

Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes hemodialíticos obtida por meio de questionários reduzidos de triagem

Prevalence of anxiety and depressive symptoms in hemodialysis patients obtained from short screening questionnaires

Running title: Mental disorders in hemodialysis patients

Marcospaulo Viana Milagres^{1,2*} | Juliano Bergamaschine Mata Diz¹ | Marco Aurélio Bernardes de Carvalho¹ | Carlos Eduardo Leal Vidal¹ | Alfredo Chaoubah²

¹Faculdade de Medicina de Barbacena/Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada (FAME/FUNJOBE), Barbacena, Minas Gerais, Brasil.

²Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

***Autor para correspondência:** Marcospaulo Viana Milagres. Faculdade de Medicina de Barbacena, Praça Presidente Antônio Carlos, nº 08, São Sebastião, Barbacena, Minas Gerais, Brasil. CEP: 36.202-336. Telefone: +55 32 3339-2950. E-mail: ovianamilagres@gmail.com. **Declaração de conflitos de interesses:** Os autores declaram não haver nenhum conflito de interesse.

doi: [10.29327/2343584.8.1-2](https://doi.org/10.29327/2343584.8.1-2)

Submetido: 24/03/25.

Aceito: 24/04/25.

RESUMO

Introdução: A doença renal crônica é uma condição clínica com várias comorbidades e complicações como os transtornos de ansiedade e depressão. **Objetivos:** Estimar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos por meio de questionários de triagem resumidos e avaliar a ocorrência entre tais sintomas e dados clínico-laboratoriais em pacientes que fazem hemodiálise em um serviço de tratamento para doenças renais. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional transversal realizado na Clínica de Tratamento de Doenças Renais - Pró-Renal (município de Barbacena, Minas Gerais, Brasil) com 74 pacientes em hemodiálise, nos quais foram aplicados questionários de rastreio para sintomas de ansiedade/depressão (*GAD-7* [*Generalized Anxiety Disorder*]; *PHQ-9* [*Patient Health Questionnaire-9*]; *GAD-2*; *PHQ-2*) e analisadas as condições socioeconômicas e clínicas. **Resultados:** A prevalência de sintomas ansiosos pelo *GAD-7* foi descrita de acordo com gravidade dos sintomas, sendo nenhum ou leve em 58,11%, moderado em 28,38% e grave/muito grave em 13,51% dos participantes. A prevalência de sintomas depressivos pelo *PHQ-9* também foi descrita de acordo com a gravidade dos sintomas, sendo nenhum ou leve em 44,59%, moderado em 27,03%, e grave/muito grave em 28,38% dos participantes. A prevalência de sintomas ansiosos pelo *GAD-2* foi de 32,43% e a prevalência de sintomas depressivos pelo *PHQ-2* foi de 36,49%. **Conclusão:** Os sintomas ansiosos e depressivos são prevalentes em cerca de um terço dos pacientes em hemodiálise e sua identificação por instrumentos psicométricos breves pode contribuir para o manejo adequado, melhorar a qualidade de vida e aumentar a sobrevida.

Palavras-Chave: Doença Renal Crônica. Hemodiálise. Ansiedade. Depressão. Prevalência.

ABSTRACT

Background: Chronic kidney disease is a clinical condition with several comorbidities and complications such as anxiety disorders and depression. **Aim:** To estimate the prevalence of anxiety and depressive symptoms through brief screening tools and to evaluate the occurrence between such symptoms and clinical and laboratory data in hemodialysis patients in a single dialysis center. **Materials and Methods:** Cross-sectional observational study conducted at the Clínica de Tratamento de Doenças Renais - Pró-Renal (municipality of Barbacena, State of Minas Gerais, Brazil) including 74 hemodialysis patients, where were applied screening questionnaires of anxiety/depressive symptoms (GAD-7 [Generalized Anxiety Disorder]; PHQ-9 [Patient Health Questionnaire-9], GAD-2, and PHQ-2) and analyzed socioeconomic and clinical conditions. **Results:** The prevalence of anxiety symptoms by GAD-7 was described according to severity of symptoms; with none or mild in 58.11%; moderate, 28.38%; and severe/very severe, 13.51% of the participants. The prevalence of depressive symptoms by PHQ-9 was also described according to severity of symptoms; with none or mild in 44.59%; moderate, 27.03%; and severe/very severe, 28.38% of the participants. The prevalence of anxiety symptoms by GAD-2 was 32.43% and the prevalence of depressive symptoms by PHQ-2 was 36.49%. **Conclusion:** Anxiety and depressive symptoms are prevalent in approximately one third of hemodialysis patients and their identification by brief psychometric instruments can contribute to affordable management, better quality of life and survival increased.

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

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é um problema de saúde pública global, principalmente na sua forma terminal denominada doença renal em estágio final (DREF), em que os pacientes necessitam alguma das modalidades de terapia renal substitutiva (TRS) - hemodiálise (HD), diálise peritoneal e transplante renal. No mundo todo, a prevalência da DRC e da DREF é crescente e estima-se que a DRC em geral acometa 10% da população em todo o mundo^{1,2}. Segundo os levantamentos anuais da Sociedade Brasileira de Nefrologia, o número de pacientes em tratamento dialítico vem aumentando, de 42.695, em 2000, para 122.825, em 2016, fazendo com que a

prevalência bruta seja de 596 por milhão de habitantes. Em 2015, este número foi de 544 por milhão de habitantes³.

