

**Universidade de São Paulo**  
**Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**

**Daniela Comelis Bertolin**

**Modos de Enfrentamento de Pessoas com**  
**Insuficiência Renal Crônica Terminal em**  
**Tratamento Hemodialítico**

**Ribeirão Preto**

**2007**

**Daniela Comelis Bertolin**

**Modos de Enfrentamento de Pessoas com  
Insuficiência Renal Crônica Terminal em  
Tratamento Hemodialítico**

**Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão  
Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do  
título de mestre em enfermagem.**

**Área de Concentração: Enfermagem Fundamental  
Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto  
com doenças agudas e crônico-degenerativas**

**Orientador (a): Profa. Dra. Ana Emilia Pace**

**Ribeirão Preto  
2007**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Bertolin, Daniela Comelis

Modos de enfrentamento de pessoas com insuficiência renal crônica terminal em tratamento hemodialítico. Ribeirão Preto- São Paulo, 2007.

141 p.; 30 cm.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de Concentração: Enfermagem Fundamental – Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas.

orientador (a): Ana Emilia Pace

1. Insuficiência renal crônica. 2. Hemodiálise.  
3. Adaptação psicológica. 4. Estresse. 5. Enfermagem

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Daniela Comelis Bertolin

### **Modos de Enfrentamento de Pessoas com Insuficiência Renal Crônica Terminal em Tratamento Hemodialítico**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em enfermagem.  
Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ana Emilia Pace  
Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP

Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Luciana Kusumota  
Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP

Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Claudia Bernardes Cesarino  
Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto \_ FAMERP

Assinatura: \_\_\_\_\_

## *DEDICATÓRIA*

*Dedico este trabalho*

*aos meus irmãos, Danila e Serginho, pelo companheirismo*

*e apoio em todos os momentos,*

*aos meus pais, Rosalina e Sergio, pela formação que me deram.*

## *AGRADECIMENTOS*

*A Deus que tornou possível a realização deste estudo;*

*À Profa. Dra. Ana Emília Pace, por ter aceitado me orientar, seus conhecimentos foram essenciais em todas as etapas deste estudo;*

*À Profa. Dra. Luciana Kusumota, pelas sugestões e ajuda em todo o percurso deste trabalho;*

*À Profa. Dra. Rosana Spadoti Dantas, pelas críticas construtivas durante a elaboração do projeto deste estudo;*

*Ao Prof. Dr. Vanderlei Haas, pela seriedade e precisão durante a realização da análise estatística;*

*À Profa. Rita Helu Ribeiro, pela amizade, apoio e colaboração na minha formação profissional e acadêmica;*

*À Profa. Dra. Cláudia Cesarino, pelas sugestões e incentivo na elaboração deste estudo;*

*À diretoria do Instituto de Urologia e Nefrologia, em especial ao Dr. Wilson Yamazaki, Dr. Mário Abud, Dra. Maria Cristina Salgueiro e Maria da Graça Araújo, pelas sugestões e permissão para realizar este estudo nesta instituição;*

*Às enfermeiras da unidade de hemodiálise do IUN, pela colaboração indireta no desenvolvimento deste trabalho;*

*À secretária da unidade de hemodiálise Regiane Dias, pela colaboração durante a coleta dos dados;*

*Às amigas, Daniele Alcalá, Marcela Manetti, Luciana e Taíomara Ramalho, por toda solidariedade e companheirismo;*

*Aos pacientes, por se tornarem sujeitos deste estudo;*

*Muito obrigada!*

***“A vida é uma oportunidade, aproveita-a.***

***A vida é sonho, torna-o realidade.***

***A vida é um desafio, enfrenta-o.***

***A vida é um dever, cumpre-o.***

***A vida é um jogo, joga-o.***

***A vida é preciosa, cuida-a.***

***A vida é riqueza, conserva-a.***

***A vida é um mistério, desvela-o.***

***A vida é promessa, cumpre-a.***

***A vida é tristeza, supera-a.***

***A vida é um hino, canta-o.***

***A vida é um combate, aceita-o.***

***A vida é tragédia, domina-a.***

***A vida é aventura, afronta-a.***

***A vida é felicidade, merece-a.***

***A vida é a VIDA, defende-a.”***

***Madre Teresa***

## RESUMO

Bertolin, D.C. **Modos de enfrentamento de pessoas com insuficiência renal crônica terminal em tratamento hemodialítico**. 2007 141f. (Dissertação de mestrado)-Ribeirão Preto-SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007.

**Introdução:** A Insuficiência Renal Crônica Terminal (IRCT) é uma doença crônica não-transmissível e um problema de saúde pública, constituindo uma das principais causas de morte e incapacitação no mundo. A condição crônica de saúde é uma situação estressante e fonte de novos estressores que são enfrentados, de acordo com o significado que têm para os envolvidos. Os modos de enfrentamento podem amenizar os efeitos do estresse, favorecendo o processo adaptativo. **Objetivos:** Analisar os modos de enfrentamento das pessoas com IRCT frente à situação de doença e ao tratamento por hemodiálise, segundo variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida. **Material e método:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal e populacional, que utiliza análise quantitativa, desenvolvido no Instituto de Urologia e Nefrologia de São José do Rio Preto (IUN), onde foram entrevistados 107 pacientes acometidos por IRCT em tratamento hemodialítico há seis meses ou mais, adultos (pacientes com 18 anos ou mais), orientados, tendo condições de responder aos questionários propostos sem prejuízo nas respostas; que concordaram em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Os instrumentos utilizados foram o Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus (1985) e um roteiro de entrevista semi-estruturada para caracterização da população elaborado para este estudo. **Resultados:** A maioria das pessoas entrevistadas era do sexo masculino, de idade adulta (idade entre 18 e 59 anos), branca, tinha companheiro (a), morava com a família, tinha escolaridade entre zero e oito anos de estudo, era aposentada, não trabalhava, tinha atividade de lazer, não praticava atividades físicas e tinha religião. As principais causas da IRCT foram GNC, diabetes mellitus, causa indeterminada e hipertensão arterial. Os modos de enfrentamento que obtiveram maiores escores médios foram relacionados aos fatores reavaliação positiva, resolução de problemas e fuga-esquiva, evidenciando o uso mais freqüente dos modos de enfrentamento focados no problema. As mulheres apresentaram escores médios mais elevados para todos os fatores; idosos tiveram escores médios mais elevados nos fatores confronto, afastamento e fuga-esquiva; pessoas com 12 ou mais anos de estudo apresentaram escores médios mais elevados que pessoas com menos anos de estudo para os fatores autocontrole, suporte social, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva; pessoas que referiram trabalhar apresentaram escores médios mais elevados para os fatores autocontrole, suporte social, resolução de problemas e reavaliação positiva; pessoas que realizaram transplante obtiveram escores mais elevados nos fatores autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidades, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva; pessoas que não tinham religião obtiveram os menores escores médios para todos os fatores. **Conclusão:** a identificação dos modos de enfrentamento das pessoas, em tratamento hemodialítico, pode facilitar o planejamento da assistência, favorecendo a adaptação das pessoas aos estressores associados à IRCT e ao tratamento hemodialítico.

**Descritores:** insuficiência renal crônica; hemodiálise; adaptação psicológica; estresse; enfermagem.



## ABSTRACT

Bertolin, D.C. **Ways of coping of the people with terminal chronic renal failure in hemodialysis treatment.** 2007. 141f (Dissertation of mastership)- University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing; 2007.

**Introduction:** Terminal Chronic Renal Failure (TCRF) is a non-transmissible chronic disease and one problem of public health, constituting one of the main causes of death and disabilities in the world. The chronic condition of health is a stressful situation and source of new stressors, that are cope in accordance with the meaning that has for the involved ones. The ways of coping can brighten up the effect of the stress it favoring the adaptation. **Aims:** To analyze the ways of coping of the people with TCRF front the situation of disease and the hemodialysis treatment, according to social, demography, clinical variables and habits of life. **Material and method:** One is about a descriptive, transversal and population study, that uses quantitative analysis, developed in the Institute of Urology and Nephrology of São Jose do Rio Preto (IUN), where 107 patients with TCRF in hemodialysis treatment had been interviewed, they have six months or more, adults (patient with 18 years or more), guided, having conditions to answer to the questionnaires considered without damage in the answers; that they had agreed to participating of the study signing the term of free and clarified assent. The instruments had been used was Ways of coping of Folkman and Lazarus (1985) and a half-structuralized script of interview for characterization of the people, made for this study. **Results:** The majority of the interviewed people was mans, adults (age between 18 and 59 years), white, had study between 0 and 8 years and it had religion. The main causes of the TCRF had been GNC, diabetes mellitus, indetermined cause and arterial hipertension. The ways of coping that had the hight medium scores had been related to the factors positive reappraisal, planful problem-solving and escape-avoidance, evidencing the most frequent use in the problem-focuse coping. The women had higher médium score for all the factors; old had had higher médium scores in the factors confrontive coping, distancing and escape-avoidance; people that not work higher médium scores for the factors self-control, seeking social support, planful problem-solving and positive reppraisal; people who had carried through transplant, had gotten higher médium scores in the factors self-control, seeking social support, accepting responsibility, escape-avoidance, planful problem-solving and positive reppraisal; people who did not have religion had gotten the minors médium scores for all the factors. **Conclusion:** the identification in the ways of coping of the people in hemodialysis treatment, can facilitate to the planning of the assistance, favoring the adaptation of the people to the stressors associates to the TCRF and the hemodialysis treatment.

**Descriptors:** chronic renal failure; renal dialysis; adaptation psychological; stress; nursing.

## RESUMEN

Bertolin, D.C. **Estrategias que hacen frente de la gente con insuficiencia renal crónica terminal en el tratamiento de hemodialisis.** 2007. 141f. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2007.

**Introducción:** La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) es una enfermedad crónica no transmissible y un problema de la salud pública, constituyendo una de las principales causas de la muerte y incapacidades en el mundo. La condición crónica de la salud es una situación del estresante y la fuente de nuevos estresores, de que se hace frente de acuerdo con el significado que tiene para los implicados. Las estrategias que hacen frente pueden aclararlo encima del efecto del estresse que favorece el adaptativo de proceso. **Objetivos:** Analizar las estrategias que hacen frente de la gente con IRCT en la situación de la enfermedad y al tratamiento de hemodialisis, según variables sóciodemográficas clínicas y hábitos de la vida. **Material y método:** El estudio descriptivo, transversal y de la población, que utiliza análisis cuantitativo, desarrollado en el Instituto de Urología y Nefrología de São Jose do Río Preto (IUN), donde 107 pacientes que los acometidos para IRCT en el tratamiento de hemodialisis habían sido entrevistados con tienen seis meses o más, los adultos (paciente con 18 años o más), dirigidos, teniendo condiciones para contestar a los cuestionarios considerados sin daño en las respuestas; que habían convenido participar del estudio que firmaban el término del asentimiento libre y clarificado. Los instrumentos usados habían sido el inventario de estrategias de la confrontación de Folkman y Lazarus (1985) y un escritura de la entrevista mitad-structuralized de la caracterización de la población elaboraron para este estudio. **Resultados:** La mayoría de la gente entrevistada con estaba del sexo masculino, de la edad del adulto (edad entre 18 y 59 años), de blanco, tenía entre cero y ocho años estudiados, no trabajó y tenía religión. Las causas principales del IRCT habían sido GNC, mellitus de la diabetes, indetermined causa e hipertensão arterial. Las estrategias que hacen frente que habían conseguido los greaters que apoyas encima de medio habían sido relacionado con la nueva evaluación positiva de los factores, resolución de problemas y se escapan-esquiva, evidenciando el uso más frecuente del estrategias que hacen frente del problema-focó. Las mujeres habían presentado el apoyo encima de un medio más alto para todos los factores; envejecido habían hecho que apoyaras encima de un medio más alto en los factores confrontación, retiro y se escapan-esquiva; poblar quién él había relacionado con el trabajo había presentado el apoyo encima de un medio más alto para el autodominio de los factores, la ayuda social, la resolución de problemas y la nueva evaluación positiva; poblar quién había llevado a través de trasplante, había conseguido el apoyo encima más arriba adentro del autodominio de los factores, ayuda social, aceptación de responsabilidades, se escapa-esquiva, resolución de problemas y nueva evaluación positiva; poblar quién no tenía religión había conseguido a menores de edad el apoyo encima del medio para todos los factores. **Conclusión:** la identificación de las maneras de la confrontación de la gente en el tratamiento del hemodialítico, puede facilitar al planeamiento de la ayuda, favoreciendo la adaptación a los estresores se asocia al IRCT y al tratamiento del hemodialítico.

**Descriptores:** insuficiencia renal crónica; diálisis renal; adaptación psicológica; estresse; enfermería.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Descrição de variáveis sociodemográficas de 107 pessoas em tratamento hemodialítico. São José do Rio Preto-SP, 2007 ..... 60
- Tabela 2.** Distribuição de variáveis clínicas de 107 pessoas em tratamento hemodialítico. São José do Rio Preto-SP, 2007 ..... 62
- Tabela 3.** Distribuição das variáveis clínicas relacionadas ao tempo de 107 pessoas em tratamento hemodialítico. São José do Rio Preto-SP, 2007 ..... 65
- Tabela 4.** Descrição de hábitos de vida de 107 pessoas em tratamento hemodialítico. São José do Rio Preto-SP, 2007 ..... 66
- Tabela 5.** Escores médios dos fatores do IEEFL aplicado a pessoas em tratamento hemodialítico. São José do Rio Preto-SP, 2007 ..... 68
- Tabela 6.** Escores médios dos itens do IEEFL para adultos e idosos em tratamento hemodialítico. São José do Rio Preto-SP, 2007 ..... 69
- Tabela 7.** Escores médios dos fatores do IEEFL aplicado a pessoas em tratamento hemodialítico, segundo variáveis sociodemográficas. São José do Rio Preto-SP, 2007 ..... 72
- Tabela 8.** Escores médios dos fatores do IEEFL aplicado a pessoas em tratamento hemodialítico, segundo variáveis clínicas. São José do Rio Preto-SP, 2007 ..... 76

<b>Tabela 9.</b> Escores médios dos fatores do IEEFL aplicado a pessoas em tratamento hemodialítico, segundo hábitos de vida. São José do Rio Preto-SP, 2007 .....	80
<b>Tabela 10.</b> Escores de comparação das médias dos fatores do IEEFL, pelos testes T de Student e Mann-Whitney. São José do Rio Preto-SP, 2007 .....	82
<b>Tabela 11.</b> Coeficiente de correlação de Sperman entre os fatores do IEEFL e as variáveis tempo, escolaridade e renda familiar mensal referida. São José do Rio Preto, 2007.....	83

## LISTA DE ABREVIATURAS

- ABTO** - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
- CAPD** - *Continuous Ambulatori Peritoneal Dialysis*
- CDL** - Cateter Duplo Lúmen
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisas
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- DP** - Diálise Peritoneal
- DPA** - Diálise Peritoneal Automatizada
- DPAC** - Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
- FAV** - Fístula Arteriovenosa
- GNC** - Glomérulo Nefrite Crônica
- HA** - Hipertensão Arterial
- IEEFL** - Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lázarus
- IRC** - Insuficiência Renal Crônica
- IRCT** - Insuficiência Renal Crônica Terminal
- IUN** - Instituto de Urologia e Nefrologia
- K/DOQI** - *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*
- Kt/V** - Produto da depuração de uréia do dialisador (K) pelo tempo de diálise (t),  
dividido pelo volume de distribuição da uréia (V).
- NKF** - *National Kidney Foundation*
- SBN** - Sociedade Brasileira de Nefrologia
- SISNEP** - Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres  
Humanos.
- SM** - Salário Mínimo
- SNT** - Sistema Nacional de Transplantes
- TFG** - Taxa de Filtração Glomerular
- TR** - Transplante Renal
- TRS** - Terapia Renal Substitutiva

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	15
1.1 Insuficiência Renal Crônica: Definição, Etiologia e Tratamento .....	18
1.2 Hemodiálise .....	26
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	34
2.1 Estresse .....	35
2.2 Enfrentamento .....	37
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	43
3.1 Objetivo geral .....	44
3.2 Objetivos específicos .....	44
<b>4. MATERIAL E MÉTODO</b> .....	45
4.1 Delineamento do estudo .....	46
4.2 Local do estudo .....	46
4.3 População estudada (critérios de inclusão/exclusão).....	48
4.4 Variáveis estudadas .....	49
4.5 Instrumentos de coleta de dados .....	51
4.6 Procedimento de coleta de dados .....	54
4.7 Análise de dados .....	55
4.8 Aspectos éticos .....	56
<b>5. RESULTADOS</b> .....	58
5.1 Caracterização sociodemográfica da população .....	60
5.2 Caracterização das condições clínicas da população .....	62
5.3 Caracterização da população quanto aos hábitos de vida .....	66
5.4 Identificação dos modos de enfrentamento das pessoas em tratamento hemodialítico .....	67
5.5 Resultados do estudo das associações entre variáveis.....	71

<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	85
6.1 Caracterização sociodemográfica, clínicas e dos hábitos de vida da população .....	86
6.2 Modos de enfrentamento .....	91
6.3 Associação entre os modos de enfrentamento e variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida .....	95
6.3.1 Modos de enfrentamento e variáveis sociodemográficas .....	95
6.3.2 Modos de enfrentamento e variáveis clínicas .....	99
6.3.3 Modos de enfrentamento e hábitos de vida .....	102
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	104
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	110
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	113
<b>APÊNDICES</b> .....	128
<b>ANEXOS</b> .....	133

# ***1.INTRODUÇÃO***

---



As doenças crônicas não-transmissíveis constituem a principal causa de morte e incapacitação em todo o mundo. Em 2001, as doenças crônicas não-transmissíveis contribuíram com 60 % (33,1 milhões) de mortes no mundo e 45,9 % das doenças globais (WHO, 2007).

Doenças crônicas não-transmissíveis são definidas como doenças caracterizadas pela ausência de microorganismos no curso epidemiológico, por não serem transmissíveis, pelo longo curso clínico e pela irreversibilidade. O perfil epidemiológico da insuficiência renal crônica (IRC) é o mesmo de doenças crônicas não-transmissíveis: longo período de latência, curso clínico insidioso e prolongado, manifestações clínicas decorrentes de complicações da hipertensão arterial e diabetes mellitus (LESSA, 1998).

Como uma doença crônica não-transmissível, a IRC é um problema de saúde pública em todo o mundo. Nos Estados Unidos, sua incidência e prevalência são altas, com resultados escassos e tratamentos de alto custo, e em 1998 existiam 320.000 doentes, sendo 72 % tratados com diálise e 28 % com transplante renal (K/DOQI, 2002).

No Brasil, vários esforços têm sido feitos para se coletarem dados sobre pessoas em diálise (hemodiálise e diálise peritoneal), mas pouco se sabe sobre dados epidemiológicos de pessoas com IRC em situação pré-diálise (SESSO, 2002).

De acordo com o Censo 2006, da Sociedade Brasileira de Nefrologia, em janeiro/2006 existiam 70.872 pessoas em diálise, destas, 90,7 % tratadas com hemodiálise, ou seja, 60.306 pessoas em tratamento hemodialítico (SBN, 2007).

O tratamento para as condições crônicas requer um novo modelo de sistema de saúde, que envolva políticas abrangentes para prevenção e gerenciamento eficazes. As pessoas com condições crônicas de saúde e suas famílias precisam de apoio, não apenas de intervenções biomédicas, mas também necessitam de cuidados planejados e atenção capaz de prever suas necessidades, além de treinamento para se autogerenciarem em casa. Ainda não são

reconhecidas pelo sistema de saúde a influência que o comportamento das pessoas com condições crônicas e a qualidade da interação com os trabalhadores da saúde têm sobre os resultados do tratamento, entretanto, focar o comportamento das pessoas com condições crônicas e aumentar as habilidades de comunicação dos trabalhadores da saúde é primordial para o aprimoramento dos cuidados às condições crônicas de saúde (OMS, 2003).

Diante do elevado número de pessoas em tratamento hemodialítico, é necessário que os centros de atenção especializada as pessoas com IRC, e os serviços de saúde em geral, reconheçam melhor o comportamento dessas pessoas e sua realidade, para que se adequem e ofereçam um atendimento que satisfaça as suas necessidades.

O interesse em estudar as pessoas acometidas por Insuficiência Renal Crônica Terminal (IRCT) em tratamento hemodialítico parte da crença de que elas vivenciam mudanças no estilo de vida, após o diagnóstico, e devam adaptar-se a essa nova condição.

A condição crônica de saúde, além de ser uma situação estressante, é também fonte de novos estressores incluindo: tratamento, mudanças no estilo de vida, na energia física, aparência pessoal e novas incumbências. Para muitos os estressores inerentes à condição crônica de saúde podem representar: agressão, ameaça aos planos futuros, barreira, desafio, podendo também significar perda da liberdade, do autocontrole, financeira, da capacidade física, da beleza, de amizades e de atividades sociais (TRENTINI; GUERREIRO; LEIMANN, 1990; TRENTINI; SILVA, 1992).

A IRCT impõe às pessoas restrições e limitações, principalmente após a introdução de um tratamento dialítico. As pessoas podem tornar-se incapazes de desenvolver atividades corriqueiras, estas atividades incluem tarefas variadas como fazer compras, preparar refeições, limpar a casa, entre outras, sendo necessário o auxílio de terceiros (CESARINO, 1995).

Os estressores são enfrentados de acordo com o significado que eles têm para os envolvidos, e a saúde das pessoas em condição crônica dependerá do resultado do processo de

enfrentamento. O resultado do enfrentamento pode redirecionar a orientação de vida dos indivíduos e também o significado atribuído aos estressores (TRENTINI; SILVA, 1992).

Diante do estresse emocional intenso vivenciado pelas pessoas com IRC, resultante das mudanças em sua vida, algumas pessoas lidam realisticamente com esses problemas, outras reagem com sentimentos de medo e rejeição (ALMEIDA; MELEIROS, 2000).

As mudanças de comportamento a que são submetidos refletem diretamente no comprometimento da qualidade de vida, e a forma como essas pessoas reagem frente a essas mudanças e os mecanismos que utilizam para enfrentá-las estão relacionados ao apoio recebido dos seus entes queridos, além das suas crenças e valores (LIMA; GUALDA, 2000).

Assim, este estudo pretende analisar os modos de enfrentamento utilizados por pessoas com IRCT que fazem hemodiálise, de acordo com características sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida.

Para subsidiar o desenvolvimento deste estudo, no que se refere à compreensão das possíveis dificuldades ou limitações no curso de vida das pessoas com IRCT em hemodiálise, serão apresentados tópicos sobre a fisiopatologia e tratamento, destacando o tratamento hemodialítico. Na seqüência, será apresentado, também, o referencial teórico no qual se embasa o desenvolvimento do presente estudo.

### **1.1. Insuficiência Renal Crônica: Definição, Etiologia e Tratamento**

A *National Kidney Foundation* (NKF), em seu documento *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (K/DOQI), definiu a IRC como lesão presente por um período igual ou superior a três meses com ou sem diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG), ou ainda,  $TFG < 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$  por um período  $\geq$  três meses, com ou sem lesão renal (K/DOQI, 2002).

De acordo com a TFG da pessoa, o grupo de trabalho que desenvolveu o K/DOQI classificou a IRC em seis estágios, para efeitos clínicos, epidemiológicos, didáticos e conceituais (K/DOQI, 2002):

- Estágio 0: Fase de função renal normal sem lesão renal: inclui pessoas integrantes dos chamados grupos de risco para o desenvolvimento da doença renal crônica (hipertensos, diabéticos, familiares de hipertensos ou diabéticos e portadores de IRC, etc.), que ainda não desenvolveram lesão renal, com filtração glomerular superior a  $90 \text{ ml/min/1,73 m}^2$  ;
- Estágio 1: Fase de lesão com função renal normal: corresponde às fases iniciais de lesão renal com filtração glomerular preservada, maior ou igual  $90 \text{ ml/min/1,73 m}^2$  ;
- Estágio 2: Fase de insuficiência renal funcional ou leve: os níveis de uréia e creatinina plasmáticos ainda são normais, não há sinais ou sintomas clínicos importantes de insuficiência renal e somente métodos acurados de avaliação da função do rim (depuração, por exemplo) irão detectar estas anormalidades. Compreende uma filtração glomerular entre  $60$  e  $89 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ ;
- Estágio 3: Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada: nesta fase, embora os sinais e sintomas da uremia possam estar presentes de maneira discreta, o paciente mantém-se clinicamente bem. Na maioria das vezes, apresenta somente sinais e sintomas ligados à causa básica. Avaliação laboratorial simples já nos mostra, quase sempre, níveis elevados de uréia e de creatinina plasmáticos. Corresponde a uma faixa de filtração glomerular compreendida entre  $30$  e  $59 \text{ ml/min/1,73m}^2$ ;
- Estágio 4: Fase de insuficiência renal clínica ou grave: O paciente já se ressent de disfunção renal. Apresenta sinais e sintomas marcados de uremia. Dentre estes a

anemia, a hipertensão arterial, o edema, a fraqueza, o mal-estar e os sintomas digestivos são os mais precoces e comuns. Corresponde à faixa de filtração glomerular entre 15 a 29 ml/min/1,73m<sup>2</sup>;

- Estágio 5: Fase terminal de IRC: na qual os rins já perderam o controle do meio interno, tornando este incompatível com a vida. Nesta fase, o paciente encontra-se intensamente sintomático. Suas opções terapêuticas são os métodos de depuração artificial do sangue (diálise peritoneal e hemodiálise) ou o transplante renal. Compreende uma taxa de filtração glomerular inferior a 15 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.

À medida que ocorre progressão da IRC, instala-se a síndrome urêmica (uremia), e os principais sintomas são: nictúria, poliúria, oligúria, edema, hipertensão arterial, fadiga, anorexia, náusea, vômito, insônia, câibras, prurido, palidez cutânea, dismenorréia, amenorréia, atrofia testicular, impotência, déficit cognitivo, déficit de atenção, asterixe, confusão, sonolência e coma. Muitas pessoas são assintomáticos, e o diagnóstico é feito por meio de exames complementares (GONÇALVES, COSTA, 2006).

