
**DEPRESSÃO E INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: UMA ANÁLISE
PSICOSSOCIOLÓGICA**
*DEPRESIÓN Y INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: UNA ANÁLISIS
PSICOSOCIAL*
*DEPRESSION AND CHRONIC RENAL FAILURE: A SOCIO-PSYCHOLOGICAL
ANALYSIS*

<http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p449>

Maria da Penha de Lima Coutinho e Fabrycianne Gonçalves Costa
Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil

RESUMO

Este estudo objetivou apreender as representações sociais (RS) elaboradas por pacientes nefrológicos em tratamento da hemodiálise e por seus familiares acerca da depressão e da insuficiência renal crônica (IRC). A amostra foi não probabilística, com 52 participantes, dos quais 26 eram pacientes, submetidos a um questionário sociodemográfico, à Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, (subescala de depressão) e a uma entrevista semiestruturada. Os dados foram coletados em três hospitais e processados pelo SPSS 19.0 e pelo Alceste, sendo analisados por meio da estatística descritiva e análise lexical. Verificou-se que a RS da depressão foi ancorada nos elementos psico/cognitivo, físico/orgânico e psicossocial, objetivada principalmente na tristeza e no isolamento. A IRC foi representada com base nas adversidades psicossociais vivenciadas pelos grupos de pertença investigados. Observou-se que esta doença foi ancorada no suporte familiar e espiritual, nas restrições hídricas e alimentares, sendo associada ao desconhecimento da hemodiálise.

Palavras-chave: depressão; insuficiência renal crônica; hemodiálise; representações sociais.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo comprender las representaciones sociales (RS) elaboradas por los pacientes de nefrología en tratamiento de hemodiálisis y sus familias sobre la depresión y la insuficiencia renal crónica (IRC). La muestra fue no probabilística, con 52 participantes, de los cuales 26 fueron pacientes, que contestaron a un cuestionario sociodemográfico, la Escala Hospitalaria e Ansiedad y Depresión (subescala de depresión) y la una entrevista semi-estructurada. Los datos fueron recolectados en tres hospitales y procesados por lo SPSS 19.0 y Alceste, y analizados mediante la estadística descriptiva y el análisis léxico. Se verifico que las RS de la depresión se anclaron nos elementos psico/cognitivo, físico/orgánico y psicossocial, objetivado principalmente en la tristeza y el aislamiento. La IRC fue representada con base en las adversidades psicossociales experimentadas pelos grupos pertenecientes investigados. Se observó que esta enfermedad fue anclada en el apoyo familiar y espiritual, en las restricciones de agua y alimentos, asociada el no conocimiento de la hemodiálisis.

Palabras clave: depresión; insuficiencia renal crónica; hemodiálisis; representaciones sociales.

ABSTRACT

This study aimed to apprehend the social representations elaborated by nephrology patients on hemodialysis treatment and their relatives about depression and chronic renal failure (CRF). The sample was non-probabilistic and comprised 52 participants, of whom 26 were patients. They answered a socio-demographic questionnaire, the hospital anxiety and depression scale, and a semi structured interview. Data were collected in three hospitals and processed by the SPSS 19.0 and Alceste programs and analyzed using descriptive statistics and lexical analysis. It was found that the social representation of depression was anchored on psychic/cognitive, physical/organic and psychosocial elements; mostly objectified through sadness and isolation. The CRF was represented based on psychosocial adversity lived by the social group investigated. It was observed that this disease was anchored in family and spiritual support, food and water restrictions, associated with lack of knowledge about hemodialysis.

Keywords: depression; chronic renal failure; hemodialysis; social representations.

Introdução

A partir das últimas três décadas do século XX, têm-se observado estudos no campo da psicologia e da saúde, demonstrando uma associação entre distúrbios psicoafetivos, dentre eles a depressão e as doenças crônicas, a exemplo da Insuficiência Renal Crônica (IRC) (Kimmel, Cohen, & Peterson, 2008; Nifa & Rudnicki, 2010). A IRC é a fase mais avançada da doença renal, caracterizada pela perda progressiva e irreversível das múltiplas funções do rim, que gera alterações nos diversos sistemas do organismo. Tal perda progressiva contribui para o fracasso da capacidade do corpo em manter os equilíbrios metabólicos e hidroeletrólíticos, resultando na retenção de ureia e outros resíduos nitrogenados no sangue (Smeltzer & Bare, 2009).

Por ser uma doença assintomática, os indivíduos desconhecem a sua existência até o seu diagnóstico. Na maioria das vezes, o diagnóstico só vem a ser efetuado quando o quadro clínico apresenta-se bastante avançado, necessitando com urgência de tratamento para substituir a função renal (Smeltzer & Bare, 2009). Nesse caso, a hemodiálise é considerada o tratamento mais comumente adotado para a substituição da função renal. Trata-se de um processo mecânico e extracorpóreo, que consiste na remoção de substâncias tóxicas e do excesso de líquido do organismo. Em geral, esse tratamento é realizado na unidade hospitalar, três vezes por semana, durante três a quatro horas. Além dos referidos cuidados, a pessoa em tratamento deve seguir dietas e ingerir medicamentos (Thomas & Alchieri, 2005).

Destarte, o paciente é levado a conviver diariamente com uma doença incurável, que o obriga a uma forma de tratamento dolorosa, de longa duração e que provoca, juntamente com a evolução da doença e suas complicações, ainda maiores limitações e alterações de grande impacto. Essas limitações repercutem tanto em sua própria vida, quanto na do seu grupo familiar, afetando as várias dimensões do ser humano, sejam elas de ordem física, psicológica, econômica ou social (Ramos, Queiroz, & Jorge, 2008).

Neste sentido, o paciente fica constantemente exposto a fatores adversos, inerentes à terapêutica da síndrome renal, como o tempo gasto nas sessões de hemodiálise, as constantes consultas médicas, os exames laboratoriais, as dietas e a expectativa de transplante, que, associados à frequente permanência em contextos hospitalares, contribuem para o surgimento da sintomatologia depressiva em tais

pacientes e em seus cuidadores (Ferreira & Anes, 2010; Miyashita et al., 2009).

