

PERCEPÇÃO DE SUPORTE SOCIAL E ESTRESSE EM PACIENTES RENAIIS EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

PERCEPTION OF SOCIAL SUPPORT AND STRESS IN RENAL PATIENTS UNDER HEMODIALYSIS TREATMENT

José David da Silveira Moniz¹, Filipe Rodrigues Santos Pereira², Nádia Prazeres Pinheiro-Carozzo³

Resumo

Este artigo teve como objetivo analisar a relação entre suporte social e estresse percebido em pacientes em tratamento hemodialítico. Utilizou-se abordagem quantitativa e analítica. Trinta e um indivíduos responderam a um Questionário Sociodemográfico e Clínico, a Escala de Percepção de Suporte Social - Adulto (EPSUS-A) e a 10-item Perceived Stress Scale (PSS-10). Os dados foram analisados utilizando os softwares SPSS e JASP. Os resultados indicaram que o tratamento pode ser um fator estressor, a percepção de suporte social dos pacientes se assemelha à média da população em geral e o enfrentamento de problemas, componente do suporte social, correlaciona-se negativamente com os níveis de estresse. O estudo destaca a natureza desafiadora do tratamento hemodialítico, a manutenção do suporte social como um aspecto resiliente na adaptação psicológica dos pacientes a condições adversas de saúde e sugere que estratégias de apoio específicas podem desempenhar um papel crucial na mitigação do estresse percebido.

Palavras-chave: Suporte Social; Estresse; Hemodiálise.

Abstract

This paper aimed to analyze the relationship between social support and perceived stress in patients undergoing hemodialysis. A quantitative and analytical approach was used. Thirty-one participants responded to a Sociodemographic and Clinical Questionnaire, the Perceived Social Support Scale - Adult (EPSUS-A) and the 10-item Perceived Stress Scale (PSS-10). Data were analyzed using SPSS and JASP software. The results indicated that: treatment can be a stressor, patients' perception of social support is similar to the average for the general population, and coping with problems, a component of social support, correlates negatively with stress levels. The study highlights the challenging nature of hemodialysis treatment, the maintenance of social support as a resilient aspect in patients' psychological adaptation to adverse health conditions, and suggests that specific support strategies may play a crucial role in mitigating perceived stress.

Keywords: Social Support; Stress; Hemodialysis.

¹ Pós-graduando em programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Área: Atenção em Saúde Renal. Contato: psijdavid@gmail.com

² Mestrando em Cognição e Comportamento pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPs) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

³ Doutora em Psicologia Clínica e Cultura (UnB). Professora da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Editor-associado: Janaina Cristina de Sousa Bertoldo e Martins

Recebido em: 07/02/2024

Aceito em: 05/07/2024

Publicado em: 23/12/2024

Citar: Moniz, J. D. da S., Pereira, F. R. S., & Pinheiro-Carozzo, N. P. (2024). Percepção de suporte social e estresse em pacientes renais em tratamento hemodialítico. *Mosaico: Estudos em Psicologia*, 12(1), 181-194.



INTRODUÇÃO

As doenças renais crônicas (DRC) são caracterizadas, de maneira geral, por alterações de múltiplas causas que afetam tanto a função quanto a estrutura nefrológica. As principais causas e fatores de risco para o desenvolvimento da insuficiência renal em adultos são o diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS). O diagnóstico da insuficiência renal crônica, ou seja, da perda progressiva e irreversível da função renal, é realizado por meio do aferimento da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), que representa a função renal do indivíduo por meio do cálculo de depuração de substâncias. Para que alguém seja diagnosticado com insuficiência renal crônica, foi estabelecida uma Taxa de Filtração Glomerular de 60 mL/min/1,73 m², presente por no mínimo três meses, acrescida de lesão no parênquima renal ou alteração em exame de imagem (Brasil, s.d.; Brasil, 2014; KDOQI, 2015).

Quando a insuficiência renal atinge níveis críticos com redução significativa da função renal, ou seja, quando esta atinge seu estágio final, os rins já não conseguem manter a homeostase interna do organismo, tornando-se necessário o preparo ou o início imediato da terapia renal substitutiva (Bonato & Fernandes, 2022; Brasil, 2014). As modalidades disponíveis de Terapia Renal Substitutiva são: tratamento conservador intensivo, transplante renal, diálise peritoneal e hemodiálise.

A hemodiálise tem por finalidade promover a filtração do sangue por meio de um circuito extracorpóreo em que é realizado o processo de difusão e ultrafiltração, visando a substituição da função renal — retirar substâncias urêmicas (tóxicas) e excesso de líquidos — em um período determinado e regularmente (Bonato & Fernandes, 2022; Brasil, 2004). A máquina recebe o sangue do paciente por acesso vascular, impulsionando-o a passar pelo dialisador que possui uma membrana semipermeável que retira líquido e substâncias em excesso, devolvendo o sangue livre de impurezas. Geralmente, o paciente realiza este procedimento durante quatro horas por dia, três vezes por semana (Brasil, 2014).

Muitas repercussões são comuns em pacientes em programa regular de hemodiálise. Apesar dos benefícios do tratamento, este pode ser considerado oneroso, exigindo uma série de adaptações sistemáticas. Destacam-se repercussões tanto a nível físico quanto psicológico e social. Alguns dos estressores psicossociais de impacto negativo podem repercutir no quadro clínico, como delirium, e mais comumente, alterações de humor e transtornos de depressão e ansiedade, bem como queda da qualidade de vida (Cohen et al., 2016).

