

## Relação Diádica e Qualidade de Vida de Pacientes com Doença Renal Crônica

### Authors

Nuno Eduardo Roxo  
Rodrigues Cravo Barata<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universidade do Porto.

<sup>2</sup> Universidade Portucalense.

Submitted on: 08/28/2014.

Approved on: 03/05/2015.

### Correspondence to:

Nuno Eduardo Roxo Rodrigues  
Cravo Barata.  
Universidade Portucalense.  
Rua D. Pedro V, 113, 5.º W., Vila  
Nova de Gaia Portugal.  
CEP: 4400-677.  
E-mail: nunob@upt.pt

DOI: 10.5935/0101-2800.20150051

### RESUMO

**Introdução:** A Insuficiência Renal Crônica (IRC) e o tratamento dialítico provocam uma sucessão de situações para o doente renal crônico, que compromete o seu aspecto, não só físico como psicológico, com repercussões pessoais, familiares e sociais. **Objetivo:** (1) verificar a existência de diferenças do relacionamento diádico (RD) de acordo com o Tratamento Substitutivo Renal (TSR) e (2) verificar a existência de diferenças da qualidade de vida (QDV) de acordo com o TSR. **Métodos:** O presente estudo transversal é de carácter descritivo mediante inquéritos, exploratório e correlacional. A amostra é constituída por 125 participantes. Destes, 31 encontravam-se a efectuar TSR por diálise peritoneal automatizada (DPA) e 94 por hemodiálise (HD). Os participantes foram selecionados de três centros renais: (1) Centro Renal da Prelada (Porto); (2) Centrodial (São João da Madeira); e Centro Renal da Misericórdia de Paredes (Paredes). O estudo realizou-se durante 6 meses. Aplicou-se os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico e clínico (QSD&C); Dyadic Adjustment Scale (DAS); World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref). **Resultados:** Os resultados demonstram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de TSR e a maioria dos domínios de QDV, bem como, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as subescalas do Ajuste Diádico avaliadas e o tipo de TSR. **Conclusão:** O presente estudo demonstra um maior comprometimento ao nível da QDV dos indivíduos submetidos a tratamento por HD quando comparados com os submetidos à DPA. Verifica-se, igualmente, que o AD é mais fortemente percebido pelos pacientes em DPA do que com HD.

**Palavras-chave:** ajustamento social; qualidade de vida; terapia de substituição renal.

### INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) e o tratamento dialítico levam os pacientes renais crônicos a uma sucessão de situações que acabam por comprometer não apenas aspectos físicos e psicológicos de suas vidas, mas também pessoais, familiares e sociais. Para Riella,<sup>1</sup> o paciente renal crônico vivencia uma mudança súbita em sua vida, passando a sofrer com limitações, com o tratamento doloroso que é a hemodiálise, com pensamentos sobre morte, juntamente com a possibilidade de passar por um transplante renal e as expectativas de ter melhorada sua qualidade de vida. Consequentemente, Lima & Gualda<sup>2</sup> relatam que pacientes renais crônicos acabam se sentindo desestimulados e desesperados e que, por esses motivos ou por falta de orientação, acabam abandonando o tratamento ou deixando de se preocupar com a atenção constante a que devem se submeter. Assim, é necessário estimular nos pacientes a adaptação positiva ao novo estilo de vida e ao papel que deverão desempenhar no controle da doença.

Todos os aspectos da vida são afetados pela doença renal e por seu tratamento, e os efeitos são sentidos por todos os envolvidos com o paciente.<sup>3</sup> Uma melhor compreensão das ansiedades e preocupações diárias que afligem os pacientes permitirá que os profissionais que trabalham em unidades de nefrologia ofereçam um suporte mais adequado.<sup>4</sup> As ações devem ser iniciadas o mais cedo possível de modo a evitar problemas práticos, materiais (como as questões relacionadas a emprego e

situação financeira) ou emocionais (problemas de relacionamento e temores desnecessários em torno do prognóstico e do tratamento).<sup>3</sup>