Estudos desenvolvidos por Kimmel et al. (2008) e Nifa e Rudnicki (2010) têm demonstrado que a depressão parece ser a complicação psíquica mais frequente nos pacientes em tratamento de hemodiálise. Autores como Besier e Goldbeck (2011), Miyashita et al. (2009) e Sansoni, Velone e Piras (2004) também constataram altos índices de depressão em cuidadores/familiares desses pacientes, relacionando-a ao “peso” do cuidar.

No senso comum, o termo depressão indica desde simples alterações psicológicas ou perturbações psiquiátricas graves, até flutuações de humor ou de caráter. Pode nomear tanto um estado afetivo normal quanto um sintoma, uma síndrome, ou várias doenças (Coutinho, 2005; Ribeiro, Coutinho, & Nascimento, 2010). De acordo com Kaplan, Sadock e Grebb (2007), o transtorno depressivo é caracterizado por alterações afetivas, cognitivas, volitivas e psicomotoras, que comprometem o funcionamento global do indivíduo, interferindo no seu cotidiano e nas suas relações sociais.

Conforme os dados da Organização Mundial de Saúde - OMS (2012), estima-se que mais de 350 milhões de pessoas, em todo o mundo, sofram de depressão. No tocante aos pacientes em tratamento de hemodiálise, essa prevalência pode alcançar índices de até 100%, dependendo dos instrumentos utilizados (Kimmel et al., 2008; Smith, Hong, & Robson, 1985). Estudos mais recentes têm evidenciado prevalências menos abrangentes, a exemplo de Garcia, Veiga e Motta (2010) e Costa, Coutinho, Melo e Oliveira (2014), que indicam uma oscilação entre 56,3% a 68%. Outros estudos assinalam uma variação ainda menor, entre 10 e 30% (Almeida, 2003; Kimmel et al., 2008). Entre os cuidadores, a sintomatologia depressiva também é frequente, para Miyashita et al. (2009), esta pode variar de 42% a 63%.

O impacto do diagnóstico e o tratamento da hemodiálise podem levar os indivíduos a redimensionar tudo o que era vivido anteriormente, em um processo de revisão de si e de suas relações. Neste processo de readaptação biopsicossocial, utilizam o saber comum na busca de respostas para as novas vivências, durante esse processo, as pessoas passam por etapas de reelaboração e reformulação contínua, que são transladadas no seu modo peculiar de vivenciar a nova realidade (Santos, Barbosa, Faro, & Alves, 2005).

São diversos os significados que perpassam o imaginário dos envolvidos, que vão desde o reconhecimento da gravidade da doença e do

tratamento, até as suas consequências, como os efeitos medicamentosos e os limites nos hábitos alimentares e na vida social. Em geral, tais situações adversas provocam medo, dúvidas e insegurança quanto à cura e à possibilidade de viver. Assim, a IRC pode gerar desordens emocionais, emergindo sentimentos negativos que, quando sobrepostos à condição física, afetam diretamente a qualidade de vida dessas pessoas (Ramos et al., 2008).

A forma como os pacientes e cuidadores representam a depressão e a IRC pode direcionar seus comportamentos, comunicações e práticas cotidianas. Neste aspecto, esse material pode auxiliar a comunidade científica sobre a dinâmica da vida de tais pessoas, com a possibilidade de ser utilizado como respaldo na elaboração de planos de prevenção e tratamento tanto da IRC como da depressão, que levem em consideração os aspectos psicossociais e físicos que estão atrelados a estas patologias. Como enfatizam Ribeiro et al. (2010), esse auxílio se revela especialmente no que se refere ao tratamento e ao processo de cuidar, uma vez que as mencionadas doenças são vistas como estressores de longa duração, que afetam não somente os pacientes, mas também os seus familiares.

Apesar da existência da associação entre IRC e depressão (Nifa & Rudinick, 2010), percebe-se que são incipientes os estudos que evidenciam a compreensão e explicação desse sofrimento psicoafetivo (depressão) em grupos de pacientes em hemodiálise e em seus cuidadores/familiares, numa perspectiva psicossociológica. Assim, o presente estudo objetivou medir a sintomatologia depressiva em pacientes nefrológicos sob o tratamento da hemodiálise e em seus cuidadores/familiares, bem como apreender as representações sociais elaboradas por estes participantes acerca da depressão e da IRC.

Para a fundamentação teórica deste estudo, utilizou-se a abordagem psicossocial da Teoria das Representações Sociais (TRS). Segundo Moscovici (2011):

As representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos. Elas ocupam, com efeito, uma posição curiosa, em algum ponto entre conceitos, que têm como seu objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa. (p. 46)

Conforme Coutinho (2005), ter acesso às representações sociais de um objeto social é tentar compreender as formas que os indivíduos utilizam para criar, transformar e interpretar uma problemática vinculada à sua realidade. Além disso,

as representações sociais permitem conhecer seus pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida compartilhada, de acordo com a classe social a que pertencem e às instituições às quais estão vinculados.

Neste sentido, ao se investigar as representações sociais dos pacientes em tratamento de hemodiálise e de seus familiares, acerca da depressão e da IRC, buscou-se apreender o campo da representação social, que abarca as informações, imagens, crenças, valores, opiniões, elementos culturais e ideológicos presentes nas vivências desses grupos de pertença (Saraiva, 2010).

Método

Participantes

A amostra foi do tipo não probabilístico e de conveniência. Participaram da pesquisa 52 atores sociais, sendo 26 pacientes nefrológicos em tratamento de hemodiálise, com idades entre 22 e 73 anos ($M=44,19$; $DP=11,83$), a maioria era do sexo feminino (57,7%) e casada (84,6%), em relação à escolaridade, 57,7% tinham o Ensino Fundamental e 30,8% estudaram até o Ensino Médio. No que concerne aos familiares, estes apresentaram idades entre 18 e 73 anos ($M=44,06$; $DP=12,9$), sendo 75% do sexo feminino. Quanto ao estado civil, 82,7% eram casados e a maioria, 55,8%, estudou até o Ensino Fundamental e 32,7% até o Ensino Médio. Em relação ao grau de parentesco, 40% eram esposas, 32% filhos e os demais (28%) tratavam-se de irmãos, primos, sobrinhos, noras, mães e pais.

