



Universidade Portucalense Infante D. Henrique | Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 541
4200-072 Porto | Telefone: +351 225 672 000 | email: upt@upt.pt



Qualidade de vida e ajuste diádico do doente em Hemodiálise

Qualidade de vida e ajuste diádico do doente em Hemodiálise
Tit

Daniela Múrias

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Professor Doutor Nuno Barata
Outubro, 2015



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

IMP.GE.72.0

Qualidade de vida e ajuste diádico do doente em Hemodiálise

Daniela Filipa Ruivo Múrias

Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Professor Doutor Nuno Barata

Outubro, 2015



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Dedicatória

Aos doentes que generosamente acederem a colaborar no trabalho de campo da presente dissertação, dedico este estudo, o qual foi feito a pensar neles, desejo de forma sincera que tirem os mais vantajosos benefícios.

Agradecimentos

Esta dissertação não seria realizável sem a ajuda imprescindível de muitas pessoas que de forma amável deram o seu contributo nas várias fases deste trabalho, o qual deixo aqui o meu mais sincero agradecimento. No entanto, faço uma referência especial:

- À minha avó, mãe, avô, padrasto e namorado que sempre me deram força e me apoiaram nos momentos de maior fraqueza e sempre me incentivaram a dar o meu melhor;

- Ao Professor Doutor Nuno Barata, orientador da dissertação, que desde o primeiro momento, teve sempre uma grande disponibilidade, abertura e paciência nas diversas fases deste trabalho, assim como todo o apoio bibliográfico que permitiu finalizar com êxito o trabalho que me propusera a realizar;

- Às minhas amigas de uma vida e amigas de faculdade que durante estes cinco anos, sempre me apoiaram e fizeram parte deste longo percurso;

- Aos doentes que participaram neste estudo, pois sem eles, não seria possível a concretização do mesmo;

- À Nordial- Mirandela pela disponibilidade e colaboração na recolha dos dados para a realização desta dissertação.

Resumo

A presente investigação consiste num estudo quantitativo transversal de carácter descritivo e correlacional com a finalidade de adquirir uma maior compreensão da importância do ajuste diádico na qualidade de vida de pessoas portadoras de insuficiência renal crónica (IRC) em tratamento por hemodiálise.

Os objetivos específicos desta investigação passam: 1) Compreender o impacto que a doença crónica tem na qualidade de vida em indivíduos com insuficiência renal crónica; 2) Analisar que possíveis implicações poderão ter a presença de perturbação de humor na qualidade de vida e relação diádica do doente renal crónico; 3) Perceber qual o impacto que a insuficiência renal crónica tem no ajuste diádico.

Para este estudo, foram avaliados 60 doentes hemodialisados na Unidade Nordial – Centro Renal de Mirandela, em que 30 são portadores da diabetes e os restantes apenas sofrem de IRC sem nenhuma doença associada.

Foram utilizados instrumentos específicos para medir a intensidade dos fenómenos em estudo. Inicialmente foi aplicado um questionário sociodemográfico com o objetivo de caracterizar a amostra. Seguidamente aplicou-se o instrumento sobre o Ajuste Diádico devido à importância que o apoio marital tem aquando de todo o processo de hemodiálise. Utilizou-se também instrumento sobre a qualidade de vida - WHOQOL-bref para verificar como pode ou não ser afetada quando o doente passa pelo processo de hemodiálise. Por fim, foi aplicada a escala de depressão e ansiedade hospitalar (HADS) com o intuito de identificar e reconhecer o estado emocional do indivíduo associado com a doença crónica.

Os resultados deste estudo revelaram que (1) doentes diabéticos com IRC apresentam mais implicações na qualidade de vida do que doentes com IRC; 2) Existe relação negativa entre a presença de perturbação de humor, qualidade de vida e ajuste diádico; (3) doentes diabéticos IRC apresentam maior relação diádica do que doentes com IRC.

Palavras-chave: Insuficiência Renal Crónica; Ajuste Diádico; Qualidade de Vida; Depressão e Ansiedade

Abstract

This investigation regards a transversal and quantitative study with a correlational and descriptive character with the purpose of achieving a greater understanding of the importance of the dyadic adjustment on the quality in the life of patients with chronic kidney failure (IRC) in hemodialysis treatment.

The main goals of this investigation are: 1) understand the impact that this disease has on the life's quality of this patients; 2) to analyze with possible implications that may be in the presence of humor defaults in life's quality or the dyadic relation of the patient; 3) to understand the impact of this disease in the dyadic adjustment.

For this study, we observe 60 hemodialysis patients on the Unidade Nórdial – Centro Renal de Mirandela, of which 30 of them carriers diabetes and the remain just suffer of IRC without any associate disease.

We use specific instruments to measure the intensity of all the aspects of this study. Initially we applied a sociodemographic questioner to characterize the sample of our study; then we applied the same instrument regarding the dyadic adjustment because of the importance that marital support has during hemodialysis.

We also use WHOQOL-bref regarding the quality of life to understand how it may be affected during hemodialysis treatment. In the end we applied HADS – hospital scale of depression and hospital anxiety with the goal to identify and recognize the emotional state of the patient associated to his physical condition.

The results of this study revealed that 1) diabetic patients with IRC have more implications for the quality of life than patients with IRC ; 2) There is no relationship between the presence of disturbance of mood , quality of life and dyadic adjustment ; 3) IRC diabetic patients are more dyadic relationship than patients with IRC.

Key-words – Chronical kidney failure; dyadic adjustment; life quality; depression and anxiety.

Índice

Introdução	12
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1 – DOENÇA CRÓNICA: GENERALIDADES	16
1.1 Características da Doença Crónica	17
1.2 Doença Renal Crónica e Insuficiência Renal Crónica.....	18
1.3 Doença Crónica e a Diabetes	19
1.3.1 – Cuidados ao paciente com Diabetes e sua família.....	21
1.4 Qualidade de vida (QV), Depressão e Ansiedade em doentes crónicos	22
2 – INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA	26
2.1 Caracterização da Insuficiência Renal	27
2.1.1 Insuficiência Renal Aguda.....	29
2.1.2 Insuficiência Renal Crónica.....	30
2.2 Tratamento Dialítico	33
2.3 Nefrologia Diabética e transplante renal.....	38
3 – QUALIDADE DE VIDA E SUPORTE SOCIAL	41
3.1 Suporte Social, Família e Doença Crónica	42
3.1.1. Modelo de autorregulação do comportamento de Leventhal.....	45
3.2 Relação diádica e a doença	47
3.3 Percepção da Qualidade de Vida no doente crónico.....	49
3.4 Impacto da ansiedade e depressão no doente Hemodialisado	51
4 - METODOLOGIA.....	55
4.1 Método	56
4.2 Amostra.....	57
4.2.1 Participantes.....	57
4.3 Objetivos Específicos.....	65
4.4 Questões de Investigação	65
4.5 Hipóteses.....	65

4.6 Material	66
4.6.1 Variáveis demográficas e clínicas (anexo1)	66
4.6.2 Ajustamento Diádico (anexo2)	67
4.6.3 Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (anexo3)	68
4.6.4 Qualidade de vida – WHOQOL- bref (anexo 4).....	68
4.7 Procedimento	71
5 – ANÁLISE DOS RESULTADOS	72
6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	79
Conclusão.....	84
Referências Bibliográficas	86
Anexos	98

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AD – Ajustamento/Ajuste Diádico

CAPSA – Diálise Peritoneal Ambulatória Continua

CCPA – Diálise Peritoneal Cíclica Continua

DM – Diabetes Milito

DPCO – Diálise Peritoneal Cíclica Optimizada

DPI – Diálise Peritoneal Intermitente

DPT – Diálise Peritoneal Tidal

HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale*

IR – Insuficiência Renal

IRA – Insuficiência Renal Aguda

IRC- Insuficiência Renal Crônica

ND – Nefrologia Diabética

OMS – Organização Mundial da Saúde

QV – Qualidade de Vida

WHOQOL – Bref – *World Health Organization of life*

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Leventhal de Representação e Coping com a Doença

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Interpretação do Resultados da glicemia de jejum e do teste de tolerância à glicose

Tabela 2 – Critérios Laboratoriais para o diagnóstico da Diabetes

Tabela 3 – Operacionalização das Variáveis do Estudo

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Questionário Sociodemográfico e Clínico

Anexo II – Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar

Anexo III – Escala de Ajuste Diádico

Anexo IV – WHOQOL – Bref

Anexo V – Requerimento

Anexo VI – Consentimento Informado

Introdução

A Insuficiência Renal Crónica surge de uma diminuição da função renal normal, por destruição progressiva e irreversível do parênquima renal. Quando a taxa de filtração glomerular já está bastante baixa, surge a necessidade de tratamento como suporte de vida, a Hemodiálise (HD). Trata-se de uma técnica terapêutica, de longo prazo, que permite manter o doente com um estado clínico e homeostático equilibrado, uma vez que retira metabólicos tóxicos acumulados no sangue, e outras substâncias em excesso no organismo, e promove a reposição de algumas em carência. O avanço da ciência, da técnica e da tecnologia têm permitido, ao longo dos anos, possibilitar mais saúde e melhor qualidade de vida a estes doentes.

É neste sentido que o acompanhamento de todos os profissionais, familiares e amigos que o rodeiam se torna imprescindível para ultrapassar a situação não pretendida. Assim, constata-se que a doença crónica aumenta a prevalência do transtorno do estado de ânimo cerca de 5,8% até 10% (Moreno, 1999).

Várias são as dificuldades verificadas quanto à adaptação e confronto com a doença crónica, mais precisamente quando algumas respostas psicológicas que são normais e esperáveis como a negação, ansiedade e depressão, em certos indivíduos vão dificultar a adesão ao tratamento bem como a procura de cuidados. Em contra partida, o otimismo parece ter um papel protetor, visto que se associam a menor relato de sintomas físicos, bem como maior envolvimento em comportamentos saudáveis e melhor recuperação.

Um dos modelos, presentes nesta investigação, é o modelo de autorregulação do comportamento de doença de Leventhal (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984). Este modelo defende que os indivíduos lidam com as doenças/sintomas da mesma forma que fazem com outros problemas. Assim, a doença e os seus sintomas são interpretados como um problema que ativa no indivíduo mecanismos para a sua resolução. Para Leventhal et al. (1984), o confronto envolve: planeamento e ação. O planeamento só é possível quando estabelecidos objetivos em relação à doença, que estão associados à forma como ela é conceptualizada. Assim o primeiro momento consiste na representação do problema e da emoção de que o acompanha. Um segundo momento (*coping* ou ação) envolve o desenvolvimento e a execução dos planos de resposta. Finalmente num terceiro momento do processo (avaliação) o indivíduo avalia se os planos de ação são adequados. O sistema é recursivo, isto é,

existe retroação e feedback. Todo o processo de confronto depende da representação psicológica de doença que comporta cinco componentes: rótulo, causas, consequências, duração e cura ou controlo. Estes componentes foram incorporados no modelo de autorregulação do comportamento de doença de Leventhal para analisar a relação entre a representação cognitiva de doença do indivíduo e o seu consequente comportamento de *coping*, ou seja, desenvolvimento e execução de ações de resposta, como por exemplo, a adoção ou não, de uma dieta adequada á doença.

Um outro modelo que é importante referir é o Modelo Biopsicossocial que entende o individuo como como um ser não imutável, influenciado por aspetos genéticos, anátomo-fisiológicos e bioquímicos – Biológico, por fatores relacionados com a saúde mental, denominado pela racionalidade e emotividade – psicológicos e também pela sua inserção e relacionamento interpessoal – Social. Este modelo entende que a saúde e a doença são fatores influenciados por um conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais que se relacionam entre si, afetando o individuo em toda a sua aceção, determinados por várias causas ou acontecimentos (Smith & Nicasso, 1996).

A intervenção psicológica junto de indivíduos com doença crónica pode focar-se, mediante os casos em aspetos como: na ajuda em processos de tomada de decisão; estados emocionais e necessidades de pertença e segurança; facilitação dos processos de confronto com a doença e com o seu tratamento; gestão do *stress* associado à doença; aumento do envolvimento do sujeito no seu próprio tratamento; crises pessoais ou familiares associadas à doença; melhoria da comunicação com os técnicos de saúde; problemas de adesão aos tratamentos médicos ou a atividades de autocuidados; identificação de necessidades de referência para outros apoios especializados (apoio social, psiquiatria, recursos comunitários) (Trindade e Carvalho Teixeira, 2000).

Neste sentido, a presente investigação tem como objetivo principal verificar até que ponto o apoio/ajuste diádico têm influência no paciente com IRC e na sua QDV bem como avaliar a sua sintomatologia ansiosa e depressiva, comparando os resultados com indivíduos com IRC e com indivíduos com IRC mas portadores da diabetes.

Por conseguinte, esta investigação encontra-se dividida em duas partes. A primeira parte diz respeito à revisão da literatura sobre a temática Insuficiencia Renal,

Ajuste Diádico e Qualidade de vida em dois grupos: indivíduos com IRC e indivíduos com IRC mas portadores da Diabetes.

Na segunda parte é apresentada a investigação propriamente dita apresentando-se o método, participantes do estudo, materiais e procedimentos utilizados, resultados e a sua discussão. Finaliza com a conclusão genérica sobre a investigação bem como algumas sugestões de investigação decorrentes da mesma.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – DOENÇA CRÓNICA: GENERALIDADES

1.1 Características da Doença Crónica

As doenças crónicas suscitam preocupações para os profissionais de saúde como para os respetivos familiares ou cuidadores, devido aos seus aspetos limitantes, pelas consequências dos seus tratamentos, desgaste e sofrimento da pessoa, seja também pelo fato de que grande parte dos recursos financeiros e humanos dos serviços públicos, dê prioridade ao curativo e reabilitação, ao invés de ações preventivas e promoção da saúde.

A definição de saúde que a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948) propõe como sendo compreendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não como ausência de disfunção ou doença, retrata para uma consciencialização do homem como ser biopsicossocial. Posto isto, o Modelo Biopsicossocial entende a saúde e a doença como conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais que se relacionam entre si, ou seja, a doença afeta o indivíduo como um todo, sendo a saúde e a doença processos dinâmicos, em evolução que são devidos a várias causas ou acontecimentos (Smith, & Nicassio, 1996)

Contudo, entende-se por doença crónica, segundo a OMS, as doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes e produzem incapacidades ou deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou longos períodos de observação ou cuidados (Organização Mundial de Saúde, 2005)

As doenças crónicas podem apresentar três formas distintas: progressiva que se caracterizam pela ausência de intervalos ou períodos de alívio dos sintomas, causando efeitos progressivos e severos e nada pode ser feito para impedi-los. Estas características provocam sofrimento, desgaste e tensão crescente nos membros familiares, que também enfrentam a exaustão. Podem ser caracterizadas como constantes, sendo estas aquelas que ocorre um evento inicial e depois estabiliza. Estas requerem da família uma exigência elevado, pois é desde o início que ocorre uma mudança que se torna estável e previsível durante um considerável período de tempo. Por fim, podem ser reincidentes ou episódicas em que requerem da família uma maior flexibilidade que permita o movimento de ir e vir entre formas de organização da dinâmica familiar.

A doença crónica é um termo utilizado para representar a condição de saúde do indivíduo, referindo-se a uma experiência de vida que envolve permanência e

desvio do normal, causada por patologias, causando perdas e disfunções além de alterações no cotidiano das pessoas, afetando toda a dinâmica familiar ou dos mais próximos.

1.2 Doença Renal Crônica e Insuficiência Renal Crônica

A Doença Renal Crônica (DRC) é considerada uma enfermidade que, além de trazer consequências físicas ao indivíduo que a vivencia, traz prejuízos psicológicos, alterando o seu cotidiano. Pode ser caracterizada também como um problema social, que interfere no papel que o próprio indivíduo desempenha na sociedade (Kimmel, 2000; Zimmermann, Carvalho & Mari, 2004). Assim, é estabelecido um longo processo de adaptação a essa nova condição, onde o indivíduo precisa identificar meios para lidar com o problema renal e com todas as mudanças e limitações que o acompanham (Rudnicki, 2007).

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma condição mórbida decorrente de uma série de factores, não possuindo expectativas de cura. Considera-se uma doença que se desenvolve significativamente e tem como co-responsáveis o aumento da incidência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, neoplasias de próstata e colo de útero, entre outras causas. Muitas pessoas desenvolvem a insuficiência renal por falta de acompanhamento adequado e detecção precoce das doenças de origem (Almeida & Meleiro, 2000; Kimmel, 2001).

A Hemodiálise, um tratamento de apoio ao paciente renal consiste na remoção de substâncias tóxicas e excesso de líquido por uma máquina. Um procedimento cuja duração leva de duas a quatro horas, exigindo que o paciente se desloque para a unidade de tratamento com frequência, na maioria das vezes, três vezes por semana (Riella, 1996; Almeida & Meleiro, 2000). O indivíduo sente dificuldade em se adaptar e pode ser verificado logo quando inicia o tratamento.

1.3 Doença Crónica e a Diabetes

A Diabetes caracteriza-se pelo excesso de glicose no sangue, podendo evoluir com complicações oculares, renais, vasculares, neurológicas, entre outras.

Estima-se que em 1995, atingia 4,0% da população adulta mundial e que, em 2015, alcançará cerca de 5,4%. A maior parte desse aumento pode acontecer em países em desenvolvimento, acentuando-se, nesses países, o padrão atual de concentração de casos na faixa etária de 45-64 anos.

No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas. Essa prevalência variava de 3% a 17% entre as faixas de 30-39 e de 60-69 anos. A prevalência da tolerância à glicose diminuída era igualmente de 8%, variando de 6 a 11% entre as mesmas faixas etárias. Hoje Estima-se 11% da população igual ou superior a 40 anos, o que representa cerca de 5 milhões e meio de portadores (população estimada IBGE, 2005).

A diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas da mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, doenças cardiovasculares e cegueira. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave.

Os sintomas clássicos da Diabetes são: poliúrica, polidisia, polifagia e perda involuntária de peso (os “4 Ps”). Outros sintomas que levam a suspeita clínica podem ser fadiga, fraqueza, letargia, balanopostite e infecções de repetição. Contudo, existem exames laboratoriais para o diagnóstico de diabetes e de regulação glicêmica alterada, como a glicemia de jejum, em que se mede o nível de glicose sanguínea após um jejum de 8 a 12 horas; Teste oral de tolerância à glicose, em que o paciente recebe uma carga de 75g de glicose, em jejum, e a glicemia é medida antes de 120 minutos após a ingestão; por fim a Glicemia casual em que é tomada sem padronização do tempo desde a última refeição.

