerável, principalmente em quadros de pacientes portadores de ansiedade grave e do gênero feminino. Sendo assim, e considerando a significativa prevalência de transtornos depressivos e ansiosos entre a população pesquisada, as práticas religiosas devem ser respeitadas e incentivadas, uma vez que representam importante fator protetor contra o adoecimento mental, além de aumentarem a resiliência dos pacientes para o enfrentamento de suas comorbidades.

## REFERÊNCIAS

1. PENA, Paulo Félix; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro, MOREIRA, Gracyele Alves Remigo et al. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e no matriciamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3135-3144, 2012.
2. Ministério da saúde. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente renal crônica (DRC) no sistema único de saúde. 2014.
3. THOME, Fernando Saldanha; SESSO, Ricardo Cintra; LOPES, Antonio Alberto et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 41, n. 2, p. 208-214, June 2019.
4. NIFA, Sabrina; RUDNICKI, Tânia. Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 64-75, jun. 2010 .
5. STASIAK, Camila Edith Stachera; BAZAN, Kalyl Singh; KUSS, Renata Soeberl et al. Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 36, n. 3, p. 325-331, Sept. 2014 .
6. COCKSEGE, Karen Amanda; SIMON, Chantal; SHANKAR, Rohit. A difficult combination: chronic physical illness, depression, and pain. **The British Journal of General Practice**, v. 64, n. 626, p. 440, 2014.
7. BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561–571.
8. GORENSTEIN, Clarice; ANDRADE, Laura. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Rev Psiq Clin**, v. 25, n. 5, p. 245-50, 1998.
9. NEPOMUCENO, Fabio Correia Lima; JUNIOR, Ivaldo Menezes de Melo; SILVA, Eveline de Almeida et al. Religiosidade e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 100, p. 119-128, Mar. 2014 .
10. ANDRADE, Sibela Vasconcelos; SESSO, Ricardo; DINIZ, Denise Helena de Madureira. Desesperança, ideação suicida e depressão em pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise ou transplante. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 37, n. 1, p. 55-63, Mar. 2015 .
11. Conselho Nacional de Saúde. (1996). Resolução 196/1996: **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
12. CUNHA, Jurema Alcides et al. Manual da versão em português das Escalas Beck. **São Paulo: casa do psicólogo**, v. 256, 2001.

13. DESOUSA, Diogo Araújo; MORENO, André Luiz; GAUER, Gustavo et al. Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. **Avaliação Psicológica**, v. 12, n. 3, p. 397-410, 2013.
14. MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; KOENIG, Harold; PERES, Mario Fernando Prieto Portuguese version of Duke Religious Index: DUREL. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 35. 31-32. 2007
15. BOLFARINE, Heleno, BUSSAD, Wilton de Oliveria. **Elementos de Amostragem**, Edgar Blucher, São Paulo, 2005.
16. SARAN, Raijiv; ROBINSON, Bruce; ABBOTT, Kevin C et al. US Renal Data System 2018 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. **American Journal of Kidney Diseases**, 73(3), A7–A8. 2019.
17. JHA, Vivekanand; GARCIA-GARCIA, Guillermo; ISEKI, Kunitoshi et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. **The Lancet**, 382(9888), 260–272. 2013.
18. HILL, Nathan R; FATOBA, Samuel T; OKE, Jason L et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLOS ONE**, 11(7), e0158765. 2016.
19. VAN RIJN, Marieke H C; ALENCAR DE PINHO, Natalia; WETZELS, Jack F et al. Worldwide Disparity in the Relation Between CKD Prevalence and Kidney Failure Risk. **Kidney international reports**, 5(12), 2284–2291. 2020
20. HECKING, Manfred; BIEBER, Brian A; KAUTZKY-WILLER, Alexandra et al. Sex-specific differences in hemodialysis prevalence and practices and the male-to-female mortality rate: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). **PLoS Med**, v. 11, n. 10, p. e1001750, 2014.
21. CARRERO, Juan- Jesus, HECKING, Manfred; ULASI, Ifeoma et al. Chronic Kidney Disease, Gender, and Access to Care: A Global Perspective. *Seminars in Nephrology*, 37(3), 296–308. 2017.
22. ASHER, Maya; ASNAANI, Anu; ADERKA, Idan. M. (2017). Gender differences in social anxiety disorder: A review. **Clinical Psychology Review**, 56, 1–12.
23. STEIN, Murray B; SAREEN, Jitender. Generalized Anxiety Disorder. **New England Journal of Medicine**, 373(21), 2059–2068. 2015
24. LIJSTER, Jasmijn M; DIERCKX, Bram; UTENS, Elisabeth M et al. (2017). The Age of Onset of Anxiety Disorders. **Canadian journal of psychiatry**. *Revue canadienne de psychiatrie*, 62(4), 237–246. 2017
25. VASCONCELOS, Juarez Roberto de Oliveira; LOBO, Alice Peixoto da Silva; MELO NETO, Valfrido Leão de. Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 64, n. 4, p. 259-265, Dec. 2015 .

26. RECKERT,Anna; HINRICHS,Jens; PAVENSTADT, Hermann et al. Prävalenz und Korrelate von Angst und Depression bei Hämodialysepatienten [Prevalence and correlates of anxiety and depression in patients with end-stage renal disease (ESRD)]. *Z Psychosom Med Psychotherapie*. 2013;59(2):170-88.
27. GONCALVES, Ângela Maria Corrêa; TEIXEIRA, Maria Teresa Bustamante, GAMA, Jairo Roberto de Almeida et al . Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J. bras. psiquiatr.*,Rio de Janeiro , v. 67, n. 2, p. 101-109, June 2018 .
28. BORGES, Daianne Cibele de Souza; FURINO, Fernanda de Oliveira; BARBIERL, Mayara Caroline et al . The social network and support of kidney transplantees. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre , v. 37, n. 4, e59519, 2016 .
29. BRAVIN, Ariane Moyses; TRETTENE, Armando dos Santos; CAVALCANTE, Ricardo. de Souza et al. Influência da espiritualidade sobre a função renal em pacientes transplantados renais. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(5), 504–511. 2017.
30. PETEET,John R; AL ZABEN, Faten; KOENING, Harold G. Integrating spirituality into the care of older adults. *International Psychogeriatrics*, v. 31, n. 1, p. 31-38, 2019.
31. KOENIG, Harold G. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *International Scholarly Research Notices*, v. 2012, 2012.