

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA SAÚDE

NATÁLIA BIANCHI VEARICK

**ESCALA DE *COPING* APLICADA A ACOMPANHANTES/FAMILIARES DE PACIENTES
COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO DIALÍTICO.**

Porto Alegre

2015

NATÁLIA BIANCHI VEARICK

**ESCALA DE *COPING* APLICADA A ACOMPANHANTES/FAMILIARES DE PACIENTES
COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO DIALÍTICO.**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação de Medicina e Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: ProfaDra Bartira Ercília Pinheiro da Costa

Co-orientadora: ProfaDra Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo

Porto Alegre

2015

NATÁLIA BIANCHI VEARICK

**ESCALA DE *COPING* APLICADA A ACOMPANHANTES/FAMILIARES DE PACIENTES
COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO DIALÍTICO.**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação de Medicina e Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: 26 de março de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Profº Drº Ivan Carlos Ferreira Antonello

Profº Drº Carlos Eduardo Poli de Figueiredo

Profº Drº Janete de Souza Urbanetto

RESUMO

Introdução: A Doença Renal Crônica de estágio V requer terapia de substituição da função renal. O tratamento dialítico demanda, quando possível, suporte por parte de acompanhantes /familiares.

Objetivos: Perfil de *Coping* de acompanhantes/familiares, segundo a Escala de *Coping* Jalowiec, bem como a percepção de apoio social e Escore de Comorbidade de Davies dos pacientes.

Tipo de Estudo: Trata-se de um estudo transversal prospectivo.

Amostra: Acompanhantes/familiares de pacientes com doença renal crônica em tratamento dialítico, bem como os próprios pacientes.

Materiais e Métodos: Foram utilizados os seguintes instrumentos de medida: Escala de *Coping* Jalowiec (afirmativas de escolha múltiplas), Escore de Comorbidade de Davies (0 a 7 pontos), Inventário de Rede de Suporte Social (0 a 40 pontos) e levantamento de dados sociodemográficos.

Resultados: Foram incluídos 138 indivíduos, sendo 69 acompanhantes/familiares, 69 pacientes, sendo que 48 pacientes aceitaram responder ao IRSS. A amostra dos acompanhantes/familiares caracterizou-se por 72,5% mulheres, 78,2% em “*União Estável*”, e grau de parentesco: cônjuge (53,6%), seguido de filho (a) 26,1%. Em relação à categoria de *Coping*, a mais frequente foi a *Focado no Problema* (78,0%) e a subcategoria predominante na ECJ foi o perfil *Sustentativo* (42,7%) e *Confrontivo* (24,4%). A análise dos pacientes mostrou que: 79,2% realizavam hemodiálise, 58,3% eram homens, 36,2% possuíam ECD >2 e, pelo IRSS, 83% perceberam muito apoio (35,5 + 5,1).

Conclusões: A estratégia de *Coping* dos acompanhantes/familiares independe do Escore de Comorbidade de Davies dos pacientes, bem como a relação entre a percepção de apoio social e os perfis de *Coping* Jalowiec.

PALAVRAS-CHAVE: adaptação psicológica, apoio social, relações familiares, comorbidade, diálise.

ABSTRACT

Introduction - The Chronic Kidney Disease Stage V requires substitution therapy of renal function. The dialysis demand treatment, where possible, support from caregivers / family members.

Objectives: Profile Coping caregivers / family members, according to Jalowiec Coping Scale (JCS), and the perception of social support and Score Davies Comorbidity (SDC) of patients.

Study Type: This is a prospective cross-sectional study.

Sample: Caregivers / family members of patients with chronic kidney disease on dialysis and patients themselves.

Materials and Methods: The following measuring instruments were used: Coping Scale Jalowiec (affirmative multiple choice), Score of Davies Comorbidity (0-7 points), Inventory Social Support Network (ISSN; 0-40 points) and lifting sociodemographic data.

Results - study included 138 subjects, 69 caregivers / family members, 69 patients, 48 patients agreed to respond to ISSN. The sample of caregivers / family members was characterized by 72.5% women, 78.2% in "Domestic Partnership", and kinship: spouse (53.6%), followed son of (a) 26.1%. In category Coping, the most frequent was the Focused Problems (78.0%) and the predominant subcategory JCS was the Sustentative profile (42.7%) and Confrontive (24.4%). The analysis of patients showed that: 79.2% had hemodialysis, 58.3% were men, 36.2% had SCD > 2 and at ISSN, 83% noticed a lot of support (35.5 + 5.1).

Conclusions: Coping strategy of caregivers / family members depend on the Score of Davies Comorbidity of patients, and the relationship between perceived social support and Coping Jalowiec profiles.

KEYWORDS: coping, social support, family, comorbidity, dialysis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Estrutura metodológica da pesquisa:.....	225
Figura 2: Distribuição dos perfis dos acompanhantes/familiares, segundo a Escala de Coping-Jalowiec:.....	268

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos acompanhantes/ familiares dos pacientes em tratamento dialítico.....	244
Tabela 2 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos pacientes em tratamento dialítico.	255
Tabela 3 – Média da pontuação alcançada nas subcategorias de <i>Coping</i> dos acompanhantes/ familiares dos pacientes em tratamento dialítico.	277
Tabela 4 – Correlação das subcategorias de <i>Coping</i> com o Inventário de Rede de Suporte Social.	277
Tabela 5 – Distribuição das categorias de <i>Coping</i> com o Escore de Comorbidade de Davies.....	28

LISTA DE SIGLAS

DM – *Diabete Mellitus*

DP – Diálise Peritoneal

DRC – Doença Renal Crônica

ECJ – Escala de *Coping* Jalowiec

ECD – Escore de Comorbidade de Davies

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HD – Hemodiálise

IRSS – Inventário de Rede de Suporte Social

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

RBT – Registro Brasileiro de Transplantes

SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS – Terapias Renais Substitutivas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1 DOENÇA RENAL.....	12
2.2 TERAPIAS RENAIIS SUBSTITUTIVAS (TRS)	12
2.2.2 Diálise Peritoneal e Transplante	13
2.2.2 Hemodiálise.....	14
2.3 FAMÍLIA E DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	16
2.4 COPING.....	17
2.4.1 Coping-Jalowiec	17
2.5 INVENTÁRIO DE REDE DE SUPORTE SOCIAL.....	18
2.6 ESCORE DE COMORBIDADE DE DAVIES	19
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	20
3.1 DELINEAMENTO	20
3.2 SUJEITOS DA PESQUISA.....	20
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	20
3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	20
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	20
3.6 COLETA DE DADOS.....	21
3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	23
4. RESULTADOS	24
5. DISCUSSÃO	29
6. CONCLUSÕES	31
Referências Bibliográficas	32
APÊNDICE A.....	36
APÊNDICE B	38
APÊNDICE C	40
ANEXO A.....	41
ANEXO B.....	43

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo propõem avaliar, segundo a Escala de *Coping* Jalowiec, os acompanhantes/familiares de pacientes em tratamento dialítico. Durante a busca teórica para a realização deste trabalho, não foram encontrados artigos sobre *Coping* avaliando os acompanhantes/familiares dos referidos pacientes, somente *Coping* nos próprios pacientes em hemodiálise. Frente a isso, surgiu a possibilidade de pesquisar os tipos e subtipos de enfrentamento, aplicando a Escala de *Coping* Jalowiec (ECJ) nos acompanhantes/familiares de pacientes em tratamento dialítico, e o Inventário de Rede de Suporte Social (IRSS) nos pacientes, avaliados também por sua condição clínica pelo Escore de Comorbidade de Davies (ECD).

Coping é uma estratégia de enfrentamento de problema utilizada pelos indivíduos em situações adversas (LAZARUS, 1984). O suporte social avaliado diz respeito a que tipo de percepção de apoio o paciente sente oferecido pelo seu acompanhante/familiar. O apoio social é aqui definido como a capacidade do indivíduo em ofertar laços afetivos, apoio emocional e financeiro, comunicar-se, entre outros (FONSECA, 2008). Comorbidade é definida como um agravante da doença de base apresentada pelo paciente, em diálise, que comumente se apresenta como: doenças cardiovasculares, infecções pelos vírus da Hepatite B e C, entre outras (BARBOSA, 2006).