A prescrição da terapia renal substitutiva deve ser associada a uma série de mudanças contextuais, com a necessidade de aderência a um novo estilo de vida e adoção de novos comportamentos, tais como restrição hídrica, adaptações nutricionais, utilização de medicamentos, controle de comorbidades, cuidados com acessos vasculares, adaptação de rotina, realização de exames médicos, consultas periódicas, entre outras. Além disso, o paciente está vulnerável a diversas complicações agudas e crônicas, que podem surgir ou ser potencializadas no curso do seu tratamento, como hipotensão, crises convulsivas, anemia, distúrbios cognitivos e até mesmo morte súbita (Bonato & Fernandes, 2022).

Diante disto, pode-se apontar uma série de estressores presentes no contexto e experiência do paciente em tratamento hemodialítico, uma vez que esta representa uma ruptura em sua história de vida, associada à cronicidade da doença e ao tratamento rigoroso, colocando-o em contato com a possibilidade de sua finitude e diminuição da sua qualidade de vida (Ibiapina et al., 2016; Nascimento, 2013; Valle et al., 2013).

Há, assim, uma desarmonia orgânica e psíquica em seu domínio psicossocioafetivo, representando um abalo na condição de ser em seu meio e alterando dinâmicas e modo de relação consigo mesmo e com o mundo, necessitando assumir uma nova condição (Sebastiani & Santos, 1996).

Mudanças nos papéis sociais e familiares (tais como deixar de ser o provedor da família, ou não poder cuidar dos filhos), aposentadoria e sensação de invalidez, restrições, problemas financeiros, limitações no desempenho funcional, medo da morte e evolução da doença, isolamento devido a viagens prolongadas em razão do tratamento, e alterações na autoimagem e autopercepção (presença de cicatrizes, cateteres, fístulas, alterações ósseas, diminuição de massa muscular, anemia, edemas, fadiga, etc.) são variáveis que podem desencadear estresse (Grincekow, 2022; Rudnicki, 2014).

A definição de estresse não é consensual, possuindo, até hoje, abordagens distintas de compreensão e avaliação. De maneira geral, pode ser compreendido como uma reação complexa que envolve componentes físicos, psicológicos e hormonais diante da necessidade de adaptação ou da percepção de estímulos que provocam excitação emocional. Em fases iniciais de estresse, este pode ser considerado positivo quando moderado, uma vez que mobiliza o organismo para a ação por meio de alterações fisiológicas, como aumento da pressão arterial e frequência cardíaca (Brandão, 2005; Lipp, 2000). Em fases mais prolongadas, pode haver desgaste generalizado, esgotando os recursos pessoais do indivíduo, predispondo-o ao desenvolvimento de sofrimento psíquico ou adoecimento mental e, em nível cerebral, afetando a capacidade de memória e aprendizagem decorrentes da liberação contínua de cortisol e outros hormônios resultantes da ativação fisiológica, além de riscos físicos como problemas digestivos e cardíacos (Dalgalarondo, 2008; Lipp, 2000; Margis et al., 2003).

Em população com DRC em hemodiálise, estudos em contexto brasileiro têm apontado níveis significativos de estresse. Valle (2013), em pesquisa realizada com 100 pacientes adultos hemodialíticos no Rio Grande do Norte, refere que 71% dos participantes da pesquisa apresentaram nível elevado de estresse. Em outro estudo, realizado em serviço móvel de hemodiálise de emergência da cidade de Natal, constatou-se que, dentre os 400 participantes da pesquisa, 79.7% apresentavam algum grau de estresse (Cavalcante et al., 2022).

Para além dos recursos internos no enfrentamento ao estresse, devemos considerar também os externos, principalmente o apoio social. Estudos apontam que, diante de situações estressantes, sujeitos que percebem um nível elevado de suporte social experimentam menos estresse e dispõem de medidas mais efetivas para enfrentá-lo (Straub, 2014).

O suporte social relaciona-se à percepção de bem-estar emocional dos indivíduos, sendo considerado uma variável protetora no processo de manejo do estresse e adoecimento (Cardoso & Baptista, 2014). É compreendido como multidimensional, sendo dividido entre três dimensões: I) emocional, que se refere ao quanto a pessoa percebe a afetividade advinda de outras pessoas em relação a si, e se percebe amada; II) instrumental, que indica como a pessoa percebe o auxílio que recebe de forma prática ou material, como por exemplo financeiramente; e III) informativa, que trata da recepção de informações que ajudem com problemas do dia a dia (Cardoso & Baptista, 2014).

A investigação sobre a relação entre suporte social e estresse tem sido realizada em indivíduos com condições crônicas de saúde. Ao investigar o impacto do suporte social em pacientes com doença renal

crônica em estágio terminal (DRCT) submetidos à diálise peritoneal, Xiao-Qing Ye et al. (2008) identificaram que o suporte social parece desempenhar um papel importante na mitigação do estresse psicológico desses pacientes, influenciando tanto as preocupações específicas quanto os sintomas gerais de ansiedade e depressão. Em outra investigação, um estudo no contexto do HIV/Aids destacou a associação inversa entre suporte social e estresse percebido, indicando que uma rede de apoio mais robusta se correlaciona negativamente com o estresse vivenciado por pacientes no Rio Grande do Sul, Brasil (Calvetti et al., 2016).

Frente ao exposto, o presente estudo norteia-se pela seguinte pergunta: Qual a relação entre suporte social percebido e estresse em pacientes com Doença Renal Crônica? Destarte, o objetivo geral é analisar a relação entre suporte social e estresse percebidos em pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento hemodialítico em um Hospital Universitário.