As principais causas de IRC são as doenças renais primárias (glomerulonefrites crônicas, pielonefrites e doenças obstrutivas crônicas), doenças sistêmicas (diabetes mellitus, hipertensão arterial grave, doenças auto-imunes, gota, amiloidose, mieloma múltiplo), doenças hereditárias (rins policísticos, síndrome de alport, cistinose) e malformações congênitas (agenesia renal, hipoplasia renal bilateral, válvula de uretra posterior). Em inquéritos realizados pela Sociedade Brasileira de Nefrologia em 1996/97, as doenças mais reportadas como causa de IRCT foram hipertensão arterial (24%), glomerulonefrite (24%) e diabetes mellitus (17%). Entretanto, a validade desses diagnósticos pode ser questionada devido à não-comprovação histológica e à falta de seguimento anterior ao estágio terminal da doença na maioria dessas pessoas (DRAIBE, 2002; SESSO, 2002).

Por serem consideradas doenças crônicas não-transmissíveis de grande impacto populacional sobre a mortalidade e morbidade, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são duas das principais causas da IRCT. Dentre 4.455.972 pacientes com hipertensão e/ou diabetes mellitus cadastrados no programa HiperDia do Ministério da Saúde em 14 de setembro de 2006, a frequência de doenças renais foi de 288.629 (6,48%). O controle do diabetes mellitus e da hipertensão arterial pode prevenir suas complicações, entre elas a IRCT. A capacitação, a conscientização e vigilância da equipe de cuidados primários à saúde são essenciais para estabelecer o diagnóstico e encaminhamento precoce ao nefrologista e a instituição de diretrizes apropriadas para retardar a progressão da IRC, prevenir suas complicações, intervir nas comorbidades presentes e preparar adequadamente para uma terapia renal substitutiva (TRS), reduzindo custos e o sofrimento dos pacientes (WHO, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; LESSA, 1998; SESSO, 2002; ROMÃO JUNIOR, 2004).

O tratamento ideal dos pacientes com IRC depende de um bom controle clínico ao longo da evolução da doença. Neste sentido, cada vez mais dispomos de um número crescente de alternativas terapêuticas com impactos favoráveis na velocidade de perda funcional, nas complicações e nas comorbidades que ocorrem com a progressão da IRC (doença cardiovascular, doença vascular periférica, retinopatia e neuropatia diabética). Dentre as intervenções para diminuir a progressão da IRC e prevenir a redução da função renal, considera-se importante o controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus, da redução da proteinúria e ingesta protéica, da obesidade, da extinção do hábito de fumar e o do controle da hiperlipidemia associada à IRC. As complicações próprias da IRC que também devem ser corrigidas são: anemia, alterações do metabolismo de cálcio e fósforo, acidose metabólica e desnutrição (BASTOS et al., 2004).

O acompanhamento multidisciplinar, ao propiciar a identificação de problemas que vão muito além do aspecto médico do paciente, otimiza os cuidados de saúde no curso da

IRC. A educação e preparo psicossocial devem ser iniciados desde a primeira consulta e abordar temas como preservação das veias do braço não dominante para confecção do acesso vascular, importância da adesão à orientação nutricional, alertas sobre o perigo das substâncias nefrotóxicas, orientações sobre a administração de determinados medicamentos (por ex. eritropoietina, insulina, vacinas) e apresentação das TRS (BASTOS et al., 2004).

O tratamento conservador da IRC inclui terapia nutricional, controle da pressão arterial e de fatores agravantes, melhora da hemodinâmica glomerular, tratamento e prevenção das complicações crônicas, monitorização da função renal e preparação para o início do tratamento dialítico. Podendo ser visto em três contextos:

\_na IRC leve a moderada, com objetivo de retardar a progressão da IRC;

\_na IRC de moderada a grave, quando também pode impedir a progressão da insuficiência renal, mas a restrição dietética pode levar à má nutrição, se não houver acompanhamento nutricional adequado, o limite para iniciar diálise é impreciso nesse paciente;

\_na IRC terminal, há necessidade de diálise ou transplante, o tratamento conservador é indicado como paliativo (D'AVILA; FIGUEIREDO, 1996).

Os pacientes com IRCT que apresentarem sintomas de uremia e aqueles em que o tratamento conservador não é capaz de manter a vida sem prejuízo do seu estado nutricional ou agravamento das complicações crônicas da uremia devem ser encaminhados à TRS. Segundo o grupo de trabalho do K/DOQI, a TRS deve ser iniciada quando o paciente tiver uma filtração glomerular  $\leq 10$  ml/min/1,73m<sup>2</sup> ou  $\leq 15$  ml/min/1,73m<sup>2</sup> se o paciente for diabético (CANZIANI, DRAIBE, NADALETTO, 2002; K/DOQI 2002).

As TRS existentes são: hemodiálise, diálise peritoneal (DP) e o transplante renal (TR), havendo variações de modalidade dentro de cada terapia. Para a maior parte dos indivíduos e

na ausência de contra-indicações, a escolha do método para a TRS pode basear-se na preferência do paciente (BARRET, 2004).

A DP consiste no transporte de solutos e água através do peritônio (membrana semipermeável) entre dois compartimentos: sangue nos capilares peritoneais e solução de diálise na cavidade peritoneal. A DP crônica pode ser diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC ou CAPD do inglês) ou diálise peritoneal automática (DPA). Na primeira, habitualmente são realizadas quatro trocas da solução de diálise ao dia de 2,0 a 2,5 litros com permanência de 4-8h cada troca, na DPA são realizadas 3 a 10 trocas por meio de cicladora automática com permanência menor (CANZIANI; DRAIBE; NADALETTO, 2002).

A área total do peritônio varia entre 1 e 2 m<sup>2</sup>, em adultos, mas danos no mesmo podem reduzir a área de troca que possui poros maiores e em menor número que as membranas sintéticas (usadas em hemodiálise). As trocas de água e solutos ocorrem por difusão e arrastamento, a permanência de uma solução na cavidade peritoneal leva ao equilíbrio de suas concentrações com o plasma, se os solutos permearem a membrana (GÓES JUNIOR et al., 2006).

A chave para o sucesso da DP é o acesso à cavidade peritoneal utilizado para a diálise. O acesso crônico mais utilizado é cateter de silicone, por ser mais biocompatível. E o que diferencia os cateteres crônicos para DP é a quantidade de *cuffs* (dois ou um) e a curvatura, os retos são chamados *Tenckhoff* e os curvos *Swan-neck*, o número de *cuffs* pode variar em ambos (BURKART, 2000).

As soluções de DP usualmente encontradas contêm: dextrose (concentrações de glicose) 1,5%, 2,5% e 4,25%; sódio; lactato, cálcio, magnésio; cloro e potássio. O pH da solução é baixo (5,5) para evitar a caramelização da glicose. A icodextrina é uma alternativa ao uso da glicose como agente osmótico, mas não está disponível no Brasil (BURKART, 2000; CANZIANI, DRAIBE, NADALETTO, 2002).



Os avanços tecnológicos na diálise peritoneal conquistaram anos de sobrevida para o cliente, e o número de pacientes na terapia só tem aumentado, um estudo realizado em 1999 demonstra que a sobrevida, independente do diagnóstico, aos 12, 24 e 36 meses de acompanhamento foi de 83,8%, 60,6% e 49,8% para a diálise peritoneal ambulatorial contínua e de 74%, 64,9% e 55,1% para hemodiálise (D'AVILA et al., 1999).

Das várias TRS no tratamento da IRCT, o transplante renal (TR) é considerado a terapia mais efetiva para a reabilitação socioeconômica do paciente urêmico (PESTANA; SILVA FILHO; MELARAGNO, 2002).

Também, ao serem comparadas as diferentes modalidades terapêuticas e os indicadores de qualidade de vida, há concordância entre os autores ao afirmarem que os indicadores de qualidade de vida são melhores nos pacientes transplantados ao serem comparados com os indicadores dos pacientes em diálise peritoneal e hemodiálise (D'AVILA et al., 1999; PEREIRA, 2003).

Atualmente, indica-se o TR para o tratamento da IRCT de quase todas as etiologias incluindo as mais comuns, como as glomerulonefrites, nefropatia diabética, nefrites intersticiais, doenças císticas, vasculares e outras. As contra-indicações podem ser absolutas ou relativas, relacionadas à sua importância, possibilidade de correção e escolha do tipo de doador vivo ou falecido, sendo algumas: doença maligna incurável, infecção incurável, doença cardíaca ou pulmonar avançada, doença hepática progressiva, doença cerebral, coronariana ou periférica extensa, anormalidades graves do trato urinário inferior, coagulopatia persistente, idade maior que 70 anos, doença mental ou psiquiátrica grave, condições psicossociais adversas graves, como alcoolismo, drogadição, não-adesão ao tratamento, doença renal com elevado índice de recorrência e recusa do paciente em realizar o tratamento (CAIUBY, 2001).

No Brasil, segundo dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), em 2005 foram realizados um total de 3.362 transplantes renais, sendo 52,6% transplantes de doadores falecidos (1.768 transplantes) e os demais de doadores vivos, tornando o país o segundo maior transplantador do planeta, atrás apenas dos Estados Unidos. A captação de órgãos no país é considerada baixa, média de sete órgãos/milhão de habitantes, enquanto na Espanha (maior captador do mundo) a média é 40 órgãos/milhão de habitantes e nos Estados Unidos é 22 órgãos/milhão de habitantes (ABTO, 2006; SOUZA, 2005).

As Leis nº 9434/97 e 10211/01, do Congresso Nacional, estabeleceram os critérios para doação de órgãos de falecidos e de doador vivo. A doação de rim entre parentes consanguíneos até a terceira geração não necessita de autorização judicial, mas a doação entre parentes não-consanguíneos, exceto cônjuges, e não parentes necessita de autorização judicial. A doação de rim de falecido está sendo estruturada com base na criação de centrais de transplante nas secretarias estaduais de saúde e na coordenação do Ministério da Saúde através do Sistema Nacional de Transplante (SNT), criado pelo Decreto-Lei nº 2.268 de julho de 1997 (PESTANA, SILVA FILHO, MELARAGNO, 2002; INHAEZ, 2005; FERRAZ, PAULA, CASTRO, 2002).

Uma outra modalidade de transplante, que vem sendo bastante realizada em nosso meio, é o simultâneo de pâncreas e rim, cuja mortalidade ainda é alta. O transplante simultâneo de pâncreas e rim é indicado para pacientes diabéticos, insulínod dependentes com nefropatia diabética em estágio dialítico ou em pré-diálise, que já apresentem algumas das complicações crônicas do diabetes mellitus, cujo risco supera os riscos da imunossupressão crônica. Em 2005, foram realizados apenas 123 destes transplantes no Brasil (BAKONYI; SPADELLA, 2001; SÁ, 2003; ABTO, 2006).

Embora a realização do transplante se configure na melhoria da qualidade de vida e em uma fonte de esperança para muitos pacientes, estes enfrentam desafios após o transplante.

Estes pacientes vivenciam muitas situações estressantes, sendo referidas as alterações na dieta; seguidas por modificações nas atividades de lazer; perda financeira e interferência na capacidade para o trabalho. Há restrições, perdas e ameaças com as quais o transplantado tem de conviver, ainda mantendo uma condição crônica de saúde (BONFIM, 1996; MENDES, SHIATYORI, 2002).

## **1.2. Hemodiálise**

Após a descrição dos conceitos de osmose de Thomas Graham, em 1854, a primeira hemodiálise só foi realizada em 1913 pelo Dr. John Jacob Abel, em animais, utilizando a hirudina (substância obtida por meio de sanguessugas) como anticoagulante, apenas em 1924 foi realizada por George Haas a primeira hemodiálise em humanos, também com hirudina, mas refinada, Haas utilizou heparina como anticoagulante em 1927. No entanto o método do médico holandês Willem Kolff só foi utilizado em 1943, em 15 pacientes, dos quais apenas um sobreviveu. A primeira sobrevivente com insuficiência renal aguda grave foi tratada com o aparelho de Kolff em 1945, o marco inicial do tratamento dialítico. Daí em diante constatamos inúmeras mudanças que contribuíram para o avanço e sucesso da terapia hemodialítica, principalmente com a introdução de membranas mais biocompatíveis na década de 1980 (THOMÉ et al., 1999).

Na hemodiálise, o sangue obtido por meio de um acesso vascular (cateter venoso central, fístula arteriovenosa ou prótese) é impulsionado por uma bomba, da máquina de hemodiálise para um sistema de circulação extracorpórea onde se encontra um filtro (dialisador). No filtro, através de uma membrana semipermeável, ocorrem as trocas entre o sangue e o banho de diálise (dialisato) (CANZIANI; DRAIBE; NADALETTO, 2002).

O dialisato (solução de diálise) é composto de sódio, potássio, bicarbonato, cálcio, magnésio, cloro e acetato. Hoje dentro das máquinas de proporção utilizadas, o dialisato recebe a adição de água tratada e pode ter suas concentrações de sódio controladas, de acordo com as necessidades do paciente (DENKER; CHERTOW; OWEN JUNIOR, 2000).

O paciente em hemodiálise é exposto a 250-500 litros de água por semana e, para reduzir o risco de infecções ou distúrbios metabólicos, a solução de diálise deve conter adequadas quantidades de substâncias e níveis de unidades formadoras de colônias de bactérias (pois não se trata de líquido estéril). No Brasil, a contagem de bactérias-padrão da água de diálise deve ser inferior a 200 UFC/ml (MENEZES; SANTANA; CAMARGO, 2005).

A hemodiálise crônica tradicional é realizada três vezes por semana durante quatro horas com fluxo extracorpóreo de sangue de 250-300 ml/min. e fluxo de dialisato de 500ml/min. Deve-se prescrever a quantidade de líquidos a ser removida para que, ao final de toda sessão de diálise, a pessoa atinja o peso seco (menor peso com o qual a pessoa apresente-se clinicamente bem), entretanto essa remoção não deve ultrapassar 5kg/sessão. A anticoagulação é feita com heparina na dose de 100 U/kg de peso e pode ser programada para administração automatizada. As máquinas utilizadas atualmente calculam a pressão transmembrana necessária para retirar o peso prescrito no tempo de diálise determinado (CANZIANI; DRAIBE; NADALETTO, 2002).

O sucesso da hemodiálise depende da presença de um bom acesso vascular. Na década de 1960, era utilizado o *Shunt* arteriovenoso como acesso vascular para hemodiálise, esse consistia de uma cânula de silicone introduzida em uma veia e em uma artéria, devido a complicações como fluxo de sangue inadequado, infecções e trombose, deixou de ser usado e em 1966 a fistula arteriovenosa (FAV) foi desenvolvida por Cimino. A FAV é a anastomose de uma artéria e uma veia, promovendo um fluxo sanguíneo forte o suficiente para circular no

circuito extracorpóreo. Pode ser nativa, confeccionada com vasos sanguíneos do paciente ou enxerto de politetrafluoretileno (prótese) (DENKER; CHERTOW; OWEN JUNIOR, 2000).

Após a confecção da FAV, deve ser respeitado um tempo de descanso, conhecido como período de maturação, dura de um a seis meses e previne o desenvolvimento de complicações e a redução da meia-vida do acesso (BESARAB; PARASURMAN; FRINAK, 2005).

A FAV fica sujeita a algumas complicações, tais como estenose, trombose, fracasso de maturação, edema de mão, pseudo-aneurisma e infecção. Durante a hemodiálise, a equipe de enfermagem é responsável pela punção da FAV, com cuidados assépticos adequados, evitando punções repetidas num mesmo local e respeitando a distância de 5 cm entre as agulhas e 3 cm da anastomose (NEVES; CRUZ, 2001).

Existem ainda acessos venosos temporários que são cateteres de duplo lúmen introduzidos nas veias jugular interna, subclávia ou femural, o risco de complicações infecciosas é alto. O cateter venoso semipermanente (Permcath) tem sido uma opção para pacientes que não têm acesso ou que utilizam o acesso por alguns meses (DENKER, CHERTOW, OWEN JUNIOR, 2000).

As indicações para esse tipo de acesso venoso incluem as crianças pequenas, diabéticos com doença vascular grave, obesos mórbidos que já fizeram múltiplos acessos vasculares e nos quais não possuem disponíveis locais de confecção de novos acessos (DIAS, 2006).

A diálise efetiva requer acesso vascular adequado capaz de manter o fluxo sanguíneo extracorpóreo suficiente à depuração dos catabólitos nitrogenados pelo dialisador. A técnica de punção da FAV é um fator preponderante à adequação hemodialítica e deve ser realizada de forma a reduzir a recirculação do acesso (DIAS, 2006).

Diversos estudos têm demonstrado a importância do oferecimento de uma dose adequada de diálise na redução da mortalidade e morbidade das pessoas com IRCT, inclusive na literatura nacional (EKNOYAN et al., 2002; EUROPEAN BEST PRACTICE GUIDELINES FOR HEMODIALYSIS, 2002; MATOS, 2006; BARRENECHE et al., 1999).

Matos et al. (2006), num estudo multicêntrico que avaliou se doses de diálise acima do mínimo recomendado pelas diretrizes do DOQI/KNF ( $Kt/V \geq 1,2$ ) estariam associadas com redução adicional da mortalidade, concluíram que doses mais altas de diálise, sobretudo entre as mulheres, estão associadas com redução no risco de mortalidade e levantaram a discussão sobre a recomendação da mesma dose de diálise para homens e mulheres.

O grupo de trabalho de adequação em diálise NKF/DOQI afirma que nem todos os pacientes recebem a dose prescrita de hemodiálise nos Estados Unidos, e que uma variedade de fatores pode contribuir para que a dose efetiva de hemodiálise caia abaixo da dose prescrita:

- Depuração de uréia comprometida: ocorre por recirculação do acesso vascular, fluxo sanguíneo inadequado do acesso vascular, estimativa inadequada da depuração do dialisador (feita pelo fabricante ou por controle inadequado do reuso), coagulação do dialisador durante a diálise, fluxo inadequado do dialisato, vazamentos do dialisador;
- Reduções no tempo de tratamento: interrupção da hemodiálise por conveniência da equipe ou do paciente, atraso para iniciar a sessão por atraso do paciente, cálculo da diálise de forma incorreta, presunção incorreta do tempo de tratamento contínuo desconsiderando as interrupções;
- Erros laboratoriais ou de amostra de sangue: diluição da amostra sérica com soro fisiológico, coleta da amostra pré-diálise após o início da hemodiálise, problemas com os equipamentos laboratoriais, coleta da amostra pós-diálise antes do término da

hemodiálise, coleta de amostras pós-diálise mais de 5 minutos após a diálise (devido ao rebote de uréia) (NKF-K/DOQI, 2001).

A prescrição do dialisador é muito importante na adequação dialítica. O tipo de dialisador utilizado atualmente é o de fibra oca chamado dialisador capilar. O capilar foi desenhado de forma que o sangue flua através das fibras e o dialisato ao redor das fibras. As fibras funcionam como uma membrana semipermeável e podem ser constituídas de :

\_celulose;

\_semi-sintéticas: que são membranas de celulose, modificadas pela adição de um material sintético para aumentar a biocompatibilidade;

\_sintéticas: compostas por poliácridonitrila, polissulfona, polimetilmetacrilato ou poliamida. Elas são mais biocompatíveis que as membranas de celulose e têm características de maior permeabilidade e fluxo (CLARKSON; BRENNER, 2007).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por meio da Resolução RDC nº 154, de 15 de junho/2004, estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise incluindo reprocessamento de dialisadores e qualidade da água utilizada. Esta Resolução determina que os capilares podem ser reutilizados por 20 vezes, se o reprocessamento for automatizado, e 12 vezes, quando o reprocessamento for manual, seguindo a técnica correta descrita pela Vigilância Sanitária (MANFREDI; CANZIANI, 2005).

Mesmo com a introdução dos avanços tecnológicos no tratamento hemodialítico, que tornaram o procedimento mais seguro e capaz de manter a vida das pessoas por longos períodos, em cerca de 30% das sessões de hemodiálise pode ocorrer algum tipo de complicação aguda tais como: hipotensão ou hipertensão arterial, síndrome do desequilíbrio da diálise, câibras, arritmias cardíacas, hipoxemia, reações alérgicas, prurido, hemorragias, embolia gasosa, hemólise, erros na temperatura do dialisato, complicações da anticoagulação,

reações pirogênicas, contaminantes da água de diálise, distúrbios eletrolíticos (menos freqüentes com o uso das máquinas de proporção) e hiper ou hipoglicemia (CASTRO, 2001).

A ocorrência dessas complicações agudas contribui para redução da qualidade do tratamento oferecido, podendo aumentar os desconfortos entre as sessões de hemodiálise. Neste sentido torna-se fundamental que os profissionais, atuantes nos serviços que oferecem hemodiálise como tratamento, empreguem esforços contínuos para que seja possível além do prolongamento da sobrevida a melhoria da qualidade de vida das pessoas com IRCT submetido à hemodiálise (LIMA; GUALDA, 2000).

Estudos sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com IRCT em tratamento hemodialítico evidenciaram claro comprometimento da qualidade de vida, sendo os aspectos físicos, emocionais e vitalidade os mais afetados nestas pessoas (KUSUMOTA, 2006; MARTINS, 2004; CASTRO et al., 2003).

As modificações físicas de idosos com IRCT são descritas de maneira muito semelhante entre eles, tais como limitações físicas causando indisposição, fraqueza, transformações na aparência física relacionadas à FAV. As alterações psicológicas reveladas demonstram sentimentos como rejeição, tristeza, medo, angústia, ansiedade, sofrimento e tensão. Eles também descrevem diferenças nas atividades sociais da vida diária devido às restrições causadas pela doença e à dependência de outras pessoas (RIBEIRO, 2000).

Assim a IRCT e o seu tratamento interferem na vida das pessoas, limitando ou impedindo a realização de suas atividades diárias, por causarem muitas vezes, incapacidades físicas e emocionais (KUSUMOTA, 2006).

Com tantas alterações do estado de saúde e mudanças de comportamento para se adaptar a condição crônica, essas pessoas ainda se vêem em um contexto de um sistema de saúde despreparado no país, possibilitando dificuldades de acesso a centros de diálise, demora no recebimento de benefícios financeiros, impossibilidade do uso da medicação certa,



demoras nos agendamentos aos centros de contra-referência para consultas e exames, entre outros (MACHADO, 2001).

As políticas de saúde não estão totalmente implementadas, comprometendo o acesso igualitário e universal às ações e aos serviços de saúde. A utopia do acesso inicia-se na complexidade tecnológica do tratamento de hemodiálise, e a submissão das pessoas ao serviço de atenção básica do SUS. O transtorno das pessoas é representado por estradas não pavimentadas que proporcionam, por muitas vezes, uma viagem cansativa à cidade onde se encontra a Unidade de Nefrologia. Além disso, estas pessoas recebem da Previdência Social uma ajuda de custo insuficiente que impossibilita a compra de medicamentos indicados para o tratamento e de alimentos adequados ao regime terapêutico. Na vigência de uma realidade de alterações físicas dolorosas, existe a possibilidade dessas não se apresentarem, se estiverem condicionadas a fatores determinantes, uma medicação certa pode significar a mudança de uma condição física (MACHADO, 2001).

Frente a esta realidade inerente à sua condição de vida, as pessoas desenvolvem mecanismos de adaptação como o deslocamento que faz com que elas demonstrem, por exemplo, uma grande preocupação com a FAV. Essa intensa preocupação é entendida como deslocamento de certos sentimentos como medo de alterações corporais e ameaça de uma mutilação maior ou da morte com mudança para algo menos terrível, como o acesso vascular. A ausência de afeto aparece quando situações pesadas são vivenciadas sem demonstração de sentimento ou quando as pessoas reagem como se nada as pudesse realmente afetar ou ameaçar. A projeção também é explorada, podemos ouvir colocações do tipo: “As pessoas não podem entender o que significa estar em diálise. Se os amigos soubessem de minha condição, poderiam se afastar de mim”. Estas pessoas mobilizam mecanismos de defesa inconscientes, situação que leva a um empobrecimento da personalidade, expressa, por exemplo, pela incapacidade de ajustamento a novas situações, inabilidade em manter relações

interpessoais e desinteresse pelas coisas do mundo externo (PALOMBINI, MANFRO; KOPSTEIN, 1985).

O conhecimento dos modos de enfrentamento das pessoas em tratamento hemodialítico é informação valiosa para planejar o tratamento individualizado, providenciar cuidados, capacitar a equipe multidisciplinar a lidar com vários estressores experienciados por estas pessoas e suas estratégias de enfrentamento, obtendo melhor adaptação das pessoas ao tratamento.

## **2. *REFERENCIAL TEÓRICO***

---

---

Em virtude da estreita ligação entre estresse e modos de enfrentamento, iniciaremos pela revisão dos conceitos de estresse, com a finalidade não apenas de introdução ao processo de enfrentamento mas também para facilitar o seu entendimento.

## 2.1 Estresse

O conceito do termo estresse é complexo e numerosas definições são usadas, variando sua ênfase nos estressores, nas respostas ao estresse e nas formas individuais de adaptação às situações estressantes (APPLEY; TRUMBULL, 1967).

Em 1929, o fisiologista Walter Cannon confirmou que a reação de estresse é parte de um sistema unificado mente-corpo, ele observou os concomitantes fisiológicos de certas emoções e o papel do sistema nervoso autônomo, desencadeando um fluxo de adrenalina e noradrenalina (MYERS, 1999).

