

Sono e depressão em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise

Sleep and depression in patients with chronic kidney disease on hemodialysis

Telma Suanne Rocha dos Santos¹, Anselmo Cordeiro de Souza², Mônica Karla Vojta Miranda³, Marcio Siqueira⁴, Cristina Zukowsky-Tavares⁵, Elias Ferreira Porto⁶.

RESUMO

O presente artigo objetivou analisar o perfil de saúde relacionado à depressão e à qualidade de sono de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. Trata-se de investigação transversal de abordagem quantitativa. Todos os participantes responderam três questionários: questionário sociodemográfico e sobre fatores associados, criado pelos autores da pesquisa, Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Houve prevalência de adultos na meia-idade, com proporção levemente maior de indivíduos do sexo masculino, casados, que realizavam hemodiálise na enfermaria e recebiam Benefício de Prestação Continuada. Também foi mais frequentemente a qualidade do sono classificada como alterada. Na avaliação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, 8,5% dos pacientes foram classificados com depressão, os quais em maior proporção tinham diabetes e hipertensão em relação aos demais com diferença significativa. Conclui-se que na amostra deste estudo houve impacto negativo na qualidade e na quantidade do sono, com limitações e frequente número de hospitalizações. Para ansiedade e depressão, houve diferença significativa entre o grupo que autodeclarou que a doença impacta de forma global sua vida em relação àqueles que declararam não impactar.

Palavras-chave: Sono. Depressão. Diálise Renal. Insuficiência Renal Crônica.

ABSTRACT

This article aimed to analyze the health profile related to depression and the quality of sleep of patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. This is a cross-sectional investigation with a quantitative approach. All participants answered three questionnaires: sociodemographic and associated factors questionnaire, created by the research authors, Pittsburgh Sleep Quality Index and Hospital Anxiety and Depression Scale. There was a prevalence of adults in middle age, with a slightly higher proportion of male individuals, married, who underwent hemodialysis in the ward and received Continuous Care Benefit. Sleep quality was also more often classified as altered. In the evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale, 8.5% of the patients were classified as having depression, who in a greater proportion had diabetes and hypertension in relation to the others, with a significant difference. In the sample of this study, there was a negative impact on the quality and quantity of sleep, with limitations and frequent number of hospitalizations. For anxiety and depression, there was a significant difference between the group that self-declared that the disease has a global impact on their life in relation to those who declared that it did not have an impact.

Keywords: Sleep. Depression. Renal Dialysis. Renal Insufficiency. Chronic

¹ Mestre em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: as_suanne@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3977-3185>

² Mestre em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo. Docente na Faculdade Adventista da Bahia E-mail: anselmo.souza@adventista.edu.br. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0156-716X>

³ Mestre em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo. Docente na Universidade Estadual do Pará E-mail: monicavojta@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9610-0468>

⁴ Psicólogo pela Faculdade Adventista da Bahia. E-mail: marcio.vivamelhor@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1404-7769>

⁵ Doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: cristina.tavares@unasp.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8137-3962>

⁶ Doutor em Ciências da Saúde (Departamento de medicina translacional) pela Universidade Federal de São Paulo. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: eliasporto@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8326-2054>.

1. INTRODUÇÃO

As doenças não transmissíveis são a principal causa de morte em todo o mundo. Neste cenário na última década a doença renal crônica (DRC) tem ganhado contornos epidêmicos face ao aumento constante de sua prevalência, se tornando uma das principais causas de mortalidade e morbidade em todo o mundo¹. A DRC é definida como lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina)². Análises mostraram que a albuminúria também tem efeito importante nos desfechos da DRC, o que levou a incluí-la na classificação revisada de 2012³.

Atualmente o melhor indicador disponível da função renal global é a taxa de filtração glomerular, que é igual à quantidade total de líquido filtrado através de todos os néfrons funcionais por unidade de tempo. Quando a taxa de filtração glomerular alcança o quinto e mais avançado estágio da perda funcional progressiva observado na DRC, acontece o que se denomina doença renal terminal (DRT). Diante da DRT, as opções para os pacientes são terapias renais substitutivas (TRS), na forma de diálise, ou transplante renal, ou, ainda, tratamento conservador (paliativo ou não dialítico)^{2,4}.

Entre as TRS disponíveis nas DRT, estão a diálise peritoneal ambulatorial contínua, a diálise peritoneal automatizada, a diálise peritoneal intermitente e a hemodiálise⁵. A maioria das pessoas que chegam à DRT é tratada com TRS, como hemodiálise ou diálise peritoneal, com prevalência global de 280 por milhão de pessoas, em comparação a 65 por milhão de pessoas que têm um transplante renal em funcionamento. A sobrevivência em 5 anos de pessoas com DRT em diálise é de 13% a 60% mais baixa do que a população geral de idade semelhante. Aproximadamente 56% das pessoas com DRT em diálise estão ativamente à espera de um transplante renal, mas a demanda supera a disponibilidade. Apenas 25% recebem um rim, enquanto a cada ano 6% morrem enquanto esperam por um transplante^{3,4}.