Ao compreender a percepção do ambiente social e como o paciente concebe e lida com situações estressantes, pode-se oferecer subsídios para atribuir ao suporte social um fator de proteção à saúde mental desta população. Nesse sentido, os resultados deste estudo poderão conferir importância à avaliação subjetiva do suporte social, tanto quanto às avaliações objetivas desta população no campo científico. Em uma perspectiva biopsicossocial em saúde, isso se daria também por meio do reconhecimento do paciente com DRC em hemodiálise enquanto alguém que também possui necessidades sociais de segurança, interação e afeto.

No que se refere à assistência ao paciente na hemodiálise, este estudo poderá oferecer relevância no que tange à sensibilização da equipe multiprofissional, médica e de psicologia atuantes em nefrologia para o cuidado do paciente para além da esfera orgânica. Destarte, espera-se contribuir com o aprimoramento de recursos de avaliação psicossocial e desenvolvimento de práticas que levem em seu bojo a vinculação deste paciente com sua rede de apoio como fator significativo, em detrimento de práticas exclusivamente individualizantes e descontextualizadas de minimização de estresse.

Método e Materiais

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo transversal do tipo analítica e de abordagem quantitativa para interpretação dos dados obtidos. A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil (CAAE: 67652023.5.0000.5086) e aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (Parecer nº 6016933).

A amostra de participantes foi caracterizada por meio do Questionário Sociodemográfico e Clínico, um instrumento desenvolvido para essa pesquisa. É composto de duas partes. A primeira parte avalia os seguintes dados sociodemográficos: sexo, raça, orientação religiosa, renda familiar, composição familiar e escolaridade. A segunda parte avalia dados clínicos do paciente: diagnóstico psicopatológico e uso de psicotrópicos. Essas informações foram utilizadas para a caracterização dos participantes que passa a ser descrita a seguir.

Participaram do estudo 31 pessoas com idades entre 20 e 53 anos ($M = 34.97$; $DP = 8.54$), das quais 74.2% eram do sexo feminino. Em relação ao nível escolar, 3.2% possuíam baixa escolaridade, 19.4% cursaram ou concluíram o Ensino Fundamental, 61.3% cursaram ou concluíram o Ensino Médio e 16.1% cursaram ou concluíram o Ensino Superior. Quanto à renda mensal, 54.8% recebiam até 1 salário-mínimo, 38.7% entre 1 e

3 salários-mínimos e 6.5% entre 3 e 5 salários-mínimos. No que diz respeito à composição familiar, 54.8% possuíam companheiros(as) e 61.3% possuíam filhos. Todos os participantes do estudo se autodeclararam negros, sendo que 74,2% se autodeclararam pardos e 25.8% se autodeclararam pretos. Sobre a religião, 51.6% eram protestantes, 35.5% eram católicos, 9.7% eram de outras religiões e apenas 3.2% não possuíam uma orientação religiosa. Em relação às condições clínicas, 9.7% estavam entre 6 a 11 meses realizando hemodiálise, 12.9% entre 12 e 24 meses e 77.4% estavam há mais de 24 meses; 16.1% possuíam diagnóstico psicopatológico, enquanto 12.9% usavam psicotrópicos.

Além do Questionário Sociodemográfico e Clínico, foram utilizados outros dois instrumentos para avaliação de construtos psicológicos. A Escala de Percepção de Suporte Social – Adulto (EPSUS-A) (Cardoso & Baptista, 2014) avalia a percepção de suporte social em adultos de 18 a 62 anos. É composto por 36 itens que são respondidos numa escala tipo Likert de 4 pontos (0 = nunca a 3 = sempre). A EPSUS-A se divide em quatro subescalas ou fatores: Afetivo (17 itens), Interações Sociais (5 itens), Instrumental (7 itens) e Enfrentamento de Problemas (7 itens). No manual do instrumento, os valores do alfa de Cronbach relatados para os quatro fatores são iguais ou superiores a .89. Utilizou-se, ainda, a versão de 10 itens da *Perceived Stress Scale* (PSS-10), adaptada para o Brasil por Reis et al. (2010). A escala avalia a percepção de estresse por meio da frequência de sentimentos e pensamentos relacionados a eventos e situações que ocorreram no último mês. O instrumento é composto por 10 itens que se organizam em uma estrutura unifatorial (Machado et al., 2014). A escala de resposta é tipo Likert e possui 5 pontos (0 = nunca a 4 = muito frequente). No estudo que investigou a dimensionalidade do instrumento, o alfa de Cronbach obtido foi de .80 (Machado et al., 2014).

A coleta ocorreu entre os meses de maio e setembro de 2023 no setor de hemodiálise de um Hospital Universitário no Maranhão. A amostragem foi não-probabilística por conveniência. Para fazer parte do estudo, os participantes precisavam ter entre 18 e 59 anos, estar em hemodiálise por pelo menos 6 meses e ter diagnóstico de Doença Renal Crônica em estágio final. Como critérios de exclusão: pacientes desorientados alo e/ou autopsiquicamente durante a abordagem, com dificuldade cognitiva ou qualquer fator que impossibilitasse a compreensão dos termos éticos e/ou das questões de pesquisa.

No momento do recrutamento, o pesquisador apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as informações acerca dos instrumentos. Após a aceitação do participante, foi solicitada a assinatura no mencionado Termo. A aplicação do instrumento foi realizada de forma individual, com a presença do pesquisador durante toda a realização para fins de esclarecimento de dúvidas quanto aos termos da pesquisa e/ou itens a serem respondidos. A leitura e resposta aos itens foram realizadas prioritariamente pelo próprio participante. Em alguns casos, devido a dificuldades visuais, analfabetismo ou mobilidade reduzida para assinalar os itens à mão, o pesquisador realizou a leitura e o assinalamento dos itens com a concordância do participante.