O fisiologista canadense Hans Selye, em 1936, a partir dos estudos de Cannon, esperando descobrir um novo hormônio sexual, constatou uma reação adaptativa do corpo a vários fatores estressantes, a qual chamou de Síndrome da Adaptação Geral (SAG). A SAG é um conjunto de respostas não-específicas ao estresse classificada em três fases:

\_fase de alarme, quando um sinal de alerta consiste em reconhecer o estressor e se preparar para ação, os mecanismos auxiliares são mobilizados para manter a vida, nenhum sistema orgânico já está capacitado especialmente para resolver o problema;

\_a fase de adaptação é a reparação, pelo corpo, do dano físico causado pelo estresse, é obtida por meio do desenvolvimento adequado dos canais específicos de defesa;

\_já na fase de exaustão as reações se disseminam por sobrecarga dos canais apropriados, ocorre produção excessiva de corticóides, e a vida é mantida apenas até a exaustão dos canais auxiliares (SELYE, 1965).

Para Selye (1965), estresse é um estado manifestado por uma síndrome constituída por todas as alterações não-específicas produzidas num sistema biológico.

Quando o estresse foi abordado na psicologia, houve ênfase muito grande não numa resposta, como aconteceu na fisiologia, mas numa situação estimuladora, ou seja, nos estressores (FARIAS, 1985).

Um estressor pode ser tudo o que cause uma quebra da homeostase interna, que exija alguma adaptação, mesmo que seja de natureza benigna ou até muito positivo. É necessário distinguir entre estressores externos e internos. Os primeiros são condições externas que afetam o organismo, como mudança de chefia, mudanças políticas no país, acidentes e qualquer outra situação que ocorra fora do corpo e da mente. Já os estressores internos são determinados completamente pelo próprio indivíduo, constituem-se no modo de ser da pessoa, se ela é ansiosa, se ela é tímida ou depressiva ou se tem uma neurose (LIPP, 1984).

Toda mudança significativa gera uma necessidade de adaptação por parte do organismo e essa, por sua vez, exerce um papel determinante na patogênese do estresse (HOLMES; RAHE, 1967).

Vários autores afirmam que a IRCT e seu tratamento acarretam mudanças significativas com a necessidade de adaptação a um novo estilo de vida. Entre os estressores mencionados por esses autores em seus estudos estão: restrições na ingesta de líquidos e alimentos; prurido; câibras musculares; cansaço; incerteza sobre o futuro; distúrbios do sono; inabilidade para ter filhos; mudanças na estrutura familiar; gasto de tempo com o tratamento; problemas financeiros; mudanças nas atividades de trabalho; dificuldades com transporte; limitações da atividade física; queda nas funções corporais; e mudanças na vida social

(BALDREE, MURPHY, POWERS, 1982; MOK, TAM, 2001; LOK, 1996; (BALDREE, MURPHY, POWERS, 1982; MOK, TAM, 2001; LOK, 1996; TSAY, LEE, LEE, 2005).

Os modos de enfrentamento podem amenizar os efeitos do estresse, favorecendo o processo adaptativo.

## 2.2 Enfrentamento

O interesse formal sobre o processo de adaptação data do século XIX, quando Sigmund Freud popularizou o conceito de mecanismos psicológicos de defesa para lidar com o *distress* (estresse negativo) sentido, particularmente ansiedade. Mais tarde, Anna Freud consolidou os trabalhos de seu pai sobre mecanismos de defesa e introduziu mecanismos adicionais, ela avançou no propósito de que indivíduos têm preferências nas formas de lidar com o estresse e que estilos defensivos estão ligados a certos tipos de psicopatologia (MCCRAE, 1984; SOMERFIELD, MECCRAE, 2000).

Os enfoques de enfrentamento surgiram em duas literaturas separadas: experimentação animal e psicologia ego-psicanalítica. Sendo que, no modelo animal, enfrentamento é considerado como atos que controlam condições aversivas e assim reduzem o impulso ou a ativação. Já na psicologia ego-psicanalítica, o enfrentamento é geralmente concebido como uma hierarquia de estratégias que progridem a partir de mecanismos de defesa imaturos ou primitivos, distorcendo a realidade até mecanismos de defesa maduros (FOLKMAN e LAZARUS, 1988; SOMERFIELD, MECCRAE, 2000).

Cramer (2000) discorre sobre a diferença entre processo de enfrentamento e comportamentos defensivos: enfrentamento é considerado um processo consciente e intencional, enquanto comportamentos defensivos são inconscientes e não intencionais. Entretanto ambos reduzem sentimentos negativos diante de eventos estressantes.

Na concepção teórica de estresse e enfrentamento, o segundo é definido como esforços cognitivos e comportamentais para controlar, reduzir ou tolerar demandas internas ou externas que são avaliadas como excedendo os recursos do indivíduo, sem considerar o resultado desses esforços (FOLKMAN, 1988).

Muitas vezes autores usam substantivos diferentes para acompanhar o termo enfrentamento quando é considerado um processo, tais como: modos, formas, mecanismos, métodos, estratégias, recursos ou mesmo padrões de enfrentamento, os quais parecem não diferirem no significado específico do termo, apenas podendo estar vinculados a linhas teóricas específicas de cada autor (FERRAZ, 1995).

Enfrentamento é considerado um processo orientado, a partir de uma avaliação individual sobre o evento estressante, e este por definição depende da relação entre o indivíduo e o ambiente. Enfrentamento como um processo orientado tem dois significados : primeiro, que o indivíduo e o ambiente possuem uma relação dinâmica em constante mudança, e segundo, que esta relação é bidirecional, sendo que o indivíduo e o ambiente interagem um com o outro (FOLKMAN, 1984).

O processo de avaliação cognitiva possui duas formas: Avaliação primária \_ quando o indivíduo avalia a significância do evento específico para o seu bem-estar; e avaliação secundária \_ quando o indivíduo avalia que tipo de estratégias de enfrentamento a situação demanda e quais são suas opções físicas, sociais, psicológicas e materiais, a avaliação do controle da situação também faz parte da avaliação secundária (FOLKMAN, 1984; SOMERFIELD, 2000; FOLKMAN et al., 1986).

Portanto, enfrentamento é visto como um processo contextual, que é influenciado pela avaliação individual das demandas estressantes e das formas de lidar com ela, essa ênfase no contexto significa que indivíduo e situação variam juntamente com os esforços e formas de enfrentamento (FOLKMAN et al., 1986).

Folkman e Lazarus (1988) propõem que enfrentamento é um mediador de emoções no sentido de que as emoções dependem da avaliação cognitiva do indivíduo sobre o que afeta o seu bem-estar dentro do ambiente em que ele se encontra, dessa forma as emoções influenciam o enfrentamento. Mas também evidenciam que quando ocorrem alterações na relação indivíduo e ambiente há uma reavaliação desse processo e este pode influenciar as emoções.

Esta concepção distingue enfrentamento de comportamentos adaptativos automatizados, citando mudanças constantes como resposta às necessidades de estímulos específicos, o processo de enfrentamento exige esforços, enquanto o comportamento adaptativo automatizado não envolve esforços (SAVÓIA, 1995; FERRAZ, 1995).

O processo de enfrentamento tem duas importantes funções: regular a resposta emocional aos eventos estressantes (enfrentamento focalizado na emoção) e o controle ou alteração do problema que causou o *distress* (enfrentamento focalizado no problema). As funções não são definidas por suas conseqüências, uma estratégia pode ter a função de impedimento, mas a utilização desta estratégia pode não impedir que a situação ameaçadora seja evitada, ainda que se possa esperar que determinadas funções venham a ter conseqüências determinadas (FOLKMAN, 1984).

Quando lidando com uma situação estressante, a maioria das pessoas usa o enfrentamento focalizado tanto no problema quanto na emoção (ATKINSON et al., 1995).

Enfrentamento focalizado no problema: envolve estratégias para a solução de problemas, inclui defini-los, gerar soluções alternativas, pesá-las em termos de custo e benefícios e escolher uma ação. As estratégias podem também ser dirigidas para o interior, o indivíduo pode mudar algo em si mesmo ao invés de mudar o ambiente. O grau de habilidade com que os indivíduos empregam essas estratégias depende de sua faixa de experiências e



capacidade para o autocontrole. As estratégias focadas no problema são manifestadas quando a ameaça é avaliada como podendo ser alterada (ATKINSON et al., 1995; FERRAZ, 1995).

Enfrentamento focalizado na emoção: envolve estratégias que suplantam emoções negativas que impedem o engajamento em ações para a solução de seus problemas. As pessoas também usam essas estratégias quando um problema é incontrolável. As estratégias para esse modo de enfrentamento podem ser divididas em estratégias comportamentais e cognitivas. Por exemplo: o excessivo uso de substâncias prejudiciais como álcool, tabaco e drogas, excesso de atividades físicas, fuga, minimização do problema, distanciamento, atenção seletiva, mediação, sentimento de alívio (LAZARUS, 1961).

Há uma tendência teórica de avaliar enfrentamento através de estilos ou traços de personalidade, ao invés de processos comportamentais. Acerca disso diversos autores revelam diferenças entre os termos que não são considerados processos, mas características da personalidade para enfrentar perdas e ameaças, sendo conscientes ou inconscientes, permanentes e influenciando amplamente a avaliação individual sobre os eventos estressantes e o processo de enfrentamento (SAVÓIA, 1995; FOLKMAN et al., 1986; SOMERFIELD, MECCRAE, 2000; MONROE, KELLEY, 1995).

A forma pela qual uma pessoa usa enfrentamento está determinada, em parte, por seus recursos, os quais incluem saúde e energia, crenças existenciais, habilidades de solução de problemas, habilidades sociais, suporte social e recursos materiais. A tendência a escolher uma determinada estratégia de enfrentamento depende do repertório individual (muitas estratégias podem ser úteis para uma mesma situação) e de experiências tipicamente reforçadas (SAVÓIA, 1995).

Ferraz (1995) refere-se à efetividade dos modos de enfrentamento afirmando que se uma ameaça for resolvida, a estratégia de enfrentamento será reutilizada em outras situações similares, e que em algumas situações a ameaça pode não ser evitada, mas a pessoa pode

atravessar o evento sem trauma psíquico duradouro e manifestar-se recuperada, sendo este o enfrentamento efetivo. Segundo Miller (1992), se a situação ameaçadora não for manejada eficazmente, enfrentamento inefetivo, pode resultar em crise que se não resolvida pode causar desequilíbrio psicológico e fisiológico.

Diversos estudos vêm sendo elaborados para avaliar os resultados positivos e negativos do processo de enfrentamento. Estes estudos relacionam enfrentamento inefetivo a sentimentos negativos e probabilidade de ocorrência de doença (SOMERFIELD e MECCRAE, 2000).

A literatura sobre o processo de enfrentamento tem sido caracterizada como “desapontadora”, uma “tentativa”, “modesta”, “estéril”, “estagnada”, “trivial”. A maioria dos trabalhos tem dado atenção ao enfrentamento como um processo adaptacional ao estresse, relacionando a situação e características da personalidade, sendo menor a atenção dada ao enfrentamento como um processo operacional e seus resultados na prática clínica (SOMERFIELD e MCCRAE, 2000).

Alguns estudos, na literatura internacional, sobre estresse e enfrentamento de pacientes com IRCT que fazem hemodiálise, mostram que os estressores psicossociais são mais pontuados por esses pacientes que os estressores físicos, e que os modos de enfrentamento focalizados no problema foram mais utilizados pelos pacientes estudados (BALDREE, MURPHY, POWERS, 1982; MOK, TAM, 2001; TAKAKI et al., 2003; WELCH, AUSTIN, 2001; DRAIGLE, STEWART, 1997; LOK, 1996; LINDQVIST, CARLSSON, SJÖDÉN, 1998).

Na literatura nacional, não foram encontrados estudos que reportassem os modos de enfrentamento dos pacientes com IRCT em tratamento hemodialítico. O conhecimento de tais estratégias será útil para a equipe multidisciplinar no controle dos estressores inerentes à

doença e ao tratamento hemodialítico, subsidiando menor sofrimento e uma melhor adaptação do paciente ao regime terapêutico.

### ***3. OBJETIVOS***

---

### **3.1 Objetivo geral**

Analisar os modos de enfrentamento das pessoas com IRCT frente à situação de doença e ao tratamento por hemodiálise, segundo às variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida.

### **3.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar a população estudada em relação às variáveis: sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida;
- Identificar os modos de enfrentamento das pessoas com IRCT em tratamento hemodialítico;
- Associar os modos de enfrentamento das pessoas com IRCT em tratamento hemodialítico às variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida.

## ***4. MATERIAL E MÉTODO***

---

#### **4.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e populacional, que utiliza análise quantitativa e busca identificar os modos de enfrentamento das pessoas com IRCT em tratamento hemodialítico, de acordo com suas variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida, tais como: idade, sexo, cor, escolaridade, estado conjugal, ocupação, renda, condições de moradia, diurese residual, tipo de acesso venoso, doença de base, doenças associadas, uso de medicações, tempo de hemodiálise, tempo de tratamento para IRC, TRS anteriores.

Para Polit e Hungler (1995), a pesquisa descritiva tem o propósito de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação e, geralmente, é utilizada em ocasiões nas quais não seja interessante manipular uma variável que se pretende investigar.

A análise quantitativa deve ser usada em situações que exigem um estudo exploratório para obter o conhecimento mais profundo do objeto de pesquisa ou ainda, quando há necessidade de um diagnóstico inicial da situação. Neste método os dados obtidos devem ser submetidos à análise estatística descritiva ou inferencial (SANTOS; CLOS, 1998).

#### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi desenvolvido no Instituto de Urologia e Nefrologia de São José do Rio Preto (IUN), centro de referência em hemodiálise, diálise peritoneal e transplante há 39 anos, dotado de equipe multidisciplinar composta de seis médicos nefrologistas, quatro médicos urologistas, seis enfermeiras especialistas em nefrologia, assistente social, psicóloga, nutricionista, profissionais administrativos, técnicos e auxiliares de enfermagem.

A unidade de urologia compreende desde o atendimento ambulatorial a procedimentos cirúrgicos complexos, abrangendo exames diagnósticos urodinâmicos e procedimentos relacionados à urolitíase.

O serviço de nefrologia atende pacientes com insuficiência renal aguda e crônica, em todas as fases, inclusive na fase terminal (IRCT). A estrutura permite que, após o diagnóstico, os pacientes possam ser encaminhados ao tratamento conservador, à hemodiálise, à diálise peritoneal ou ao transplante renal.

A instituição tem capacidade para atender 258 pacientes em tratamento por hemodiálise, além de pacientes em diálise peritoneal. Entretanto atualmente conta com 192 pacientes em programa de hemodiálise e 57 pacientes em diálise peritoneal.

A unidade de diálise compreende três salas de hemodiálise, sendo uma sala amarela com sete pontos onde hemodialisam pacientes com sorologia positiva para o vírus da hepatite B (HBsAg); uma sala branca com oito pontos que atende pacientes com sorologias negativas para os vírus da hepatite B, C (HCV) e AIDS (HIV); e mais uma sala branca com 28 pontos para pacientes com sorologias negativas para os vírus da hepatite B e AIDS, porém alguns pacientes que hemodialisam nesta sala têm sorologia positiva para o vírus da hepatite C, estes dialisam em máquinas separadas, conforme permitido pela ANVISA . Nesta unidade não existem pacientes em hemodiálise com sorologia positiva para HIV. A unidade de hemodiálise funciona em três turnos de segunda, quarta e sexta e mais três turnos de terça, quinta e sábado, o horário de funcionamento é das 6 às 21 horas. O tempo de duração das seções de hemodiálise é o convencional de quatro horas, exceto para uma minoria de pacientes (três) que faz três horas.

Em São José do Rio Preto, existem outros dois serviços que oferecem a hemodiálise como tratamento, foi escolhido o IUN devido ao grande número de pacientes atendidos e à facilidade de acesso aos pacientes.



### 4.3 População estudada (critérios de inclusão/exclusão)

A população-base deste estudo era composta por 192 pessoas acometidas por IRCT que utilizavam como TRS a hemodiálise ambulatorial realizada no Instituto de Urologia e Nefrologia de São José do Rio Preto. Estas pessoas residiam em São José do Rio Preto e cidades da região, além de algumas cidades pertencentes a outras regiões.

A partir dessa população-base foi constituída a população estudada, que totalizou 107 pessoas que atenderam os seguintes critérios de inclusão:

- \_ ter IRCT e fazer hemodiálise no IUN;
- \_ ser adulto (pessoas com 18 anos ou mais);
- \_ estar em tratamento por hemodiálise há seis meses ou mais no período da coleta de dados, devido à fase de adaptação ao tratamento e para exclusão de interferências dos sintomas neurológicos da uremia. Esta fase deve durar de seis semanas a seis meses, como citado na literatura por Reichsman e Levy (1972);
- \_ estar orientado no tempo e espaço, tendo condições de responder aos questionários propostos sem prejuízo nas respostas;
- \_ concordar em participar do estudo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C).

Neste estudo, foram excluídas as pessoas que não estavam de acordo com os critérios de inclusão ou que apresentaram algum impedimento para responder ao roteiro de entrevista semi-estruturada e inventário propostos, como descrito abaixo:

<b>NÚMERO DE PESSOAS EXCLUÍDAS</b>	<b>MOTIVO</b>
34	_ se recusaram participar do estudo
12	_ apresentavam algum déficit neurológico em decorrência de doenças como esclerose, acidente vascular encefálico, síndrome de Down e esquizofrenia
19	_ tinham menos de seis meses em tratamento hemodialítico

07	eram surdas
06	foram a óbito antes de responderem a pesquisa
02	mudaram de TRS
02	foram transferidas de unidade
01	recuperou a função renal após dois anos em tratamento
01	abandonou o tratamento
01	tinha menos de 18 anos

Portanto, foram excluídas 85 pessoas (44,3 %), sendo 107 pessoas em tratamento hemodialítico a população participante deste estudo. A porcentagem de pessoas excluídas se deve principalmente ao fato de algumas pessoas terem se recusado a participar do estudo e ser critério de inclusão deste estudo estar em tratamento por hemodiálise há seis meses ou mais. A recusa das pessoas em participar do estudo pode ser explicada devido à pouca familiaridade da população com estudos acadêmicos desenvolvidos na instituição.

#### 4.4 Variáveis estudadas

As variáveis de interesse neste estudo foram os modos de enfrentamento do estresse utilizadas por pessoas em tratamento hemodialítico e suas características sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida listadas abaixo:

- Variáveis sociodemográficas: sexo; cor (branca, negra, amarela ou parda); escolaridade do paciente; escolaridade do chefe da família (pessoa que toma as decisões na casa); situação conjugal (solteiro, casado, viúvo, separado ou união estável); ocupação (trabalha, desempregado, aposentado ou inativo \_ não trabalha, não procura emprego, não é aposentado); renda familiar; situação de moradia (mora sozinho ou com familiares); acompanhamento do tratamento (ninguém acompanha, o companheiro acompanha, filhos acompanham ou outro familiar acompanha) (APÊNDICE B);

- Variáveis clínicas: diurese residual referida (presente ou ausente); tipo de acesso vascular para hemodiálise; realização de terapias anteriores; doença que provocou IRC; doenças associadas; uso de medicações (mais que cinco ou menos que cinco tipos de medicações); refere tristeza; tempo de tratamento em meses; tempo de hemodiálise em meses; tempo de diagnóstico da doença que provocou IRC em meses (APÊNDICE B);
- Variáveis relacionadas a hábitos de vida: prática de atividades físicas (a alternativa “sempre” indica pessoas que praticavam atividades físicas com frequência  $\geq$  três vezes/semana, e a alternativa “às vezes” para frequência menor que três vezes/semana); atividade de lazer ( para a alternativa “sempre” deveriam assinalar as pessoas que tinham atividades de lazer com frequência  $\geq$  uma vez/semana, e para a alternativa “às vezes” pessoas com frequência menor que uma vez/semana); religião; consumo de bebidas alcoólicas (alternativa “sempre e mais que uma dose” para frequência  $\geq$  uma vez/dia e mais que uma garrafa de cerveja ou dose de vinho ou destilados; alternativa “sempre uma dose” para frequência  $\geq$  uma vez/dia uma dose ou uma garrafa de cerveja e alternativa “às vezes” para frequência  $<$  uma vez /semana) e fumo (APÊNDICE B);
- Modos de enfrentamento: os modos de enfrentamento estão listados no instrumento utilizado (ANEXO C) e, como será referido no próximo tópico, agrupam-se em oito fatores (confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidades, fuga e esquiva, resolução de problemas, reavaliação positiva), segundo o instrumento adaptado e validado por Savóia e Mejias (1995).

#### 4.5 Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos, para a coleta de dados, foram selecionados com o intuito de caracterizar a amostra e identificar os modos de enfrentamento das pessoas em tratamento hemodialítico e serão apresentados a seguir.

Para avaliar os modos de enfrentamento relacionados à IRCT e ao tratamento hemodialítico, a população estudada respondeu ao Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus (1985) (IEEFL) (ANEXO C). O IEEFL foi traduzido e validado para o português por Savóia e Mejias em 1995, demonstrando a existência de correspondência entre a versão original em inglês e a sua tradução para o português, permitindo que se partisse para sua aplicação em outros estudos (SAVÓIA, 1995).

Com a finalidade de mensurar *coping*<sup>1</sup> a partir da reconstrução de situações estressantes que aconteceram recentemente, descrevendo como as pessoas enfrentam, o que elas sentem e como agem, Richard S. Lazarus construiu esse instrumento do tipo “checklist” intitulado em inglês de “*Ways of Coping*”, que contém itens sugeridos por outros autores. Este instrumento, que inicialmente era composto por 67 itens, foi aprimorado em estudos posteriores de Folkman e Lazarus, sendo avaliadas suas propriedades psicométricas através do  $\alpha$  de Cronbach e rotação oblíqua, o que agrupou os modos de enfrentamento do inventário em oito fatores. Dessa forma alguns modos de enfrentamento eram englobados pelos fatores e outros, por não apresentarem consistência interna, ou seja, não estarem de acordo com os fatores formados, eram eliminados (FOLKMAN, 1986; LAZARUS, 1984)

O número de modos de enfrentamento validados e seus respectivos fatores variaram de acordo com o estudo entre 50 e 51 modos de enfrentamento, agrupados em oito fatores, que

<sup>1</sup> *Coping* – (Enfrentamento) Emprega-se o termo no seu original em inglês, devido à utilização generalizada desta expressão na comunidade científica brasileira.

ainda podiam ser agrupados em duas categorias: enfrentamento focado no problema e enfrentamento focado na emoção. Entretanto o agrupamento em tais categorias não se faz muito claro, no sentido de que as pessoas podem usar estratégias focadas no problema para amenizar sentimentos como ansiedade, por exemplo (LAZARUS, 1984).

Folkman e Lazarus (1988) dividem os fatores em outras duas subescalas, da seguinte forma:

\_Enfrentamento focado no problema: fatores “*Confrontive coping*”, e “*problem-solving*”;

\_Enfrentamento focado na emoção: fatores “*Distancing*”, “*Self-control*”, “*Accepting responsibility*”, “*Positive reappraisal*” e “*Escape-avoidance*”;

\_Ambos: fator “*Seeking social support*”.

Na tradução, adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa realizada por Savóia e Meijas (1995), dos 66 itens que a autora relata ter analisado na ocasião, 46 itens compõem os oito fatores formados por ela. A validação foi feita através de análise fatorial, utilizando o método dos fatores principais com rotação oblíqua e foram obtidos oito fatores, como na versão original, e grande parte dos itens encontrados em cada fator são os mesmos obtidos no estudo de Folkman e Lazarus. Os fatores e itens da versão adaptada para o português estão descritos no ANEXO D:

O IEEFL contém itens que englobam pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico. Cada administração do inventário centraliza-se no processo de enfrentamento e não-enfrentamento a uma situação particular como estilos ou traços da personalidade (SAVÓIA, 1995).

A escala, obedecendo à versão original em inglês, é do tipo Likert com formato que permite quatro tipos de resposta, ou seja, quatro pontuações: 0 = não usei esta estratégia; 1 = usei um pouco; 2 = usei bastante; 3 = usei em grande quantidade. Sendo zero a menor pontuação, usada por pessoas que não utilizam os modos de enfrentamento e 4 a maior

pontuação usada por pessoas que utilizam em grande quantidade os modos de enfrentamento. A escala não apresenta pontuação total como somatória para avaliação, os itens devem ser avaliados por meio dos escores médios dentro de cada fator (FOLKMAN, 1986).

No instrumento cada fator apresenta uma variabilidade muito grande, isto é, os fatores que englobam um maior número de modos de enfrentamento podem assumir valores entre 0 e 27 como, por exemplo, no fator oito que contém nove itens, no qual cada um varia de 0 a 3 (SAVÓIA; SANTANA; MEJIAS, 1996).

O IEEFL foi escolhido por ter sido construído e validado com critérios de boa aceitabilidade, e por já ter sido utilizado em diversos estudos de populações variadas, inclusive com pacientes canadenses em tratamento hemodialítico, além de pacientes cirúrgicos, pacientes acometidos por retocolite ulcerativa, pacientes com síndrome do pânico, estudantes de psicologia, profissionais de enfermagem (DRAIGLE, STEWART, 1997; MEDEIROS, 2002; COSTA, 2003; SAVÓIA, 1995; SPIRI, GONÇALVES, SANTOS, 2004; TEIXEIRA et al., 2003).

Além desse instrumento, as pessoas entrevistadas responderam a um roteiro de entrevista semi-estruturada para caracterização da população especificamente elaborado para este estudo (APÊNDICE B), contendo dados sociodemográficos, clínicos e hábitos de vida como: idade, tipo de acesso venoso, doença de base, doenças associadas, tempo de diálise, sexo, cor, escolaridade, ocupação, renda, condições de moradia, estado conjugal, tempo de tratamento, TRS anteriores, diurese residual, atividade de lazer, atividade física, consumo de bebidas alcoólicas, fumo e religião. Este roteiro de entrevista semi-estruturada foi construído baseado na proposta desta pesquisa de caracterização sociodemográfica, clínica e hábitos de vida dos respondentes e submetido à validação de aparência e conteúdo por quatro doutoras em Enfermagem, sendo três da área de nefrologia, que fizeram sugestões aceitas em sua maioria (APÊNDICE A).