Assim sendo, se tem como hipótese que o ECD dos pacientes interfere na capacidade de enfrentamento, medida por *Coping*, dos acompanhantes/familiares de pacientes em tratamento dialítico. Os objetivos são:

- 1 - descrever as variáveis sociodemográficas da amostra de pacientes e acompanhantes/familiares;
- 2 - identificar o perfil de enfrentamento dos acompanhantes/familiares dos pacientes em tratamento dialítico utilizando a ECJ,
- 3 - descrever qual a percepção de suporte social que o paciente identifica estar recebendo desse acompanhante/familiar;
- 4 - caracterizar, nos pacientes, comorbidades segundo o escore de Davies;
- 5 - relacionar o suporte social com as categorias de enfrentamento dos acompanhantes/familiares;

6 - associar o perfil de enfrentamento dos acompanhantes/familiares com o Escore de Comorbidade de Davies dos pacientes;

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DOENÇA RENAL

A doença renal pode desencadear-se quando há falha em um ou mais mecanismos de função renal. Podendo manifestar-se de forma aguda ou crônica. A lesão renal aguda é caracterizada pela perda rápida e temporária da função renal, por causas diversas como: trauma, desidratação grave, queimaduras extensas, entre outras. (KDOQI, 2014)

A doença renal crônica ((DRC) divide-se em cinco estágios, classificada em causa, taxa de filtração glomerular (TFG) e taxa de albuminúria. Segundo as diretrizes publicadas no *Kidney International Supplements* em 2013, a DRC grau 5, apresenta um ou mais dos seguintes danos aos marcadores renais no paciente por mais de três meses, com implicações para a saúde: albuminúria e alterações tubulares, anormalidades, como: no sedimento urinário, nos eletrólitos, detectadas pela histologia e estruturais detectadas por imagem, história de transplante renal e taxa de filtração glomerular inferior a 60 ml/min/1.73 m², este último sendo considerado como o melhor índice de função renal. (KDIGO, 2013, p.3 e 5)

Os principais fatores para desenvolvimento de DRC são: pessoas portadoras de *Diabete Mellitus* (DM), doenças cardiovasculares, especialmente a hipertensão arterial sistêmica (HAS), doenças estruturais dos rins, lupus eritematoso sistêmico, doença renal hereditária, como rins policísticos, história familiar de DRC, uso frequente ou contínuo de medicamentos ou drogas nefrotóxicas, ou doenças que possam ocasionar hematúria e proteinúria. (KDIGO, 2013)

2.2 TERAPIAS RENAIIS SUBSTITUTIVAS (TRS)

2.2.1 Escolha do Tratamento Dialítico

Segundo o Ministério da Saúde (BRASILd, 2013), cerca de 83,4 mil pacientes fazem uso do serviço de diálise, dentre estes, 90% realizam hemodiálise. Somente em 2012 foram realizadas cerca de 12 milhões de sessões de hemodiálise pela rede pública de saúde do Brasil, sendo que, até o momento, existem 686 serviços de nefrologia em funcionamento a nível federal.

O Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2013 diz que o total estimado, para aquele ano, de pacientes em tratamento dialítico é de 100.397 pessoas, sendo que 84% destes pacientes são usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), 62,6% estão na faixa etária entre 19 e 64

anos, 58% são do sexo masculino, 90% realizam hemodiálise, taxa de mortalidade foi de 17,9%. tendo como diagnósticos-base mais apontados a HAS (35%) e a DM (30%), (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA,2013)

Na Portaria 1168 de 2004 (BRASILb, 2004) que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, rege sobre os direitos do paciente e sobre as instituições que oferecem atenção e tratamento, devendo as mesmas promover a universalidade, a equidade e o acesso às diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva (TRS).

2.2.2 Diálise Peritoneal e Transplante

Embora o número de pacientes em diálise peritoneal (DP) tenha sido pequeno no presente estudo, serão descritos os conceitos de ambas TRS neste capítulo.

A DP é um método que utiliza os capilares sanguíneos do interstício peritoneal como filtro, através da infusão do líquido de diálise para a cavidade abdominal por um cateter específico, que é implantado cirurgicamente e com um preparo específico. A primeira tentativa de DP foi em 1923 através de infusão salina em paciente com lesão renal aguda, mas sem sucesso. Diversas tentativas foram feitas durante décadas para adaptação da técnica e diminuição das complicações, até que em 1976, em Seattle, a DP se tornou uma prática efetiva. (RIELLA, 2008)

A partir da infusão de líquido de diálise na cavidade abdominal, pelo cateter Tenckhoff, por um período de transferência para que ocorra a filtração de solutos e toxinas, através dos capilares peritoneais. Após, é feita a retirada do líquido pelo mesmo cateter. Este processo pode ocorrer por gravidade de quatro a seis vezes ao dia, conforme a necessidade do paciente, ou por cicladora no período noturno, por um período de até nove horas contínuas. A DP não necessita que o paciente compareça à Unidade de Diálise para realizar o processo dialítico, dando mais autonomia ao doente renal crônico, facilitando o cotidiano do paciente e de sua família, pois o paciente tem maior disponibilidade para suas atividades e pode realizar o processo dialítico sozinho, embora um dos familiares deva saber o processo, caso o paciente não consiga realizar em algum momento. (OLIVER & QUINN, 2008; RIELLA, 2008).

Para que haja sucesso nessa terapia, deve-se dar atenção à prevenção de infecções, que, segundo Piraino e colaboradores (2011) consiste em infecção de saída do cateter, infecção no lúmen e peritonite. Sendo a última uma importante causa de abandono do tratamento, fazendo com que o paciente migre para a HD, embora somente 4% dos óbitos de pacientes em DP ocorram pela

peritonite. A constante revisão da técnica e cuidados é abordada mundialmente através das Diretrizes da Sociedade Internacional de Diálise Peritoneal.(LI, 2010; PIRAINO, 2011)

Estudos apontam que a DP deve ser a primeira linha de tratamento dialítico do paciente renal crônico, por apresentar melhor controle cardiovascular, preservação de leitos vasculares e função renal residual e melhor equilíbrio fisiológico, entre outras. (LI et al, 2007; WANCOWICZ, 2009)

Segundo o Registro Brasileiro de Transplantes (RBT), veículo oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), o Brasil é o segundo país, em 31 países, em número absoluto de transplantes renais em 2011. Ainda pelo RBT, em 2012 foram realizados 5.385 transplantes renais, sendo que 3.897 destes foram de doador falecido. O Brasil tem uma população de 190,8 milhões de habitantes, sendo que destes, 27,3 milhões estão na Região Sul, onde foram realizados 1.226 transplantes renais em 2012. Estão em lista de espera para transplante renal 2.433 pacientes nesta região, sendo que 1.046 são do Rio Grande do Sul. (ABTO, 2012).

Segundo o Manual de Transplante Renal da ABTO (2012) e o Sistema de Lista Única (BRASILc, 2001), o paciente deve ser incluído em lista única de espera de transplante, em até noventa dias após ser diagnosticado e indicado o procedimento, devendo o paciente manter seu cadastro sanguíneo atualizado, para quando surgir à possibilidade do transplante. O paciente que não possuir acesso para diálise entrará em lista como caráter de urgência.

2.2.3 Hemodiálise

A hemodiálise (HD) consiste em filtrar o sangue do organismo através de um dialisador, que se encontra em um circuito de circulação extracorpórea fazendo o papel do rim, eliminando metabólitos e excesso de líquido e repondo eletrólitos necessários através de um acesso vascular adequado. O acesso pode ser uma fístula arteriovenosa, geralmente inserida em membros superiores, ou ainda, um cateter venoso central de duplo lúmen, geralmente inserido na subclávia ou jugular, para uso provisório. Uma das complicações comuns da terapia, diz respeito à necessidade do paciente retirar líquido excessivo durante a sessão de hemodiálise, podendo levar a uma hipotensão com complicações posteriores à sessão diária, comprometendo seu ritmo de vida após a sessão. (RIELLA, 2008)

Atualmente, o paciente é submetido, na grande maioria de centros de diálise, a sessões de hemodiálise convencional, ou seja, de três vezes por semana, com durabilidade em torno de quatro horas, geralmente, em esquemas de segundas, quartas e sextas-feira ou terças, quintas e sábado, variando os horários das sessões conforme rotina das unidades, por exemplo: o paciente pode realizar sua terapia pela manhã, pela tarde ou pela noite, conforme for melhor para si e houver disponibilidade na unidade. (BRASILa, 2013; MATOS, 2010)

As implicações deste tratamento para a qualidade de vida do paciente estão, intimamente ligadas ao seu comprometimento com o tratamento, bem como com a ajuda de seus acompanhantes/familiares. Segundo Martins (2005), os pacientes em hemodiálise, tendem ao sedentarismo e piora da qualidade de vida por ser um tratamento que acarreta mudanças na rotina e hábitos de vida e por, segundo a sua pesquisa, os pacientes referirem dificuldades para realização de atividades domésticas, de trabalho e atividades práticas. Guedes (2012) refere que a piora na qualidade de vida está relacionada ao sexo, prevalecendo os pacientes do sexo masculino, ao aumento no tempo de tratamento e ainda a idade avançada dos pacientes.