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel e as análises de caracterização da amostra, comparação de grupos e consistência interna foram realizadas no *Jeffrey's Amazing Statistics Program* (JASP), versão 0.18.1.0. As análises de correlação foram realizadas no software *Statistical Product and Service Solutions Statistics* (SPSS), versão 20; e, posteriormente, o teste *r-to-z* de transformação de Fisher para investigar a diferença de magnitudes entre as correlações (Eid et al., 2011) no calculador online Psychometrica (<https://www.psychometrica.de/correlation.html#dependent>).

As estatísticas descritivas (média, desvio padrão, mínimo, máximo) foram verificadas para as variáveis de estresse e suporte social, assim como foi testada a homogeneidade da variância e a normalidade dos dados por meio do teste de Levene e Shapiro-Wilk, respectivamente. Foi realizada uma comparação entre os grupos de participantes que possuíam companheiros e os de participantes sem companheiros, e entre os grupos de participantes com filhos e sem filhos. Por se tratar de grupos com menos de 20 participantes, optou-se pelo *g* de Hedges para verificar o tamanho do efeito (Espírito-Santo & Daniel, 2015), com valores abaixo de .20 sendo considerados insignificantes; entre .20 e .49, pequeno; entre .50 e .79, médio; entre .80 e 1.29, grande; e igual ou acima de 1.30, muito grande, de acordo com Rosenthal (1996). Para todas as análises, valor de *p* abaixo de .05 foi considerado para indicar diferenças significativas.

Foram realizadas análises de correlação entre as variáveis percepção de suporte social (e seus fatores) e estresse; e, posteriormente, o teste *r*-to-*z* de transformação de Fisher para investigar a diferença de magnitudes entre as correlações (Eid et al., 2011). Em relação à magnitude, valores abaixo de .20 indicam que não há relação entre as variáveis; entre .20 e .39, relação fraca; entre .40 e .69, moderada; entre .70 e .79, boa; entre .80 e .89, forte; entre .90 e .99, muito forte; e igual a 1, perfeita, de acordo com Levin & Fox (2004). Calculou-se a precisão por consistência interna dos instrumentos por meio dos coeficientes alfa de Cronbach (α) e ômega de McDonald (ω), com valores acima de .70 sendo ideais e acima de .60, aceitáveis (Freitas & Rodrigues, 2005).

Resultados

O teste de Shapiro-Wilk demonstrou que as variáveis de suporte social ($W = .977$; $p = .354$) e estresse ($W = .96$; $p = .309$) possuem uma distribuição normal. O pressuposto de homogeneidade de variância foi acatado para suporte social ($F = .53$, $p = .473$) e estresse ($F = 3,962$, $p = .56$) como demonstrado pelo teste de Levene.

Foram realizadas estatísticas descritivas para EPSUS e PSS-10, como se pode ver na Tabela 1. A média e desvios padrões das pontuações da EPSUS-A e suas subescalas na presente amostra se mostraram semelhantes com a amostra do estudo de construção da escala, havendo pequenas variações. Mais especificamente, os participantes apresentaram um repertório de percepção de suporte social que varia entre médio-baixo e médio-alto, considerando tanto a pontuação total quanto suas subescalas. Já em relação à PSS-10, quando comparado a uma amostra estadunidense (Cohen et al., 1983) e de professores do Sul do Brasil (Reis et al., 2010), percebe-se uma notável diferença na média da pontuação, com escores mais elevados para amostra sob tratamento de hemodiálise. Nomeadamente, os participantes apresentaram nível moderado de estresse, o que enfatiza a condição excessivamente estressante ao qual esse grupo está submetido em relação ao resto da população.

Tabela 1. Estatísticas Descritivas dos Instrumentos.

Instrumento	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.	Interpretação
EPSUS-A	71.83	17.17	36	105	Médio-baixo
Afetivo	37.13	8.5	19	51	Médio-baixo
Interações Sociais	8.23	3.48	1	15	Médio-baixo
Instrumental	14.23	4.38	3	21	Médio-alto
Enfrentamento de Problemas	12.81	3.52	6	19	Médio-baixo
PSS-10	21.23	6.44	9	33	Estresse moderado

Nota. EPSUS-A = Escala de Percepção de Suporte Social – Adulto; PSS-10 = 10-item Perceived Stress Scale.

Comparou-se se essas variáveis se comportam de forma diferente a depender da configuração familiar, ou seja, se possuir companheiro(a) ou filho(s) influenciava na percepção de suporte social e estresse. O teste t para amostras independentes demonstrou que não há diferenças significativas entre o grupo que possuía filhos e o que não possuía filhos tanto para percepção de estresse ($t = -.431$; $p = .669$; $g = .159$) quanto para percepção de suporte social ($t = .549$; $p = .587$; $g = .197$). De forma semelhante, não há diferenças significativas entre o grupo que possuía companheiros e o grupo que não possuía companheiros na percepção de estresse ($t = 1.485$; $p = .149$; $g = .178$) e suporte social ($t = .507$; $p = .616$; $g = .532$). No entanto, para este último caso, obteve-se um tamanho do efeito considerado médio. Isso pode indicar que o resultado deste estudo para essa comparação se deve ao tamanho da amostra, em outras palavras, uma amostra maior poderia revelar diferenças na percepção do suporte social entre pessoas que possuem companheiros e aquelas sem companheiros. Nos demais casos, os valores do tamanho de efeito são considerados insignificantes.