Assim, ao enfrentar uma crise ou doença, o indivíduo tende a recorrer a todos os recursos disponíveis, na luta para estabelecer o auto-equilíbrio que supunha ter e encarar a ameaça que se aproxima. Portanto, podemos dizer que a rede social de apoio é uma das variáveis mais importantes que podem afetar de maneira positiva ou negativa o enfrentamento da crise ou doença.<sup>5</sup> Portanto, é muito importante avaliar o nível do relacionamento conjugal e o ajustamento diádico (AD) percebido pelos pacientes com insuficiência renal crônica, além de coletar informações relevantes para o conhecimento das variações do bem-estar psicológico relatado em saúde e doença, e analisar a qualidade de vida a partir de variáveis como depressão, preservação da autoestima e aceitação do tratamento renal substitutivo. Dados esses fatos, fica claro que o apoio familiar e de amigos atua como uma alavanca para a manutenção do equilíbrio do pacientes, levando em consideração as mudanças nos hábitos individuais e a promoção contínua de comportamentos que melhorem a saúde geral, envolvendo também as pessoas que dão assistência ao paciente.<sup>6</sup>

Pode-se considerar que o apoio social seja o resultado das ações positivas e negativas dos relacionamentos percebido pelos indivíduos segundo as definições de Sarason *et al.*<sup>7</sup> Em termos mais simples, parece evidente que no apoio social o ajustamento diádico pode operar como precursor de uma melhor adaptação dos indivíduos com DRC, provavelmente elevando seu nível de otimismo e positividade, sem falar da qualidade de vida e dos laços entre todos os envolvidos, uma vez que o tratamento renal influencia fortemente os níveis físico e mental.<sup>8</sup>

Como observado anteriormente, é necessário sistematizar as implicações psicossociais inerentes a este problema de saúde, uma vez que as pessoas com DRC sofrem com as devastadoras consequências sociais e psicológicas da doença, que se manifestam de forma direta, em função dos efeitos da patologia e do tratamento, ou indireta, por meio das implicações desses efeitos sobre o desempenho pessoal. Recentemente, a atenção dos profissionais de saúde se virou para tratamentos cujo objetivo é melhorar a qualidade de vida (QV) dos pacientes renais crônicos no próprio âmbito do tratamento renal, e não apenas prolongar a sua vida.

A melhora da QV é uma meta sempre presente na vida cotidiana de todos. Contudo, os indicadores de bem-estar e QV dos pacientes renais crônicos são extremamente diferentes daqueles aplicados a indivíduos hígidos, uma vez que suas metas giram em torno de conseguir atingir um nível de vida/saúde que lhes proporcione dignidade e independência.<sup>9</sup> É óbvio que nas últimas décadas, por conta do surgimento do tratamento renal substitutivo (TRS) e das terapias adjuvantes,<sup>9</sup> houve consideráveis avanços tecnológicos e terapêuticos que elevaram o bem-estar dos pacientes, particularmente no tocante a aumento da longevidade e manutenção de algumas capacidades (ainda que aquém de sua plenitude).

O problema da DRC e sua influência sobre a QV dos indivíduos pode ser melhor compreendido quando analisado à luz de considerações fisiopatológicas. O atingimento de certos níveis de saúde e QV depende, em grande monta, das incertezas e temores que os pacientes tem acerca de seu futuro, das preocupações com a família, de distúrbios do sono, das limitações ocupacionais impostas pela diálise, da falta de vitalidade, do tempo excessivo dispendido em tratamento, das restrições alimentares, dos esquemas de administração de medicamentos, dos problemas técnicos com o equipamento e do medo das complicações que podem ocorrer durante a diálise. Vários autores citam a persistência de sintomas depressivos, baixa autoestima, medo de rejeição e dos efeitos colaterais da TRS que podem influenciar a QV dos indivíduos portadores de DRC.<sup>10-12</sup>

## MÉTODO

No presente estudo, apresentaremos uma análise da relação entre AD e QV de pacientes com DRC. Trata-se de um estudo transversal de natureza descritiva, exploratória e correlacional, cuja intenção é contribuir para o maior entendimento da importância do AD sobre a QV de indivíduos com DRC e o suposto valor preditivo do AD.