Instrumentos

Para a caracterização da amostra, foi utilizado um questionário sociodemográfico, com questões relacionadas à idade, ao sexo, à escolaridade e ao estado civil. Para verificar a presença de sintomas depressivos nos pacientes, valeu-se da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), adaptada à população brasileira por Botega, Bio, Zomignani, Garcia e Pereira (1995) e Castro et al. (2006). Essa escala possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D), apresentando os respectivos coeficientes de alfa de Cronbach, 0,68 e 0,77, cada item pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação de 0 ± 21 (Marcolino et al., 2007; Botega et al., 1995). Para as finalidades desta pesquisa, utilizou-se a subescala de depressão como instrumento de *screening*.

Visando captar as representações sociais dos pacientes e familiares, foi administrada uma entrevista semiestruturada, contendo as seguintes questões: (a) Gostaria que o(a) senhor(a) falasse tudo o que conhece acerca da IRC; (b) O que o tratamento da IRC significa na sua vida?; (c) Gostaria que o(a) senhor(a) falasse tudo o que conhece a respeito da depressão, o mais detalhado possível.

Procedimentos éticos e de coleta de dados

O presente trabalho foi realizado considerando-se as condições éticas estabelecidas pela Comissão do Conselho Nacional de Saúde, pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, sob o protocolo de nº 392/11.

A investigação foi desenvolvida em três hospitais públicos da cidade de João Pessoa-PB, que disponibilizam o tratamento da hemodiálise. O início da pesquisa se deu logo depois que foi obtida a autorização da direção destas instituições, sendo os dados coletados individualmente, com o uso de um gravador. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como foram informados do caráter voluntário e do sigilo referentes à sua identificação. O número de participantes foi estabelecido segundo o critério de saturação definido por Sá (1998). De acordo com tal critério, as entrevistas podem ser encerradas no momento em que os conteúdos temáticos começarem a se repetir e não surgirem elementos novos ou diferenciados nas falas dos participantes. O tempo total de aplicação dos instrumentos foi, em média, de 30 minutos.

Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra e os conteúdos apreendidos foram processados pelo software Alceste (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*), versão 4.9, que realizou a análise lexical, permitindo a visualização da classificação hierárquica descendente (Alceste, 2007). Este programa foi elaborado por Reinert, em 1986, e tem por finalidade realizar uma série de procedimentos estatísticos aplicados a bancos de dados textuais, que podem ser originados de entrevistas, diálogos, obras literárias, artigos de jornais e revistas, entre outros. O programa apoia-se em cálculos efetuados sobre a coocorrência de palavras nos segmentos de texto, buscando distinguir classes de palavras que

representem formas distintas de discurso sobre os tópicos de interesse da investigação, neste caso específico, a depressão e a IRC (Saraiva, Coutinho, & Miranda, 2011).

Os dados dos questionários e da HADS-D foram processados por meio do *Statistical Package for Social Science* (SPSS-19.0) e analisados a partir da estatística descritiva (média, desvio-padrão, amplitude, frequência e porcentagem). A análise dos dados provenientes da HADS-D seguiu as indicações de Botega et al. (1995), considerando-se o ponto de corte "8" como indicativo de presença de sintomatologia depressiva.

Resultados e discussão

Os resultados advindos da HADS-D evidenciaram que 20% dos participantes apresentaram a sintomatologia depressiva, com uma pontuação que variou de 0 a 18 pontos, com média de 5,36 (DP=3,4). Tal prevalência é consonante com a literatura, cujos índices se situam entre 10 e 100% (Almeida, 2003; Costa et al., 2014; Garcia et al., 2010; Kimmel et al., 2008; Smith et al., 1985). No que tange aos cuidadores, constatou-se que 46% deles apresentaram sintomas de depressão, com uma pontuação que oscilou de 0 a 17 pontos, ($M= 6,8$; $DP= 3,7$). Salienta-se que esta prevalência também é congruente com a literatura, conforme Miyashita et al. (2009) e Sansoni et al. (2004).

Pôde-se observar que os cuidadores mostraram índices mais altos de depressão. Apesar de este grupo não estar acometido pela patologia renal, vivem em função da presença do familiar doente, forjando modificações em seus estilos de vida, como, por exemplo, nos hábitos alimentares. Em geral os familiares são responsáveis por preparar as refeições de modo diferenciado, outro aspecto em destaque são as limitações em suas vidas laborais, pois muitas vezes esses cuidadores abdicam do trabalho, ou tentam associá-las para acompanhar seus familiares nas sessões de hemodiálise. Esta realidade, por suposto, impõe mudanças nos padrões de comportamento, podendo restringir também suas atividades de lazer, desencadeando uma situação de sobrecarga física e psicológica.

Neste cenário, o "peso" de conviver com uma pessoa doente implica uma condição análoga de sofrimento. Embora os cuidadores não estejam doentes fisiologicamente, vivem como se estivessem, uma vez que a doença renal e sua terapêutica provocam limitações na vida dos pacientes e,