Para fins reflexivos, foi proposto às pessoas entrevistadas que antes de responderem ao Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus preenchessem a seguinte questão: “\_Pense na doença do rim (Insuficiência renal crônica) e na hemodiálise. Fale três coisas ou situações, relacionadas à doença e à hemodiálise, que mais o (a) deixam estressado (a). Ou seja, que provocam mudança ou necessidade de adaptação.” (APÊNDICE B). Para esta questão não foi realizada análise do significado semântico das respostas.

#### **4.6 Procedimento de coleta de dados**

Inicialmente foi realizado um estudo-piloto, pela pesquisadora, que consistiu na coleta de dados de oito pessoas que faziam hemodiálise no IUN, para testar e adequar os instrumentos propostos para a coleta de dados da pesquisa.

Após este estudo-piloto, o roteiro para entrevista semi-estruturada necessitou de alguns ajustes, como a retirada das datas das terapias de substituição renal anteriores, o acréscimo do uso de medicações e religião do paciente. Quanto ao inventário de estratégias de enfrentamento percebeu-se a necessidade de leitura mais pausada para facilitar sua compreensão e que este teria suas respostas influenciadas caso fosse aplicado por outra entrevistadora treinada pela pesquisadora, como era a idéia inicial, decidindo-se que todos os pacientes seriam entrevistados pela pesquisadora apenas.

Os pacientes do estudo piloto foram incluídos no estudo, uma vez que não houve alterações que comprometessem os dados da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e duraram, em média, 45 minutos. Os pacientes foram entrevistados antes do início da sessão de hemodiálise ou até uma hora

antes do seu término, para evitar o comprometimento das respostas devido ao cansaço dos pacientes, o que influenciaria os resultados deste estudo.

Os dados referentes às variáveis clínicas (tempo de tratamento para IRC; tempo de hemodiálise; TRS anteriores; doença de base; tempo de diagnóstico da doença de base e outras doenças) foram respondidos pelos pacientes e conferidos no prontuário médico.

O período da coleta de dados foi de 07 de novembro de 2006 a 6 de março de 2007.

#### **4.7 Análise de dados**

Para a análise dos dados, do roteiro de entrevista semi-estruturada para caracterização sociodemográfica, clínica e hábitos de vida da população estudada e do Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus, foi elaborada uma planilha no programa *Excel for Windows 2000*. Foi feita digitação dupla da planilha por duas pessoas diferentes e validação neste programa. Após a validação da planilha, os dados foram conferidos para que não houvesse erros na digitação.

Em seguida a planilha validada e conferida do *Excel* foi transportada para o programa estatístico Statistical Package of Social Sciences (SPSS, 1999) versão 11.5, por onde foram realizadas todas as análises de frequência univariada, tabelas de contingência, medidas de posição (média, mediana) e variabilidade (desvio-padrão) e cálculo do coeficiente alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach dos fatores do IEEFL.

A análise é embasada na estatística descritiva dos dados por se acreditar que seja a melhor forma de analisar e interpretar os resultados referentes às variáveis modos de enfrentamento das pessoas em tratamento hemodialítico.

Entretanto, para comparação entre os escores médios para os fatores do IEEFL de algumas variáveis (Tabela 10) foram utilizados os testes de comparação entre duas amostras



independentes, T de Student e Mann-Whitney. E para as variáveis contínuas, como tempo, escolaridade e renda, foi aplicado o teste de correlação de Spearman (Tabela 11). Os escores de comparação e os de correlação eram considerados estatisticamente significativos para  $p < 0,006$ , segundo o critério de Bonferrone, onde  $p = 0,05$  foi dividido por oito, de acordo com os oito fatores do instrumento utilizado ( $0,05/8 = 0,006$ ).

#### 4.8 Aspectos éticos

Foi solicitada autorização para coleta de dados na unidade de hemodiálise ao chefe do serviço de hemodiálise e ao responsável pelo departamento científico do IUN.

Também foi solicitada permissão para uso do Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Lazarus e Folkman à responsável pela validação do instrumento na língua portuguesa Mariângela Gentil Savóia (ANEXO B).

A seguir, o projeto foi cadastrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP), por meio do qual o projeto foi direcionado a dois CEPs, o da Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto, devido ao vínculo acadêmico e o da IBILCE-UNESP de São José do Rio Preto, devido ao vínculo com a instituição onde seriam coletados os dados. Foi escolhido o CEP da IBILCE devido ao vínculo com o IUN. O projeto foi aprovado pelo CEP por meio do parecer substanciado nº 39/06 de 5 de outubro de 2006 (ANEXO A).

Os pacientes foram devidamente esclarecidos quanto ao destino dos dados coletados e à realização de todos os procedimentos antes de serem entrevistados, se comprometendo com a pesquisa ao assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C), de acordo com a Resolução nº 196/96 elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, os pacientes responderam o roteiro de

entrevista semi-estruturada para caracterização sociodemográfica, clínica e hábitos de vida e o IEEFL.

## ***5. RESULTADOS***

---

A seguir, serão apresentados os resultados obtidos, iniciando pelas características sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida da população estudada, seguidas dos modos de enfrentamento das pessoas em tratamento hemodialítico, segundo o Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus (1985).

### 5.1 Caracterização sociodemográfica da população

Participaram do estudo 107 pessoas, cujas características sociodemográficas estão apresentadas na tabela 1.

**Tabela 1.** Descrição de variáveis sociodemográficas de 107 pessoas em tratamento hemodialítico. São José do Rio Preto-SP, 2007

Variáveis sociodemográficas	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	% na amostra
<b>Faixa etária (em anos)</b>						
18-29	4	50,0	4	50,0	8	7,5
30-39	11	68,8	5	31,3	16	15,0
40-49	14	53,8	12	46,2	26	24,3
50-59	15	62,5	9	37,5	24	22,4
60-69	17	77,3	5	22,7	22	20,6
70-79	4	50,0	4	50,0	8	7,5
≥ 80	2	66,7	1	33,3	3	2,8
<b>Cor da pele</b>						
Branca	43	61,4	27	38,6	70	65,4
Negra	9	56,3	7	43,8	16	15,0
Amarela	6	85,7	1	14,3	7	6,5
Parda	9	64,3	5	35,7	14	13,1
<b>Escolaridade (em anos estudados)</b>						
Sem instrução/menos de 1 ano	3	37,5	5	62,5	8	7,5
1-4	16	57,1	12	42,9	28	26,2
5-8	18	69,2	8	30,8	26	24,3
9-11	19	76,0	6	24,0	25	23,4
≥ 12	11	55,0	9	45,0	20	18,7
<b>Situação Conjugal</b>						
Casado (a)	44	68,8	20	31,3	64	59,8
União estável	1	25,0	3	75,0	4	3,7
Solteiro (a)	14	66,7	7	33,3	21	19,6
Separado (a)	7	50,0	7	50,0	14	13,1
Viúvo (a)	1	25,0	3	75,0	4	3,7
<b>Com quem vive</b>						
Mora sozinho	7	58,3	5	41,7	12	11,2
Mora com familiares	60	63,2	35	36,8	95	88,8
<b>Quem acompanha o tratamento</b>						
Ninguém	16	72,7	6	27,3	22	20,6
Companheiro (a)	29	70,7	12	29,3	41	38,3
Filho (a)	8	38,1	13	61,9	21	19,6
Outro familiar	14	60,9	9	39,1	23	21,5

<b>Renda (SM)<sup>1</sup></b>						
1	2	33,3	4	66,7	6	5,6
1-13	26	63,4	15	36,6	41	38,3
3-15	10	52,6	9	47,4	19	17,8
5-17	9	90,0	1	10,0	10	9,3
7-10	9	69,2	4	30,8	13	12,1
10-120	3	75,0	1	25,0	4	3,7
>20	4	100,00	0	0,0	4	3,7
Não responderam	-	-	-	-	10	9,3
<b>Ocupação</b>						
Trabalha	5	100,0	0	0,0	5	4,7
Trabalha e é aposentado (a)	5	100,0	0	0,0	5	4,7
Inativo (a)	2	25,0	6	75,0	8	7,5
Desempregado(a)	1	50,0	1	50,0	2	1,9
Aposentado (a)	46	62,2	28	37,8	74	69,2
Licença	8	61,5	5	38,5	13	12,1
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>62,6</b>	<b>40</b>	<b>37,4</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup> Salário Mínimo (SM) vigente = R\$ 350,00

Destaca-se que, 67 (62,6 %) pessoas eram do sexo masculino e a idade variou entre 18 e 85 anos, com média de 51,1 anos, desvio padrão de 14,3 anos, sendo 74 (69,2 %) adultos (idade entre 18 e 59 anos) e 33 (30,8 %) idosos (idade  $\geq$  60 anos). Houve predomínio da cor de pele branca para 70 (65,4 %) pessoas. Quanto à escolaridade, a média de anos de estudo foi de 7,6 anos, desvio padrão de 4,6 anos, 54 (50,5 %) pessoas tinham entre 1 e 8 anos de estudo, e 8 (7,5%) pessoas eram analfabetas. Em relação à situação conjugal, ao reagruparmos em apenas duas categorias principais de interesse, se a pessoa tinha ou não um companheiro (a), 68 (63,5 %) pessoas tinham um (a) companheiro (a) e 39 (36,4 %) pessoas não tinham um (a) companheiro (a). Dos entrevistados, 95 (88,8 %) pessoas moravam com familiares, e as outras moravam sozinhas. Quando interrogadas sobre se alguém acompanhava o seu tratamento, 85 (79,4%) pessoas referiram ser acompanhadas por alguém, destas, 41 (38,3 %) pessoas eram acompanhadas pelo (a) companheiro (a)(Tabela 1).

Entre os entrevistados, 100 (93,5%) pessoas moravam na zona urbana e 7 (6,5%) pessoas moravam na zona rural.

Quanto à renda familiar mensal referida, a média foi de 5,48 salários mínimos (SM), desvio padrão de 5,9 SM, variando entre 1 e 38 SM, a faixa de renda predominante foi entre 1 e 3 SM para 41 (38,3 %) pessoas, destes, a maioria (63,4 %) era do sexo masculino. Dez pessoas se recusaram a informar a renda. A soma das pessoas inativas com as desempregadas, aposentadas e de licença revela que 97 (90,7 %) pessoas não trabalhavam e que as demais totalizavam apenas 10 (9,3 %) pessoas referindo ter alguma atividade rentável relacionada a trabalho (Tabela 1).

Neste estudo, 80 (74,8 %) pessoas referiram ser o chefe da família (pessoa que toma as decisões na casa).

## 5.2 Caracterização das condições clínicas da população

As variáveis relacionadas às condições clínicas da população estudada estão presentes nas tabelas 2 e 3.

**Tabela 2.** Distribuição de variáveis clínicas de 107 pessoas em tratamento hemodialítico. São José do Rio Preto-SP, 2007

Variáveis clínicas	18-59 anos (adultos)		≥ 60 anos (idosos)		Total	
	n	%	n	%	n	% na amostra
<b>Etiologia da IRCT</b>						
GNC <sup>1</sup>	29	87,9	4	12,1	33	30,8
Nefrite túbulo-intersticial	1	33,3	2	66,7	3	2,8
Rins policísticos	7	63,6	4	36,4	11	10,3
Diabetes Mellitus	9	47,4	10	52,6	19	17,8
Pielonefrite crônica	2	66,7	1	33,3	3	2,8
Hipertensão Arterial	6	40,0	9	60,0	15	14,0
Nefrite Lúpica	3	100,0	0	0,0	3	2,8
Síndrome de Alport	2	100	0	0,0	2	1,9
Síndrome de Bergê	1	100,0	0	0,0	1	0,9
Síndrome Hemolítico-urêmica	1	100,0	0	0,0	1	0,9
Causa Indeterminada	13	81,3	3	18,8	16	15,0

<b>Diurese residual (referida)</b>						
Presente	27	56,3	21	43,8	48	44,9
Ausente	47	79,7	12	20,3	59	55,1
<b>Acesso Vascular</b>						
FAV <sup>2</sup>	67	70,5	28	29,5	95	88,8
CDL <sup>3</sup>	5	55,6	4	44,4	9	8,4
Permicath	2	66,7	1	33,3	3	2,8
<b>Terapia Renais Anteriores</b>						
Nenhuma	49	59,8	33	40,2	82	76,6
DPI <sup>4</sup>	2	100,0	0	0,0	2	1,9
DPAC <sup>5</sup>	1	100,0	0	0,0	1	0,9
TR <sup>6</sup>	1	100,0	0	0,0	1	0,9
DPI-HD-TR	9	100,0	0	0,0	9	8,4
HD-TR	10	100,0	0	0,0	10	9,3
DPAC-TR	2	100,0	0	0,0	2	1,9
<b>Comorbidades</b>						
Nenhuma	14	82,4	3	17,6	17	15,9
Hepatopatia	7	100,0	0	0,0	7	6,5
HA <sup>7</sup>	23	71,9	9	28,1	32	29,9
Outras comorbidades	8	47,1	9	52,9	17	15,9
Hepatopatia e HA	10	83,3	2	16,7	12	11,2
Hepatopatia e outras	5	83,3	1	16,7	6	5,6
HA e outras	7	43,8	9	56,3	16	15,0
<b>Uso de Medicacões</b>						
≤ 5 medicações	28	68,3	13	31,7	41	38,7
> 5 medicações	45	69,2	20	30,8	65	61,3
Não respondeu quantas medicações usava	–	–	–	–	1	0,9
<b>Sente tristeza</b>						
Sempre	12	63,2	7	36,8	19	17,9
Às vezes	37	78,7	10	21,3	47	44,3
Não sente	24	60,0	16	40,0	40	37,7
Não respondeu	01	100,0	0	0,0	1	0,9
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>69,2</b>	<b>33</b>	<b>30,8</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup>Glomerulonefrite Crônica; <sup>2</sup>Fístula arteriovenosa; <sup>3</sup>Cateter Duplo Lúmen; <sup>4</sup>Diálise Peritoneal Intermitente; <sup>5</sup>Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua; <sup>6</sup>Transplante Renal; <sup>7</sup>Hipertensão Arterial

A principal etiologia da IRCT das pessoas envolvidas neste estudo foi a glomerulonefrite crônica (GNC) que acometeu 33 (30,8 %) pessoas, seguida pelo diabetes mellitus para 19 (17,8 %) pessoas, causa não especificada ou indeterminada para 16 (15,0 %) pessoas, hipertensão arterial para 15 (14,0 %) pessoas e rins policísticos para 11 (10,3 %) pessoas. É importante ressaltar que, entre os idosos, as principais causas da IRCT foram o diabetes mellitus (30,3 % dos idosos) e hipertensão arterial (27,2 % dos idosos). Já entre os



adultos, as principais causas de IRCT foram GNC (39,1 % dos adultos), causa indeterminada (17,6 % dos adultos) e também o diabetes mellitus (12,16 % dos adultos) (Tabela 2).

Quanto à diurese residual referida, 59 (55,1 %) pessoas não tinham diurese, a maioria dos idosos, 21 (63,6 % do total de idosos) idosos, tinha diurese residual. O acesso vascular utilizado por 95 (88,8 %) pessoas foi a FAV, apenas 12 (11,2 %) pessoas usavam cateter venoso central (CDL ou Permican), não existiam pacientes com enxerto de politetrafluoretileno até a ocasião de seleção dos sujeitos. (Tabela 2).

Com relação à realização de outra Terapia Renal Substitutiva (TRS) para IRCT, em período anterior ao tratamento atual (hemodiálise), 82 (76,6 %) pessoas não realizaram nenhuma TRS anterior, e entre as que fizeram alguma TRS (25 pessoas), 22 (20,6 %) pessoas já fizeram transplante renal anteriormente (Tabela 2).

A presença de comorbidades foi avaliada em algumas categorias apenas, devido à falta de registros nos prontuários dos pacientes, dentre as quais hipertensão arterial foi a que acometeu maior número de pessoas, 60 (56,0 %) pessoas no total; seguida das hepatopatias para 25 (23,3 %) pessoas no total; 17 (15,9 %) pessoas não apresentaram nenhum diagnóstico para comorbidades. As pessoas que se enquadraram na categoria outras, 17 (15,9 %) pessoas apresentaram diagnósticos para doenças cardiovasculares, doenças cerebrovasculares, neoplasia, cegueira e doenças congênitas. Algumas pessoas apresentavam mais de uma doença: hepatopatia e hipertensão arterial, 12 (11,2 %) pessoas; hipertensão arterial e outras doenças, 16 (15,0 %) pessoas; hepatopatia e outras doenças, 6 (5,6 %) pessoas (Tabela 2).

Ao serem analisadas, quanto ao uso de medicações, 65 (61,3 %) pessoas utilizavam mais que cinco tipos de medicações diariamente, e nenhum paciente referiu o não-uso de medicações. Somando as pessoas que referiram sentir tristeza sempre (19 pessoas) e às vezes (47 pessoas), temos 66 (61,7 %) pessoas que referiram sentir tristeza em algum momento.

As variáveis tempo de hemodiálise, tempo de tratamento para IRCT e tempo de diagnóstico da doença que causou IRCT serão apresentadas na tabela 3.

**Tabela 3.** Caracterização das variáveis clínicas relacionadas ao tempo de 107 pessoas em tratamento hemodialítico. São José do Rio Preto-SP, 2007

Variáveis clínicas relacionadas a tempo	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Tempo de hemodiálise	53,7	42,9	40,0	7	223
Tempo de tratamento para IRC	106,2	86,7	80,0	7	432
Tempo de diagnóstico da doença que causou IRC	172,7	103,9	156,0	9	552

Quanto ao tempo de tratamento hemodialítico atual, a média foi de 4,5 anos (53,7 meses), variando entre 7 meses e 18,6 anos. Levando-se em consideração que um dos critérios de seleção era o tempo de hemodiálise  $\geq 6$  meses. O intervalo de tempo entre o início do tratamento para IRC e o início da hemodiálise atual variou de 0 a 408 meses (34 anos), sendo o tempo 0 para 31 (29 %) pessoas que iniciaram o tratamento atual (hemodiálise) sem acompanhamento médico anterior (Tabela 3).

### 5.3 Caracterização da população quanto aos hábitos de vida

A tabela 4 descreve os hábitos de vida da população estudada.

**Tabela 4.** Descrição de hábitos de vida de 107 pessoas em tratamento hemodialítico.

São José do Rio Preto-SP, 2007

Hábitos de vida	18-59 anos (adultos)		≥ 60 anos (idosos)		Total	
	n	%	n	%	n	% na amostra
<b>Atividade de lazer</b>						
Sempre	44	78,6	12	21,4	56	52,3
Às vezes	13	68,4	6	31,6	19	17,8
Não tem lazer	17	53,1	15	46,9	32	29,9
<b>Atividade Física</b>						
Sempre	17	68,0	8	32,0	25	23,4
Às vezes	21	84,0	4	16,0	25	23,4
Não pratica	36	63,2	21	36,8	57	53,3
<b>Etilismo</b>						
Às vezes	15	62,5	9	37,5	24	22,4
Não bebem	59	71,1	24	28,9	83	77,6
<b>Fumo</b>						
Fuma	15	75,0	5	25,0	20	18,7
Não fuma	59	67,8	28	32,2	87	81,3
<b>Religião</b>						
Católico	48	67,6	23	32,4	71	66,4
Evangélico	9	60,0	6	40,0	15	14,0
Outras religiões	12	75,0	4	25,0	16	15,0
Não tem religião	5	100,0	0	0,0	5	4,7
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>69,2</b>	<b>33</b>	<b>30,8</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

Em relação aos hábitos de vida da população estudada, ao analisarmos de acordo com as faixas etárias de adultos e idosos, observa-se que somando as pessoas que referiram atividade de lazer sempre e às vezes temos 57 (77,0 % do total de pessoas adultas) pessoas adultas e 18 (54,5 % do total de pessoas idosas) pessoas idosas. (Tabela 4).

Segundo a prática de atividades físicas, a soma das pessoas que referiram prática de atividades físicas sempre e às vezes totaliza 38 (51,3 % do total de pessoas adultas) pessoas adultas e 12(36,3 % do total de pessoas idosas) pessoas (Tabela 4).

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas (etilismo), nenhuma pessoa referiu uso contínuo ou diário de bebidas alcoólicas, apenas 24 (22,4 %) pessoas referiram uso de bebidas alcoólicas às vezes. Apenas 20 (18,7%) pessoas referiram fumar, destas 15 pessoas eram adultas (20,7 % do total de pessoas adultas) (Tabela 4).

A maioria das pessoas participantes deste estudo (95,3 %) referiu alguma religião, 5 (4,7 %) pessoas referiram não seguir nenhuma religião (Tabela 4).

#### **5.4 Identificação dos modos de enfrentamento das pessoas em tratamento hemodialítico**

Para verificar os modos de enfrentamento que as pessoas com IRCT em tratamento hemodialítico utilizam para lidar com os problemas decorrentes da doença e do tratamento, foi realizada uma análise embasada na estatística descritiva.

Ressalta-se que os escores das estratégias do Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus variam de 0 (para estratégias não usadas pela pessoa) a 3 (para estratégias usadas em grande quantidade). Para a avaliação dos modos de enfrentamento, utilizando o programa SPSS (1999) versão 11.5, foram obtidos as médias, medianas, desvio-padrão, valores mínimos e máximos dos escores para cada um dos oito fatores do IEEFL. O coeficiente alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach foi calculado como índice de avaliação da consistência interna entre os itens dentro de cada fator do IEEFL.

A tabela 5 informa os escores médios de cada fator, bem como o número de itens, o desvio-padrão, a mediana, os escores máximos e mínimos recebidos e o coeficiente alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach. Os escores médios foram calculados de acordo com o número de itens em cada fator.

**Tabela 5.** Escores médios dos fatores do IEEFL aplicado a pessoas em tratamento hemodialítico. São José do Rio Preto-SP, 2007

Fatores (número de itens)	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	$\alpha$ (Cronbach)
Confronto (6)	0,60	0,46	0,50	0,0	1,83	0,50
Afastamento (7)	0,86	0,50	0,86	0,0	2,00	0,56
Autocontrole (5)	1,20	0,54	1,20	0,0	2,40	0,46
Suporte social (6)	1,23	0,61	1,16	0,0	2,50	0,70
Aceitação de responsabilidades (7)	0,94	0,54	0,86	0,0	2,57	0,60
Fuga-esquiva (2)	1,35	0,90	1,50	0,0	3,00	0,62
Resolução de problemas (4)	1,36	0,72	1,37	0,0	3,00	0,70
Reavaliação positiva (9)	1,41	0,55	1,44	0,0	2,78	0,75

A consistência interna dos fatores do IEEFL, medida pelo coeficiente alfa de Cronbach, variou entre 0,46 (no fator autocontrole) e 0,75 (no fator reavaliação positiva), sendo menor que 0,70 em cinco fatores. Entretanto, dos cinco fatores que apresentaram  $\alpha$  menor que 0,70, três assumiram valores próximos, sendo apenas mais distantes 0,46 (para o fator autocontrole) e 0,50 (para o fator confronto).

Os dados *missing*, ou seja, os itens da escala não respondidos pelos entrevistados foram tratados sem tolerância. Portanto as pessoas que deixaram de responder a um item de algum fator foram eliminadas deste fator. Ficando o número de pessoas respondentes em cada fator da seguinte forma: Fator 1: Confronto = 104 pessoas; Fator 2: Afastamento = 104

peçoas; Fator 3: Autocontrole = 101 peçoas; Fator 4: Suporte social = 103 peçoas; Fator 5: Aceitação de responsabilidades = 99 peçoas; Fator 6: Fuga-esquiva = 106; Fator 7: Resolução de problemas = 102 peçoas; Fator 8: Reavaliação positiva = 102 peçoas.

Observando a tabela 5, nota-se que há grande variação entre os escores médios dos oito fatores do IEEFL, o menor escore médio foi para o fator confronto (0,60) e o maior escore médio para o fator reavaliação positiva (1,41).

A mediana assumiu valores diferenciados da média aritmética para menos, no fator confronto (média = 0,60 e md = 0,50), e para mais no fator fuga-esquiva (média = 1,35 e md = 1,50).

A seguir, serão apresentados os fatores do IEEFL, os respectivos itens que os compõem, escores médios e desvio-padrão para cada item, fazendo uma melhor descrição dos dados.