Dentre várias comorbidades e complicações, este grande número de pacientes em TRS pode ter sua qualidade de vida (QV) comprometida em relação à população em geral e uma maior prevalência de transtornos mentais (TM), principalmente ansiedade e depressão. Os TM podem representar um aumento na morbimortalidade dos pacientes em TRS, o que interfere no tratamento da doença renal, seja pelos sintomas dos transtornos em si, seja pelos sintomas associados, como diminuição da atenção e da concentração, preocupação excessiva, baixa estamina, distúrbios do sono, fadiga, humor depressivo, etc. Os

transtornos psiquiátricos mais comuns associados à DRC são a depressão e a ansiedade, com estudos que estimaram a prevalência dessas condições em pacientes em HD entre 25,5% e 39,6% e 19,0% e 43,0%, respectivamente^{4,5}.

A fim de avaliar a presença de sintomas de TM, principalmente, ansiedade e depressão, aplicam-se instrumentos psicométricos, que são questionários de triagem ou inventários de sintomas que se prestam para a população geral e para pessoas com certas condições clínicas como a DRC, por exemplo, antes da avaliação médica propriamente dita. Para a triagem de sintomas de TM, sabe-se que o *Beck's Depression Inventory (BDI)* e o *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)* são dos mais estudados em pacientes com DREF, com sensibilidade e especificidade capazes de diagnosticar sintomas depressivos em cerca de 90% dos pacientes com DREF⁶.

Os transtornos de ansiedade são pouco estudados em pacientes em diálise e mostram discrepâncias nas metodologias, nos tipos de transtorno pesquisado e nas estimativas de prevalência. Estima-se que a prevalência dos transtornos de ansiedade em pacientes com DRC pode ser maior do que 60,0%, a depender do tipo de estudo citado⁷. Já os transtornos depressivos são mais estudados em pacientes com DRC. As estimativas de prevalência desses transtornos podem variar amplamente, a depender da amostra avaliada, da metodologia do estudo, do estágio da doença renal e do instrumento psicométrico de triagem utilizado^{2,4,8}. Alguns dados prévios de prevalência são mostrados nas **Tabelas 1 e 2**.

Tabela 1. Dados de prevalência de sintomas ansiosos em pacientes hemodialíticos.

Referência	Local	Pacientes (N)	Prevalência (%)	Instrumento
Alshelleh ⁹ , 2023	Jordânia	66	83,3	GAD-7
Thomas ¹⁰ , 2017	EUA	17	6,9	GAD-7
Dias ¹¹ , 2015	Brasil (SP)	81	20,9	HADS
Stasiak ¹² , 2014	Brasil (PR)	128	25,7	BAI
Stasiak ¹² , 2014	Brasil (PR)	128	11,7	HADS
Valle ¹³ , 2013	Brasil (RN)	100	100,0	IDATE
Birmele ¹⁴ , 2012	França	208	40,9	IDATE
Dumitrescu ¹⁵ , 2009	Romênia	161	85,1	Autorreferido
Cukor ¹⁶ , 2008	EUA	50	45,0	SCID-DSM-IV

EUA: Estados Unidos da América; GAD-7: *General Anxiety Disorder-7*; HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*; BAI: *Beck Anxiety Inventory*; IDATE: Inventário de Ansiedade Traço-Estado; SCID-DSM-IV: *Structured Clinical Interview for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*. Para efeito de comparação, este trabalho encontrou prevalência de 81,1% de sintomas moderados e graves pelo GAD-7 e de 32,4% pelo GAD-2.

Fonte: o próprio autor.

Tabela 2. Dados de prevalência de sintomas depressivos em pacientes hemodialíticos.

Referência	Local	Pacientes (N)	Prevalência (%)	Instrumento
Thomas ¹⁰ , 2017	EUA	17	13,3	<i>PHQ-9</i>
Dias ¹¹ , 2015	Brasil (SP)	81	23,4	<i>HADS</i>
Stasiak ¹² , 2014	Brasil (PR)	128	9,3	<i>BDI</i>
Stasiak ¹² , 2014	Brasil (PR)	128	22,6	<i>HADS</i>
Birmele ¹⁴ , 2012	França	237	22,3	<i>BDI</i>
Pretto ¹⁷ , 2020	Brasil (RS)	183	60,3	<i>BDI</i>
Santos ¹⁸ , 2011	Brasil (CE)	166	7,8	<i>CES-D</i>
Cruz ¹⁹ , 2010	Brasil (RS)	70	9,9	<i>MINI-5.0</i>
Cruz ¹⁹ , 2010	Brasil (RS)	70	36,0	<i>BDI</i>
Loosman ²⁰ , 2010	Holanda	62	34,0	<i>BDI e HADS</i>
Ribeiro ²¹ , 2009	Brasil (RS)	61	10,4	<i>GDS</i>
Chilcot ²² , 2008	Reino Unido	40	22,0	<i>BDI</i>
Cukor ¹⁶ , 2008	EUA	60	20,0	<i>SCID-DSM-III</i>
Mosleh ²³ , 2020	Arábia Saudita	122	24,6	<i>HADS</i>
Debnath ²⁴ , 2018	EUA	40	40,0	<i>BDI</i>
Hedayati ²⁵ , 2006	EUA	98	16,6	<i>BDI</i>
Hedayati ²⁵ , 2006	EUA	98	24,1	<i>CES-D</i>
Watnick ²⁶ , 2005	EUA	62	25,8	<i>BDI e PHQ-9</i>
Jeon ²⁷ , 2020	Coreia do Sul	71	32,4	<i>CES-D</i>

