

COPING E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE

Celine Lorena Oliveira Barboza de Lira

Universidade Federal de Pernambuco

Telma Costa de Avelar

Universidade Federal de Pernambuco

José Maurício Maurício Haas Bueno

Universidade Federal de Pernambuco

Resumo

Pessoas acometidas pela insuficiência renal crônica têm sua qualidade de vida diminuída em razão do tratamento hemodialítico a que são submetidas. Essas alterações podem ser mais ou menos intensas, dependendo das estratégias de enfrentamento (coping) que elas usam para lidar com os efeitos do tratamento. Este estudo objetivou investigar a relação entre estratégias de *coping* e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. Três instrumentos (questionário sociodemográfico, Escala Modos de Enfrentamento de Problemas e o *Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form*) foram aplicados em 49 pacientes do Setor de Hemodiálise de um hospital público da cidade de Recife, Brasil. Foram encontradas principalmente correlações negativas entre a estratégia de *coping* focalizado na emoção e várias dimensões da qualidade de vida. Esses resultados são compatíveis com pesquisas anteriores, inclusive as realizadas com outros tipos de pacientes. As implicações desses resultados para a atuação profissional do psicólogo são discutidas.

Palavras-chave: *coping*; qualidade de vida; insuficiência renal crônica.

COPING AND QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS IN HEMODIALYSIS

Abstract

People affected by the chronic renal disease have their quality of life diminished because of the effects of hemodialysis treatment. The loss of quality of life may be more or less intense depending on the coping strategies they use to deal with the effects of treatment. This study aimed to investigate the relationship between coping strategies and quality of life in patients submitted to hemodialysis. Three instruments (sociodemographic questionnaire, a Coping Style Scale, and the Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form) were applied in 49 patients of a hemodialysis services of a public hospital in Recife city, Brazil. We found negative correlations between coping focused on emotion and various dimensions of quality of life. These results are consistent with previous research, including those carried out with other patients. We discuss the implications of these results for psychological interventions.

Keywords: *coping*; quality of life; chronic renal failure.

COPING Y CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE EN LA HEMODIÁLISIS

Resumen

Las personas afectadas por la insuficiencia renal crónica tienen su calidad de vida disminuida debido a tratamiento de hemodiálisis a los que están sometidos. Esta pérdida puede ser más o menos intensa, dependiendo de las estrategias de afrontamiento (*coping*) que utilizan para hacer frente a los efectos del tratamiento. Este estudio tuvo como objetivo investigar la relación entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida de los pacientes de hemodiálisis. Se aplicaron tres instrumentos (cuestionario sociodemográfico, Escala Modos de enfrentar los problemas y el *Kidney Disease and Quality-of-Life Short Form*) en 49 pacientes del sector de hemodiálisis de un hospital público en Recife, Brasil. Se encontraron correlaciones negativas entre la estrategia de afrontamiento enfocados en la emoción y diversas dimensiones de la calidad de vida. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas, incluso las realizadas con otros tipos de pacientes. Se discuten las implicaciones de estos resultados para las intervenciones en psicología.

Palabras clave: afrontamiento; calidad de vida; insuficiencia renal crónica.

INTRODUÇÃO

Insuficiência Renal Crônica e o Tratamento Hemodialítico

A insuficiência renal crônica (IRC) é a condição na qual os rins perdem a capacidade de efetuar suas funções básicas. Atualmente constitui um importante problema de saúde pública que vem agravando-se nos últimos anos. Isso ocorre principalmente devido ao envelhecimento da população geral e ao aumento no número de pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) (Kusumota, Marques, Haas, & Rodrigues, 2008; Valle, Souza, & Ribeiro, 2013). Atualmente HAS e DM são as principais causas da IRC no Brasil, perfazendo 65% de um total estimado de 100.397 pacientes em algum tratamento dialítico de acordo com o censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2013).

Tratando-se de uma patologia de instalação gradual, progressiva e debilitante, a IRC causa incapacidades e apresenta alta mortalidade (Kusumota et al., 2008). O indivíduo acometido desenvolve dependência de uma terapêutica contínua como, por exemplo, a hemodiálise (HD), atualmente a mais utilizada.

A HD é um procedimento que filtra o sangue e equilibra o excesso de sais e líquidos, auxiliando no controle da pressão arterial e no equilíbrio hídrico do organismo. Em média, são necessárias três sessões de hemodiálise por semana, com duração de três a quatro horas. Durante o tratamento, que é bastante rigoroso e requer uma série de cuidados específicos, o paciente está sujeito a diversas complicações técnicas, emergências clínicas e mesmo o óbito (Valle et al., 2013).

Por conseguinte, para alguns pesquisadores, o diagnóstico e tratamento da IRC podem causar modificações na vida das pessoas e alterar sua forma de viver ou de perceber o mundo (Cordeiro et al., 2009; Urzuá, Pavlov, Cortés & Pino, 2011). Por esta razão, uma dimensão que tem sido considerada na avaliação dos

resultados de vários tratamentos, inclusive a HD, é a qualidade de vida dos pacientes que utilizam tal terapêutica (Cordeiro et al., 2009).

Qualidade de Vida

A qualidade de vida (QV) tem sido caracterizada como um conceito multidimensional, em que os pesquisadores têm concordado sobre a importância de incluir aspectos físicos, como a capacidade funcional, as interações sociais, o comportamento afetivo e emocional e a saúde mental; aliando assim os diversos aspectos da vida humana. Além disso, também estão de acordo com o fato de que apenas o indivíduo pode avaliar ou qualificar sua vida (Santos & Pontes, 2007; Cordeiro et al., 2009).