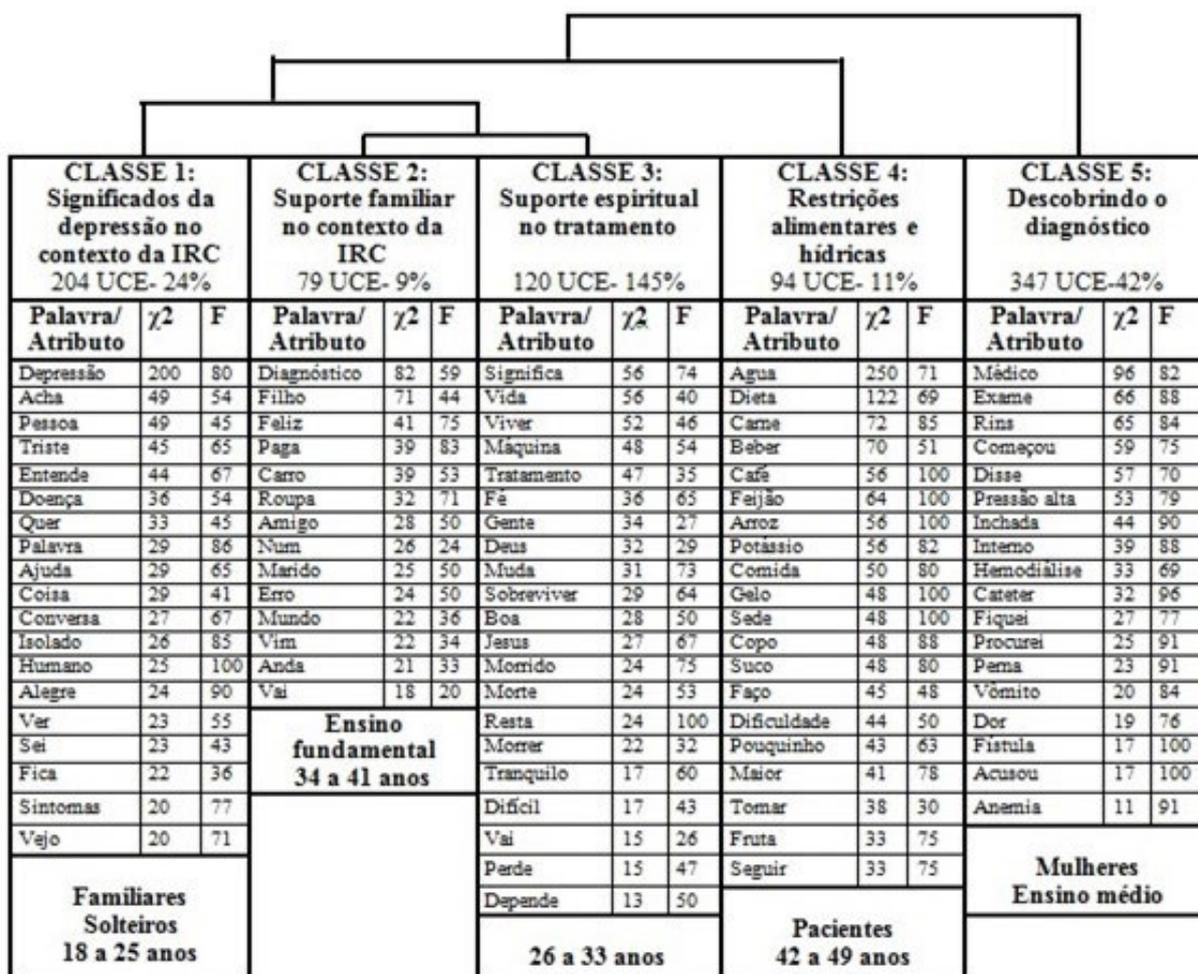
consequentemente, para a vida dos cuidadores. As preocupações dos pacientes estão voltadas para a doença; já para os cuidadores, tais preocupações envolvem, além da própria doença, o cuidado com o ser doente.

Os dados oriundos das entrevistas e processados pelo software Alceste apontaram que o *corpus* continha 50.682 ocorrências, sendo 3.974 palavras distintas, tendo, em média, 13 ocorrências por palavra, com frequência igual ou superior à média e $\chi^2 \geq 11$ ($p < 0,05$). Ao reduzir o vocabulário às suas raízes, foram encontrados 761 radicais analisáveis e 1.047 unidades de contexto elementares (UCes). A análise hierárquica descendente reteve 81% do total das UCes do *corpus*, as quais foram organizadas em cinco classes, como pode ser visualizado na Figura 1.

No dendrograma, nota-se, em uma primeira divisão, que o *corpus* originou dois subcorpus: o da direita, dando origem à Classe 5, denominada “descobrimo o diagnóstico”, e o da esquerda, que foi subdividido. Essa subdivisão resultou na Classe 4, denominada de “restrições alimentares e hídricas” e na aglutinação da Classe 1, chamada de “significados da depressão no contexto da IRC”, com as Classes 2 e 3, denominadas, respectivamente, de “suporte familiar no contexto da IRC” e “suporte espiritual no contexto da IRC” e “suporte espiritual no tratamento”.

A Classe 1, “Significados da depressão no contexto da IRC”, foi constituída de 204 UCes, representando 24% do total do *corpus*, sendo composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 200$ (depressão) e $\chi^2 = 20$ (sintomas). Levando-se em consideração as variáveis descritivas, pode-se caracterizá-la como

Figura 1. Dendrograma de distribuição de classes e variáveis resultante da análise Alceste (N=52)



uma classe que foi constituída, majoritariamente, por familiares, solteiros e com idades entre 18 e 25 anos.

Os conteúdos lexicais apreendidos nesta classe referem-se à descrição da depressão no contexto da IRC, enfatizando seu significado multifacetado, ancorado nas esferas psicoafetiva/cognitiva, físico/orgânica e psicossocial. Segundo Coutinho (2005), a base desse significado múltiplo reside no conhecimento manifesto pela nosologia psiquiátrica, cujos estudos remetem às descrições internacionais da depressão como transtorno psicoafetivo ou do humor, como é o caso da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) (APA, 2002). A seguir, são listadas algumas UCEs ou pseudofrases emitidas pelos familiares, e que são representativas desta classe:

sentir como uma tristeza, a pessoa coloca algumas coisas que não deve na cabeça e fica assim depressivo... meditar em coisas ruins... coloca a doença na cabeça... não quer sair de casa porque vão reparar no braço... esse problema, a depressão a pessoa fica trancada no quarto, não quer falar com ninguém, não quer comer, fica sozinha, isolado total... querendo morrer ... não quer sair de casa... não quer falar com ninguém... não quer comer... a pessoa não quer conversar... não quer sorrir... não tem coragem para fazer nada... não querer ver as pessoas.

De modo amplo, os familiares objetivaram a depressão em sentimentos de tristeza e pensamentos nefastos vinculados à IRC, estruturando-a como sinônimo de tristeza e isolamento. Estes dados se coadunam com o que preconiza o DSM-IV, quando ressalta que a tristeza é um dos sintomas mais comuns do estado depressivo. Coutinho (2005) destaca ser frequente na literatura clínica, independentemente da abordagem, encontrar a palavra “tristeza” associada à depressão. Em seu estudo, a autora considerou a tristeza como a espinha dorsal para explicar o alicerce de toda a sintomatologia da depressão.