O aumento mundial do número de pacientes com DRC e a consequente insuficiência renal terminal que necessitam de TRS ameaça atingir proporções epidêmicas, e apenas um pequeno número de países tem economias robustas capazes de atender aos desafios colocados, tornando-se grave problema de saúde pública global⁶. A última década tem registrado crescente prevalência na população. De acordo com estimativas globais da Organização Mundial da Saúde (OMS), 864.226 mortes (ou 1,5% das mortes em todo o mundo) foram atribuídas a essa condição em 2012. Classificada como décimo quarto na

lista das principais causas de morte, a DRC foi responsável por 12,2 mortes por 100 mil pessoas⁴.

A incidência e a prevalência da DRT diferem substancialmente entre países e regiões. Estima-se que mais de 80% de todos os pacientes que recebem tratamento para doença renal em estágio terminal estejam em países ricos com grandes populações idosas e acesso universal a cuidados de saúde³. A prevalência de DRC é consistentemente relatada em cerca de 11% da população em países de alta renda⁴ e em 8% a 16% em todo o mundo, porém as variações mundiais na incidência e a prevalência da DRC são menos claras, porque os dados são principalmente de estudos de coorte, que selecionam populações heterogêneas³.

Nesse sentido, a DRC interfere na qualidade de vida, comprometendo o bem-estar físico e social desses pacientes. A depressão é uma das situações mais prevalentes nas pessoas com DRC⁸. No entanto, a sobreposição entre os sintomas da DRC e os da depressão contribui para um diagnóstico particularmente desafiador, além da prevalência da depressão nessa população específica não estar clara e variar em função dos critérios e dos instrumentos utilizados nas amostras incluídas nos estudos^{9,10}.

Relata-se, ainda, que evidências fisiológicas têm sugerido que o sono modula a função renal¹¹, e distúrbios do sono estão notavelmente associados à progressão da DRC para DRT, bem como ao aumento da mortalidade por todas as causas em pacientes com DRC^{12,13}. No entanto, vários aspectos da associação entre qualidade e duração do sono e resultados de saúde em pacientes com DRC permanecem incertos, além de não estar completamente clara a relação causal entre a quantidade e qualidade do sono (QS) e a função renal, e se desconhecer se os resultados das evidências dos estudos disponíveis são iguais em diferentes populações^{11,14}.

Trabalhos que contribuam para identificação e tratamento dos distúrbios do sono, depressão e fatores associados à DRC tornam-se prioridade, considerando que os sintomas depressivos estão associados à QS de pacientes com DRC, e que o aumento da qualidade de vida e do sono em pacientes com DRC pode diminuir a morbidade e a possibilidade de uma melhor definição da história natural da doença renal¹⁴⁻¹⁶.

Assim, a presente pesquisa objetivou traçar o perfil da QS e da depressão de pacientes com DRC em hemodiálise.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de investigação transversal de abordagem quantitativa, realizada com pacientes com DRC que realizavam hemodiálise com percurso metodológico que compreendeu a coleta de outros dados já discutidos¹⁷.

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2016 a dezembro de 2017 por pesquisadores treinados, de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã e da tarde, em salões de hemodiálise, durante as sessões de cada paciente. Com o indivíduo sentado, após terem sido explicados o objetivo e os procedimentos da pesquisa, e depois de ele ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram preenchidos os instrumentos de pesquisa.

Aplicaram-se, por meio de entrevista, o questionário sociodemográfico e sobre fatores associados, criado pelos autores da pesquisa, e os instrumentos Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), respeitando as condições éticas e técnicas do setor. Os prontuários foram utilizados para coleta informações, como período de início do tratamento, doenças associadas ou restrições.

Utilizou-se o questionário sociodemográfico e sobre fatores relacionados para avaliação individual e caracterização da amostra, distinguindo-se sexo, idade, trabalho, estado geral de saúde e medicamentos em uso, bem como foram caracterizados detalhes sobre as condições relacionadas à insuficiência renal crônica e à hemodiálise.

Na avaliação da QS, foi utilizado o PSQI, que é um instrumento com confiabilidade e validade previamente estabelecidas. Esse questionário apresenta sensibilidade de 89,6% e especificidade de 86,5%. Quando traduzido e validado para o português, o PSQI mantém sua alta sensibilidade (80%), no entanto a especificidade se mostra ligeiramente menor (68,8%)^{18,19}.

Esse instrumento é composto de 19 itens agrupados em sete componentes, cada qual pontuado em uma escala de zero a três. Os componentes são a qualidade subjetiva do sono; a latência do sono; a duração do sono; a eficiência habitual do sono; as alterações do sono; o uso de medicações para o sono e a disfunção diurna. Os escores dos sete componentes são somados para conferir pontuação global do PSQI, a qual varia de zero a 21. Pontuações de zero a quatro indicam boa QS; de cinco a dez, qualidade ruim e acima de dez, distúrbio do sono.