Os diabetes podem ser classificados em: Diabetes tipo I, indica a destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando administração de insulina é necessária para prevenir coma e morte. O desenvolvimento deste tipo de Diabetes, podem ocorrer de forma rapidamente progressiva, principalmente, em crianças e adolescentes, ou de forma lentamente progressiva, geralmente em adultos. Diabetes tipo II é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. Quando é administrada insulina, nestes casos, visa alcançar o controle do quadro hiperglicêmico. A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura. Em alguns indivíduos, no entanto, a ação da insulina é normal, e o defeito secretor mais intenso. Diabetes gestacional, em que a hiperglicemia é diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, geralmente desenvolve-se no período pós-parto, mas retoma anos depois em grande parte dos casos. A OMS recomenda detectá-lo com os mesmo procedimentos que se fazem fora da gravidez, considerando como diabetes gestacional valores referidos fora da gravidez como indicadores de diabetes ou de tolerância à glicose diminuída. Diabetes Mellitus caracteriza-se pela elevada presença de glicose no sangue (hiperglicemia).

Classificação	Glicemia em jejum (mg/dl)	Glicemia 2h após ttg-75g (mg/dl)
Normal	<110	<140
Hiperglicemia intermediária	110-125	
Glicemia de jejum alterada		
Tolerância à glicose diminuída		140-199
Diabetes Mellitus	≥126	>200

Quadro 1. Interpretação dos resultados da glicemia de jejum e do teste de tolerância à glicose.

Sintomas de Diabetes

+ Glicemia casual ≥ 200 mg/dl (qualquer hora e horário)

= ou =

Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl*

= ou =

Glicemia de 2 horas ≥ 200 mg/dl (no teste de tolerância à glicose)

* **Devem ser confirmados com nova glicemia**

Quadro 2. Critérios laboratoriais para o diagnóstico de Diabetes

1.3.1 – Cuidados ao paciente com Diabetes e sua família

A prevenção da Diabetes e as suas complicações são hoje consideradas prioridade para a saúde pública. Pode ser efectuada por meio da prevenção de fatores de risco como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); identificação de casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária) para tratamento; e intensificação do controlo de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crónicas (prevenção terciária).

O cuidado total do paciente com diabetes e sua família para a equipa de saúde, é necessário no sentido de ajudar o paciente a mudar o seu modo de viver. Aos poucos, ele deverá aprender a gerir a sua vida com diabetes num processo que vise a qualidade de vida e autonomia.

A nível social, sentem-se alterações significativas na rotina diária, das responsabilidades familiares e profissionais. Como o doente tem necessidade de se deslocar a um centro de hemodiálise, por norma, três vezes por semana, durante 4 a 6 horas por dia, verifica-se que o tempo gasto nas sessões, consultas médicas, associado ao tempo de hospitalização, dificultam a vida destes doentes em sociedade.

A incerteza, insegurança, perda de autonomia, sentimento de incapacidade, a alteração de papéis que são desempenhados, alterações do aspeto físico, são fatores que contribuem para a ruptura do equilíbrio emocional.

1.4 Qualidade de vida (QV), Depressão e Ansiedade em doentes crónicos

A Organização Mundial de Saúde define QV como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. “Qualidade de vida é o resultado da soma do meio ambiente físico, social, cultural, espiritual e económico onde o indivíduo está inserido, dos estilos de vida que este adopta, das suas acções e da sua reflexão sobre si, sobre os outros e sobre o meio ambiente que o rodeia. É também a soma das expectativas positivas em relação ao futuro” (Leal, 2008, p.18).

Em 2005, Pais Ribeiro refere que qualidade de vida é um conceito que se relaciona com as condições de trabalho, como um conjunto de aspetos de bem-estar, saúde e segurança física, mental e social, capacidade de desempenhar atividades com segurança com máximo aproveitamento possível da energia de cada um.

Ao estudarmos a qualidade de vida associada à saúde, estamos a usá-la para avaliar a eficiência, a eficácia e o impacto de alguns tratamentos aplicados.

Neste sentido, é nas doenças crónicas que se tem verificado um maior interesse em estudar a QV. A importância da conceptualização deste conceito poderá estar ligada à evolução das doenças prolongadas e à expectativa de vida, consequência do processo tecnológico da medicina. (Leal, 2008).

A qualidade de vida dos pacientes renais crónicos que são submetidos à Hemodiálise está comprometida em todos os aspectos, principalmente no estado geral de saúde, vitalidade e aspectos emocionais (Coutinho, et al, 2010). Muitos doentes enfrentam uma série de limitações com coragem, mantendo as responsabilidades familiares e profissionais. Por outro lado, sentimentos de Depressão e Ansiedade, evidenciando sentimentos de desânimo, desespero, desesperança, pessimismo e impotência perante a dura realidade da doença e tratamento pode tornar-se tal, que acabam por questionar-se se valerá a pena para ele e para a sua família continuar a viver desta forma (Ferreira e Anes, 2010).

Estes estados emocionais estão presentes durante o processo e mesmo durante o tratamento (Lacerda, Oliveira, Militão, Carneiro, Toledo, Paula & Prado, 2007). As reações que o doente renal enfatiza no processo terapêutico de diálise é uma forma de responder de forma adaptativa aos sentimentos de insegurança e perdas, sendo considerada a depressão a desordem psiquiátrica mais comum entre aqueles que estão no final da doença renal, tratados em Hemodiálise.

A depressão sendo considerada a doença psíquica mais presente neste tipo de doenças crônicas, parece estar associada a algum tipo de perda, real ou imaginária. Por um lado acarreta perdas para os pacientes em diversas áreas da sua vida, como a perda do papel dentro da família e no local de trabalho, perda da mobilidade, perda de habilidades físicas e cognitivas e perda da função sexual. Além disso, os sintomas e as respostas fisiopatológicas de uma doença crônica debilitante conduzem ao desenvolvimento de depressão.

Silva (2003) verificou que, entre os doentes com perturbação depressiva, os que eram tratados por especialistas de saúde mental apresentavam pior funcionamento social do que os que eram tratados por médicos de clínica geral. Porém, entre os indivíduos que apresentavam sintomas depressivos mas que não tinham a perturbação, os que eram seguidos por médicos de clínica geral apresentavam um pior funcionamento físico, mais dor e mais dias passados na cama. Como suposta hipótese destes resultados, o fato de as pessoas escolherem um médico de acordo com os sintomas de depressão que apresentam. Verificou-se também que os doentes com depressão apresentam um funcionamento social e um desempenho significativamente piores, mais dor bem como um maior número de dias em que estiveram acamados do que doentes com outras doenças crônicas.

Outros estudos revelam que os sintomas depressivos podem surgir como parte de um processo temporário de adaptação a essa nova condição ou podem ser a manifestação de uma falência adaptativa (Rodin & Graven, 1989; Santos, 2006).

As dificuldades de ajustamento à diálise são mais proeminentes durante o primeiro ano após a iniciação do tratamento sendo que é durante esse período que os transtornos depressivos clinicamente relevantes são mais prováveis de aparecer. Além disso, devido ao impacto da IRC, o diagnóstico deverá ser o mais exato possível e o tratamento o mais certo para que não se prive o paciente de benefícios importantes.

Alguns estudos apontam para quase metade de todos os pacientes em diálise referirem sintomas depressivos, contudo, menos de um quarto apresentam sintomas

graves, o suficiente para um diagnóstico de transtorno depressivo major. Contudo, outros estudos demonstram que a possibilidade de ocorrer um transtorno depressivo major é inversamente proporcional ao tempo de tratamento em diálise o que pode refletir a necessidade de um período de tempo para o processo de adaptação psicológica (Rodin & Graven, 1989).

Assim parece que a qualidade de vida possa ser fortemente influenciada pelos sintomas depressivos, sendo que, é necessários que se investigue cuidadosamente o paciente quanto há presença de depressão, favorecendo um diagnóstico precoce, melhorando a adesão ao tratamento bem como o prognóstico (Shulman, Price & Spine, 1996).

EM RESUMO

A revisão da literatura efetuada revelou que o impacto das doenças crónicas suscitam preocupações para os profissionais de saúde como para os respetivos familiares e cuidadores.

Verificam-se consequências no seu tratamento, desgaste e sofrimento da pessoa. Estas requerem da família uma exigência elevada pois é desde o início que ocorre uma mudança que se torna estável e previsível durante um considerável período de tempo.

Por conseguinte, para além de indivíduos com IRC, existem indivíduos com doenças associadas como é neste estudo verificado o IRC Diabético.

Quanto à QV, depressão e ansiedade pode ser justificada como parte de um processo temporário de adaptação à nova condição ou falência adaptativa nos doentes. É neste sentido que os profissionais de saúde devem atuar.

2 – INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

2.1 Caracterização da Insuficiência Renal

A insuficiência renal consiste na perda lenta progressiva e irreversível da função renal, com redução do ritmo de filtração glomerular por um período de três meses ou mais, independentemente do diagnóstico. (Barros, 2007).

Estima-se que em Portugal, entre 500 a 800 mil pessoas tenham algum grau de compromisso da função renal, não estando, a maior parte identificadas (Nolasco, 2009).

De acordo com Silva (2000), os rins são considerados órgãos fundamentais, filtram e regulam o volume de líquidos do organismo, efetuando a excreção de substâncias tóxicas através da urina. Se este processo não é desenvolvido com eficiência, pode ser considerado algum tipo de distúrbio.

O sistema renal é uma das quatro principais vias de excreção do nosso corpo (respiração, digestiva e a pele). É constituído por quatro estruturas principais: dois rins, com função de secreção, regulação e excreção de substâncias tóxicas; dois uréteres que têm como função, conduzir a urina dos rins para a bexiga; bexiga onde se armazena a urina até ser eliminada; uretra, tubo que estabelece a ligação e conduz a urina para o exterior.

Os rins são órgãos pares, que se situam em posição retroperitoneal, um de cada lado do segmento da coluna vertebral. Num adulto o peso médio é cerca de 120 a 170gramas e mede cerca de 12 cm de comprimento, 6 cm de largura e 3cm de espessura. A sua forma assemelha-se a um feijão, com duas faces, uma anterior e outra posterior.

As funções do rins derivam da sua arquitetura e têm três tipos de funções fundamentais: função homeostática que resulta na manutenção de um volume e composição constantes do líquido extra-celular; função excretora que resulta na eliminação dos produtos finais não voláteis do metabolismo e outros produtos tóxicos; por fim a função endócrina que consiste na secreção e modulação metabólica de algumas hormonas.

Sendo assim, a manutenção da composição constante no ambiente interno é imprescindível para que todos os animais sobrevivam. Esta manutenção do equilíbrio requer que seja constantemente eliminado dos produtos finais do metabolismo celular, o que faz com que haja uma variação das quantidades de água e resíduos metabólicos ingeridos diariamente. A função primordial dos rins é concretamente a regulação da estabilidade. Para que isso aconteça, é necessário ocorrer diversos mecanismos fisiológicos que permitem que em cada momento sejam eliminados quaisquer excessos de água ou substâncias não metabolizadas, ou caso falte, a sua eliminação seja reduzida ou suspensa para que não surjam situações de depleção. Os dois rins recebem cerca de 1,2 litros/minuto de sangue, sendo superior à de outros órgãos sendo fundamental para as funções fisiológicas.

Existe uma ampla gama de sintomatologia que dependa da causa e da forma como se instalou a insuficiência renal. Pode ser diversificada, como astenia, anorexia, vômitos, cefaleias, palidez, polidipsia, poliúrica e atraso no crescimento. À medida que o processo de falência renal progride, o aparelho renal torna-se incapaz de manter as suas funções e instala-se o Síndrome Urémico.

Entende-se por síndrome urémico o conjunto de manifestações clínicas que acompanham a insuficiência renal crônica avançada provocados sobretudo pela acumulação no sangue de produtos do metabolismo azotado. Muitos dos sintomas melhoram drasticamente ou desaparecem com a terapêutica dialítica; por outro lado, estudos que foram realizados *in vitro* referem que o soro de doentes com insuficiência renal avançada contém substâncias dialisáveis podendo interferir com a função de várias células, principalmente do sistema nervoso central, glóbulos vermelhos, células musculares, linfócitos e plaquetas.

Este síndrome possuiu um conjunto de manifestações o que nos leva a pensar que o corpo humano trabalha como um todo dinâmico e interativo, provocando assim, uma profunda redução da energia física, força e motivação (Riella, 1980). Contudo, tem maior prevalência em crianças pequenas e em países com alto consumo de alimentos em que não existe controlo de qualidade.

2.1.1 Insuficiência Renal Aguda

Os rins são órgãos pares responsáveis por inúmeras funções que preservam o equilíbrio do organismo. Quando são acometidos por uma patologia, o sistema renal pode comprometer o equilíbrio de todo o organismo e ter como causa ou complicações de internamento.

Segundo Santos e Matos (2008), “ a IRA é uma condição comum em pacientes admitidos em Unidade Terapêutica Intensiva”.

Entende-se por Insuficiência Renal Aguda (IRA) quando redução aguda da função renal em horas ou dias. Refere-se principalmente, à diminuição do ritmo de filtração glomerular, contudo, pode ocorrer disfunções no controle do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico. Estima-se que no Brasil, existam poucos dados referente à incidência da IRA e mortalidade associada. Porém, estudos efetuados em dois centros do Estado de São Paulo, mostram uma incidência de 0,79% e 0,49% respectivamente. Cerca de 50% destes participantes foram submetidos ao tratamento dialítico, com mortalidade perto dos 50%.

É considerada uma patologia complexa e possui várias etiologias. Pode ter como causa: Pré-Renal, quando têm origem antes dos rins (hemorragias, enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca, entre outras); Intra-Renal, quando afetam o parênquima renal; Pós-Renal, quando a causa é após os rins (obstrução do fluxo urinário). O fato de existirem múltiplas etiologias, faz com que o diagnóstico precoce e a detecção dos fatores de risco para o desenvolvimento do IRA se torne difícil.

Santos, (2009) apresenta como fatores de risco, a idade avançada, níveis prévios de creatinina, presença de diabetes mellitus, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca congestiva. Contudo, Bernadina (2008) apresenta fatores de risco eventos isquêmicos, infecciosos e obstrutivos, choque, insuficiência cardíaca, respiratória, neoplasias e o tempo médio de internamento superior à 7 dias. Os pacientes por norma apresentam mais de que um fator de risco o que faz com que haja uma maior dificuldade em detetar e prevenir a IRA.

Segundo Cleto (2011) “ Os critérios da definição da IRA adotado e recomendado pela Acute Kidney Injury Network (AKIN) classificam a sua presença em três estágio”. A AKIN utiliza para o diagnóstico da IRA as alterações agudas nos níveis séricos de creatinina e débito urinário.

Quando diagnosticado a IRA, deve ser estabelecida a terapêutica conservadora ou dialítica para restaurar o bem-estar do paciente. Caso o tratamento não seja instituído em tempo hábil, essa patologia pode evoluir, causando complicações que podem levar à morte. Segundo Brunner e Suddarth (2011), “ os objetivos do tratamento da IRA consistem em restaurar o equilíbrio químico normal e evitar as complicações até que a reparação do tecido renal e restauração da função renal possam acontecer. O tratamento inclui manter o equilíbrio hídrico, evitar os excessos de líquidos ou, possivelmente, realizar a diálise. A causa subjacente é identificada, tratada e eliminada quando possível”. Riella (2003) ressalta que não existem benefícios na utilização de diuréticos e que se deve utilizar precocemente e com frequência a diálise para manter o nível da ureia abaixo de 180mg/dl e o da creatinina inferior a 8mg/dl.

A IRA pode ser reversível, dependendo do tipo de tratamento, da extensão da lesão, e da rapidez da identificação do processo patológico, ou ainda pode evoluir para a insuficiência renal crônica (IRC) (Smeltzer e Bare, 2002).

2.1.2 Insuficiência Renal Crônica

Bialy (1999) refere a Insuficiência Renal Crônica (IRC), como uma degeneração progressiva da função renal, não passível de reversão. Nesta doença, a capacidade do organismo de manter o equilíbrio hidroeletrólítico e metabólico está altamente comprometida. Para se verificar a quantidade de função perdida, costuma-se usar qualificativos imprecisos como “leve”, “moderada” e “grave” ou “ terminal”, consoante o grau de diminuição da filtração glomerular.

A IRC pode ser definida como alterações da função dos rins na qual esses órgãos ficam incapazes de excretar as substâncias tóxicas do organismo de forma adequada (João Júnior 2004).

Para Riella (2003), a IRC é a causa principal pela progressão de doenças como diabetes mellitus, hipertensão arterial e glomerulonefrite ou também por infecções repetidas do trato urinário.

Santos (2011) menciona que a IRC, comporta várias etiologias, podendo resultar de várias doenças que acometem diretamente os rins.

Sendo assim, IRC pode ser referida como um diagnóstico sindrômico de perda progressiva e normalmente irreversível da função renal de filtração glomerular. É caracterizada pela perda progressiva e irreversível das funções renais. Pela deterioração das funções bioquímicas e fisiológicas de todos os sistemas do organismo, alterações do equilíbrio hidroeletrolítico, hipovolemia, hipercalemia, anemia hormonal, retardo no crescimento, entre outros.

Os primeiros sintomas podem demorar anos a serem notados, o que revela grande capacidade adaptativa dos rins, o que permite a sobrevivência dos seres humanos com apenas 10% da função renal.

Com o evoluir da doença, acumula-se substâncias tóxicas no sangue, o indivíduo começa a sentir-se pesado, cansa-se facilmente diminuindo assim a sua agilidade mental. À medida que aumenta a formação de substâncias tóxicas, vão produzir-se sintomas nervosos e musculares, como espasmos musculares, fraqueza musculares e câibras. Pode experienciar sensação de formiguelo e perda da sensibilidade em certas partes do corpo. Podem ocorrer convulsões como resultado da hipertensão arterial, alterações na composição química do sangue que por sua vez provocam o mau funcionamento do cérebro. Pode afetar o aparelho digestivo, como perda do apetite, náuseas, vômitos, inflamações da mucosa oral e sabor desagradável na boca, isto devido à acumulação de substâncias tóxicas. Estes sintomas podem levar à perda de peso como também à desnutrição. (Ramos, 1997).