Apesar da distribuição normal dos dados, optou-se por uma análise não-paramétrica (correlação de Spearman) devido ao tamanho pequeno da amostra. As correlações mostraram-se significativamente moderadas e fortes inter-fatores da EPSUS-A, com destaque para correlação entre os fatores Afetivo e Interações Sociais ($\rho = .74$; $p < .01$), o que era esperado visto se tratar de diferentes dimensões de um mesmo fenômeno psicológico. Inversamente, todos os fatores da EPSUS-A se correlacionaram negativamente com a PSS-10, contudo, essas correlações podem ser consideradas fracas, sendo apenas a correlação com Enfrentamento de Problemas significativa ($\rho = -.36$; $p < .05$). O teste *r-to-z* de transformação de Fisher confirmou que todas as correlações entre fatores da EPSUS-A foram mais fortes que a correlação desses com a PSS-10 ($|z| \geq 1.916$; $ps < .05$). Os dados podem ser visualizados em detalhes na Tabela 2.

Tabela 2. Correlações Inter-Fatores e Entre Escalas.

Variáveis	1	2	3	4	5
1. Afetivo	-				
2. Interações Sociais	.72**	-			
3. Instrumental	.74**	.53**	-		
4. Enfrentamento de Problemas	.71**	.56**	.6**	-	
5. Estresse Percebido	-.22	-.12	-.20	-.36*	-

Nota. ** = correlação significativa menor que .01; * = correlação significativa menor que .05.

Em relação à precisão das escalas em mensurar os fenômenos investigados, como pode ser visto na Tabela 3, os valores do α e ω superiores a .7 são considerados ideais, destacando-se a subescala afetivo ($\alpha = .89$; $\omega = .189$). A exceção para esse critério foi a subescala Enfrentamento de Problemas ($\alpha = .65$; $\omega = .59$),

contudo valores próximos a .6 já são considerados aceitáveis na literatura. É sabido também que o baixo número de itens pode influenciar no resultado da consistência interna (Valentini & Damásio, 2016).

Tabela 3. Precisão dos Instrumentos por Consistência Interna.

Instrumentos	α	ω
EPSUS-A	-	-
Afetivo	.89	.89
Interações Sociais	.73	.74
Instrumental	.75	.76
Enfrentamento de Problemas	.65	.59
PSS-10	.76	.78

Nota. α = alfa de Cronbach; ω = ômega de McDonald; EPSUS-A = Escala de Percepção de Suporte Social – Adulto; PSS-10 = *10-item Perceived Stress Scale*.

Discussão

O tratamento hemodialítico, para a amostra em questão, é considerado um fator estressor. Isso é evidenciado pelo fato de o grupo apresentar um nível moderado de estresse, considerado elevado em comparação à população adulta brasileira em geral (Reis & Petroski, 2004). As características do tratamento hemodialítico podem contribuir significativamente para o estresse, sendo uma resposta à condição crônica que impacta a saúde mental devido às limitações impostas, medo do futuro, necessidade constante de exames e ameaças à integridade física (Grincenkov, 2022).

A avaliação cognitiva e subjetiva desses pacientes, que envolve influências pessoais e contextuais, tende a interpretar o contexto de maneira ameaçadora (Cohen et al., 1983). Os dados deste estudo corroboram com achados de outras pesquisas, indicando que pacientes renais crônicos em hemodiálise são mais vulneráveis ao estresse (Cavalcante et al., 2022; Martins et al., 2021; Valle, 2013), apresentando reações intensas frente às ameaças, o que afeta negativamente o bem-estar subjetivo (Sousa et al., 2019). Mais especificamente, foram encontradas altas taxas de prevalência de estresse entre pacientes em hemodiálise – cerca de 70% – com níveis variando entre moderado e alto (Cavalcante et al., 2022; Valle, 2013). O estudo de Wen et al. (2023) destaca a relação direta entre estresse e estados emocionais, mostrando que o aumento do estresse se correlaciona com emoções negativas, diminuição das emoções positivas e ameaça à qualidade de vida desses pacientes.

Por outro lado, apesar do contexto estressor e do custo social associado ao adoecimento renal crônico e seu tratamento, o suporte social percebido por esses pacientes apresentou média semelhante à da população em geral. Este dado indica que, mesmo em situações adversas, os pacientes mantêm suas redes sociais, o que favorece o tratamento e a qualidade de vida, já que a adaptação ao adoecimento crônico está relacionada ao suporte social e à presença de um ambiente de validação e empatia (Boehmer et al., 2016). Em um estudo na China com pacientes hemodialíticos, o suporte social foi avaliado como mediano (Song et al., 2022), corroborando os achados deste estudo.

Embora mantenham uma rede de suporte social comparável à de pessoas não submetidas à hemodiálise, esses pacientes enfrentam desafios psicológicos significativos relacionados ao tratamento crônico. A Teoria de Estresse Social postula que a percepção de suporte pode moderar a resposta ao estresse, mas não eliminar seus efeitos adversos (Thoits, 2011). Assim, mesmo com um suporte social robusto, os

pacientes ainda experienciam estresse devido às demandas físicas e emocionais do tratamento hemodialítico (Sousa et al., 2019; Valle, 2013). Isso ressalta a complexidade da adaptação psicossocial desses pacientes e a necessidade de intervenções que fortaleçam as redes de apoio e abordem os fatores estressores específicos associados ao tratamento.