A depressão e a ansiedade foram avaliadas por meio da HAD, já utilizada como ferramenta de triagem para depressão em pacientes com DRC em hemodiálise em outros estudos²⁰. A HAD é composta de 14 questões para avaliar sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com doença física e subdivididas em dois grupos; sete questões avaliam ansiedade e sete, depressão. Cada questão tem escore que varia de zero a três, e a soma das subescalas define a categoria dos pacientes: zero a sete para não casos; oito a dez para casos duvidosos e 11 a 21 para casos definidos^{21,22}.

O teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para avaliação da distribuição dos dados em relação à normalidade. Os dados estão apresentados como média e desvio-padrão. Foi aplicado o teste *t*, para comparar as diferenças entre as variáveis quando a amostra foi distribuída em dois grupos. Quando necessário analisar três variáveis quantitativas, foi utilizada a análise de variância (ANOVA) com pós-teste de Bonferroni. As diferenças entre as proporções foram analisadas por meio do teste do qui-quadrado. Significância estatística foi considerada se $p < 0,05$.

Assim, como recomendado²³, as coletas de dados e os procedimentos de campo somente foram iniciados após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente, sob o número 1.815.820/2016.

3. RESULTADOS

Participaram deste estudo 70 pacientes que realizam hemodiálise. A maioria (58,5%) era residente na cidade onde realizavam a hemodiálise, do sexo masculino (54,2%), com faixa etária entre 21 e 71 anos, autodeclarada casada (52,8%) e morava com a família (88,5%). Apenas 11,4% disseram não possuir religião. Do total de participantes, 67,1% recebiam Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Além da doença renal, 71,4% declararam possuir algum tipo de comorbidade, com destaque para hipertensão arterial e *diabetes mellitus*. A Tabela 1 apresenta as informações demográficas e de saúde geral da amostra estudada.

Tabela 1. Característica demográfica e variáveis do estado de saúde de pacientes renais crônicos que faziam hemodiálise

Variáveis	Total n=70
Idade, anos	50±15,2
IMC, kg/m ²	23,6±3,8
Tempo de hemodiálise, meses	52±30,0
Medicamento em uso	3,9±2,2
Diabetes	26 (37,1)
Hipertensão	48 (68,5)
Hospitalizados	10 (14,2)
Trabalham	24 (34,2)
Beneficiários do BPC	47 (67,1)
Aposentados	15 (21,4)

Resultados expressos como média ± desvio-padrão ou n (%).

IMC: índice de massa corporal; BCP: Benefício de Prestação Continuada.

Fonte: elaboração própria com dados da pesquisa.

Da amostra, 14% dos pacientes foram hospitalizados no mês prévio a participação da pesquisa (Figura 1).

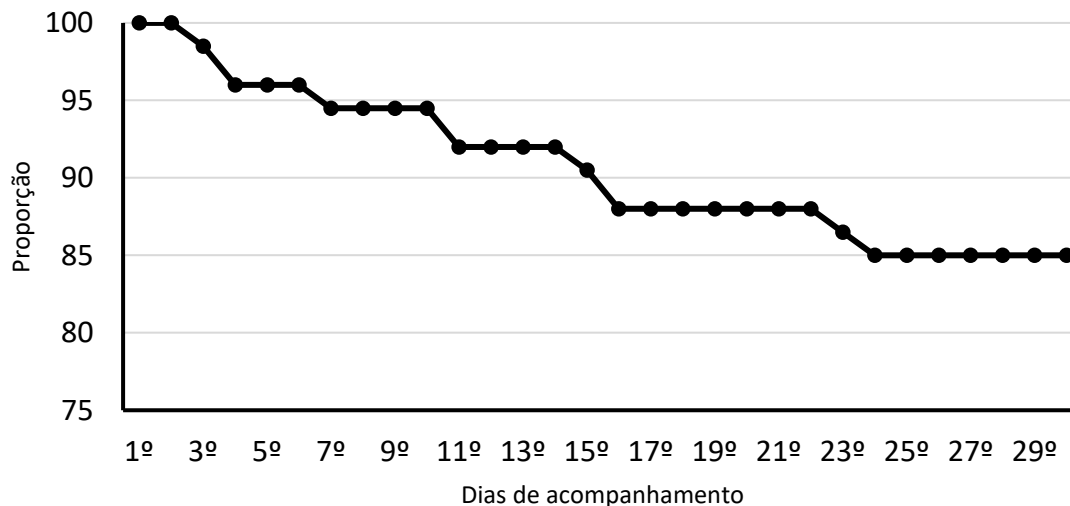


Figura 1: Kaplan-Meier para hospitalização de pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise no último mês, prévio a participação da pesquisa.

Fonte: elaboração própria com dados da pesquisa.

Em relação ao número de sessões de hemodiálise realizada na enfermaria ou na unidade de terapia intensiva durante o período compreendido de dezembro de 2016 a abril de 2017, 34 (48,5%) ficaram nessa unidade e 36 (51,4%) na enfermaria, totalizando 330 sessões de hemodiálise no período. O tempo médio de dias de hospitalização foi de 4,7 dias (Figura 2).