**Tabela 6.** Escores médios dos itens do IEEFL para adultos e idosos em tratamento hemodialítico. São José do Rio Preto-SP, 2007

Fatores	Itens	Adultos		Idosos	
		Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Confronto	47-descontei minha raiva em outra (s) pessoa (s)	0,23	0,56	0,24	0,61
	17-mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema	0,18	0,53	0,06	0,34
	40-procurei fugir das pessoas em geral	0,40	0,72	0,78	1,09
	34-enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado	0,99	1,06	1,33	1,13
	07-tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias	0,69	0,99	0,70	0,88
	28-de alguma forma extravasei meus sentimentos	0,89	1,00	0,97	1,13
Afastamento	41-de alguma forma extravasei meus sentimentos	1,00	1,07	1,18	1,15
	13- fiz como se nada tivesse acontecido	0,85	1,01	1,34	1,03
	44- minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela	0,80	1,00	0,82	1,00
	21- procurei esquecer a situação desagradável	1,38	1,00	1,55	1,09
	06- fiz alguma coisa que acreditava não	0,72	0,90	0,80	1,02

	daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa				
	16- dormi mais que o normal	0,47	0,84	0,73	1,00
	10- tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções	0,46	0,74	0,60	0,90
Autocontrole	15- procurei encontrar o lado bom da situação	1,56	0,91	1,38	0,97
	14- procurei guardar para mim mesmo (a) os meus sentimentos	1,44	1,08	1,61	1,02
	43- não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação	0,43	0,81	0,36	0,85
	54- procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo	1,54	1,03	1,25	1,01
	35- procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso	1,01	1,04	1,27	1,00
		42- procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos	0,93	0,95	0,36
Suporte social	45- falei com alguém sobre como estava me sentindo	1,22	0,98	1,55	0,93
	08- conversei com outra (s) pessoa (s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação	1,38	0,93	1,00	1,09
	31- falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema	1,07	0,98	1,06	1,04
	18- aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas	1,64	0,91	1,56	0,80
	22- procurei ajuda profissional	1,28	1,05	1,52	1,12
Aceitação de Responsabilidade	51- prometi a mim mesmo (a) que as coisas serão diferentes na próxima vez	1,10	1,02	1,13	1,08
	09- me critiquei, me repreendi	0,65	0,92	0,81	1,06
	52- encontrei algumas soluções diferentes para o problema	1,00	0,95	0,64	0,96
	29- compreendi que o problema foi provocado por mim	1,00	1,13	1,47	1,13
	48- busquei nas experiências passadas uma situação similar	0,82	0,94	1,70	0,92
	25- desculpei ou fiz alguma coisa pra repor os danos	0,78	0,98	0,64	1,02
	62- analisei mentalmente o que fazer e o que dizer	1,32	0,96	1,25	1,10
Fuga-Esquiva	58- desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse	1,57	1,04	1,72	1,14
	59- tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam	1,09	1,06	1,12	1,05
Resolução de problemas	49- eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário	1,70	0,92	1,58	1,00
	26- fiz um plano de ação e o segui	1,25	1,00	0,81	0,90
	46- recusei recuar e batalhei pelo que eu queria	1,52	1,00	1,52	1,12
	01- me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo	1,24	0,97	1,06	1,04

Reavaliação positiva	38- redescobri o que é importante na vida	2,12	0,75	1,58	0,83
	56- mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma	1,56	0,90	1,27	1,00
	60- rezei	2,11	0,95	1,88	0,99
	30- saí da experiência melhor do que eu esperava	1,46	0,91	1,42	0,93
	39- modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final	1,55	0,95	1,22	0,97
	20- me inspirou a fazer algo criativo	1,08	0,96	0,67	1,08
	36- encontrei novas crenças	0,70	0,90	0,70	1,04
	63- pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo	1,05	1,14	1,00	1,14
	23- mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva	1,81	0,87	1,39	1,05

Entre os adultos, os escores médios dos itens do IEEFL variou de 0,18 a 2,12, sendo mais altos nos itens 38, 60 e 23 do fator 8 (Reavaliação positiva) e mais baixos nos itens 17 e 47 do fator 1 (Confronto). Para os idosos, os escores médios variaram entre 0,06 e 1,88. Também com maiores escores médios nos itens 30, do fator 8 (Reavaliação positiva), e 58, do fator 6 (Fuga-esquiva) e menores escores médios nos itens 47 e 17 do fator 1 (Confronto).

### 5.5 Resultados do estudo das associações entre variáveis

Na seqüência da análise e interpretação dos resultados deste estudo, serão apresentados os modos de enfrentamento, segundo as variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida.

As relações entre as variáveis sociodemográficas e os fatores do IEEFL estão descritas na tabela 7.



**Tabela 7.** Escores médios dos fatores do IEEFL aplicado a pessoas em tratamento hemodialítico, segundo variáveis sociodemográficas. São José do Rio Preto-SP, 2007

Média dos Fatores do IEEFL								
Variáveis Sociodemográficas	Confronto	Afastamento	Autocontrole	Suporte Social	Aceitação de Responsabilidades	Fuga-Esquiva	Resolução de problemas	Reavaliação positiva
<b>Sexo</b>								
Masculino	0,57	0,85	1,17	1,21	0,91	1,30	1,35	1,36
Feminino	0,62	0,87	1,24	1,25	1,00	1,43	1,37	1,47
<b>Faixa etária</b>								
Adultos (18-59 anos)	0,55	0,81	1,22	1,26	0,96	1,33	1,42	1,50
Idosos (≥ 60 anos)	0,67	0,97	1,16	1,15	0,90	1,39	1,22	1,20
<b>Cor da pele</b>								
Branco	0,56	0,85	1,20	1,23	0,95	1,35	1,40	1,41
Não branco	0,62	0,88	1,21	1,22	0,93	1,33	1,30	1,40
<b>Situação conjugal</b>								
Com companheiro	0,63	0,90	1,14	1,29	0,94	1,30	1,33	1,34
Sem companheiro	0,52	0,77	1,30	1,12	0,95	1,42	1,41	1,52
<b>Com quem vive</b>								
Mora sozinho	0,51	0,72	1,18	1,04	0,92	1,25	1,65	1,46
Mora com familiares	0,60	0,87	1,20	1,25	0,95	1,36	1,33	1,40
<b>Quem acompanha o tratamento</b>								
Ninguém acompanha	0,33	0,78	1,11	1,20	0,77	1,00	1,15	1,32
Alguém acompanha	0,66	0,76	1,22	1,23	0,98	1,43	1,41	1,43

<b>Escolaridade</b>									
Sem instrução/menos de um ano	0,74	0,98	1,15	1,00	0,96	0,87	1,28	1,16	
1-4	0,70	0,98	1,12	1,30	1,05	1,35	1,21	1,31	
5-8	0,49	0,96	1,33	1,18	1,00	1,46	1,46	1,50	
9-11	0,50	0,72	1,20	1,19	0,84	1,46	1,26	1,41	
≥ 12	0,63	0,67	1,17	1,30	0,84	1,25	1,58	1,52	
<b>Trabalho</b>									
Trabalham	0,60	0,64	1,29	1,35	0,91	1,00	0,87	1,45	
Não trabalham	0,59	0,88	1,20	1,21	0,94	1,38	0,30	1,40	
<b>Renda (SM)</b>									
1	0,75	1,04	1,40	1,02	1,11	1,33	1,08	1,14	
1,01-3	0,56	0,97	1,13	1,25	1,00	1,32	1,42	1,50	
3,01-5	0,67	0,86	1,21	1,23	1,00	1,15	1,25	1,26	
5,01-7	0,51	0,96	1,30	1,41	0,96	1,45	1,37	1,55	
7,01-10	0,69	0,61	1,01	1,16	0,99	1,73	1,38	1,47	
10,01-20	0,46	0,64	1,05	1,33	0,82	1,00	0,81	1,11	
≥ 20,01	0,54	0,71	1,55	1,16	0,28	1,00	1,87	1,14	

Ao serem associados os escores médios das variáveis deste estudo, pode-se perceber que quanto ao sexo, os escores médios das mulheres se apresentaram mais elevados que os dos homens para todos os fatores, com diferença mais acentuada nos fatores fuga-esquiva (1,30 X 1,43) e reavaliação positiva (1,36 X 1,47). Entre os adultos e idosos houve diferenças nos escores médios para vários fatores, sendo mais elevados para os adultos, nos fatores autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidades, resolução de problemas e reavaliação positiva. E os idosos apresentaram maiores escores médios nos fatores confronto, afastamento e fuga-esquiva (Tabela 7).

No que se refere à cor da pele, houve poucas diferenças entre os escores médios dos fatores do IEEFL, apenas no fator confronto o escore médio se apresentou mais elevado para os não-brancos e, no fator resolução de problemas, os brancos apresentaram maior escore médio. Para situação conjugal, entre as pessoas que referiram viver com o companheiro, os escores médios mais elevados foram para os fatores confronto, afastamento e suporte social, já os que viviam sem companheiro, obtiveram maiores escores nos fatores autocontrole, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva, com diferença mínima entre os escores médios do fator aceitação de responsabilidades. As pessoas que referiram morarem sozinhas apresentaram escores médios mais elevados apenas para os fatores resolução de problemas e reavaliação positiva, nos demais fatores os escores médios foram mais elevados entre as pessoas que referiram viver com a família (Tabela 7).

Quanto ao acompanhamento do tratamento, as pessoas que referiram ter algum acompanhamento, seja do companheiro, filhos ou outro familiar, obtiveram maiores escores médios em quase todos os fatores, exceto no fator afastamento, onde quase não houve diferenças entre os escores médios. Para escolaridade, ao compararmos os escores médios das pessoas sem instrução com as pessoas que têm 12 ou mais anos de estudo, as pessoas sem instrução tiveram escores médios mais elevados para três fatores: confronto, afastamento e

aceitação de responsabilidades, sendo maiores os escores médios das pessoas com escolaridade  $\geq 12$  anos nos demais fatores.

Para a variável trabalho, as pessoas que referiram trabalhar apresentaram maiores escores médios nos fatores autocontrole, suporte social, resolução de problemas e reavaliação positiva. As pessoas que não trabalhavam tiveram maiores escores médios nos fatores afastamento e fuga-esquiva, os fatores confronto e aceitação de responsabilidades não apresentaram grandes diferenças entre os escores médios. Quanto à renda familiar mensal, os escores médios foram mais elevados para as pessoas que referiram renda mensal de um SM nos fatores confronto, afastamento, aceitação de responsabilidades e fuga-esquiva do que para as pessoas que referiram renda  $\geq 20,01$  SM, para estas os maiores escores médios foram para os fatores autocontrole, suporte social e resolução de problemas, não havendo diferença entre os escores médios no fator reavaliação positiva (Tabela 7).

A tabela 8 apresenta as relações das variáveis clínicas e os fatores do IEEFL.

**Tabela 8.** Escores médios dos fatores do IEEFL aplicado a pessoas em tratamento hemodialítico, segundo variáveis clínicas. São José do Rio Preto-SP, 2007

Média dos Fatores do IEEFL								
Variáveis Clínicas	Confronto	Afastamento	Autocontrole	Suporte Social	Aceitação de Responsabilidades	Fuga-Esquiva	Resolução de problemas	Reavaliação positiva
<b>Principais Etiologias da IRCT</b>								
GNC	0,52	0,88	1,26	1,20	0,93	1,34	1,48	1,50
Diabetes mellitus	0,72	0,82	1,26	1,23	0,97	1,44	1,42	1,40
Hipertensão arterial	0,83	1,02	1,27	1,30	1,23	1,42	1,15	1,41
Causa indeterminada	0,36	0,78	0,93	1,22	0,90	1,00	1,28	1,25
Rins policísticos	0,62	0,90	1,24	1,21	0,87	1,31	1,27	1,33
<b>Diabetes mellitus</b>								
Diabéticos	0,72	0,82	1,26	1,23	0,97	1,44	1,42	1,40
Não diabéticos	0,56	0,86	1,19	1,22	0,93	1,32	1,34	1,41
<b>Diurese residual (referida)</b>								
Presente	0,60	0,86	1,13	1,14	0,90	1,36	1,30	1,33
Ausente	0,58	0,85	1,25	1,30	0,97	1,33	1,41	1,47
<b>Acesso venoso</b>								
FAV	0,59	0,86	1,24	1,25	0,94	1,34	1,36	1,44
Cateter (CDL ou Permicanth)	0,61	0,80	0,91	1,06	0,94	1,37	1,31	1,12
<b>Realização de TR</b>								
Já fez	0,56	0,83	1,31	1,30	1,07	1,43	1,58	1,69
Nunca fez	0,60	0,86	1,17	1,20	0,90	1,32	1,30	1,34
<b>Uso de medicações</b>								
Até cinco	0,60	0,84	1,16	1,26	0,93	1,49	1,36	1,43
Mais que cinco	0,58	0,86	1,22	1,20	0,96	1,27	1,36	1,39

<b>Tristeza</b>										
Refere	0,63	0,86	1,22	1,33	0,98	1,47	1,33	1,45		
Não refere	0,55	0,87	1,21	1,08	0,89	1,16	1,43	1,37		
<b>Acompanhamento médico antes de iniciar a hemodiálise atual</b>										
Teve	0,59	0,82	1,20	1,22	0,89	1,37	1,37	1,40		
Não teve	0,60	0,93	1,19	1,22	1,08	1,29	1,32	1,42		
<b>Comorbidades</b>										
não	0,62	0,75	1,02	1,32	1,02	1,03	1,01	1,39		
sim	0,58	0,87	1,24	1,20	0,93	1,41	1,42	1,41		
<b>Intervalos de tempo de hemodiálise em meses</b>										
6-12	0,78	0,80	1,00	1,16	1,18	1,77	1,61	1,33		
13-36	0,49	0,79	1,07	1,16	0,80	1,00	1,19	1,16		
37-60	0,77	0,98	1,26	1,34	1,05	1,61	1,55	1,57		
61-120	0,58	0,84	1,38	1,15	0,87	1,46	1,34	1,58		
≤121	0,33	0,90	1,23	1,61	1,23	1,16	1,33	1,61		

No que se refere à etiologia da IRCT, para os fatores confronto, afastamento, suporte social e aceitação de responsabilidades, os maiores escores médios foram entre as pessoas que tiveram como causa da IRCT a hipertensão arterial; já para o fator fuga-esquiva, o maior escore médio foi para as pessoas que tiveram como causa da IRCT o diabetes mellitus; e para os fatores resolução de problemas e reavaliação positiva, os maiores escores médios foram para as pessoas acometidas de GNC. As pessoas com causa indeterminada da IRCT obtiveram os menores escores médios para os fatores confronto, afastamento, autocontrole, fuga-esquiva e reavaliação positiva. Ao serem comparados diabéticos e não diabéticos, os diabéticos obtiveram maiores escores médios para os fatores confronto, autocontrole, fuga-esquiva e resolução de problemas (Tabela 8).

Para a variável diurese residual referida, as pessoas que referiram presença de diurese residual obtiveram maior escore médio apenas no fator fuga-esquiva, e nos fatores confronto e afastamento os escores médios não apresentaram grandes diferenças quanto à presença ou ausência de diurese residual. Para a variável acesso venoso, as pessoas que usam a FAV, como acesso venoso para a hemodiálise, obtiveram os maiores escores médios nos fatores afastamento, autocontrole, suporte social, resolução de problemas e reavaliação positiva, as pessoas que usam cateter apresentaram maiores escores médios para o fator fuga-esquiva e quase não houve diferenças entre os escores médios obtidos para os fatores confronto e aceitação de responsabilidades para esta variável (Tabela 8).

Quanto à realização de transplante renal, as pessoas que já haviam realizado transplante renal, sem considerar o sucesso deste, tiveram maiores escores médios para os fatores autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidades, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva, enquanto para as pessoas que nunca fizeram transplante renal, os maiores escores médios foram nos fatores confronto e afastamento. Em relação ao uso de medicações, as pessoas que usam até cinco medicações tiveram maiores escores

médios apenas nos fatores suporte social e fuga-esquiva, já as pessoas que usam mais que cinco medicações tiveram o maior escore médio apenas no fator autocontrole, nos demais fatores houve poucas diferenças entre os escores médios. As pessoas que referiram sentir tristeza apresentaram maiores escores médios para os fatores confronto, suporte social, aceitação de responsabilidades, fuga-esquiva e reavaliação positiva, entre as pessoas que referiram não sentir tristeza o maior escore médio foi apenas para o fator resolução de problemas, sendo que, nos fatores afastamento e autocontrole, quase não houve diferenças entre os escores médios. Em relação ao acompanhamento médico anterior à hemodiálise atual, os escores médios foram mais elevados para as pessoas que tiveram acompanhamento médico prévio para os escores fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva; para as pessoas que não tiveram acompanhamento, os maiores escores médios foram apenas nos fatores afastamento e aceitação de responsabilidades, nos demais fatores não houve grandes diferenças entre os escores médios (Tabela 8).

Em relação à presença de comorbidades, as pessoas que apresentaram alguma comorbidade apresentaram escores médios mais elevados para os fatores afastamento, autocontrole, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva, sendo que os escores médios mais elevados das pessoas que não tinham comorbidades eram nos fatores suporte social e aceitação de responsabilidades (Tabela 8).

Quanto ao tempo de tratamento hemodialítico, ao serem comparados os intervalos de tempo, as pessoas que tinham entre 6 e 12 meses de tratamento apresentaram escores médios mais elevados para os fatores fuga-esquiva e resolução de problemas que as pessoas com tempo de hemodiálise entre 61 e 120 meses, estas apresentaram os escores médios mais elevados para os demais fatores (Tabela 8).

As relações entre os hábitos de vida da população estudada e os fatores do IEEFL são descritas na tabela 9.



**Tabela 9.** Escores médios dos fatores do IEEFL aplicado a pessoas em tratamento hemodialítico, segundo hábitos de vida. São José do Rio Preto-SP, 2007

Média dos Fatores do IEEFL								
Hábitos de vida	Confronto	Afastamento	Autocontrole	Suporte Social	Aceitação de Responsabilidades	Fuga-Esquiva	Resolução de problemas	Reavaliação positiva
<b>Prática de atividade física</b>								
Praticam	0,52	0,82	1,28	1,28	0,87	1,30	1,44	1,53
Não praticam	0,65	0,88	1,13	1,18	1,01	1,38	1,29	1,30
<b>Lazer</b>								
Tem	0,59	0,86	1,23	1,30	1,01	1,43	1,44	1,50
Não tem	0,59	0,84	1,14	1,05	0,78	1,15	1,17	1,20
<b>Religião</b>								
Católicos	0,61	0,87	1,23	1,20	0,93	1,33	1,36	1,37
Evangélicos	0,58	0,97	1,12	1,12	0,82	1,40	1,28	1,37
Outras religiões	0,61	0,75	1,20	1,57	1,23	1,40	1,58	1,61
Não tem religião	0,26	0,57	1,00	0,70	0,46	1,20	0,80	1,22

Em relação à prática de atividades físicas, as pessoas que praticavam alguma atividade física apresentaram maiores escores médios para os fatores autocontrole, suporte social, resolução de problemas e reavaliação positiva, já as pessoas que não praticavam atividades físicas tiveram escores médios mais elevados para os fatores confronto, afastamento, aceitação de responsabilidades e fuga-esquiva. Quanto ao lazer, as pessoas que tinham lazer apresentaram maiores escores médios para os fatores autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidades, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva, já nos fatores confronto e afastamento não houve diferenças entre os escores médios. No que se refere à religião, ao serem comparados os escores médios das pessoas que referiram ter alguma religião com os escores médios das pessoas que referiram não ter religião, as últimas obtiveram menores escores médios para todos os fatores (Tabela 9).

As relações entre as variáveis dicotômicas nominais e os fatores do IEEFL foram analisadas por meio do teste T de Student e Mann-Whitney para duas amostras independentes e são apresentadas na tabela 10. Assim como as relações entre as variáveis contínuas: tempo de hemodiálise, escolaridade e renda (analisadas por correlação de Spearman) estão presentes na tabela 11.

**Tabela 10.** Escore de comparação das médias dos fatores do IEEFL, pelos testes T de Student e Mann-Whitney. São José do Rio Preto-SP, 2007.

<b>**Escore de comparação das médias dos fatores do IEEFL</b>								
<b>Variáveis</b>	<b>Confronto</b>	<b>Afastamento</b>	<b>Autocontrole</b>	<b>Suporte Social</b>	<b>Aceitação de Responsabilidades</b>	<b>Fuga-Esquiva</b>	<b>Resolução de problemas</b>	<b>Reavaliação positiva</b>
<b>Faixa etária (adulto/idoso)</b>	*0,260	*0,145	0,604	0,435	0,649	*0,661	0,216	0,009
<b>Sexo</b>	*0,670	*0,737	0,541	0,717	0,507	*0,460	0,875	0,340
<b>Trabalho</b>	*0,889	*0,108	0,828	*0,411	0,850	*0,170	0,017	0,783
<b>Diabetes mellitus</b>	*0,310	*0,787	0,603	0,946	0,806	*0,623	0,687	0,958
<b>Diurese residual (referida)</b>	*0,776	*0,707	0,277	0,191	0,527	*0,905	0,439	0,212
<b>Acesso venoso</b>	*0,569	*0,722	0,052	*0,467	0,989	*0,924	0,809	0,083
<b>Realização de TR</b>	*0,806	*0,879	0,270	0,540	0,217	*0,628	0,108	0,11
<b>Acompanhamento médico antes de iniciar a hemodiálise atual</b>	*0,797	*0,219	0,899	0,980	*0,069	*0,658	0,775	0,882
<b>Prática de atividade física</b>	*0,242	0,544	0,188	*0,346	0,205	*0,707	0,296	0,31
<b>Lazer</b>	*0,926	0,905	0,451	0,571	*0,021	*0,124	0,088	0,008
<b>Religião</b>	*0,099	*0,191	0,683	*0,066	0,070	*0,619	0,075	0,55

\*Escore obtido através do teste de Mann-Whitney

\*\*Escore estatisticamente significativos para  $p < 0,006$ , tanto no teste T de Student quanto no teste de Mann-Whitney, na hipótese que a casuística constituísse uma amostra aleatória simples de população com características similares.

**Tabela 11.** Coeficiente de correlação de Spearman entre os fatores do IEEFL e as variáveis tempo, escolaridade e renda familiar mensal referida. São José do Rio Preto-SP, 2007

<b>* Correlação de Spearman</b>																
Variáveis	Confronto		Afastamento		Autocontrole		Suporte Social		Aceitação de Responsabilidades		Fuga-Esquiva		Resolução de problemas		Reavaliação positiva	
	Coef.	P	Coef.	P	Coef.	P	Coef.	P	Coef.	P	Coef.	P	Coef.	P	Coef.	P
<b>Tempo de hemodiálise em meses</b>	-0,008	0,938	0,048	0,631	0,217	0,29	0,045	0,650	0,052	0,608	0,054	0,583	0,010	0,923	0,263	0,008
<b>Escolaridade (anos estudados)</b>	0,066	0,508	-0,24	0,013	-0,04	0,660	0,038	0,707	-0,11	0,280	0,069	0,484	0,13	0,190	0,15	0,119
<b>Renda (SM)</b>	0,004	0,971	-0,189	0,067	0,010	0,927	0,065	0,535	-0,094	0,377	0,038	0,711	0,039	0,709	-0,059	0,571

\* Estatisticamente significativo para  $p < 0,006$ , na hipótese que a casuística constituísse uma amostra aleatória simples de população com características similares.

Por meio da estatística inferencial, utilizando os testes de comparação entre duas amostras independentes, T de Student e Mann-Whitney, não foram encontradas relações estatisticamente significantes entre as médias das variáveis comparadas. Ressalta-se que os escores eram estatisticamente significativos para  $p < 0,006$ , tanto no teste T de Student quanto no teste de Mann-Whitney, de acordo com o critério de Bonferrone, onde  $p = 0,05$  foi dividido por oito, devido aos oito fatores do instrumento utilizado ( $0,05/8 = 0,006$ ). No entanto na comparação das médias das variáveis faixa etária (adulto/idoso) e lazer, os valores de  $p$  se aproximaram do significativo  $p < 0,006$  para o fator reavaliação positiva, sendo  $p = 0,009$  e  $p = 0,008$  respectivamente. Este fato nos aproxima do resultado estatisticamente significativo para a afirmação de que as pessoas em idade adulta e as pessoas que referem atividade de lazer (sempre e às vezes) utilizam os modos de enfrentamento relacionados ao fator reavaliação positiva do IEEFL, rejeitando o acaso (Tabela 10).

Também para as variáveis contínuas, como tempo, escolaridade e renda, foi aplicado o teste de correlação de Spearman que demonstrou não haver correlação estatisticamente significativa, para  $p < 0,006$ , entre essas variáveis e os fatores do IEEFL. Entretanto para a variável tempo de hemodiálise obteve-se  $p = 0,008$  para o fator reavaliação positiva, valor próximo de  $p < 0,006$  significativo. Aproximando-nos do resultado estatisticamente significativo para afirmar que as pessoas com maior tempo de hemodiálise utilizavam mais os modos de enfrentamento relacionados ao fator reavaliação positiva do IEEFL (Tabela 11).

## ***6. DISCUSSÃO***

---

Nesta subdivisão será apresentada uma discussão dos resultados encontrados na presente pesquisa quanto aos dados sociodemográficos, clínicos, hábitos de vida e modos de enfrentamento dos 107 pacientes em tratamento hemodialítico, de acordo com dados associados encontrados na literatura.

### **6.1 Caracterização sociodemográfica, clínica e dos hábitos de vida da população**

O predomínio do sexo masculino na população estudada (62,2 %) foi semelhante aos resultados encontrados em outros estudos de pacientes com IRCT em tratamento hemodialítico, realizados também no interior do estado de São Paulo (DIAS, 2006; KUSUMOTA, 2005; MARTINS, 2004; REIS, 2002). Os dados encontrados, de acordo com o sexo das pessoas que faziam hemodiálise no Brasil, foram do Censo 2004 da SBN (respondido por 98,2 % dos centros existentes naquele ano), indicando que 57,7 % das pessoas em tratamento hemodialítico eram do sexo masculino (SBN, 2004).

A população estudada foi constituída por 74 adultos (idade entre 18 e 59 anos) (69,2%) e 33 idosos (idade  $\geq 60$  anos) (30,8 %), próximos aos achados de Kusumota (2005), no qual 32 % eram idosos. Dados do Censo 2006 da SBN (respondido por 74 % dos centros existentes) apontam que 24,9 % das pessoas em tratamento hemodialítico têm idade  $\geq 65$  anos.

A elevação da prevalência de pacientes em TRS é acompanhada ano a ano pelo aumento da idade dos pacientes novos com IRC, ambas podem ser explicadas pela maior expectativa de vida da população (na América Latina de 70,7 anos) e pelo aumento da população idosa (5,6 % na América Latina para a população com mais de 65 anos, em 2003), o que gera o aumento da incidência e prevalência de enfermidades crônicas como diabetes

mellitus, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares, causas da IRCT em todo o mundo (SLAHN, 2003).

A cor de pele predominante observada neste estudo foi branca (65,4 %), resultado semelhante aos de Kusumota (2005) e Dias (2006), nos quais a porcentagem de brancos foi 63,9 % e 67,7 % respectivamente. Vale ressaltar que a cor de pele foi observada pela pesquisadora, podendo haver influências de interpretação.

Quanto à escolaridade, 50,5 % dos entrevistados tinham entre 1 e 8 anos de estudo e 7,5 % eram analfabetos. Nos estudos de Dias (2006) e Kusumota (2005), esses percentuais foram respectivamente de 65,6 % e 66 % para pessoas que sabiam ler e tinham entre 1 e 8 anos de estudo, a taxa de analfabetos foi de 6,47 % no primeiro estudo e 6,7 % no segundo. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2002 a taxa de analfabetismo para pessoas com idade igual ou superior a 15 anos era de 11,8 % no país, sendo nas áreas urbanas da região Sudeste 6,2 % (IBGE, 2007).