Na área da saúde, ao nos referirmos aos aspectos ligados à doença e/ou tratamentos, a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) caracterizaria o modo como a percepção individual é influenciada pelos aspectos relacionados ao contexto de saúde-doença (Kusumota et al., 2008). Especificamente na IRC, o tratamento hemodialítico além de aumentar a longevidade e reduzir a morbidade, teria também o objetivo de melhorar a QVRS dos pacientes (Barbosa, Júnior & Bastos, 2007). Reconhecendo isto, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos e a *National Kidney Foundation*, por meio do *Kidney Disease Outcome Quality Initiative* (K/DOQI, 2002) recomendam a realização de avaliações sistemáticas de escores de QVRS destes pacientes, utilizando instrumentos de pesquisa padronizados, válidos e confiáveis, como um dos parâmetros de adequação do tratamento.

Para alguns pesquisadores não existe um padrão de QV, uma vez que esse conceito varia e que cada pessoa também tem que assumir a corresponsabilidade por sua recuperação física, moral e espiritual (Cordeiro et al., 2009; Kusumota et al., 2008). Entender a forma pessoal de lidar com a IRC e o tratamento hemodialítico pode elucidar a forma como os pacientes avaliam sua qualidade de vida e elaboram estratégias de enfrentamento para tal situação. Na psicologia, esse processo é estudado sob a denominação de *coping*, cujo conceito será apresentado na próxima seção.

Coping

Pacientes com IRC em tratamento hemodialítico vivenciam uma série de mudanças causadoras de estresse em suas vidas. Autores descreveram os seguintes estressores como os mais mencionados em estudos com esse grupo: restrições na ingestão de líquidos e alimentos; prurido; câibras musculares; cansaço; incerteza sobre o futuro; distúrbios do sono; incapacidade para ter filhos; mudanças na estrutura familiar; gasto de tempo com o tratamento; problemas financeiros; mudanças nas atividades de trabalho; dificuldades com transporte para a Unidade de Hemodiálise; limitações da atividade física; queda nas funções corporais e mudanças na vida social (Bertolin, Pace, Kusumota, & Haas, 2011).

A HD enquanto fonte de estresse é responsável pela necessidade de adaptação e elaboração de estratégias de enfrentamento para a situação. *Coping* ou enfrentamento refere-se a um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelos indivíduos com o objetivo de enfrentar situações estressantes (Panzini & Bandeira, 2007; Valcanti, 2012).

Seidl, Tróccoli e Zannon (2001) apontam que as estratégias de *coping* têm sido classificadas quanto à função em duas categorias: enfrentamento focalizado no problema e enfrentamento focalizado na emoção. Nas estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, aparecem as condutas ativas de aproximação em relação ao estressor, desempenhadas pelo indivíduo, como solução de problemas e planejamento. A pessoa engajar-se-ia no manejo ou modificação do problema ou situação causadora de estresse, visando controlar ou lidar com a ameaça, o dano ou o desafio (Seidl et al., 2001).

O enfrentamento focalizado na emoção teria como função principal a regulação da resposta emocional causada pelo problema/estressor com o qual a pessoa se defronta, o que pode representar atitudes de afastamento ou paliativas em relação à fonte de estresse, como negação ou esquiva (Seidl et al., 2001). Os autores ainda ressaltam que essas estratégias não são necessariamente excludentes, pois diferentes estratégias de enfrentamento podem ser utilizadas simultaneamente para lidar com determinada situação estressora.

Para Pargament (2001) o uso de estratégias religiosas e/ou espirituais utilizadas para manejar o estresse e as consequências negativas dos problemas de vida é chamado de *coping* religioso/espiritual. Além disso, ainda podem ser utilizados como estratégias de enfrentamento a busca pelos recursos encontrados no ambiente do indivíduo ou em seu contexto social, como por exemplo: relacionamento conjugal, características familiares, redes sociais, recursos funcionais ou práticos e circunstâncias econômicas (Antoniazzi, Dell'aglio, & Bandeira, 1998).

O impacto causado por uma doença crônica, como a IRC, e pela terapêutica proposta geram estratégias de *coping* diferentes para cada pessoa e podem produzir alterações em sua qualidade de vida. Para Santos (2010), a educação do paciente para estratégias de *coping* pode ser usada para alterar o risco de baixa QVRS.

Fazem-se necessários estudos que valorizem os aspectos individuais, de maneira a obter indicadores que possam nortear a ação profissional na busca da qualidade da assistência, e consequente QVRS, do paciente em HD. Sendo assim, o objetivo deste estudo é investigar a relação entre estratégias de *coping* e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise.

MÉTODO

Considerações Éticas

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFPE), sob CAAE nº 26002013.0.0000.5208.

Participantes

Participaram da pesquisa 49 indivíduos, com média de 48,8 anos de idade (DP= 13,8), sendo 25 (51,0%) do sexo masculino e 24 (49,0%) do sexo feminino. Todos eram pacientes com IRC em tratamento (HD) atendidos no Setor de Hemodiálise de um hospital público da Região Metropolitana do Recife-PE, no período de abril a setembro de 2014. Os participantes apresentaram tempo de tratamento hemodialítico variando entre seis e 296 meses (24 anos e 6 meses). Foram incluídos no estudo apenas pacientes maiores de 18 anos, cujo nível educacional permitisse a aplicação dos instrumentos e com um tempo mínimo de seis meses de tratamento hemodialítico por se considerar que, após fase inicial, os pacientes estariam mais capacitados a responderem os instrumentos.