Observou-se, ainda, que as representações sociais da depressão, oriundas desse grupo de familiares, estiveram direcionadas ao tratamento da hemodiálise e, dessa forma, associadas ao isolamento. Como explicam Pereira e Guedes (2009), a hemodiálise provoca alterações corporais, principalmente em função da colocação da fístula arteriovenosa no braço, causando cicatrizes, edemas e, por vezes, aneurismas, fatos que podem contribuir para o desejo de não querer sair de casa. Tal sensação de isolamento também foi representada como elemento comum em outros estudos (Castanha, Coutinho, Saldanha, & Ribeiro, 2006; Ribeiro, Oliveira, Coutinho, & Araújo, 2007). Nota-se que o uso do cateter ou fístula está relacionado

à alteração da autoimagem, e que se associa à dependência da hemodiálise, o que torna o indivíduo “diferente” das demais pessoas, gerando tentativas de isolamento (Dyniewicz, Zanella, & Kobus, 2004).

Outro fator de destaque nesta classe se refere às manifestações ancoradas em condições físico-orgânicas, associadas à “negação” e objetivadas em insônia, choro e agitação, semelhantemente ao que fora encontrado na pesquisa de Coutinho, Gontíes, Araújo e Sá (2003). Outras objetivações, como “meditar em coisas ruins”, “colocar tudo na cabeça”, “desejo de morte e de suicídio”, aproximam-se dos estudos de Coutinho e Saraiva (2008) e Coutinho e Ramos (2008).

Como pode ser visto na Figura 1, a Classe 2, “Suporte familiar no contexto da IRC”, foi formada por 79 UCEs, correspondendo a 9% do *corpus*, sendo composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 82$ (diagnóstico) e $\chi^2 = 18$ (vai). As variáveis descritivas que mais contribuíram nesta classe foram referentes aos participantes, de modo geral, independentemente de serem pacientes ou familiares, com idades entre 34 e 41 anos e com o Ensino Fundamental.

Com base na Classificação Hierárquica Descendente (CHD), observa-se que o conteúdo foi referente ao apoio que a família proporciona na presença da IRC, através de suporte tanto emocional, quanto físico ou instrumental. Isto pode ser exemplificado através dos relatos dos participantes a seguir:

se eu tiver em casa aperreada, minhas filhas não dão espaço para isso... o apoio da família é fundamental, ninguém me trata como doente... tem que ter uma da família ali pra ajudar... uma pessoa que se aposenta hoje com um salário mínimo têm três, quatro filhos, uma mulher e paga aluguel... se não fosse minha família, estava devendo até hoje.

Nesta classe, a família emergiu como suporte fundamental no acompanhamento das adversidades oriundas da própria doença e da hemodiálise, contribuindo para uma maior resiliência na adesão ao tratamento e nos aspectos psicossociológicos. Em um estudo de caso com paciente renal, realizado por Dyniewicz et al. (2004), a categoria de apoio familiar também foi evidenciada, sendo vista como um bem maior, como uma convivência harmoniosa voltada para a frequente demonstração de afeto mútuo, em articulação com as preocupações do dia a dia.

Conforme esclarecem Patat, Stumm, Kirchner, Guido e Barbosa (2012), o fato de os pacientes renais serem casados, possuírem filhos e residirem com companheiros(as) mostra que, provavelmente, dispõem de uma estrutura que pode ajudá-los, no sentido de melhor enfrentarem a doença crônica.

Assim, o convívio e o apoio familiar constituem um suporte que suaviza os danos físicos, psicológicos e socioeconômicos provocados no indivíduo pela doença e pelo tratamento.

Outro aspecto retratado nesta classe diz respeito às preocupações relativas a questões de ordem financeira. Em virtude do tempo gasto para a realização da hemodiálise e das limitações que são peculiares a essa modalidade terapêutica, muitas atividades significativas tornam-se comprometidas, como, por exemplo, a de trabalhar. Para Centenaro (2010) e Gonçalves (2012), muitos pacientes renais passam a depender do benefício da aposentadoria da Previdência Social ou a ser sustentados por familiares, razão pela qual o dinheiro se transforma em um fator agravante para a condição de vida dessas pessoas.

A Classe 3, “Suporte espiritual no tratamento”, foi constituída por 120 UCEs, contabilizando 14% do *corpus*, sendo formada por palavras no intervalo entre $\chi^2 = 56$ (vida) e $\chi^2 = 13$ (depende). Caracterizou-se por ser formulada pelo discurso tanto dos pacientes quanto dos familiares, com idades entre 26 e 33 anos. As RS desta classe organizaram-se em torno da palavra “gratidão”, que foi dirigida a Deus por causa da existência da hemodiálise, como um tipo de tratamento que lhes garante a sobrevivência, como mostram os seguintes recortes de relatos dos participantes:

Eu agradeço a Deus por estar viva... tem que ter muita fé Nele... graças a Deus ela está indo bem melhor do que se estivesse em casa sofrendo... o tratamento significa tudo, viver, é a oportunidade que a gente tem de sobreviver, porque se não fosse esse tratamento, eu acho que não teria solução... não sobrevive sem essas máquinas aqui, sem o filtro pra filtrar o sangue, você não sobrevive, não aguenta... se não fosse isso [hemodiálise], ele ia morrer... a hemodiálise é um meio que ele vive mais.

Nesta classe, os participantes ancoraram o tratamento de hemodiálise como algo associado à espiritualidade. Ficou evidente a gratidão a Deus, pela existência de uma modalidade de tratamento que substitui a função dos rins, que lhes garante a sobrevivência e o bem-estar, o que lhes possibilita maior longevidade. Neste caso, a máquina foi simbolizada como o prolongamento da vida.

Tais resultados divergem dos encontrados no estudo de Velloso (2001), no qual a máquina foi representada de forma ambígua, ora como algo vital que salva, ora como objeto persecutório e destruidor que pode matar. Neste sentido, a hemodiálise ocasiona sentimentos ambíguos de esperança e desesperança nos pacientes que precisam deste tratamento para sobreviver, pois, ao mesmo tempo que assegura a vida,

torna a pessoa dependente da tecnologia. Dessa forma, há um elemento simbólico atribuído à hemodiálise, tratando-a como uma relação de “vida e morte” (Reis, Guirardello, & Campos, 2008).