A maioria das pessoas entrevistadas referiu ter um companheiro (63,5 %), morar com a família (88,8 %) e ter alguém que acompanhe seu tratamento (79,4 %), este fato pode contribuir para melhorar o suporte social relacionado às complicações em decorrência da IRCT, do tratamento hemodialítico e das comorbidades. Vários estudos têm demonstrado a contribuição do suporte social na sobrevivência de pessoas em tratamento hemodialítico, estes estudos sugerem que o suporte social é um importante fator associado a menor morbidade e mortalidade na medida que contribua para o controle de variáveis relacionadas ao comprometimento físico (CHRISTENSEN, 1994; KIMMEL, 1998; McCLELLAN et al., 1991; McCLELLAN, STANWYCK, ANSON, 1993).

A baixa renda familiar mensal informada (61,6 % das pessoas do estudo recebiam até 5 SM) pode estar relacionada ao fato de 69,2 % dos respondentes ter renda proveniente de aposentadoria, 90,6 % não possuir vínculo com trabalho, e 74,8 % referir ser o chefe da



família. Na pesquisa realizada por Kusumota (2005), 68,5 % das pessoas recebiam até 5 SM. Lara e Sarquis (2004), estudando relações de trabalho, constataram que a maioria das pessoas em tratamento hemodialítico não trabalhava porque não apresentava condições físicas para realizar atividade laboral, ainda neste estudo, algumas pessoas relataram dificuldade de manter o emprego devido ao tempo dispendido na hemodiálise e difícil inserção no mercado de trabalho após iniciar o tratamento hemodialítico.

Neste estudo, as principais causas da IRCT foram GNC (30,8 %), diabetes mellitus (17,8 %), causa indeterminada (15,0 %) e hipertensão arterial (14,0 %), semelhante aos dados de inquéritos epidemiológicos realizados pela SBN em 1996/1997, nos quais as principais causas da IRCT foram hipertensão arterial (24 %), GNC (24 %) e diabetes mellitus (17 %) (SESSO, 2002).

Entre os idosos, diabetes mellitus e hipertensão arterial foram as principais causas da IRCT. Em estudo realizado na população da cidade de Bambuí-MG, a prevalência da creatinina sérica elevada foi de 0,48 % em adultos e 5,09 % em idosos (>60 anos), correspondendo ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis devido ao envelhecimento populacional que é um dos responsáveis pelo aumento da prevalência da IRCT no mundo (PASSOS, BARRETO, 2003;WHO, 2006).

A diurese residual estava presente em 48 pessoas (44,9 %), destas, 27 pessoas eram adultas. De acordo com o grupo de trabalho de adequação em hemodiálise que desenvolveu o K/DOQI, as pessoas que apresentam função renal residual têm depuração maior de solutos grandes e pequenos em comparação com pessoas que dependem do resultado da diálise apenas (K/DOQI, 2002).

Em relação ao tempo de hemodiálise, a mediana ficou em 40 meses (3,3 anos), e a faixa de tempo predominante foi de 1 a 3 anos (35,5 %). No estudo realizado por Kusumota (2005), a mediana foi 30 meses (2,5 anos), e, na pesquisa de Dias (2006), a faixa de tempo

predominante também foi de 1 a 3 anos (31,8 %). O tempo de tratamento é importante no agravamento das comorbidades, e estas têm sido apontadas em vários estudos como sendo determinantes na sobrevida de pacientes em tratamento hemodialítico (BEDDHU, et al., 2000; LOCATELLI, VECCHIO, MANZONI, 1998; MORSCH, GONÇALVES E BARROS, 2005).

A maioria das pessoas (76,6 %) não realizou outra TRS anterior à hemodiálise, e entre as 25 pessoas (23,4 %) que realizaram TRS anterior, 19 pessoas tinham tempo de tratamento para IRC  $\geq$  121 meses, e, destas, 11 pessoas já realizaram transplante renal, demonstrando que quanto maior o tempo de tratamento, também será maior a possibilidade da pessoa experienciar maior número de TRS. Embora a taxa de sobrevida seja usada para avaliar o sucesso das TRS, a percepção do paciente quanto a sua qualidade de vida relacionada à saúde deve ser reconhecida. No estudo realizado por Pereira et al. (2003), escores de qualidade de vida foram superiores para pacientes transplantados do que para pacientes em hemodiálise e semelhantes aos escores de pessoas saudáveis.

Quanto ao tipo de acesso vascular para hemodiálise, 11,2 % das pessoas usam cateter (CDL ou Permicanth), segundo o censo da SBN (2006), 10,1 % dos pacientes em hemodiálise nos centros de hemodiálise brasileiros respondentes usam cateter.

No que se refere à presença de comorbidades, 56,0 % das pessoas tinham hipertensão arterial como doença secundária à IRCT, e 23,3 % tinham hepatopatias, sendo mais freqüentes as hepatites B e C. A fisiopatologia da hipertensão arterial na IRC é multifatorial, com destaque para a retenção de sódio e água, a hiperatividade do sistema nervoso simpático e do sistema renina-angiotensina aldosterona, a hipertonia da musculatura lisa, uso de eritropoietina recombinante e o hiperparatireoidismo secundário. Sendo as doenças cardiovasculares a principal causa de óbito entre os pacientes em TRS na América Latina, a

hipertensão arterial exerce influência na mortalidade cardiovascular dos pacientes em fase mais tardia da TRS (SLAHN, 2003).

O número de pacientes em TRS com sorologia positiva para hepatite B e C tem diminuído a cada ano devido ao uso da eritropoietina recombinante humana que reduziu o número de transfusões sanguíneas, e a adequação das técnicas para a reutilização dos capilares. No ano 2000, o percentual de pessoas em TRS soro positivos para hepatite B e C era menos de 5 % e 20 % respectivamente, em 2006 esse percentual caiu para um pouco mais que 1 % para hepatite B e 10 % para hepatite C (SBN, 2006).

Em relação ao uso de medicações, a maioria (61, 3 %) refere utilizar mais que cinco medicações, eram mencionados os anti-hipertensivos, quelantes de fósforo (Cálcio ou Cloridrato de Sevelamer), eritropoietina recombinante humana, ranitidina, omeprazol, analgésicos, as vitaminas (complexo B, vit. C, ácido fólico), diazepam e outras medicações específicas para outras doenças.

Neste estudo, 70,1 % das pessoas referem ter alguma atividade de lazer, 53,3 % não praticam atividades físicas, 77,6 % referem não usar bebidas alcoólicas, 81,3 % não fumam. Os hábitos de vida das pessoas em tratamento hemodialítico podem ser afetados pelo comprometimento físico dessas pessoas. Pacientes em hemodiálise apresentam baixa tolerância ao exercício e descondicionamento físicos, que não são bem compreendidos, mas estão relacionados à atrofia muscular, miopatia e má nutrição. A uremia e a diálise interagem com a mecânica respiratória, função muscular e troca de gases, sendo a dispnéia um sintoma comum (PREZANT, 1990; STORER et al., 2005).

Em relação a praticar uma religião, 95,3 % das pessoas referem ter alguma religião, destes 69,4% são católicos. Dull e Skokan (1995) relatam que crenças religiosas funcionam como mediadores cognitivos pela interpretação dos eventos adversos de maneira positiva, o que pode favorecer a adaptação das pessoas à condição de saúde.

## 6.2 Modos de enfrentamento

A adaptação das pessoas, com IRCT em tratamento hemodialítico aos estressores percebidos, depende do processo de enfrentamento desencadeado a partir do momento em que é recebido o diagnóstico da doença. Tanto os estressores quanto os modos de enfrentamento a serem usados por essas pessoas são resultados da avaliação individual e da relação do indivíduo com o meio externo (BALDREE, MURPHY, POWERS, 1982; FOLKMAN, 1984).

Para avaliar os modos de enfrentamento utilizados pelas pessoas em tratamento hemodialítico, foi escolhido o “Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus (1985)”, tradução do original em inglês “Ways of Coping”. Segundo Custódio e Jorge (1999), quando o pesquisador utiliza instrumentos padronizados, tenta minimizar diferenças na coleta e registros das observações, bem como no resultado final das avaliações, essa padronização também possibilita a comparação dos resultados com outros estudos que utilizam o mesmo procedimento.

Os modos de enfrentamento do IEEFL foram selecionados por meio da análise por rotação oblíqua em oito fatores, descritos por Folkman et al. (1986) e utilizados neste estudo, da seguinte forma:

- Confronto: descreve esforços para alterar a situação estressante;
- Afastamento: descreve esforços da pessoa para se afastar da situação estressante;
- Autocontrole: descreve esforços da pessoa para controlar seus próprios sentimentos;
- Suporte social: descreve esforços da pessoa na busca de informações e suporte emocional;

- Aceitação de responsabilidades: descreve o conhecimento sobre a contribuição da pessoa no problema e a tentativa de fazer a coisa certa;
- Fuga-esquiva: descreve desejos, pensamentos e esforços comportamentais para fugir ou anular o problema;
- Resolução de problemas: descreve esforços para alterar a situação com avaliação analítica para resolver o problema;
- Reavaliação positiva: descreve esforços para criar um significado positivo, enfocando o crescimento pessoal, tem também uma face religiosa.

Os escores das estratégias do IEEFL variam de 0 (para estratégias não usadas pela pessoa) a 3 (para estratégias usadas em grande quantidade). No presente estudo, os valores médios dos escores encontrados para os oito fatores do IEEFL (calculados de acordo com o número de itens em cada fator) variaram entre 0,60 e 1,41, como pode ser observado na tabela 6.

Os fatores que apresentaram maiores escores médios foram: Reavaliação positiva (1,41); Resolução de problemas (1,36); Fuga-esquiva (1,35). Já os fatores que apresentaram menores escores médios foram: Confronto (0,60); Afastamento (0,86); Aceitação de responsabilidades (0,94).

Draigle e Stewart (1997), em estudo sobre modos de enfrentamento de homens em tratamento hemodialítico no Canadá, utilizando o *Ways of Coping* (versão original em inglês do IEEFL), obtiveram maiores escores médios para os fatores: Suporte social (1,44); Autocontrole (1,28) e Afastamento (1,27). E menores escores médios para os fatores: Confronto (0,80); Fuga-esquiva (0,93) e Aceitação de responsabilidades (0,96). Neste estudo, classificando os fatores como enfrentamento focado no problema e enfrentamento focado na emoção, os autores destacam a predominância dos modos de enfrentamento focados no problema.

A classificação utilizada por Draigle e Stewart (1997) englobava os fatores da seguinte forma:

\_Enfrentamento focado no problema: suporte social, resolução de problemas, reavaliação positiva e confronto;

\_Enfrentamento focado na emoção: afastamento, fuga-esquiva, aceitação de responsabilidades e autocontrole.

Através dessa classificação, pode-se dizer que, no presente estudo, também houve predomínio dos modos de enfrentamento focados no problema, em particular reavaliação positiva.

Segundo Lazarus (1984), os modos de enfrentamento focados no problema são estratégias usadas para resolução de problemas, assim, os esforços são freqüentemente direcionados para definir o problema, gerar soluções alternativas, pesar as alternativas em termos de custos e benefícios, escolher uma alternativa e agir.

Folkman e Lazarus (1988), classificam os fatores do IEEFL, como já mencionado, da seguinte forma:

\_Enfrentamento focado no problema: fatores “*Confrontive coping*”, e “*problem-solving*”;

\_Enfrentamento focado na emoção: fatores “*Distancing*”, “*Self-control*”, “*Accepting responsibility*”, “*Positive reappraisal*” e “*Escape-avoidance*”;

\_Ambos: fator “*Seeking social support*”.

De acordo com essa classificação, no presente estudo houve o predomínio dos modos de enfrentamento focados na emoção.

Na maioria dos estudos encontrados na literatura, que classificam os modos de enfrentamento das pessoas em tratamento hemodialítico, podemos perceber que são utilizados

tanto os modos de enfrentamento focados na emoção quanto os modos de enfrentamento focados no problema, entretanto, há predomínio dos modos de enfrentamento focados no problema (BALDREE, MURPHY, POWERS, 1982; DRAIGLE, STEWART, 1997; LOK, 1996; MOK, TAM, 2001; WELCH, AUSTIN, 2001).

Lindqvist, Carlsson e Sjöden (1998) consideram os modos de enfrentamento focados na emoção menos efetivos que os modos de enfrentamento focados no problema. Lok (1996) refere que os modos de enfrentamento focados no problema têm sido usados na Austrália com melhores resultados, obtendo correlação positiva com a qualidade de vida, sugerindo que quanto mais as pessoas utilizavam os modos de enfrentamento focados no problema apresentavam melhor qualidade de vida.

Welch e Austin (2001), estudando as relações entre estressores, modos de enfrentamento e depressão de pessoas em tratamento hemodialítico, descreveram que os estressores psicossociais estavam relacionados à depressão, e que conseqüentemente a redução desses estressores também reduziria a depressão. Esses autores também consideraram os modos de enfrentamento relacionados à fuga como preditivos de sintomas de depressão. Takaki et al. (2005) referem não ter encontrado relação positiva entre depressão e fuga em seu estudo, sugerindo que outros estudos devam ser realizados sobre este assunto para confirmar estes achados.

No presente estudo, embora não tenha sido realizada análise semântica da questão reflexiva sobre os estressores relacionados à IRC e ao tratamento hemodialítico, obteve-se nove pessoas que relataram não haver coisas ou situações que as deixavam estressadas, mesmo assim, essas pessoas responderam ao IEEFL referindo utilizar os modos de enfrentamento presentes no inventário. Outras 54 pessoas referiram pelo menos uma situação estressante; 28 pessoas referiram duas situações estressantes; e 15 pessoas referiram três situações estressantes. Entre as situações estressantes referidas por essas pessoas estão as

restrições de ingestão de líquidos e alimentos; dificuldades para viajar e conseguir emprego em decorrência da frequência do tratamento; falta de condições físicas para trabalhar; a frequência do tratamento (três dias/semana); o tempo de tratamento (quatro horas/dia); e o mal-estar sentido após as sessões de hemodiálise.

### **6.3 Associação entre os modos de enfrentamento e variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida**

A seguir serão apresentados os modos de enfrentamento utilizados pelas pessoas em tratamento hemodialítico, de acordo com as variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas e hábitos de vida, para tornar possível o conhecimento do perfil das pessoas que utilizam os modos de enfrentamento no tratamento hemodialítico. As associações entre as variáveis serão apresentadas da seguinte maneira:

- 1) Modos de enfrentamento e variáveis sociodemográficas;
- 2) Modos de enfrentamento e variáveis clínicas;
- 3) Modos de enfrentamento e hábitos de vida.

#### **6.3.1 Modos de enfrentamento e variáveis sociodemográficas**

No presente estudo, as mulheres apresentaram escores médios mais elevados que os homens para todos os fatores, sendo que os escores médios mais elevados entre as mulheres foram para os fatores reavaliação positiva (1,47) e fuga-esquiva (1,43), e entre os homens, os



escores médios mais elevados foram para os fatores reavaliação positiva (1,36) e resolução de problemas (1,35), indicando pequena tendência ao uso dos modos de enfrentamento focados na emoção pelas mulheres, e uso dos modos de enfrentamento focados no problema pelos homens. No estudo de Yeh e Chou (2007), as mulheres apresentaram escores mais elevados para os modos de enfrentamento focados na emoção, e os homens para os modos de enfrentamento focados no problema.

Takaki et al. (2005), estudando efeitos de variáveis sociodemográficas sobre o estresse, modos de enfrentamento, depressão e ansiedade de pessoas em tratamento hemodialítico, encontraram relação positiva entre o sexo feminino, ansiedade e modos de enfrentamento focados na emoção, sugerindo que as mulheres em tratamento hemodialítico tendem a usar mais os modos de enfrentamento focados na emoção porque são ansiosas. Os autores analisaram ansiedade utilizando a “*Hospital Anxiety and Depression Scale*” .

Lindqvist, Carlsson e Sjöden (1998) referem que os homens em tratamento hemodialítico usam mais os modos de enfrentamento para lidar com os aspectos físicos da doença.

Em relação à idade, os adultos apresentaram escores médios mais elevados para os fatores autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidades, resolução de problemas e reavaliação positiva. Entre os idosos, os escores médios foram mais elevados nos fatores confronto, afastamento e fuga-esquiva, que demonstra uma tendência dos idosos em usar modos de enfrentamento focados na emoção. Takaki et al. (2005) descreveram correlação positiva entre o aumento da idade das pessoas em tratamento hemodialítico e o aumento da depressão, e que as pessoas mais idosas tinham menos depressão quanto menos usavam fuga como modo de enfrentamento.

Yeh e Chou (2007) encontraram associação entre o aumento da idade das pessoas em tratamento hemodialítico e o aumento dos sintomas físicos, dependência da equipe médica e

incidência de problemas vasculares. No estudo de Mok e Tam (2001), as pessoas em tratamento hemodialítico com mais de 55 anos apresentaram mais estressores físicos que as pessoas mais jovens.

As pessoas que referiram viver com companheiro (a) tiveram escores médios mais altos para os fatores confronto, afastamento e suporte social que as pessoas que referem não ter companheiro (a). As pessoas que moravam com a família tiveram escores médios mais elevados que as pessoas que moram sozinhas em quase todos os fatores, exceto resolução de problemas e reavaliação positiva. E as pessoas que referiram ter acompanhamento durante o tratamento também tiveram escores médios mais elevados em quase todos os fatores, com exceção do fator afastamento. Contudo, nessas três variáveis foi comum o predomínio dos modos de enfrentamento relacionados aos fatores suporte social, aceitação de responsabilidades, confronto, fuga-esquiva e autocontrole para as pessoas que referiram viver com companheiro, morar com a família e ter acompanhamento durante o tratamento.

Gee, Howe e Kimmel (2005) referem que o casamento pode ser fonte de conforto e suporte, ou uma arena de conflitos, raiva, depressão e insatisfação e que as relações podem ter várias funções no desenvolvimento da doença e tratamento, podendo ter efeitos mediatos sobre seus resultados.

Alguns autores referem que a elevada percepção de suporte das pessoas em tratamento hemodialítico pode estar associada com o aumento da satisfação na vida, menos depressão e queda do risco de mortalidade (CHRISTENSEN et al., 1989; CHRISTENSEN et al., 1994; KIMMEL et al., 1996; KIMMEL et al., 1998).

Quanto à escolaridade, as pessoas com 12 ou mais anos de estudo apresentaram escores médios mais elevados que as pessoas com menos anos de estudo para os fatores autocontrole, suporte social, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva, sem predomínio do uso dos modos de enfrentamento focados no problema ou na emoção. Alguns

autores referem não encontrar associação entre os modos de enfrentamento e a escolaridade das pessoas em tratamento hemodialítico (BALDREE, MURPHY E POWERS, 1982; MOK, TAM, 2001). Entretanto, no estudo de Takaki et al. (2005), as pessoas com altos níveis de educação tiveram menos depressão quanto mais usavam os modos de enfrentamento focados no problema. Castro et al. (2003), estudando a qualidade de vida de pessoas em tratamento hemodialítico, encontraram relação positiva entre os aspectos emocionais e escolaridade, sugerindo que pessoas com maior escolaridade tenham recursos intelectuais capazes de gerar melhor adaptação emocional às conseqüências da IRCT e do tratamento hemodialítico.

As pessoas sem instrução ou com baixos níveis de educação podem ter menos acesso às fontes de informação sobre a doença e o tratamento, necessitando de mais orientações por parte da equipe de saúde. Tsay, Lee e Lee (2005), ao testar um programa de treinamento sobre a doença e o tratamento, para pessoas com IRCT em tratamento hemodialítico, referem que, após o treinamento, a percepção de estresse e os escores para depressão diminuíram significativamente, e os escores para qualidade de vida aumentaram. Harwood et al. (2005) descrevem que a falta de informação e o desconhecimento sobre a hemodiálise são estressores mencionados pelos pacientes em início de tratamento hemodialítico.

Em relação ao trabalho, as pessoas que referiram trabalhar apresentaram escores médios mais elevados que as pessoas que não trabalhavam para os fatores autocontrole, suporte social, resolução de problemas e reavaliação positiva, demonstrando tendência em usar os modos de enfrentamento focados no problema pelas pessoas que trabalhavam. Lara e Sarquis (2004) constataram o comprometimento da capacidade funcional das pessoas que fazem hemodiálise, dificultando sua atividade laboral, principalmente das pessoas na faixa etária entre 18 e 59 anos consideradas economicamente ativas na sociedade.

Takaki e Yano (2006), estudando as associações entre estresse, enfrentamento e trabalho de pessoas em tratamento hemodialítico, perceberam que os modos de enfrentamento

focados na emoção têm associação positiva com o trabalho, mas os modos de enfrentamento focados no problema não têm. Os autores encontraram também associação positiva para comprometimento físico e trabalho em homens; que as pessoas que trabalhavam tinham menos depressão; e que as mulheres que trabalhavam eram menos ansiosas.

Ao compararmos os escores médios das pessoas com renda mensal informada de um SM com os escores médios das pessoas que referiram renda superior a 20 SM, encontramos escores mais elevados para as pessoas com renda superior a 20 SM nos fatores autocontrole, suporte social e resolução de problemas. No estudo de Mok e Tam (2001), os problemas financeiros foram o quinto estressor mais mencionado pela amostra, ficando atrás de restrições na ingestão de líquidos, mudanças alimentares, prurido e fadiga. No estudo de Harwood et al. (2005), os problemas financeiros também foram mencionados pelos pacientes em tratamento hemodialítico. Takaki et al. (2005) referem não ter encontrado relação positiva entre depressão e renda para as pessoas em tratamento hemodialítico.

### 6.3.2 Modos de enfrentamento e variáveis clínicas

Estudos que abordam as variáveis clínicas e modos de enfrentamento das pessoas em tratamento hemodialítico ainda são escassos na literatura. Sobre as variáveis clínicas analisadas no presente estudo, quase não foram encontrados dados na literatura relacionando-as aos modos de enfrentamento, entretanto sabe-se que o comprometimento físico pode ser avaliado pelas pessoas em tratamento hemodialítico com um estressor percebido, influenciando aspectos da adaptação do paciente ao tratamento.

Quanto à etiologia da IRCT, para as pessoas que tinham hipertensão arterial como causa da IRCT, os escores mais elevados foram nos fatores confronto, afastamento, suporte

social e aceitação de responsabilidade, já entre os diabéticos, os maiores escores médios foram no fator fuga-esquiva. Kusumota (2005), investigando a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas em tratamento hemodialítico, encontrou escores médios mais elevados na dimensão suporte social entre adultos e idosos hipertensos e idosos diabéticos, indicando satisfação dos pacientes em relação ao apoio recebido da família e amigos. A autora relata que a ocorrência de doenças crônicas pode aumentar a necessidade de suporte social, devido às complicações relacionadas às doenças e conseqüentes incapacidades que acometem os pacientes.

Comparando os modos de enfrentamento dos diabéticos com os não diabéticos, encontramos escores médios mais elevados para os diabéticos nos fatores confronto, autocontrole, fuga-esquiva e resolução de problemas. Ferraz (1995), que verificou os modos de enfrentamento de pessoas diabéticas usando a “Ways of coping scale” de Felton, Revenson e Hinrichsen (1984), encontrou que os modos de enfrentamento mais referidos foram, por ordem decrescente: reestruturação cognitiva, procura de informações, desejo de realizar fantasias, minimização de ameaças, expressão emocional e autculpa.

Em relação à diurese residual referida, os escores médios das pessoas que referiram ter diurese foram mais elevados que os escores médios das pessoas que referiram não ter diurese apenas no fator fuga-esquiva, sugerindo maior uso dos modos de enfrentamento pelas pessoas que não têm diurese. A função renal residual contribui de maneira decisiva com as técnicas dialíticas para a remoção de solutos e líquidos. Ao longo do tratamento dialítico, devido à progressão da IRCT, ocorre a queda até a ausência da função renal residual, sendo desconhecida a causa concreta da queda mais rápida da função renal residual em hemodiálise do que em CAPD (ABENSUR, ARAÚJO; 2000). Tsay, Lee e Lee (2005), descrevem a queda nas funções corporais e a restrição da ingesta de líquidos como estressores mencionados pelas pessoas com IRCT em tratamento hemodialítico. No estudo de Baldree,

Murphy e Powers (1988), a restrição da ingesta de líquidos foi o estressor mais reportado, seguida por câibras musculares, incerteza sobre o futuro, limitações alimentares, interferência no trabalho, mudanças na estrutura familiar, habilidade para ter filhos, medo de ficar sozinho e distúrbios do sono. Esses estudos demonstram a relevância da presença de diurese residual para as pessoas com IRCT em tratamento hemodialítico, no sentido de que a perda da diurese representa uma queda ainda maior da função renal, implicando em maior restrição da ingesta de líquidos e alimentos e depuração de solutos resultante apenas da diálise.

Quanto à realização de transplante renal, as pessoas que já realizaram transplante anteriormente, sem considerar o sucesso deste, obtiveram escores mais elevados que as pessoas que nunca fizeram transplante, nos fatores autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidades, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva. Bonfim (1996), em estudo sobre os desafios e modos de enfrentamento de pessoas que realizaram transplante renal, afirma que há restrições, perdas e ameaças, com as quais o transplantado tem de conviver, ainda em condição crônica de saúde, sujeito a complicações clínicas, mesmo assim, este tratamento se traduz na extrema esperança de continuar vivendo para as pessoas com IRCT.

Entre as pessoas que referem tristeza, os escores médios foram mais elevados nos fatores confronto, suporte social, aceitação de responsabilidades, fuga-esquiva e reavaliação positiva, sugerindo leve predomínio de modos de enfrentamento focados na emoção. Alguns estudos descrevem relação positiva entre enfrentamento focado na emoção, depressão e ansiedade para pessoas com IRCT em tratamento hemodialítico (TAKAKI et al., 2003; TAKAKI et al., 2005).