Instrumentos

Para caracterização da amostra de participantes desta pesquisa, foi usado um Questionário Sociodemográfico, que coletou informações sobre idade, sexo e tempo de tratamento hemodialítico. E, para atingir os objetivos propostos nesta pesquisa, foram aplicados dois instrumentos, cujas características são descritas a seguir.

Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form

Para a avaliação da QV dos participantes foi aplicado o *Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form* (KDQOL-SF), um instrumento específico que avalia doença crônica, aplicável a pacientes que realizam algum tipo de programa dialítico. Foi validado no Brasil por Duarte, Ciconelli e Sesso (2005) e atualmente é considerado o questionário mais completo disponível para avaliar qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica, tendo se mostrado confiável após avaliação de suas propriedades psicométricas (Moreira et al., 2009).

O KDQOL-SF inclui o *Medical Outcomes Study Short-Form 36-Item Health Survey* (SF-36) que avalia a saúde geral do indivíduo e, em complemento, tem-se uma escala especificamente direcionada à doença renal. Os itens são distribuídos em dimensões genéricas do estado de saúde (SF-36): Funcionamento físico (10 itens), Função física (4 itens), Dor (2 itens), Saúde geral (5 itens), Bem-estar emocional (5 itens), Função emocional (3 itens), Função social (2 itens), Energia/fadiga (4 itens), Saúde global (1 item); estes podem ser resumidos a dois aspectos: o SF-12 componente físico e o componente mental. O instrumento possui também itens em dimensões

específicas para o paciente renal: Lista de sintomas/Problemas (12 itens), Efeitos da doença renal (8 itens), Sobrecarga da doença renal (4 itens), Situação de trabalho (2 itens), Função cognitiva (3 itens), Qualidade da interação social (3 itens), Função sexual (2 itens), Sono (4 itens), Suporte social (2 itens), Estímulo por parte da equipe de diálise (2 itens) e Satisfação do paciente (1 item).

O cálculo das pontuações do KDQOL-SF é feito por dimensão, sendo, portanto, analisadas separadamente. Sendo assim, não existe um valor único resultante da avaliação global da qualidade de vida relacionada à saúde, mas escores médios para cada dimensão. Em relação aos componentes físico e mental, a pontuação deriva de média ponderada. O componente físico é determinado principalmente pelas dimensões Funcionamento físico e Função física, mas também por Dor, Saúde geral e Energia/fadiga. Para a pontuação do componente mental a dimensão Função emocional tem maior peso, seguido em ordem decrescente por Bem-estar emocional, Função social, Energia/fadiga e Saúde Geral.

Essa análise possibilita identificar os reais problemas relacionados à saúde dos pacientes, e verificar quais causam impacto na qualidade de vida (Lopes, Fukushima, Inouye, Pavarini & Orlandi, 2014). Após recodificá-los, os escores dos itens do KDQOL-SF variam entre 0 e 100, em que os mais elevados refletem uma melhor qualidade de vida. Para o cômputo das pontuações no teste foi empregado um programa de análise disponibilizado pelo KDQOL-SF Working Group, através do site http://www.rand.org/health/surveys_tools/kdqol.html.

Escala de Modos de Enfrentamento do Problema

A Escala de Modos de Enfrentamento do Problema – EMEP foi utilizada para conhecer e avaliar os tipos de estratégias de enfrentamento utilizadas pelos participantes. A escala foi validada para a população brasileira (Seidl et al., 2001), apresentando estudos de validade fatorial e bons índices de fidedignidade, com coeficientes alfas de Cronbach acima de 0,70, conforme recomendações constantes na literatura (por exemplo, Anastasi & Urbina, 2000). É um instrumento autoaplicável, composto de 45 itens, distribuídos em quatro fatores: 1) enfrentamento focalizado no problema (18 itens, $\alpha=0,84$); 2) enfrentamento focalizado na emoção (15 itens, $\alpha=0,81$); 3) busca de suporte social (5 itens, $\alpha=0,70$); e 4) práticas religiosas/ pensamentos fantasiosos (7 itens, $\alpha=0,74$). As respostas foram dadas em escala Likert de cinco pontos, contendo os seguintes intervalos: 1- Eu nunca faço isso; 2- Eu faço isso um pouco; 3- Eu faço isso às vezes; 4- Eu faço isso muito; 5- Eu faço isso sempre. Deste modo, o escore total foi obtido pela média aritmética dos itens que compõem cada fator e, quanto mais alto o escore, maior a frequência de utilização da estratégia de enfrentamento.

Procedimentos

Os participantes foram recrutados no Setor de Hemodiálise do HC/UFPE durante a sessão de hemodiálise. Inicialmente foram dadas informações sobre o tema, objetivo e formas de contato com os pesquisadores deste estudo. Apresentou-se por escrito o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme as recomendações éticas para pesquisas com seres humanos (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde). Com a obtenção do consentimento assinado, os pacientes que aceitaram participar do estudo foram orientados a responder aos instrumentos que foram administrados em duas sessões: na primeira o Questionário Sociodemográfico e a Escala de Modos de Enfrentamento do Problema (EMEP) e na segunda o KDQOL-SF.

No Setor de Hemodiálise buscou-se garantir um ambiente tranquilo para a realização dos trabalhos propostos. Os dados coletados foram digitados em planilha eletrônica para a realização das análises estatísticas.

RESULTADOS

O primeiro passo na realização das análises estatísticas foi o cálculo das pontuações nos instrumentos (EMEP e KDQOL-SF), conforme descrito anteriormente. Na Tabela 1 estão descritos os escores médios de qualidade de vida.