Silva (2011) observou sentimentos ambíguos dos pacientes em relação ao tratamento, em que observa-se as dificuldades do paciente, como a mudança nos hábitos de vida, o medo da dependência física e financeira de seus familiares, mas também que o paciente podia manter o tratamento na esperança de realizar um transplante. Os sentimentos observados no estudo eram negação, frustração e indignação, principalmente no início do tratamento, que se modificam através do processo de conhecimento e enfrentamento da doença. Assim, neste estudo foi observado que há melhora na qualidade de vida, quando há aceitação do diagnóstico e apoio familiar.

Gerogianni e Babatsikou (2013), ressaltaram que mudanças no cotidiano dos pacientes como: readequação da dieta, restrição hídrica, reinternações hospitalares frequentes por comorbidades causadas pelo tratamento, ou por falta de adequação a este, aumento dos gastos financeiros, entre outros, contribuem para angústia dos pacientes e doenças psicológicas. Feroze e colaboradores (2012) identificaram que a depressão e a ansiedade podem ser vistas como comorbidades relevantes, que prejudicam a adequação ao tratamento, e estão ligadas à má qualidade de vida destes pacientes. Johnson e Dwyer (2008), relataram que grande parte da população que faz hemodiálise, não realiza tratamento psicológico por desconhecimento dos sintomas ou por falta de oferta por parte dos centros de tratamento dialítico, com isso pode acarretar em risco para suicídio, perda da qualidade de vida e aumento da mortalidade nesta população. O estudo de Hmve e colaboradores (2014) identificou que 50% da amostra apresentava distúrbios psicológicos e de

angústia, e que, para a melhora da qualidade de vida dos pacientes, há necessidade de tratamentos psicológicos e no estudo citado. Foi evidenciado também a melhora dos quadros de depressão com a terapia de acupuntura.

2.3 FAMÍLIA E DOENÇA RENAL CRÔNICA

No início do século passado, via-se a família como um núcleo de homem e mulher, casados judicialmente e com filhos, em que o homem era o provedor desse núcleo e que a esposa só poderia se tornar a chefe, caso o marido se ausentasse sem se saber paradeiro, estivesse em situação prisional, entre outras, conforme a Lei Nº 3071 de 1916. Esta foi revogada em 2002 pela Lei N º10.406, que ainda determina que o casal seja formado pela figura de um homem e uma mulher, porém aceita graus de parentesco, sem consanguinidade, somente por afinidade aos pais, filhos e irmãos da outra parte. (BRASILd, 1916; BRASILE, 2002)

Já a Lei Nº 11.340 (BRASILf, 2006), conhecida como Lei Maria da Penha, diz que se entende por família as pessoas que se consideram parentes, seja por laços sanguíneos, por vontade ou por afinidade, ou seja, absorvendo o contexto atual de diversos núcleos familiares, em que a união pode ser puramente afetiva. Corroborado pelos dizeres de Elsen (2002, pg. 157): “A família é constituída pela comunhão do ser-com-o-outro, em que as premissas básicas da relação são o afeto, a lealdade, a responsabilidade com o outro (...)”, reforçando o princípio de escolha e afinidade.

A família é composta por diversas pessoas, com diferentes laços que os ligam, sejam sanguíneos ou afetivos. A pessoa doente, por vezes, estreita esses laços com algumas pessoas de seu convívio, seja por fazerem parte do tratamento ou pelo acompanhamento durante a evolução da doença. No caso da DRC, as sessões de hemodiálise necessitam que o paciente esteja acompanhado durante as sessões, que como mencionado anteriormente, são, em torno de, três vezes na semana, com duração aproximada de quatro horas cada. Com isso, o paciente e seu acompanhante/familiar por vezes deixam de realizar atividades cotidianas que, anteriormente ao tratamento, eram importantes, tais como: atividades sociais, econômicas, físicas, afetando o convívio de todos. (HENRIQUES, 2008)

O tratamento da DRC com DP, oferece mais autonomia ao paciente, pois o mesmo pode realizar na própria residência, porém, como já mencionado, são de quatro a seis vezes ao dia. O paciente pode realizá-las sozinho, mas, por vezes, por motivos físicos ou mentais, o paciente necessita que um acompanhante/familiar tenha que se responsabilizar por essa atividade.

O papel da família no enfrentamento das situações que uma doença como a DRC é fundamental, não só para o tratamento clínico, mas também, para a promoção do bem-estar e conforto de todos diante de uma situação permanente. Conforme Elsen (2002), a família se torna responsável pela saúde e controle do tratamento do doente, para que este se mantenha estável, o que é corroborado por Stumm e colaboradores (2013), em que a família se torna fundamental no processo de agravo à saúde.

Um estudo realizado no Canadá mostrou que as famílias tomaram para si muitas das responsabilidades, como gestão do tratamento do paciente e formas de lidar com as comorbidades, bem como o fato de apoiar o paciente em qualquer necessidade, desde locomoção a auxílio no tratamento e apoio emocional, interferindo na vida do cuidador e causando fadiga. (BEANLANDS et al, 2005; LUK, 2002)

2.4 COPING

Segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), *Coping* é identificado como “Adaptação Psicológica”, sendo definido como: “*um estado de harmonia entre as necessidades internas e demandas externas e os processos utilizados para alcançar esta condição*”

Lazarus (1984) define *Coping* como uma estratégia de enfrentamento de problema, ou seja, uma mudança constante do indivíduo, em situações adversas, de forma cognitiva e comportamental. É um processo orientado pelo gerenciamento do esforço da pessoa frente à situação estressante que está passando, não sendo utilizado o pensamento automatizado. O indivíduo se posiciona de forma que possa melhor enfrentar a situação naquele momento. Existem funções e resultados de *Coping*, as funções se referem aos propósitos de estratégias de enfrentamento, já os resultados são os efeitos que a estratégia tem. (LAZARUS, 1984)

O *Coping* é abordado em duas formas: Focado na Emoção e Focado no Problema. *Coping* Focado na Emoção, a pessoa desenvolve formas cognitivas para resolução de problemas, fantasiando ou envolvendo as emoções e sentimentos neste processo. O *Coping* Focado no Problema envolve estratégias que tentam resolver, conforme os agentes estressores no ambiente, de forma prática e objetiva. (LAZARUS, 1984; TELLES-CORREA et al, 2008, BAGHERIAN, 2009).

2.4.1 Coping-Jalowiec

A Escala de *Coping-Jalowiec* (ANEXO A) é uma lista de afirmativa, composta por 60 itens, e tem por objetivo identificar as estratégias de enfrentamento quando há elementos estressores, sendo assim, a pessoa assinala as questões que está identificando com o seu problema naquele

momento. Conforme a análise do que o participante assinala, ele é classificado em dois tipos de *coping*, um focado no problema e outro focado na emoção e oito subtipos de enfrentamento, que são: confrontivo (resolve o problema combatendo-o), evasivo (afasta-se afetivamente do problema), otimista (mantém pensamentos positivos frente ao problema), fatalista (mantém pensamentos pessimistas em relação ao problema), emotivo (expressa emoções relacionadas ao problema), paliativo (relativiza o problema), sustentativo (utiliza suporte pessoal, profissional e/ou espiritual de enfrentamento do problema) e autoconfiante (procura enfrentar sozinho o problema). (JALOWIEC, 1984; GALDINO, 2000)

As afirmativas da Escala de *Coping-Jalowiec* são divididas da seguinte forma: confrontivo (10 afirmativas, sendo elas: 4, 13, 16, 25, 27, 29, 33, 38, 43 e 45), evasivo (13 afirmativas, sendo elas: 7, 10, 14, 18, 20, 21, 28, 35, 40, 48, 55, 56 e 58), otimista (9 afirmativas, sendo elas: 2, 5, 30, 32, 39, 47, 49, 50 e 54), emotivo (5 afirmativas, sendo elas: 1, 8, 24, 46 e 51), paliativo (7 afirmativas, sendo elas: 3, 6, 26, 34, 36, 44 e 53), sustentativo (5 afirmativas, sendo elas: 11, 15, 17, 42 e 59), fatalista (4 afirmativas, sendo elas: 9, 12, 23 e 60) e autoconfiante (7 afirmativas, sendo elas: 19, 22, 31, 37, 41, 52 e 57). O método de enfrentamento, *Focado no Problema*, engloba os subtipos: confrontivo, sustentativo, evasivo e fatalista os demais subtipos se encaixam no *Coping Focado na Emoção*. (JALOWIEC, 1984; GALDINO, 2000; STUMM, 2013)

Esta escala foi traduzida e validada em um estudo com idosos saudáveis, por Galdino em 2000, para obtenção do grau de Mestre na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

2.5 INVENTÁRIO DE REDE DE SUPORTE SOCIAL

O suporte social tem por definição a percepção que a pessoa tem da assistência disponível, seja ela emocional, prática ou em rede. O suporte social tem papel importante em situações como doenças crônicas e relações de bem-estar, para manutenção do tratamento e qualidade de vida. (ARAGÃO, 2009; GARCIA, 2013)

O suporte social avaliado diz respeito a que tipo de percepção de apoio que o paciente sente oferecido pelo seu acompanhante/familiar, o apoio social é aqui definido como a capacidade do indivíduo em ofertar laços afetivos, apoio emocional e financeiro, comunicar-se, entre outros (FONSECA, 2008).