EUA: Estados Unidos da América; *PHQ-9*: *Patient Health Questionnaire-9*; *HADS*: *Hospital Anxiety and Depression Scale*; *BDI*: *Beck's Depression Inventory*; *CES-D*: *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*; *MINI-5.0*: *Mini International Neuropsychiatric Interview-5.0*; *GDS*: *Geriatric Depression Scale*; *SCID-DSM-III*: *Structured Clinical Interview for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*. Para efeito de comparação, este trabalho encontrou prevalência de 86,5% de sintomas moderados e graves/muito graves pelo *PHQ-9* e de 36,5% pelo *PHQ-2*.

Fonte: o próprio autor.

Conquanto, muitos instrumentos podem conter mais de 20 questões, o que pode tornar prolixa e demorada a aplicação das entrevistas. Em vista disso, foram elaborados instrumentos reduzidos de triagem para detecção de TM e que já são alternativas comparáveis e validadas para serem utilizadas em vários pacientes, inclusive naqueles em diálise. Dentre essas alternativas há o *PHQ-9*, que contém nove itens para avaliação de sintomas depressivos e o

General Anxiety Disorder-7 (GAD-7), que contém sete itens para avaliação de sintomas ansiosos^{26,28}.

Mais resumidamente ainda e com confiabilidade e validade semelhantes, existe o *PHQ-2* e o *GAD-2*, os quais consistem nas duas primeiras perguntas do *PHQ-9* – humor deprimido e anedonia e do *GAD-7* – nervosismo e preocupações, respectivamente. Essas versões resumidas são comparáveis aos originais mais extensos para a detecção

de sintomas depressivos e ansiosos. Em ambas as versões, a pontuação varia entre “0” e “3” pontos conforme a gravidade dos sintomas. Se a soma for maior ou igual a dois pontos, considera-se como positiva a presença de sintomas ansiosos ou depressivos, a depender do instrumento aplicado²⁸⁻³⁰. Assim, o objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos por meio de questionários de triagem resumidos e avaliar a ocorrência entre tais sintomas e dados clínico-laboratoriais em pacientes hemodialíticos de um serviço de tratamento para doenças renais em um município do interior brasileiro.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal realizado na Clínica Tratamento de Doenças Renais - Pró-Renal, no município de Barbacena (Minas Gerais, Brasil), com todos os pacientes portadores de DRC em TRS no momento de realização da pesquisa. O serviço de diálise é o único do município em questão (135.829 habitantes) e atende uma microrregião do Sistema Único de Saúde (SUS) com aproximadamente 238.000 habitantes. Foram aplicados questionários de triagem de sintomas de TM nesses pacientes após autorização dos mesmos por leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os questionários foram aplicados por entrevista com os pacientes na própria unidade de TRS a qual estão vinculados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Barbacena sob o número: 2.816.398.

De 162 pacientes em HD até 17 de junho de 2019, 78 concordaram em responder aos questionários e preenchiam os critérios de inclusão. As condições para participação neste estudo são: ter TCLE assinado e estar em TRS

há mais de três meses, ter mais de 18 anos de idade e não apresentar diagnóstico prévio de deficiência auditiva, visual e/ou mental grave. Apenas quatro pacientes foram excluídos *a posteriori* porque havia erros de preenchimento de formulários e/ou falta de informações no prontuário eletrônico.

Para obtenção de informações sobre as variáveis sociodemográficas e clínico-laboratoriais, utilizaram-se dados secundários do programa de prontuário informatizado *online* (*Dialistweb*) da unidade de TRS. Foram utilizados formulários impressos para registro de todas as variáveis em estudo e também os questionários padronizados de triagem (*GAD-7*, *GAD-2*, *PHQ-9* e *PHQ-2*). As condições sociodemográficas avaliadas foram sexo, idade, ocupação, renda, escolaridade e residência. As condições clínicas avaliadas foram doença de base, tempo de TRS, dosagens sanguíneas de albumina, hemoglobina, ferritina, cálcio, fósforo, produto cálcio-fósforo (CaxP), paratormônio (PTH) intacto, índice de qualidade da diálise (Kt/V) e tipo de acesso vascular nos pacientes em HD (fistula arteriovenosa – FAV ou cateter venoso de duplo lúmen – CDL).