Tabela 1.
Estatísticas Descritivas – KDQOL-SF

Dimensões de QV (nº de itens)	Média	Mediana	Desvio Padrão	n
Lista de sintomas/ Problemas (12)	74,02	79,17	17,86	49
Efeitos da doença renal (8)	66,45	68,75	22,60	49
Sobrecarga da doença renal (4)	41,71	43,75	29,49	49
Situação de trabalho (2)	16,33	0,00	25,80	49
Função cognitiva (3)	79,86	86,67	21,96	49
Qualidade da interação social (3)	75,65	80,00	24,21	49
Função sexual (2)	84,72	100,00	22,51	18
Sono (4)	68,37	70,00	25,96	49
Suporte social (2)	79,25	100,00	28,57	49
Estímulo por parte da equipe de diálise (2)	81,89	87,50	25,90	49
Saúde global (1)	65,92	70,00	30,27	49
Satisfação do paciente (1)	79,59	83,33	24,83	49
Funcionamento físico (10)	47,86	45,00	28,67	49
Função física (4)	31,12	25,00	33,28	49
Dor (2)	62,76	67,50	32,50	49
Saúde geral (5)	50,20	50,00	25,47	49
Bem-estar emocional (5)	67,27	72,00	27,46	49
Função emocional (3)	48,98	33,33	38,55	49
Função social (2)	66,84	87,50	35,59	49
Energia/fadiga (4)	57,65	55,00	26,95	49
SF-12 Componente físico	38,27	38,08	9,11	49
SF-12 Componente mental	46,69	48,56	12,75	49

Verifica-se que as dimensões que obtiveram maiores escores foram função sexual (84,72), estímulo por parte da equipe de diálise (81,89), função cognitiva (79,86), satisfação do paciente (79,59) e suporte social (79,25). Cabe ressaltar que os resultados da dimensão função sexual não são representativos da amostra total de pacientes deste estudo, pois correspondem a apenas uma parcela daqueles que tiveram relação sexual nas últimas quatro semanas, ou seja, 18 sujeitos, sendo 10 homens e 8 mulheres.

A dimensão que obteve menor escore foi a situação de trabalho (16,33), seguida pela função física (31,12) e os itens que abrangem o componente físico (38,27). De maneira geral percebe-se ainda que os pacientes apresentaram, na maioria das dimensões, respostas que ficaram acima do escore 50. Apresentaram também menor valor médio para o componente físico (38,27 e pontuações mais altas no componente mental (46,69).

Uma análise de variância com medidas repetidas, mostrou-se estatisticamente significativa, pelo teste de Greenhouse-Geisser, para as diferenças intra-sujeitos nas 20 variáveis primárias avaliadas pelo KDQOL-SF ($F(0,4; 7) = 11,4; p < 0,001$).

As estatísticas descritivas da Escala de Modos de Enfrentamento do Problema – EMEP podem ser observadas na Tabela 2.

Tabela 2.
Estatísticas Descritivas – EMEP

Estratégias de coping (nº de itens)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	N
Foco no Problema (18)	2,11	4,89	3,9762	0,55902	49
Foco na Emoção (15)	1,00	3,60	2,1497	0,62768	49
Práticas Religiosas / Pensamento Fantasiado (5)	1,00	5,00	3,9621	0,79099	49
Busca de Suporte Social (7)	1,40	5,00	3,2000	1,00830	49

Percebeu-se que os pacientes fazem maior uso das estratégias focalizadas no problema ($M=3,9762$; $DP=0,5590$), da busca por práticas religiosas ou pensamento fantasioso ($M=3,9621$; $DP=0,7909$) e da busca por suporte social ($M=3,20$; $DP=1,0083$). A estratégia de coping focalizado na emoção aparece como a menos utilizada pelos pacientes em HD ($M=2,1497$; $DP=0,6276$). Também nesse caso, uma análise de variância com medidas repetidas, mostrou-se estatisticamente significativa, pelo teste de Greenhouse-Geisser, para as diferenças intra-sujeitos nas quatro variáveis avaliadas pela Escala Modos de Enfrentamento de Problemas ($F(0,7; 3) = 94,9$; $p < 0,001$).

Finalmente, foram investigadas as correlações entre as variáveis propostas. No entanto, como foi encontrada uma grande variação no tempo de tratamento dos pacientes e, considerando que esse tempo poderia interferir na qualidade de vida, optou-se por uma análise que controlasse a interferência desta variável. Assim, para atingir o objetivo proposto no estudo, foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson entre as estratégias de coping e as dimensões de qualidade de vida dos pacientes em HD, sem (SV) e com (CV) a covariação (controle) do tempo de tratamento. Esses coeficientes são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3.
Correlação Parcial de Pearson entre KDQOL-SF e EMEP