O objetivo do estudo é (1) verificar a existência de diferenças de ajustamento diádico (AD) segundo a modalidade de terapia renal substitutiva (TRS) e (2) verificar a existência de diferenças de qualidade de vida (QV) segundo a modalidade de TRS.

## MATERIAL

*Questionário sócio-demográfico* e clínico: destina-se à coleta e avaliação de dados sócio-demográficos e clínicos. O questionário leva em consideração os itens preferenciais da presente investigação. De modo a caracterizar a amostra, procedemos com a elaboração de um questionário sócio-demográfico e clínico (QSDC). O mesmo consiste de 24 itens: três de natureza geral, oito com foco em questões sócio-demográficas, onze sobre questões clínicas e dois itens para registrar as manifestações dos entrevistados sobre o estudo e o QSDC.

*Escala de Ajustamento Diádico: a avaliação do AD foi realizada através da* Escala de Ajustamento Diádico (EAD) de Spanier.<sup>13,14</sup> Esta foi a primeira escala a integrar todos os casais em regime de coabitação, casados ou não. A EAD é composta por 32 itens que buscam avaliar o ajustamento conjugal através de escalas tipo Likert, com cinco, seis e sete pontos. De forma geral, os pontos extremos das escalas significam «nunca» e «todo o tempo», respectivamente. Os itens 29 e 30 tem apenas duas opções, “sim” ou “não.” Assim, de modo a elevar a confiabilidade da escala, alguns itens são afirmações positivas e outros enunciados negativos. A pontuação total pode variar de 0 a 151, e é obtida pela soma dos valores atingidos nas quatro escalas. Indivíduos com 101 pontos ou menos são classificados como desajustados ou em sofrimento no relacionamento, e os que alcançam 102 pontos ou mais encontram-se em relacionamentos sem sofrimento e estão bem ajustados. O EAD busca avaliar as seguintes dimensões: (a) consenso diádico, em que é avaliado o nível diádico das desavenças do casal em uma ampla gama de questões (lazer, religião, finanças, amizades, convencionalidade, filosofia de vida, negócios com parentes, metas, tempo de relacionamento, tomada de decisões, trabalho doméstico, tempo de lazer e decisões ocupacionais); (2) satisfação diádica, em que é avaliada a percepção individual sobre a possibilidade de divórcio, a saída de casa após discussões, arrependimento com o casamento, implicâncias mútua, querelas, bem-estar, confiança no companheiro, beijar o parceiro, grau de felicidade e compromisso com o futuro do relacionamento; (3) coesão diádica, em que são examinados o grau de compartilhamento emocional do casal, a falta relativa de interesses mútuos, a estimulação de ideias, a diversão conjunta, a discussão tranquila e o trabalho

conjunto em projetos; (4) expressão diádica de afeto, que avalia a percepção do casal sobre as presenças ou buscas e ausências ou recusas de demonstrações de afeto e relações sexuais.<sup>13,15-17</sup>

*Questionário de qualidade de vida:* a qualidade de vida foi avaliada através do questionário WHOQOL-bref (WHOQOL-Group, 1998).<sup>18</sup> O WHOQOL-bref contém 26 perguntas, duas sobre saúde geral e doença (QV) e as demais representando cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho; sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais; relações pessoais; suporte (apoio) social; atividade sexual; segurança física e proteção; ambiente do lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima); e transporte). Todos esses itens podem ser agrupados em quatro áreas: domínio 1 - domínio físico (itens 1, 2, 3, 9, 10, 11 e 12); domínio 2 - domínio psicológico (itens 4, 5, 6, 7, 8 e 24); domínio 3 - relações sociais (itens 13, 14 e 15); domínio 4 - meio ambiente (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 e 23). A versão curta do WHOQOL-100 apresenta escala tipo Lickert, na qual os valores totais oscilam entre 0 e 100, com valores mais elevados de sinônimos de QV.<sup>19,20</sup>