Evidencia-se nesta classe a fé em Deus, que possibilita a garantia de força, confiança, fonte de esperança, conforto e fortaleza, para a adaptação à nova realidade de vida dos participantes. Estes achados também estiveram presentes no estudo de Quintana e Muller (2006).

Na Classe 4, as RS da IRC foram constituídas pelos elementos associados às “restrições alimentares e hídricas”. Esta classe foi formada por 94 UCEs, resultando em 11% do total do *corpus*. Foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 250$ (água) e $\chi^2 = 33$ (seguir). As variáveis-atributos que mais contribuíram para a referida classe foram os pacientes em tratamento de hemodiálise, com idades entre 42 e 49 anos. A seguir, são listadas algumas UCEs representativas desta classe:

A dificuldade é a água... é o que mais sofre, porque a pessoa tem sede e não pode beber, somente molhar a boca com gelo... fazer bochecha com água na boca e jogar fora... água de coco é veneno... A gente não pode nem tocar em jaca e em carambola... ..frutas que têm bem pouquinho potássio, ferro... a banana-maçã, só pode comer uma por dia... não pode carne vermelha, o feijão tem que ser colocado de molho, depois fervido, jogada aquela água fora, temperado com as verduras... frango, só um pouquinho, de preferência um pedacinho do peito.

Destacam-se, nesta classe, as interlocuções advindas dos pacientes, os quais afirmam que, para a obtenção de sucesso no tratamento, faz-se necessário seguir, além das sessões de hemodiálise, as restrições alimentares e hídricas. No entanto, durante o desenvolvimento do presente estudo, foi verificado que, embora muitos pacientes tenham esta conscientização, nem sempre fazem uso dela. Isto se deve ao fato de que a necessidade de mudança de hábitos em suas vivências cotidianas gera frustrações, principalmente quando tal mudança se refere aos hábitos alimentares e ao padrão comportamental do paciente. Nesta classe, a água emerge como elemento figurativo, o que parece justificar a vivência desses pacientes no dilema que envolve a relação de necessidade *versus* proibição da ingestão de água. Este dado corrobora o que foi encontrado na pesquisa de Riella e Martins (2001), que afirma que um dos grandes desafios para os pacientes em hemodiálise é seguir a dieta hídrica.

A atividade de comer está relacionada a um sistema de valores, que, quando alterado, tem repercussão na vida social do indivíduo e nos

significados de se alimentar e de estar submetido a uma privação. Ou seja, entram em jogo outros aspectos, que transcendem o aspecto terapêutico da dieta e fazem uma interação do ato de se alimentar e da experiência da doença (Reis et al., 2008). As mudanças ocorridas na vida dos pacientes renais em função da doença, especificamente no que tange às questões alimentares, foram também percebidas em outros estudos, como os de Cuker e Fragnani (2010), Ramos et al. (2008) e Silva, Silveira, Fernandes, Lunardi e Backes (2011).

Finalmente, a Classe 5, denominada “descobrir o diagnóstico”, conteve 347 UCEs, representando 42% do total do *corpus*. Esta classe revelou um alto poder explicativo, devido à sua representatividade na análise lexical. Foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 96$ (médico) e $\chi^2 = 11$ (anemia), sendo descrita por pacientes e familiares do sexo feminino e com Ensino Médio. Os recortes das falas dos participantes, expostos em seguida, exemplificam as dificuldades para a obtenção do diagnóstico:

começou os ossos inchar... os pés... pressão alta, infecção urinária... estreitamento na uretra... sentia dor, dor por cima de dor, dor nas costas, dor no estômago... a pressão era vinte e dois por quatorze... meus rins eram aqueles limõezinhos, vivia desmaiando... ficou fazendo tratamento para cardíaco... o médico disse que era artrose, e o problema se agravando... o médico disse: procure um especialista em circulação, quando cheguei lá, ele disse que não era circulação, que era um problema muito sério de coluna... a doutora disse que tinha que fazer hemodiálise, pois os rins não estavam filtrando, me desesperei porque não sabia o que era hemodiálise... Eu fiquei louca... morrendo de medo... ela mandou, eu vim fazer a fístula... o doutor colocou o cateter... Se não fizesse hemodiálise naquele dia, ele ia falecer.

Nesta classe, percebe-se a predominância de conteúdos referentes à trajetória do paciente, desde o início da doença até o seu diagnóstico. Pode-se observar que uma das dificuldades para identificar a doença precocemente é devida à falta de sintomas específicos, o que leva a confundir com outras doenças. Por causa disso, os pacientes passam por vários médicos para a obtenção do diagnóstico e, na maioria das vezes, quando a doença renal é identificada, já se encontra em estágio avançado, não havendo alternativa a não ser a hemodiálise. Esta realidade é vivenciada como uma das experiências mais difíceis na vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares. Ela é experimentada sobretudo por sentimentos de desespero, angústia e medo frente ao desconhecido, representado pela hemodiálise, além de pensamentos relativos à morte.

Tais achados se coadunam com os de Daugirdas, Blake e Ing (2010), que salientam que o sofrimento do doente renal é mais intenso no momento do recebimento da notícia da perda da função dos rins. Isto acontece porque a doença renal crônica não apresenta sinais ou sintomas que alertem para o início do problema. Os doentes renais não sentem dor, continuam urinando e, portanto, ficam com a falsa impressão de que os seus rins estão funcionando.

Para Fayer (2010), Gonçalves (2012), Kruger (2011) e Pereira e Guedes (2009), os pacientes representam o adoecimento como sendo um momento inesperado, que surge de surpresa em virtude da falta de sintomas perceptíveis da doença em sua fase inicial. Destaca-se ainda, nesse momento, o desconhecimento dos aspectos básicos da terapia hemodialítica. Desse modo, quando a doença renal é identificada, na maioria das vezes já se encontra em estágio avançado, com os pacientes necessitando urgentemente da hemodiálise. Configura-se então uma situação que pode provocar alterações emocionais e comportamentais nessas pessoas (Ramos et al., 2008; Smeltzer & Bare, 2009).