Fator	Foco no Problema		Foco na Emoção		Práticas Religiosas/ Pensamento Fantasioso		Busca de Suporte Social	
	SV	CC	SV	CC	SV	CC	SV	CC
1	-0,280	0,265	-0,216	-0,202	-0,004	0,035	-0,097	-0,051
2	0,192	0,205	-0,205	-0,198	0,271	0,299	-0,011	0,014
3	-0,023	0,023	-0,365**	-0,367**	-0,150	-0,154	-0,151	-0,159
4	0,212	0,219	0,159	0,164	-0,027	-0,020	-0,128	-0,125
5	0,000	0,042	-0,303*	-0,284*	-0,258	-0,203	-0,109	-0,017
6	0,245	0,249	-0,324*	-0,325*	-0,078	-0,079	0,051	0,057
7	0,394	0,401	-0,009	-0,007	0,168	0,179	0,214	0,235
8	0,109	0,119	-0,290*	-0,286*	-0,051	-0,038	0,029	0,051
9	-0,047	-0,060	-0,134	-0,145	0,094	0,076	0,111	0,088
10	0,306*	0,333*	-0,056	-0,041	0,240	0,286*	0,160	0,221
11	0,222	0,207	-0,164	-0,182	0,063	0,031	-0,049	-0,101
12	0,219	0,230	-0,214	-0,210	0,296*	0,321*	-0,141	-0,130
13	-0,028	-0,015	-0,103	-0,093	0,086	0,114	0,059	0,097
14	0,016	0,065	-0,108	-0,077	-0,008	0,076	-0,071	0,038
15	-0,113	-0,112	-0,361*	-0,362*	-0,041	-0,038	-0,007	-0,002
16	0,195	0,182	-0,122	-0,136	0,078	0,053	-0,024	-0,064
17	0,184	0,202	-0,339*	-0,332*	-0,046	-0,022	-0,005	0,030
18	-0,111	-0,094	-0,298*	-0,287*	-0,146	-0,117	-0,197	-0,162
19	-0,056	-0,065	-0,343*	-0,353*	-0,017	-0,033	-0,158	-0,190
20	0,096	0,124	-0,200	-0,184	-0,146	-0,107	0,113	0,186
21	0,027	0,044	-0,081	-0,070	0,055	0,086	0,008	0,049
22	0,162	0,163	-0,402**	-0,406**	-0,085	-0,090	-0,083	-0,092

Nota. 1. Lista de sintomas/ Problemas; 2. Efeitos da doença renal; 3. Sobrecarga da doença renal; 4. Situação de trabalho; 5. Função cognitiva; 6. Qualidade da interação social; 7. Função sexual; 8. Sono; 9. Suporte social; 10. Estímulo por parte da equipe de diálise; 11. Saúde global; 12. Satisfação do paciente; 13. Funcionamento físico; 14. Função física; 15. Dor; 16. Saúde geral; 17. Bem-estar emocional; 18. Função emocional; 19. Função social; 20. Energia/fadiga; 21. SF-12 Componente físico; 22. SF-12 Componente mental. SV – sem covariação; CC – com covariação. * Correlações estatisticamente significativas ao nível 0,05 – bicaudal; ** Correlações estatisticamente significativas ao nível 0,01 – bicaudal.

Os resultados das correlações foram muito parecidos independentemente de serem controlados ou não pelo tempo de tratamento, indicando que essa variável não interfere na qualidade de vida dos pacientes. Considerando essa semelhança, optou-se pela análise apenas dos coeficientes de correlação parcial entre as variáveis. Foram encontradas correlações negativas e significativas entre a estratégia de *coping* focalizado na emoção e as seguintes dimensões de qualidade de vida: sobrecarga da doença renal, função cognitiva, qualidade da

interação social, sono, dor, bem-estar emocional, função emocional, função social, componente mental. Além disso, houve correlação positiva entre a dimensão estímulo por parte da equipe de diálise e a estratégia de *coping* focalizado no problema e também entre a estratégia práticas religiosas/pensamento fantasioso e as dimensões de QV estímulo por parte da equipe de diálise e satisfação do paciente.

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi verificar a relação entre a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica e suas estratégias de enfrentamento dos problemas decorrentes do tratamento hemodialítico. Para isso, foram observados as estatísticas descritivas e os coeficientes de correlação entre as variáveis envolvidas, cujos resultados são discutidos a seguir.

Pela análise das médias no KDQOL-SF, foi possível perceber que a função sexual, o estímulo por parte da equipe de diálise, a função cognitiva, a satisfação do paciente e o suporte social estão entre as que alcançam as maiores pontuações, indicando preservação da qualidade de vida nesses aspectos. Esses dados foram captados com pacientes do Estado de Pernambuco, mas são compatíveis com pesquisas anteriores realizadas no Estado de São Paulo (Kusumota, 2005; Lopes et al., 2014).

Por sua vez, a dimensão situação de trabalho apresentou o menor escore (16,33), tão baixo quanto o encontrado em outros estudos na população brasileira, como 9,3 e 37,13 no estado de São Paulo (Rocha, 2009; Lopes et al., 2014, respectivamente) e 22,22 no estado de Goiás (Cordeiro et al., 2009). Rocha (2009) reflete que estes resultados demonstram o urgente problema relacionado à vida profissional, na qual a maioria dos pacientes com IRC em HD não consegue estabelecer e/ou manter vínculo com trabalho. Provavelmente isto se deve ao tempo dedicado ao tratamento, a presença de queixas físicas – fraqueza, cansaço, indisposição – que impossibilitam a realização de esforço físico para o trabalho, bem como o próprio mercado de trabalho no Brasil, que oferece pouca oportunidade para as pessoas que possuem limitações dessa natureza. Percebe-se, portanto, que “situação de trabalho” se relaciona intimamente com as outras dimensões que também apresentaram baixos escores: função física e o SF-12 componente físico.

Muitos autores são da opinião de que o reconhecimento da importância da relação da qualidade de vida com outras variáveis de saúde contribui para uma melhor prestação de serviços ao paciente, devendo assim ser considerada na investigação, na prática clínica e na tomada de decisão política (Ferreira & Anes, 2010). Em acordo com essa ideia, os resultados deste trabalho servem de alerta para profissionais da saúde, como o psicólogo e o terapeuta ocupacional, que podem desenvolver programas de intervenção/orientação para que esses

pacientes possam reacomodar suas vidas ocupacionais, continuando a serem e sentirem-se produtivos.

