

Hemodiálise: prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em decorrência de Nefropatias com evolução aguda e crônica

Hemodialysis: prevalence of anxious and depressive symptoms due to Nephropathies with acute and chronic evolution

DOI:10.34117/bjdv9n1-187

Recebimento dos originais: 12/12/2022

Aceitação para publicação: 11/01/2023

Andrea da Silva Camões

Residente do Programa Multiprofissional em Nefrologia pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Instituição: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS)

Endereço: Conjunto A Bloco 01, Edifício Fepecs, Asa Norte, Brasília – DF,
CEP: 70710-907

E-mail: andreasilvamell@gmail.com

Djalma Ticiani Couto

Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UNB)

Instituição: Escola Superior de Ciências da Saúde - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (ESCS - FEPECS), Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES - FEPECS)

Endereço: Conjunto A Bloco 01, Edifício Fepecs, Asa Norte, Brasília – DF,
CEP: 70710-907

E-mail: multi.nefrologia@escs.edu.br

Andryelle Botelho da Costa

Pós-graduação Lato Sensu em Avaliação Psicológica, Psicodiagnóstico, Psicologia da Saúde e Hospitalar

Instituição: Hospital Regional de Santa Maria (IGESDF)

Endereço: Ac 102, Blocos Conj. A/B/C, CEP:72502-100

E-mail: andryelle.15@gmail.com

RESUMO

A população acometida da Doença Renal está sujeita a mudanças que podem afetar a adesão ao tratamento e demais cuidados necessários para maior qualidade de vida, podendo promover progressivamente a instabilidade psicológica, com a possibilidade de sintomatologias dos transtornos do humor. Sendo assim, objetivou-se comparar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em participantes submetidos ao tratamento hemodialítico em decorrência de nefropatias com evolução aguda e crônica. Sendo realizada no Departamento de Nefrologia e ambulatórios do Hospital de Base de Brasília, ano de 2022. A pesquisa obteve a aprovação do comitê de ética a partir do protocolo nº 55416621.3.0000.5553. Desta forma realizou-se um estudo observacional analítico descritivo, de natureza quantitativa e transversal. A mostra foi constituída por conveniência, contabilizando 31 participantes que atendiam aos critérios inclusivos. A coleta de dados realizou-se por única pesquisadora, em única etapa, mediante a aplicação do Questionário sociodemográfico confeccionado pela pesquisadora, visando à caracterização dos participantes da pesquisa, constando os dados básicos e a Escala de

Ansiedade e Depressão Hospitalar - HADS, instrumento adaptado à população brasileira, para avaliar a presença e intensidade de sintomas ansiosos e depressivos. Os dados inicialmente foram lançados no Pacote Office Excel e posteriormente analisados por meio do Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS - 21.0), para análise estatística comparativa foi utilizado o Teste T de Student para amostras independentes que é disponibilizado pelo software de estatística SPSS-IBM®. Os dados comparativos obtidos foram estatisticamente irrelevantes, portanto, insuficientes para assumir diferenças entre as variâncias dos grupos avaliados. Os resultados dos escores obtidos através da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão são: 58 % dos participantes apresentaram resultado improvável, 19% possível e 25% provável para sintomatologia ansiosa e 65 % improvável, 19% possível e 19% provável para sintomatologia depressiva. Concluímos que é de suma importância a identificação dos sinais e sintomas da ansiedade e depressão no contexto da hemodiálise, para viabilizar um tratamento adequado que proporcione uma melhor qualidade de vida, tendo em vista que as patologias de ordens psicológicas influenciam diretamente na adesão dos pacientes ao tratamento.

Palavras-chave: hemodiálise, doença renal aguda, doença renal crônica Ansiedade, Depressão.

ABSTRACT

The population affected by kidney disease is subject to changes that may affect adherence to treatment and other necessary care for a better quality of life, and may progressively promote psychological instability, with the possibility of symptoms of mood disorders. Thus, this study aimed to compare the prevalence of anxious and depressive symptoms in participants undergoing hemodialysis due to acute and chronic nephropathies. It was carried out in the Nephrology Department and outpatient clinics of the Hospital de Base in Brasília, in 2022. The research was approved by the ethics committee under protocol number 55416621.3.0000.5553. Thus, a descriptive analytical observational study of a quantitative and cross-sectional nature was carried out. The sample was constituted by convenience, counting 31 participants who met the inclusive criteria. Data collection was carried out by a single researcher, in a single stage, through the application of the sociodemographic questionnaire prepared by the researcher, aiming at characterizing the research participants, with basic data, and the Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS, an instrument adapted for the Brazilian population, to evaluate the presence and intensity of anxious and depressive symptoms. The data were initially launched in the Office Excel Package and later analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS - 21.0), for comparative statistical analysis we used the Student's T Test for independent samples which is made available by the statistical software SPSS-IBM®. The comparative data obtained were statistically irrelevant, therefore, insufficient to assume differences between the variances of the groups evaluated. The results of the scores obtained from the Hospital Anxiety Depression Scale are: 58% of the participants presented an unlikely, 19% possible and 25% probable result for anxious symptomatology and 65% unlikely, 19% possible and 19% probable for depressive symptomatology. We conclude that it is of utmost importance to identify the signs and symptoms of anxiety and depression in the context of hemodialysis, to enable an adequate treatment that provides a better quality of life, considering that the pathologies of psychological orders directly influence the adherence of patients to treatment.

Keywords: hemodialysis, acute kidney disease, chronic kidney disease Anxiety, Depression.

1 INTRODUÇÃO

A Nefrologia é a área da medicina especializada no diagnóstico e procedimentos clínicos das patologias pertinentes ao sistema urinário, essencialmente relacionado ao rim. As funções dos rins são constituídas pela supressão de resíduos tóxicos a partir da filtração sanguínea, formação dos glóbulos vermelhos, fortalecimento ósseo, equilíbrio da pressão arterial e por controlar o balanceamento químico e hídrico do corpo¹.

O aparelho renal é fundamental para função orgânica, visto que, é responsável pela filtração sanguínea. Processo que busca eliminar as substâncias prejudiciais à saúde, como amônia, ureia e ácido úrico, dentre tantas substâncias nocivas ao organismo. Dentre outras funções, enfatiza-se a manutenção e equilíbrio de eletrólitos, sódio, potássio, cálcio, magnésio, fósforo, bicarbonato. Promovendo a equilibração dos ácidos, conservação do pH do sangue e expelindo os excessos após metabolização medicamentosa, e regulação hormonal².

A doença e perda da função renal são identificadas por estágios que caracterizam o nível de comprometimento do órgão. Sendo, lesão renal inicial, normalmente assintomática (estágio I) até progressão ao (estágio V), com exigência do tratamento dialítico¹. Sendo assim, a hemodiálise - HD é apresentada como o tratamento Renal Substitutivo - TRS mais prescrito, segundo o Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica da Sociedade Brasileira de Nefrologia. Em 2016, dos 122.825 pacientes com DRC, 92,1% estavam em tratamento hemodialítico³.

Após o diagnóstico da doença renal, seja de forma aguda ou crônica, pode haver a indicação do tratamento hemodialítico. O Nefrologista é o médico especialista, responsável pelo diagnóstico e a indicação terapêutica, avaliando e investigando os níveis de ureia, creatinina e ácidos no sangue. Exames associados e complementares são solicitados, como a produção urinária (Urina de 24 horas), porcentagem e cálculo da função renal (Creatinina e ureia), investigação de anemia, doença óssea e dosagem do potássio¹.

Durante o processo da hemodiálise muitas intercorrências podem surgir, calafrios, febres, câimbras e hipotensão. São intercorrências que, em casos específicos, estão associadas ao equipamento, excessos terapêuticos ou ao participante. A identificação do nível da pressão arterial, comunicação com a equipe de saúde, referente sinais e sintomas que causam a hipotensão, relacionado ao peso seco, verificação de edemas, parâmetros pré-dialíticos, infecção do acesso vascular, dentre tantas complicações².

O diagnóstico progressivo e irreversível da doença renal, promove impactos transformadores da rotina, exigindo adequações e adesão à terapia indicada. Várias são as dificuldades encontradas pela população com doença renal crônica - DRC ou doença renal aguda - DRA ao iniciarem o tratamento.

Em pesquisa realizada identificou-se, 50% dificuldade profissional, 22% perde o interesse sexual, 7% dificuldade em aceitar a alteração corporal e 22% na adaptação em seus hábitos alimentares². Segundo a literatura, a população acometida da Doença Renal sofre mudanças em suas vidas, alterações metabólicas e endócrinas, passando a expressar-se com desânimo, ansiedade, depressão e desesperança. Mudanças que podem afetar a adesão ao tratamento e demais cuidados necessários para maior qualidade de vida, podendo promover progressivamente a instabilidade psicológica, ansiedade, quadros de depressão e a ideação suicida ou o autoextermínio³.

Aspectos emocionais e psicológicos são identificados no processo da adaptação ao tratamento hemodialítico, sendo a ansiedade e a depressão bem expressiva nesse contexto. A palavra ansiedade tem origem grega *agkho* (ἄγχω), que significa sufocar ou oprimir⁴.