A fisiopatologia da doença renal, quando estamos perante a IRC, alguns dos nefrônios não são alvo de lesão o que faz com que o rim responda às necessidades do organismo mas de forma deficitária. A destruição da função renal prevê-se pela velocidade de deterioração em que se encontram os nefrônios, através do doseamento da creatinina ao longo do tempo e a sua constante observação. Quando o nível de creatinina aumenta, significa que há uma destruição aumentada dos nefrônios e da função renal (Brenner, 2000).

Conforme Treitini (2004), “a IRC é uma deterioração progressiva, gradual e irreversível das funções renais, que acarretam a retenção de substâncias tóxicas e nocivas ao organismo.”

Dependendo da lesão existente a perda da função renal, a IRC irá apresentar um conjunto de manifestações que se classificam relativamente com o grau de afecção.

Oliveira (2012) refere que existem cinco estádios sucessivos de deterioração da função renal: o primeiro estágio, definido para uma insuficiência renal com TFG (taxa de filtração glomerular) maior ou igual a 90 ml/min, não existindo alterações clínicas nem laboratoriais, visto que a perda de nefrónios não implica um comprometimento dos parâmetros laboratoriais. O segundo estágio, a TFG situa-se em 60-89 ml/min. É ainda clinicamente assintomática, contudo já existe lesão renal. O terceiro estágio, os valores situam-se entre os 39-59 ml/min, onde existe um aumento dos valores da ureia e da creatinina e o aparecimento de polúria, devido à incapacidade de concentrar a urina. Quarto estágio da IRC, os valores situam-se em 15-29 ml/min. Os sintomas têm uma intensidade variável e estão diretamente relacionados com os valores de retenção azotada (astenia, náuseas, vómitos). Por fim, o quinto estágio (considerado o estágio terminal), apresenta uma TFG inferior a 15 ml/min, o que indica falência renal, a sintomatologia pode ser intensa, existindo indicação permanente para a terapêutica substitutiva da função renal (diálise ou transplante).

Podemos concluir através dos estádios que foram referidos que a IRC, vai-se manifestando de modo progressivo através de uma TFG cada vez menos. Como podemos constatar, nos estádios iniciais, os nefrónios fazem um “esforço” para compensar a perda de capacidade de filtração. Mais tarde, no quarto estágio, a incapacidade apresentada torna-se cada vez mais intensa, sendo necessário uma terapia de substituição renal.

Para Fouque (2007) “Estima-se que cerca de 10% da população mundial, em idade adulta, sofra de doença renal.”

A Sociedade Portuguesa de Nefrologia publicou no seu relatório anual de 2008 que existem 14 000 doentes dependentes do tratamento de substituição renal (diálise ou transplante renal), sendo que 9037 encontravam-se em programa regular de hemodiálise. Durante 2004 e 2005, a população em hemodiálise variou entre 8077 e 8382 doentes.

A Sociedade Brasileira de Nefrologia, verificou que 35.928 doentes com idades entre os 40 e os 59 anos submeteram-se a hemodiálise. Contudo, a taxa de mortalidade desses doentes atinge cerca de 15% com aproximadamente 6.180 óbitos em 2008, sendo que em Portugal a mortalidade em 2007, atingiu 15,6%.

Normalmente a IRC propende a agravar-se independentemente do tratamento e se não for tratada é mortal. A diálise ou o tratamento renal podem salvar a vida do doente (Fried, Bernardini, Johnston & Piraino, 2001).

2.2 Tratamento Dialítico

A escolha da terapia adequada deve ser feita de forma individual e abranger características clínicas, psíquicas e sócio-económicas do doente, que junto dos seus familiares devem ter acesso a orientações sobre o tratamento de forma clara e compreensível (Barros, 1999).

Smeltzer e Bare (2002), afirmam que a hemodiálise é um método dialítico que é usado frequentemente e tem como finalidade a extração de substâncias tóxicas e o excesso de água do sangue, por difusão, osmose e ultrafiltração. A aplicação desta técnica é feita através de acessos vasculares ligado a uma máquina dialisadora, geralmente 3 vezes por semana, durante 4 horas. Traz ao doente a possibilidade de prolongar a vida, porém não altera a evolução natural da doença e não substitui por completo a função renal.

Para que o doente renal crónico, esteja capaz para se submeter à hemodiálise, primeiramente é necessário que se realize o acesso vascular temporário ou permanente, através de uma inserção de um cateter numa grande veia ou por uma fístula artério-venosa (Daugirdas, 2003).

Para que seja possível o paciente realizar a sessão de hemodiálise são necessários vários componentes como “anticoagulante, circuito exterior, bomba de sangue, membrana dialisadora e acesso à circulação sanguínea.” Com o passar dos anos e os avanços tecnológicos, hoje em dia as máquinas dialisadoras tornaram-se seguras, com monitores, controlos e sistemas automáticos, oferecendo segurança aos doentes (Barros, 1999).

O procedimento dialítico é utilizado para retirar líquidos dos rins quando estes, são incapazes de o fazer, ou quando o tratamento clínico não revela melhorias ou ainda quando o transplante renal não pode ser feito ou indicado para o doente em questão (Williams, 2001). Smeltzer e Bare (2002), referem a importância de realizar o tratamento dietético, restrição hídrica e tratamento farmacológico.

Segundo Tomé (1999), os meios que são utilizados num doente renal crónico são: Diálise peritoneal, diálise peritoneal ambulatoria contínua (CAPD), diálise peritoneal cíclica contínua (CCPD), diálise peritoneal cíclica otimizada (OCPD), diálise peritoneal intermitente (IPD), diálise peritoneal Tidal (TPD) e transplante renal.

A diálise peritoneal é um processo de filtração do sangue interno e extra renal, que é medido pela membrana peritoneal sendo indicada a doentes que manifestam vontade de autocuidado (Barros, 1999)

Segundo Daugirdas, este tipo de tratamento é considerado menos agressivo quando comparado à hemodiálise, pois a alteração dos solutos no sangue e remoção de líquidos é realizada de forma contínua, permite assim, uma troca gradual e efetiva.

A diálise é considerada uma das terapias de larga aplicabilidade pela sua simplicidade, devido a manipulação ser realizada através de técnicas manuais. O acesso peritoneal é realizado através da inserção de um cateter (Costa, 2003). Este tipo de tratamento é indicado aos doentes de insuficiência renal crónica que não se adaptam à hemodiálise ou aqueles doentes que optam por uma terapia domiciliária, desde que, esse tratamento dê qualidade de vida, controlo de comorbilidades dentro de padrões estabelecidos como adequados (Barros, 1999).

Para Smeltzer e Bare (2002), a diálise peritoneal tem como objetivo, remover as substâncias tóxicas e os produtos de degradação metabólicos restabelecendo o equilíbrio hidroeletrólítico normal, sendo realizada de duas formas :

- **Diálise peritoneal ambulatoria contínua (CAPD)** : atua por difusão e osmose através de infusão de líquido dialisado para dentro da cavidade peritoneal, onde fica em permanência atuando durante cerca de cinco a seis horas, é retirado e infundido por gravidade. O dialisado deve ser infundido quatro a cinco vezes por dia, 24 horas por dia e 7 dias por semana.

- **Diálise peritoneal cíclica contínua (CCPD)** : é realizada geralmente durante a noite, segue os mesmos princípios da manual, é feita através de uma máquina de ciclos automáticos que regula os tempos e volumes das infusões e drenagens do dialisado, sendo necessário a conexão do cateter à máquina durante a terapia.

Este tipo de terapias são métodos mais simples e de baixo custo, visto que não necessitam de aparelhos sofisticados e energia eléctrica, ou seja, é considerado um tratamento adequado às características sociais e recursos limitados da população. A diálise peritoneal pode apresentar algumas complicações como a formação de hérnia, hemorragias peri-cateter, edema genital, complicações respiratórias e dor lombar (Daugirdas, 2003).

- **Diálise Peritoneal Tidal (DPT):** Este tipo de tratamento é feito normalmente na casa do doente, durante a noite embora também possa ser feita na Unidade de diálise. A vantagem deste tipo de diálise é o fato dos doentes sentirem menos dor na drenagem para o exterior. Isto deve-se ao facto de a cavidade peritoneal não ser totalmente esvaziada após cada troca. Também é considerado um método positivo em termos de sono e descanso contínuo (Twardowski, 1990).

- **Diálise Peritoneal Cíclica Optimizada (DPCO):** Este método permite a administração de maior diálise à medida que a função renal residual se vai declinando. Enquanto faz DPCO, faz durante a noite DPCC, aumentando até nove trocas de dialisante por dia. O tempo mais longo do líquido durante o dia vai optimizando as oportunidades de depuração, enquanto o tempo mais curto noturno vai ajudar a alcançar a finalidade da ultra-filtração (Wild, 1992).

- **Diálise Peritoneal Intermitente (DPI):** Este tratamento é pouco utilizado, pois torna-se difícil atingir a diálise adequada com esta técnica. O doente encontra-se deitado durante 12 a 20 horas, duas ou três vezes por semana. É indicado para pessoas idosas que são incapazes de fazer diálise em casa e que não têm informação para outras terapias. A vantagem é que estes doentes podem ganhar em

termos de convívio social, principalmente se houver várias pessoas em tratamento ao mesmo tempo. Pode também tratar doentes agudos ou por condicionamento do cateter, podendo aumentar os volumes de enchimento de forma gradual (Burkart, 1993; Wild, 1992).

Transplante Renal

Segundo Ferreira e Heilberg (2001), é uma vantajosa opção terapêutica para o doente com insuficiência renal crônica. Consiste num procedimento cirúrgico, em que há reposição de um órgão ou tecido de uma pessoa doente (receptor) por outro órgão normal de um doador. Este novo e único rim deve substituir totalmente os dois rins que pararam de funcionar. O transplante é considerado um tratamento, não é uma cura.

Na maior parte dos casos, é aplicada em doentes que já se encontram num programa de diálise, embora seja possível realizar-se antes de dar início ao tratamento dialítico.

O transplante renal, apresenta vantagens em relação às técnicas dialíticas resultam de o rim transplantado ser um órgão vivo que possui todas as funções que lhe são próprias. Salienta-se que, por meios naturais, regula o metabolismo de diversas substâncias (água, sódio, potássio, etc.) e de eliminar outras, as que promovem a formação dos glóbulos vermelhos do sangue e as que regulam regeneração dos ossos. É considerado a modalidade terapêutica que dá uma melhor qualidade de vida e uma esperança maior de vida, devido a permitir que o doente se liberte das restrições que o processo dialítico impõe.

Existem três tipos de dadores: vivo relacionado (parente de sangue), vivo não relacionado (sem nenhum grau de parentesco) e doador cadáver. A melhor opção é a do doador vivo. Para além de que, o número de dadores cadavéricos disponíveis é muito reduzido que o número de doentes renais crónicos em espera para serem transplantados. Por estes motivos, o transplante renal é realizado preferencialmente com dadores vivos. (Diretrizes de Transplante Renal, 2013).

Cruz e Barros (2006), relatam que, nos últimos cinco anos de procura de órgãos teve um aumento de 2,5% para 7% por milhão de habitantes. A sobrevivência

dos transplantes nos três primeiros anos de doadores vivos diminuiu 15%, enquanto, em relação aos doadores cadáveres diminuiu para 25%.

Nem todos os doentes renais estão habilitados para efetuar o transplante renal. Há certos requisitos clínicos que não permitem que se realize o transplante. Todas as pessoas em diálise são avaliados pelos médicos nefrologistas que informam sobre a possibilidade de integrar ou não a lista de transplante.

Antes do transplante são realizados testes próprios ao sangue para se determinar a compatibilidade do rim. Mesmo que tenha um parente que lhe deseje dar um rim, este pode não ser compatível e, apesar da hipótese ser baixa, é possível haver rejeição de um rim compatível.

Para ser transplantado, os pacientes devem inscrever-se num centro de Transplante Renal podendo fazê-lo em mais que um centro. Posteriormente, implica marcar uma consulta de pré-transplante renal e depois seguir os procedimentos indicados que podem variar de Centro para Centro. Os doentes são avaliados conforme o seu estado de saúde, concretamente à situação dos seus rins, bexiga, coração, fígado e capacidade de suportar a cirurgia. Nas consultas de pré-transplante, será explicado as vantagens e desvantagens do transplante e das suas possíveis complicações, a seguir o doente renal dá o seu consentimento por escrito para ser transplantado. Depois fará a recolha de sangue no Centro de Histocompatibilidade da Região e se tudo estiver bem, entra para a lista de ativa para Transplante Renal e pode ser chamado a qualquer momento. A média de espera para ser transplantados é cerca de 3-5 anos.

No entanto, mesmo quando um transplante é bem-sucedido, a pessoa continua a viver com uma doença crónica e as consultas hospitalares de forma regular são necessárias e podem gerar stress (nos primeiros 6 meses), há sempre o medo oculto de que o corpo rejeite o rim e existem doenças associadas ou fatores incapacitantes que podem resultar do transplante.

Assim, o transplante renal transformou-se na principal escolha de tratamento para doentes com IRC terminal, sendo que durante os últimos 40 anos foram realizados aproximadamente, cerca de 380.000 transplantes renais no mundo inteiro.

2.3 Nefrologia Diabética e Transplante Renal

Atualmente a Diabetes é considerada uma patologia que se encontra em desenvolvimento e há quem considere como a “pandemia do século XXI”.

A Nefrologia Diabética (ND) é uma importante complicação do diabetes melito (DM) e estudos relatam que têm uma maior incidência nos pacientes com início de diálise, chegando próximo a 50%. A ND abrange cerca de 30% dos pacientes com DM tipo I, sendo a principal causa de morte nesse grupo e em pacientes do tipo II com prevalência entre os 20% a 50%, dependendo da origem. Os pacientes com ND apresentam maior mortalidade desde as fases iniciais. Para além disso a sobrevivência dos pacientes com DM em programas de hemodiálise é menor do que a sobrevivência dos pacientes sem DM.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da ND são a hiperglicemia, a hipertensão arterial sistémica e a predisposição genética, tabagismo, etnia, fatores alimentares, entre outros.

O tratamento envolve a prevenção da instalação da ND, prevenção primária, medidas para evitar a progressão de microalbuminúria para macroalbuminúria, prevenção secundária, e desaceleração na diminuição do ritmo de filtração glomerular na macroalbuminúria visando o impedimento do progresso para insuficiência renal terminal, prevenção terciária.

Considera-se que a nefrologia diabética é a causa mais frequente de insuficiência renal crónica terminal. Isto deve-se aos níveis altos de glicose no sangue que induzem a produção de colagénio, o que leva ao aumento da taxa de filtração glomerular (daí o fato de as pessoas diabéticas no início da doença, urinarem em grande quantidade). Um dos primeiros sinais de doença renal é a presença de albumina (um tipo de proteína) na urina. Quando os rins estão afetados, não limpam o sangue de forma adequada, acumulando-se os resíduos no corpo. Este por sua vez reterá mais água e sal do que deveria, o que poderá resultar em ganho de peso ou inchaço.

Entre 15 a 20% das pessoas que foram transplantadas a nível renal estão em risco de desenvolver Diabetes. O risco tende a aumentar nos primeiros 3 a 6 meses pós-transplante mas estará sempre presente. Contudo, cerca de 15% dos doentes transplantados renais são propensos a desenvolver Diabetes num ano e se já existirem familiares com Diabetes tipo II, há um risco ainda mais acentuado.

A diabetes pós-transplante é uma complicação comum do transplante renal. Certos medicamentos que se toma para impedir que o corpo rejeite o órgão transplantado aumentam o risco de desenvolver a Diabetes. Este tipo de medicação imunossupressora produz efeitos tóxicos na produção de insulina aumentando assim, a resistência à mesma.

Porém, o desenvolvimento de Diabetes tem sido associado à redução da sobrevida do enxerto e da pessoa transplantada. É necessário que as pessoas que foram transplantadas devam estar ainda mais atentas aos sinais e sintomas da Diabetes como por exemplo, frequência em urinar, muita sede, fome, cansaço extremo, formigamento, alterações na visão entre outros já mencionados. Existem outras formas de prevenir o aparecimento da doença, como reduzir o excesso de peso de modo a reduzir o risco de desenvolvimento da doença. Também deverá regular de forma frequente a pressão arterial de forma a preservar a função renal e evitar doenças cardiovasculares. O exercício físico também é importante, tanto para a redução do stress como para a perda de peso.

EM RESUMO

A IR consiste na perda lenta, progressiva e irreversível da função renal. Esta pode ser caracterizada em IRC aguda quando há redução aguda da função renal em horas ou dias; e em IRC quando existe degeneração progressiva da função renal, não passível de reversão.

Quando o indivíduo sofre desta doença crónica é importante que a escolha da terapia seja adequada e deve ser feita de forma individual e abranger características clínicas, psíquicas e socioeconómicas do doente tendo orientações sobre o seu tratamento de forma clara e compreensível.

3 – QUALIDADE DE VIDA E SUPORTE SOCIAL

3.1 Suporte Social, Família e Doença Crônica

O doente crônico vive uma situação complexa e singular. Vive dependente de um tratamento até a um possível transplante deparando-se com um futuro incerto. O presente é vivenciado por vários constrangimentos e exigências que interferem nas várias áreas da sua vida a nível social, psicológico, familiar e profissional com significado na forma como se vê e na forma como é visto pelos outros com consequências na relação consigo próprio e na relação com os outros (Almeida, 1985).

A perspectiva multifactorial da saúde e da doença tem em conta a interação dos fatores biológicos, psicológicos e sociais e a forma como podem ser influenciados quando a pessoa é acometida por uma doença ou quando recupera de uma situação de doença pelo que Sarafino (1990) refere que as atitudes positivas que cada um tem face à doença poderão diminuir com o tempo de recuperação.

Segundo Levy (1972), existem três fases pelas quais o doente renal passaria: a fase de “*lua-de-mel*” em que o doente renal quase se como urémico ressuscita do “mundo dos mortos”, sente os ganhos do tratamento, sente-se bem física e psicologicamente assimilando bem o tratamento; A segunda fase refere-se ao “*desencanto*” em que o doente sentia a carga física e psicológica do tratamento e reagiria com manifestações depressivas. Por último, o período de “*adaptação a longo prazo*” em que o doente aceitaria as limitações e intercorrências do tratamento.

Contudo, Lume (1986) refere que hoje em dia, tanto pelas avanças da medicina como pelo próprio acompanhamento clínico que se faz ao doente, a entrada em diálise já não ocorre em fases tão avançadas do síndrome urémico, não sentido por isso os ganhos do tratamento.