O Inventário de Rede de Suporte Social (IRSS) (ANEXO B) é composto por 10 questões, com cinco respostas cada, em Escala de Lickert crescente, em que o indivíduo percebe o apoio que

está recebendo e o classifica desde nenhum apoio até muito apoio. Foi traduzida para o português e validada em um estudo realizado com 120 pacientes em tratamento para Câncer de Mama, por Lima e colaboradores (2005). O presente instrumento é autoaplicável, e consiste na escolha de até cinco integrantes da rede social ao qual o entrevistado faça parte, determinado pelo mesmo o seu grau de importância. (FLAHERTY et al, 1983; LIMA et al, 2005)

2.6 ESCORE DE COMORBIDADE DE DAVIES

As comorbidades ligadas ao doente renal crônico são comuns e podem agravar o quadro geral do paciente, podendo interferir no seu cotidiano e de sua família. Comorbidade é definida como um agravante da doença de base apresentada pelo paciente em diálise. (BARBOSA, 2006).

O estudo de Davies e colaboradores (1995), através de um escore que classifica as comorbidades dos pacientes como leve, moderada e grave, avaliou o impacto das comorbidades no tratamento de diálise, na dieta do paciente e na sobrevivência de pacientes em DP. Esse estudo evidenciou a necessidade de se identificar as comorbidades relevantes aos pacientes em diálise, para adequar melhor o tratamento, podendo observar as possíveis complicações através da identificação precoce de complicações.

O Escore de Comorbidade de Davies (ECD): composto por sete itens identificáveis através da história da doença pregressa e atual do paciente, em que cada item corresponde a um ponto, os itens são os seguintes: doença cardíaca isquêmica, disfunção ventricular esquerda, doença vascular, malignidade, DM, doença vascular do colágeno e outra patologia significativa (ex.: HIV, HCV, etc.). O paciente pode ser classificado de zero (nenhuma comorbidade relevante) à >2 (duas ou mais comorbidades relevantes) conforme a soma dos pontos referentes às comorbidades. (DAVIES et al, 1995; FRIED et al, 2003).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO

Estudo descritivo transversal contemporâneo.

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Este estudo foi aplicado a acompanhantes/familiares dos pacientes em tratamento dialítico na Unidade de Diálise do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (HSL/PUCRS) que preencheram os critérios de inclusão e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), bem como os pacientes da respectiva Unidade que assinaram o TCLE (APÊNDICE B). Foram entrevistados 117 indivíduos, sendo 48 pacientes e o restante acompanhantes/familiares. Todos os participantes foram convidados pela pesquisadora a participar desta pesquisa. Atualmente, em torno de 140 pacientes realizam tratamento dialítico nesta unidade.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo acompanhantes/familiares de pacientes renais crônicos em tratamento de DP ou HD, bem como os próprios pacientes, que:

- aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE;
- tinham mais que 18 anos de idade e eram alfabetizados.
- estavam realizando tratamento dialítico fixo no Serviço de Nefrologia do HSL;

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos do estudo acompanhantes/familiares e pacientes que solicitaram sua exclusão.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

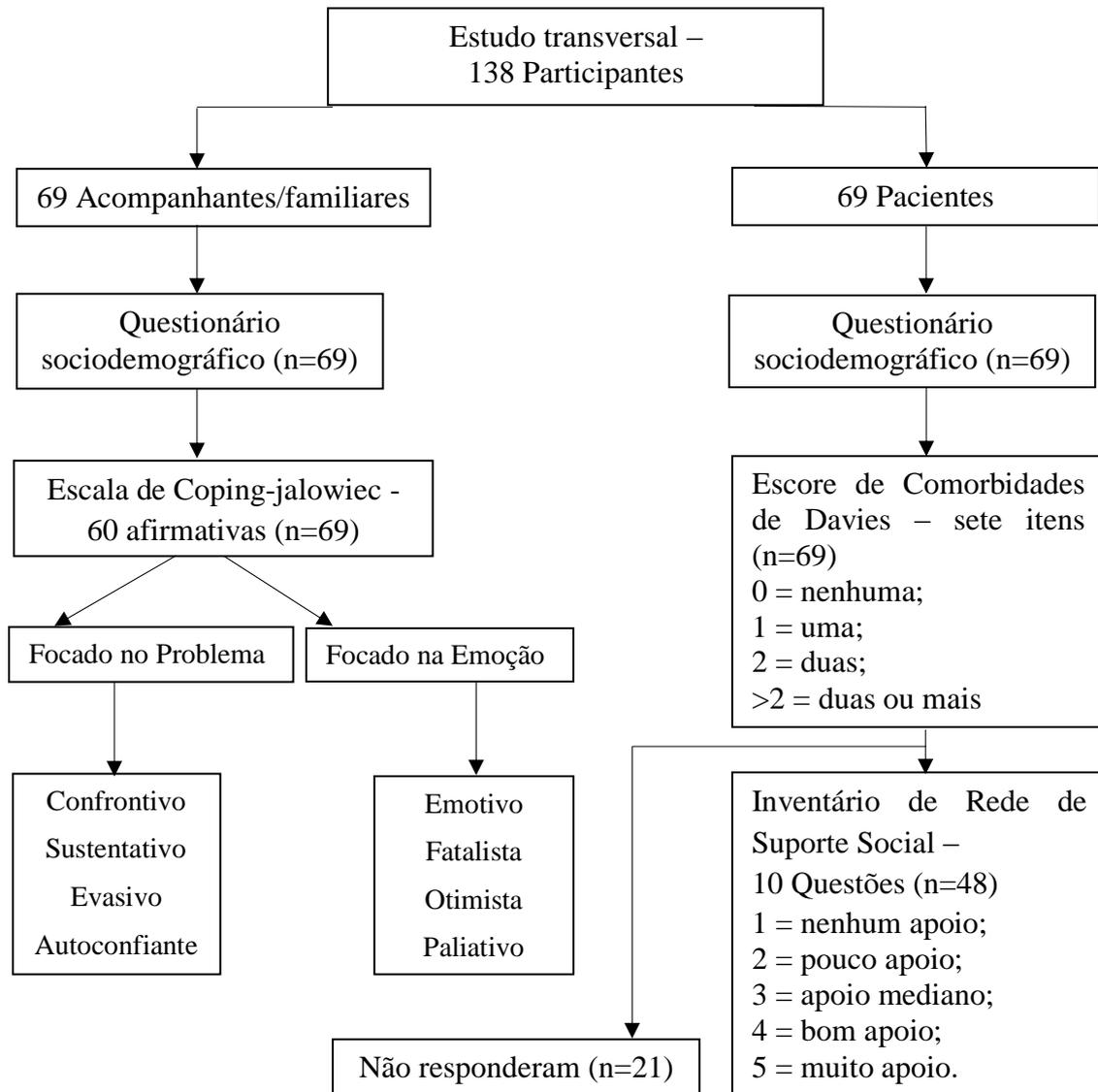
A pesquisa foi submetida à Comissão Científica e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HSL/PUCRS, e recebeu a aprovação dos mesmos, tendo número de protocolo do CEP: #397.006. A pesquisa foi realizada a partir do consentimento dos participantes através da assinatura prévia do TCLE.

3.6 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no ambiente hospitalar, nos dois grupos conforme disponibilidade do acompanhante/familiar e do paciente, utilizando três instrumentos: um questionário com informações sociodemográficas (APÊNDICE C) e a Escala de *Coping-Jalowiec* no acompanhante/familiar, bem como o Inventário de Rede de Suporte Social no paciente. Sendo que, quando o paciente não possuía acompanhante/familiar, ou o mesmo não estava disponível para realização da pesquisa, também foi aplicado o questionário com informações sociodemográficas no paciente. O ECD foi obtido através de consulta aos prontuários dos pacientes, mantendo-se total e absoluto sigilo sobre as informações obtidas.

O questionário com informações sociodemográficas foi aplicado pela própria pesquisadora, e os Instrumentos: ECJ e IRSS eram autoaplicáveis. As classificações de *Coping*, suporte social e comorbidades foram feitas segundo a pontuação atingida nos questionários utilizados. A Figura 1 apresenta a estrutura metodológica do estudo.