As variáveis utilizadas no estudo foram apresentadas como média, desvio padrão ($\pm$) e mediana para os dados contínuos e frequência absoluta (n) e relativa (%) para os dados categóricos, incluindo as estimativas de prevalência dos sintomas ansiosos/depressivos. A análise de diferença entre os grupos de variáveis categóricas, conforme a ausência ou presença dos sintomas ansiosos/depressivos, foi realizada por meio dos testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher. Uma diferença estatisticamente significativa foi considerada para diferenças com valor $\alpha=5\%$ ($p<0,050$). Todas as análises

estatísticas foram conduzidas por meio do *software* STATA versão 9.2.

RESULTADOS

Dos 74 pacientes que responderam os questionários e que tinham os dados clínico-laboratoriais válidos, 68,9%

eram homens. As idades dos pacientes variaram entre 25 e 82 anos, com média de 59,4 ($\pm 12,1$) e mediana de 62,2 anos. Quanto à idade, 56,8% dos pacientes tinham 60 anos ou mais. Quase metade dos pacientes tinha ensino fundamental incompleto (49,3%) e a maioria (73,6%) era inativo (**Tabela 3**).

Tabela 3. Características sociodemográficas dos participantes (N=74).

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	51	68,9
Feminino	23	31,1
Idade		
<60 anos	32	43,2
≥60 anos	42	56,8
Escolaridade		
Analfabeto	3	4,1
Ensino fundamental incompleto	36	49,3
Ensino fundamental completo	17	23,3
Ensino médio incompleto	5	6,9
Ensino médio completo	8	11,0
Superior	2	2,7
Pós-Graduação	1	1,3
Não informado	1	1,3
Ocupação		
Inativo (desempregado)	53	73,6
Ativo (empregado)	19	26,4
Área de residência		
Urbana	52	72,2
Rural	20	27,8
Município de residência		
Barbacena	44	62,0
Outros	27	38,0

Quanto ao tempo de HD, 43,8% dos pacientes estavam em tratamento há mais de cinco anos; 8,3%, entre 48 e 60 meses; 6,8%, entre 36 e 47 meses;

17,8%, entre 24 e 35 meses; 9,6%, entre 12 e 23 meses; 11,0%, entre seis e 11 meses; e 2,7%, há menos de seis meses. A mediana de tempo em HD foi de 54,5

meses. Com relação à causa da DRC que levou à HD, 59,4% foram decorrentes de hipertensão arterial sistêmica e 31,1% foram por diabetes mellitus. O acesso vascular da HD da maioria dos pacientes foi FAV (79,1%). Quanto aos dados laboratoriais, 90,2% dos pacientes apresentavam nível de albumina sérica $\geq 3,5$ mg/dl; 62,5% apresentavam nível de hemoglobina ≥ 10 g/dl; e 81,7% apresentavam nível sérico de ferritina

≥ 100 ng/ml. Metade dos pacientes tinha nível de PTH intacto sérico ≥ 400 ng/ml e apenas 16,7% apresentavam CaxP > 55 . Quanto à qualidade da dose de diálise, 5,7% apresentavam Kt/V $< 1,00$ (**Tabela 4**).

Tabela 4. Características clínico-laboratoriais dos participantes (N=74).

Variável	n	%
Causas da doença renal crônica		
Hipertensão arterial sistêmica	44	59,4
Diabetes mellitus	23	31,1
Outras	7	9,5
Acesso vascular da terapia renal substitutiva		
Fístula arteriovenosa	53	79,1
Cateter duplo lúmen	14	20,9
Albumina sérica (mg/dl)		
$< 3,5$	7	9,8
$\geq 3,5$	64	90,2
Hemoglobina (g/dl)		
< 10	27	37,5
≥ 10	45	62,5
Ferritina sérica (ng/ml)		
< 100	13	18,3
≥ 100	58	81,7
Cálcio sérico (mg/dL)		
$< 8,5$	23	31,9
8,5–10,5	47	65,3
$> 10,5$	2	2,8
Fósforo sérico (mg/dL)		
$\leq 5,5$	47	65,3
$> 5,5$	25	34,7
Produto cálcio-fósforo (CaxP)		
≤ 55	60	83,3
> 55	12	16,7
Paratormônio intacto sérico (ng/ml)		
< 400	35	50,0
≥ 400	35	50,0
Índice de qualidade da diálise (Kt/V)		
$< 1,00$	4	5,7
1,00–1,20	10	14,3
$> 1,20$	56	80,0

A prevalência de sintomas ansiosos avaliados pelo *GAD-7* foi obtida de acordo com gravidade dos sintomas, sendo classificados em nenhum ou leve (58,1%), moderado (28,4%) e grave e muito grave (13,5%). A prevalência de sintomas ansiosos avaliados pelo *GAD-2* foi de 32,4%. A prevalência de sintomas

depressivos avaliados pelo *PHQ-9* também foi obtida conforme a gravidade dos sintomas, sendo classificados em nenhum ou leve (44,6%), moderado (27,0%) e grave e muito grave (28,4%). A prevalência de sintomas depressivos avaliados pelo *PHQ-2* foi de 36,5% (**Tabela 5a e b**).