Este estudo também identificou uma correlação inversa entre o estresse e o enfrentamento de problemas. Enfrentamento de problemas, uma dimensão do suporte social percebido, refere-se à percepção da disponibilidade de apoio em momentos desafiadores e de resolução de conflitos (Cardoso & Baptista, 2016). Quanto maior a percepção desse suporte, menores os níveis de estresse e maior a capacidade de enfrentamento. A percepção de suporte social em momentos ameaçadores está associada a níveis reduzidos de estresse.

Os resultados deste estudo são congruentes com a pesquisa de Lira, Avelar & Bueno (2015), que mostraram que pacientes renais em hemodiálise frequentemente utilizam estratégias de enfrentamento de problemas, destacando-se a busca por suporte social e estratégias focadas no problema. Estas estratégias também estão positivamente associadas à qualidade de vida. Além disso, estudos de Tao et al. (2023) e George et al. (2022) encontraram uma correlação negativa entre estresse e suporte social.

Muito embora, não tenha sido objetivo do estudo a caracterização da população, um dado mostra-se relevante: a autodeclaração de todos os participantes como negros durante a pesquisa. Essa homogeneidade racial permite uma análise mais profunda das desigualdades socioeconômicas e vulnerabilidades específicas enfrentadas pela população negra no Brasil no contexto da saúde. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2009, corrobora a necessidade de um olhar atento às particularidades de saúde da população negra. A PNSIPN reconhece o impacto das iniquidades sociais e econômicas na saúde e no bem-estar dessa população, defendendo ações específicas para superá-las. Vale salientar que a população negra no Brasil é majoritariamente dependente do SUS para acesso à saúde, o que explica a busca pelo serviço público de hemodiálise do Hospital Universitário e reforça a urgência de políticas públicas direcionadas a esse grupo (Brasil, 2017). Tais políticas devem ser pautadas pela intersetorialidade, buscando soluções abrangentes que combatam as raízes estruturais do racismo e promovam a equidade em saúde.

A população negra enfrenta um panorama desalentador no que tange à saúde. Além de barreiras significativas no acesso aos serviços de saúde, essa parcela da população apresenta maior incidência de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, reconhecidamente fatores de risco para o desenvolvimento da Doença Renal Crônica (DRC) (Brasil, 2017; Silva et al., 2023). O estresse psicossocial elevado, vivenciado em decorrência de adversidades como discriminação racial e condições socioeconômicas desfavoráveis, contribui significativamente para o adoecimento crônico e dificulta a adesão aos tratamentos de saúde. Essa realidade complexa é corroborada pelo Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (Elsa-Brasil), um grande estudo de corte que acompanha desde 2008 a saúde de mais de 15 mil adultos e idosos em seis capitais brasileiras, gerando conhecimento científico sobre doenças crônicas no país. Nesse contexto, as condições de saúde da população negra que necessita de tratamentos onerosos e contínuos, como a terapia hemodialítica, podem ser ainda mais agravadas pelo estresse psicossocial. Diante desse cenário, torna-se crucial implementar práticas e estratégias em saúde culturalmente sensíveis e adequadas às necessidades específicas da

população negra. Tais medidas devem visar tanto a prevenção de doenças crônicas quanto o manejo eficaz das condições já estabelecidas, promovendo o cuidado integral e equitativo dessa população.

No cuidado à pessoa com doença crônica, caso dos participantes deste estudo, o Ministério da Saúde, por meio do Caderno de Atenção Básica que delineia estratégias de cuidado para pessoas com doenças crônicas (Brasil, 2014), destaca a avaliação do autocuidado como fundamental para a assistência e o desenvolvimento positivo do quadro clínico, além do manejo do estresse associado à condição. Embora a assistência preserve a autonomia do paciente e sua capacidade de autocuidado, esta última depende substancialmente do apoio social disponível, das crenças sobre sua condição e de suas atitudes. Reconhecendo que os pacientes podem manter um repertório de suporte social favorável, as estratégias indicadas por esta linha de cuidado enfatizam a integração do suporte social por meio da educação em autocuidado em grupos, facilitando a criação de redes sociais que promovam o compartilhamento de experiências e soluções coletivas para os desafios diários (Brasil, 2014).

Considerações finais

Este estudo teve como objetivo, analisar a relação entre o suporte social e o estresse percebido por pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento hemodialítico de um Hospital Universitário. Para isso, desenvolveu-se uma pesquisa analítico-transversal de abordagem quantitativa, com 31 pacientes.

Os principais resultados apontam que (a) o tratamento hemodialítico pode ser considerado um fator estressor significativo para esta amostra, afetando a experiência dos indivíduos; (b) a percepção de suporte social mostra-se semelhante ao restante da população, indicando que não houve diminuição do apoio mesmo em condições adversas de saúde, fato que pode ser considerado um aspecto positivo na adaptação geral ao adoecimento; e (c) um dos componentes do suporte social, especificamente o de enfrentamento de problemas, correlacionou-se negativamente com os níveis de estresse, indicando que quanto mais percepção de apoio, menores chances de desenvolvimento de estresse.

Destacam-se contribuições deste estudo que se estendem tanto para a comunidade científica e quanto para a prática psicológica aplicada ao contexto dos pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico, bem como para aqueles com quaisquer condições crônicas em geral. Cientificamente, soma-se a estudos anteriores que destacam a relação entre as variáveis fornecendo *insights* valiosos sobre os aspectos psicológicos específicos associados a pacientes em tratamento hemodialítico. Oferecendo uma base sólida para o desenvolvimento de estratégias e intervenções, baseadas em evidências, que tenham como meta aumentar ou manter o suporte social percebido como mecanismo protetor ao estresse. Na perspectiva da assistência, os resultados têm potencial para enriquecer teorias psicológicas relacionadas ao enfrentamento, adaptação e qualidade de vida em contextos de saúde crônica. Assim como colocar em foco o manejo da família e rede social no enfrentamento ao tratamento.