Figura 1: Estrutura metodológica da pesquisa:



3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente, foi realizada análise descritiva das características sociodemográficas, calculando frequência absoluta e relativa, média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo. A Análise descritiva foi realizada nos dados sociodemográficos, sendo os resultados apresentados em número absoluto e percentual.

Na Escala de *Coping-Jalowiec*, a prevalência das categorias mais relevantes foi feita através da marcação de mais de 50% das questões correspondentes em cada categoria, e no Inventário de Rede de Suporte Social foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson.

Para determinar se as diferenças e associações encontradas são estatisticamente significativas, utilizou-se o nível de significância de 5%. Assim consideraram-se como significativas relações cuja probabilidade de significância do teste, p-valor, é menor ou igual a 0,05 em todas as análises estatísticas.

4. RESULTADOS

As características dos acompanhantes/familiares, bem como dos pacientes, estão apresentadas nas Tabelas 1 e 2, respectivamente. Na amostra de acompanhantes/familiares o sexo feminino foi mais frequente, ao contrário dos pacientes. A média de idade foi sete anos mais elevada nos pacientes que nos acompanhantes/familiares. A situação conjugal mais comum foi “União Estável”, igualmente distribuída nos dois grupos analisados. A mediana do tempo de tratamento dos pacientes e do acompanhamento por parte dos acompanhantes/familiares foi semelhante. O escore do IRSS mostrou que os pacientes percebem receber *muito apoio social*.

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos acompanhantes/familiares dos pacientes em tratamento dialítico.

Acompanhantes/familiares (n = 69)		N (%)
Tratamento	Hemodiálise	44 (63,7)
Sexo	Feminino	50 (72,5)
Idade *	Anos	50,8 ± 15,0
Situação conjugal	União estável	54 (78,2)
Nível de Escolaridade	(Ensino Médio)	47 (68,1)
Situação profissional	Ativo	33 (47,8)
Renda familiar	> Três salários mínimos	35 (50,7)
Vínculo	Cônjuge	37 (53,6)
	Filho (a)	18(26,1)
Dependentes	Sim	35 (50,7)
Nº Dependentes **		1,0 (0,0;1,0)
Tempo de acompanhamento**	Em meses	36,0 (16,0;66,0)
Nº de acompanhantes	1	27 (39,1)
	>2	30 (43,4)

*Média ±Desvio Padrão

**Mediana (p25; p75)

Tabela 2 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos pacientes em tratamento dialítico.

	Pacientes (n = 48)	N (%)
Tratamento	Hemodiálise	38 (79,2)
Sexo	Masculino	28 (58,3)
Idade*	Anos	57,5 ± 17,8
Situação Conjugal	União estável	37 (77,1)
Tempo de tratamento**	Em meses	36,0 (17,2;60,0)
Nº acompanhantes	>1	42 (87,5)
IRSS***	0 - 40	35,46 ± 5,10

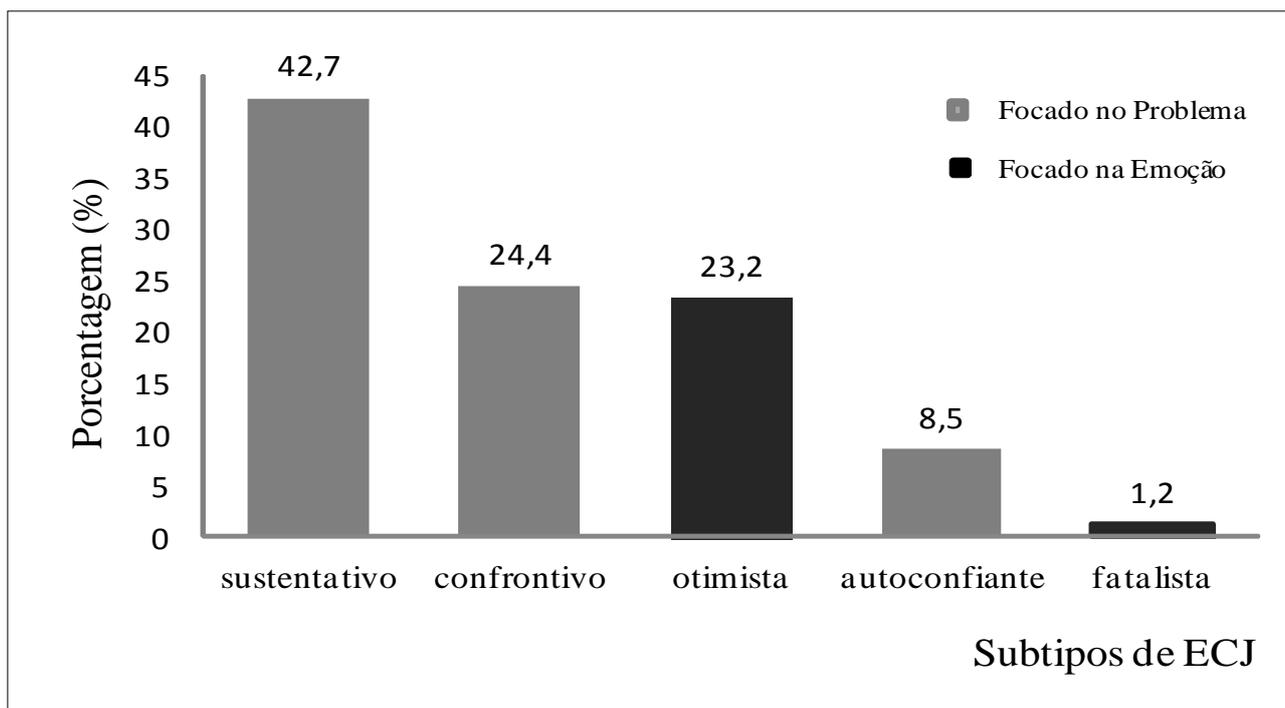
*Média ± Desvio Padrão

** Mediana (p25; p75)

*** Inventário de Rede de Suporte Social

Com relação ao *Coping*, dentre as oito subcategorias, o perfil *Sustentativo* foi o mais prevalente; o menos foi o *Fatalista*. Os acompanhantes/familiares dos pacientes em tratamento dialítico se mostraram mais *Focados no Problema* do que na *Emoção*, como mostra a Figura 2.

Figura 2: Distribuição dos perfis dos acompanhantes/familiares, segundo a Escala de Coping-Jalowiec.



Como a ECJ era composta por afirmativas de livre escolha, ou seja, o participante podia marcar a que mais se identificava no momento da entrevista, foi possível obter a média e o desvio padrão da pontuação das afirmativas assinaladas de cada subcategoria de *Coping*, como mostra a Tabela 3. A pontuação média da subcategoria Confrontivo foi a mais alta na categoria Focado no Problema, já na Focado na Emoção foi a Otimista. Contudo, considerando os dados proporcionais, as cinco afirmativas da subcategoria Sustentativo foram as mais assinaladas pelos acompanhantes/familiares.

Tabela 3 – Média da pontuação alcançada nas subcategorias de *Coping* dos acompanhantes/familiares dos pacientes em tratamento dialítico.

Subcategorias de <i>Coping</i>	Afirmativas (n=60)	Acompanhantes/familiares (n=69) Média e Desvio Padrão
Focado no Problema	35	
<i>Confrontivo</i>	10	6,8 ±2,2
<i>Evasivo</i>	13	3,3 ±2,3
<i>Autoconfiante</i>	7	2,1 ±1,4
<i>Sustentativo</i>	5	3,8 ±1,9
Focado na Emoção	25	
<i>Otimista</i>	9	6,1 ±1,9
<i>Emotivo</i>	5	1,3 ±0,6
<i>Fatalista</i>	4	0,6 ±1,0
<i>Paliativo</i>	7	2,1 ±1,4

Apenas a subcategoria Otimista teve correlação (positiva) com o escore do IRSS, nenhuma outra subcategoria apresentou correlação estatística significativa. Os dados estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Correlação das subcategorias de *Coping* com o Inventário de Rede de Suporte Social (n = 48).

Subcategorias de <i>Coping</i>	Correlação de Pearson	Probabilidade
<i>Confrontivo</i>	- 0, 260	0, 074
<i>Evasivo</i>	- 0, 034	0, 821
<i>Otimista</i>	- 0, 305	0, 035*
<i>Emotivo</i>	0, 070	0, 635
<i>Paliativo</i>	- 0, 221	0, 131
<i>Sustentativo</i>	- 0, 140	0, 342
<i>Fatalista</i>	- 0, 107	0, 470
<i>Autoconfiante</i>	- 0, 102	0, 490

*Correlação com significância $p < 0, 05$

Quando foi testada a correlação entre ECD e ECJ, notou-se que a maioria dos acompanhantes/familiares eram Focados no Problema, independentemente do ECD. A amostra de acompanhantes/familiares Focados na Emoção era tão baixa (22% dos participantes) que mesmo a

queda do número de acompanhantes/familiares Focados na Emoção, de quem não tinha comorbidades para quem tinha comorbidades, não foi suficiente para provar essa correlação. (Tabela 5)

Tabela 5 – Distribuição das categorias de *Coping* com o Escore de Comorbidade de Davies (n = 69).