As pessoas que tiveram acompanhamento médico anterior ao início da hemodiálise, tiveram escores médios mais elevados que as pessoas que não tiveram acompanhamento nos fatores fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva. O fato de ter

acompanhamento médico anterior ao tratamento pode contribuir para melhor orientação do paciente quanto à doença e ao tratamento, entretanto não foram encontrados na literatura dados que relacionassem o acompanhamento médico anterior ao início da hemodiálise aos modos de enfrentamento.

No estudo de Kusumota (2005), sobre a qualidade de vida relacionada a saúde das pessoas em tratamento hemodialítico, o fato de as pessoas terem tido acompanhamento médico antes de iniciar a hemodiálise elevou os escores médios na dimensão função cognitiva da qualidade de vida, sugerindo que os pacientes apresentavam quadro clínico melhor, o que influenciou positivamente o desempenho cognitivo.

Quanto ao tempo de tratamento hemodialítico, os escores médios mais elevados para as pessoas que tinham entre 6 e 12 meses de tratamento foram nos fatores fuga-esquiva e resolução de problemas, e para as pessoas com tempo de hemodiálise entre 61 e 120 meses, os fatores com os escores médios mais elevados foram confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidades e reavaliação positiva, sugerindo maior uso dos modos de enfrentamento pelas pessoas com tempo maior de tratamento hemodialítico. Lok (1996) refere relação positiva entre o tempo de hemodiálise e os estressores psicossociais. Takaki et al. (2005) descrevem que pessoas com longo tempo de hemodiálise tiveram menos depressão e ansiedade quanto menos usaram enfrentamento focado na emoção.

### 6.3.3 Modos de enfrentamento e hábitos de vida

Embora a maioria das pessoas tenha referido não praticar atividades físicas (53,3 %), entre as pessoas que praticavam atividades físicas os escores médios foram mais elevados

para os fatores autocontrole, suporte social, resolução de problemas e reavaliação positiva. Não foram encontrados na literatura estudos que reportassem alguma relação entre a prática de atividades físicas e os modos de enfrentamento, como mencionado, a literatura se reporta ao comprometimento físico dessas pessoas. Neste estudo, pessoas que referiram prática de atividades físicas se referiam à caminhada, andar de bicicleta, jogar futebol e alongamento.

A maioria das pessoas referiu ter alguma atividade de lazer, e estas obtiveram escores médios mais elevados para os fatores autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidades, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva, não havendo diferenças para os escores nos fatores confronto e afastamento. As pessoas que referiram não ter religião obtiveram os menores escores médios para todos os fatores, o que indica pouco uso dos modos de enfrentamento por essas pessoas. As variáveis religiosas são associadas a menores índices de depressão e ansiedade, além disso, há indícios de que idosos tenham mais propensão a empregar religião como recurso de enfrentamento (SIEGEL, ANDERMAN, SCHRISMASHAW, 2001).



## ***7. CONCLUSÃO***

---

Quanto à caracterização da população estudada, a maioria era do sexo masculino, de idade adulta (idade entre 18 e 59 anos), de cor de pele branca, referiu ter companheiro, morava com a família, tinha alguém que acompanhava o tratamento e tinha escolaridade entre zero e oito anos de estudo.

Economicamente, a renda familiar mensal informada foi baixa, a maioria referiu renda entre um e cinco SM, apresentando dados discrepantes, com existência de pessoas que sobreviviam com um SM e pessoas que tinham renda acima de vinte SM. A maioria das pessoas era aposentada e não trabalhava.

As principais causas da IRCT foram GNC, diabetes mellitus, causa indeterminada e hipertensão arterial, entretanto a validade desses diagnósticos pode ser questionada devido à não-comprovação histológica e à falta de seguimento anterior ao estágio terminal em um grande número de pacientes.

A maioria das pessoas não apresentava diurese residual, não tinha realizado outra TRS, usava FAV como acesso vascular para hemodiálise, tinha hipertensão arterial como doença secundária à IRCT e usava mais que cinco medicações diariamente.

O tempo médio de tratamento hemodialítico foi de 4,7 anos, com a mediana variando para menos, sendo 3,3 anos.

A maioria dos entrevistados referiu ter alguma atividade de lazer, não ingerir bebidas alcoólicas, não fumar, não praticar atividades físicas e praticar alguma religião.

O conhecimento dos modos de enfrentamento utilizados pelas 107 pessoas em tratamento hemodialítico no Instituto de Urologia e Nefrologia de São José do Rio Preto oferece subsídios para melhor direcionar esta clientela em sua adaptação ao tratamento da IRCT, no sentido de que a equipe multidisciplinar pode buscar soluções que influenciem o enfrentamento positivo. Proporcionando, às pessoas em tratamento hemodialítico, a resolução

dos problemas possíveis de serem resolvidos e a compreensão dos problemas que não puderem ser resolvidos, oferecendo suporte emocional e educativo em aspectos relacionados à doença e ao tratamento para o paciente e seus familiares, favorecendo a dinâmica familiar.

A aplicação do IEEFL foi adequada na identificação dos modos de enfrentamento das pessoas em tratamento hemodialítico, proporcionando, com o uso de um instrumento padronizado e validado na língua portuguesa, a possibilidade de comparação com outros estudos. Entretanto, no presente estudo, as pessoas envolvidas tiveram algumas dificuldades para interpretar o instrumento, talvez devido à baixa escolaridade apresentada.

Os modos de enfrentamento que obtiveram maiores escores médios foram relacionados aos fatores reavaliação positiva, resolução de problemas e fuga-esquiva, evidenciando o uso dos modos de enfrentamento focados no problema e na emoção.

Observa-se que, mesmo não sendo estatisticamente significativas, pelos testes utilizados, a associação entre os modos de enfrentamento do IEEFL e as variáveis estudadas, quando analisadas clinicamente pela estatística descritiva, foram encontradas associações válidas que puderam ser comparadas aos dados disponíveis na literatura.

Assim, as mulheres referiram usar mais os modos de enfrentamento que os homens, apresentando os escores médios mais elevados para todos os fatores. As diferenças entre homens e mulheres podem ser culturalmente orientadas, o comportamento entre os gêneros sofre alguns estigmas que podem direcionar os homens aos modos de enfrentamento focados no problema, e as mulheres em ambos os modos de enfrentamento focados no problema e na emoção.

Os idosos utilizaram mais os modos de enfrentamento relacionados aos fatores confronto, afastamento e fuga-esquiva. É provável que isso ocorra devido ao maior comprometimento físico, relacionado à idade e às comorbidades, e maior dependência dessas

peessoas que identificam mais estressores físicos, contra os quais poucas intervenções podem ser realizadas.

Para as pessoas que referiram viver com companheiro (a), morar com a família e terem acompanhamento durante o tratamento, os escores médios mais elevados foram, em comum, para os fatores suporte social, aceitação de responsabilidades, confronto, fuga-esquiva e autocontrole. Sugerindo que essas pessoas utilizavam menos os modos de enfrentamento relacionados à resolução de problemas porque estavam amparadas no suporte social oferecido pela família ou companheiro (a), o que indica que as pessoas que não tinham companheiro, moravam sozinhas e não tinham acompanhamento durante o tratamento demandavam maiores esforços na resolução de seus problemas e careciam de suporte social.

As pessoas com menos anos de escolaridade apresentaram maior uso dos modos de enfrentamento relacionados aos fatores confronto, afastamento e aceitação de responsabilidades. Pode-se dizer que quanto aos modos de enfrentamento, a escolaridade pode influenciar na compreensão do processo saúde/doença e tratamento.

As pessoas que referiram não trabalhar apresentaram maiores escores médios para os fatores afastamento e fuga-esquiva, demonstrando uso de modos de enfrentamento inefetivos. As pessoas em tratamento hemodialítico têm dificuldades para trabalhar devido ao comprometimento físico, tempo dispendido na hemodiálise e dificuldades de contratação após iniciar a hemodiálise.

Os problemas financeiros são estressores bastante mencionados pelas pessoas em tratamento hemodialítico, ao serem comparados os escores médios das pessoas com renda familiar referida superior a vinte SM e as pessoas com renda familiar de um SM, nota-se maiores escores médios nos fatores autocontrole, suporte social e resolução de problemas para as pessoas com renda superior a vinte SM, e no fator reavaliação positiva não houve diferenças entre os escores médios.

As variáveis clínicas podem ser consideradas outras situações estressantes vivenciadas pelas pessoas com IRCT em tratamento hemodialítico. Em relação à causa da IRCT e os modos de enfrentamento do IEEFL, pode-se dizer que poucas diferenças foram encontradas entre os escores médios de acordo com a causa da IRCT, isso pode ter ocorrido porque poucas pessoas sabiam o que havia causado a falência renal. Quando comparados os escores médios dos diabéticos com os não diabéticos, encontramos escores médios mais elevados para os diabéticos nos fatores confronto, autocontrole, fuga-esquiva e resolução de problemas, sugerindo maior uso dos modos de enfrentamento focados na emoção.

As pessoas que referiram não ter diurese residual apresentaram maior uso dos modos de enfrentamento que as pessoas que referiram ter diurese residual.

A realização do transplante renal para as pessoas em tratamento hemodialítico significou um direcionamento para o uso de modos de enfrentamento mais positivos, relacionados aos fatores autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidades, resolução de problemas e reavaliação positiva e fuga-esquiva.

As pessoas que referiram sentir tristeza apresentaram uso de modos de enfrentamento focados na emoção, e esses estão diretamente relacionados à depressão.

O fato de ter acompanhamento médico anterior pode contribuir para melhor fornecimento de informações ao paciente quanto à doença e ao tratamento, no presente estudo, as pessoas que tiveram acompanhamento prévio ao tratamento hemodialítico usaram com maior frequência os modos de enfrentamento relacionados aos fatores fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva.

Quanto ao tempo de tratamento hemodialítico, as pessoas que tinham entre 6 e 12 meses de tratamento obtiveram escores médios mais elevados nos fatores fuga-esquiva e resolução de problemas, e para as pessoas com tempo de hemodiálise entre 61 e 120 meses os

fatores com os escores médios mais elevados foram confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidades e reavaliação positiva. Sugerindo que as pessoas com mais tempo de tratamento hemodialítico usam mais os modos de enfrentamento porque percebem um maior número de estressores, seja psicossociais ou fisiológicos.

Quanto aos hábitos de vida, a maioria das pessoas não praticava atividades físicas, mas as pessoas que praticavam atividades físicas e as que referiram ter lazer, demonstraram maior uso dos modos de enfrentamento que as pessoas que não praticavam atividades físicas e as que referiram não ter lazer. As pessoas que referiram não ter religião tiveram menores escores médios em todos os fatores, a prática de atividades religiosas é uma forma de enfrentamento, conhecida como enfrentamento religioso, e tem sido utilizada principalmente por idosos.

Conclui-se que os objetivos desta pesquisa tenham sido alcançados, e que a identificação dos modos de enfrentamento das pessoas em tratamento hemodialítico traga contribuições para a equipe de saúde, aumentando seus conhecimentos sobre o comportamento dessas pessoas no processo de enfrentamento, facilitando o planejamento da assistência e favorecendo a adaptação das pessoas aos estressores associados à IRCT e ao tratamento hemodialítico.

## ***8. CONSIDERAÇÕES FINAIS***

---

Seria de grande utilidade que este tipo de estudo fosse desenvolvido em outros centros de hemodiálise no Brasil, não apenas para comparação dos dados, mas também para melhoria do atendimento prestado às pessoas com IRCT em tratamento hemodialítico.

É importante o entendimento dos modos de enfrentamento das pessoas idosas para que a equipe de saúde direcione atenção à reeducação do idoso com IRCT em tratamento hemodialítico quanto a seus hábitos diários e atividades que ele ainda pode desenvolver, reorientando os modos de enfrentamento relacionados aos fatores fuga-esquiva (associado à depressão na literatura) e afastamento para os modos de enfrentamento focados no problema, associados à melhor qualidade de vida. Principalmente frente ao aumento da incidência e prevalência do número de idosos em tratamento hemodialítico com o envelhecimento da população mundial.

É necessário que, para as pessoas com baixos níveis de escolaridade sejam oferecidas mais informações acerca da doença e do tratamento, e para as pessoas com altos níveis de escolaridade seja favorecida a aceitação das responsabilidades da doença e tratamento através do suporte emocional e acompanhamento psicológico.

Para as pessoas em tratamento hemodialítico, pouco se pode fazer com relação a um contrato de trabalho, devem ser incentivadas pela equipe a desenvolver atividades lucrativas individuais relacionadas ao trabalho, desde que se interessem, para que se sintam úteis e possam contribuir com a renda familiar até que o mercado de trabalho abra suas portas às pessoas com necessidades especiais.

Quanto a renda familiar, as pessoas com renda familiar elevada devem ser orientadas a utilizar modos de enfrentamento relacionados à aceitação das responsabilidades da doença e tratamento através do suporte emocional e acompanhamento psicológico, e as pessoas com baixa renda devem ser direcionadas a modos de enfrentamento focados no problema,



oferecendo a essas pessoas melhor suporte social e possibilidades de resolução dos problemas identificados.

As pessoas diabéticas em tratamento hemodialítico estão sujeitas a maiores complicações físicas, visto que a IRCT é uma complicação crônica decorrente do diabetes mellitus. Deve ser oferecido a essas pessoas suporte social, no sentido de fornecer informações sobre a IRCT e o diabetes mellitus, e sobre a associação entre o tratamento da IRCT, envolvendo o tratamento hemodialítico e o controle glicêmico. Também deve ser favorecida a aceitação das responsabilidades da doença e tratamento através do suporte emocional e acompanhamento psicológico.

A restrição da ingesta de líquidos é um estressor freqüente entre as pessoas em tratamento hemodialítico, devem-se oferecer informações sobre os riscos da ingesta excessiva de líquidos (hipervolemia) e acompanhamento nutricional para que busquem alimentos alternativos.

***9. REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS***

---

1. ABENSUR, H.; ARAÚJO, M.R.T. Diálise: a importância da função renal residual na técnica de diálise peritoneal ambulatorial contínua. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. v. 22, n. 2. p. 110-113, 2000.
2. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. Análise Comparativa de Transplantes Realizados no ano de 2004X2005. Disponível em: [http://www.abto.org.br/profissionais/rbt/graficos\\_2005/indice.htm](http://www.abto.org.br/profissionais/rbt/graficos_2005/indice.htm). Acesso em 25/09/2006.
3. ALMEIDA, A.M.; MELEIRO, A.M.A.S. Depressão e Insuficiência Renal Crônica: uma revisão. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. v. 22. p. 21-29, 2000.
4. APPLEY, M.H.; TRUMBULL, R. On the concept of psychological stress. In: APPLEY, M.H.; TRUMBULL, R. *Psychological stress Issues in research*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1967. Cap.1, p. 3-15.
5. ATKINSON, R.L. et al. Estresse e Enfrentamento. In: *Introdução à psicologia*. tradução: BATISTA, D. 11ed. Porto Alegre: Artmed, 1995. cap. 15, p. 457-485.
6. BAKONYI, N.A.; SPADELLA, C.T. Transplante combinado de pâncreas e rim. *Acta Cirúrgica Brasileira*. v. 16, n. 2. p. 22-28, 2001.
7. BALDREE, S.K.; MURPHY, S.P.; POWERS, M.J. Stress Identification and Coping Patterns in Patients on Hemodialysis. *Nursing Research*. v. 31, n. 2. p. 107-112, 1982.
8. BASTOS, M.G. et al. Doença Renal Crônica: Problemas e Soluções. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. v. 26, n. 4. p. 202-15, 2004.

9. BARRENECHE, M. et al. Equivalente Del Clearance Renal de Urea. Su relacion com la mortalidad em hemodializados crônicos. *Medicina. ( Buenos Aires)*. v. 59. p. 348-350,1999.
10. BARRET, P. Indicações, escolha do método e preparo do paciente para a Terapia renal substitutiva (TRS) , na Doença Renal Crônica (DRC). *Jornal Brasileiro de Nefrologia*.v. 26, n. 3 (Supl.1). p. 47-49, 2004.
11. BEDDHU, S. et al. A simple comorbidity scale predicts clinical outcomes and costs in dialysis patients. *American Journal of Medicine*. v. 108, n. 8. p. 609-613, 2000.
12. BESARAB, A.; PARASURMAN, R.P.K.; FRINAK, S. Vascular access for hemodialysis. In: HAKIM, R.M.; ISMAIL, N. *Clinical Nephrology Dialysis and Transplantation*. Dusti-Verlag Dr. Karl Feistle, 2005. Parte II, cap. 2, p. 1-34.
13. BONFIM, M.F. *Transplantados Renais: Desafios e enfrentamento*. 1996. 135f. Dissertação (mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia – Escola de Enfermagem. Salvador - BA.
14. BURKART, J. M.. Peritoneal Dialysis. In: BRENNER, B. M . *Brenner and Rector: The Kidney*. 6 ed, USA: W. B. Sawnders Company, 2000. cap. 58, p. 2454-2517.
15. CAIUBY, A.V.S. *Análise do discurso dos doadores renais- uma abordagem psicológica*. 2001. 200f. Tese (doutorado). Universidade Federal de São Paulo\_ Escola Paulista de Medicina. São Paulo-SP.
16. CANZIANI, M.E.F.; DRAIBE, S.A.E.; NADALETTO, M.A. J..Técnicas Dialíticas na Insuficiência Renal Crônica. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. (coord.). *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar\_ UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina: Nefrologia*. Barueri: Manole, 2002. Cap. 14, p. 195-209.

17. CASTRO, M.C.M. Atualização em diálise: complicações agudas em hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. v. 23, n. 2. p. 108-113, 2001.
18. CASTRO, M. et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev. Assoc. méd. Brasileira*. v. 39, n. 3. p. 1-8, 2003.
19. CESARINO, C.B. Pacientes com Insuficiência Crônica em Tratamento Hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. v. 6, n. 4. p. 31-40, 1998.
20. COSTA, A.L.S. Processos de Enfrentamento do Estresse e Sintomas Depressivos em Pacientes Portadores de Retocolite Ulcerativa Idiopática. 2003, 173 p. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo-SP.
21. CHRISTENSEN, A.J. et al. Predictors of survival among hemodialysis patients: Effects of perceived family support. *Health Psychol*. v. 13, p. 521-525, 1994.
22. CHRISTENSEN, A.J. et al. Perceived family support as a moderator of psychological well-being in end-stage renal disease. *Journal of Behavioral Medicine*. v. 12. p. 249-265, 1989.
23. CLARKSON, M.R.; BRENNER, B.M. Hemodiálise. In: CLARKSON, M.R.; BRENNER, B.M. 7ed. Porto Alegre, Artmed, 2007. cap. 36, p. 611-634.
24. CRAMER, P. Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation. *American psychologist*. v. 55. p. 637-646, 2000.
25. D'ÁVILA, R. et al. Sobrevida de pacientes renais crônicos em diálise peritoneal e hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. v.1.p.13-21, 1999.
26. D'AVILA, D.O; FIGUEIREDO, A.E. Métodos de depuração extra renal: hemodiálise, diálise peritoneal e novas técnicas. In: RIELLA, M.C., editor. *Princípios*

- de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996, p.607-645.
27. DENKER, B.M.; CHERTOW, G.M.; OWEN JUNIOR, W.F. Hemodialysis. In: BRENNER, B.M. Brenner and Rector: The Kidney. 6 ed. EUA: WB Saunders Company, 2000. cap. 57, p. 2353-2373.
28. DIAS, T.S. A técnica de punção da fistula artério-venosa como fator preponderante à adequação hemodialítica. 2006. 124 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto-SP.
29. DRAIBE, S.A. A Insuficiência Renal Crônica. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. (coord.). Guias de medicina ambulatorial e hospitalar\_ UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina: Nefrologia. Barueri: Manole, 2002. Cap. 14, p. 179-93.
30. DRAIGLE, M.C.; STEWART, M. Support and Coping of Male Hemodialysis-Dependent Patients. *Intensive Journal of Nurse Study*. v. 34, n.6. p. 420-430, 1997.
31. DULL, V.T. ; SKOKAN, L.A. A cognitive model of religion's influence on health. *Journal of Social Issues*. v. 51. p. 49-64, 1995.
32. EKNOYAN, G. et al. Effect of dialysis dose and membrane flux in maintenance hemodialysis. *N Engl J Méd*. v. 347. p. 2010-2019, 2002.
33. European Best Practice Guidelines for Hemodialysis (Part 1). *Nephrol Dial Transplant*. v.17 (suppl. 7). p. 17-31, 2002.
34. FARIAS, F.R. Sobre o conceito de estresse. *Arquivos brasileiros de psicologia*. v. 38, n. 4. p. 97-105, 1985.
35. FERRAZ, A.E.P. Modos de Enfrentar problemas e sua relação com o componente emocional e controle metabólico das pessoas portadoras de diabetes mellitus. Tese

- (doutorado em enfermagem). 1995. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto-SP.
36. FERRAZ, A.S.; PAULA, F.J.; CASTRO, M.C.R. Lista única e critérios de distribuição de rins para transplante: Departamento de Transplante da Sociedade Brasileira de Urologia. I Consenso Brasileiro de Transplante Renal da Sociedade Brasileira de Urologia. Campos do Jordão-SP, 2002.
37. FOLKMAN, S. Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. v.46, n. 4. p. 839-852, 1984.
38. FOLKMAN, S. et al. Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*. v. 50, n. 5. p. 992-1003, 1986.
39. FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S. Coping as a Mediator of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*. v. 54, n. 3. p. 466-475, 1988.
40. GEE, C.B.; HOWE, G.W.; KIMMEL, P.L. Couples coping in response to kidney disease: A developmental perspective. *Seminars in dialysis*. v. 18, n. 2. p. 103-108, 2005.
41. GÓES JUNIOR, M. A. et al. Diálise no paciente com Insuficiência Renal Crônica: hemodiálise e diálise peritoneal. In: BARROS, E. et al. *Nefrologia: Rotinas, diagnóstico e tratamento*. 3 ed. Porto Alegre, Artmed, 2006. cap. 27, p. 424-441.
42. GONÇALVES, L.F.S.; COSTA, C.A.R. Diagnóstico sindrômico em nefrologia. In: BARROS, E. et al. *Nefrologia: Rotinas, diagnóstico e tratamento*. 3 ed. Porto Alegre, Artm, 2006. cap. 2, p. 32-38.
43. HARWOOD, L. et al. Preparing for Hemodialysis: Patient Stressors and Responses. *Nephrology Nursing Journal*. v. 32, n. 3. p. 295-303, 2005.

44. HOLMES T.H., RAHE R.H. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967: v. 11. p. 213-219.
45. INHAEZ, L.E. Transplante Renal. *Revista Espaço Sigma*. n. V. p. 13-17, 2005.
46. INSTITUTO BRASILEIRO DE PESQUISA E ESTATÍSTICA. Brasil. 2007. Disponível em : <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen>. Acesso em 21 de maio de 2007.
47. JORGE, M.R.; CUSTÓDIO, O. Utilidades das Escalas de Avaliação para Clínicos e Pesquisadores. *Revista de Psiquiatria Clínica*. v. 26, n. 2. p. 102-105, 1999.
48. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease. *Am J Kidney Dis*. v. 39 (suppl1). S1-S246, 2002.
49. KIMMEL, P.L. et al. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney International*. v. 54, p. 245-254, 1998.
50. KIMMEL, P.L. et al. Psychologic functioning, quality of life, and behavioral compliance in patients beginning hemodialysis. *Journal of American Soc Nephrol*. v. 7. p. 2152-2159, 1996.
51. KUSUMOTA, L. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise. 2006. 154 pág. Tese (doutorado em enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto-SP.
52. LARA, E.A.; SARQUIS, L.M.M. O paciente renal crônico e sua relação com o trabalho. *Cogitare Enfermagem*. v. 9, n. 2. p. 91-106, 2004.
53. LAZARUS, R.S. *Ajustment and personality*. New York: Mc Graw-Hill; 1961.
54. LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer Publishing Company, 1984.
55. LESSA, I. *O adulto brasileiro e doenças da modernidade. Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis*. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1998.



56. LIMA, A.F.C.; GUALDA, D.M.R. Reflexão sobre a qualidade de vida do Cliente renal crônico submetido à hemodiálise. *Revista Nursing*. v. 30. p. 20-22, 2000
57. LINDQVIST, R.R.N.; CARLSSON, M., SJÖDÉN, P.O. Coping Strategies and Quality of Life Among Patients on Hemodialysis and Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Scandinavian Journal Caring Science*. v. 12. p. 223-230, 1998.
58. LOCATELLI, F.; VECCHIO, L.D.; MANZONI, C. Morbidity and mortality on maintenance hemodialysis. *Nephron*. v. 80, n. 3. p. 380-400, 1998.
59. LOK P. Stressors, Coping Mechanisms and Quality of Life Among Dialysis Patients in Australia. *Journal of Advanced Nursing*. n. 23. p. 873-881, 1996.
60. MACHADO, L.R.C. A dialética da vida cotidiana de doentes com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise: entre o inevitável e o casual. Dissertação (mestrado em enfermagem). 2001, 150 f .Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto-SP.
61. MANFREDI, S.R.; CANZIANI, M.E. Reprocessamento dos dialisadores. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Prevenção de infecção relacionada à diálise. 2005. Disponível em: [www.apecih.org.br](http://www.apecih.org.br). Acesso em 25/11/2006.
62. MARTINS, M.R.I. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. v. 13, n. 5. p. 670-676, 2005.
63. MATOS, J.P.S. de et al. Associação entre dose de diálise e risco de mortalidade; um estudo multicêntrico brasileiro. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. v. 28, n.1. p.1-6, 2006
64. MCCRAE, RR. Situational Determinants of Coping Responses: Loss, Threat, and Challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*. v. 46, n. 4. p. 919-928, 1984.