Em relação às estratégias de enfrentamento de problemas, as pontuações mais elevadas foram atribuídas ao uso das estratégias focalizadas no problema (M=4,0), que foi seguida da estratégia baseada em práticas religiosas e pensamento fantasioso (M=4,0) e da busca de suporte social (M=3,2). As estratégias focalizadas na emoção, por outro lado, apareceram como as menos utilizadas pelos pacientes em HD (M=2,1). Entre as três primeiras mais utilizadas, os valores giram ao redor de 3 e 4, cujas âncoras significavam "eu faço isso às vezes" e "eu faço isso muito", respectivamente. A média do foco na emoção ficou ao redor de 2, cuja âncora era "eu faço isso um pouco". Esses dados sugerem que há uma combinação de estratégias usadas pelos pacientes para lidarem com os problemas decorrentes do tratamento hemodialítico, em que o foco no problema, as práticas religiosas e o pensamento fantasioso e a busca de suporte social, são empregadas mais ativamente, enquanto as estratégias com foco na emoção são evitadas pelos pacientes.

Esses dados são compatíveis com os relatados numa revisão sistemática sobre os modos de enfrentamento das pessoas em tratamento hemodialítico, no qual a preferência dos pacientes pelo uso de estratégias focadas no problema também foi detectada (Bertolin et al., 2008). No entanto, os autores desse estudo sugerem que esse fato se relaciona a uma dificuldade desses pacientes em lidar com as mudanças de sentimentos que experimentam, optando assim por um menor uso de focalização na emoção.

Resultados semelhantes também foram encontrados com outros tipos de pacientes. Seidl et al. (2001), por exemplo, analisou estratégias de enfrentamento de pacientes hospitalares de uma forma geral e concluiu que a focalização no problema era uma forma desses pacientes lidarem com os estressores. Adicionalmente, os autores concluíram que a menor utilização da estratégia de foco na emoção pode ser vista como um aspecto positivo, pois os comportamentos descritos nos itens desse fator na Escala Modos de Enfrentamento de Problemas apontam para um sentimento de culpa em relação a si próprio e ao outro, emoções negativas e comportamentos de esquiva, negação, com função apenas paliativa ou de afastamento do problema.

De fato, estudos anteriores demonstram uma associação entre as estratégias de aproximação ao problema ou focadas no problema e melhor adaptação social ou saúde mental, enquanto, as estratégias de *coping* do tipo evitativas ou focadas na emoção estariam mais associadas à psicopatologia (Lazarus & Folkman, 1984; Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998; Paula Junior & Zanini, 2012).

No que se refere às correlações entre qualidade de vida e estratégias de enfrentamento (*coping*), os resultados aqui encontrados evidenciaram correlações significativas positivas entre a dimensão de QVRS estímulo por parte

da diálise (composta por dois itens em que os pacientes avaliam a extensão do encorajamento recebido pela equipe profissional) e as estratégias de *coping* focalizado no problema e práticas religiosas/pensamento fantasioso. Também obteve correlação positiva a dimensão satisfação do paciente (um item que avalia o grau de satisfação do paciente com os cuidados recebidos pela equipe da diálise) e a estratégia práticas religiosas/pensamento fantasioso. Conforme observado pelos itens, ambas as dimensões de QVRS apontam para o relacionamento do paciente com a equipe de saúde, levando a acreditar que ao assumir estratégias ativas de enfrentamento, como a resolução do problema e a busca de suporte religioso, os pacientes referem melhora da qualidade de vida ao contar com o apoio dos profissionais de saúde.

No entanto, o padrão de resultados mais consistente encontrado neste estudo foram as correlações negativas entre estratégias focalizadas na emoção e diversas dimensões da QVRS, como bem-estar emocional, função emocional e cognitiva e qualidade da interação social, bem como com o componente mental. Ou seja, de uma forma geral, pode-se dizer que a focalização na emoção está associada a uma queda da qualidade de vida de pacientes em tratamento hemodialítico em diversos aspectos.

Esse resultado é compatível com estudos anteriores com pacientes em tratamento hemodialítico, que detectaram relações entre o emprego de estratégia focada na emoção e algum tipo de prejuízo com implicação para a qualidade de vida em pacientes americanos (Welch & Austin, 2001), japoneses (Takaki et al., 2003; Takaki et al., 2005), gregos (Kaltsouda et al., 2011), espanhóis (Retana, Basabe-Baraño & Saracho-Rotaeché, 2013), suíços (Kristofferzon, Lindqvist & Nilsson, 2010), portugueses (Cristóvão, 1999) e brasileiros do estado do Ceará (Santos, 2010). Resultados semelhantes também são encontrados com pacientes hospitalizados portadores de outros tipos de enfermidades, como o câncer, por exemplo (Nunes, Rios, Magalhães & Costa, 2013; Leite, Amorim, Castro, Vasconcellos & Primo, 2011; Paula Júnior & Zanini, 2012). Assim, o alinhamento dos resultados obtidos no presente estudo com os relatados na literatura mostra que a associação negativa entre foco na emoção e baixa qualidade de vida não parece estar restrita nem ao local/cultura onde presente estudo foi realizado (Pernambuco) nem ao tipo de problema enfrentado (tratamento hemodialítico).

Esses resultados são importantes, especialmente para os psicólogos (clínicos e hospitalares) e outros profissionais da saúde. Para a avaliação psicológica, por exemplo, a detecção do uso de estratégias focadas na emoção torna-se relevante pelo seu poder preditivo em relação à adesão e eficácia da terapêutica médica proposta e a consequente QVRS dos pacientes (Sousa, Landeiro, Pires & Santos, 2011; Maldaner, Beuter, Brondani, Budó & Pauletto, 2008).