De acordo com o DSM-V, os transtornos de ansiedade são diferentes das comuns sensações de medo ou ansiedade por serem excessivos ou persistirem além de períodos considerados apropriados. Preocupação persistente em excesso por eventos indesejados; afastamento de casa ou de figuras importantes; perda por morte de entes queridos; recusa em sair de casa; relutância em dormir sozinho, entre outros, são aspectos característicos utilizados como critério para realizar o diagnóstico.

O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM - 5 define a depressão como um transtorno de humor, classificada em leve, moderada ou grave, sendo diagnosticada por apresentar sintomas físicos e psíquicos, como anedonia, falta de motivação, ânimo irritável, alterações do sono, inapetência, lentificação motora, cansaço, baixa autoestima, sentimento de culpa, dificuldades de concentração, distresse, ideação suicida e tentativa de suicídio⁵. Com relação a este último aspecto, estudos comprovam que a incidência do suicídio no contexto da hemodiálise estatisticamente é mais expressiva que na população em geral^{6,7}

Este estudo tem como objetivo comparar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em participantes submetidos ao tratamento hemodialítico em decorrência de nefropatias com evolução aguda e crônica.

Considerando a hipótese de que “indivíduos em tratamento de hemodiálise em decorrência de nefropatia crônica são mais suscetíveis ao desenvolvimento de sintomas ansiosos e depressivos do que em participantes em decorrência de nefropatia aguda”. Visto que, os participantes em tratamento hemodialítico estão sujeitos a transformações e impedimentos que comprometem a qualidade de vida, considera-se preventivo verificar se os participantes em hemodiálise apresentam sintomas de ansiedade e depressão, em busca de entender a complexidade e as consequências dos transtornos do humor.

Os objetivos específicos são:

- A. Caracterizar os participantes da pesquisa a partir do questionário sociodemográfico;
- B. Identificar a ocorrência de sintomas ansiosos e depressivos em participantes de tratamento hemodialítico em decorrência de nefropatia aguda;
- C. Identificar a ocorrência de sintomas ansiosos e depressivos em participantes de tratamento hemodialítico em decorrência de nefropatia crônica;
- D. Comparar os grupos analisados, verificando se há diferenças significativas dos sintomas ansiosos e depressivos, considerando a distinção entre a nefropatia em evolução aguda e crônica.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, analítico descritivo de natureza quantitativa e transversal realizado em julho de 2022. A abordagem quantitativa utiliza dados numéricos e grandezas que são analisados por meio de técnicas matemáticas, em que, geram resultados numéricos, aplicáveis aos processos do estudo.^{8,9} O estudo de corte transversal traz de particularidade a observação das variáveis em um único momento e oferece ao pesquisador a observação direta e a realização da coleta de dados em um curto espaço de tempo⁹. O cenário situa-se no Setor de Hemodiálise e ambulatórios do Departamento de Nefrologia do Hospital de Base – Brasília/DF. Os critérios de inclusão foram: Participantes em tratamento de hemodiálise, maiores de dezoito anos, lúcidos, orientados, disponíveis a falar e sem prejuízos na comunicação, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Foram excluídos da pesquisa indivíduos em situação clínica grave (sem possibilidade de responder às questões) que não demonstraram interesse em participar.

Os dados foram coletados após submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FEPECS - com identificador CAA 55416621.3.0000.5553.

A coleta dos dados ocorreu em única etapa, mediante à aplicação de questionário sociodemográfico produzido pelo pesquisador, visando à caracterização dos participantes da pesquisa e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar - HADS, por Zigmond para avaliar a presença e intensidade de sintomas ansiosos e depressivos.

A Escala - HADS mesmo sendo auto aplicável, foi lido no formato de questionário, sendo aplicada pela pesquisadora, por considerar que alguns participantes apresentariam limitações de leitura e escrita mediante ao quadro de saúde. A escala é composta por 14 questões do tipo múltipla escolha, dividida em duas subescalas, para ansiedade e depressão, com 7 itens cada. A pontuação para cada subescala vai de 0 a 21. A avaliação da frequência da ansiedade e da depressão foram realizadas a partir das respostas aos itens da HADS por cada participante.¹⁰

As informações obtidas foram lançadas em planilha eletrônica Microsoft Office Excel for Windows e posteriormente digitadas para os Softwares IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0 realizada em ambiente Windows, para a tabulação dos números. Para a análise estatística comparativa, foi adotado o Teste T de Student para amostras independentes que é disponibilizado pelo software de estatística SPSS-IBM®.

A pesquisa aqui proposta sugere que a hipótese de que “indivíduos em tratamento de hemodiálise em decorrência de nefropatia crônica são mais suscetíveis ao desenvolvimento de sintomas ansiosos e depressivos do que em participantes em decorrência de nefropatia aguda”. Portanto, o método estatístico proposto deve verificar se as respostas obtidas nos formulários aplicados na pesquisa que mede os sintomas de ansiedade e depressão apresentam valores médios superiores quando comparado o grupo de nefropatia crônicas, aqui denominados de IRC, com o grupo representante das nefropatias agudas, aqui denominados de IRA.

Quando o objetivo é confrontar duas populações quanto a uma variável quantitativa, é comum que os pesquisadores não conheçam os parâmetros de nenhuma delas, ou seja, que haja desconhecimento quanto às médias (μ) e os desvios padrão (σ) amostrais da população a ser testada. Quando as duas amostras são independentes entre si e seguem uma distribuição próxima de uma curva normal, em ambas as populações a serem avaliadas, o teste de hipótese T de Student é recomendado e apresenta significativa

robustez estatística. Deve-se verificar, ainda, que a seleção da amostra respeitou o critério aleatório simples e que o tamanho dessa amostra tenha pelo menos de 30 elementos ¹¹. Considerando que o objetivo do estudo é verificar se a média populacional μ_1 é maior do que a média populacional μ_2 e que os levantamentos respeitaram todos os requisitos para a verificação da hipótese elencada, aplicou-se, portanto, o Teste para verificação de diferença entre as médias das 14 perguntas propostas por este estudo.

Portanto, o teste de hipótese aqui avaliado deve examinar a hipótese nula para verificação da suscetibilidade de pacientes IRC em apresentar sintomas de ansiedade e depressão maiores do que pacientes IRA. Para tanto, deve-se verificar as médias das pontuações obtidas em 14 questões aplicadas para os dois grupos elencados. Deverá ser verificada, desta forma, as diferenças das médias das pontuações dos dois grupos a partir do seguinte teste de hipótese:

$$H_0: \mu_1 \geq \mu_2$$

$$H_1: \mu_1 < \mu_2$$

Em que: μ_1 é igual a média da pontuação obtida pelo grupo IRC

μ_2 é igual a média da pontuação obtida pelo grupo IRA

3 RESULTADOS

Os resultados deste estudo são apresentados seguindo a metodologia descrita. Inicialmente são apresentados os resultados de caracterização dos participantes da pesquisa, a partir da aplicação do questionário sociodemográfico, expostos em figuras gráficas após as respectivas descrições, considerando a maior compreensão dos dados por meio da didática visual. Na sequência os resultados obtidos referentes a Escala HADS e posteriormente a análise estatística entre os grupos IRC e IRA.

3.1 REFERENTES AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

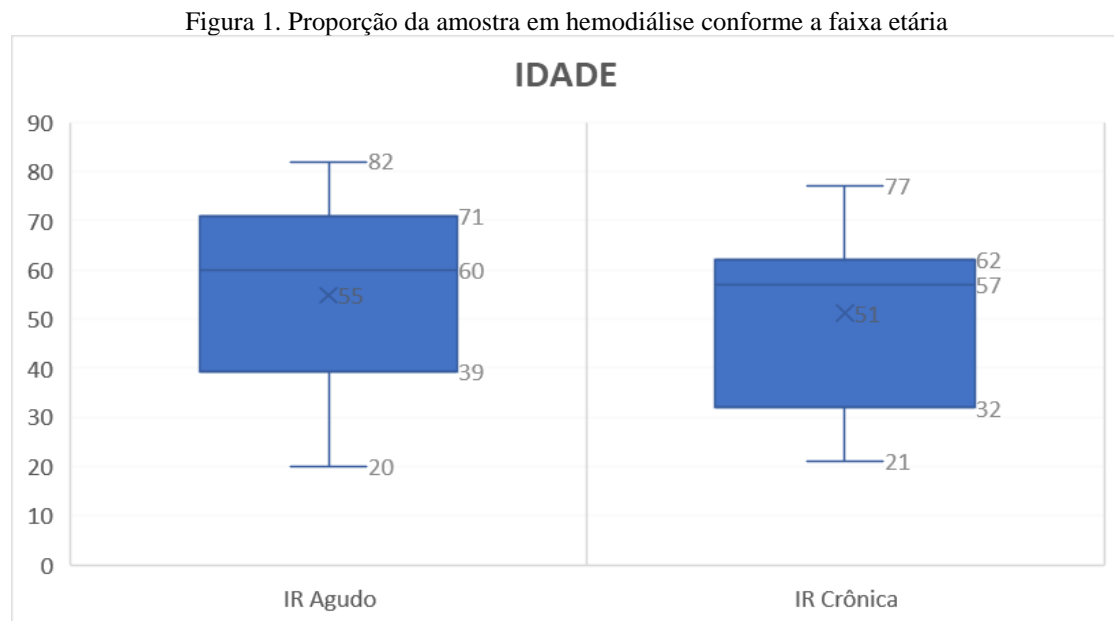
Para a aquisição da coleta de dados da presente pesquisa, abordou-se o total de 38 (100%) indivíduos. Dentre o total dos indivíduos abordados, 1 (1%) foi excluído ao recusar sua participação da pesquisa, 1 (1%) estava fisicamente impossibilitado de responder aos questionários e 5 (5%) por não receber indicação para o tratamento hemodialítico. Sendo assim, a amostra foi constituída por 31 (100%) participantes. Os

resultados da pesquisa são contabilizados a partir do total de 15 participantes com diagnóstico da IRC e 16 com diagnóstico da IRA, totalizando 31 (100%) indivíduos, sendo 48% da amostra para os que possuem IRC e 51 % para os que possuem IRA.