Considerações finais

Estudar a depressão e a IRC por meio da Teoria das Representações Sociais possibilitou evidenciar um conhecimento prático, construído com base nos pensamentos, sentimentos e percepções dos grupos de pertença de pacientes nefrológicos e de seus familiares. Também foi possível medir a sintomatologia depressiva nos participantes, observando-se maior prevalência dessa síndrome entre os familiares, o que pode estar relacionado ao “peso” de conviver com uma pessoa doente, implicando uma condição análoga de sofrimento. Apesar de não estarem doentes fisiologicamente, tais cuidadores vivem como se estivessem, pois a doença renal e sua terapêutica provocam limitações na vida dos pacientes e, conseqüentemente, na vida de seus cuidadores.

No tocante às representações sociais, os atores sociais demonstraram ter entendimento acerca da depressão, enfatizando o seu significado multifacetado, ancorando-a nas esferas psicoafetiva/cognitiva, físico/orgânica e psicossocial. Ressalte-se que essas representações foram vinculadas ao contexto da doença renal, especialmente no que tange aos aspectos relativos à patologia nefrológica e ao comportamento de isolamento devido às alterações corporais decorrentes do tratamento da hemodiálise.

Por sua vez, a IRC foi representada essencialmente pelos pacientes, como algo vinculado às restrições

hídricas e alimentares. Os pacientes objetivaram as dificuldades encontradas para seguir as dietas, dentre as quais se destacou a forma de ingestão dos alimentos e sobretudo dos líquidos, sendo a água o principal elemento figurativo desta representação, identificado com base nas expressões mais frequentes nomeadas pelos indivíduos de um grupo de pertença.

Observou-se um consenso no discurso dos pacientes e familiares, referente às RS da IRC ancoradas no suporte familiar e espiritual. Isto sugere que, por meio desse apoio, os pacientes se sentem protegidos e acolhidos, facilitando o enfrentamento do tratamento. O recebimento do diagnóstico da IRC foi associado ao desconhecimento da principal forma de tratamento, a hemodiálise, que se revelou como uma das experiências mais difíceis para pacientes e familiares. Frente à hemodiálise, foram experimentados, entre outros sentimentos, o medo e o desespero diante do desconhecido, além do sofrimento ante a possibilidade da morte. Esses sentimentos ocorreram apesar da hemodiálise também ter sido representada como algo positivo, que garante a longevidade da vida.

Tais representações encontraram-se relacionadas com as adversidades psicossociais vivenciadas no contexto da doença renal por estes grupos de pertença. Estudar fenômenos como a depressão e a IRC por meio da Teoria das Representações Sociais possibilitou uma visão para além da cientificidade, permitindo observar o conhecimento do senso comum, formulado a partir do convívio social com a doença e das condutas provenientes desses grupos de pertença. Tal teoria também permite transcender as perspectivas biologizantes, tornando possível o entrelaçamento de significados do ser humano, enquanto ser multifacetado, permeado de aspectos sociais, biológicos, afetivos e psicológicos.

Espera-se que os resultados da presente pesquisa possam contribuir para uma melhor compreensão da depressão e da IRC, bem como fornecer subsídios para a prevenção e o acompanhamento terapêutico de pacientes e familiares, a partir do diagnóstico da doença renal e de suas consequências. O objetivo do acompanhamento terapêutico deve ser o de tornar esse momento menos impactante na vida das referidas pessoas, dando suporte tanto às questões relativas à finitude da vida, quanto às questões decorrentes da falta de conhecimento sobre as causas e a principal forma de tratamento da IRC, a hemodiálise. Uma vez que as RS da IRC respaldadas em algo desconhecido podem modular seus comportamentos no que concerne à adesão aos tratamentos propostos.

A utilização de uma amostra não probabilística revela-se como uma importante limitação no que diz

respeito à possibilidade de generalização dos resultados. Sendo assim, sugere-se cautela ao comparar estes resultados aos de outros autores. Como esta pesquisa foi realizada somente em instituições públicas, ela não possibilitou observar se existiam diferenças entre o contexto público e o privado. Destaca-se também que a prevalência da depressão encontrada não se trata de um diagnóstico, visto que se utilizou apenas um instrumento para o rastreamento da depressão, e que para diagnosticar tal fenômeno, seria necessária uma bateria de instrumentos.

Referências

- Alceste (2007). *Manual d'utilisation* (Versão 4.9). Toulouse, France: Image.
- Almeida, A. M. (2003). Revisão: a importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 25(4), 209-214.
- American Psychological Association – APA. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM- IV-TR*. (C. Dornelles, Trad., 4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Besier, T. & Goldbeck, L. (2011). Anxiety and depression in adolescents with CF and their caregivers. *Journal of Cystic Fibrosis*, 10(6), 435 - 442.
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia, C., & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista Saúde Pública*, 29(5), 359-363.
- Castanha, A. R., Coutinho, M. P. L., Saldanha, A. A. W., & Ribeiro, C. G. (2006). Repercussões psicossociais da depressão no contexto da Aids. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(1), 70-81.
- Castro, M. M. C., Quarantini, L., Batista-Neves, S., Kraychete, D. C., Daltro, C. C., & Miranda-Scippa, A. (2006). Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 56(5), 470-477.
- Centenaro, G. A. (2010). A intervenção do serviço social ao paciente renal crônico e sua família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1), 1881-1885.
- Costa, F. G., Coutinho, M. P. L., Melo, J. R. F., & Oliveira, M. X. (2014). Rastreamento da depressão no contexto da insuficiência renal crônica. *Revista Temas em Psicologia*, 22(2), 445-455.
- Coutinho, M. P. L. (2005). *Depressão infantil e representações sociais* (2ª ed). João Pessoa: Editora Universitária/ UFPB.
- Coutinho, M. P. L., Gontievs, B., Araújo, L. F., & Sá, R. C. N. (2003). Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *Revista Semestral da Área de Psicologia*, 8(2), 183-192.
- Coutinho, M. P. L. & Ramos, N. (2008). Distúrbios psicoafetivos na infância e adolescência: um estudo transcultural. *Psico*, 39(1), 14-20.
- Coutinho, M. P. L. & Saraiva, E. R. A. (2008). As representações sociais da depressão pós-parto elaboradas por mães puérperas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(2), 244-259.