## PROCEDIMENTO

A investigação teve início com a solicitação e subsequente autorização para utilizar os instrumentos escolhidos. A seguir, foi definido o protocolo com os princípios e procedimentos relativos à presente pesquisa. O projeto foi então (a) apresentado para os centros clínicos convidados a participar, de modo a obter a autorização para iniciar o estudo. (b) A investigação seguiu os princípios fundamentais do direito à dignidade, segurança, bem-estar e respeito para com os participantes. (c) Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e seus procedimentos, sem que houvesse qualquer pressão ou coerção para que os mesmos participassem do estudo. (d) As entrevistas foram sigilosas e os participantes

não eram obrigados a responder as perguntas. A eles foi dada a opção de interromper sua participação a qualquer momento. (e) Todos os questionários foram preenchidos pelo pesquisador por conta das dificuldades posturais enfrentadas pelos participantes no momento do tratamento dialítico. O mesmo procedimento foi adotado para os participantes em diálise peritoneal automatizada (DPA), de modo a preservar a consistência da pesquisa. (f) Quando o participante não entendia alguma questão feita pelo pesquisador, a mesma era explicada até que houvesse o seu entendimento pleno. (g) De modo a otimizar as respostas dadas pelos participantes, o sofrimento físico e mental foi considerado durante toda a entrevista, sendo que, em algumas situações, um mesmo participante foi avaliado por dois dias. (h) Todos os participantes selecionados consentiram em participar do estudo e estavam em condições físicas e mentais para fazê-lo. A coleta de dados foi realizada entre setembro de 2008 e maio de 2009. Os dados dos últimos seis meses foram relacionados e as entrevistas conduzidas no último mês da investigação.

Os pacientes em hemodiálise (HD) foram entrevistados durante sessões de terapia renal substitutiva e os indivíduos em DPA em local e horário previamente combinados. Todos os pacientes responderam os questionários QSDC, EAD, WHOQOL-bref e HADS. A entrevista levou, em média, 40 minutos (23-79 minutos) (41 minutos para os indivíduos em HD e 36 para os pacientes em DPA). Dada a especificidade e a duração do tratamento dos pacientes em HD, as entrevistas tenderam a ser mais longas para esse grupo de indivíduos, uma vez que o ritmo do tratamento tinha que ser reduzido dependendo das condições do paciente. Além disso, de forma geral esses pacientes pediam mais esclarecimentos para entender melhor os problemas por eles enfrentados.

De modo a garantir a viabilidade das respostas, o investigador foi sempre o mesmo durante as entrevistas. O próprio pesquisador preencheu as pesquisas, o que pode ter reduzido algumas das limitações inerentes ao preenchimento de questionários, tais como: (I) viés retrospectivo (tendência do indivíduo de minimizar ou exagerar a percepção em torno de seus sintomas no momento da administração do inventário); (II) viés de desejabilidade social (tendência do indivíduo de responder o inventário segundo aquilo que é socialmente correto ou esperado); (III) viés de

respostas aleatórias (quando o entrevistado não está motivado ou é incapaz de responder. Nesse caso, o indivíduo seleciona suas respostas de forma quase aleatória, sem qualquer critério). Devemos observar, ainda, que o fato do pesquisador administrar e citar os itens dos instrumentos pode ter reduzido o impacto de problemas relacionados a fidelidade.

## RESULTADOS

### AMOSTRA

A amostra consistiu de 125 pacientes com DRC, Destes, 31 estavam em diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) e 94 em HD. Os participantes foram selecionados a partir de três clínicas de nefrologia: (1) Unidade da Prelada (Porto); (2) Centrodial (São João da Madeira); e (3) Centro Renal da Misericórdia de Paredes (Paredes). O estudo foi realizado durante seis meses (24 semanas). Devemos observar primeiramente que não se trata de uma amostra probabilística, e sim de um grupo selecionado racionalmente.