Escore de Davies	Focado no Problema	Focado na Emoção	Total (N = 69)
	N (%)	N (%)	N (%)
0 - 2	32 (59)	12 (80)	44 (64)
>2	22 (41)	3 (20)	25 (36)
Total	54 (78)	15 (22)	69 (100)

5. DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostraram que os acompanhantes/familiares de pacientes em tratamento dialítico utilizam predominantemente estratégias de *Coping Focados no Problema*. Os pacientes referiram receber muito apoio social, sugerindo que se sentem atendidos, pelos acompanhantes/familiares, nas necessidades que o tratamento demanda. O perfil de *Coping* dos acompanhantes/familiares independe do número de comorbidades dos pacientes. A busca por referências em bases de dados eletrônicas, não detectou artigos sobre *Coping* avaliado em acompanhantes/familiares dos pacientes em estudo, somente *Coping* nos próprios pacientes em hemodiálise.

Como nossos resultados, estudos com familiares de pacientes em tratamento intensivo mostraram que a subcategoria de *Coping* predominante foi o *Sustentativo* (STUMM, 2013) apesar de tratar-se de situações clínicas diferentes, uma intensiva e outra crônica. Já em estudos realizados com pacientes em hemodiálise, os mesmos se mostraram, em maioria, *Focados na Emoção* (BOTELHO, 2011). No presente estudo, esse diagnóstico só foi feito nos acompanhantes/familiares que se caracterizaram por serem predominantemente *Focados no Problema*. Considerando que os pacientes do presente estudo sentem-se apoiados pelos acompanhantes, parece haver uma complementaridade nos perfis *Focado no Problema* e *Emoção* em cada grupo. Adicionalmente, a subcategoria *Sustentativo*, a mais assinalada pelos acompanhantes/familiares, parece apresentar-se desta forma porque, dentre as demais que compõem o *Coping Focado no Problema*, é a que se caracteriza por oferecer suporte de enfrentamento do problema. Em estudo com pacientes submetidos a procedimento cardíaco predominou a subcategoria *Sustentativo (Focado no Problema)* (UMANN, 2010) diferente de pacientes em tratamento de hemodiálise (BOTELHO, 2011). Segundo Rodrigues (2011), em um estudo realizado em Portugal com cuidadores informais de pacientes em hemodiálise, com uma amostra de 60 pessoas que responderam ao Índice de Avaliação das Estratégias de *Coping* do Cuidador Informal (CAMI), sendo composto por 38 afirmativas, mostrou predominantemente o sexo feminino, mas estratégias de enfrentamento diferentes dos analisados nesta pesquisa. No artigo citado, a amostra foi mais significativa no “Lidar com os sintomas do *Stress*”, do que “Lidar com situações adversas/Resolução de problemas”, que correspondem ao *Coping Focado na Emoção* e *Coping Focado no Problema*, respectivamente, como descrito nesta pesquisa, ambos baseados no estudo de Lazarus e Folkman (1986).

A correlação inversa entre a percepção do apoio social dos pacientes e o perfil Otimista dos acompanhantes/familiares justifica-se por não ser necessário a manifestação de expressões otimistas para pacientes que espontaneamente percebem-se apoiados. Esperávamos que, pelo menos, a subcategoria *Confrontiva* variasse inversamente com a percepção de apoio social, contudo nosso tamanho amostral não foi grande o suficiente para alcançar esta significância, que no nosso trabalho foi de 0,074. A opção por compor a amostra oriunda de apenas uma Unidade de Diálise visou manter a homogeneidade do grupo estudado.

No que diz respeito ao suporte social, as redes de ligações pessoais dos pacientes podem interferir de forma positiva no tratamento e cuidado, tanto pela família, quanto pelo próprio paciente. Um estudo realizado em 2008 mostra que o apoio social percebido pode minimizar o aparecimento de comorbidades (FONSECA, 2008). Uma pesquisa realizada na China (LIN, 2013), incentiva a rede social do paciente (familiares, amigos, cuidadores, etc.), afirmando que, quanto mais apoiado o paciente for, tanto melhor podem ser seus resultados clínicos. Entretanto, os referidos estudos não utilizaram os critérios de Davies para referir comorbidades. No presente estudo, o grupo de acompanhantes/familiares não apresentou alteração de perfil, conforme a ECJ, ainda que os pacientes tivessem mais comorbidades. Os números desta análise estatística, mais uma vez sugerem que o “n” foi pequeno, pois os dados foram quase estatisticamente diferentes.

Esta pesquisa ressalta que o acompanhante/familiar tem um papel fundamental na vida do paciente em tratamento dialítico, independente da quantidade de comorbidades que o mesmo possa apresentar. No início deste estudo, pensava-se que, com o aumento das comorbidades, a família o número de acompanhantes poderia diminuir ou o paciente poderia perder o apoio que vinha recebendo, ao final desta pesquisa, percebeu-se que a família se manteve presente no tratamento e acompanhamento e, embora a amostra tenha sido pequena, pode-se observar que o apoio percebido pelos pacientes, vindo de seus acompanhantes/familiares, foi positivo.

6. CONCLUSÕES

Este foi um estudo inovador realizado com a família do paciente em tratamento dialítico e a estratégia de Coping utilizada nos mostrou o perfil destas pessoas que acompanham os pacientes, embora a amostra tenha sido pequena, foi possível identificar quais as características de enfrentamento dominantes nessa população, o que podemos aplicar em estudos futuros.

Os acompanhantes/familiares demonstraram que ser *Focado no Problema*, pode ser visto de forma acolhedora pelos pacientes, em que eles se sentem amparados pelas pessoas que acompanham seu tratamento. Sabe-se que com o agravamento do diagnóstico do paciente, em vista do aumento do número de comorbidades, pode ser um fator estressante para o acompanhante/familiar, por isso, sugere-se que mais estudos neste campo sejam abordados para que este vínculo possa ser fortalecido cada vez mais e que se possa incorporar mais os acompanhantes/familiares no tratamento do paciente.

Referências Bibliográficas

1. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada Estado. Registro Brasileiro de Transplantes, ano XVIII, n.4, 2012. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2012/RBT-dimensionamento2012.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2013.
2. ARAGÃO, E.I.S. et al. Suporte Social e Estresse: Uma Revisão da Literatura. **Psicologia & foco.**, v. 2, n. 1, p. 79-90, 2009.
3. BAGHERIAN, R. et al. Study of coping styles among dialysis patients. **Koomesh**, v. 10, n. 2, p. 111-117, En16, 2009.
4. BEANLANDS, H., Caregiving by family and friends of adults receiving dialysis. **Nephrology Nursing Journal**. v. 32, n. 6, p. 621 – 631, 2005.
5. BOTELHO, M. R. et al. Hemodiálise: criando estratégias para enfrentá-la. In: VII ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA, 2011, Maringá. CESUMAR: Centro Universitário de Maringá, 2011.
6. BRASILa. Ministério da Saúde. Rede pública de saúde recebe mais recursos para serviços de nefrologia. **Portal Brasil**, 2013. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2013/03/15/rede-publica-de-saude-recebe-mais-recursos-para-servicos-de-nefrologia>. Acesso em: 15 abr. 2013.
7. BRASILb. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília, 2006.
8. BRASILc. Portaria n. 3.407 de 05 de agosto de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre as atividades de transplantes e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 ago. 1998.
9. BRASILd. Lei n. 3.071 de 1º de janeiro de 1916. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Rio de Janeiro, 1º jan. 1916. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3071.htm. Acesso em: 24 abr. 2013.
10. BRASILe. Lei n. 10.406 de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Presidência da República, Casa Civil, Brasília, 10 jan. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm#direitofamilialivriiv. Acesso em: 24 abr. 2013.