Tabela 5. Prevalência e intensidade de sintomas ansiosos/depressivos (N=74).

a) Sintomas ansiosos	n	%
General Anxiety Disorder-7 (GAD-7)		
Leve	43	58,1
Moderado	21	28,4
Grave/muito Grave	10	13,5
General Anxiety Disorder-2 (GAD-2)		
Escore 0 ou 1	50	67,6
Escore ≥ 2	24	32,4
b) Sintomas depressivos		
Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)		
Leve	33	44,6
Moderado	20	27,0
Grave/muito Grave	21	28,4
Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)		
Escore 0 ou 1	47	63,5
Escore ≥ 2	27	36,5

A comparação entre os grupos com e sem sintomas ansiosos avaliados pelo *GAD-7* evidenciou que os pacientes aposentados ($p=0,020$) e com CDL ($p=0,044$) tiveram maior prevalência estatisticamente significativa destes sintomas. Não foi observada diferença significativa na prevalência comparando-se os grupos com e sem sintomas ansiosos para as demais variáveis testadas. Já a comparação entre os grupos com e sem sintomas depressivos avaliados pelo *PHQ-9* revelou que os pacientes com CDL ($p=0,045$) tiveram maior prevalência estatisticamente significativa destes sintomas. Da mesma forma, não foi

observada diferença significativa na prevalência comparando-se os grupos com e sem sintomas depressivos para as demais variáveis testadas.

A comparação entre os grupos com e sem sintomas ansiosos avaliados pelo *GAD-2* evidenciou que os pacientes do sexo feminino ($p=0,001$) e com hipertensão arterial sistêmica ($p=0,005$) tiveram maior prevalência estatisticamente significativa destes sintomas. Não foi identificada diferença significativa na prevalência comparando-se os grupos com e sem sintomas ansiosos para as demais variáveis testadas. Já para a comparação entre os grupos com e sem sintomas

depressivos avaliados pelo *PHQ-2*, nenhuma diferença significativa na prevalência foi identificada em todas as variáveis testadas.

A comparação entre os grupos com e sem sintomas ansiosos/depressivos conforme as variáveis laboratoriais (*i.e.*, hemoglobina, ferritina, cálcio, fósforo, CaxP, PTH e Kt/V), não mostrou diferença significativa na prevalência, independentemente do instrumento de triagem aplicado, exceto para os pacientes com hipoalbuminemia ($p=0,040$), os quais tiveram maior prevalência de sintomas depressivos avaliados pelo *PHQ-9*.

DISCUSSÃO

O presente estudo transversal investigou a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em uma amostra de pacientes renais crônicos que realizavam HD por um período maior do que três meses, recrutados em uma clínica de Barbacena (município interiorano de médio porte da Macrorregião Centro-Sul de Minas Gerais). Os resultados obtidos assemelham-se, quanto às estimativas de prevalência de sintomas ansiosos e depressivos, aos observados em outros estudos da literatura que utilizaram instrumentos clínicos de rastreio para identificação de tais sintomas^{4,5,12,19}.

Os pacientes em HD passam a ter uma sobrecarga sintomática que, em parte, pode ser explicada pela DRC em si, pelas suas complicações e até mesmo pela própria diálise. No entanto, sintomas como dor, angústia, preocupação excessiva, anedonia, entre outros, costumam ser descritos vagamente e, à medida que se tornam constantes, acabam não atraindo a merecida atenção dos profissionais de saúde e o paciente pode estar com algum transtorno neuropsiquiátrico negligenciado e que, se não abordado e tratado

adequadamente, pode reduzir sua QV e sua sobrevida. Não necessariamente o cumprimento de metas clínico-laboratoriais abrevia a sobrecarga sintomática, melhora a QV e aumenta a sobrevida^{8,9}.

A realização de HD pode influenciar consideravelmente a prevalência de sintomas ansiosos ou depressivos nesses pacientes¹². Uma revisão sistemática com metanálise de estudos observacionais realizados em sua maioria nos Estados Unidos, no Canadá e na Europa, que envolveu 55.982 indivíduos (45.605 em HD e diálise peritoneal), mostrou uma prevalência de sintomas depressivos variando entre 1,4% e 94,9%, com uma prevalência global de 39,3% e uma heterogeneidade elevada entre as estimativas agrupadas ($I^2=95,6\%$; $p<0,001$). Ademais, a prevalência dos sintomas depressivos a partir dos instrumentos psicométricos utilizados foi estatisticamente diferente em cada estágio da DRC, sendo que os pacientes dialíticos apresentaram maior prevalência. Com a aplicação de uma entrevista clínica estruturada, a prevalência foi de 22,8% com heterogeneidade moderada entre as estimativas agrupadas ($I^2=79,8\%$; $p<0,001$)².

Igualmente é importante frisar que, principalmente no Brasil, existem poucos estudos relacionados à possível influência da ansiedade e da depressão em marcadores de menor sobrevida e mau prognóstico. Indivíduos deprimidos costumam apresentar-se fadigados e hiporéticos, o que pode levar à desnutrição³¹. O marcador laboratorial de desnutrição em pacientes em diálise é a hipoalbuminemia, que também é frequente em estados inflamatórios, infecciosos e de estresse orgânico. Sabe-se que os pacientes com níveis séricos de albumina menores que 3,5 mg/dl têm riscos maiores de mortalidade³¹. Contudo, neste trabalho, não foi

observada relação significativa entre os níveis séricos de albumina e presença de sintomas de TM, exceto para o escore do *PHQ-9*. De fato, esta relação é poucas vezes testemunhada em pacientes dialíticos³². Sublinhe-se que a depressão é bem mais estudada do que os transtornos de ansiedade na população com DRC. No Brasil, o único estudo que abordou a associação entre sintomas ansiosos e dados clínico-laboratoriais viu-se que para o diagnóstico de ansiedade nenhuma variável laboratorial analisada foi preditora de sintomas ansiosos¹¹.