Retana, Basabe-Baraño e Saracho-Rotaeché (2013), por exemplo, ressaltam a importância de identificar, assim que possível, os sinais das respostas de evitação (focadas na emoção) que persistem no tempo entre os pacientes de diálises, como, por exemplo, o isolamento, a supressão emocional, o pensar repetidamente em suas perdas e a culpabilização por sua situação. Esses sintomas elevam o estresse e a afetividade negativa, aumentando o sofrimento e tornando esses pacientes menos propensos a suportar o tratamento e suas consequências, vivendo com mais emoções dolorosas, tendo maior risco de depressão, pior saúde mental, manifestando menos adesão ao tratamento, que podem levar a alterações físicas e inclusive uma menor sobrevida (Retana et al., 2013). É por isso que no contexto das condições de saúde física, evidências sugerem que as estratégias focadas na emoção podem ser paliativas, mas muitas vezes à custa da saúde mental, e em longo prazo, da saúde física também (Kaltsouda et al., 2011).

Reconhecendo a importância da avaliação do coping em pacientes hospitalares, Santos (2010) chama a atenção para a possibilidade de uso da testagem do *coping* como um método de triagem para encaminhamento de pacientes aos psicólogos, que, por sua vez, podem propor intervenções psicológicas para encorajar o desenvolvimento de comportamentos de enfrentamento favoráveis.

Esta é outra implicação relevante que os resultados obtidos neste trabalho podem ter para a prática dos psicólogos clínicos e hospitalares: a possibilidade de treinamento das estratégias de *coping*. Santos (2010), por exemplo, afirma que as estratégias de *coping* são potencialmente modificáveis e afetam a qualidade de vida. Nesse sentido, Paula Júnior e Zanini (2012) afirmam que o profissional que atua na área da Psicologia da Saúde deve focar sua ação terapêutica na orientação e manutenção do paciente para as estratégias de aproximação (reavaliação positiva, busca de apoio, resolução de problemas), e menos estratégias de evitação, focadas na emoção (evitação cognitiva, aceitação/resignação, busca de gratificação alternativa e descarga emocional).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao investigar a relação entre qualidade de vida e estratégias de coping em pacientes com insuficiência renal crônica, este trabalho encontrou resultados que apóiam os de estudos anteriores quanto à relação inversa entre uso de estratégias focadas na emoção e baixa qualidade de vida. A consicência dessa relação tem pelo menos três implicações práticas para o psicólogo clínico e hospitalar: 1) a importância da avaliação das estratégias de *coping* empregadas pelos pacientes; 2) a relação com adesão e eficácia da terapêutica médica proposta; e 3) a possibilidade de treinamento e desenvolvimento das estratégias

de *coping* que sejam mais adaptativas e promovam a qualidade de vida dos pacientes.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao desenho transversal e correlacional, que não permite o estabelecimento de relações de causa e efeito e, por exemplo, identificar se as estratégias focadas na emoção afetam a qualidade de vida ou se a baixa QV contribui para que os pacientes adotem essas estratégias. A análise de dados realizada independentemente de sexo também pode ser apontada como outra limitação, já que há estudos que mostram o efeito de sexo na utilização de estratégias de *coping*. No entanto a análise por sexo reduziria o número de sujeitos em cada condição, restringindo significativamente a representatividade da amostra. Assim, sugere-se que essas questões sejam encaminhadas em estudos futuros sobre o tema. Apesar disso, o estudo contribui com dados importantes para a reflexão e planejamento da prática profissional com pacientes com doenças crônicas em geral e os em tratamento hemodialítico em particular.

REFERÊNCIAS

- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Antoniazzi, A. S., Dell, D., Dalbosco, A., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294. doi: 10.1590/S1413-294X1998000200006
- Barbosa, L. M. M., Andrade Júnior, M. P. D., & Bastos, K. D. A. (2007). Preditores de qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 29(4), 222-229. doi: 10.1590/S0103-166X2007000300006
- Bertolin, D. C. (2007). *Modos de enfrentamento de pessoas com insuficiência renal crônica terminal em tratamento hemodialítico*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Bertolin, D. C., Pace, A. E., Kusumota, L., & Haas, V. (2011). Associação entre os modos de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas de pessoas em hemodiálise crônica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1070-6. doi: 10.1590/S0080-62342011000500006
- Cordeiro, J. A. B. L., Brasil, V. V., Silva, A. M. T. C., Oliveira, L. M. D. A. C., Zatta, L. T., & Silva, A. C. D. C. M. (2009). Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(4). doi: 10.1590/S0104-11692005000500010
- Cristóvão, F. (1999). Stress, coping, and quality of life among chronic haemodialysis patients. *Edtna Erca Journal*, 25(4), 35-38. doi: 10.1111/j.1755-6686.1999.tb00062.x