Todos os participantes obedeceram os seguintes critérios de inclusão: 1. Ter diagnóstico de DRC; 2. Ter mais de 18 anos de idade; 3. Viver em regime de coabitação plena ou parcial; 4. Ter total conhecimento e estar bem informado sobre o diagnóstico; 5. Não apresentar perturbações do estado de consciência; 6. Não apresentar patologias mais graves que a DRC, exceto nos casos de doenças que resultam da DRC em si; 7. Ter consentido em participar do estudo (consentimento informado).

Foram analisados 125 indivíduos que satisfizeram os critérios de inclusão do estudo. As características sócio-demográficas dos participantes encontram-se detalhadas na Tabela 1.

Foi identificada uma distribuição equilibrada entre os dois gêneros na amostra estudada, contudo com uma significativa variação em termos de idades e escolaridade.

A vasta maioria encontrava-se em situação de inatividade, ou seja, estavam aposentados (por antecipação em alguns casos) ou desempregados. Devemos observar, ainda, que a maioria da amostra reside ou faz tratamento no distrito do Porto.

A análise das variáveis clínicas identificou que 75 dos pacientes entrevistados, ou 60% da amostra, apresentavam uma patologia como comorbidade, o *diabetes mellitus*. Observemos, ainda, que as possíveis etiologias da DRC mais identificadas nessa população foram a hipertensão arterial, em 40

**TABELA 1** DESCRIÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Variáveis demográficas	Valores obtidos (N = 125)
Gênero	
Feminino	64 (51,2%)
Masculino	61 (48,8%)
Idade (média)	61,06
Amplitude	24-87
DP	15,60
Média de anos de escolaridade	5,38
Amplitude	0-17
DP	4,20
Coabitação	
Coabitação - plena (casados ou em união estável)	76 (60,8%)
Coabitação parcial (namorado(a), amante)	49 (39,2%)
Profissão	
Ativo	35 (28%)
Trabalhadores	26 (20,8%)
Horário integral	21 (16,8%)
Meio horário	5 (4%)
Trabalhadores domésticos	9 (7,2%)
Inativos	90 (72%)
Aposentados	71 (70%)
Aposentadoria antecipada	43 (34,4%)
Aposentadoria não antecipada	38(30,4%)
Desempregados	9 (7,2%)
Desempregados	
Porto	97 (77,6%)
Aveiro	28 (22,4%)

pacientes, e o *diabetes mellitus*, em 35 indivíduos. A leitura da tabela indica que 94 dos participantes do estudo estão em hemodiálise e 31 em DPA. Dos 125 pacientes incluídos na amostra, mais da metade (52,8%) apresenta alterações em seus parâmetros clínicos (Tabela 2).

#### DIFERENÇAS ENTRE QV E TIPO DE TRS

Não houve dados faltantes no WHOQOL-bref. A Tabela 3 apresenta as médias, desvios padrões e valores de significância obtidos a partir das diferenças entre os indivíduos em DPA e HD.

Devemos observar que as escalas do WHOQOL-bref são codificadas de modo que valores mais

**TABELA 2** DESCRIÇÃO CLÍNICA DA AMOSTRA

Variáveis clínicas	Valores obtidos (N = 125; %)
Comorbidade associada ( <i>diabetes mellitus</i> )	
Sim	75 (60%)
Não	50 (40%)
Etiologia da DRC	
Hipertensão arterial	40 (32%)
<i>Diabetes Mellitus</i>	35 (28%)
Glomerulonefrite	30 (24%)
Uropatia obstrutiva	4 (3,2%)
Rim policístico	8 (6,4%)
Doença hereditária	7 (5,6%)
Outros	1 (0,8%)
Tipo de terapia renal substitutiva	
Hemodiálise	94 (75,2%)
Diálise peritoneal automatizada	31 (24,8%)
Parâmetros clínicos	
Normais	59 (47,2%)
Anormais	66 (52,8%)

elevados correspondam a melhor QV. Diferenças estatisticamente significativas foram observadas nos vários domínios do WHOQOL-bref. Os indivíduos submetidos a DPA sempre apresentaram valores mais elevados que os pacientes em HD.

As diferenças entre ajustamento diádico percebido e modalidade de diálise dos pacientes com DRC foram analisadas.