A depressão influencia os desfechos clínicos dos pacientes em HD por três mecanismos: modificação da resposta imune e do estresse, impacto negativo no estado nutricional e redução do acesso ou à adequação à diálise¹⁶. Estes três mecanismos, em conjunto ou isoladamente, limitam a sobrevida dos pacientes em HD, e presume-se que a depressão atue diretamente nessa limitação da sobrevida. Uma revisão sistemática com metanálise procurou identificar se a depressão, determinada por diagnóstico clínico ou por aplicação de instrumentos psicométricos, seria um preditor de mortalidade e foi encontrado um efeito significativo (possivelmente, independente) dos sintomas depressivos na sobrevida dos pacientes em HD (Risco Absoluto=1,58; $p<0,001$)³³.

Ainda em relação ao papel exercido pela depressão no risco de mortalidade nos pacientes em HD, uma análise *ad hoc* do estudo multicêntrico do programa *Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS-II)* analisou os sintomas depressivos pela aplicação da versão reduzida da escala *Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D)*. A prevalência global de depressão diagnosticada pela avaliação médica foi de 13,9% e de sintomas depressivos avaliados pela *CES-D* foi de 43,0%. Tais sintomas depressivos

associaram-se com riscos relativos (RR) significativamente elevados de óbito (RR=1,42), de hospitalização (RR=1,12) e de abandono da diálise (RR=1,55)³⁴.

Em relação aos transtornos de ansiedade nos pacientes com DRC pouco se sabe sobre o impacto em pacientes em HD porque a maioria das pesquisas sobre a saúde mental nestes pacientes é orientada aos transtornos do humor. Outrossim, os sintomas ansiosos costumam sobrepor-se aos sintomas depressivos e algícos e aos sintomas neurológicos decorrentes da DRC em si e de suas complicações¹⁶. Não obstante, é possível afirmar que esta condição psiquiátrica afeta significativamente a QV e pode levar à incapacidade funcional⁹.

Os instrumentos psicométricos podem tomar tempo dos profissionais de saúde e a adoção de formas reduzidas facilita o manejo dos pacientes com sintomas ansiosos/depressivos. O *GAD-7* tem mostrado confiabilidade aceitável e é aplicável em pacientes hemodialíticos e também pode ser usado para monitorização da gravidade dos sintomas ansiosos com o passar do tempo. Sua forma reduzida de dois itens, o *GAD-2*, também tem bom desempenho. Uma única resposta afirmativa ou uma pontuação de dois ou mais (no máximo de seis) indica um possível quadro de ansiedade clinicamente importante^{28,30}. Não há estudos no Brasil em que tenham sido aplicados o *GAD-7* e o *GAD-2* em pacientes hemodialíticos.

Com relação à depressão, questionários que possuem entre duas e 10 questões geralmente apresentam um bom desempenho. Alguns instrumentos de triagem utilizados em ambientes de atenção primária à saúde mostram uma sensibilidade e especificidade média de 85% e 74%, respectivamente²⁹. O *PHQ-9* é o questionário que tem melhor sensibilidade e especificidade do que

outros instrumentos de triagem (88%) e é útil para monitorização de resposta terapêutica^{29,30}. O *PHQ-2*, que compreende as duas primeiras questões do *PHQ-9*, tem a vantagem de ser mais breve e de fácil aplicação. Uma única resposta afirmativa ou uma pontuação de dois ou mais (no máximo de seis) indica a presença de sintomas depressivos. No contexto da atenção primária à saúde, o *PHQ-2* tem uma sensibilidade entre 87 e 94% e uma especificidade entre 64 e 74%^{35,36}. Não há estudos no Brasil em que tenham sido aplicados o *PHQ-9* e o *PHQ-2* em pacientes hemodialíticos.

Muitos dos instrumentos de triagem utilizados para detecção de sintomas ansiosos/depressivos tais como, por exemplo, o *BDI*, o *Beck Anxiety Inventory (BAI)* e a *Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)* são protegidos por direitos autorais e têm de ser comprados junto às editoras ou representantes autorizados. Outros instrumentos são de domínio público com ou sem a necessidade de citação da autoria tais como o *GAD* e o *PHQ*.

Por fim, não menos importante, é preciso reforçar que as estratégias de cuidado em saúde mental para pacientes renais crônicos são fundamentais, especialmente no contexto do SUS, onde a integralidade do cuidado é um princípio norteador. Pacientes com DREF enfrentam uma série de desafios que vão além do aspecto físico – como a dependência dialítica, mudanças drásticas no estilo de vida, limitações alimentares e incertezas sobre o futuro – que impactam substancialmente o seu estado de saúde e bem-estar. A abordagem psicológica desses pacientes deve estar inserida no plano de tratamento clínico primário, sendo uma dimensão essencial do cuidado integral. Para tanto, políticas públicas que fortaleçam a articulação entre os serviços de atenção básica, os centros de apoio psicossocial e os serviços de nefrologia,

podem facilitar o acesso aos cuidados psicológicos e promover um atendimento completo, digno e mais eficaz ao paciente hemodialítico^{8,13,37}.