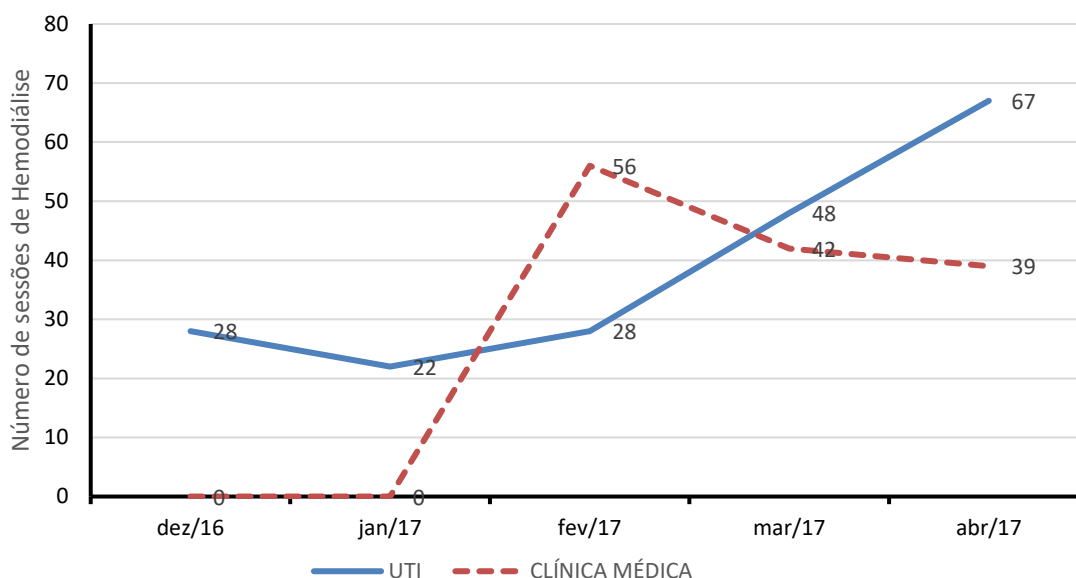


Figura 2: Número de sessões de hemodiálise realizada com o paciente hospitalizado durante os 5 últimos meses.

Fonte: elaboração própria com dados da pesquisa.

Em relação à QS, 12 (17,1%) pacientes foram classificados com QS boa, e 58 (82,8%) com QS alterada. Na comparação entre os grupos, não houve diferença significativa das variáveis estudadas entre os pacientes que realizam hemodiálise com boa QS (pontuações no PSQI de zero a quatro) e aqueles que apresentaram alterações na QS (pontuações no PSQI de cinco a dez e acima de dez). Foi observada, porém, tendência para diferença significativa entre as classificações de QS em relação ao tempo de doença ($p=0,07$) (Tabela 2).

Por autorrelato, observou-se que existiam pacientes que sentiam impacto da doença (24,2%) e outros não o sentiam (75,7%).

Tabela 2: Perfil segundo a qualidade do sono, por meio do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh

Variáveis	QS boa(n=12)	QS alterada(n=58)	Valor de p
Idade, anos	47±14,4	49,7±13,7	0,12
Tempo de doença, meses	40,8±26,8	52,8±24,3	0,07
Medicamentos	3,4±1,6	4,4±1,9	0,18
Hospitalizações (%)	8,3	9,3	0,99
Diabetes (%)	25,0	34,3	0,21
Hipertensão (%)	58,3	68,7	0,18
Beneficiários do BPC (%)	83,3	75,0	0,22
Aposentados (%)	16,6	15,0	0,99
Sem benefícios (%)	0	10,0	-

Resultados expressos como média ± desvio-padrão ou (%).

BPC: Benefício de Prestação Continuada.

Fonte: elaboração própria com dados da pesquisa.

Quando avaliada a QS nesses dois grupos, o grupo que autodeclarou que a doença impactava de forma geral sua vida teve mais sonolência diurna em relação ao que autodeclarou que a doença não impactava de forma geral sua vida (Tabela 3).

Tabela 3: Avaliação da qualidade do sono por meio do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh em pacientes renais crônicos que realizam hemodiálise distribuídos para aqueles que sentem e não sentem o impacto da doença

Variáveis	Todos	Sentem impacto (n=17)	Não sentem impacto (n=53)	Valor de p
Qualidade subjetiva do sono	1,2±0,6	1,2±0,5	1,2±0,6	0,49
Latência do sono	2,0±1,0	2,2±0,8	2±1,0	0,27
Duração do sono	0,79±1,0	0,64±0,81	0,8±1,0	0,24
Eficiência habitual do sono	1,6±0,9	1,6±1,0	1,7±0,9	0,43
Distúrbios do sono	0,98±0,1 1	1±0	0,98±0,13	0,28
Uso de medicação para dormir	0,55±1,1	0,47±0,94	0,57±1,1	0,36
Disfunção durante o dia	0,78±0,8 3	1,1±0,87*	0,67±0,77	0,02*
Escore	7,9±3,2	8,2±2,7	7,9±3,3	0,35
QS boa	17,1	17,6	16,9	-
QS ruim	61,4	64,7	60,3	-
Distúrbios do sono	21,4	17,6	22,6	-

Resultados expressos como média ± desvio-padrão ou (%). QS: qualidade do sono. * p≤0,05.