Os resultados da análise dicotomizada do AD demonstraram uma importante associação entre AD e tipo de TRS (Tabela 4). Portanto, os resultados nos permitem destacar a dependência entre ambas as variáveis, em que uma sempre é fator preditor para a outra. Nesse sentido, e de forma a dispormos de resultados mais concretos, decidimos analisar as sub-escalas da EAD (não dicotomizadas) em relação ao tipo de TRS. Os resultados observados a partir do teste *t* de *Student* sugeriram a existência de diferenças estatisticamente significativas e revelaram a existência de uma relação entre as variáveis avaliadas (Tabela 5).

#### DISCUSSÃO

No tocante às variáveis demográficas, houve um percentual equilibrado de homens e mulheres,

**TABELA 3** VALORES OBTIDOS NO INSTRUMENTO WHOQOL-BREF SEGUNDO TIPO DE TRS

WHOWOL-bref	Tipo de TRS	N	M	SD	p
Domínio da saúde geral	Hemodiálise	94	40,85	14,07	.000**
	Diálise peritoneal automatizada	31	54,87	14,31	
Domínio físico	Hemodiálise	94	43,69	13,89	.000**
	Diálise peritoneal automatizada	31	61,65	12,65	
Domínio psicológico	Hemodiálise	94	45,96	12,21	.000**
	Diálise peritoneal automatizada	31	56,06	11,39	
Domínio das relações sociais	Hemodiálise	94	48,87	12,76	.001**
	Diálise peritoneal automatizada	31	57,81	11,25	
Domínio do meio ambiente	Hemodiálise	94	45,23	12,16	.000**
	Diálise peritoneal automatizada	31	60,58	15,58	

\* significância; a  $p < 0,01$ ; \*\* significância a  $p < 0,05$ .

**TABELA 4** RELAÇÃO ENTRE AD (DICOTOMIZADO) E TIPO DE TRS

		Tipo de terapia renal substitutiva		
		HD	APD	Total p
Mal ajustamento	Medida	70	4	74
	Frequências esperadas	55,6	18,4	74,0
	% em linha	94,6%	5,4%	100,0%
	Perda ajustada	6,0	-6,0	
Ajustamento diádico	Bom ajustamento	24	27	51 0,000**
	Frequências esperadas	38,4	12,6	51,0
	% em linha	47,1%	52,9%	100,0%
	Perda ajustada	-6,0	6,0	
Total	Medida	94	31	125
	% em linha	75,2%	24,8%	100,0%

\* Significância  $p < 0,01$ ; \*\* Significância  $p < 0,05$ .

o que está de acordo com outros estudos.<sup>21-24</sup> A variabilidade do nível de escolaridade refletiu bem a heterogeneidade dos usuários dos centros de diálise. Contudo, a escolaridade média da amostra parece espelhar algumas das dificuldades comuns que os usuários de centros de diálise enfrentam quando diante de instrumentos de auto-relato, motivo pelo qual elegemos a administração assistida dos questionários.

O presente estudo demonstrou que a QV dos indivíduos em HD era mais comprometida que a dos pacientes em DPA. Isso talvez se deva ao nível de comprometimento imposto por esse tipo de tratamento, durante o qual o paciente deve permanecer inativo, enquanto que os pacientes em

DPA podem manter sua rotina normal.<sup>21-23</sup> Portanto, a QV<sup>23</sup> é mais comprometida quando há prejuízos significativos nas dimensões físicas, além de serem patentes os comprometimentos de alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. Assim, DRC, HD e DPA introduzem impactos significativos sobre a QV dos pacientes, tipicamente acompanhados de repercussões de peso sobre as dimensões físicas.<sup>24-26</sup> Toda a vivência da DRC está sujeita a grandes mudanças, especialmente no caso dos pacientes em HD, dado que mudanças se fazem sentir diariamente em suas atividades corporais e recreativas.<sup>27</sup>

O AD é percebido de forma mais vívida pelos pacientes em DPA do que pelos indivíduos em HD,