Apesar dessas contribuições, o estudo apresenta algumas limitações importantes que podem ter impactado na interpretação dos resultados obtidos. Primeiramente, o uso exclusivo de medidas de autorrelato pode ter introduzido um viés de desejabilidade social, onde os participantes podem ter respondido de forma a serem vistos mais favoravelmente, o que pode ter distorcido os dados. Não obstante essa é uma característica intrínseca a esse formato de instrumentos.

Além disso, o tamanho amostral reduzido limita a robustez dos achados e impede a generalização dos resultados para uma população mais ampla. A limitação do tamanho amostral é particularmente relevante na comparação de grupos, onde observou-se um tamanho de efeito médio não significativo na diferença entre sujeitos com e sem companheiro(a). Isso sugere que, embora possa haver uma tendência, a falta de poder estatístico impediu a detecção de diferenças significativas. Um tamanho amostral maior poderia potencialmente revelar efeitos significativos que permanecem ocultos neste estudo.

Ademais, as condições de coleta de dados podem ter influenciado negativamente o número de participantes. A coleta foi realizada durante o tratamento hemodialítico, uma situação caracterizada por condições aversivas que podem desencorajar o engajamento dos pacientes em atividades adicionais devido ao desconforto físico. Essa circunstância não só limitou o número de participantes, mas também pode ter afetado a qualidade das respostas, uma vez que os pacientes estavam possivelmente mais focados no seu desconforto do que nas questões do estudo. Essas limitações, portanto, sugerem que os resultados devem ser interpretados com cautela.

Enquanto agenda de pesquisa, recomenda-se considerar o uso de medidas adicionais para reduzir o viés de desejabilidade social, a replicação deste estudo com amostras maiores e buscar condições de coleta de dados menos aversivas para obter resultados mais robustos e generalizáveis. Além disso sugere-se pesquisas que tratem de estratégias de enfrentamento específicas, tais como religiosas e focadas na emoção; uma avaliação longitudinal para averiguar diferenças de suporte social percebido e estresse ao longo do tratamento; comparação destes achados com outras condições crônicas; e o desenvolvimento e avaliação de intervenções que maximizem o suporte social como potencializador da diminuição do estresse.

Referências

- Boehmer, K. R., Gionfriddo, M. R., Rodriguez-Gutierrez, R., et al. (2016). Patient capacity and constraints in the experience of chronic disease: A qualitative systematic review and thematic synthesis. *BMC Family Practice*, 17(1), 127. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0525-9>
- Bonato, F. O. B., & Fernandes, N. M. S. (2022). Hemodiálise. In B. S. Pereira & N. M. S. Fernandes (Eds.), *Psicologia e Nefrologia: teoria e prática* (pp. 27-45). Sinopsys Editora.
- Brandão, M. L. (2005). *As Bases Biológicas do Comportamento: Introdução à Neurociência*. E.P.U. Editora Pedagógica e Universitária Ltda.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2014). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de Atenção Básica*, (35). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. (2017). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma política para o SUS* (3a ed.). Editora do Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (2004). *Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa - RDC, nº 154, de 15 de junho de 2004. Estabelece o Regulamento Técnico para o*

funcionamento dos Serviços de Diálise.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/rdc0154_15_06_2004_rep.html

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. (2014). *Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (s.d.). *Doenças Renais Crônicas*. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/drc>

Calvetti, P. U., Giovelli, G., Gauer, G. R. M., de Moraes, G. J. C., & Duarte, J. F. (2016). Níveis de ansiedade, estresse percebido e suporte social em pessoas que vivem com HIV/Aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), 1-4. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324317>

Cardoso, H. F., & Baptista, M. N. (2014). Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulta) - EPSUS-A: estudo das qualidades psicométricas. *Psico-USF*, 19(3), 499–510. <https://doi.org/10.1590/1413-82712014019003012>

Cardoso, H. F., & Baptista, M. N. (2016). *Escala de Percepção de Suporte Social – Adulto (EPSUS-A): Manual*. Hogrefe.

Cavalcante, E. S., dos Santos, K. N., Barra, I. P., dos Santos Pennafort, V. P., & de Mendonça, A. E. O. (2022). Sintomas de estresse e ansiedade em pacientes submetidos à hemodiálise em serviço de emergência. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 11(1). <https://www.doi.org/10.18554/reas.v11i1.4888>

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>

Cohen, S. D., Cukor, D., & Kimmel, P. L. (2016). Questões psicossociais. In *Manual de diálise* (5th ed.). Guanabara Koogan

Dalgalarrodo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2nd ed.). Artmed.

Eid, M., Gollwitzer, M., & Schmitt, M. (2011). *Statistik und Forschungsmethoden Lehrbuch*. Beltz.