Fonte: elaboração própria com dados da pesquisa.

Na avaliação da HAD, a mostra foi classificada como sem depressão (61,4%), em risco de depressão (30%) e com depressão (8,5%). Houve diferença significativa com maior proporção de pacientes com diabetes e hipertensão classificados na categoria depressão em relação aos demais (Tabela 4).

Tabela 4: Caracterização do perfil dos pacientes que realizam hemodiálise, segundo a presença ou não de depressão

Variáveis	Sem depressão n=43	Em risco n=21	Depressão n=6	Valor de p
Idade, anos	49,2±34,4	54,4±18,6	55,8±8,7	0,12
Tempo doença, meses	55,2±30,4	46,1±29,7	49,3±28,2	0,33
Medicamentos	3,6±1,7	4,4±2,7	4,5±1,6	0,13
Hospitalizações (%)	16,2	9,0	16,3	0,65
Diabetes (%)	30,2	40,9	50,0*	0,003
Hipertensão (%)	62,7	72,7	83,3*	0,003
Trabalham (%)	9,3	13,6	16,3	0,43
Beneficiários (%)	69,7	50,0	83,3	0,09
Aposentados (%)	18,6	22,0	0	-
Sem benefícios (%)	2,4	13,6	0	-

Resultados expressos como média ± desvio-padrão ou (%). * p≤0,05.

Fonte: elaboração própria com dados da pesquisa.

A probabilidade para ansiedade e depressão foi significativamente maior para o grupo que autodeclarou que a doença impactava de forma global sua vida em relação àqueles que declararam não impactar (p=0,049) (Figura 3).

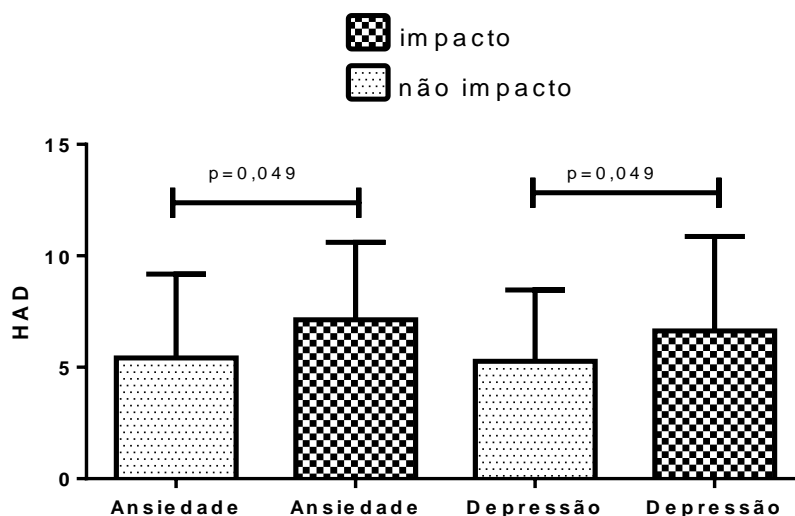


Figura 3: Análise de probabilidade para depressão e ansiedade para os grupos que autodeclararam, ou não, que a doença impacta de forma geral em sua vida.

4. DISCUSSÃO

O objetivo principal deste estudo foi traçar o perfil da QS e da depressão de pacientes com DRC em hemodiálise. Houve prevalência de adultos jovens e de meia-idade residentes em Santarém, que recebiam BPC e proporção levemente maior de indivíduos do sexo masculino, casados, que realizavam hemodiálise. Houve maior prevalência da QS classificada como alterada. Na avaliação da HAD, 8,5% dos pacientes foram classificados com depressão, os quais tinham maior proporção de diabetes e hipertensão em relação aos demais. O grupo que declarou sentir o impacto da doença apresentou mais sonolência e maior probabilidade de desenvolver ansiedade e depressão com diferença significativa em relação ao grupo que declarou não sentir impacto com a doença.

Neste estudo, o perfil dos pacientes submetidos a tratamento de hemodiálise foi de adultos com faixa etária média na meia-idade, e a hipertensão e o diabetes foram as duas principais doenças de base que levaram à necessidade de hemodiálise. De modo semelhante em estudo realizado com 63 pacientes, houve faixa etária média na meia-idade (48,9 anos), porém encontrou proporções inferiores dos que autorrelatarem hipertensão arterial (29,6%) e diabetes (15,9 %) ²⁴. Já em estudo com 235 pacientes, além de ter predomínio do sexo masculino, idade média de 49 anos e ter a hipertensão e o diabetes como principais causas e comorbidades ²⁵, houve proporção inferior de diabéticos e semelhante para hipertensão em relação ao presente estudo. Diferentemente, estudo sobre sono e distúrbios emocionais com 326 pacientes renais crônicos em hemodiálise apresentou o dobro da proporção de diabéticos em relação ao presente estudo, apesar de proporção semelhante de hipertensos ¹⁵. Infere-se que essas diferenças podem estar ligadas a diferenças regionais.