A adaptação é um processo dinâmico, muito fluente e permeável a diferentes manifestações tanto de ordem física como psicológica. Faz parte do processo de adaptação à doença/tratamento a negação é a reação mais investigada. Esta surge como sendo considerada como um escudo protetor, uma manifestação defensiva face ao sentimento de desamparo e desespero que se sente quando é confrontado com o tratamento. Este comportamento faz com que muitos sejam descuidados no que diz respeito à adesão terapêutica (Levy, 1972).

Por outro lado, o conflito autonomia/dependência que estes doentes vivenciam aumentam de certa forma o seu comportamento. Beard (1969), refere que o medo da

morte e o medo da vida são dois princípios que fazem parte os problemas da insuficiência renal e do seu tratamento. A perda da liberdade, a dependência do cuidador e desagregação conjugal, social e familiar são as expressões de sofrimento mais evidentes. O facto de esperarem pela sua vez para a realização do tratamento, faz com que sintam ainda mais frustração. A perda da liberdade altera as relações familiares, conjugais e sociais.

Perante às contingências do tratamento dialítico, não é só o doente que sofre mas também a família (Crammond, 1967). As alterações provocadas pela hemodiálise na vida do doente renal são tão profundas que a vida familiar dificilmente poderá deixar de ser atingida.

A família pode ser definida como um grupo de indivíduos ligados por fortes vínculos emocionais, com o sentido de posse e a aptidão de participar nas vidas uns dos outros, tendo um compromisso de relacionamento a longo prazo, no qual as pessoas se organizam em relação mútuas (Wright, & Leahey, 1984, 2002). As famílias de pacientes que são submetidos às sessões periódicas de hemodiálise estabelecem relações sociais com os outros familiares que também acompanham o seu paciente no tratamento sendo que, estes laços, ficam marcados pela reciprocidade, acessibilidade e confiança, caracterizando-se assim o apoio social. Quando existe contacto sistemático entre estes familiares em situações de acompanhamento resulta num processo de reciprocidade que vai produzir efeitos positivos tanto para a pessoa que recebe como para aquela que oferece o apoio. Espera-se com isso que ambos se fortaleçam e que tenham controlo sobre as suas vidas.

Reiss (1981), identificou as características das famílias resilientes relativamente ao efeito do stress da doença, sendo que, em 1991, foram definidas as principais linhas de orientação da influência da família na saúde e na doença: família e prevenção; família e doença; família e intervenção.

Contudo, Barrera (1986), define algum tipo de apoio social, sendo que todos são imprescindíveis para lidar com a doença em todos os momentos agudos, crónicos e terminais. Sendo assim, considera-se o apoio emocional como troca afetiva de sentimentos como, sentimento de ser amado, sentimentos de pertença, de ser compreendido, poder de confiar em alguém, disponibilidade para falar, entre outros.

O apoio instrumental define-se como a prestação direta de um serviço, que se relaciona com o bem-estar do doente, sendo considerado muito eficaz. Por fim, a informação como apoio, pode ser definida como um guia de apoio para a pessoa

tentar resolver o seu problema. O autor refere que o apoio emocional é considerado o mais importante, porque o facto de se sentir amado e estimado faz com que a autoestima aumente e contar as suas dificuldades a outra pessoa faz com que se sinta mais aliviado.

Podemos verificar que o apoio social exerce um efeito positivo: elevado a moral e o sentimento de bem-estar; integração das pessoas numa rede social, auxiliando para enfrentar as experiências negativas; promove o sentimento de dispor de ajuda/apoio em caso de necessidade o que promove grande influência na autoestima, estabilidade e sensação de calor (Navarro Góngora, 2002, 2004).

O efeito *buffering*, menciona que quando o paciente está sob efeitos de elevado stress, o apoio social influencia de forma positiva o estado de ânimo e sobre o funcionamento psicológico, facilitando os processos de incómodo e adaptação reduzindo as possibilidades de adoecer física ou mentalmente, contudo quando o stress é baixo a influência do apoio social seria quase insignificante (Navarro Gongóra, Pereira, & Miragays, 2000; Wortman, & Conway, 1985).

Pacientes que são submetidos à hemodiálise estão entre aqueles considerados em condição crónica de saúde devido aos atributos essenciais: permanência, irreversibilidade, incapacidade funcional, incurabilidade, degeneração e longa duração. Com isto, vem consequências como modificações físicas, sociais e psicológicas e necessidade de adaptação e enfrentamento.

É claro que, o papel das famílias e do contexto social são cruciais na vivência de uma doença crónica. Um dos aspetos importantes, prende-se com a fase da vida em que a doença surge, a forma como o paciente e a família lidam com a doença poderá disseminar diferentes ajustamentos (Rolland, 1989).

Além das significativas repercussões que se sucedem no seio familiar, as estratégias e os esforços que as famílias adoptam bem como a importância da solidariedade dos seus membros evidenciam muita relevância. Isto acontece devido ao suporte e a influência que a família detém na formação da identidade do indivíduo, como também ao carácter decisivo no combate e cooperação em situações de doença crónica.

Parece mais ou menos evidente de que a rede social de apoio é importante pois pode intervir de forma benéfica ou maléfica nas crises ou na doença (Silva, 1997). É importante referir também que para além do apoio familiar é importante o apoio dos

amigos funcionando assim como uma alavanca para a manutenção e equilíbrio do paciente, assim como a equipa que lhe dá assistência no tratamento.

3.1.1. Modelo de autorregulação do comportamento de Leventhal

Este modelo foi importante na compreensão das cognições da doença, baseando-se na resolução de problemas sugerindo que os indivíduos lidem com a doença/sintomas da mesma forma como fazem com os outros problemas. Perante um dado problema ou mudança no estado do indivíduo, este ficará motivado para resolver o problema e restabelecer o seu estado de normalidade. Apesar do conceito de autorregulação proposto por Leventhal (1984) ser de extrema importância, torna-se necessário ter em especial atenção, que os mecanismos psicológicos ocorrem num meio dinâmico, influenciados pelas experiências dentro da família, da comunidade e da sociedade com repercussões sobre a saúde, doença e formas de tratamento.

Partindo do pressuposto que uma doença representa um acontecimento negativo com possível impacto na integridade e bem-estar da pessoa, o valor dessa ameaça é definido com base nas representações de doença do indivíduo. As representações de doença são representações de ameaça que tanto influenciam o humor, como motivam para comportamentos que visam reduzir o potencial de ameaça da doença. Estas representações, vulgarmente designadas na literatura como “cognições de doença”, são as crenças implícitas de senso comum que a pessoa tem sobre a sua patologia (Leventhal et al., 1997).

De acordo com Leventhal et al. (1997), quando o indivíduo está perante a doença fica motivado para a resolver de forma a conseguir o seu estado de equilíbrio.

Assim, desenvolve dois processos de resposta face à percepção sobre a situação: representação cognitiva da doença com a implementação de estratégias de *coping* face a essas cognições e a resposta. Essas cognições incluem as dimensões identidade, causa, duração, consequências e cura/controlo, sendo através delas que o indivíduo atribui o seu significado à doença. Ao mesmo tempo, ocorrem também respostas emocionais que vão contribuir para o(s) tipo(s) de *coping* a adoptar. A segunda etapa é caracterizada pelo desenvolvimento e implementação do plano de ação ou *coping* em que o indivíduo identifica e selecciona as estratégias que lhe permitam adquirir o equilíbrio físico e emocional. Este conjunto de estratégias de

coping pode estar mais focado na resolução dos problemas (*coping* de aproximação) ou na negação desses mesmos problemas (*coping* de evitamento). Por fim, na última etapa, o indivíduo procede à ponderação ou avaliação do resultado do plano de ação, verificando se as estratégias de *coping* utilizadas permitem que ele se adapte à sua nova condição, mantendo o máximo de bem-estar possível.

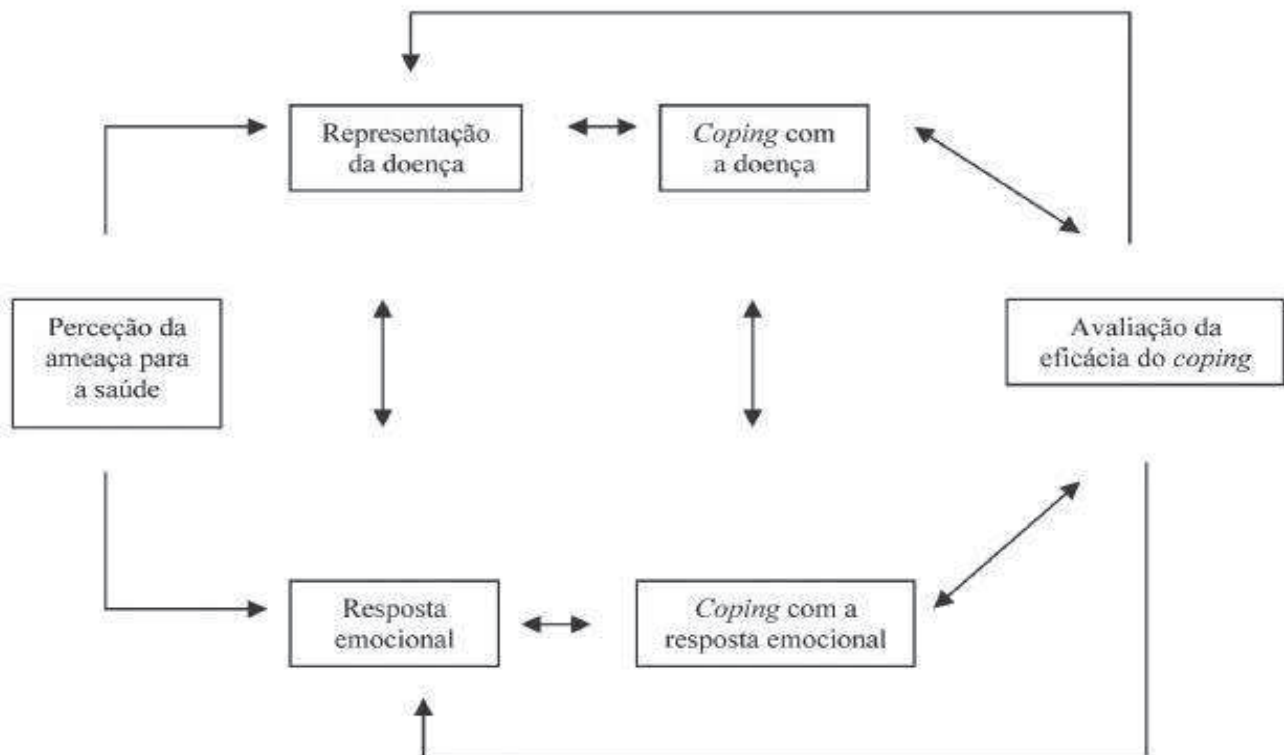


Figura 1 – Modelo de Leventhal de Representação e Coping com a doença (adaptado de Leventhal et al., 1997)

3.2 Relação diádica e a doença

A constituição e manutenção do casamento são muito influenciadas pelos valores vigentes do individualismo. Por isso, a relação conjugal enfatiza mais autonomia e satisfação de cada cônjuge do que os laços de dependência entre eles.

Segundo Spanier (1976), o ajustamento diádico é compreendido como um continuum dinâmico, consistindo em eventos, circunstâncias e interações que movem o casal para a frente e para trás junto desse continuum. Por outras palavras, podemos considera como “ um processo no qual o resultado é determinado pelo grau de diferenças diádicas incômodas, das tensões interpessoais e da ansiedade pessoal, da satisfação diádica, da coesão diádica e do consenso diádico sobre matérias importantes para o funcionamento de díade” (Hernandez, 2008).

O casal é considerado a relação mais íntima e mais próxima do indivíduo, o que nos leva a salientar que o cônjuge possa prestar o seu apoio ao cônjuge doente. Ambos sofrem e compartilham o choque da doença, sendo que se torna imprescindível numa relação íntima é a disponibilidade para dar o apoio no momento de maior fragilidade. Sendo assim, Cutrona (1996) refere que uma das características mais importante deste tipo de apoio é a estabilidade no tempo e no benefício para o cuidado físico e emocional do paciente. A disponibilidade para fornecer apoio ao cônjuge pode provocar uma maior resistência ao desgaste/stress da situação, contribuindo assim, para uma maior capacidade de se adaptar para enfrentar a doença (Manne et al, 2004).

A insuficiência renal crónica, apresenta impacto tanto no próprio como no cônjuge, dependerá de vários fatores, como: o grau de cuidado requerido; limitações do paciente nas atividades físicas; limitações no funcionamento sexual; responsabilidades financeiras; características do problema de saúde (Burman e Margolin 1991) Porém, os cônjuges sentem medo, perda e tristeza, vendo-se incapazes quando o cônjuge está doente e quando parece impossível ou quando os cuidados são demasiadamente exagerados (Zahlis, & Shands, 1990, 1991).

É importante referir que, a família fica exausta devido à prestação de cuidados a um familiar doente, sendo por isso influenciada por dois fenómenos: em primeiro a relação prévia entre o cuidador e o doente; em segundo as características pessoais de ambos (Yet, Johnson, & Wang, 2002).

Cotrim e Pereira (2007), referem que existe uma carga subjetiva, recursos do paciente e da família, o tipo de doença gera reações em quem presta cuidados a doentes crónicos, nomeadamente: negação sendo característico quando temem pelo reconhecimento da realidade, sendo considerado um mecanismo de defesa; sentimento de culpa por não conseguirem reduzir os efeitos da doença; isolamento social devido ao estereótipo que possam associar à doença; incerteza em compreender o processo de tratamento do cônjuge; superproteção quando o familiar presta cuidados excessivos acabando por não dar atenção as capacidade que o doente tem; excesso de realismo quando existe grande concentração no doente acompanhada de ansiedade e cansaço; por fim, conspiração e silêncio quando o cônjuge ou família evita comunicar com o doente ou mesmo certas situações negando o estado real em que o doente se encontra.

Verificou-se que quando existe um menos apoio/suporte familiar, poderá justificar-se com um aumento da mortalidade, embora que, os pacientes que têm mais apoio ou suporte familiar apresentam uma menor taxa de mortalidade (Christensen, Wiebe, & Smith, 1994). Contudo, a família pode afetar os resultados da doença, pelo que o suporte social e a relação diádica se forem considerados como positivos, faz com que o doente lide melhor com a doença (Revenson e colaboradores, 1991).

Lume (1986) após a realização do seu estudo pode concluir que os cônjuges estão sujeitos à ansiedade relacionada com a fadiga física e psicológica a que estão sujeitos e à inexistência de um contacto social. Também é de salientar que em alguns casos, omitem o verdadeiro estado de alma que consiste de um elevado stress. Nos cônjuges foram encontradas frustrações que são frequentes de projeções de desconforto dos doentes como o nível de dieta, comunicação e o nível sexual. O risco de morte precoce é outro preditor de stress quando encaram a vida como inaceitável o que promove sinais de maior angústia nos doentes quando as condições de vida tendem a piorar.

3.3 Percepção da Qualidade de Vida no doente crónico

A saúde pode ser definida, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), como um estado de bem-estar físico, mental e social que depende da coerência entre vários níveis que diariamente poderão ser ameaçados, nomeadamente aspectos biológicos, psicológicos, espirituais e sociais.

A OMS também definiu qualidade de vida (QV) como “apercepção do individuo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p.28). De forma genérica, o conceito de qualidade de vida, progrediu do cuidado pessoal com a saúde e boa forma física, para se transformar numa preocupação com a higiene e saúde pública, abarca os direitos humanos, laborais e dos cidadãos, a capacidade de acesso a bens materiais, preocupação com a vida quotidiana e social dos indivíduos, abrangendo a sua saúde.

Existem diversos conceitos defendidos por vários autores, que são utilizados em múltiplos contextos, podendo o seu significado diferir conforme a sua aplicação (Fuhrer, 2000).

Campbell (1976), refere que a qualidade de vida está relacionada com o modelo biomédico que consiste em reconhecer ao individuo o papel principal na avaliação do seu estado de saúde. Atribuir significado à vida torna-se o aspecto central pois cada um apresenta um comportamento e crenças sólidas com os seus valores.

Poder-se-á dizer que o conceito de qualidade de vida é considerado multidimensional que tem componentes objetivas e subjetivas que são passíveis de serem avaliadas.

Haan (1993) refere que os fatores que influenciam a QV podem ser agrupados em bem-estar físico, capacidade funcional, bem-estar psicológico, bem-estar espiritual e capacidade financeira. A nível físico relaciona-se com sintomas associados a um tratamento; a nível funcional relaciona-se com o autocuidado, mobilidade, capacidade de estabelecer relações familiares e laborais.

Quanto ao domínio psicológico refere-se ao estado emocional, capacidade cognitiva, percepção de saúde, bem-estar e satisfação pela vida e felicidade.

Por fim, a nível social abrange a avaliação quantitativa e qualitativa de aspetos sociais e sua interação (Ribeiro, 1994).

Quando a qualidade de vida está relacionada com a doença crónica, pretende perceber de que forma os diferentes domínios são influenciados pelas características da doença ou formas de tratamento dessa patologia (Ribeiro, 1998).

Esta definição de qualidade de vida, está dependente da doença, sobretudo das representações dessa doente, que envolvem as crenças sobre as suas causas e consequências, preconceitos, juízos sobre o que os outros fazem sobre a doença, a autoapreciação que a pessoa faz sobre o doente, das emoções que provocam, sintomas e tratamentos (Ribeiro, 2002).

A QV à vista do doente pode ser definida como o resultado complexo de processos de interação entre as suas limitações pessoais, resultados esperados e processos de *coping* e suporte social.

Almeida (1985) refere que a adaptação à hemodiálise como uma necessidade vital do doente com IRC e por isso, é considerado um processo complexo que se insere na sua vida social, familiar, profissional e psicológica.

Por vezes, existe uma escassa adesão à terapêutica e na tentativa de conseguir que o doente conceda, aceite e obedeça o que lhe estão a impor está relacionada com a resistência, ou seja, o carácter impositivo dificulta o processo de adesão devido à incompreensão da visão de ambos.

Verifica-se na literatura que a idade e o sexo, têm relação na percepção da doença e na QV. Após investigações feitas por Barata e Meneses (2009) comprovam que existe grande influência destas variáveis. Num outro estudo efetuado por Symiester e Friend (1996), constata-se que o sexo também poderá estar relacionado com um aumento do humor negativo (ansiedade e depressão) o que reflete na QV.

Por outro lado, a presença de uma atividade laboral é benéfica para o IRC, que vê nela um aumento da sua capacidade e utilidade, contrastando com as limitações da doença. Contudo, verifica-se que a maior parte não desempenha nenhuma atividade o que também se reflete na QV (Bremer, MacCauley & Johnson, 1989).

3.4 Impacto da ansiedade e depressão no doente Hemodialisado

Godoy (2002), refere que a ansiedade pode dever-se à presença constante de situações ameaçadoras que o doente enfrenta. São vários os fatores que favorecem o aparecimento da ansiedade em pacientes hemodialisados, destacando-se a restrição da dieta, diminuição da capacidade sexual, mudanças nos relacionamentos sociais e familiares, mudança na aparência física, medo da morte e situação de trabalho/econômica.

A ansiedade não é suportada pelo homem e quando isso acontece, pode causar desorganização da personalidade. Quando o indivíduo se encontra em crise de forma consciente ou inconsciente a reorganização da personalidade com a finalidade de se libertar da emoção insuportável (Taylor, 1992). Por sua vez, Campos (1993) refere-se aos acontecimentos de vida como transições desenvolvimentais, pois exigem ao indivíduo mudanças na forma como se vê e como vê o mundo, podendo este processo ser positivo ou negativo.

A depressão nos pacientes com IRC em hemodiálise está relacionada com a qualidade de vida empobrecida, sendo assim considerada um fator de risco para as altas taxas de mortalidade e adoecimento. O paciente renal crônico passa por várias situações de perda, medo e carência (Oliveira, 2000). Para Resende (2007) o doente com IR vive uma enorme mudança na sua forma de viver. Passa a conviver com limitações, sempre a pensar na morte e com tratamentos dolorosos. Assim sendo, o tratamento dialítico é responsável por um cotidiano limitado além de outros fatores que refletem na vida diária do doente.

A etiologia da depressão está normalmente relacionada com alguma perda, nomeadamente as perdas numerosas e duradouras para o paciente renal crônico ou em terapia renal substitutiva (Zimmermann et al., 2004).

Resende (2007), Quintana (2006) e Machado (2003) explicitam que após a descoberta do diagnóstico e começo do tratamento, muitas são as reações que são expressas pelo paciente, deste modo é justificável que o tratamento psicológico tenha início desde o início, trabalhando a várias alterações psicológicas que está acontecendo na pessoa e nos seus familiares/amigos. Para amenizar os problemas que advêm desta nova vida, é necessário estabelecer benéficos como por exemplo, a redução do número de hospitalizações, melhores níveis de hipertensão arterial, melhor preparação psicológica para o processo do tratamento da DRC (Otero, 1990).

As respostas adaptativas do paciente aos sentimentos de perda e inseguranças devido ao diagnóstico da IRC são vivenciados de forma individualizada e sofrem a influência de vários fatores como a personalidade, história de vida, significação do seu processo de adoecimento e tratamento. A forma como o doente vivencia esse período é um fator preponderante à sua adesão ao tratamento, interferindo assim na qualidade de vida do paciente.

Num estudo realizado por Santos (1997), com portadores de IRC, constatou-se que o paciente busca alternativas de enfrentar a luta para entender a doença e o seu tratamento. Verificou-se que os pacientes têm dificuldades em conviver com a doença, sendo propensos a sentimentos de impotência e desânimo.

Quando surge a crise, a pessoa aprende a resolvê-la e a usar reações adaptativas para a conseguir ultrapassar. Quando a crise está resolvida, a pessoa fica num estado melhorado em relação à forma como se sentia. Mas se o paciente não conseguir utilizar essas reações adaptativas, o seu estado agrava-se, ocorrendo uma deterioração regressiva surgindo assim sintomas psiquiátricos, podendo em casos extremos ocorrer suicídio (Kaplan & Sadock, 1990).

A teoria da crise refere que a doença crônica não necessita de estar relacionada com o mal-estar psicológico, pois uma pessoa pode reagir de modo positivo (Brannon e Feist, 1997). Uma pessoa em estado de crise pode apresentar conservação da energia, ou seja, utiliza todos os recursos que tem disponíveis com o objetivo de solucionar a crise e diminuir a ansiedade e dor. Se as estratégias de *coping* não tiverem efeito positivo, pode dizer-se que a pessoa está perante uma situação de crise não resolvida, ocorrendo sentimentos de ansiedade, medo, culpa, vergonha (Campos, 1993).

Segundo Pozo (1985), “processo de luta, referem-se aos mecanismos de *coping* que acompanham e seguem a perda daquilo que temos (pessoa, saúde, trabalho). Qualquer perda desencadeia uma série de emoções e sentimentos que vão desde a tristeza e dor, à culpa, raiva e agressão, desde o ataque contra a própria pessoa e contra os demais, até uma maior compreensão dos processos vitais e uma maior generosidade dirigida aos outros.”

A estratégia de *coping* pode ser definida como a forma que cada indivíduo tem em se adaptar de forma física, psíquica e comportamental a um fator de stress, ou seja, a capacidade que cada um desenvolve para lidar de forma consciente com o problema e com o stress (Neeb, 2000).

Gameiro (1999) refere que, seja qual for o aspecto determinante, esperem-se atitudes diversas de confronto com a situação de doença e por isso torna-se compreensível que os indivíduos possam necessitar de recorrer a mecanismos de defesa para se protegerem do elevado stress. O paciente não se adapta sempre com uma atitude passiva, podendo ser bastante ativo, selecionando a informação que recebe e dando-lhe significado conforme o seu sistema de crenças, valores e personalidade. O processo de filtragem configura as estratégias de *coping* que o paciente utiliza para encarar a sua doença.

Hong (1987) observou que a maioria dos pacientes com história de depressão, desenvolveram-no quando já apresentavam insuficiência renal crónica antes de iniciar o tratamento de manutenção. A depressão pré tratamento pode ser reativa ao diagnóstico de IRC, o que reforça a importância da assistência psicológica entre o diagnóstico da doença e a iniciação da diálise. Contudo, alguns estudos revelam que quase metade dos pacientes em diálise referiram sintomas depressivos, porém menos de um quarto apresentam sintomas graves e suficientes para um diagnóstico de tratamento major. Sugerem também que existe a necessidade de um período de tempo para o processo de adaptação psicológica.

Snyder (1977), apresentou um estudo com 150 doentes em que demonstrava que existia uma influência do suporte social no prognóstico e no bem-estar psicossocial do IRC em diálise. Os resultados não revelaram uma influência significativa no suporte social, mas indicaram uma correlação positiva com o bem-estar psicossocial.

Temos então de considerar que o modo como cada um lida com situações que causam ameaças devido a doença ou à incapacidade de confrontação levam o doente a fazer adaptações pessoais e sociais de acordo com as mudanças na sua vida, provocada pela evolução da doença.

EM RESUMO

Ao longo deste capítulo foi apresentada uma perspectiva que mostra, que o apoio marital/familiar pode executar vastas funções que favorecem a adaptação do indivíduo.

Verificou-se que o apoio marital associa-se com a adaptação psicológica, dada a fonte de stress relacionada com a doença.

Quanto à qualidade de vida, esta é influenciada de forma complexa pela saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e as suas relações com características do meio, mas nunca a percepção que o doente tem durante o impacto da doença.

4 - METODOLOGIA

4.1 Método

O presente estudo tem como finalidade uma análise das relações entre a qualidade de vida (QDV), o ajuste diádico (AD) e a sintomatologia ansiosa e depressiva (HADS) das pessoas com insuficiência Renal Crónica (IRC). Ou seja, Percepção da qualidade de vida e do ajuste diádico do doente em tratamento dialítico em Hemodiálise.

Esta investigação apresenta como variáveis independentes a doença crónica e a diabetes e como variáveis dependentes, o ajuste diádico, a depressão, a ansiedade e a qualidade de vida.

Sendo assim, este estudo classifica-se como quantitativo transversal de carácter descritivo e correlacional com a finalidade de adquirir uma maior compreensão da importância do ajuste diádico, na qualidade de vida das pessoas portadoras de IRC que vão ao encontro que Fortin e Ducharme (1999) referem como a finalidade de explorar as relações entre as variáveis com vista a descrever as relações. Ao encontro deste autor, Pinto (1990, p.46) refere que o objetivo do método descritivo é promover uma caracterização precisa das variáveis envolvidas num fenómeno ou acontecimento, embora “ao método descritivo não compete determinar qual a natureza de tal relação” entre as variáveis envolvidas num acontecimento ou fenómeno. O mesmo autor afirma que “o objetivo é desenvolver ideias ou hipóteses sobre o modo como os factos ou comportamentos se encontram relacionados entre si” (Pinto, p.58).

Polit e Hungler (1994) referem que o estudo descritivo “ traduz-se pela procura descritiva, isto é uma procura que se encaminha principalmente na descrição dos fenómenos (p.18) ”. Gil (1994, p.45) salienta que as pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torna-lo mais explícito a construir hipóteses”. As vantagens que o estudo descritivo-correlacional apresenta são que permitem considerar ao mesmo tempo várias variáveis explorando as relações bem como permitir descrever as relações detectadas entre as variáveis (Bowling, 1994).

Este estudo situa-se no paradigma quantitativo “um processo formal, objetivo e sistemático em que se utilizam dados numéricos para se obter uma informação em diferentes campos da ciência. Estes números são submetidos a tratamento estatístico para se obter significações e assim gerar os dados em estudo” Asiain (1915, p.56).

4.2 Amostra

Pode ser definida como o conjunto de elementos extraídos de um conjunto maior, chamado População. É um conjunto constituído de indivíduos (famílias ou outras organizações), acontecimentos ou outros objetos de estudo que o investigador pretende descrever ou para os quais pretende generalizar as suas conclusões ou resultados.

Neste estudo, a amostra é constituída por 60 participantes portadores de IRC.

Destes destacam-se 30 participantes IRC e 30 diabéticos com IRC sendo 15 femininos e masculinos respectivamente. A seleção foi realizada na Unidade Nordial - Centro Renal de Mirandela. A recolha de dados efetuou-se num prazo de 2 meses (8 semanas).

A amostra é considerada não probabilística, sendo o tipo de amostragem por seleção racional uma vez que “tem por base o julgamento do investigador para constituir uma amostra de sujeitos em função do seu carácter típico” (Fortin, 1996, p.209). É também considerada uma amostra de conveniência e sendo um número reduzido não se pode generalizar os resultados deste estudo a uma população mais alargada.

4.2.1 Participantes

Critérios de exclusão

Todos os participantes obedeceram aos seguintes critérios de exclusão:

- Grávidas;
- Doentes com menos de três meses de tratamento em hemodiálise;
- Que apresentem estado confusional e/ou demencial;
- Doentes que tenham idade igual ou inferior a 18 anos.
- Doentes solteiros ou divorciados

Caracterização dos participantes – variáveis demográficas

A amostra final de participantes foi constituída por 60 participantes, 30 portadores de insuficiência renal crónica e 30 com insuficiência renal crónica com diabetes. Destes subdivide-se em 15 participantes do sexo masculinos e 15 do sexo feminino.

Tabela 1

Descrição da amostra em termos demográficos

Total	Grupo		Sexo		Idade						
N	N / %		N / %		N / %						
	Diabético IRC	Não Diabético IRC	Masculino	Feminino	Ativa até 64	Não ativa > 65					
60	30(50)	30(50)	42(70)	18(30)	26(43.3)	34(56.7)					
	Peso (kg)		IMC		Altura (cm)						
Min.	Max.	M	DP	Peso normal	Sobrepeso	Obesidade	Min.	Max.	M	DP	
50	90	66.88	9.51	31(51.7)	27(45)	2(3.3)	147	182	162.1	9	
Habilitações literárias (anos)			Profissão		Profissão companheiro						
N / %			N / %		N / %						
1-4	5-9	10-12	Ativa	Não ativa	Ativa	Não ativa					
55(91.7)	1(1.7)	4(6.7)	42(70)	18(30)	52(86.7)	8(13.3)					
Deslocação hemodiálise			Distrito								
N / %			N / %								
Sim	Não		Bragança	Vila Real							
57 (95)	3(5)		48(80)	12(20)							
Transporte		Filhos		Quantos							
N / %		N / %		N/%							
Táxi	Bombeiro	Carro	Sim	Não	0	1	2	3	4	5	6
12(20)	45(75)	3(5)	53(88.3)	7(11.7)	7(11.7)	9(15)	19(31.7)	10(16.7)	9(15)	4(6.7)	2(3.3)

Caracterização dos participantes – variáveis clínicas

Tabela 2

Descrição da amostra em termos clínicos (diabéticos e não diabéticos e tempo de tratamento)

Grupo	Transplante		Tempo faz hemodiálise			
	N / %		Min.	Max.	M	DP
	Sim	Não				
Diabético IRC	2(6.7)	28(93.3)	1	14	4.6	3.53
Não Diabético IRC	3(10)	27(90)	1	20	5.8	4.56
	Tempo leva hemodiálise			Doença associada		
	N / %			N/%		
	2	3	4.	Hipertensão	Diabetes	
IRC Diálise	1(3.3)	9(30)	20(66.7)	29(96.7)	1(3.3)	
IRC Não Diálise	1(3.3)	4(13.3)	25(83.3)	8(26.7)	22(73.3)	

Os participantes no grupo IRC Diálise revelaram que 2 (6.7%) fizeram transplante, e quanto há tempo que faz hemodiálise varia entre 1-14 anos (N = 30, M = 4.60, DP = 3.53). No que se refere ao tempo que leva a fazer hemodiálise a maioria 20 (66.7%). De acordo com a doença associada 96.7% sofre de hipertensão.

Os participantes no grupo IRC Não Diabéticos revelaram que 3 (10%) fizeram transplante, e quanto há tempo que faz hemodiálise varia entre 1-20 anos (N = 30, M = 5.8, DP = 4.56). No que se refere ao tempo que leva a fazer hemodiálise a maioria 25 (83.3%). De acordo com a doença associada 73.3% sofre de diabetes e apenas 8(26.7%) hipertensão.

Tabela 3*Dados descritivos da qualidade de vida (medianas, desvio padrão, mínimo e máximo)*

Grupo		.WHOdomi1	WHOdomi2	WHOdomi3	WHOdomi4
Diabético IRC	Média	20.8	21.8	10.6	29.4
	Mediana	20.5	22.0	10.0	30.0
	DP	5.59	2.06	1.71	5.47
	Min.	3.00	17.0	7.00	8.00
	Max.	29.0	25.0	17.0	44.0
Não Diabético IRC	Média	24.0	22.6	10.5	29.9
	Mediana	26.0	23.0	11.0	30.0
	DP	4.71	2.20	1.45	2.06
	Min.	12.0	18.0	7.00	24.0
	Max.	31.0	27.0	12.0	32.0

Os participantes no grupo IRC Diabéticos demonstraram uma pontuação na qualidade de vida no domínio físico (M = 20.8, DP = 5.59; extensão 3-29), no que se refere domínio psicológico (M = 21.8, DP = 2.06; extensão 17-25), quanto ao domínio social (M = 10.8, DP = 1.71; extensão 7-17), por último quanto ao domínio ambiente (M = 29.4, DP = 5.47; extensão 8-44). Os participantes no grupo IRC Não Diabéticos demonstraram uma pontuação na qualidade de vida no domínio físico (M = 24, DP = 4.71; extensão 12-31), no que se refere domínio psicológico (M = 22.6, DP = 2.20; extensão 18-27), quanto ao domínio social (M = 10.5, DP = 1.41; extensão 7-12), por último quanto ao domínio ambiente (M = 29.9, DP = 2.06; extensão 24-32).

Tabela 4

Dados descritivos da sintomatologia depressiva (medianas, desvio padrão, mínimo e máximo)

Grupo		EscalaDepressão	EscalaAnsiedade	EscalaADHTotal
Diabético IRC	Média	5.00	4.26	9.33
	Mediana	4.00	4.00	8.00
	DP	2.53	2.83	4.53
	Min.	2.00	.00	3.00
	Max.	13.0	10.0	20.0
Não Diabético IRC	Média	4.23	3.56	7.83
	Mediana	3.50	3.00	7.50
	DP	2.97	2.58	4.81
	Min.	.00	.00	1.00
	Max.	10.0	10.0	17.0

De acordo com a tabela 4 verifica-se que os participantes no grupo IRC Diabético demonstraram uma pontuação na sintomatologia depressiva na dimensão depressão (M = 5, DP = 2.53; extensão 2-13), no que se referencia à dimensão ansiedade (M = 4.26, DP = 2.83; extensão 0-10), quanto à dimensão geral (M = 9.33, DP = 4.53; extensão 2-20). Os participantes no grupo IRC Não Diabéticos apresentaram uma pontuação na sintomatologia depressiva na dimensão depressão (M = 4.23, DP = 2.97; extensão 0-10), no que se referencia à dimensão ansiedade (M = 3.56, DP = 2.58; extensão 0-10), quanto à dimensão geral (M = 7.83, DP = 4.81; extensão 1-17)

Tabela 5*Dados descritivos do ajuste diádico (medianas, desvio padrão, mínimo e máximo)*

Grupo		8	9	10	11	12
Diabético IRC	Média	52.2	39.9	17.6	8.50	118.3
	Mediana	52.0	41.0	17.5	8.00	119.0
	DP	3.51	3.07	2.93	.900	6.758
	Min.	39.0	32.0	11.0	6.00	99.00
	Max.	60.0	44.0	24.0	11.0	136.0
Não Diabético IRC	Média	52.7	39.9	18.8	8.33	120.2
	Mediana	52.0	41.0	17.5	9.00	119.5
	DP	2.89	4.06	6.20	1.70	9.741
	Min.	45.0	28.0	6.00	1.00	94.00
	Max.	62.0	44.0	37.0	11.0	141.0

8. EscalaADconsD; 9. EscalaADsatisfD; 10. EscalaADcoesãoD; 11. EscalaADexpaD; 12. EscalaADtotal

No que concerne ao ajuste diádico observa-se na tabela 5 que os participantes no grupo IRC Diabético demonstraram uma pontuação na dimensão consenso (M = 52.2, DP = 3.51; extensão 39-60), no que se referencia à dimensão satisfação (M = 39.9, DP = 3.07; extensão 32-44), quanto à dimensão coesão (M = 17.6, DP = 2.93; extensão 11-24), relativamente à dimensão expressão de afeto (M = 8.50, DP = .9; extensão 6-11), por último a dimensão de ajuste diádico total (M = 118.30, DP = 6.76; extensão 99-136). Os participantes no grupo IRC Não Diabético apresentaram uma pontuação na dimensão consenso (M = 52.7, DP = 2.89; extensão 45-62), no que se referencia à dimensão satisfação (M = 39.9, DP = 4.06; extensão 28-44), quanto à dimensão coesão (M = 18.8, DP = 6.20; extensão 6-37), relativamente à dimensão expressão de afeto (M = 8.33, DP = 1.70; extensão 1-11), por último a dimensão de ajuste diádico total (M = 120.2, DP = 9.74; extensão 94-141).

Tabela 6*Dados descritivos da qualidade de vida (medianas, desvio padrão, mínimo e máximo)*

Sexo		1	2	3	4
Masculino	Média	22.71	22.33	10.74	29.69
	Mediana	24.00	22.00	11.00	30.00
	DP	5.40	2.31	1.64	4.58
	Min.	3.00	17.00	7.00	8.00
	Max.	31.00	27.00	17.00	44.00
Feminino	Média	21.72	22.00	10.16	29.66
	Mediana	21.50	22.00	10.00	30.50
	DP	5.42	1.78	1.38	2.80
	Min.	12.00	19.00	8.00	24.00
	Max.	29.00	25.00	12.00	33.00

1. WHOdomi1; 2. WHOdomi2; 3. WHOdomi3; 4. WHOdomi4

Os participantes do sexo masculino demonstraram uma pontuação na qualidade de vida no domínio físico (M = 22.71, DP = 5.40; extensão 3-31), no que se refere domínio psicológico (M = 22.33, DP = 2.31; extensão 17-27), quanto ao domínio social (M = 10.74, DP = 1.64; extensão 7-17), por último quanto ao domínio ambiente (M = 29.69, DP = 4.58; extensão 8-44). Os participantes do sexo feminino demonstraram uma pontuação na qualidade de vida no domínio físico (M = 21.72, DP = 5.42; extensão 12-29), no que se refere domínio psicológico (M = 22, DP = 1.78; extensão 19-25), quanto ao domínio social (M = 10.16, DP = 1.38; extensão 8-12), por último quanto ao domínio ambiente (M = 29.66, DP = 2.80; extensão 24-33).

Tabela 7*Dados descritivos do ajuste diádico (medianas, desvio padrão, mínimo e máximo)*

Sexo		8	9	10	11	12
Masculino	Média	52.21	39.85	17.30	8.40	118.11
	Mediana	52.00	41.00	17.00	9.00	118.50
	DP	3.40	3.11	4.14	1.39	7.94
	Min.	39.00	32.00	6.00	1.00	94.00
	Max.	62.00	44.00	30.00	10.00	141.00
Feminino	Média	53.11	40.16	20.33	8.44	122.05
	Mediana	52.00	41.50	20.00	8.00	121.00
	DP	2.63	4.57	5.796	1.29	8.91
	Min.	51.00	28.00	10.00	5.00	101.00
	Max.	60.00	44.00	37.00	11.00	138.00

8. EscalaADconsD; 9. EscalaADsatisfD; 10. EscalaADcoesãoD; 11. EscalaADexpaD; 12. EscalaADtotal

No que concerne ao ajuste diádico observa-se na tabela 7 que os participantes do sexo masculino demonstraram uma pontuação na dimensão consenso ($M = 52.21$, $DP = 3.40$; extensão 39-62), no que se referencia à dimensão satisfação ($M = 39.85$, $DP = 3.11$; extensão 32-44), quanto à dimensão coesão ($M = 17.3$, $DP = 4.14$; extensão 6-30), relativamente à dimensão expressão de afeto ($M = 8.40$, $DP = 1.39$; extensão 1-10), por último a dimensão de ajuste diádico total ($M = 118.11$, $DP = 7.94$; extensão 94-141). Os participantes do sexo feminino apresentaram uma pontuação na dimensão consenso ($M = 53.11$, $DP = 2.63$; extensão 51-60), no que se referencia à dimensão satisfação ($M = 40.16$, $DP = 4.57$; extensão 28-44), quanto à dimensão coesão ($M = 20.33$, $DP = 5.796$; extensão 10-37), relativamente à dimensão expressão de afeto ($M = 8.44$, $DP = 1.29$; extensão 5-11), por último a dimensão de ajuste diádico total ($M = 122.05$, $DP = 8.91$; extensão 101-138).

4.3 Objetivos Específicos

- 1) Compreender o impacto que a doença crónica tem na qualidade de vida em indivíduos com insuficiência renal crónica;
- 2) Analisar que possíveis implicações poderá ter a presença de perturbação de humor na qualidade de vida e relação diádica do doente renal crónico;
- 3) Perceber qual o impacto que a insuficiência renal crónica tem no ajuste diádico.

4.4 Questões de Investigação

Para a seguinte investigação salienta-se como questão de investigação:

Q1) De que forma a percepção da qualidade de vida e o ajuste diádico podem interferir no doente em tratamento dialítico por hemodiálise?

Q2) De que forma a presença de perturbação de humor no insuficiente renal crónico influencia o ajuste diádico e qualidade de vida destes sujeitos?

4.5 Hipóteses

O conceito de hipótese em estatística pode ser definida como uma suposição formulada a respeito dos parâmetros de uma distribuição de probabilidade de uma ou mais populações.

Para este estudo foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1 - Doentes Diabéticos em Tratamento Dialítico por Hemodiálise apresentam pior percepção na qualidade de vida do que Doentes sem Diabetes em Tratamento Dialítico por Hemodiálise;

H2 – Espera-se que exista relação negativa entre a presença de perturbação de humor e qualidade de vida e ajuste diádico nos Doentes Renais Crónicos.

H3 – Doentes Renais Crónicos sem Diabetes e em Tratamento Dialítico por Hemodiálise apresentam maior relação diádica do que Doentes Renais Crónicos com Diabetes e Tratamento Dialítico por Hemodiálise.

4.6 Material

4.6.1 Variáveis demográficas e clínicas (anexo1)

Com o objetivo de caracterizar a amostra, procedeu-se à construção de um questionário sociodemográfico e clínico (QSD&C) (anexo1). O mesmo é constituído por 15 itens, sendo que, 1 de carácter geral, 8 itens de carácter sociodemográfico, 6 itens de carácter clínico e 1 que permite ao entrevistador falar sobre o QSD&C.

Consideram-se assim as seguintes variáveis: variáveis sociodemográficas e sua operacionalização:

- Idade (quantitativa);
- Sexo (qualitativa e dicotómica);
- Escolaridade (qualitativa e multicotómica);
- Profissão (qualitativa);
- Estado Civil (qualitativa e multicotómica);
- Freguesia (qualitativa);
- Concelho (qualitativa e dicotómica);
- Distrito (qualitativa e dicotómica);

Variáveis clínicas:

- Estado geral (quantitativa);
- Transplante prévio (qualitativa e dicotómica);
- Tempo em tratamento dialítico (qualitativa e categórica);
- Tempo desde o diagnóstico até ao início do tratamento (qualitativa e multicotómica);
- Outra técnica dialítica (qualitativa e dicotómica)
- Outra doença associada (qualitativa)

4.6.2 Ajustamento Diádico (anexo2)

Para avaliar a AD recorreu-se à Escala de Ajustamento Diádico (EAD) de Spanier (1976, 1985), (anexo 2).

Esta escala considerada importante devido a integrar todos os casais que coabitam, independentemente de serem ou não casados. É composta por 32 itens que avaliam o ajustamento, utilizando escalas tipo Likert, sendo usadas escalas de cinco, seis a até sete pontos. Os pontos extremos das escalas significam “nunca” e “todo o tempo”, respectivamente. Os itens 29 e 30 apresentam apenas duas opções (sim” ou “não”. Esta escala tem alguns itens afirmativos e outros negativos o que faz com que aumente a sua fidedignidade. O total da escala pode variar de 0 a 151 e é obtido pela soma dos valores obtidos nas quatro escalas.

Dela Coleta (1992) recupera o trabalho de Spanier (1976), que propôs a expressão “ajustamento conjugal” para se referir a ajustamento, comunicação, felicidade integração e satisfação. Ainda Dela Coleta (1992) refere que a satisfação conjugal seria a comparação entre expectativas do casamento e seus resultados, enquanto estabilidade conjugal seria a comparação entre a melhor alternativa possível de avaliação e o resultado do casamento. Na mesma linha de pensamento, o autor refere que, o ajustamento conjugal pode ser realizado em duas perspectivas distintas – como um processo ou uma avaliação qualitativa de um estado. A constituição da escala é feita através de: (a) Consenso diádico: avalia a percepção do nível de concordância do casal sobre uma variedade de questões básicas da relação, tais como: financeiras, lazer, religiosas, amizades, convenjun7cionalidade, filosofia de vida, entre outras; (b) Satisfação diádica: mede a percepção das questões relativas à discussão do divórcio, à saída de casa após briga, ao arrependimento com o casamento, à implicância mútua, ao estar bem, à confiança no cônjuge, entre outros (Hernandez & Hutz, 2008); (c) Coesão diádica: examina o senso de compartilhamento emocional do casal; (d) Expressão diádica de afeto: mede a percepção da concordância dos cônjuges sobre as demonstrações de afeto, as relações sexuais, a falta de amor e as recusas ao sexo (Hernandez & Hutz, 2008).

4.6.3 Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (anexo3)

A HADS é uma escala construída com o objectivo de apoiar os clínicos, na identificação e reconhecimento do estado emocional do indivíduo associado com a doença física (Pais-Ribeiro, 2007). Esta é uma escala de autoavaliação que tem como objectivo detectar estados de ansiedade e depressão de doentes em regime ambulatorio de um hospital geral, seleccionando apenas sintomas psicológicos. A HADS é composta por duas subescalas, (escala de ansiedade e escala de depressão), constituídas por 7 itens cada. Para cada item há 4 possíveis respostas, cotadas de 0 a 3, em que o valor 0 reflete menor gravidade e o valor 3 maior gravidade. As pontuações globais indicam a presença ou ausência de problemas: valores iguais ou inferiores a 7 são considerados normais, de 8 a 10 a ansiedade e depressão é leve, de 11 a 15 é moderada e de 16 a 21 é severa (Snaith & Zigmond, 1994). A nota para cada dimensão varia entre 0 a 20. É um questionário de autorresposta que demora entre 2 a 5 minutos a ser respondido. Os autores aplicaram a escala a 100 sujeitos adultos de ambos os sexos, que sofriam de diferentes patologias de foro médico e demonstraram a sua consistência interna, com valores que oscilaram entre 0,41 a 0,76 ($p < 0,01$) para a subescala da ansiedade e entre 0,30 a 0,60 ($p < 0,02$) para a da depressão (Zigmond & Snaith, 1983). A validade foi testada através da correlação de Spearman entre os valores das 2 subescalas assim como em entrevistas psiquiátricas tendo obtido boa significância tanto para a depressão como para a ansiedade ($p < 0,001$) (Zigmond and Snaith, 1983).

4.6.4 Qualidade de vida – WHOQOL- bref (anexo 4)

WHOQOL-BREF é constituído por 26 perguntas (sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios que são: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. No Domínio 1 - Domínio físico: Dor e desconforto; Energia e fadiga; Sono e repouso; Mobilidade; Atividades da vida quotidiana; Dependência de medicação ou de tratamentos. Capacidade de trabalho. Domínio 2 - Domínio psicológico: Sentimentos positivos; Pensar, aprender, memória

e concentração; Autoestima; Imagem corporal e aparência; Sentimentos negativos; Espiritualidade/religião/crenças pessoais. Domínio 3 - Relações sociais: Relações pessoais; Suporte (Apoio) social; Atividade sexual. Domínio 4 - Meio ambiente: Segurança física e proteção; Ambiente no lar; Recursos financeiros; Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; Participação em, e oportunidades de recreação/lazer; Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima); Transporte.

A versão em português do instrumento apresentou características satisfatórias de Consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (Fleck et al., 2000).

Variáveis	Tipo	Operacionalização
<i>Idade</i>	Quantitativa	
<i>Sexo</i>	Qualitativa e Dicotómica	1 – Masculino 2 - Feminino
<i>Escolaridade</i>	Qualitativa e Multicotómica	1 – Não sabe ler nem escrever 2 – Sabe ler e/ou escrever 3 – 1º - 4º anos 4 – 5º - 6º anos 5 – 7º - 9º anos 6 – 10º - 12º anos 7 – Estudos Superiores
<i>Profissão</i>	Qualitativa e Dicotómica	1 – Ativa 2 – Não ativa
<i>Freguesia</i>	Qualitativa	
<i>Concelho</i>	Qualitativa	
<i>Distrito</i>	Qualitativa e Dicotómica	1 – Bragança 2 – Vila Real
<i>Estado Civil</i>	Qualitativa; Multicotómica	1 – Casado; União de Facto 2 – Separados, Divorciados, Viúvos

		3 - Solteiros
<i>Transplante prévio</i>	Qualitativa; Dicotômica	1 – Sim 2 – Não
<i>Em Coabitação</i>	Qualitativa; Dicotômica	1 – Total 2 - Parcial
<i>Tempo em tratamento dialítico</i>	Quantitativa	
<i>Tempo até ao início do tratamento</i>	Quantitativa	
<i>Outra técnica</i>	Qualitativa; Dicotômica	1 – Sim 2 – Não
<i>Co-morbilidade</i>	Qualitativa; Dicotômica	1 – Sim 2 – Não
<i>Ajustamento Diádico</i>	Qualitativa; Multicotômica	1 – EAD Consenso 2 – EAD Satisfação 3 – EAD Coesão 4 – EAD Expressão de Afeto 5 – EAD Total
<i>Qualidade de Vida</i>	Quantitativa	
<i>Sintomatologia Psicológica</i>	Qualitativa; Multicotômica	1 – Sem Sintomatologia 2 – Sintomatologia Leve 3 – Sintomatologia Moderada 4 – Sintomatologia Severa

Quadro 3. Operacionalização das variáveis do estudo

4.7 Procedimento

A investigação iniciou-se com a solicitação e posteriormente autorização para o uso dos instrumentos utilizados. Seguidamente, o projeto de investigação teve início com: 1) apresentação do projeto ao centro renal de Mirandela para que autorizassem a recolha de dados; 2) A investigação seguiu os princípios fundamentais para com os participantes; 3) Os participantes foram informados sobre os objetivos e o procedimento da investigação; 4) a entrevista e os testes aplicados foram feitos de forma confidencial podendo os participantes interromper a qualquer momento; 5) os questionários são preenchidos pelo investigador devido às condições posturais em que se encontram os participantes; 6) todos os participantes foram selecionados de acordo com o consentimento dos mesmos bem como de acordo com as suas capacidades físicas e mentais; 7) A seleção destes participantes é feita de forma racional pelo enfermeiro chefe da hemodiálise, baseando nos critérios de exclusão de foram elaborados para a investigação.

Esta amostra foi recolhida entre 31 de Janeiro a 21 de Fevereiro na clínica de hemodiálise – Nordial, Centro Renal de Mirandela. A recolha dos dados foi feita aquando a permanência dos doentes em tratamento, tendo todos respondido aos mesmos questionários, iniciando-se com o questionário sociodemográfico e IRC Diabético que tem como objetivo caracterizar a amostra, segue-se o instrumento sobre a Depressão e Ansiedade visto que esta é uma das características nos indivíduos que padecem desta doença em estudo. Seguidamente a escala de Ajuste Diádico que procura avaliar o ajustamento do casal. Por fim, qualidade de vida – WHOQOL. A duração da aplicação destes instrumentos, estima-se cerca de 40 minutos, podendo ser de longa ou de curta duração, dependendo das condições do paciente e que de forma geral, certos casos os pacientes procuravam esclarecer ou simplesmente dialogar sobre o seu problema.

O investigador foi sempre o mesmo ao longo do tempo de administração dos questionários e visto que foi preenchido pelo próprio investigador faz com que tenham diminuído possíveis limitações relativamente aos preenchimentos dos questionários, como: o facto de o sujeito ter tendência para exagerar ou minimizar a sua percepção no momento de administração dos testes; tendência para responder aos testes da forma que é socialmente aceite; quando o sujeito não está motivado ou quando não é capaz de responder, sendo consideradas respostas aleatórias.

5 – ANÁLISE DOS RESULTADOS

Análise dos resultados

Finalizada a recolha de dados, procedeu-se à análise estatística dos mesmos.

Para tal, usou-se o programa estatístico SPSS 22.0 recorrendo à estatística descritiva nomeadamente média, moda e mediana. A análise da distribuição das variáveis em estudo na amostra permitiu concluir que estão cumpridos os critérios de normalidade (*Kolmogorov-Smirnov*, $p > .05$) em todas as variáveis em estudo, deste modo vão ser utilizados teste paramétricos adequados às hipóteses em estudo. Através do T-Student comparar médias e avaliar as variáveis em estudos sendo quantitativas ou numéricas usando teste correlações de Pearson.

Tabela 8

Correlação entre a qualidade de vida e os anos em tratamento

	WHOdomi1	WHOdomi2	WHOdomi3	WHOdomi4
Tempo faz	.012	-.032	-.294*	-.097
Hemo	.926	.807	.023	.461
	60	60	60	60

** $p > .001$; * $p < .05$

Tendo em conta os resultados da tabela anterior, verificamos que existe relação negativa entre o tempo que faz hemodiálise e qualidade de vida na dimensão social ($r = -.294, p = .023$) Observa-se que quanto às restantes dimensões da qualidade de vida não se relacionam com a variável tempo que faz hemodiálise.

Como tal depreende-se que a qualidade de vida na dimensão social dos participantes é menor quando estes fazem diálise há mais tempo.

Tabela 9*Correlação entre a sintomatologia psicológica e os anos em tratamento*

	Escala Depressão	Escala Ansiedade	Escala ADH Total
Tempo faz Hemo	-0.064	-0.180	-0.140
	0.630	0.168	0.285

Observando a tabela 9 observa-se que a sintomatologia depressiva não está relacionada com o tempo que os participantes fazem hemodiálise.

Tabela 10*Correlação entre a qualidade de vida e sintomatologia psicológica*

	Escala Depressão	Escala Ansiedade	Escala ADH Total
WHODomi1	-.412**	-.386**	-.469**
	.001	.002	.000
WHODomi2	-.461**	-.422**	-.522**
	.000	.001	.000
WHODomi3	-.244	-.116	-.219
	.060	.380	.092
WHODomi4	-.234	-.245	-.288*
	.072	.059	.026
	60	60	60

**p>.001; *p<.05

Tendo em conta os resultados da tabela anterior, verificamos que existe uma relação negativa entre a qualidade de vida na dimensão física e sintomatologia depressiva na dimensão depressão ($r=-.412, p=.001$), na dimensão ansiedade ($r=-.386, p=.002$), relativamente à dimensão psicológica verificamos que existe uma relação negativa entre a qualidade de vida e sintomatologia depressiva na dimensão depressão ($r=-.461, p\leq.001$), na dimensão ansiedade ($r=-.422, p=.001$), na

sintomatologia patológica total ($r=-.522, p \leq .001$). no que se refere à dimensão ambiente esta somente se Relaciona negativamente ,na sintomatologia patológica total ($r=-.288, p=.026$) Quanto à dimensão social esta não se relaciona com a sintomatologia depressiva.

Pode-se assim concluir que a qualidade de vida na dimensão física e psicológica é menor quando a sintomatologia depressiva geral, na dimensão depressão e dimensão ansiedade aumenta. No que diz respeito qualidade de vida na dimensão ambiente é menor quando a sintomatologia depressiva geral aumenta. Por fim a qualidade de vida na dimensão social não se relaciona com a sintomatologia depressiva.

Tabela 11
Correlação entre ajuste diádico e qualidade de vida

	8	9	10	11	12
WHOdomi1	.292*	-.046	.048	.092	.154
	.023	.730	.714	.485	.240
WHOdomi2	.227	.190	.105	-.022	.262*
	.082	.145	.424	.866	.043
WHOdomi3	.187	.191	.176	.094	.296*
	.153	.143	.178	.476	.021
WHOdomi4	.114	.199	-.020	.167	.139
	.387	.126	.878	.202	.289
	60	60	60	60	60

8. EscalaADconsD; 9. EscalaADsatisfD; 10. EscalaADcoesãoD;11. EscalaADexpaD;12. EscalaADtotal

* $p < .05$

De acordo com a tabela 11, observamos que existe uma relação positiva entre a qualidade de vida na dimensão física e ajuste didático na dimensão consenso ($r=-.292, p=.023$).

Verifica-se de igual modo uma relação positiva entre a qualidade de vida na dimensão psicológica ($r=.262, p=.043$), social ($r=.296, p=.021$), e dimensão de ajuste diádico total.

Pode-se assim concluir que a qualidade de vida na dimensão física aumenta quando o ajuste didático na dimensão consenso é maior, quanto na dimensão depressão e dimensão ansiedade aumenta. O mesmo acontece à qualidade de vida na dimensão psicológica e social, que quando a pontuação é maior a dimensão de ajuste diádico total é mais elevada.

Tabela 12
Correlação entre ajuste diádico e sintomatologia psicológica

	8	9	10	11	12
Escala	-.082	-.142	.069	.066	-.058
Depressão	.533	.278	.599	.617	.661
Escala	-.282*	-.247	.135	.005	-.154
Ansiedade	.029	.057	.303	.970	.240
Escala ADH	-.208	-.230	.117	.017	-.123
Total	.112	.077	.373	.897	.351

8. EscalaADconsD; 9. EscalaADsatisfD; 10. EscalaADcoesãoD; 11. EscalaADexpaD; 12. EscalaADtotal

* $p<.05$

De acordo com a tabela 12, verificamos que existe uma relação negativa entre a sintomatologia depressiva na dimensão ansiedade e ajuste didático na dimensão consenso ($r=-.282, p=.029$).

Pode-se assim concluir que a sintomatologia depressiva na dimensão depressiva diminui quando o ajuste didático na dimensão consenso aumenta.

Tabela 13*Diferença entre ajuste diádico e grupo*

		Levene Test		Independent T teste					
		F	Sig.	t	df	p	N	M	DP
EscalaADconsD	Diabético IRC	.007	.936	-.522	58	.604	30	52.26	3.51
	Não Diabético IRC						30	52.70	2.89
EscalaADsatisfD	Diabético IRC	.745	.392	.036	58	.972	30	39.96	3.079
	Não Diabético IRC						30	39.93	4.06
EscalaADcoesãoD	Diabético IRC	9.929	.003	-.984	58	.329	30	17.60	2.93
	Não Diabético IRC						30	18.83	6.20
EscalaADexpaD	Diabético IRC	1.036	.313	.473	58	.638	30	8.50	0.90
	Não Diabético IRC						30	8.33	1.70
EscalaADtotal	Diabético IRC	2.394	.127	-.893	58	.375	30	118.33	6.75
	Não Diabético IRC						30	120.26	9.74

De acordo com a tabela anteriormente descritiva verifica-se que no que concerne ao ajuste diádico observa-se que os participantes no grupo IRC Diálise demonstraram uma pontuação na dimensão consenso inferior ($M = 52.26$, $DP = 3.51$) ao grupo IRC Diálise ($M = 52.7$, $DP = 2.89$). No entanto, esta diferença não é significativa $t(58) = -.522$, $p = .604$) sugerindo que os participantes revelaram pontuações no Ajuste didático na dimensão consenso são semelhantes nos dois grupos. No que se referencia à dimensão satisfação no grupo IRC Diálise verifica-se uma pontuação inferior ($M = 39.9$, $DP = 3.07$), ao grupo IRC não Diálise ($M = 39.95$, $DP = 4.06$). No entanto, esta diferença não é significativa $t(58) = .036$, $p = .972$) sugerindo que os participantes revelaram pontuações no ajuste didático na dimensão satisfação são semelhantes nos dois grupos. Quanto à pontuação na dimensão coesão no grupo IRC diálise é inferior ($M = 17.6$, $DP = 2.93$), ao grupo IRC não diálise ($M = 18.8$, $DP = 6.20$), no entanto, esta diferença não é significativa $t(58) = -.984$, $p = .329$) sugerindo que os participantes revelaram pontuações no ajuste didático na dimensão coesão são semelhantes nos dois grupos, relativamente à dimensão expressão de afeto verifica-se que tem pontuação superior ($M = 8.50$, $DP = .9$), ao grupo IRC não diálise

(M = 8.33, DP = 1.70), no entanto, esta diferença não é significativa $t(58) = .473$, $p = .638$) sugerindo que os participantes revelaram pontuações no ajuste didático na dimensão expressão de afetos são semelhantes nos dois grupos, por último a dimensão de ajuste diádico total no grupo IRC diálise tem uma pontuação inferior (M = 118.30, DP = 6.76) que os participantes no grupo IRC Não Diálise (M = 120.2, DP = 9.74) no entanto, esta diferença não é significativa $t(58) = -.893$, $p = .375$) sugerindo que os participantes revelaram pontuações no ajuste didático na dimensão satisfação são semelhantes nos dois grupos

Tabela 14

Correlação entre ajuste diádico e o tempo em tratamento

	8	9	10	11	12
Tempo faz	-.067	-.193	.029	-.018	-.109
Hemo	.610	.140	.824	.889	.406

8. EscalaADconsD; 9. EscalaADsatisfD; 10. EscalaADcoesãoD; 11. EscalaADexpaD; 12. EscalaADtotal

Observando a tabela 14 observa-se que ajuste diádico não está relacionada com o tempo que os participantes fazem hemodiálise.

6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Discussão dos resultados

Os resultados que foram obtidos bem como a sua discussão que será apresentada em seguida, não devem ser encarados como representativos da população Portuguesa com IRC, uma vez que o tamanho da amostra não é significativo e porque a própria seleção dos participantes do estudo (apenas 2 Centros Renais) pode ter inserido um viés nos resultados que foram obtidos.

Relação entre as variáveis demográficas e a QDV e o AD de uma amostra de indivíduos com IRC

Quanto às variáveis demográficas, verifica-se uma equilibrada percentagem de mulheres e homens o que vai ao encontro de alguns estudos (Barata, & Meneses, 2009).

Quanto à escolaridade no geral verifica-se que existe homogeneidade dos utentes nos dois Centros Renais. Contudo, a média da escolaridade da amostra parece espelhar algumas dificuldades que os utentes têm no preenchimento de instrumentos de autorrelato, pelo que, se optou pela administração assistida dos instrumentos utilizados no presente estudo.

Em relação à variável idade, apesar de não ter sido um dos objetivos do estudo, pôde-se verificar que a população inquirida apresenta idade “não ativa”. Este resultado pode ser justificável segundo esta amostra ser maioritariamente envelhecida.

Segundo Thomas (2005), a população de doentes renais está a envelhecer, terá que haver, inevitavelmente, uma adaptação do corpo às mudanças que caracterizam esta população, e prestar cuidados de acordo com o reconhecimento destas mudanças.

Contudo, verifica-se que a idade poderá ser predisponente de menor percepção de suporte social e de ajuste diádico. Isto deve-se ao fato de se ter mais idade desenvolver maior desesperança bem como apresentar uma menor percepção de AD e QDV. Westlie (1984) veio contrariar este fato referindo que os doentes idosos que se encontram razoavelmente saudáveis são normalmente o grupo mais satisfeito mencionando “já tiveram uma boa vida” e já chegaram a uma idade em que a morte, de uma forma ou outra, não seria improvável.

Quanto ao sexo, sendo este melhor preditor de QDV, verificou-se a presença de diferenças entre o sexo e QDV, sendo que, o sexo feminino apresenta pontuações

mais baixas nos vários Domínios. Este fato vem corroborar com estudos concretizados por Diniz e Schor (2006) e de Barata e Menezes (2009), que encontram correlações entre o sexo feminino e a presença de doença. A aceitação da doença conduz a várias alterações, sendo que, quando existe uma redução da atividade pode provocar uma maior disfuncionalidade no sexo feminino devido às obrigações culturais referentes ao sexo feminino. Por outro lado, quanto ao ajuste diádico, verificam-se valores elevados em todos os domínios relativamente ao sexo feminino.

Noutras investigações também se verificou diferenças ao nível da satisfação diádica em que as mulheres obtinham maiores resultados, verificando-se igualmente maiores níveis de conflito no relacionamento diádico (Kimmel *et al.*, 2000; Kimmel *et al.*, 1998).

Os resultados relativamente à presença de sintomatologia psicológica nos dois grupos de participantes, verificou-se que o grupo IRC Diabético apresenta valores mais elevados de sintomatologia depressiva do que o grupo IRC. Este fato pode ser justificável dado haver muitos aspetos da vida que são afetados pelo tratamento e pela sua disfunção, que tanto a doença como o tratamento causam, o bem-estar que foi alterado, o que vai de encontro com algumas investigações (Auer, 1990; Diniz, 2006; Kimmel 2000, 2003; Barata & Meneses, 2009). A QDV e o estado de saúde são diferentes consoante o género, o que difere do estudo de Martins e Cesariano (2005), que aferem não haver diferenças na relação QdV e género, apesar de se verificarem diferenças na ansiedade, depressão e stresse, assim como Santos (2006) não verificou diferenças. Por outro lado, Higa et al. (2008), refere que no seu estudo os homens apresentam piores resultados e Lopes et al. (2007), demonstram que são as mulheres em HD que apresentam menor QDV.

Relativamente às hipóteses deste estudo,

H1 - Doentes Diabéticos em Tratamento Dialítico por Hemodiálise apresentam pior perceção na qualidade de vida do que Doentes sem Diabetes em Tratamento Dialítico por Hemodiálise;

O presente estudo demonstra um maior comprometimento ao nível da qualidade de vida dos indivíduos com IRC não diabéticos comparativamente aos indivíduos com IRC Diabéticos. Destacam-se valores elevados para IRC não Diabéticos ao nível do domínio físico e psicológico, tendo valores ligeiramente elevados no grupo IRC Diabéticos no domínio social e ambiente. Estes resultados vão em parte de encontro de Trentini, Corradi, Araldi e Tigrinho (2004), já que, com

indivíduos entre os 20 e os 80 anos em tratamento hemodialítico, manifesta-se tristeza, frustração, depressão e raiva pela situação, sendo notório o comprometimento de alguns aspetos físicos, sociais e emocionais. Pode concluir-se que o fato de serem portadores da diabetes em nada compromete o fato de também realizarem hemodiálise não tendo necessariamente de ver comprometida a sua qualidade de vida. Este resultado vem contrariar o estudo de Hanestad (1993), que verificou que os doentes com nefropatia apresentam valores significativamente mais baixos nas subescalas flexibilidade no tempo de lazer, relações sociais, queixas físicas, preocupação em relação ao futuro e bem-estar positivo. Também verificou que a presença de nefropatia tem um efeito negativo na satisfação com o domínio físico da vida. Para além do mencionado, os indivíduos com IRC poderão sentir maior exigência terapêutica, destacando-se a necessidade de administração de insulina bem como o controlo da atividade física e alimentação.

H2 - Espera-se que exista relação negativa entre a presença de perturbação de humor e qualidade de vida e ajuste diádico nos Doentes Renais Crónicos;

Relativamente à presença de sintomatologia psicológica na presente amostra estudada, ou seja, ansiedade e depressão, os dados apontam para que existe maior prevalência nos indivíduos com IRC Diabéticos. Anderson et al (2001) realizaram uma meta-análise, concluindo que a diabetes praticamente duplica o risco de depressão. Verificaram que um em cada três pacientes diabético tem depressão e que as mulheres diabéticas apresentam maior risco de depressão e ainda que não havia diferença na prevalência de depressão entre o DM tipo I e II. Seja qual for a doença, sabemos que terá impacto na vida do indivíduo. A pessoa não sofre só quando sente dor física mas, para além dessa causa evidente de sofrimento, sofre quando sente qualquer perda significativa, real ou em perspectiva para o seu futuro próximo, como a perda da saúde com consequentes alterações no estilo de vida (Gameiro, 1999).

Doentes com IRC Diabéticos têm maior probabilidade de desenvolver estado depressivo o que pode prejudicar a adesão ao tratamento. Contudo, a ansiedade talvez justificável devido às restrições de tratamento, pode comprometer o Ajuste Diádico.

Por outro lado, Almeida e Meleiro (2000) dizem que nas pessoas com IRC, a perceção negativa do seu estado de saúde está associada ao seu estado de depressão e, a QDV parece ser fortemente influenciada pelos sintomas depressivos.

H3 – Doentes Renais Crónicos sem Diabetes e em Tratamento Dialítico por Hemodiálise apresentam maior relação diádica do que Doentes Renais Crónicos com Diabetes e Tratamento Dialítico por Hemodiálise.

Um menor ajuste diádico pode ser sinónimo de menor proteção contra o stress e maior vulnerabilidade a que estão sujeitos, sendo que a depressão e ansiedade é usualmente associada com alguma perda e estas são duradouras para o doente renal. Existe perda do bem-estar, do seu papel na família e no trabalho, perda de tempo, fontes de recursos financeiros e função sexual (Deoreo,1997). Este estudo revela valores elevados para os indivíduos IRC Diabéticos na dimensão consenso, coesão e ajustamento diádico total embora o domínio satisfação tenha o mesmo resultado no grupo IRC não Diabético. Isto porque poderá o tratamento não ser tão negativo para o subsistema do casal que adota uma proteção afetiva e que o cônjuge só se disponibiliza no apoio e ajuda e que faça aumentar a autoconfiança e a capacidade para implementar comportamentos ajustados.

Kimmel (2000) afirma que a depressão tende a diminuir com o aumento da idade, mas refere que deve ser considerado com cuidado, devido à possibilidade de um viés do sobrevivente, já que, verificou que os mais deprimidos apresentam índices de mortalidade maiores, sobrevivendo aqueles com menos índice depressivo ou ansiógeno. A depressão pode provocar diminuição da imunidade, relaxamento dos cuidados pessoais, menor adesão ao tratamento e dietas, intensificação dos problemas familiares bem como financeiros.

A doença crónica implica sempre sofrimento e mudanças no estilo de vida e por esse motivo nunca é bem recebida. Mesmo os que parecem mais adaptados apresentam alguma revolta por detrás de sua tolerância, porque ninguém quer adoecer, muito menos ser doente para toda a vida. Os sentimentos que acompanham o adoecer são negativos, podendo chegar à depressão. É importante a deteção precoce de sintomas depressivos, para que sejam tomadas medidas terapêuticas adequadas a cada paciente no seu contexto biopsicossocial.

Nas doenças renais, a população que tem sido mais estudada quanto à depressão, é a de doentes em tratamento dialítico e, sem dúvida, a IRC e a diálise são stressores que precipitam depressão, principalmente em indivíduos vulneráveis.

Segundo Rodin (1989), cerca de metade dos doentes em tratamento de diálise refere sintomas depressivos, no entanto, em menos de 25% deles é possível o

diagnóstico de TDM.

Conclusão

Terminada esta investigação torna-se importante destacar que a cronicidade de uma doença como a Insuficiência Renal Crónica, exige um processo de adaptação que pode ser bastante doloroso e que o mesmo, não sendo fácil, é conseguido pela grande maioria.

Assiste-se em muitos dos casos a uma resignação desesperante que vai influenciar negativamente o superar uma situação traumática e que em muitos dos casos podem ser irreversíveis dada a população avaliada ser bastante idosa.

Posto isto, contacta-se que as variáveis demográficas (sexo, idade, escolaridade, profissão, coabitação), as variáveis clínicas (tipo de tratamento, duração do TRS), as variáveis psicológicas (ansiedade e depressão) influenciam a perceção de AD e de QDV do individuo portador de IRC, que foi avaliado através do QSD&C, da EAD, do WHOQOL-Bref e da HADS.

Segundo o modelo de autorregulação do comportamento de Leventhal (1984), os mecanismos psicológicos ligados à doença, saúde e tratamento, ocorrem num meio que em parte é influenciado pelas experiências dentro da família, comunidade e sociedade.

O processo de tratamento sendo considerado doloroso tanto a nível físico como psicológico, possibilita ao paciente direcionar a sua atenção para os outros vendo que, apesar de não ser uma situação muito difícil de superar, torna-o mais atento por saber que não é o único. Para a comunidade científica o conceito de QDV é considerado como abrangente, pessoal, indeterminado, compreendendo que a vida de cada ser humano é única e que é vista de forma singular, partilhando medos, angústias, desespero com os outros pacientes.

Sendo assim, torna-se importante que exista assistência pessoal e individual, sendo urgente a inclusão do psicólogo nos Centros Renais com o objetivo de se proceder a uma avaliação psicológica de todos os utentes com a finalidade de procurar vias de articulação entre as patologias físicas e psicológicas.

Conclui-se com o presente estudo que, (1) doentes diabéticos com IRC apresentam mais implicações na qualidade de vida do que doentes com IRC; (2) Existe relação negativa entre a presença de perturbação de humor, qualidade de vida e

ajuste diádico; (3) doentes diabéticos IRC apresentam maior relação diádica do que doentes com IRC.

Esta investigação encontra-se limitada, devido aos resultados obtidos não poderem ser entendidos como representativos da população portuguesa com IRC, uma vez que o processo de seleção dos participantes deste estudo se cingiu apenas a dois Centros Renais o que pode ter provocado um viés nos resultados obtidos (Ramalheira, & Varandas, 2000).

Outra limitação refere-se ao carácter transversal deste estudo o que impede a realizar qualquer afirmação com respeito à direccionalidade e causalidade. Torna-se importante realizar estudos de carácter longitudinal acompanhando os indivíduos portadores de IRC e avaliá-los durante um certo período de tempo com a finalidade de inferir a causalidade entre as variáveis médicas e as variáveis psicológicas estudadas.

Para Fletcher, Fletcher e Wagner (2003), os estudos longitudinais são considerados os mais adequados para a compreensão da QDV, pois coincidem os seus objetivos de estudo com a atual utilização da medida da QDV.

Para investigações futuras, tornar-se-á importante avaliar, através de instrumentos aferidos para a população portuguesa, as estratégias de *coping*, o stress e o suporte social, que combinem itens gerais com itens específicos para IRC destes indivíduos uma vez que, a entrada num quadro de doença provoca grandes alterações no funcionamento biopsicossocial destes indivíduos e assim poder-se-ia fomentar uma maior sensibilidade e permitir recolher informação mais pertinente do ponto de vista do desenvolvimento futuro de projetos de intervenção com esta população.

Será essencial a construção ou aferição de um instrumento específico que avalie a QDV e o AD e do IRC, pois cada patologia apresenta características e neste caso o tratamento substitutivo renal e a sua independência serão fundamentais para uma melhor compreensão das dificuldades destes indivíduos.

Referências Bibliográficas

- Almeida, A. M., & Meleiro, A. M. (2000). Revisão: Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 22 (1), 192-200.
- Almeida, J. (1985). *A adaptação do insuficiente renal crônico à hemodiálise*. Tese de Doutorado. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.
- Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E. & Lustman, P.J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 24 (6), 1069-1078.
- Asiain, M. C. (1995). *Investigação quantitativa*. In M. C. Diego (Ed.), *Investigación: su lugar en la Educación y en la Practica de Enfermaría*. Escuela Universitaria de Enfermaria. Clínica Universitaria de Navarra.
- Auer, J. (1990). The Oxford-Manchester study of dialysis patients: age, risk factors and treatment method in relation to quality of life. *Scand Journal Urology Nephrology*, 131, 31-37.
- Barata, N. E. R. R. C. (2015). Relação Diádica e Qualidade de Vida de Pacientes com Doença Renal Crônica. *J Bras Nefrol*, 37 (3), 315-322.
- Barata, N. E., & Meneses, R. F. (2008). *Avaliação da Qualidade de Vida do Insuficiente Renal Crônico*. Saúde e Qualidade de Vida em Análise (pp. 269-291). Porto: Edições ESEP.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14 (4), 413-445.
- Barros E., & Gonçalves, L. F. (2007). *Nefrologia no consultório*. São Paulo: Artmed.

- Barros, L. (1999). *Psicologia Pediátrica*. Manuais Universitários. Climepsi Editores.
- Bernardina, L. D. (2008) - *Evolução clínica de pacientes com insuficiência renal aguda em unidade de terapia intensiva*. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21, 174-178.
- Bialy, L., et al. (1999). Resgatando trajetória de vida de idosos renais crônicos. *Cogitare Enfermagem*, 4 (1), 113-119.
- Bowling, A. (1994). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press.
- Brannon, L., & Feist, J. (1997). Living with Chronic Illness. *Health Psychology*, 265-300.
- Bremer, B. A., McCauley, C. R., Wrone, M. R., & Johnson, J. P. (1989). Quality of life in end stage renal disease: a re-examination. *American Journal Kidney Disease*, 13, 200-209.
- Brenner, B. M. (2000). Brenner e Rector's. *The kidney* (7th ed.). Saunders Edition. Buckingham: Open University Press.
- Bunner, B. S., Suddarth, D. S. (2011). *Tratado de Enfermagem medico-cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Burkart, J. M. (1993). Adequacy of peritoneal dialysis. *Dialysis Transplant*, 13, 234-243.
- Burman, B., & Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: an interactional perspective. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 39-63.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, February, 117-124.
- Campos, R. C. P. (1996). Nas alas, consultórios e corredores: a interação entre profissionais de saúde e pacientes sob o olhar das mulheres. In R. G. Silva (Ed.), *Ação e vida: respostas à epidemia de HIV/SIDA em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: BISA.

- Christensen, A. J., Wiebe, J. S., Smith, T. W., & Turner, C. W. (1994). Predictors of survival among hemodialysis patients: effect of perceived family support. *Health Psychological, 13* (6), 521-525.
- Cleto, S. A. (2011). Diálise, cuidado cada vez mais frequente na UTI. In R. Viana & A. Pietro Pereira (Eds.), *Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivencia* (pp. 480-490). Porto Alegre: Artmed.
- Costa Neto, S. B. (2002). *Qualidade de vida dos portadores de cancro de cabeça e pescoço*. Tese de Doutorado. Brasília: Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.
- Cotrim, H., & Pereira, M. G. (2007). Cuidados Familiares. In M. G. Pereira (Ed.), *Psicologia da Saúde Familiar: aspectos teóricos e investigação* (pp.185-206). Lisboa: Climepsi Editores.
- Coutinho, N., et al (2010). Qualidade de vida em doentes renais crónicos. *Revista de Pesquisa em Saúde, 11*, (1), 13-18.
- Cutrona, C. (1996). *Social support in couples: Marriage as a resource in times of stress*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Daugirdas, J. T., & Ing, T. S. (1994). *Handbook of dialysis* (2nd ed.). London: A. Little, Rown y Co.
- Dela Coleta, M. F. (1992). Locus de controle e satisfação conjugal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 8* (2), 243-252.
- DeOreo, P. B. (1997). Hemodialysis patients – assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization, and dialysis-attendance compliance. *American Journal of Kidney Diseases, 30* (2), 204-212.
- Diniz, D. P., & Schor, N. (2006). *Qualidade de Vida*. Brasil: Manole Editora.

Diretrizes de Transplante Renal. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.
Disponível em:
<http://www.sbn.org.br/index.php?acessoRestrito&menu=5&pg=%2Findex.php%3Fdiretrizes%26menu%3D5>

Eventhal, H., *et al* (1997). Illness representation: theoretical foundations. In K. Petrie & J. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness: current research & applications* (pp. 19-46). Singapore: Harwood Academic Publishers.

Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., *et al*. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida «WHOQOL-Bref». *Revista de Saúde Pública*, 33 (2), 178-183.

Fletcher, R. H., Fletcher, S. W., & Wagner, E. H. (2003) *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Fortin, M. (1996). *Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation*. Paris: Décarie Éditeur Inc.

Fortin, M. (1999). *Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation*. Paris: Décarie Éditeur Inc.

Fouque, D. *et al* (2007). Nephrology Dialysis Transplantation. 22(2), pp. 45-87.

Fried, L. F., Bernardini, J., Johnston, J. R., & Piraino, B. (1996). Peritonitis influences mortality in peritoneal dialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 28, 415-419.

Fuhrer, M. J. (2000). Subjectifying quality of life as a medical rehabilitation outcome. *Disability and Rehabilitation*, 22 (11), 481-489.

Gameiro, M. H. (1999). *O sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora.

Gil, A. C. (1994). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 4ª ed. São Paulo: Atlas.

Haan, R., Aaronson, N. K., Limburg, M., Langton Hower, R. L., & Van Crevel, H. (1993). Measuring quality of life in stroke. *Stroke*, 24, 320-327.

- Hanestad, B. R. (1993). Self-reported quality of life and the effect of different clinical and demographic characteristics in people with type 1 diabetes. *Diabetes of Life Research*, 4, 436-437.
- Hernández, J. (2008). Avaliação Estrutural da Escala de Ajustamento Diádico. *Psicologia em Estudo*, 13 (3), 593-601.
- Higa, K. et al. (2008). Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21, nº especial, 203-206
- Hong, B. A., Smith, M. D., Robson, A. M., & Wetzel, R. D. (1987). Depressive symptomatology and treatment in patients with end-stage renal disease. *Psychological Medicine*, 17, 185- 190.
- Junior, J. E. R. (2004). Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 3 (1), 1-3.
- Kaplan, R. M. (1985). Quality-of-life measurement. In P. Karoly (Ed.), *Measurement strategies in health psychology* (pp. 115-146). New York: John Wiley and Sons Ltd.
- Kimmel, P. L. (2000). Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *American Journal of Kidney Diseases*, 35 (4), 132-140.
- Kimmel, P. L. (2001). Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney International*, 59, 599-613.
- Kimmel, P. L., Peterson, R. A., Weihs, K. L., Simmens, S. J., Alleyne, S., Cruz, I., et al. (2000). Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney International*, 57, 2093-2098.

- Kimmel, P. L., Thamer, M., Richard, C. M., & Ray, N. F. (1998). Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney International*, 54, 245-54.
- Leventhal, H. (1984). A perceptual motor theory of emotion. In K. R. Scherer & P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion* (pp. 271-291). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associations.
- Leventhal, H., Nerenz, D. & Steele, D. (1984). *Illness representations and coping with health threats*. In A. Baum, S. Taylor & J. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (pp. 219-252). New Jersey: Erlbaum.
- Lopes, G. B. et al. (2007). Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. *Revista Associação Médica Brasileira*, 53, (6), 506-509.
- Lume, J. (1986); “*Comportamento Humano em situação artificial de vida: Um trabalho de investigação em Hemodiálise renal*”. Dissertação de Doutorado: Faculdade de Medicina do Porto.
- Machado, L. R. C., & Car, M. R. (2003) A dialética da vida quotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37 (3), 27-35.
- Manne, S., Ostroff, J., Rini, C., Fox, K., Goldstein, L., & Grana, G. (2004). The Interpersonal Process Model of Intimacy: The role of self-disclosure, partner disclosure, and partner responsiveness in interactions between breast cancer patients and their partners. *Journal of Family Psychology*, 18 (4), 589-599.
- Moreno, A. C. (1999). *Guia terapéutica de las depressions*. Barcelona: Masson.
- Navarro Góngora, J. (2007). Red Social y Información en Familias con Miembros Enfermos. In M. G. Pereira (Ed.), *Psicologia da Saúde Familiar: aspectos teóricos e investigação* (pp.35-46). Lisboa: CLIMEPSI Editores.

- Navarro Gongóra, J. (2002). *Familia y enfermedad. Manual de intervención psicosocial*. Barcelona: Paidós Editora.
- Navarro Gongóra, J., & Pereira Miragaya, J. (2000). *Parejas en situaciones especiales*. Madrid: Paidós Iberica.
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- Nolasco, F. (2009). Futuro exige mais especialistas. *Sociedade Portuguesa de Nefrologia, V*, (Dezembro 2009), 1-4.
- Oliveira, P. M. (2012). *Cuidados de Enfermagem ao Doente Hemodialisado*. [Em linha] Disponível em <http://hdl.handle.net/10284/3646> [Consultado em 10/06/2013].
- Oliveira, R. A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise psicológica, 4 (18)*, 437-453.
- Otero Martinez, H. & Del Carmen, M (1990). Atención psicológica a pacientes com insuficiência renal crônica. *Revista Cubana de Psicología, 7, (2)*, 105-108.
- Pinto, A. C. (1990). *Metodologia da investigação psicológica*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.
- Quintana, A. M., & Muller, A. C. (2006). Da Saúde à Doença: representações sociais sobre a insuficiência renal crônica e o transplante renal. *Psicologia Argumento, 24, (44)*, 73 – 80.
- Ramalheira, C., & Varandas, P. (2000). Prevalência de transtornos mentais e do comportamento em consultas de Psiquiatria. *Psiquiatria Clínica, Número Especial (Janeiro/Março)*, 11-25.
- Ramos, A. (1997). Insuficiência renal crônica. Fisiopatologia e clínica. Princípios gerais de tratamento. In A. Ramos, *Manual de hemodiálise*. Lisboa: Edições da Clínica de Doenças Renais.

Redução dos níveis de ansiedade e depressão de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica participantes do programa de reabilitação pulmonar. Jornal de Pneumologia – publicação oficial da sociedade brasileira de pneumologia e tisiologia. Mai - jun de 2002, 28[3],120-124 p.

Reiss, D. (1981). *The family construction of reality*. Cambridge: Harvard University Press.

Revenson, T. A., Schiaffino, K. M., Majerovitz, D., & Gibofsky, A. (1991). Social support as a double edged sword: the relation of positive and problematic support do depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science Medicine*, 33 (7), 807-813.

Ribeiro, J. P. (1994). Adaptação do «Self-Perception Profile for College Students» à população Portuguesa: Sua utilização no contexto da psicologia da saúde. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 2, 129-38.

Ribeiro, J. P. (1994). Psicologia da saúde: saúde e doença. In T. McInteyre (Ed.), *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 55-72). Braga: APPORT.

Ribeiro, J. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: I.S.P.A.

Ribeiro, J. P. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.

Ribeiro, J. P., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2006). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 1-13.

Riella MC. (2003). Pecoits-Filho R. Insuficiência renal crônica: fisiopatologia da uremia. In M. C. Riella M. C, *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos* (4^a ed) (pp. 661-690). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Riella, M. C. (1980). *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroelectrolíticos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Rolland, J. S. (1989). Chronic illness and the Family Life Cycle. In B. Carter & M. McGoldrick, *The changing family life cycle*. Boston: Ally and Bacon.
- Rudnicki, T. (2007). Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. *Estudos de Psicologia*, 24 (3), 343-351.
- Santos, C. (2006). *Doença oncológica – representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente e família*. Coimbra : Formasau.
- Santos, E. R. & Matos, J. D. (2008). Estudo prospetivo observacional sobre a incidência da Injúria Renal Aguda em Unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 31 (3), 206-211.
- Santos, I. *et al.* (2011). Necessidade de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. *Rev. Bras. Enferm*, 64 (2), 335.
- Santos, N. Y. (2009). *Estudo prospectivo observacional sobre a incidência da Injúria Renal Aguda em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário*. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 31, (3), 206-211.
- Santos, P. R. (2006). Relação do sexo e da idade com o nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Revista Associação Médica Brasileira*, 52 (5), 356-359.
- Sarafino, E. P. (1990). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley & Sons.
- Shulman, R., Price, J. D. E., & Spinelli, J. (1996). Biopsychosocial. Aspects long-term survival on end-stage renal failure therapy. *Psychological Medicine*, 19, 945-954.
- Silva, C. N. (1997) Como a rede social interfere numa crise emocional. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, 1, (2), 78-91.
- Silva, I. (2002). *Qualidade de Vida e Variáveis Psicológicas Associadas a Sequelas de Diabetes e sua Evolução ao Longo do Tempo*. Tese de Doutorado. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto.

- Smeltzer, S. C.; Bare, B. G. (2002). *Brunner e Suddart: tratamento de enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Smith, T. W., & Nicasso, P. M. (1996). Psychological practice: Clinical application of the biopsychosocial mode. In P. M. Nicasso & T. W. Smith (Eds.). *Managing chronic illness. A biopsychosocial perspective* (pp.1-31). U.S.A. American Psychological Association.
- Snaith, P. (1994). Anxiety control training. *Advances in Psychiatric Treatment, 1*, 57-61.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38 (1)*, 15-28.
- Spanier, G. B. (1985). Improve, refine, recast, expand, clarify don't abandon. *Journal of Marriage and the Family, 47 (4)*, 1073-1074.
- Symierster, P., & Friend, R. (1996). Quality of life and adjustment in renal disease: a health psychology perspective. In R. J. Resnick & R. H. Rosensky (Eds.), *Health psychology through the life span* (pp. 265-287). U.S.A.: American Psychological Association.
- Taylor, S. E. (1999). *Health psychology*. Boston: McGraw-Hill.
- Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia*. Camarate: Lusociência.
- Thomé, F. S, Barros, E., Gonçalves, L. F. S., & Manfro, R. C. (1999). Insuficiência renal aguda. In E. Barros, R. C. Manfro, F. S. Thomé, & L. F. S. Gonçalves (Eds.), *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento* (pp. 391-415). Porto Alegre: Artmed.
- Trentini, M., Corradi, E., Araldi, M., & Tigrinho, F. C. (2004). Qualidade de vida das pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. *Revista Texto Contexto Enfermagem, 13 (1)*, 74-82.

- Trentini, M., Corradi, E., Araldi, M., & Tigrinho, F. C. (2004). Qualidade de vida das pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, 13 (1), 74-82.
- Trindade, I., & Carvalho Teixeira, J. A. (2000). *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Twardowski, Z. J. (1990). Tidal peritoneal dialysis. *EDTNA/ERCA Journal*, XV, 4-9.
- Westlie, L., Umen, A., & Nestrud, S. (1984). *Mortality, morbidity and life satisfaction in the very old dialysis patient*. *Transactions American Society for Artificial Internal Organs*, 30, 21-31.
- WHOQOL-Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.
- Wild, J. H. (1992). Dialysis without tears. *Nursing Times*, 88, 35-36.
- Williams, M. (2001). Rehabilitating the frail and elderly on renal replacement. *EDTNA/ERCA Journal*, XXVII, 64-65.
- Wortman, C. B., & Conway, T. L. (1985). The role of social support in adaptation and recovery from physical illness. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 281-302). Orlando: Academic Express.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (1984). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. Filadélfia: F. A. Davis.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (1984). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. Filadélfia: F. A. Davis.
- Yeh S. H., Johnson M. A, & Wang S. T. (2002). The changes in caregiver burden following nursing home placement. *International Journal of Nursing*, 39 (6), 591-600.

Zahlis, E. H., & Shands, M. E., (1990). Families and illness. In W. J. Phipps, B. C. Long, N. F. Woods & V. L. Cassmeyer (Eds.), *Medical-surgical nursing concepts and clinical practice*, (pp. 121-131). St. Louis: Mosby.

Zigmond, A. & Snaith, R. (1983). The hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Zimmermann, P. R., Carvalho, J. O., & Mari, J. J, (2004). Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26 (3), 312-318.