3.2 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

3.2.1 Idade

No quesito idade, os participantes do grupo IRA apresentaram a idade mínima de 20 anos e a idade máxima de 82 anos, sendo (n =5) de 20 a 49 anos e (n = 11) na faixa etária entre 50 a 82 anos. Referente ao grupo IRC, obteve-se a idade mínima de 21 anos e a idade máxima de 77 anos, no qual (n = 6) de 21 a 49 anos e (n = 9) entre 56 a 77 anos. Conforme expresso no gráfico seguinte.

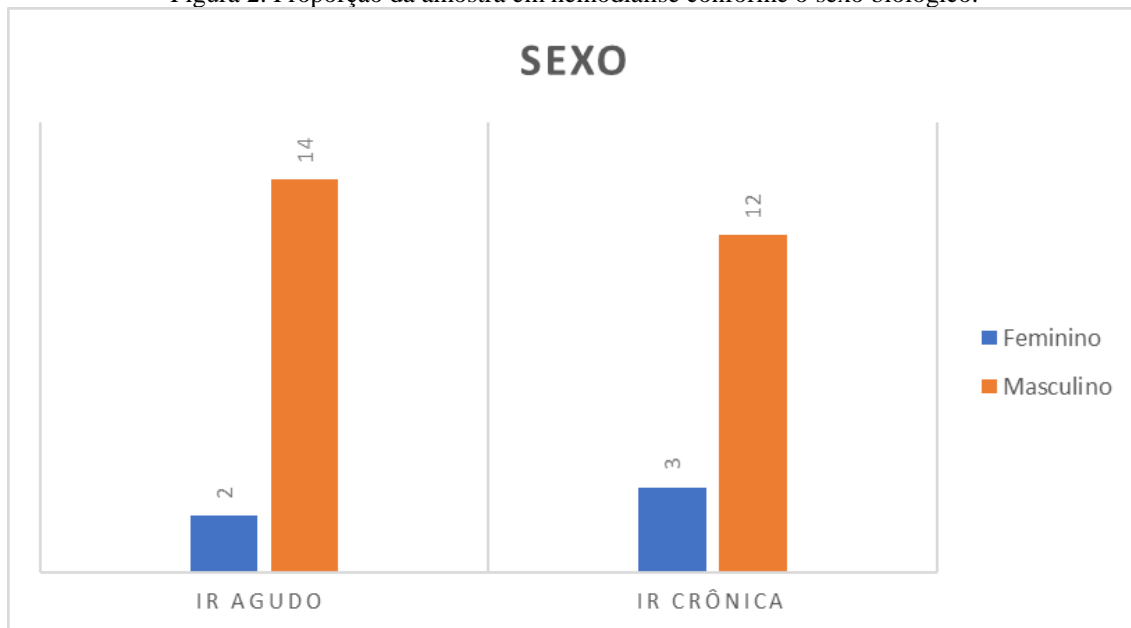


Fonte: Próprio Autor

3.2.2 Sexo

A presente pesquisa contempla a amostra (n =31) com predominância masculina (n= 26) dos participantes, resultado expressivo quando da divisão dos grupos entre IRC (n =12) e IRA (n = 14). Assim apresentados no gráfico abaixo.

Figura 2. Proporção da amostra em hemodiálise conforme o sexo biológico.

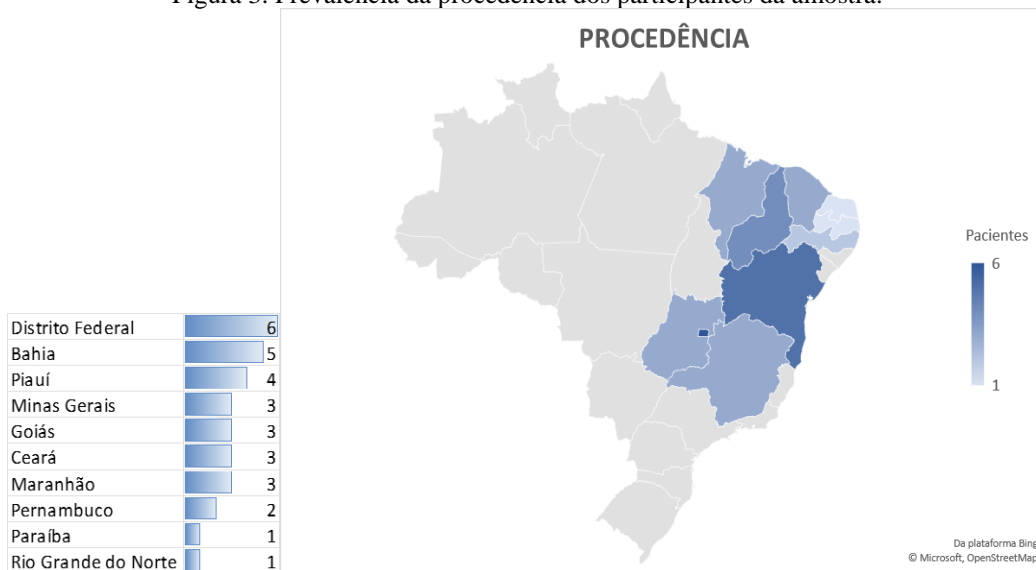


Fonte: Próprio Autor

3.2.3 Procedência

A amostra foi constituída por um quantitativo considerável de participantes provenientes do Distrito Federal – DF, seguidos da Bahia e Piauí.

Figura 3. Prevalência da procedência dos participantes da amostra.



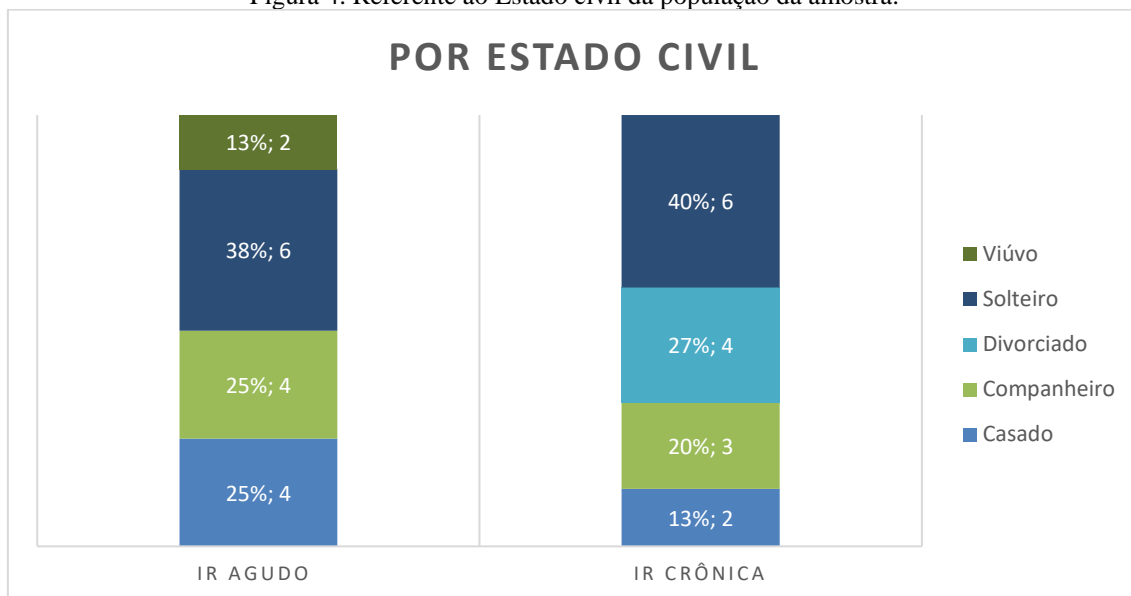
Fonte: Próprio Autor

3.2.4 Estado Civil

Concernente ao estado civil, para os que integraram o grupo IRA obteve maior frequência para solteiros $n = 6$ (38 %), possuem companheiros $n = 4$ (25 %), casados $n = 4$ (25%) e viúvos $n = 2$ (13%). Pertencentes ao grupo IRC ocorreu predominância de

solteiros n= 6 (40%), divorciados n = 4 (27%), que possuem companheiros n = 3 (20%) e casados n = 2 (13%). Expostos no gráfico a seguir.

Figura 4. Referente ao Estado civil da população da amostra.