Espírito-Santo, H. & Daniel, F. (2015). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (1): As limitações do $p < .05$ na análise de diferenças de médias de dois grupos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(1), 3-16. <https://repositorio.ismt.pt/items/e8dde818-904e-4975-8162-55eae9c94479>

Freitas, A. L. P., & Rodrigues, S. G. (2005). *A avaliação da confiabilidade de questionários: Uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach* [Apresentação], XII Simpósio de Engenharia de produção. Recuperado de https://www.simpep.feb.unesp.br/anais_simpep_aux.php?e=12

George, S., Zaidi, S. Z. H., & Kazmi, S. S. H. (2022). Stress, anxiety and perceived social support among hemodialysis patients with chronic kidney disease. *International Journal of Health Sciences*, 6(51), 9494–9507. <https://doi.org/10.53730/ijhs.v6n51.7184>

Grincenkov, F. R. S. (2022). Manejo do estresse em pacientes renais crônicos. In B. S. Pereira & N. M. S. Fernandes (Eds.), *Psicologia e Nefrologia: teoria e prática* (pp. 308-323). Sinopsys Editora.

Ibiapina, A. R. S., Soares, N. S. A., Amorim, E. M., Souza, A. T. S., Souza, D. M., & Ribeiro, I. P. (2016). Aspectos psicossociais do paciente renal crônico em terapia hemodialítica. *Sanare-Revista de Políticas Públicas*, 15(1), 25-31. <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/924>

- Rudinicki, T. (2014). Doença renal crônica: Vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. *Contextos Clínicos*, 7(1), 105-116. <https://doi.org/10.4013/ctc.2014.71.10>
- KDOQI, N. K. (2015). KDOQI clinical practice guidelines for hemodialysis adequacy: 2015 update. *American Journal of Kidney Diseases*, 66(5), 884-930. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2015.07.015>
- Lipp, M. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSI)*. Casa do Psicólogo.
- Levin, J., & Fox, J. A. (2004). *Estatística para Ciências Humanas* (9th ed.). Pearson.
- Lira, C. L. O. B. de, Avelar, T. C. de, & Bueno, J. M. M. H. (2015). Coping e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 6(1), 82-99. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2015v6n1p82>
- Machado, W. D. L., Damásio, B. F., Borsa, J. C., & Silva, J. P. D. (2014). Dimensionalidade da escala de estresse percebido (Perceived Stress Scale, PSS-10) em uma amostra de professores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 38-43. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722014000100005>
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria*, 5(Suppl. 1), 65-74. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000400008>
- Martins, L. M. A., Irias, M. I. L., Moraes, G. S., Pereira, L. S., Gracioli, J. T., & Abreu, M. T. C. L. (2021). Ocorrência de Sintomas Depressivos, Ansiedade e Estresse em Pacientes com diagnóstico de Doença Renal Crônica em Hemodiálise de um Hospital Universitário do Triângulo Mineiro. *Brazilian Journal of Development*, 7(6), 61975-61987. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n6-532>
- Nascimento, F. A. F. do. (2013). Uma contribuição às reflexões sobre os aspectos emocionais e o papel do psicólogo na Hemodiálise. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH)*, 16(1), 70-87. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100005&lng=pt&nrm=iso
- Reis, R. S., Hino, A. A. F., & Añez, C. R. R. (2010). Perceived stress scale: Reliability and validity study in Brazil. *Journal of Health Psychology*, 15(1), 107-114. <https://doi.org/10.1177/1359105309346343>
- Rosenthal, J. A. (1996). Qualitative descriptors of strength of association and effect size. *Journal of Social Service Research*, 21(4), 37-59. https://doi.org/10.1300/J079v21n04_02
- Sebastiani, R. W., & Santos, C. T. (1996). Acompanhamento Psicológico à Pessoa Portadora de Doença Crônica. In V. A. Angerami-Camon et al. (Eds.), *E a Psicologia Entrou no Hospital*. Pioneira.
- Silva, D. F. L. D., Lyra, T. M., Silva, J. B. R. D., & Faustino, D. M. (2023). Para além do Racismo Institucional? Uma análise do conteúdo da Política de Saúde para a População Negra. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28, 2527-2535. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.11602022>
- Song Y, Chen L, Wang W, Yang D, Jiang X. (2022). Social Support, Sense of Coherence, and Self-Management among Hemodialysis Patients. *Western Journal of Nursing Research*, 44(4), 367-374. <https://doi.org/10.1177/0193945921996648>
- Sousa, L. M. M., Antunes, A. V., Marques-Vieira, C. M. A., Silva, P. C. L., Valentim, O. M. M. D. S., & José, H. M. G. (2019). Subjective wellbeing, sense of humor and psychological health in hemodialysis patients. *Enfermería Nefrológica*, 22(1), 34-41. <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000100006>
- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da Saúde: uma abordagem biopsicossocial* (3a ed.). Artmed.

- Tao, Y., Zhuang, K., Liu, T., Li, H., & Feng, X. (2023). Effects of perceived stress, self-acceptance and social support on insomnia in hemodialysis patients: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 172, 111402. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111402>
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Valentini, F., & Damásio, B. F. (2016). Variância média extraída e confiabilidade composta: indicadores de precisão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(2), e322225. <https://doi.org/10.1590/0102-3772e322225>
- Valle, L. S., Souza, V. F., & Ribeiro, A. M. (2013). Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Estudos de Psicologia*, 30(1), 131-138. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000100014>
- Ye, X. Q., Chen, W. Q., Lin, J. X., Wang, R. P., Zhang, Z. H., Yang, X., & Yu, X. Q. (2008). Effect of social support on psychological-stress-induced anxiety and depressive symptoms in patients receiving peritoneal dialysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(2), 157-164. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.04.007>
- Wen, J., Fang, Y., Su, Z., Cai, J., & Chen, Z. (2023). Mental health and its influencing factors of maintenance hemodialysis patients: a semi-structured interview study. *BMC Psychology*, 11(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01109-2>