**TABELA 5** VALORES OBTIDOS NO INSTRUMENTO EAD SEGUNDO O TIPO DE TRS

EAD	Tipo de TRS	N	M	SD	<i>p</i>
EAD Cons.	Hemodiálise	94	35,47	13,82	.000**
	Diálise peritoneal automatizada	31	49,32	7,61	
EAD Sat.	Hemodiálise	94	24,60	12,20	.000**
	Diálise peritoneal automatizada	31	39,61	7,88	
EAD Coes.	Hemodiálise	94	12,98	4,36	.000**
	Diálise peritoneal automatizada	31	16,97	3,72	
EAD Exp.	Hemodiálise	94	7,06	2,54	.050*
	Diálise peritoneal automatizada	31	8,06	2,10	
EAD Tot.	Hemodiálise	94	80,03	23,84	.000**
	Diálise peritoneal automatizada	31	113,81	9,25	

DAS Cons.: escala de ajustamento diádico de consenso; DAS Sat.: escala de ajustamento diádico de satisfação; DAS Coes.: escala de ajustamento diádico de coesão; DAS Exp.: escala de ajustamento diádico de expressão de afeto; DAS Tot.: escala de ajustamento diádico total; \* significância  $p < 0,01$ ; \*\* significância  $p < 0,05$ .

uma vez que o tratamento pode ser menos negativo para o subsistema do casal que adota uma proteção afetiva e onde o cônjuge saudável oferece apoio e ajuda a elevar a autoconfiança e a capacidade de implementar o ajustamento comportamental. Consequentemente, e segundo o presente estudo, um ajustamento diádico menor, presente nos pacientes em HD, pode ser sinônimo de menos fatores de proteção contra o estresse e a vulnerabilidade a que esses indivíduos estão expostos. Também observamos a existência de grandes prejuízos, normalmente significativos e de grande duração para os pacientes renais em HD, em áreas como função renal, sensação de bem-estar, papel na família e no trabalho, tempo, recursos financeiros e fontes de função sexual, dentre outras,<sup>24</sup> com dolorosos reflexos sobre o relacionamento diádico dos pacientes. Dadas as mudanças destacadas há, em muitos casos, uma resignação desesperada que influencia negativamente a superação de situações traumáticas.

A presente pesquisa tem suas limitações, uma vez que os resultados observados não são representativos da população portuguesa com DRC; o processo de seleção de participantes foi limitado a apenas três centros de diálise, o que pode levar à introdução de vieses nos resultados obtidos.<sup>28</sup> Outra limitação é a natureza transversal do estudo, que inibe a

elaboração de afirmações tocantes a direcionalidade e causalidade. Seria de fundamental importância realizar estudos de característica longitudinal, que possibilitariam a inferência de relações de causalidade entre as variáveis estudadas. Portanto, é importante acompanhar os indivíduos com DRC e avaliá-los por um certo período de tempo. Assim, tentaremos obter uma relação temporal entre os fatores de exposição e as características estudadas.

## CONCLUSÃO

O presente estudo conclui que: (1) o tipo de TRS afeta a percepção de QV dos indivíduos com DRC; (2) uma melhor compreensão do AD leva a um melhor entendimento da QV; e (3) há um melhor entendimento do AD na DRC nos casos submetidos a TRS por DPA.

## REFERÊNCIAS

- Almeida FA. Hipertensão arterial essencial. In: Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1996. p.503-22.
- Lima AFC, Gualda DMR. Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido a hemodiálise. *Nursing (São Paulo)* 2000;3:20-3.
- Bradley C, McGee H. Improving quality of life in renal failure: ways forward. In: McGee H, Bradley C, eds. *Quality of life following renal failure*. Chur: Harwood Academic Publishers; 1994. p.275-99.
- Williams A. Economics of coronary artery bypass grafting. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1985;291:326-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.291.6491.326>

5. Silva CN. Como a rede social interfere numa crise emocional. *Rev Bras Neurol Psiquiatr* 1997;1:78-91.
6. Kaveh K, Kimmel PL. Compliance in hemodialysis patients: multidimensional measures in search of a gold standard. *Am J Kidney Dis* 2001;37:244-66. PMID: 11157365 DOI: <http://dx.doi.org/10.1053/ajkd.2001.21286>
7. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Saranson BR. Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 1983;44:127-39. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>
8. Herek GM, Levy SM, Maddi SR. Psychological aspects of serious illness: chronic conditions, fatal diseases, and clinical case. Washington: Rand; 1990.
9. Collier J, Watson AR. Renal failure in children: specific considerations in management. In: McGee H, Bradley C, eds. *Quality of life following renal failure: psychosocial challenges accompanying high technology medicine*. Chur: Harwood Academic Publishers; 1994. p. 211-45.
10. Altschuler J. *Working with chronic illness*. London: MacMillan Press; 1997.
11. Eiser C. *Growing up with a chronic disease: the impact on children and their families*. London: Jessica Kingsley Publishers; 1993.
12. Fedewa MM, Oberst MT. Family care giving in pediatric renal transplant population. *Pediatr Nurs* 1996;22:402-7.
13. Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *J Marital Fam* 1976;38:15-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/350547>
14. Spanier GB. Improve, refine, recast, expand, clarify-don't abandon. *J Marital Fam* 1985;47:1073-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/352354>
15. Hernandez J. Avaliação Estrutural da Escala de Ajustamento Diádico. *Psicol Estud* 2008;13:593-601. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000300021>
16. Spanier GB, Cole CL. Marital adjustment over the family life cycle: the issue of curvilinearity. *J Marital Fam* 1975;37:263-75.
17. Spanier GB, Thompson L. A confirmatory analysis of the dyadic adjustment scale. *J Marital Fam* 1982;44:731-8.
18. WHOQOL-Group. Development of World Health Organization WHOQOL-Bref Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*. 1998; 28: 551-58.
19. Canavarro MC, Vaz Serra A, Quintas L, Pereira M, Simões M, Quartilho MJ, et al. Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100; WHOQOL-bref) para português de Portugal: Apresentação de um projecto. Comunicação apresentada no II Congresso de Saúde e Qualidade de Vida. Porto: Portugal; 2005.
20. Pereira M, Canavarro MC, Vaz Serra A, Gameiro S, Corona C, Simões M, et al. Validação dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100; WHOQOL-bref) para português de Portugal: desenvolvimento das escalas de resposta. Comunicação apresentada no II Congresso de Saúde e Qualidade de Vida. Porto: Portugal; 2005.
21. Barata NC. *Insuficiência renal crónica: relação diádica e qualidade de vida*. Porto: Livpsic; 2013.
22. Barata NE, Meneses RF. Avaliação da qualidade de vida do insuficiente renal crónico. Saúde e qualidade de vida em análise. Porto: ESEP; 2008. p.269-91.
23. Trentini M, Corradi EM, Araldi MA, Tigrinho FC. Qualidade de vida das pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. *Texto Contexto Enferm* 2004;13:74-82.
24. DeOreo PB. Hemodialysis patient-assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization, and dialysis-attendance compliance. *Am J Kidney Dis* 1997;30:204-12. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-6386\(97\)90053-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-6386(97)90053-6)
25. Mingardi G, Cornalba L, Cortinovis E, Ruggiata R, Mosconi P, Apolone G. Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. DIA-QOL Group. *Nephrol Dial Transplant* 1999;14:1503-10. PMID: 10383015 DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ndt/14.6.1503>
26. Romão Júnior JE, Pinto SWL, Canziani ME, Praxedes JN, Santello JL, Moreira JCM. Censo SBN 2002: informações epidemiológicas das unidades de diálise no Brasil. *J Bras Nefrol* 2003;25:188-9.
27. Castro M, Caiuby AVS, Draibe AS, Canziani MEF. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev Assoc Med Bras* 2003;49:245-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000300025>
28. Ramalheira C, Varandas P. Prevalência de transtornos mentais e do comportamento em consultas de Psiquiatria. *Psiquiatr Clín* 2000. Número especial:11-25.