11. BRASILf. Lei n. 11.340 de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Brasília, 07 ago. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 24. abr. 2013.
12. DAVIES, S.J. et al. Comorbidity, urea kinetics, and appetite in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients: their interrelationship and prediction of survival. **Am. J. Kidney Dis.** v. 26, n.2, p.353-361, aug. 1995.
13. ELSÉN, I.; MARCON,S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Eduem. Maringá, 2002.
14. FEROZE, U. et al. Anxiety and depression in maintenance dialysis patients: preliminary data of a cross-sectional study and brief literature review. **J. Ren. Nutr.**, v.22, n.1, p. 207-210, 2012.
15. FLAHERTY, M.F.; GAVIRIA, F. MF; PATHAK, D. S. The measurement of social support: the Sociial Support Network Inventory. **Compr. Psychiatr.**, v.24, n.6, p. 521-529, 1983.
16. FONSECA, I.S.S.; MOURA, S.B. Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão Social support, health and work: a brief review. **Psicologia para América Latina/Revista Eletrônica Internacional de La Unión Latinoamericanade Entidades de Psicología.**, v. 15; Dec. 2008.
17. FRIED, L. et al. Comparison of the Charlson Comorbidity Index and the Davies score as a predictor of outcomes in PD patients. **Perit. Dial. Int.**, v. 23, n.6, p.568-573, 2003.
18. GALDINO, J. M. S. **Ansiedade, depressão e coping em idosos**. São Paulo, 2000. 103 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
19. GARCIA, C.S. **O Suporte social e o impacto na família de pacientes candidatos a transplante de fígado**. Belo Horizonte, 2013. 99 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.
20. GEROGIANNI, G.K.; BABATSIKOU, F.P.G.K. Identification of stress in chronic haemodialysis. **Health Sci. J.**, v. 7, n. 2, p. 169-176, 2013.
21. GUEDES, K. D.; GUEDES, H. M. Qualidade de vida do paciente portador de insuficiência renal crônica. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5. n. 1, jan/jun. 2012. Disponível em: revsitaselétronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/9743/7746. Acesso em: 08 mai. 2013.

22. HENRIQUES, V. A Família na Hemodiálise. In: VI CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, *Mundos Sociais: Saberes e Práticas*, 6, 2008, Lisboa. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2008.
23. KDIGO 2012. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl.*, v. 3, p.1–150, 2013.
24. KDOQI 2014. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am. J. Kidney Dis.*, 2013.
25. JALOWIEC, A. **Construct Validation of the Jalowiec Coping Scale**. Chicago, 1985. 72 f. Tese (Doutorado) – Nursing Sciences in the Graduate College, University of Illinois at Chicago.
26. LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Stress, appraisal, and coping. In: **The Coping Process: An Alternative to Traditional Formulations**. New York, 1984.
27. LI, P. et al. Increased utilization of peritoneal dialysis to cope with mounting demand for renal replacement therapy – perspectives from Asian countries. **Peritoneal Dialysis International**, v. 27, n. 2, p. 59 – 61, 2007.
28. LI, P.K. et al. Peritoneal dialysis-related infections recommendations: 2010 update. **Perit. Dial. Int.**, v. 30, n. 4, p. 393-423, Jul-Aug, 2010.
29. LIMA, E.D.R.P. et al. Translation and adaptation of the Social Support Network Inventory in Brazil. **J. Nurs. Scholarsh.**, v.37, n.3, p.258-260, 2005.
30. LIN, J. et al. The effect of social support and coping style on depression in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis in southern China. **Int. Urol. Nephrol.** v. 45, p.527–535, 2013.
31. LUK, W. The home care experience as perceived by the caregivers of Chinese dialysis patients. **International Journal of Nursing Studies**. v. 39, n. 3, p. 269 – 277, 2002.
32. MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 13. n. 5, set/out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a10.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2013.
33. MATOS, J. P. S.; LUGON, J. C. Esquemas alternativos de hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 32. n. 1, jan/mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010128002010000100018&script=sci_arttext. Acesso em: 15 abr. 2013.

34. PIRAINO, B. et al. ISPD position statement on reducing the risks of peritoneal dialysis-related infections. **Perit. Dial. Int.**, v. 31, n. 6, p. 614-630, Nov-Dec, 2011.
35. RIELLA, M. C. **Princípios da nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4ª edição. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2008.
36. RODRIGUES, A. P. F. C. **Estratégias de coping do cuidador informal da pessoa com insuficiência renal crônica em hemodiálise**. Viseu, 2011. 129 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Superior de Saúde de Viseu, Universidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.
37. SILVA, A.S. et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev. bras. enferm.** v.64, n.5, Sept.-Oct, 2011.
38. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Insuficiência Renal**. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/leigos/index.pah?insuficienciaRenal&menu=24>. Acesso em 15 abr. 2013.
39. STUMM, E.M.F. et al. Mecanismos de *coping* utilizados por familiares de pacientes em terapia intensiva. **Revista Ciência e Saúde.**, v. 6, n. 1, p. 52-58, jan/abr.2013.
40. TELLES-CORREA, D. et al. Coping nos Doentes Transplantados. **Acta Med Port**, Lisboa, v. 21. n. 2. p. 141-148 Jan./2008. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2008-21/2/141-148.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2013.
41. UMANN, J. et al.. Estratégias de enfrentamento à cirurgia cardíaca. **Cien. Cuid. Saúde.**, v. 9, n. 1, p. 67-73, 2010.
42. WANKOWICZ, Z. Peritoneal dialysis and its role in the demography and epidemiology of chronic kidney disease. **Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej** v. 119, n. 12, p. 810 – 814, 2009.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa que tem como título: “Escala de *Coping* Aplicada em Acompanhantes/Familiares de Pacientes com Doença Renal Crônica em Tratamento”, que tem como justificativa pesquisar a forma de enfrentamento dos acompanhantes/familiares de pacientes em tratamento de diálise peritoneal ou hemodiálise. Temos como objetivo classificar o perfil de enfrentamento dos acompanhantes/familiares dos pacientes em tratamento dialítico, ou seja, estamos estudando de que forma você está lidando com esta situação neste momento. Para isso, serão utilizadas duas escalas: a primeira escala é de dados sócio-demográficos, com tempo médio de resposta de dez minutos; e a Escala de *Coping-Jalowiec*, que é composta de 60 questões de marcar, em linguagem clara e objetiva que visa identificar de que forma você está enfrentando esta situação, neste momento, que tem tempo médio de resposta de quinze minutos.

Não há prejuízos para si ou para outras pessoas ao fazer parte desta pesquisa, e por meio desta pesquisa será possível verificar o seu perfil de enfrentamento diante desta situação vivida.

Como benefício, esta pesquisa informará qual o perfil de enfrentamento dos acompanhantes/familiares de pacientes que realizam tratamento dialítico, que futuramente, por intermédio destes resultados, poderá ser formulada uma maneira de ajudar nessas situações.

Ressaltamos que a concordância em participar deste estudo não implica em mudança no tratamento do paciente que você acompanha. Da mesma forma, a não concordância em participar deste estudo não irá alterar o tratamento já estabelecido.

Eu, _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do estudo e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. A pesquisadora Natália Bianchi Vearick, certificou-me de que todos os dados desta pesquisa referentes a mim e ao meu acompanhante/familiar serão confidenciais, bem como o tratamento não ocorrerão modificações em decorrência desta pesquisa e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação neste estudo a qualquer momento, se assim eu desejar, sem prejuízo algum.

Também recebi informações de que qualquer gasto adicional em decorrência deste estudo será absorvido pelo orçamento da pesquisa.

Caso tiver novas perguntas sobre esta pesquisa, ou qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo ou, ainda, se penso que fui prejudicado (a) pela minha participação, posso chamar Prof^a Dr^a Bartira Ercília Pinheiro da Costa, pelo telefone 51 33203000, nos ramais 2344 ou 3174, ou Prof^a Dr^a Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo, pelo telefone 51 33203646 ou Enf^a Mda Natália Bianchi Vearick, pelo telefone 51 94044295, ou Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, pelo telefone 51 33203345, com o seguinte horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, das oito às doze horas e das treze e trinta às dezessete horas.

_____ /_____/_____.

Assinatura do participante

Nome

Data

_____ /_____/_____.

Assinatura do pesquisador

Nome

Data

Este formulário foi lido para _____ em
____/____/_____ pela pesquisadora Natália Bianchi Vearick enquanto eu estive presente.

_____ /_____/_____.

Assinatura da testemunha

Nome

Data

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa que tem como título: “Escala de *Coping* Aplicada em Acompanhantes/Familiares de Pacientes com Doença Renal Crônica em Tratamento”, que tem como justificativa pesquisar a forma de enfrentamento dos acompanhantes/familiares de pacientes em tratamento de diálise peritoneal ou hemodiálise. Temos como objetivo classificar o perfil de enfrentamento dos acompanhantes/familiares dos pacientes em tratamento dialítico, ou seja, estamos estudando de que forma o seu acompanhante/familiar está lidando com esta situação neste momento. Para isso, precisamos de sua colaboração no preenchimento de um inventário da rede de suporte social, em que você nomeará duas pessoas de seu convívio e preencherá o inventário conforme o apoio que recebe delas. Este questionário contém 10 questões objetivas, com tempo médio de resposta, ao total, de 15 minutos.