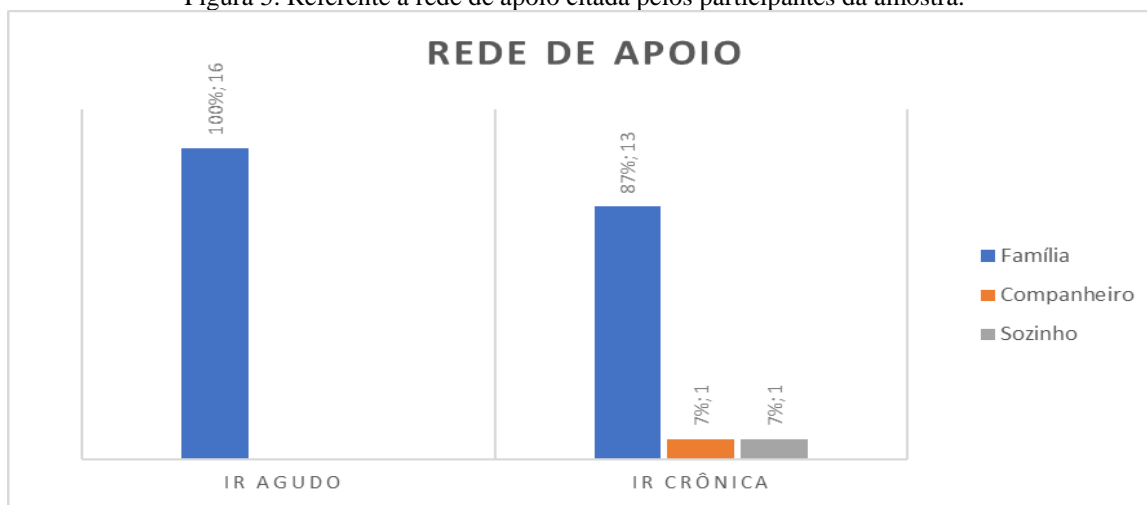


Fonte: Próprio Autor

3.2.5 Rede de Apoio

Considerando a rede de apoio, dentre os participantes do grupo IRA n =16 (100%) declararam a família como principal rede de apoio. Os integrantes do grupo IRC citaram n = 13 (87 %) família, n =1 (7%) companheiros e n= 1 (7%) vivem sozinhos e não possui rede de apoio. Respostas apresentadas no próximo gráfico.

Figura 5. Referente a rede de apoio citada pelos participantes da amostra.

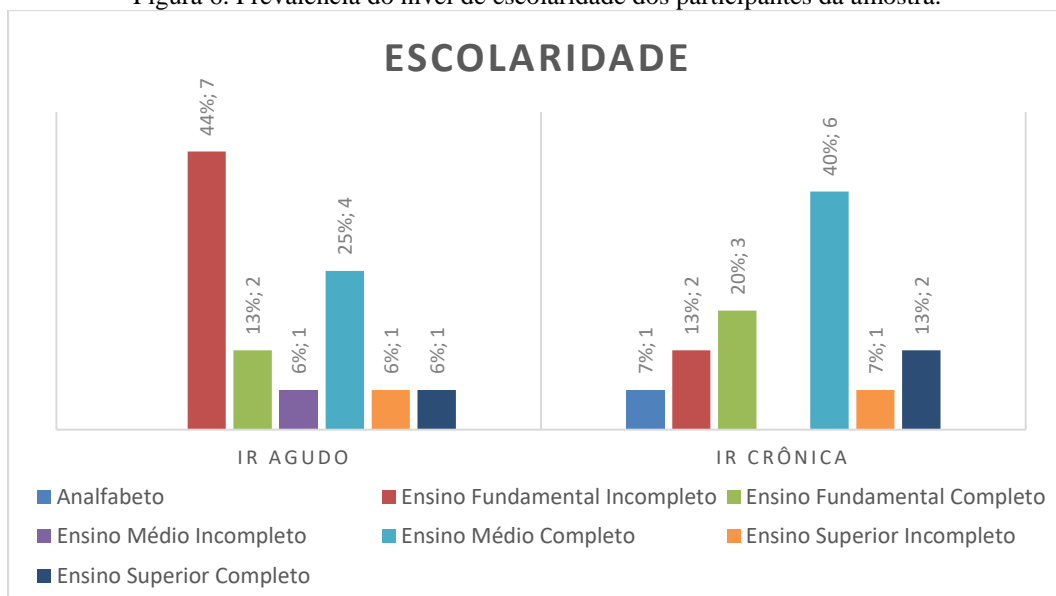


Fonte: Próprio Autor

3.2.6 Escolaridade

Quanto à escolaridade, foi constatado que dos participantes do grupo IRA n=7 (44%) maior parcela possuía ensino fundamental incompleto, n=2 (13%) ensino fundamental completo; ensino médio incompleto n=1 (6%), n=4 (25%) ensino médio completo, Superior Incompleto n= 1 (6%) e (6%) n =1 participantes Ensino Superior Completo. Respostas inerentes ao grupo IRC, n= 6 (40%) ensino Médio Completo; n=3 (20%) ensino fundamental completo, Ensino Fundamental Incompleto n=2 (13%), Ensino Superior Completo n= 2 (13%) e n=1(7%) analfabetos. Dados expressos no gráfico abaixo.

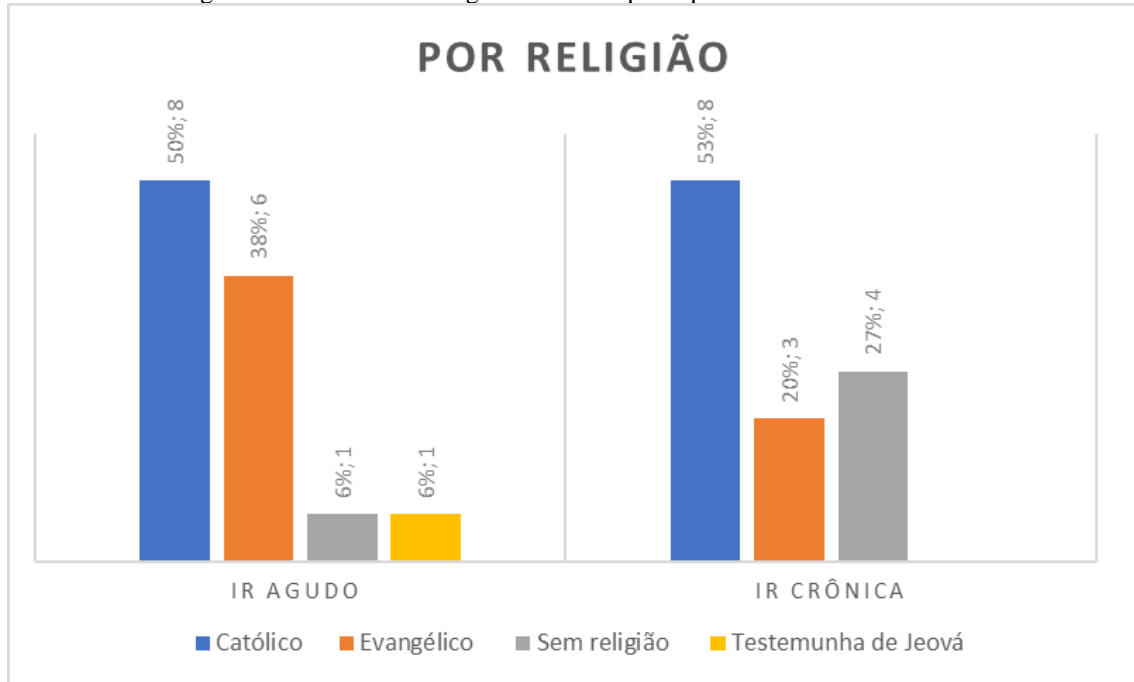
Figura 6. Prevalência do nível de escolaridade dos participantes da amostra.



3.2.7 Religião

No que se refere aos aspectos religiosos, constatou-se para o grupo IRA que 50% (n=8) são católicos, 38% evangélicos (n=6), 6% se declararam sem religião (n=1) e 6% Testemunha de Jeová (n=1). E para o grupo IRC declararam-se católicos 53% (n=8), (n=3) 20% evangélicos e sem religião 27% (n=4). Informações contidas no próximo gráfico.

Figura 7. Incidência da religião declarada pelos pacientes em hemodiálise.

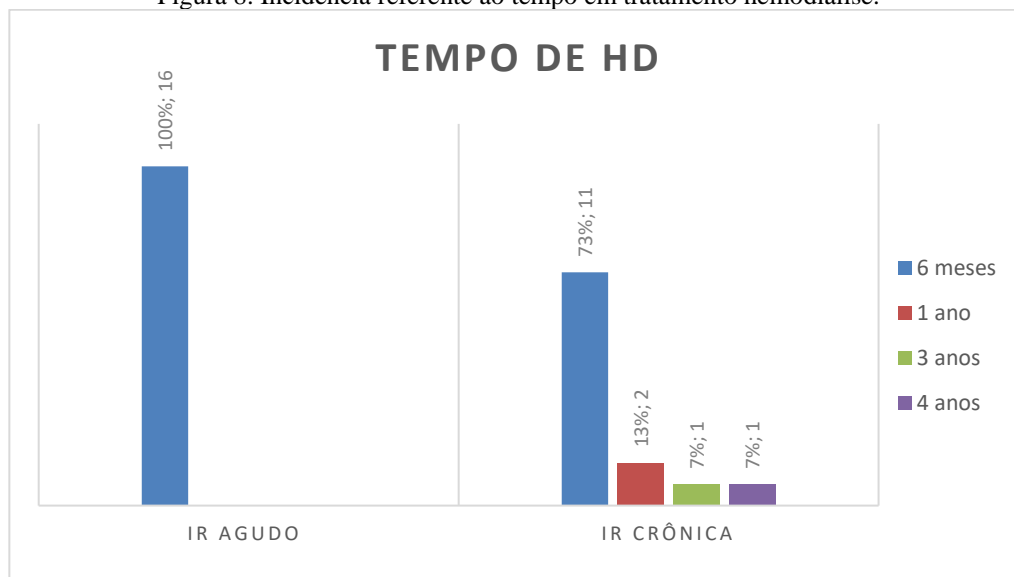


Fonte: Próprio Autor

3.2.8 Tempo em Hemodiálise – HD

Considerando o quesito tempo de tratamento hemodialítico, contabilizou para o grupo IRA n=16 (100%) para até 6 meses em HD e para os integrantes do grupo IRC n=11 (73%) na margem dos 6 meses, n= 2 (13%) há 1 ano em HD, n 1 (7%) há 3 anos e n=1 (7%) há 3 anos. Dispostos no gráfico seguinte.