- Cuker, G. M. & Fragnani, E. C. S. F. (2010). *As dimensões psicológicas da doença renal crônica*. Monografia de Conclusão de Curso de Psicologia, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC.
- Daugirdas, J. T., Blake, P. G., & Ing, T. S. (2010). *Manual de diálise*. (4ª ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Dyniewicz, A. M., Zanella, E., & Kobus, L. S. G. (2004). Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), 199-212.
- Fayer, A. A. M. (2010). *Repercussões psicológicas da doença renal crônica: comparação entre pacientes que iniciam o tratamento hemodialítico após ou sem segmento nefrológico prévio*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Ferreira, P. L. & Anes, E. J. (2010). Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crônicos: criação da versão portuguesa do KDQOL-SF. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 31-39.
- Garcia, T., Veiga, J. P. R., & Motta, L. O. C. (2010). Comportamento depressivo e má qualidade de vida em homens com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(4), 369-374.
- Gonçalves, C. S. (2012). *As representações sociais sobre a doença renal crônica*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Kaplan, H., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (D. Batista, Trad., 9ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Kimmel, P. L., Cohen, S. D., & Peterson, R. A. (2008). Depression in patients with chronic renal disease: where are we going? *Journal of Renal Nutrition*, 18(1), 99-103.
- Kruger, T. S. (2011). *Adesão ao tratamento em pacientes renais crônicos: uma revisão integrativa*. Monografia de Conclusão de Curso, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Marcolino, J. A. M., Mathias, L. A. S. T., Piccinini, L., Guaratini, A. A., Suzuki, F. M., & Alli, L. A. C. (2007). Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(1), 52-62.
- Miyashita, M., Narita, Y., Sakamoto, A., Kawada, N., Akiyama, M., Kayama, M. et al. (2009). Care burden and depression in caregivers caring for patients with intractable neurological diseases at home in Japan. *Journal of the Neurological Sciences*, 276(2), 148-152.
- Moscovici, S. (2011). *Representações Sociais: investigações em Psicologia Social* (7ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Nifa, S. & Rudnicki, T. (2010). Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13(1), 64-75.
- Organização Mundial da Saúde - OMS. (2012). *Depression*. Acesso em 10 de abril, 2012, em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- Patat, C. L., Stumm, E. M. F., Kirchner, R. M., Guido, L. A., & Barbosa, D. A. (2012). Análise da qualidade de vida de usuários em hemodálises. *Enfermería Global*, 11(27), 54-65.
- Pereira, L. P. & Guedes, M. V. C. (2009). Hemodiálise: a percepção do portador renal crônico. *Cogitare Enfermagem*, 14(4), 689-695.
- Quintana, A. M. & Muller, A. C. (2006). Da saúde à doença: representações sociais sobre a insuficiência renal crônica e o transplante renal. *Psicologia Argumento*, 24(44), 73-80.
- Ramos, I. C., Queiroz, M. V. O., & Jorge, M. S. B. (2008). Cuidado em situação de doença renal crônica: representações sociais elaboradas por adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(2), 193-200.
- Reis, C. K., Guirardello, E. B., & Campos, C. J. O. (2008). O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 336-41.
- Ribeiro, K. C. S., Coutinho, M. P. L., & Nascimento, E. S. (2010). Representação social da depressão em uma instituição de ensino da rede pública. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 448-463.
- Ribeiro, K. C. S., Oliveira, J. S. C., Coutinho, M. P. L., & Araújo, L. F. (2007). Representações sociais da depressão no contexto escolar. *Paidéia*, 17(38), 417-430.
- Riella, M. C. & Martins, C. (2001). *Nutrição e o rim*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ.
- Sansonì, J., Vellone, E., & Piras, G. (2004). Anxiety and depression in community-dwelling, Italian Alzheimer's disease caregivers. *International Journal of Nursing Practice*, 10(2), 93-100.
- Santos, A. F., Barbosa, R. B., Faro, S. R. S., & Alves, A. (2005). Representações sociais do processo saúde-doença entre nefrologistas e pacientes renais crônicos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(1), 57-67.
- Saraiva, E. R. A. (2010). *Violência contra idosos: aproximações e distanciamentos entre a fala do idoso e o discurso da mídia impressa*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Saraiva, E. R. A., Coutinho, M. P. L., & Miranda, R. S. (2011). O emprego do software Alceste e o desenvolvimento do mundo lexical em pesquisa documental. In M. P. L. Coutinho & E. R. A. Saraiva (Orgs.), *Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 67-94). João Pessoa: Editora Universitária UFPB.
- Silva, A. S., Silveira, R. S., Fernandes, G. F. M., Lunardi, V. L., & Baches, V. M. S. (2011). Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 839-844.
- Smeltzer, S. C. & Bare, B. G. (2009). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (J. E. F. Cruz, Trad., 11ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Smith, M. D., Hong, B. A., & Robson, A. M. (1985). Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease: Comparative analysis. *American Journal of Medicine*, 79(2), 160-166.
- Thomas, C. V. & Alchieri, J. C. (2005). Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 57-61.
- Velloso, R. L. M. (2001). Efeitos da hemodiálise no campo subjetivo dos pacientes renais crônicos. *Cogito*, 3, 73-81.

Agradecimento

À agência de fomento, CAPES - Processo nº 111100643.

Submissão em: 03/09/2013

Revisão em: 16/12/2014

Aceite em: 24/02/2015

Maria da Penha de Lima Coutinho é pós-doutora em Psicologia pela Universidade Aberta de Lisboa-Portugal. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e coordenadora do Núcleo de Pesquisa *Aspectos Psicossociais de Prevenção e Saúde*, da Universidade Federal da Paraíba. Endereço para correspondência:

Departamento de Psicologia, CCHLA - UFPB.
Campus I, Cidade Universitária, Conjunto Castelo Branco.
João Pessoa/PB. Brasil CEP 58.051-900.
E-mail: mplcoutinho@gmail.com

Fabrycianne Gonçalves Costa é neuropsicóloga e doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa/PB, Brasil.
E-mail: fabrycianne@gmail.com