Não há prejuízos para si ou para outras pessoas ao fazer parte desta pesquisa, e por meio desta pesquisa será possível verificar o perfil de enfrentamento de seu acompanhante/familiar diante desta situação vivida.

Como benefício, esta pesquisa informará qual o perfil de enfrentamento dos acompanhantes/familiares de pacientes que realizam tratamento dialítico, que futuramente, por intermédio destes resultados, poderá ser formulada uma maneira de ajudar nessas situações.

Ressaltamos que a concordância em participar deste estudo não implica em qualquer mudança do seu tratamento. Da mesma forma, a não concordância em participar deste estudo não irá alterar o tratamento já estabelecido.

Eu, _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do estudo e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. A pesquisadora Natália Bianchi Vearick, certificou-me de que todos os dados desta pesquisa referentes a mim e ao meu acompanhante/familiar serão confidenciais, bem como o tratamento não ocorrerão modificações em decorrência desta pesquisa e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação neste estudo a qualquer momento, se assim eu desejar, sem prejuízo algum.

Também recebi informações de que qualquer gasto adicional em decorrência deste estudo será absorvido pelo orçamento da pesquisa.

Caso tiver novas perguntas sobre esta pesquisa, ou qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo ou, ainda, se penso que fui prejudicado (a) pela minha participação, posso chamar Prof^a Dr^a Bartira Ercília Pinheiro da Costa, pelo telefone 51 33203000, nos ramais 2344 ou 3174, ou Prof^a Dr^a Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo, pelo telefone 51 33203646 ou Enf^a Mda Natália Bianchi Vearick, pelo telefone 51 94044295, ou Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, pelo telefone 51 33203345, com o seguinte horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, das oito às doze horas e das treze e trinta às dezessete horas.

_____/_____/_____.
Assinatura do participante Nome Data

_____/_____/_____.
Assinatura do pesquisador Nome Data

Este formulário foi lido para _____ em
_____/_____/_____ pela pesquisadora Natália Bianchi Vearick enquanto eu estive presente.

_____/_____/_____.
Assinatura da testemunha Nome Data

APÊNDICE C
Protocolo de pesquisa

Nome			
Endereço			
Cidade			
Bairro			
Fone			
Data da entrevista			
Sexo	Masculino	Feminino	
Data de nascimento			
Situação conjugal	Solteiro(a)	Casado(a)	Separado(a)
Dependentes	Sim	Quantos	Não
Escolaridade	Ensino fundamental	Ensino médio	Ensino superior
	Incompleto	Completo	Outros
Situação profissional	Trabalhando	Não está trabalhando	Outros
	Aposentado(a)	Em licença saúde (pelo paciente)	Nunca trabalhou
Renda familiar (salário mínimo)	< 1	1-3	> 3
Parentesco	Companheiro(a)	Filho(a)	Vizinho(a)
	Sobrinho(a)	Pai e mãe	Tio(a)
	Cuidador(a)	Amigo(a)	Outros
Tratamento do paciente	Diálise Peritoneal	Quem realiza o procedimento	Hemodiálise
Nome do paciente			
Escala de apoio social (unidade)			
Tempo de acompanhamento do paciente			
Número de acompanhantes			
Condição clínica do paciente	Boa	Ruim	

ANEXO A

Inventário sobre *Coping*-Jalowiec

Assinale com um (X) as questões que tem a ver com o que você faz quando tem que enfrentar um problema.

1. () preocupa-se com o problema;
2. () tem esperança de que as coisas melhorem;
3. () come ou fuma mais que o habitual;
4. () reflete sobre os diversos modos de lidar com a situação;
5. () tenta convencer-se de que as coisas poderiam ser piores;
6. () exercita-se ou faz qualquer atividade física;
7. () tenta afastar o problema por um tempo;
8. () “enlouquece” e perde a energia;
9. () espera o pior que pode acontecer;
10. () tenta tirar o problema da mente e pensar em outra coisa;
11. () conversa sobre o problema com familiares ou com amigos;
12. () aceita a situação porque pouco pode ser feito;
13. () tenta ver o problema objetivamente em todos os ângulos;
14. () sonha com uma vida melhor;
15. () conversa sobre o problema com profissionais tais como médico, enfermeira, professor, consultor;
16. () tenta manter a situação sob controle;
17. () reza ou põe a sua confiança em Deus;
18. () tenta sair da situação;
19. () guarda seus sentimentos para si próprio;
20. () culpa qualquer outra pessoa pelo problema;
21. () espera para ver o que acontecerá;
22. () deseja ficar só para refletir sobre as coisas;
23. () resigna-se com a situação porque as coisas parecem sem esperança;
24. () descarrega suas tensões em alguém;
25. () tenta mudar a situação;
26. () usa técnicas de relaxamento;
27. () tenta descobrir mais sobre o problema;
28. () dorme mais que o habitual;
29. () tenta lidar com as coisas uma de cada vez;
30. () tenta manter a vida o mais normal possível e não deixa o problema interferir;
31. () pensa sobre como lidou com outros problemas no passado;
32. () tenta não se preocupar porque tudo provavelmente terminará bem;
33. () tenta resolver um compromisso;
34. () toma um aperitivo para se sentir melhor;

35. () deixa o tempo cuidar do problema;
36. () tenta distrair-se fazendo algo que lhe dê prazer;
37. () convence-se que é capaz de superar qualquer coisa, independente da dificuldade;
38. () realiza um plano de ação;
39. () tenta manter o senso de humor;
40. () adia para enfrentar o problema;
41. () tenta manter os sentimentos sobre controle;
42. () conversa sobre o problema com pessoas que têm estado em situações similares;
43. () elabora mentalmente o que deve ser feito;
44. () tenta manter-se ocupado;
45. () aprende algo novo para lidar com o problema;
46. () faz algo impulsivo ou arriscado que não faria usualmente;
47. () pensa sobre as boas coisas de sua vida;
48. () tenta evitar ou ignorar o problema;
49. () compara-se com outras pessoas que estão na mesma situação;
50. () tenta pensar positivamente;
51. () culpa-se por estar nessa situação;
52. () prefere resolver as coisas por si mesmo;
53. () toma medicação para diminuir a tensão;
54. () tenta ver o lado bom da situação;
55. () tenta convencer-se de que o problema não é tão importante;
56. () evita ficar com pessoas;
57. () tenta aperfeiçoar-se de algum modo para lidar melhor com a situação;
58. () deseja que o problema desapareça;
59. () depende de outras pessoas para obtenção de ajuda;
60. () tenta convencer-se de que está apenas tendo má sorte.

ANEXO B

Inventário de Rede de Suporte Social

Pessoa :

Relacionamento:

- 1) Com qual frequência você fala ou encontra esta pessoa?
 - (a) Uma vez por ano ou menos; (b) Poucas vezes por ano; (c) Uma vez por mês;
 - (d) Uma vez por semana; (e) Quase todo dia.

- 2) Quanto esta pessoa é disponível para você?
 - (a) Quase nunca; (b) Muito pouco; (c) Algumas vezes;
 - (d) Muitas vezes; (e) Sempre.

- 3) Quanto você é chegada a esta pessoa?
 - (a) Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa;
 - (b) Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa;
 - (c) Posso discutir algumas coisas com esta pessoa;
 - (d) Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo;
 - (e) Posso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições.

- 4) Com qual frequência você recebe assistência prática desta pessoa? Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, caronas, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.
 - (a) Nunca; (b) Quase nunca; (c) Algumas vezes;
 - (d) Com frequência; (e) Sempre.

- 5) Com qual frequência você tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?

- (a) Nunca; (b) Quase nunca; (c) Algumas vezes;
(d) Com frequência; (e) Sempre.
- 6) Com qual frequência você recebe apoio emocional desta pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido, conversar, ser confortado, ou apenas estar com esta pessoa.
- (a) Nunca; (b) Quase nunca; (c) Algumas vezes;
(d) Com frequência; (e) Sempre.
- 7) Com qual frequência você tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?
- (a) Nunca; (b) Quase nunca; (c) Algumas vezes;
(d) Com frequência; (e) Sempre.
- 8) Com qual frequência esta pessoa faz você se sentir apreciado ou valorizado?
- (a) Nunca; (b) Quase nunca; (c) Algumas vezes;
(d) Com frequência; (e) Sempre.
- 9) Com qual frequência esta pessoa o ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência você espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?
- (a) Nunca; (b) Quase nunca; (c) Algumas vezes;
(d) Com frequência; (e) Sempre.
- 10) Quanto apoio você recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?
- (a) Não entrei em contato com esta pessoa;
(b) O apoio não ajudou;
(c) Não senti apoio;
(d) Senti um pouco de apoio;
(e) Senti um bom apoio;
(f) Senti muito apoio.