Algumas limitações do presente estudo devem ser mencionadas. O delineamento transversal não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis sociodemográficas e clínico-laboratoriais avaliadas e a presença de sintomas ansiosos/depressivos. Similarmente, a seleção de uma pequena amostra de conveniência, proveniente de um único centro de hemodiálise, limita a generalização dos resultados obtidos. Por outro lado, dada a importância do tema e a alta carga epidemiológica, clínica e socioeconômica relacionada ao binômio DRC-TM, os achados encontrados aqui podem gerar perspectivas para estudos futuros com desenho longitudinal e maior poder amostral.

CONCLUSÃO

Até o momento, este estudo é o primeiro trabalho realizado que se tem notícia com aplicação conjunta dos instrumentos *GAD-7*, *GAD-2*, *PHQ-9* e *PHQ-2* em pacientes hemodialíticos e que também tenham sido investigadas as possíveis relações de variáveis clínico-laboratoriais com estes instrumentos de triagem, sendo que não foram encontrados estudos que tenham aplicados o *GAD-2* e o *PHQ-2* nesta população. Malgrado as disparidades entre as estimativas de prevalência de sintomas ansiosos/depressivos em pacientes renais crônicos e que seja inegável a necessidade de mais estudos no campo da psicomетria para pacientes em HD, é indiscutível que, diante da praticidade, da facilidade e da gratuidade de alguns (e.g., *GAD-2* e *PHQ-2*), tais instrumentos sejam incorporados à rotina dos profissionais de saúde dos serviços de TRS para triagem

diagnóstica de sintomas ansiosos/depressivos. O presente estudo evidencia que estes sintomas podem estar presentes em cerca de um terço dos pacientes em HD e sua identificação pelo

GAD-2 e *PHQ-2* pode contribuir para o manejo clínico adequado, melhora da qualidade de vida e aumento da sobrevida destes pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Jadoul M, Aoun M, Masimango Imani M. The major global burden of chronic kidney disease. *Lancet Glob Health*. 2024;12(3):e342-e43. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00050-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00050-0).
2. Palmer S, Vecchio M, Craig JC, Tonelli M, Johnson DW, Nicolucci A, et al. Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney Int*. 2013;84(1):179-91. <https://doi.org/10.1038/ki.2013.77>
3. Sesso RC, Lopes AA, Thome FS, Lugon JR, Martins CT. Brazilian Chronic Dialysis Survey 2016. *J Bras Nefrol*. 2017;39(3):261-66. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20170049>.
4. Adejumo OA, Edeki IR, Sunday Oyedepo D, Falade J, Yisau OE, Ige OO, et al. Global prevalence of depression in chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *J Nephrol*. 2024;37(9):2455-72. <https://doi.org/10.1007/s40620-024-01998-5>.
5. Huang CW, Wee PH, Low LL, Koong YLA, Htay H, Fan Q, et al. Prevalence and risk factors for elevated anxiety symptoms and anxiety disorders in chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2021;69:27-40. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.12.003>
6. Finkelstein FO, Wuerth D, Finkelstein SH. An approach to addressing depression in patients with chronic kidney disease. *Blood Purif*. 2010;29(2):121-4. <https://doi.org/10.1159/000245637>
7. Gadia P, Awasthi A, Jain S, Koolwal GD. Depression and anxiety in patients of chronic kidney disease undergoing haemodialysis: A study from western Rajasthan. *J Family Med Prim Care*. 2020;9(8):4282-86. https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_840_20
8. Shirazian S, Grant CD, Aina O, Mattana J, Khorassani F, Ricardo AC. Depression in Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease: Similarities and Differences in Diagnosis, Epidemiology, and Management. *Kidney Int Rep*. 2017;2(1):94-107. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2016.09.005>
9. Alshelleh S, Alhawari H, Alhourri A, Abu-Hussein B, Oweis A. Level of Depression and Anxiety on Quality of Life Among Patients Undergoing Hemodialysis. *Int J Gen Med*. 2023;16:1783-95. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S406535>
10. Thomas Z, Novak M, Platas SGT, Gautier M, Holgin AP, Fox R, et al. Brief Mindfulness Meditation for Depression and Anxiety Symptoms in Patients Undergoing Hemodialysis: A Pilot Feasibility Study. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2017;12(12):2008-15. <https://doi.org/10.2215/CJN.039004171>
11. Dias DR, Shiozawa P, Miorin LA, Cordeiro Q. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doença renal crônica em programa de hemodiálise: um estudo transversal. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2015;60(2):65-71.