65. McCLELLAN, W.M. et al. Functional status and quality of life: Predictors of early mortality among patients entering treatment for end stage renal disease. *Journal of Clinical Epidemiol.* v. 44. p. 83-89, 1991.
66. McCLELLAN, W.M.; STANWYCK, D.J.; ANSON, C.A. Social support and subsequent mortality among patients with end-stage renal disease. *Journal of American Soc Nephrol.* v. 4. p. 1028-1034, 1993
67. MEDEIROS, V.C.C. Paciente Cirúrgico: a Influência da Ansiedade nas Estratégias de Enfrentamento Utilizadas no Período Pré-operatório. 2002. 83 f. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo-SP.
68. MENDES, CA; SHIATYORI, K. As percepções dos pacientes de transplante renal. *Revista Nursing.* v. 44.p.15-22, 2002.
69. MENEZES, F.G. de; SANTANA, S.L.; CAMARGO, L.F.A. Controle de qualidade da água em hemodiálise e suas implicações. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Prevenção de infecção relacionada à diálise. 2005. Disponível em: [www.apecih.org.br](http://www.apecih.org.br). Acesso em 25/11/2006.
70. MILLER, J.F. Analysis of coping with illness. In: MILLER, J.F. Coping with chronic illness: overcoming powerlessness. 2 ed. Philadelphia, FA Davis, 1992. cap. 2, p. 19-49.
71. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Programa HiperDia. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br>. Aceso em 14/09/2006.
72. MOK, E; TAM, B. Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing.* v. 10. p. 503-511, 2001.
73. MONROE, S.M.; KELLEY, J.M . Measurement of stress appraisal. In: COHEN, S.; KESSLER, R.C.; GORDON, L.U., editores. *Measuring Stress*. New York: Oxford, 1995, p. 122-147.

74. MORSCH, C.; GONÇALVES, L.F.; BARROS, E. Índices de gravidade da doença renal, indicadores assistenciais e mortalidade em pacientes em hemodiálise. *Revista da Associação Médica Brasileira*. v. 51, n. 5. p. 1-11, 2005.
75. MYERS, D.G. Estresse e Saúde. In: MYERS, D.G. *Introdução à psicologia*. Tradução: LEMOS, A.B.P. 2 ed. Cap.17. Rio de Janeiro-RJ: LCT AS, 1999: p. 362-370.
76. NEVES, O.O.; CRUZ, I.C.F. Produção de enfermagem sobre inserção de cateter endovenoso em fistula arteriovenosa: implicações para a (o) enfermeira (o) de métodos dialíticos. 2001. Disponível em: <http://www.UFF.BR/Nepae>. acesso em 12 de setembro/ 2006.
77. NKF-K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Hemodialysis Adequacy: update 2000. *Am J kidney Dis*. v. 37 (suppl 1). S7-S64, 2001.
78. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003. p. 105.
79. PALOMBINI, D.V.; MANFRO, R.C.; KOPSTEIN, J. Aspectos emocionais dos pacientes em hemodiálise crônica. *Rev. Ass. Médica Brasileira*. v. 31, n. 5/6. p. 81-84, 1985.
80. PASSOS, V.M.A.; BARRETO, S.M.; LIMA-COSTA, M.F.F. Detection of renal dysfunction bases on serum creatinine levels in a Brazilian community. *Te Bambuí Health and Ageing study*. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. v. 36. p. 393-401, 2003.
81. PEREIRA, L.C. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde em paciente transplantado renal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. v. 25, n.1. p. 10-16, 2003.
82. PESTANA, J.OM.; SILVA FILHO, A.P.; MELARAGNO, C.S. Transplante renal. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. (coord.). *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar*

- UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina: Nefrologia. Barueri: Manole, 2002. Cap. 22, p. 303-314.
83. POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. Delineamento de Pesquisa. In: POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P, editors. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995. cap. 6, p. 107 - 140.
84. PREZANT, D.J. Effect of uremia and its treatment on pulmonary function. *Lung*. v. 168. p. 1-14, 1990.
85. REICHSMAN, F.; LEVY, N.B. Problems in adaptation to maintenance hemodialysis: a 4 year study of 25 patients. *Archives of Internal Medicine*. v. 130. p. 859-865, 1972.
86. REIS, E.M.K. Estudo dos óbitos ocorridos em uma clínica de hemodiálise no interior do estado de São Paulo e sua relação com acesso vascular e eficácia dialítica. 2002, 128f. Dissertação (mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto-SP.
87. RIBEIRO, R.C.H.M. A condição de vida de idosos com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. 2000, 150 f. Dissertação (mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto-SP.
88. ROMÃO JUNIOR, J.E. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. v. 26, n. 3 (Supl.1). p. 1-3. 2004.
89. SÁ, J.R. Transplante simultâneo de pâncreas e rim: uma realidade em nosso meio. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*. v. 47, n. 3. p. 30-38, 2003.
90. SANTOS, I.; CLOS, A. C. Pesquisa quantitativa e metodologia. In: GAUTHIER, J.H.M. et al, editores. Pesquisa em Enfermagem: Novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998. cap. 1, p. 02-17.

91. SAVOIA, M.G. Relação entre eventos vitais adversos e mecanismos de “coping” no transtorno de pânico”. 1995. 171 f. Tese (doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo- SP.
92. SAVÓIA, M.G.; SANTANA, P.R.; MEJIAS, N.P. Adaptação do Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Coping de Folkman e Lazarus para o Português. *Psicologia USP*. v. 7, n.1/2, p.183-201, 1996.
93. SELYE, H. *Stress: A tensão da vida*. Tradução: Branco F. 2ed. São Paulo: IBRASA, 1965.
94. SESSO, R.. Epidemiologia da Insuficiência Renal Crônica no Brasil. In: AJZEN, H; SCHOR, N. (coord.). *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar\_ UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina: Nefrologia*. Barueri: Manole, 2002. Cap. 1. p. 1-7.
95. SIEGEL, K.; ANDERMAN, S.J.; SCHRISMASHAW, E.W. Religion and coping with health-related stress. *Psychology and Health*. v. 16. p. 631-653, 2001.
96. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo 2005- 2006. Disponível em: [www.sbn.org.br/Censo/censo20052006.htm](http://www.sbn.org.br/Censo/censo20052006.htm). acesso em abril/ 2007.
97. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo 2003- 2004. Disponível em: [www.sbn.org.br/Censo/censo20032004.htm](http://www.sbn.org.br/Censo/censo20032004.htm). acesso em junho/ 2007.
98. SOCIEDADE LATINO-AMERICANA DE NEFROLOGIA E HIPERTENSÃO., 2003. Disponível em : [www. slanh.org](http://www.slanh.org). Acesso em 20 de abril de 2007.
99. SOMERFIELD, M.R.; MCCRAE, R.R. Stress and Coping Research: Methodological Challenges, Theoretical Advances, and Clinical Applications. *American Psychologist*. v. 55, n. 6. p. 620-625, 2000.
100. SOUZA, R. Brasil: 40 anos de transplantes. *Revista Espaço Sigma*. n. VII. p. 05-15, 2005.

101. SPIRI, C. et al. Estratégias de Coping dos Profissionais de Enfermagem em Unidades Cirúrgicas. *Revista SOBECC*. v. 9, n. 2, p. 22-27, 2004.
102. STORER, T.W. et al. Endurance exercise training during hemodialysis improves strength, power, fatigability and physical performance in maintenance hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*. v. 20. p. 1429-1437, 2005.
103. TAKAKI, J. et al. Interactions among a stressor, self-efficacy, coping with stress, depression, and anxiety in maintenance hemodialysis patients. *Behavioral Medicine*. v. 29. p. 107-112, 2003.
104. TAKAKI, J. et al. Possible Interactive Effects of Demographic Factors and Stress Coping Mechanisms on Depression and Anxiety in Maintenance Hemodialysis Patients. *Journal of Psychosomatic Research*. v. 58. p. 217-223, 2005.
105. TAKAKI, J.; YANO, E. The Relationship Between Coping With Stress and Employment in Patients Receiving Maintenance Hemodialysis. *Journal of Occupational Health*. v. 48. p. 276-283, 2006.
106. TEIXEIRA, M.C.T.V. et al. Estratégias de Enfrentamento a Mudanças de Vida em Alunos de Psicologia. *Revista de Enfermagem da UERJ*. v.11, p.39-46, 2003.
107. THOMÉ, F.S. et al. Insuficiência renal crônica. In: BARROS E et al, editores. *Nefrologia: Rotinas, diagnóstico e tratamento*. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999,p.423-441.
108. TRENTINI, M.; SILVA, D.G.V. da. Condição Crônica de Saúde e o Processo de Ser Saudável. *Texto & Contexto Enf*.v. 1, n. 2. p. 76-88, 1992.
109. TRENTINI, M.; SILVA, D.G.V.; LEIMANN, A.H. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*. v.11, n.1.p. 18-28, 1990.

110. TSAY, S.L.; LEE, Y.C.; LEE, Y.C. Effects of an Adaptation Training Programme for Patients With End-Stage Renal Disease. *Journal of Advanced Nursing*. v. 50, n. 1. p. 39-46, 2005.
111. WHELCH, J.; AUSTIN, J.K. Stressors, coping and depression in haemodialysis patients. *Journal of advanced nursing*. v. 33, n. 2. p. 200-207, 2001.
112. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Noncommunicable disease prevention and health promotion. Disponível em: [www.who.int/hpr/about.ncds.shtml](http://www.who.int/hpr/about.ncds.shtml). Acesso em setembro/ 2007.
113. YEH, S-C. J.; CHOU, H-C. Coping strategies and stressors in patients with hemodialysis. *Psychosomatic Medicine*. v. 69. p. 182-190, 2007.

# *APÊNDICES*

---



## APÊNDICE A - VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA E CONTEÚDO

Caro Senhor (a):

Gostaria de solicitar a validação de aparência e conteúdo do questionário que pretendo utilizar no estudo intitulado “ Modos de Enfrentamento de pessoas em tratamento hemodialítico e sua relação com as características sociodemográficas e clínicas”, cujo objetivo é analisar os modos de enfrentamento de pessoas em tratamento hemodialítico frente à Insuficiência renal crônica terminal e a hemodiálise e sua relação com as características sociodemográficas e clínicas. Este questionário será utilizado na coleta dos dados de caracterização sociodemográficos e clínicos deste estudo.

Por favor, responda às seguintes questões relacionadas ao questionário:

- 1) Os itens propostos no questionário são suficientes para caracterizar sociodemográfica e clinicamente a população estudada?
- 2) Alguma alteração deve ser feita para melhorar este questionário?
- 3) Escreva sua opinião quanto à forma de apresentação e conteúdo do instrumento.

Obrigada pela colaboração,

---

Daniela Comelis Bertolin

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA CARACTERIZAÇÃO

Número do questionário: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

início: \_\_\_\_\_ término: \_\_\_\_\_

Iniciais do nome: \_\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_\_ ( )seg, qua e sex ( )ter, qui e sab

1) Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

2) Sexo: 1. ( ) masculino 2. ( ) feminino

3) Cor 1. ( ) branca 3. ( ) amarela  
2. ( ) negra 4. ( ) parda

4) Escolaridade: (anos estudados)

4.1) escolaridade do paciente: \_\_\_\_\_

4.2) escolaridade do chefe da família: \_\_\_\_\_

5) Estado conjugal

1. ( ) solteiro 4. ( ) separado  
2. ( ) casado 5. ( ) união estável  
3. ( ) viúvo

6) Ocupação do paciente:

1. ( ) inativo 3. ( ) desempregado 5. ( ) licença  
2. ( ) aposentado 4. ( ) trabalha atualmente como: \_\_\_\_\_

7) Ocupação do chefe da família:

1. ( ) inativo 3. ( ) desempregado 5. ( ) licença  
2. ( ) aposentado 4. ( ) trabalha atualmente como: \_\_\_\_\_

8) Dados residenciais:

8.1) Área de moradia:

1. ( ) zona urbana 2. ( ) zona rural

8.2) Situação de moradia

1. ( ) sozinho 3. ( ) amigo (s)  
2. ( ) familiar (es)

9) Alguém acompanha seu tratamento? 1. ( ) sim 2. ( ) não

10) Se alguém acompanha seu tratamento, quem acompanha (pensar na pessoa que mais acompanha):

1. ( ) companheiro (a) 3. ( ) amigo  
2. ( ) filho 4. ( ) outro familiar

11) Renda familiar atual: (em salários mínimos) \_\_\_\_\_

12) Escolha do tratamento de hemodiálise:

1. ( ) própria 3. ( ) não se adaptou a outros métodos  
2. ( ) equipe optou 4. ( ) família optou

**13) Atividade (s) de Lazer:** \_\_\_\_\_

1. ( ) sempre ( $\geq$ uma vez/semana)  
 2. ( ) às vezes (<uma vez /semana)                      3. ( ) não tem lazer

**14) Diurese residual (urina):**    1. ( ) sim ( $\geq$  100 ml/24h)                      2. ( ) não (< 100ml/24h)**15) Via de acesso atual:**

1. ( ) FAV  
 2. ( ) cateter duplo lúmen temporário  
 3. ( ) cateter duplo lúmen semipermanente

**16) Alcoolismo**

1. ( ) sempre e mais que uma dose ( $\geq$ uma vez/dia e mais que uma garrafa de cerveja ou dose de vinho ou destilados)  
 2. ( ) sempre uma dose ( $\geq$ uma vez/dia, uma dose ou uma garrafa de cerveja)  
 3. ( ) às vezes (<uma vez /semana)  
 4. ( ) não bebe

**17) Tabagismo (Fumo):**

1. ( ) todos os dias                      3. ( ) raramente fuma  
 2. ( ) toda semana                      4. ( ) nunca fuma

**18) Atividade física**

1. ( ) sempre ( $\geq$ três vezes/semana)                      3. ( ) não pratica  
 2. ( ) às vezes (<três vezes /semana)

**19) Você sente tristeza?**

1. ( ) sempre                      3. ( ) não sente  
 2. ( ) às vezes

**20) Uso de medicações:**                      1. ( ) não                      2. ( ) sim, quais?**21) Tempo de tratamento para Insuficiência renal crônica (anos e meses) (prontuário):**  
\_\_\_\_\_**22) Tempo de hemodiálise (anos e meses)(prontuário):** \_\_\_\_\_**23) Terapias renais substitutivas anteriores (pôr a ordem: 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup>...) (prontuário):**

1. ( ) DPI \_\_\_\_                      3. ( ) Transplante \_\_\_\_                      5. ( ) Nenhuma  
 2. ( ) CAPD \_\_\_\_                      4. ( ) HD \_\_\_\_

**24) Doença que provavelmente provocou IRC (prontuário):**

1. ( ) glomerulonefrite crônica                      7. ( ) IRA  
 2. ( ) nefrite túbulo-intersticial                      8. ( ) hipertensão arterial  
 3. ( ) rins policísticos                      9. ( ) nefrite lúpica  
 4. ( ) diabetes mellitus                      10. ( ) causa indeterminada (não especificado)  
 5. ( ) pielonefrite crônica                      11. ( ) outra \_\_\_\_\_  
 6. ( ) doença cardiovascular

**25) Tempo de diagnóstico da doença que provocou IRC (anos e meses) (prontuário):**  
\_\_\_\_\_

**26) Outras doenças (prontuário):**

- |                               |                             |                 |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------|
| 1. ( ) cardiopatias           | 6. ( ) catarata             |                 |
| 2. ( ) doença cerebrovascular | 7. ( ) osteopatia           |                 |
| 3. ( ) varizes                | 8. ( ) hepatopatia          | 11. ( ) nenhuma |
| 4. ( ) neoplasia benigna      | 9. ( ) hipertensão arterial |                 |
| 5. ( ) neoplasia maligna      | 10. ( ) outras _____        |                 |

**27) Religião/outras crenças:**

1. ( ) sim, qual? \_\_\_\_\_
2. ( ) não tem

**28) Pense na doença do rim (Insuficiência renal crônica) e na hemodiálise. Fale três coisas ou situações, relacionadas à doença e à hemodiálise, que mais o (a) deixam estressado (a). Ou seja, que provocam mudança ou necessidade de adaptação:**

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO**  
(Obrigatório para pesquisas científicas em seres humanos-Resolução nº196/96-CNS)

Caro Senhor (a),

Meu nome é Daniela Comelis Bertolin, sou enfermeira do setor de hemodiálise do Instituto de Urologia e Nefrologia de São José do Rio Preto e mestranda na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-SP da Universidade de São Paulo (USP), gostaria de convidá-lo a participar de um estudo intitulado: **“MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PESSOAS EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO”**.

Os objetivos deste estudo são:

Objetivo geral:

Analisar os modos de enfrentamento das pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico frente à situação da doença e ao tratamento por hemodiálise.

Objetivos específicos :

- Caracterizar a população estudada em relação às variáveis sociodemográficas e clínicas;
- Identificar os modos de enfrentamento das pessoas com IRC em tratamento hemodialítico.

Você terá de dispor de alguns minutos de seu tempo para responder a dois questionários. Os resultados do estudo serão divulgados em reuniões científicas e publicações em meios especializados. Após o término da pesquisa, os questionários respondidos serão armazenados para servir de prova dos resultados da pesquisa, mas não serão usados em outra pesquisa, apenas nesta. Queremos deixar claro que suas respostas são confidenciais, mantendo assim seu anonimato e que você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e, então, retirar-se da pesquisa. Reitera-se que suas informações são muito valiosas para o desenvolvimento desta pesquisa.

Eu, ..... após ter sido suficiente e devidamente esclarecido (a), pelas pesquisadoras, sobre a realização desta pesquisa, como está escrito neste termo, declaro que consinto em participar da pesquisa em questão por livre vontade, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão ou influência indevida.

Data:.....

Assinatura: .....

Testemunha: .....

Nota: este termo de consentimento pós-esclarecimento foi elaborado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra com o paciente.

Orientadora: Dra. Ana Emília Pace

Pesquisadora: Daniela

***ANEXOS***

---

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Campus de São José do Rio Preto



PARECER CONSUBSTANCIADO  
PROJETO DE PESQUISA

IDENTIFICAÇÃO

**Nome do pesquisador:** Daniela Comelis Bertolin

**Departamento:** --

**Instituição:** Instituto de Urologia e Nefrologia de São José do Rio Preto

**Projeto:** Eventos de vida estressante, modos de enfrentamento e KT/V de pessoas em tratamento hemodialítico.

PARECER Nº 39/06

O atendimento à solicitação do parecer 36/06, foi adequado com relação ao destino dos questionários aplicados após publicação dos dados, bem como, adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Desta forma, o projeto está aprovado.

APROVADO

NÃO APROVADO

SOLICITAR INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Datas previstas para apresentação dos relatórios

1º relatório: 05/10/2007

2º relatório: 05/10/2008

São José do Rio Preto, 5 de outubro de 2006.

Prof. Dra. Claudia Regina Bonini Domingos  
Coordenadora do CEP

**ANEXO B – PERMISSÃO PARA USO DO INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE FOLKMAN E LAZARUS (1985)**

**Data:** Sat, 29 Oct 2005 11:27:28 -0200

**De:** "[Mariangela](mailto:mangy.savoia@globo.com)" <[mangy.savoia@globo.com](mailto:mangy.savoia@globo.com)>

**Para:** <[danicb@eerp.usp.br](mailto:danicb@eerp.usp.br)>

**Assunto:** coping

Prezada Daniela,

Este instrumento é pode ser utilizado, pois está publicado e nem eu como responsável pela adaptação em português e nem os autores tem restrição

Atenciosamente  
mariangela



### ANEXO C - INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING DE FOLKMAN E LAZARUS (1985)

Pense nas coisas e situações que o estressam, relacionadas à doença do rim (IRC) e à hemodiálise. Leia os itens abaixo e selecione as estratégias que você utilizou para lidar com as coisas e situações que o estressaram na doença e na hemodiálise, de acordo com as categorias:

- 0 não usei esta estratégia
- 1 usei um pouco
- 2 usei bastante
- 3 usei em grande quantidade

	Não usei esta estratégia	Usei um pouco	Usei bastante	Usei em grande quantidade
1. me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo	0	1	2	3
2. tentei analisar o problema para entendê-lo melhor	0	1	2	3
3. procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair	0	1	2	3
4. deixei o tempo passar – a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio	0	1	2	3
5. procurei tirar alguma vantagem da situação	0	1	2	3
6. fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa	0	1	2	3
7. tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias	0	1	2	3
8. conversei com outra (s) pessoa (s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação	0	1	2	3
9. me critiquei, me repreendi	0	1	2	3
10. tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções	0	1	2	3
11. esperei que um milagre acontecesse	0	1	2	3
12. concordei com o fato, aceitei o meu destino	0	1	2	3
13. fiz como se nada tivesse acontecido	0	1	2	3
14. procurei guardar para mim mesmo (a) os meus sentimentos	0	1	2	3
15. procurei encontrar o lado bom da situação	0	1	2	3
16. dormi mais que o normal	0	1	2	3
17. mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema	0	1	2	3
18. aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas	0	1	2	3
19. disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem	0	1	2	3
20. me inspirou a fazer algo criativo	0	1	2	3
21. procurei esquecer a situação desagradável	0	1	2	3
22. procurei ajuda profissional	0	1	2	3

	Não usei esta estratégia	Usei um pouco	Usei bastante	Usei em grande quantidade
23. mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva	0	1	2	3
24. esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa	0	1	2	3
25. desculpei ou fiz alguma coisa pra repor os danos	0	1	2	3
26. fiz um plano de ação e o segui	0	1	2	3
27. tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado	0	1	2	3
28. de alguma forma extravasei meus sentimentos	0	1	2	3
29. compreendi que o problema foi provocado por mim	0	1	2	3
30. saí da experiência melhor do que eu esperava	0	1	2	3
31. falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema	0	1	2	3
32. tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema	0	1	2	3
33. procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação	0	1	2	3
34. enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado	0	1	2	3
35. procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso	0	1	2	3
36. encontrei novas crenças	0	1	2	3
37. mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos	0	1	2	3
38. redescobri o que é importante na vida	0	1	2	3
39. modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final	0	1	2	3
40. procurei fugir das pessoas em geral	0	1	2	3
41. não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação	0	1	2	3
42. procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos	0	1	2	3
43. não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação	0	1	2	3
44. minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela	0	1	2	3
45. falei com alguém sobre como estava me sentindo	0	1	2	3
46. recusei recuar e batalhei pelo que eu queria	0	1	2	3
47. descontei minha raiva em outra (s) pessoa (s)	0	1	2	3
48. busquei nas experiências passadas uma situação similar	0	1	2	3
49. eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário	0	1	2	3
50. recusei acreditar que aquilo estava acontecendo	0	1	2	3
51. prometi a mim mesmo (a) que as coisas serão diferentes na próxima vez	0	1	2	3
52. encontrei algumas soluções diferentes para o problema	0	1	2	3
53. aceitei, nada poderia ser feito	0	1	2	3
54. procurei não deixar que meus sentimentos interferissem	0	1	2	3

muito nas outras coisas que eu estava fazendo				
	Não usei esta estratégia	Usei um pouco	Usei bastante	Usei em grande quantidade
55. gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti	0	1	2	3
56. mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma	0	1	2	3
57. sonhava acordado (a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava	0	1	2	3
58. desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse	0	1	2	3
59. tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam	0	1	2	3
60. rezei	0	1	2	3
61. me preparei para o pior	0	1	2	3
62. analisei mentalmente o que fazer e o que dizer	0	1	2	3
63. pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo	0	1	2	3
64. procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa	0	1	2	3
65. eu disse a mim mesmo (a) que as coisas poderiam ter sido piores	0	1	2	3
66. corri ou fiz exercícios	0	1	2	3

**ANEXO D: FATORES E RESPECTIVOS ITENS DA VERSÃO ADAPTADA E  
VALIDADA PARA O PORTUGUÊS DO INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE  
ENFRENTAMENTO DE FOLKMAN E LAZARUS, SEGUNDO SAVÓIA E MEJIAS  
(1995)**

**Fator 1-Confronto:**

- 47-descontei minha raiva em outra (s) pessoa (s)
- 17-mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema
- 40-procurei fugir das pessoas em geral
- 34-enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado
- 07-tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias
- 28-de alguma forma extravasei meus sentimentos

**Fator 2-Afastamento:**

- 41-de alguma forma extravasei meus sentimentos
- 13- fiz como se nada tivesse acontecido
- 44- minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela
- 21- procurei esquecer a situação desagradável
- 06- fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa
- 16- dormi mais que o normal
- 10- tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções

**Fator 3-Autocontrole:**

- 15- procurei encontrar o lado bom da situação
- 14- procurei guardar para mim mesmo (a ) os meus sentimentos
- 43- não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação

54- procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo

35- procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso

**Fator 4-Suporte social:**

42- procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos

45- falei com alguém sobre como estava me sentindo

08- conversei com outra (s) pessoa (s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação

31- falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema

18- aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas

22- procurei ajuda profissional

**Fator 5- Aceitação de responsabilidade:**

51- prometi a mim mesmo (a) que as coisas serão diferentes na próxima vez

09- me critiquei, me repreendi

52- encontrei algumas soluções diferentes para o problema

29- compreendi que o problema foi provocado por mim

48- busquei nas experiências passadas uma situação similar

25- desculpei ou fiz alguma coisa pra repor os danos

62- analisei mentalmente o que fazer e o que dizer

**Fator 6- Fuga-esquiva:**

58- desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse

59- tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam

**Fator 7- Resolução de problemas:**

49- eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário

26- fiz um plano de ação e o segui

46- recusei recuar e batalhei pelo que eu queria

01- me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo

**Fator 8-Reavaliação positiva:**

38- redescobri o que é importante na vida

56- mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma

60- rezei

30- saí da experiência melhor do que eu esperava

39- modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final

20- me inspirou a fazer algo criativo

36- encontrei novas crenças

63- pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo

23- mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva