



**UNIVERSIDADE
FERNANDO
PESSOA**

O AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO EM DOENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA: SUA INFLUÊNCIA NA PERCEÇÃO DA DOR, QUALIDADE DE VIDA E AJUSTAMENTO DIÁDICO

[Psychological adjustment in patients with chronic renal failure: it's influence on pain perception, quality of life and dyadic adjustment]

Dissertação de Mestrado

[2º Ciclo de Estudos em Psicologia Clínica e da Saúde]

Pedro Miguel Almeida Araújo

Orientador:

Doutor Nuno Eduardo Roxo Rodrigues Cravo Barata

Julho 2024



**UNIVERSIDADE
FERNANDO
PESSOA**

O AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO EM DOENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA: SUA INFLUÊNCIA NA PERCEÇÃO DA DOR, QUALIDADE DE VIDA E AJUSTAMENTO DIÁDICO

[Psychological adjustment in patients with chronic renal failure: it's influence on pain perception, quality of life and dyadic adjustment]

Dissertação de Mestrado

[2º Ciclo de Estudos em Psicologia Clínica e da Saúde]

Pedro Miguel Almeida Araújo

Orientador:

Doutor Nuno Eduardo Roxo Rodrigues Cravo Barata

Julho 2024

Agradecimentos

Ao Prof. Doutor Nuno Cravo Barata, meu orientador, pela sua dedicação incondicional apesar de todos os contratemplos ocorridos neste projeto. Sem dúvida alguma, que estivemos perante um grande desafio, pois recordo que esta investigação foi realizada em pleno COVID-19. Mas unidos conseguimos permanecer com o desenvolvimento do projeto apesar de todas as vicissitudes. Quero ainda salientar o meu agradecimento por todos os seus conselhos assertivos e por toda a força transmitida ao longo desta investigação, que muito sem dúvida contribuíram para o resultado deste trabalho do qual me orgulho.

Ao Centro Hospitalar Universitário São João (CHUSJ) do Porto, por terem aceite a realização da minha investigação nas suas instalações e acima de tudo aos seguintes elementos por todo o carinho / acompanhamento e dedicação prestada durante a minha “estadia” nas vossas instalações: Prof. Doutor Manuel Pestana, Prof. Doutor Miguel Frazão, Prof. Doutora Ana Beco, Enfermeira Nádia, Enfermeira Dora e a todos os pacientes que aceitarem participar nesta investigação, que, sem dúvida alguma, sem a colaboração dos elementos mencionados não teria sido possível a realização deste trabalho.

O meu agradecimento à Universidade Fernando Pessoa por toda a envolvência neste projeto.

Finalizando com o agradecimento eterno às Estrelas que sempre me acompanharam neste meu sonho: João T., Petros, Santiago e Cátia Dias.

Resumo

A insuficiência renal crónica e o tratamento dialítico provocam alterações significativas na dinâmica diária do doente renal crónico, comprometendo e limitando a sua condição física e psicológica, com repercussões pessoais, familiares e sociais. Neste sentido, o estudo teve como objetivo principal a influência do ajustamento psicológico na perceção de Dor, na perceção da qualidade de vida e na perceção do ajustamento diádico do paciente com insuficiência renal crónica. A amostra é constituída por 60 participantes portadores de insuficiência renal crónica, os quais foram selecionados no Serviço de Nefrologia do Hospital São João do Porto. A duração do estudo foi de 11 meses (47 semanas). Salienta-se, desde já, que a amostra é não probabilística, sendo do tipo de amostragem por seleção racional. Trata-se assim, de um estudo transversal de carácter descritivo, exploratório e correlacional com o objetivo de contribuir para uma maior compreensão da importância do ajustamento psicológico, na perceção de dor, qualidade de vida e ajuste diádico das pessoas portadoras de insuficiência renal crónica. Foi utilizado um questionário sociodemográfico e clínico, a HADS, o BPI, o Whoqol-Bref e a DAS. Os resultados demonstram que o ajustamento psicológico tem uma relação direta com uma maior perceção de qualidade de vida e ajustamento diádico e uma relação negativa com a dor. Conclui-se que a presença de sintomatologia psicológica promove uma menor qualidade de vida e ajustamento diádico e uma maior perceção de dor.