12. Stasiak CE, Bazan KS, Kuss RS, Schuinski AF, Baroni G. Prevalence of anxiety and depression and its comorbidities in patients with chronic kidney disease on hemodialysis and peritoneal dialysis. *J Bras Nefrol*. 2014;36(3):325-31. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140047>
13. Valle LS, Souza VF, Ribeiro AM. Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Estud psicol*. 2013;30(1):131-38. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000100014>
14. Birmele B, Le Gall A, Sautenet B, Aguerre C, Camus V. Clinical, sociodemographic, and psychological correlates of health-related quality of life in chronic hemodialysis patients. *Psychosomatics*. 2012;53(1):30-7. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2011.07.002>
15. Dumitrescu AL, Garneata L, Guzun O. Anxiety, stress, depression, oral health status and behaviours in Romanian hemodialysis patients. *Rom J Intern Med*. 2009;47(2):161-8.
16. Cukor D, Coplan J, Brown C, Peterson RA, Kimmel PL. Course of depression and anxiety diagnosis in patients treated with hemodialysis: a 16-month follow-up. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2008;3(6):1752-8. <https://doi.org/10.2215/CJN.01120308>
17. Pretto CR, Rosa M, 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. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0167>
18. Santos PR. Depression and quality of life of hemodialysis patients living in a poor region of Brazil. *Braz J Psychiatry*. 2011;33(4):332-7. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462011000400005>
19. Cruz LN, Fleck MP, Polanczyk CA. Depression as a determinant of quality of life in patients with chronic disease: data from Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(10):953-61. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0141-2>.
20. Loosman WL, Siegert CE, Korzec A, Honig A. Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Beck Depression Inventory for use in end-stage renal disease patients. *Br J Clin Psychol*. 2010;49(Pt 4):507-16. <https://doi.org/10.1348/014466509X477827>.
21. Ribeiro RdCHM, Santiago E, Bertolin DC, Ribeiro DF, Cesarino CB, Burdmann EA. Depressão em idosos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(spe1):505-08. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000800010>.
22. Chilcot J, Wellsted D, Farrington K. Screening for depression while patients dialyse: an evaluation. *Nephrol Dial Transplant*. 2008;23(8):2653-9. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfn105>
23. Mosleh H, Alenezi M, Al Johani S, Alsani A, Fairaq G, Bedaiwi R. Prevalence and Factors of Anxiety and Depression in Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Hemodialysis: A Cross-sectional Single-Center Study in Saudi Arabia. *Cureus*. 2020;12(1):e6668. <https://doi.org/10.7759/cureus.6668>
24. Debnath S, O'Connor J, Hura C, Kasinath B, Lorenzo C. Quality of Life and Depression Among Mexican Americans on Hemodialysis: A Preliminary Report. *Ther Apher Dial*. 2018;22(2):166-70. <https://doi.org/10.1111/1744-9987.12642>.
25. Hedayati SS, Bosworth HB, Kuchibhatla M, Kimmel PL, Szczech

- LA. The predictive value of self-report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. *Kidney Int.* 2006;69(9):1662-8. <https://doi.org/10.1038/sj.ki.5000308>.
26. Watnick S, Wang PL, Demadura T, Ganzini L. Validation of 2 depression screening tools in dialysis patients. *Am J Kidney Dis.* 2005;46(5):919-24. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2005.08.006>.
27. Jeon HO, Kim J, Kim O. Factors affecting depressive symptoms in employed hemodialysis patients with chronic renal failure. *Psychol Health Med.* 2020;25(8):940-49. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1702218>.
28. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092-7. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>.
29. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Lowe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010;32(4):345-59. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006>.
30. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Lowe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med.* 2007;146(5):317-25. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>.
31. Winter DEA, Alves AG, Guido RCM, Gama MCFLR, Teixeira TP, Milagres MV. Sobrevida e fatores de risco de mortalidade em pacientes sob hemodiálise. *HU Rev.* 2016;42(4):267-75.
32. Ambrus L, Westling S. Inverse association between serum albumin and depressive symptoms among drug-free individuals with a recent suicide attempt. *Nord J Psychiatry.* 2019;73(4-5):229-32. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1610056>.
33. Farrokhi F, Abedi N, Beyene J, Kurdyak P, Jassal SV. Association between depression and mortality in patients receiving long-term dialysis: a systematic review and meta-analysis. *Am J Kidney Dis.* 2014;63(4):623-35. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2013.08.024>.
34. Lopes AA, Albert JM, Young EW, Satayathum S, Pisoni RL, Andreucci VE, et al. Screening for depression in hemodialysis patients: associations with diagnosis, treatment, and outcomes in the DOPPS. *Kidney Int.* 2004;66(5):2047-53. <https://doi.org/10.1111/j.1523-1755.2004.00977.x>.
35. Scoppetta O, Cassiani-Miranda CA, Arocha-Diaz KN, Cabanzo-Arenas DF, Campo-Arias A. Validity of the patient health questionnaire-2 (PHQ-2) for the detection of depression in primary care in Colombia. *J Affect Disord.* 2021;278:576-82. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.096>.
36. Levis B, Sun Y, He C, Wu Y, Krishnan A, Bhandari PM, et al. Accuracy of the PHQ-2 Alone and in Combination With the PHQ-9 for Screening to Detect Major Depression: Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2020;323(22):2290-300. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6504>.
37. Amaral TB, Tavares CMM. Saúde mental de pessoas convivendo com doença renal crônica em terapia renal substitutiva. *RSD.* 2022;11(2):e3711225417. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25417>.