A incidência maior de homens pode ser explicada em parte pela não prevenção e pouca procura de serviços de Atenção Primária à Saúde pela população masculina ²⁶. Saliencia-se ainda que a meia-idade é faixa etária plenamente produtiva da vida. Logo, estar em hemodiálise na meia-idade deve ser visto como algo muito grave, pelo custo social dessa condição. Estudo com 316 pacientes mostrou que a sobrevida dos diabéticos após o início de hemodiálise aos 12, 24 e 36 meses é 66,5%, 44,4% e 25,5%, sendo significativamente menor que a dos não diabéticos, ou seja, 76,9%, 65% e 63,5% respectivamente ²⁷. Apesar de, no presente estudo, não avaliarmos a sobrevida dos pacientes que realizavam hemodiálise, enfatizamos que medidas preventivas são

essenciais para tomadas de decisão na saúde pública e suplementar, principalmente porque a sobrevivência pode estar reduzida se esses pacientes apresentarem outros fatores complicadores, como perda de sono e depressão¹⁵.

No presente estudo, grande parte dos pacientes apresentou distúrbio do sono. Destaca-se que o sono é um requisito físico básico para a manutenção da saúde física e mental, cuja duração varia entre 4 e 10 horas por dia e pode ser influenciada por fatores emocionais e de estilo de vida em geral. Uma QS ruim pode perturbar as emoções, os pensamentos e a motivação do paciente, associando-se ao cansaço, à dificuldade de concentração, à perda de apetite, ao nervosismo, à ansiedade e à depressão²⁸⁻³⁰. Estudos anteriores demonstraram que baixa QS em pacientes em hemodiálise estava associada ao sexo, à idade avançada, à terapia com eritropoetina recombinante, a anos de diálise, ao funcionamento físico, a índice de massa corporal maior, à adequação da diálise, ao hormônio da paratireoide e à qualidade de vida^{31,32}.

A saúde e a qualidade de vida em pacientes em hemodiálise são frequentemente (50% a 80%) influenciadas por seus problemas de sono: insônia, síndrome das pernas inquietas (movimento periódico das pernas durante o sono) e síndrome da apneia do sono^{33,34}. Nota-se ainda que pacientes em hemodiálise geralmente têm menos movimento rápido dos olhos (REM), índice de distúrbio respiratório mais alto, latência do sono mais longa, menos tempo total de sono, menor eficiência do sono e movimentos periódicos dos membros durante o sono (PLMS) mais frequentes em comparação aos pacientes com DRC^{35,36}.

No presente estudo, o grupo que declarou sentir o impacto da doença renal apresentou mais sonolência. Nesse sentido, em estudo com 200 pacientes em hemodiálise, é relatado que, dentre os pacientes, 93% apresentaram disfunção diurna, e 46,5% tomavam medicamentos para dormir, além de apresentar como as causas mais frequentes de distúrbios do sono ronco (47%), dor (35%), cochilo diurno (34%), problemas respiratórios (30%) e prurido (28%)³⁵.

Nesse cenário, aponta-se que a má qualidade do sono prevalente em pacientes em hemodiálise, além de estar associada ao aumento da sonolência diurna, é condição que pode ser agravada ainda mais pela depressão³⁷, que consiste na alteração psicológica mais prevalente em pacientes submetidos à hemodiálise³⁸ e tem sido associada à mortalidade em pacientes em hemodiálise.

Há relato de que, em pacientes em hemodiálise, a depressão pode afetar a função imunológica, a nutrição e os fatores de não aceitação do tratamento, indicando que medidas de depressão podem ser mais úteis na previsão de resultados em pacientes em hemodiálise do que medidas padrão usadas em populações não clinicamente doentes³⁹. Embora sejam comédidos os estudos sobre o efeito do tratamento da depressão no resultado em pacientes em hemodiálise, parece razoável a hipótese de que o tratamento de transtornos depressivos pode aumentar a sobrevivência desses indivíduos.

Entre as limitações do presente estudo, destacamos a investigação ter sido realizada apenas em uma unidade hospitalar, o que limita os resultados. Entre os pontos fortes, vale mencionar que ainda são escassos os estudos sobre sono e depressão na região norte do Brasil, logo este estudo contribui na explicitação do perfil de sono e depressão do renal crônico em hemodiálise, favorecendo evidências para encaminhamentos de promoção da saúde desta população neste território.

Tem sido indicado que o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, bem como medidas preventivas, tem maior nível de importância e eficácia em pessoas com DRC²⁵. Assim, programas de educação em saúde multidimensionais, que englobem a higiene mental e do sono, utilizados em outras populações⁴⁰, podem ser adaptados a essa população, sendo potenciais atenuadores do impacto da doença e do tratamento, além de aliados à promoção e à adoção de um estilo de vida promotor de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença traz impacto negativo na vida dos pacientes, interferido na qualidade e na quantidade do sono, o que foi explicitado pela alta prevalência entre classificados com qualidade do sono alterada. Apresentou-se um perfil prevalente de homens na meia-idade, com frequente número de hospitalizações, alta proporção de hipertensos e diabéticos. Houve maior probabilidade de desenvolver ansiedade e depressão com diferença significativa no grupo que declarou sentir o impacto da doença em relação ao grupo que declarou não o sentir.

Pacientes com esse perfil devem ser considerados como prioridade em estratégias de atenuação do impacto da doença renal para promoção da saúde, visando à adesão de propostas e a intervenções socioeducativas que contemplem a higiene mental e do sono.

REFERÊNCIAS

1. Ng JKC, Li PKT. Chronic kidney disease epidemic: how do we deal with it?. *Nephrology*, 2018;23(Suppl. 4):116-120. <https://doi.org/10.1111/nep.13464>.
2. Romagnani P, Remuzzi G, Glasscock R. et al. Chronic kidney disease. *Nat Rev Dis Primers*, 2017;3(17088):1-24. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.88>.
3. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet*. 2013;382(9888):260-72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60687-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60687-X).
4. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic kidney disease. *Lancet*. 2017;389(10075):1238-52. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5).
5. Li PKT, Chow KM, Van de Luitgaarden MW, Johnson DW, Jager KJ, Mehrotra R, Lameire N. Changes in the worldwide epidemiology of peritoneal dialysis. *Nature Reviews Nephrology*, 2017;13(2):90-103. <https://doi.org/10.1038/nrneph.2016.181>.
6. Bikbov B, Purcell CA, Levey AS, Smith M, Abdoli A, Abebe M, Owolabi MO. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 2020;395(10225):709-733. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30045-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3).
7. El Nahas AM, Bello AK. Chronic kidney disease: the global challenge. *Lancet*. 2005;365(9456):331-40. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17789-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17789-7).
8. Sousa L, Marques-Vieira C, Severino S, Gomes JC, José HM. Análise fatorial confirmatória da Depression Anxiety Stress Scale em pessoas com Doença Renal Crônica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2017;(SPE5):13-8. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0161>.
9. Cremasco GS, Baptista MN. Depressão e doença renal crônica: revisão integrativa da literatura. *Psicol Teor Prat*. 2018;20(3):343-59. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0161>.
10. Kimmel PL. Depression in patients with chronic renal disease: what we know and what we need to know. *J Psychosom Res*. 2002;53(4):951-6. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00310-0](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00310-0).
11. Knutson KL, Lash J, Ricardo AC, Herdegen J, Thornton JD, Rahman M; Cric Study Investigators. Habitual sleep and kidney function in chronic kidney disease: the Chronic Renal Insufficiency Cohort study. *Journal of Sleep Research*. 2018;27(2):283-91. <https://doi.org/10.1111/jsr.12573>.
12. Yamamoto R, Shinzawa M, Isaka Y, Yamakoshi E, Imai E, Ohashi Y; CKD-JAC Investigators. Sleep quality and sleep duration with CKD are associated with progression to ESKD. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2018;13 (12):1825-32. <https://doi.org/10.2215/CJN.01340118>.

13. Yang XH, Zhang BL, Gu YH, Zhan XL, Guo LL, Jin HM. Association of sleep disorders, chronic pain, and fatigue with survival in patients with chronic kidney disease: a meta-analysis of clinical trials. *Sleep Med.* 2018;51:59-65. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.06.020>.
14. Calero K, Anderson WM. Can poor sleep cause kidney disease? Another step closer to the answer. *J Clin Sleep Med.* 2019;15(3):371-2. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7652>.
15. Tu CY, Chou YH, Lin YH, Huang WL. Sleep and emotional disturbance in patients with non-dialysis chronic kidney disease. *J Formos Med Assoc.* 2019;118(6):986-94. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.10.016>.
16. Karatas A, Canakci E, Turkmen E. Comparison of sleep quality and quality of life indexes with sociodemographic characteristics in patients with chronic kidney disease. *Niger J Clin Pract.* 2018;21(11):1461-7. <https://www.njcponline.com/article.asp?issn=1119-3077;year=2018;volume=21;issue=11;spage=1461;epage=1467;aulast=Karatas>.
17. Santos TSR, Souza AC, Honorato LGF, Santos JTR, Pereira STRS, Zukowky-Tavares C, Porto EF. Perfil de estilo de vida de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Saúde e Pesquisa.* 2021; 14(3):1-12. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2021v14n3e7826>.
18. Bertolazi AN, Fagondes SC, Hoff LS, Dartora EG, Miozzo IC, de Barba ME, et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Med.* 2011;12(1):70-5. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.020>.
19. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28(2):193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4).
20. Preljevic VT, Østhus TB, Sandvik L, Opjordsmoen S, Nordhus IH, Os I, et al. Screening for anxiety and depression in dialysis patients: comparison of the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Beck Depression Inventory. *J Psychosom Res.* 2012;73(2):139-44. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.04.015>.
21. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Júnior C, Pereira WA. Mood disorders among medical in-patients: a validation study of the hospital anxiety and depression scale (HAD). *Rev Saúde Pública.* 1995;29(5):359-63. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>.
22. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-70. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 510, de 7 de abril de 2016 [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2016. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 14 jan. 2021.