Figura 8. Incidência referente ao tempo em tratamento hemodiálise.

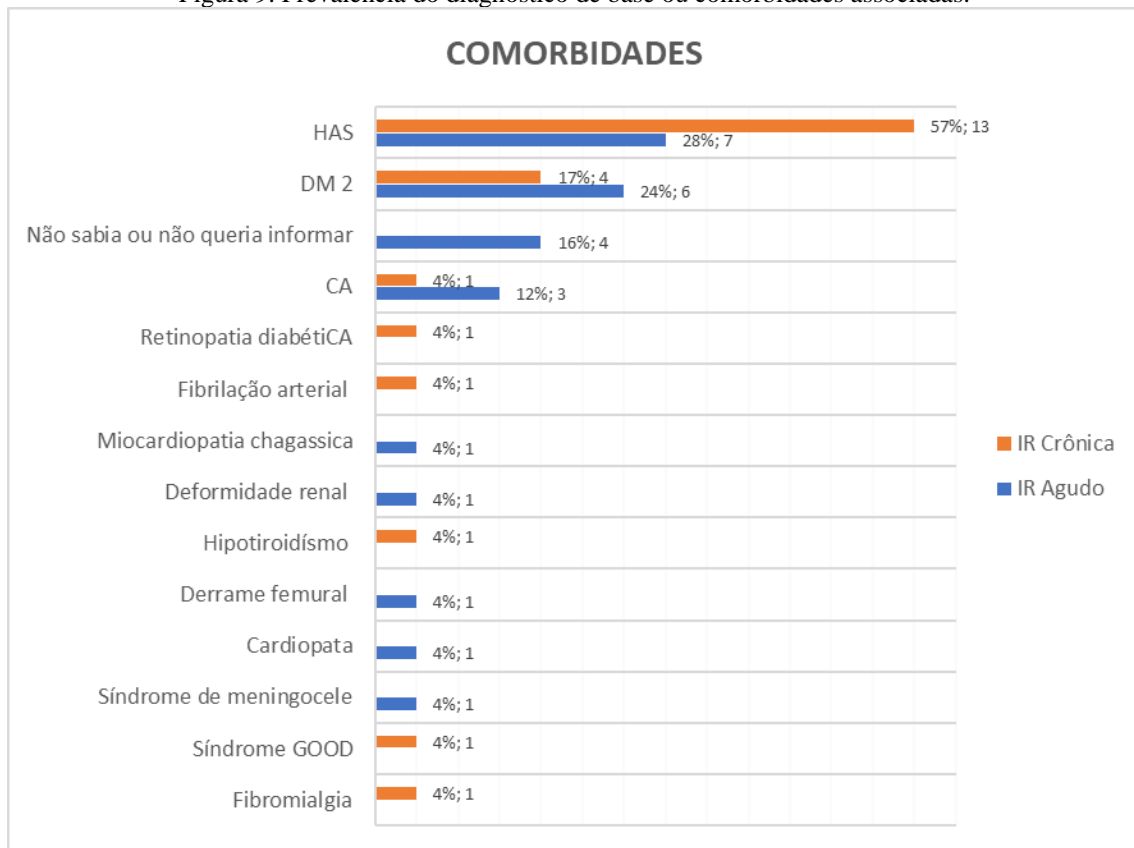


Fonte: Próprio Autor

3.2.9 Comorbidades

Referente às comorbidades associadas, para o grupo IRA foi constatado que 28 % (n=7) possuíam HAS, 24% (n=6) DM 2, 16% (n=4) não sabia ou não quiseram informar, 12% (n=3) CA e 4% (n=1) para miocardiopatia chagásica, deformidade renal, derrame femoral, cardiopatia e síndrome meningocele. Para o grupo IRC 57% (n=13) HAS, DM2 17% (n=4), 4% (n=1) para CA, retinopatia diabética, fibrilação arterial, hipotireoidismo, síndrome de GOOD e fibromialgia. Apresentados no gráfico a seguir.

Figura 9. Prevalência do diagnóstico de base ou comorbidades associadas.



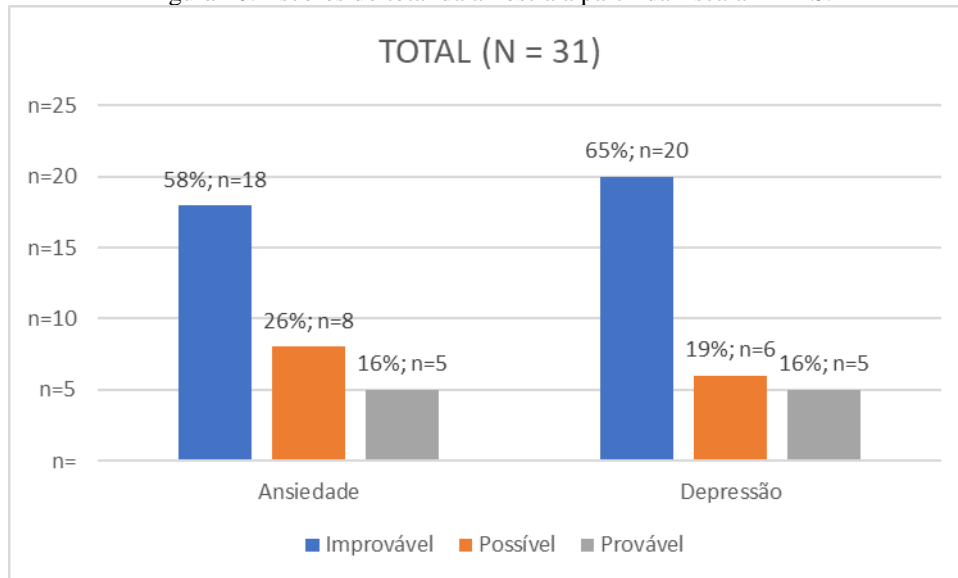
Fonte: Próprio Autor

3.2.10 Resultados referentes a Escala HADS

Quanto aos construtos utilizados neste trabalho, referente a descrição, comparação e correlação em relação a ansiedade e depressão apresentam-se os seguintes resultados. Considerando o total da amostra: 31 participantes

Com relação à variável ansiedade: Ansiedade Improvável 58 % (n=18), Ansiedade Possível 26 % (n=08) e Ansiedade Provável 16 % (n=05). Com relação à variável depressão: Depressão Improvável – 65 % (n=20), Depressão possível - 19 % (n=06) e Depressão Provável - 16 % (n=05). Dados apresentados no seguinte gráfico.

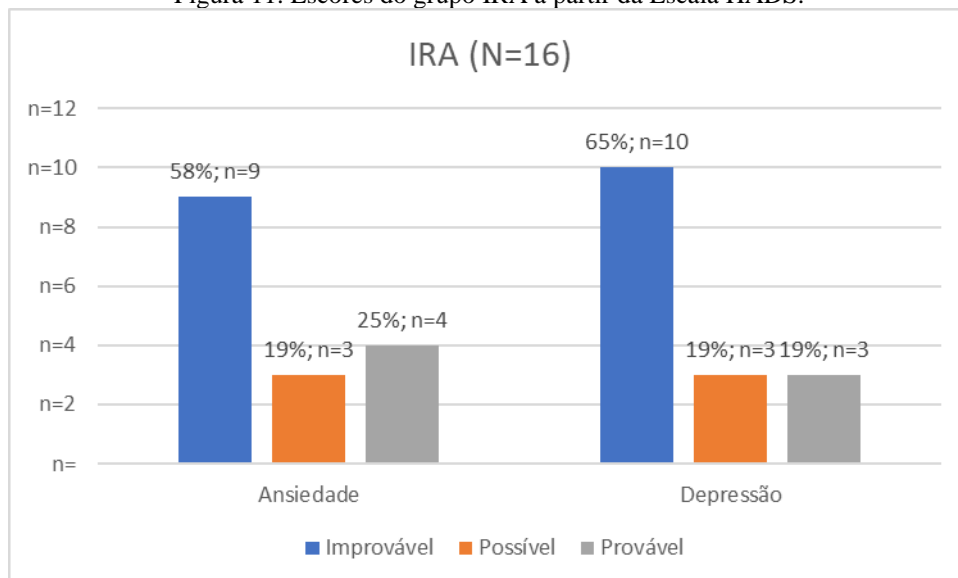
Figura 10. Escores do total da amostra a partir da Escala HADS.



Fonte: Próprio Autor

Referentes aos participantes com IRA (n=16): Com relação à variável ansiedade: Ansiedade Improvável, 58% (n=09), Ansiedade Possível 19% (n=03) e Ansiedade Provável 25% (n=04). Com relação à variável depressão: Depressão Improvável - 65% (n=10), Depressão possível - 19% (n=03) e Depressão Provável - 19% (n=03). Expressos no gráfico a seguir.

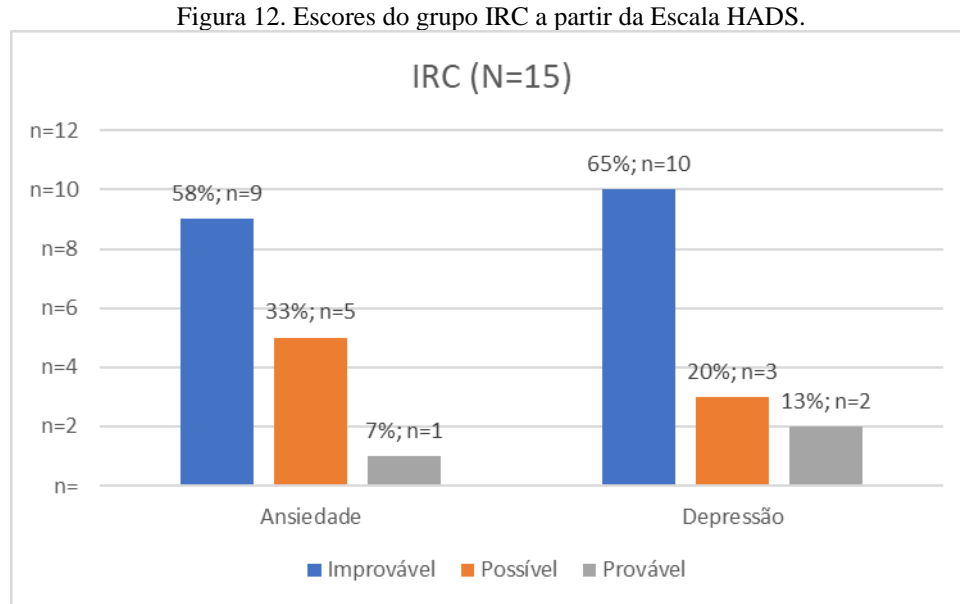
Figura 11. Escores do grupo IRA a partir da Escala HADS.



Fonte: Próprio Autor

Participantes diagnosticados com IRC (n= 15). Com relação à variável ansiedade: Ansiedade Improvável - 58 % (n=09), Ansiedade Possível - 33% (n=05) e Ansiedade

Provável - 07% (n=01). Com relação à variável depressão, foram obtidos os seguintes resultados: Depressão Improvável - 65% (n=10), Depressão possível - 20% (n=03) e Depressão Provável - 13% (n=02).



Fonte: Próprio Autor

3.2.11 Resultados da análise estatística entre os grupos IRC e IRA

Portanto, após o procedimento estatístico compilado pelo software, utilizando o módulo "Comparação de médias e proporções => Teste T de Amostras Independentes, chegou-se ao resultado expresso nas tabelas abaixo.

A tabela 1, descritiva abaixo, apresenta a quantidade (N) de participantes que responderam à pesquisa, considerando o grupo IRA - participantes com diagnóstico de insuficiência renal aguda e o grupo de participantes IRC - com diagnóstico de insuficiência renal crônica. Por meio da Tabela 1, é possível ainda verificar as médias das pontuações – por grupo em questão - assim como também o desvio padrão e o erro padrão em cada questão avaliada.

Tabela 1 - Estatística de Grupo (IRA – IRC)

	Grupo	N	Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão	% entre médias	Dif. as
1 SINTO-ME TENSO/A OU NERVOSO/A:	IRA	16	1,250	1,065	0,266	34%	
	IRC	15	0,933	0,704	0,182		
2 AINDA SINTO PRAZER NAS COISAS DE QUE COSTUMAVA GOSTAR:	IRA	16	1,188	1,109	0,277	1%	
	IRC	15	1,200	1,207	0,312		
3	IRA	16	0,813	1,109	0,277	2%	

	TENHO UMA SENSÇÃO DE MEDO, COMO SE ALGO TERRÍVEL ESTIVESSE PARA ACONTECER:	IRC	15	0,800	0,941	0,243	
4	SOU CAPAZ DE RIR E VER O LADO DIVERTIDO DAS COISAS:	IRA	16	0,563	0,892	0,223	30%
		IRC	15	0,800	0,941	0,243	
5	TENHO A CABEÇA CHEIA DE PREOCUPAÇÕES:	IRA	16	1,250	1,125	0,281	6%
		IRC	15	1,333	0,900	0,232	
6	SINTO-ME ANIMADO/A:	IRA	16	0,688	1,078	0,270	26%
		IRC	15	0,933	1,033	0,267	
7	SOU CAPAZ DE ESTAR DESCONTRAIDAMENTE SENTADO/A SENTIR-ME RELAXADO/A:	IRA	16	1,125	1,088	0,272	1%
		IRC	15	1,133	1,125	0,291	
8	SINTO-ME MAIS LENTO/A, COMO SE FIZESSE AS COISAS MAIS DEVAGAR:	IRA	16	2,063	1,124	0,281	15%
		IRC	15	1,800	1,207	0,312	
9	SINTO-ME DE TAL FORMA APREENSIVO/A (COM MEDO), QUE ATÉ SINTO UM APERTO NO ESTÔMAGO:	IRA	16	0,563	0,727	0,182	69%
		IRC	15	0,333	0,617	0,159	
10	PERDI O INTERESSE EM CUIDAR DO MEU ASPECTO FÍSICO:	IRA	16	0,875	1,147	0,287	88%
		IRC	15	0,467	0,516	0,133	
11	SINTO-ME DE TAL FORMA INQUIETO/A QUE NÃO CONSIGO ESTAR PARADO/A:	IRA	16	1,500	1,155	0,289	13%
		IRC	15	1,733	1,100	0,284	
12	PENSO COM PRAZER NAS COISAS QUE PODEM ACONTECER NO FUTURO:	IRA	16	0,938	1,340	0,335	26%
		IRC	15	1,267	1,223	0,316	
13	DE REPENTE, TENHO SENSÇÕES DE PÂNICO:	IRA	16	0,938	1,181	0,295	252%
		IRC	15	0,267	0,799	0,206	
14	SOU CAPAZ DE APRECIAR UM BOM LIVRO OU UM PROGRAMA DE RÁDIO OU TELEVISÃO:	IRA	16	0,500	0,894	0,224	7%
		IRC	15	0,467	0,743	0,192	

Fonte: Próprio Autor

A Tabela 2 apresenta os valores para o teste T, este que será utilizado para verificar a hipótese elencada da pesquisa, ou seja, se existe, ou não, diferenças significativas entre as médias das pontuações obtidas para o questionário aplicado entres os dois grupos aqui avaliados.

Tabela 2 - Teste de amostras independentes

Questão	Variâncias Iguais	Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para igualdade de Média					
		Z	Sig.	t	df	Significância		Diferença média	Erro de diferença padrão
						Unilateral p	Bilateral p		
SINTO-ME TENSO/A OU NERVOSO/A:	Assumidas	4,75	0,04	0,97	29,00	0,170	0,34	0,317	0,33
	Não Assumidas			0,98	26,15	0,167	0,34	0,317	0,32
AINDA SINTO PRAZER NAS COISAS DE QUE COSTUMAVA GOSTAR:	Assumidas	0,18	0,68	-0,03	29,00	0,488	0,98	-0,012	0,42
	Não Assumidas			-0,03	28,35	0,488	0,98	-0,012	0,42
TENHO UMA SENSÇÃO DE MEDO, COMO SE ALGO TERRÍVEL ESTIVESSE PARA ACONTECER:	Assumidas	0,69	0,41	0,03	29,00	0,487	0,97	0,012	0,37
	Não Assumidas			0,03	28,73	0,487	0,97	0,012	0,37
SOU CAPAZ DE RIR E VER O LADO DIVERTIDO DAS COISAS:	Assumidas	0,05	0,82	-0,72	29,00	0,238	0,48	-0,238	0,33
	Não Assumidas			-0,72	28,59	0,239	0,48	-0,238	0,33
TENHO A CABEÇA CHEIA DE PREOCUPAÇÕES:	Assumidas	0,96	0,33	-0,23	29,00	0,411	0,82	-0,083	0,37
	Não Assumidas			-0,23	28,32	0,410	0,82	-0,083	0,36
SINTO-ME ANIMADO/A:	Assumidas	0,00	0,95	-0,65	29,00	0,261	0,52	-0,246	0,38
	Não Assumidas			-0,65	28,98	0,261	0,52	-0,246	0,38
SOU CAPAZ DE ESTAR DESCONTRAIMENTE SENTADO/A E SENTIR-ME RELAXADO/A:	Assumidas	0,08	0,79	-0,02	29,00	0,492	0,98	-0,008	0,40
	Não Assumidas			-0,02	28,71	0,492	0,98	-0,008	0,40
SINTO-ME MAIS LENTO/A, COMO SE FIZESSE AS COISAS MAIS DEVAGAR:	Assumidas	0,26	0,61	0,63	29,00	0,268	0,54	0,262	0,42
	Não Assumidas			0,63	28,46	0,268	0,54	0,262	0,42
DE TAL FORMA APREENSIVO/A (COM MEDO), QUE ATÉ SINTO UM APERTO NO ESTÔMAGO:	Assumidas	1,42	0,24	0,94	29,00	0,177	0,35	0,229	0,24
	Não Assumidas			0,95	28,73	0,176	0,35	0,229	0,24
PERDI O INTERESSE EM CUIDAR DO MEU ASPECTO FÍSICO:	Assumidas	12,47	0,00	1,26	29,00	0,108	0,22	0,408	0,32
	Não Assumidas			1,29	21,13	0,105	0,21	0,408	0,32
SINTO-ME DE TAL FORMA INQUIETO/A QUE NÃO CONSIGO ESTAR PARADO/A:	Assumidas	0,07	0,79	-0,58	29,00	0,285	0,57	-0,233	0,41
	Não Assumidas			-0,58	28,99	0,284	0,57	-0,233	0,40
PENSO COM PRAZER NAS COISAS QUE PODEM ACONTECER NO FUTURO:	Assumidas	0,21	0,65	-0,71	29,00	0,241	0,48	-0,329	0,46
	Não Assumidas			-0,72	28,98	0,240	0,48	-0,329	0,46
DE REPENTE, TENHO SENSÇÕES DE PÂNICO:	Assumidas	4,02	0,05	1,84	29,00	0,038	0,08	0,671	0,36
	Não Assumidas			1,86	26,46	0,037	0,07	0,671	0,36
SOU CAPAZ DE APRECIAR UM BOM LIVRO OU UM PROGRAMA DE RÁDIO OU TELEVISÃO:	Assumidas	0,15	0,70	0,11	29,00	0,456	0,91	0,033	0,30
	Não Assumidas			0,11	28,61	0,455	0,91	0,033	0,29

Fonte: Próprio Autor

Vale destacar que, para todas as questões avaliadas, a diferença entre os valores *P* de significância, entre os grupos, foi desprezível. Portanto, o teste de Levene não representou definição para assumir a diferença entre as variâncias dos grupos avaliados. Em amarelo, na Tabela, o *P* de significância assume variâncias iguais para a maioria das questões.

Quanto à análise dos resultados, verificou-se que, das 14 questões avaliadas nos dois grupos desta pesquisa, apenas a questão 13 representou médias de respostas significativamente diferentes (*p-value* > 0,05). Em verde as questões que apresentaram essas questões.

Portanto, para a questão 13, a hipótese de diferença entre as médias pôde, inclusive, ser corroborada quando da comparação das médias entre os grupos testados, conforme Tabela 1, cuja média do grupo “IRA” representou valor expressivamente maior (0,938) quando comparado com o grupo “IRC”, esse cujo valor médio observado foi de 0,267.

Ainda para destacar a questão 13, a diferença das médias entre os grupos testados foi de 252%, ao passo que a segunda questão com maior diferença absoluta entre as médias dos grupos foi a questão 10, cuja diferença foi de 88%. Portanto, a diferença das

médias entre todos os grupos, considerando todas as questões, exceto a questão 13, foi de 24,3%, valor 10 vezes inferior à diferença observada na questão 13.

Portanto, exceto a questão 13, todas as demais questões testadas (93% das questões) não apresentaram diferença significativa entre as pontuações médias obtidas quando comparado os dois grupos avaliados pelo método proposto por esta pesquisa. Logo, a hipótese nula não pode ser confirmada, segundo este levantamento, ou seja, não se observaram diferenças significativas entre as pontuações médias obtidas entre os grupos IRA e IRC, para a maioria das questões testadas.

Para efeitos de comparação entre as médias gerais dos grupos, considerando apenas as questões ímpares, ou seja, questões que avaliam o nível de ansiedade entre os testados, a média absoluta das diferenças entre as 7 questões foi de 1,48. Entretanto, quando retirado "efeito questão 13", a média das diferenças cai para 0,98 pontos, valor esse muito próximo ao observado na média das diferenças das 7 questões pares, cuja avaliação refere-se ao diagnóstico de depressão (1,04 pontos).

4 DISCUSSÃO

A partir do perfil da amostra, caracterizada mediante a aplicação do questionário sociodemográfico identificou-se com expressiva relevância a participação de indivíduos do sexo masculino em terapia renal substitutiva, dados que corroboram com os achados na literatura e em conformidade com o Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica.¹²

A população masculina possui maior risco de mortalidade ocasionada por doença crônica, devido aos hábitos poucos saudáveis, recusa aos serviços preventivos de saúde, com agravo do uso prejudicial de álcool e alto índice hipertensivo, conforme Vigitel.¹³⁻

16

Em conformidade ao estudo de Kusumoto et al¹⁷. foram observados considerável semelhança referente a faixa etária da idade mínima de 20 anos e a idade máxima de 82 anos, dos participantes que compuseram a amostra¹⁷.

Sabe-se que transformações em indicadores de saúde contribuíram com a diminuição na taxa de mortalidade e mudança no perfil demográfico e epidemiológico em todo o país. Contudo, o aumento da expectativa de vida resultou na elevação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que, por sua vez, provocam impacto na expectativa de vida. A Insuficiência Renal – IR integra o rol das DCNT que causam

prejuízos orgânicos funcionais e psicológicos que acarreta na vida dos indivíduos em processo de envelhecimento, sendo considerada um problema de saúde pública¹⁸.

Os dados sociodemográficos da presente pesquisa, apresentaram que a mostra foi constituída por um quantitativo considerável de participantes provenientes do Distrito Federal – DF, considera-se que esse dado pode favorecer ao desenvolvimento de futuras pesquisas epidemiológicas, ou de monitoramento da doença renal crônica em territórios, como encontrados na literatura.

Quanto ao estado civil, em discordância aos achados por Souza et al¹⁹. ocorreu prevalência de participantes solteiros em ambos os grupos IRA e IRC^{20,21}. Referente a escolaridade, entre os participantes da pesquisa de ambos os sexos, houve predominância do ensino fundamental incompleto, assim como os estudos de Oliveira et al²².

Estudos apontam que o nível educacional é um fator de relevância devido sua influência direta no entendimento do tratamento em hemodiálise, considerando que o grau de instrução é capaz de promover maior assimilação dos aspectos que envolvem a hemodiálise. Compreensão que contribui com a adesão, autocuidado e da importância do trabalho da equipe multiprofissional. O baixo nível escolar é reconhecido como fator de risco para o diagnóstico precoce, hábitos saudáveis e comprometimento com o tratamento.

No que diz respeito à religião, predominantemente a população do estudo se declarou católica, seguidos por evangélicos. Segundo Eloia et al.²³ a prática religiosa coopera com a promoção da qualidade de vida, em relação aos que não possuem crença. Corroborando, portanto, com Duarte et al.²⁴

Estudos revelam que o reforçamento dos aspectos da espiritualidade promove benefícios mentais e fisiológicos. Bem como, a promoção da valorização da vida, sentimento de esperança, mesmo diante das fragilidades decorrentes da DRC e adaptações terapêuticas.²³

A amostra indicou prevalência de participantes que indicaram a família como a principal rede de apoio. Resultados em conformidade a pesquisas que buscaram avaliar o suporte social em adultos e idosos renais crônicos em hemodiálise. Pesquisas evidenciam a importância da rede de apoio, visto que, a ausência do apoio social está associada a má adesão ao tratamento e rebaixamento da qualidade de vida.²⁵ Em consonância, pesquisas comprovam que o suporte familiar está relacionado ao aumento do senso de segurança, hábitos saudáveis e baixos níveis de transtornos do humor.²⁶

A amostra foi constituída por indivíduos com prevalente histórico de doenças de bases como a diabetes mellitus e hipertensão arterial e realizando hemodiálise em média há 6 meses, como referido em Aguiar et al.²⁶

Os resultados dos escores obtidos através da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão não apresentaram diferenças significativas entre os grupos, em conformidade aos achados por Macuglia²⁷, os valores foram divergentes da literatura, com prevalência menor tanto de ansiedade quanto de depressão, considerando a amostra da pesquisa.

Esses dados podem contribuir com a análise crítica dos fenômenos fisiológicos e psicológicos envolvidos no contexto do adoecimento renal, bem como, a não patologização psicológica da Doença renal crônica, visto que, alguns fatores orgânicos são confundidos com as sintomatologias dos transtornos do humor. Ressaltando que a Insuficiência Renal, pode acarretar em alterações físicas e hormonais.

Sabe-se que a anemia é recorrente no curso da DRC e sua prevalência aumenta conforme a diminuição da função renal, ocasionando incapacidade física, fadiga, prejuízo da função cognitiva, letargia, alteração do sono, dispneia, perda de peso, descoloração de pele e mucosas, anorexia, diminuição da oxigenação dos tecidos em decorrência da baixa concentração de hemoglobina e, conseqüentemente, sobrecarga cardíaca, o que desencadeia angina e taquicardia.²⁸

Pesquisas indicam subnotificação dos transtornos do humor no contexto do tratamento em hemodiálise, o que interfere diretamente na assistência terapêutica. Contudo, a ausência de parâmetros clínicos e laboratoriais que descartem evidências fisiológicas reforçam a estigmatização psicológica dos participantes em hemodiálise²⁹.

5 CONCLUSÃO

A presente pesquisa objetivou investigar a ocorrência de sintomatologias ansiosas e depressivas em participantes do tratamento hemodialítico em decorrência de nefropatia com evolução aguda e crônica, mediante a aplicação da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – HADS após a caracterização da amostra a partir do questionário sociodemográfico.

A análise dos resultados demonstrou que a amostra não resultou em conformidade com a hipótese proposta, que “indivíduos em tratamento de hemodiálise em decorrência de nefropatia crônica são mais suscetíveis ao desenvolvimento de sintomas ansiosos e depressivos do que em participantes em decorrência de nefropatia aguda”. A partir das

respostas alcançadas, pode-se concluir que o comparativo entre os dois grupos evidenciou níveis de semelhanças, não sendo confirmada distinção estatística significativa entre os índices de ansiedade e depressão para ambos os grupos IRA e IRC.

Apesar dos dados apontarem baixos índices, a ferramenta HADS identificou ocorrência do risco do desenvolvimento de transtornos do humor em participantes de tratamento na modalidade hemodialítico em decorrência de nefropatias com evolução aguda e crônica no departamento de nefrologia e/ou do setor de hemodiálise ou enfermarias do Hospital de Base de Brasília – Distrito Federal no ano de 2022.

Considera-se que a identificação de tais patologias no contexto do tratamento em hemodiálise, possibilitem a prevenção de agravos, promoção da adequada atenção e melhor qualidade de vida aos participantes de terapia renal substitutiva, tendo em vista que a saúde mental influencia diretamente na adesão ao tratamento. Enfatizando a importância do papel da Psicologia em direcionar a atenção sobre tais aspectos e propor protocolos de intervenção e prevenção do adoecimento psíquico.

Vale destacar que os resultados obtidos não são passíveis de generalização considerando a proporção pequena da amostra, limitação da presente pesquisa. Recomenda-se a utilização de amostras representativas, bem como equiparação significativa nos quantitativos empregados na comparação entre os grupos da população investigada.

Ressalta-se que os instrumentos utilizados apresentaram dados em respostas aos objetivos e hipóteses deste estudo e que poderão contribuir com a realização de novos estudos e publicações científicas.

Salienta-se que os percentuais das sintomatologias identificadas não constituem diagnósticos, visto que, foi utilizado um instrumento de rastreio das sintomatologias ansiosas e depressivas. Sugere-se, que pesquisas posteriores, utilizem de outros instrumentos, proporcionando a comparação entre instrumentos avaliativos. Destaca-se, ainda, que o estudo de caráter longitudinal, ao longo de um tratamento crônico, poderia avaliar alterações nos indicadores das sintomatologias abordadas nesse estudo.

REFERÊNCIAS

1. SBN. Hemodiálise - SBN [Internet]. [cited 2021 Nov 6]. Available from: <https://www.sbn.org.br/orientacoes-e-tratamentos/tratamentos/hemodialise/>
2. Galvão AAF, Silva EG, Santos W dos S. As dificuldades encontradas pelos pacientes com insuficiência renal crônica ao iniciar o tratamento | Revista de Iniciação Científica e Extensão. Rev Iniciação Científica e Extensão. 2019;2(4):181–9.
3. Pretto CR, Rosa MBC da, Dezordi CM, Benetti SAW, Colet C de F, Stumm EMF. Depressão e pacientes renais crônicos em hemodiálise: fatores associados. Rev Bras Enferm. 2020;73 1(Suppl 1):e20190167.
4. Viana M de B. Mudanças nos conceitos de ansiedade nos séculos XIX e XX: Da “angstneurose” ao DSM-IV. 2010;206.
5. Silva ACS da. Depressão e ansiedade em pacientes transplantados renais. 2018;
6. Barboza S de A. Descrição: Transtornos de humor, ansiedade e risco de suicídio em pacientes renais crônicos [Internet]. [cited 2021 Nov 6]. Available from: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFS-2_b97e0e450bfccce765f277c81695c0fb7
7. Grandizoli MV, Araújo Filho GM de. Depression, hopelessness, suicide ideation and quality of life of patients on hemodialysis. Rev da SBPH. 2020;23(1):53–65.
8. Pereira A, Shitsuka D, Parreira F, Shitsuka R. Método Qualitativo, Quantitativo ou Quali-Quanti [Internet]. Metodologia da Pesquisa Científica. 2018. 119 p. Available from: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1. Acesso em: 28 março 2020.
9. Rosas MA, Gadelha MS, Fabrício MM. Ideação suicida em adolescentes em situação de vulnerabilidade social; Suicidal ideation in adolescents in the situation of social vulnerability Ideación de suicidio en adolescentes en situación de vulnerabilidad social. 2021;2021:1–15.
10. Marcolino JÁM, Suzuki FM, Alli LAC, Gozzani JL, Mathias LA da ST. Medida da ansiedade e da depressão em pacientes no pré-operatório. Estudo comparativo. Rev Bras Anesthesiol. 2007;57(2):157–66.
11. Janilson Pinheiro de Assis, Roberto Pequeno de Sousa PCFL. Testes De Hipóteses Estatísticas [Internet]. 2020. 182 p. Available from: <https://livraria.ufersa.edu.br/testes-de-hipoteses-estatisticas/>
12. States U. Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018 Brazilian. Access. 2007;(December):1.
13. Bettoni LC, Ottaviani AC, Orlandi FDS. Relationship between self-care and depression and anxiety symptoms in individuals undergoing hemodialysis. Rev da Rede Enferm do Nord. 2017 Jun 13;18(2):181.
14. Vista do Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes hemodialisados [Internet].

[cited 2022 Dec 5]. Available from:
<https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/643/709>

15. Figueiredo A do C. “Brasil, 2020.” Vol. 6, Revista de Ciências do Estado. 2021. 1–12 p.
16. Jesus NM, Souza GF de, Mendes-Rodrigues C, Almeida Neto OP de, Rodrigues DDM, Cunha CM. Quality of life of individuals with chronic kidney disease on dialysis. *J Bras Nefrol.* 2019;41(3):364–74.
17. Kusumoto L, Marques S, Haas VJ, Aparecida R. WCN 2007 / Nursing Meeting Adultos e idosos em hemodiálise : avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde Adults and elderly on hemodialysis evaluation of health related quality of life. *ACTA - Paul Enferm.* 2008;21:152–9.
18. De Q, Alves S, Melo F, Eduardo A, Cavalcante O, Thomaz E, et al. crônicos Quality of life and sociodemographic aspects of chronic kidney patients Calidad de vida y aspectos sociodemográficos de pacientes renales crónicos . 13(2):1–9.
19. World Health Organization, Wildiers H, Heeren P, Puts M, Topinkova E, Janssen-Heijnen MLG, et al. Cancer. plano_nacional_saude_2020_2023 *J Oncol Pharm Pract.* 2021;27(1):3–19.
20. Souza MAH de, Holanda R, Martins ETJ, Hoffmeister AC, Capellari C. Perfil de pacientes em hemodiálise de um serviço de referência do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. *Res Soc Dev.* 2022;11(1):e41611125025.
21. Fernandes D, Zanelli TLP, Rodrigues AS, Rodrigues MP, Lodi JC, Marques TM, et al. Qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva: uma análise da doença renal crônica e perfil populacional de risco. *Rev Eletrônica Acervo Saúde.* 2020;12(12):e4759.
22. Moura L de, Schmidt MI, Duncan BB, Rosa R dos S, Malta DC, Stevens A, et al. Monitoramento da doença renal crônica terminal pelo subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - Apac - Brasil, 2000 a 2006. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2009 Jun [cited 2022 Dec 5];18(2):121–31. Available from: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
23. Eloia SC. Enfrentamento do coping religioso e esperança na doença renal crônica : estudo controlado randomizado *. 2021;1–8.
24. Oliveira MJ de, Rodrigues RF, Rodrigues VGB, Passos XS, Rodrigues LF. Avaliação Da Qualidade De Vida De Pacientes Renais Crônicos Submetidos À Hemodiálise – Casos Da Santa Casa De Caridade De Diamantina. *Arq Ciências da Saúde da UNIPAR.* 2022;26(3):736–47.
25. Vista do “Brasil, 2020” [Internet]. [cited 2022 Dec 11]. Available from: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/revice/article/view/e29325/e29325>
26. de Aguiar LK, Prado RR, Gazzinelli A, Malta DC. Fatores associados à doença

renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2020 Jun 5 [cited 2022 Dec 10];23:1–15. Available from: <http://www.scielo.br/j/rbepid/a/JY5X7GG6mbjfdcX5gcGW6Km/?lang=pt>

27. Revisão Miléo A DE, Cardoso J, José de Souza P. Psiconefrologia x medicina: Subjetividade e desafios no diagnóstico da doença renal crônica. *Rev Científica Multidiscip Núcleo do Conhecimento* [Internet]. 2021 Aug 27 [cited 2021 Nov 17];05(08):125–42. Available from: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/psiconefrologia>

28. Abensur H. Iron deficiency in chronic kidney disease. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2010;32(SUPPL. 2):84–8.

29. Cremasco G da S, Baptista MN. Depressão e doença renal crônica: revisão integrativa da literatura. *Psicol - Teor e Prática*. 2018;20(3):343–59.