- Duarte, P. S., Ciconelli, R. M., & Sesso, R. (2005). Cultural adaptation and validation of the "Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SF™ 1.3)" in Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 38(2), 261-270. doi: 10.1186/1471-2369-13-170
- Ferreira, P. L., Anes, E. J. (2010) Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crônicos: criação da versão portuguesa do KDQOL-SF. *Doenças Crônicas*, 28(01), 31-40.
- Kaltsouda, A., Skapinakis, P., Damigos, D., Ikonomou, M., Kalaitzidis, R., Mavreas, V., & Siamopoulos, K. C. (2011). Defensive coping and health-related quality of life in chronic kidney disease: a cross-sectional study. *BMC Nephrology*, 12(1), 28. doi: 10.1186/1471-2369-12-28
- Kristofferzon, M. L., Lindqvist, R., & Nilsson, A. (2010). Relationships between coping, coping resources and quality of life in patients with chronic illness: a pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 476-83. doi: 10.1111/j1471-6712.2010.00851.x
- Kusumota, L. (2005). Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Recuperado em 2015-01-19, de http://www.periciamedicadf.com.br/artigos/avaliacao_qualidade_hemodialise.pdf
- Kusumota, L., Marques, S., Haas, V. J., & Rodrigues, R. A. P. (2008). Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(esp), 152-159. doi: 10.1590/S0103-21002008000500003
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leite, F. M. C., Amorim, M. H. C., Castro, D. S. D., Vasconcellos, E. G., & Primo, C. C. (2011). Estratégias de enfrentamento vivenciadas por mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno*. *Revista Mineira de Enfermagem*, 15(3), 394-398. doi: 10.1590/S0103-21002012000200009
- Lopes, J. M., Fukushima, R. L. M., Inouye, K., Pavarini, S. C. I. & Orlando, F. S. (2014). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. *Acta Paulista de Enferm*, 27 (3), 230-236. doi: 10.1590/1982-0194201400039
- Maldaner, C. R., Beuter, M., Brondani, C. M., Budó, M. D. L. D., & Pauletto, M. R. (2008). Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(4), 647.
- Moreira, C. A., Junior, W. G., Lima, L. F., Lima, C. R., Ribeiro, J. F., & Miranda, A. F. (2009). Avaliação das propriedades psicométricas básicas para a versão em português do KDQOL-SFTM. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(1), 22-28. doi: 10.1590/S0104-42302009000100010

- National Kidney Foundation (2002). *Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: evaluation, classification, and stratification - Part 6: association of level of GFR with complications in adults* Am J Kidney Dis. New York: National Kidney Foundation, Inc.
- Nunes, S., Rios, M., Magalhães, A., & Costa, S. (2013). Ansiedade, depressão e enfrentamento em pacientes internados em um hospital geral. *Psicologia, Saúde & Doenças, 14*(3), 382-388.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*, 126-135.
- Pargament, K. I. (2001). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Paula Júnior, W. D., & Zanini, D. S. (2012). Pacientes em radioterapia: um estudo de coping. *Psicologia, Saúde & Doenças, 13*(2), 480-493.
- Retana, B. R. A., Basabe-Barañano, N. & Saracho-Rotaecche, R. (2013). El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio longitudinal y multicéntrico. *Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología, 33*(3), 342-54. doi: 10.3265/Nefrologia.pre2013.Feb.11771
- Rocha, M. L. D., Vieira, S. D. S., Braga, S. D. O., Poveda, V. D. B., & Sanchez, E. H. (2009). Início do Tratamento hemodialítico: qualidade de vida, sentimentos e dificuldades. *Journal of Nursing UFPE on line, 3*(2), 223-229. doi: 10.5205/01012007
- Santos, P. R. (2010). Correlation between coping style and quality of life among hemodialysis patients from a low-income area in Brazil. *Hemodialysis International 14*, 316-321. doi: 10.1111/j.1542-4758.2010.00449.x
- Santos, P. R., & Pontes, L. R. S. K. (2007). Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses. *Revista da Associação Médica Brasileira, 53*(4), 329-334. doi: 10.1590/S0104-42302007000400018
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 17*(3), 225-234. doi: 10.1590/S0102-37722001000300004
- Sociedade Brasileira de Nefrologia (2013). *Censo de Diálise* (internet). São Paulo. Recuperado de: <http://www.sbn.org.br/publico/censo>
- Sousa, M. R. G., Landeiro, M. J. L., Pires, R., & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência, 4*, 151-160.
- Takaki, J., Nishi, T., Shimoyama, H., Inada, T., Matsuyama, N., Kumano, H. & Kuboki, T. (2003). Interactions among a stressor, self-efficacy, coping with stress, depression, and anxiety in maintenance hemodialysis patients. *Behavioral Medicine, 29*(3), 107-12.

- Takaki, J., Nishi, T., Shimoyama, H., Inada, T., Matsuyama, N., Kumano, H. & Kuboki, T. (2005). Possible interactive effects of demographic factors and stress coping mechanisms on depression and anxiety in maintenance hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(3), 217-23.
- Urzúa, A., Pavlov, R., Cortés, R., & Pino, V. (2011). Factores psicosociales relacionados con la calidad de vida en salud en pacientes hemodializados. *Terapia Psicológica*, 29(1), 135-140. doi: 10.4067/S0718-48082011000100014
- Valcanti, C. C., Chaves, E. C. L., Mesquita, A. C., Denismar Alves Nogueira, D. A. & Carvalho, E. C. (2012). Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 838-45. doi: 10.1590/S0080-62342012000400008
- Valle, L. D. S., Souza, V. F. D., & Ribeiro, A. M. (2013). Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Estudos em psicologia (Campinas)*, 30(1), 131-38. doi: 10.1590/S0103-166X2013000100014
- Welch J. L. & Austin J.K. (2001) Stressors, coping and depression in haemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursering*, 33(2), 200-207.

Sobre os autores

Celine Lorena Oliveira Barboza de Lira é psicóloga residente do Programa De Residência Multiprofissional Integrada em Saúde – HC/UFPE. celine610@msn.com

Telma Costa de Avelar é mestre em Psicologia Cognitiva e Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco

José Maurício Haas Bueno é doutor em Psicologia e professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco

Recebido em: 13/04/2015

Revisado em: 13/07/2015

Aceito em: 27/07/2015