24. Oliveira CS, Silva EC, Ferreira LW, Skalinski LM. Perfil dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. Revista Baiana de Enfermagem. 2015;29(1):42-9. <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/12633>.
25. Medeiros RC, Sousa MN, Santos ML, Medeiros HR, Freitas TD, Moraes JC. Perfil epidemiológico de pacientes em tratamento hemodialítico. Rev Enf UFPE on line. 2015;9(11):9846-52. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10777>
26. Evaristo LS, Cunha AP, Morais CG, Samselski BJ, Esposito EP, Miranda MK, Gouvea LF. Complicações durante a sessão de hemodiálise. Avances em Enfermería. 2020;38(3):316-24. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v38n3.84229>.
27. D'avila R, Guerra EM, Rodrigues CI, Fernandes FA, Cadaval RA, Almeida FA. Sobrevida de pacientes renais crônicos em diálise peritoneal e hemodiálise. J Bras Nefrol. 1999;21(1):13-21. <https://bjnephrology.org/article/sobrevida-de-pacientes-renais-cronicos-em-dialise-peritoneal-e-hemodialise/>.
28. Afshar M, Mohsenzadeh A, Gilasi H, Sadeghi-Gandomani H. The effects of guided imagery on state and trait anxiety and sleep quality among patients receiving hemodialysis: A randomized controlled trial. Complement Ther Med. 2018;40:37-41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2018.07.006>.
29. Firoz MN, Shafipour V, Jafari H, Hosseini SH, Charati JY. Sleep quality and depression and their association with other factors in hemodialysis patients. Glob J Health Sci. 2016;8(8):53485. <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v8n8p121>.
30. Rehman IU, Munib S, Ramadas A, Khan TM. Prevalence of chronic kidney disease-associated pruritus, and association with sleep quality among hemodialysis patients in Pakistan. PloS one. 2018;13(11):e0207758. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207758>.
31. Koch BC, Nagtegaal JE, Kerkhof GA, ter Wee PM. Circadian sleep-wake rhythm disturbances in end-stage renal disease. Nat Rev Nephrol. 2009;5(7):407-16. <http://dx.doi.org/10.1038/nrneph.2009.88>.
32. Abassi MR, Safavi A, Haghverdi M, Saedi B. Sleep disorders in ESRD patients undergoing hemodialysis. Acta Medica Iranica, 2016:176-84. <https://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/5551>.
33. Beecroft JM, Zaltzman J, Prasad R, Meliton G, Hanly PJ. Impact of kidney transplantation on sleep apnoea in patients with end-stage renal disease. Nephrol Dial Transplant. 2007;22(10):3028-33. <http://dx.doi.org/10.1093/ndt/gfm309>.
34. Liaveri PG, Dikeos D, Ilias I, Lygkoni EP, Boletis IN, Skalioti C, et al. Quality of sleep in renal transplant recipients and patients on hemodialysis. J Psychosom Res. 2017;93:96-101. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.12.013>.

-
35. Cengić B, Resić H, Spasovski G, Avdić E, Alajbegović A. Quality of sleep in patients undergoing hemodialysis. *Int Urol Nephrol.* 2012;44(2):557-67. <http://dx.doi.org/10.1007/s11255-010-9881-x>.
36. Benz RL, Pressman MR, Hovick ET, Peterson DD. Potential novel predictors of mortality in end-stage renal disease patients with sleep disorders. *American Journal of Kidney Diseases.* 2000;35(6):1052-60. [https://doi.org/10.1016/S0272-6386\(00\)70039-4](https://doi.org/10.1016/S0272-6386(00)70039-4).
37. Maung S, Sara AE, Cohen D, Chapman C, Saggi S, Cukor D. Sleep disturbance and depressive affect in patients treated with haemodialysis. *Journal of renal care.* 2017;43(1):60-6. <https://doi.org/10.1111/jorc.12188>.
38. Hawamdeh S, Almari AM, Almutairi AS, Dator WL. Determinants and prevalence of depression in patients with chronic renal disease, and their caregivers. *Int J Nephrol Renovasc Disease.* 2017;10:183. <https://doi.org/10.2147/IJNRD.S139652>.
39. Ma L, Zhao S. Risk factors for mortality in patients undergoing hemodialysis: A systematic review and meta-analysis. *Int J Cardiol.* 2017;238:151-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.02.095>.
40. Snell S, Hughes T, Fore C, Lukman R, Morgan B. Treating Chronic Nonmalignant Pain: Evidence and Faith-Based Approaches. *J Christ Nurs.* 2019;36(1):22-30. <http://dx.doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000569>.