Palavras-chave: Ajustamento Psicológico; Perceção de Dor; Qualidade de Vida; Ajustamento Diádico

Abstract

Chronic kidney disease and dialysis treatment cause significant changes in the daily dynamics of chronic kidney disease patients, compromising and limiting their physical and psychological condition, with personal, family and social repercussions. In this sense, the study's main objective was the influence of psychological adjustment on the perception of pain, the perception of quality of life and the perception of dyadic adjustment of patients with chronic renal failure. The sample consists of 60 participants with chronic kidney disease, who were selected at the Nephrology Service of Hospital São João do Porto. The duration of the study was 11 months (47 weeks). It should be noted, from now on, that the sample is non-probabilistic, being a rational selection sampling type. This is a cross-sectional study of a descriptive, exploratory and correlational nature with the aim of contributing to a greater understanding of the importance of psychological adjustment, in the perception of pain, quality of life and dyadic adjustment of people with chronic renal failure. A sociodemographic and clinical questionnaire, the HADS, the BPI, the Whoqol-Bref and the DAS were used. The results demonstrate that psychological adjustment has a direct relationship with a greater perception of quality of life and dyadic adjustment and a negative relationship with pain. It is concluded that the presence of psychological symptoms promotes a lower quality of life and dyadic adjustment and a greater perception of pain.

Keywords: Psychological Adjustment; Pain Perception; Quality of life; Dyadic Adjustment.

Índice Geral

Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	v
Abstract	vi
Índice de Tabelas.....	ix
Índice de Abreviaturas	x
Introdução	11
I. PARTE REVISÃO DA LITERATURA	15
CAPÍTULO I INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA	16
1. Insuficiência Renal Crónica.....	17
CAPÍTULO II AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO, DOR, QUALIDADE DE VIDA E AJUSTE DIÁDICO	20
2.1. Insuficiência Renal Crónica e Ajustamento Psicológico.....	21
2.2. Insuficiência Renal Crónica e Dor	26
2.3. Insuficiência Renal Crónica e Qualidade de Vida.....	27
2.4. Insuficiência Renal Crónica e Ajustamento Diádico.....	29
II. PARTE ESTUDO EMPÍRICO	31
CAPÍTULO III METODOLOGIA.....	32
3. Metodologia	33
3.1. Objetivo do Estudo, sua Hipótese e Predições	34
3.2 Método	34
3.2.1. Participantes	34
3.2.2. Material	35
3.3. Procedimento.....	37
3.4. Análise dos Dados.....	38
CAPÍTULO IV RESULTADOS	39

4. Resultados	40
4.1. Variáveis Demográficas e Clínicas da Amostra.....	40
4.2. Resultados relativos à Hipótese do Estudo e suas Predições	46
4.2.1. Resultados relativos à Predição 1.....	46
4.2.2. Resultados relativos à Predição 2.....	47
4.2.3. Resultados relativos à Predição 3.....	49
CAPÍTULO V DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	51
5. Discussão dos Resultados	52
CONCLUSÃO	56
6. Conclusão.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	71
Anexo 1. Consentimento Informado.....	72
Anexo 2. Questionário Sócio-Demográfico e Clínico.....	74
Anexo 3. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar	79
Anexo 4. Whoqol-Bref	84
Anexo 5. Inventário Resumido da Dor.....	88
Anexo 6. Escala de Ajustamento Diádico	93

Índice de Tabelas

Tabela 1 Caraterização Sociodemográfica dos participantes.....	23
Tabela 2 Dados Sociodemográficos da amostra	41
Tabela 3 Médias e Desvios-padrão dos Níveis de Ansiedade, Depressão e Humor Negativo (Escala Completa) Obtidos por Administração da HADS	42
Tabela 4 Médias e Desvios-padrão Obtidos por Administração da EAD, Whoqol-Bref e BPI.....	42
Tabela 5 Análise comparativa entre géneros relativamente à Dor (n=60).....	43
Tabela 6 Valores obtidos na HADS de acordo com o género	44
Tabela 7 Valores obtidos nos instrumentos WHOQOL-Bref e EAD de acordo com o género	45
Tabela 8 Correlação entre a perceção de dor e o ajustamento psicológico.....	47
Tabela 9 Correlação entre qualidade de vida e sintomatologia psicológica	48
Tabela 10 Correlação entre ajustamento psicológico e sintomatologia psicológica.....	49

Índice de Abreviaturas

AD – Ajustamento/Ajuste Diádico

AS – Ajustamento/Ajuste Social

BPI – Brief Pain Inventory

DORC – Doente Renal Crónico

DORCS – Doentes Renais Crónicos

DPA – Diálise Peritoneal Automatizada

DPAC – Diálise Peritoneal Ambulatória Contínua

DPCA – Diálise Peritoneal Contínua Automatizada

DPCC – Diálise Peritoneal Cíclica Contínua

DPCO – Diálise Peritoneal Cíclica Optimizada

DPI – Diálise Peritoneal Intermitente

DPT – Diálise Peritoneal Tidal

DRC – Doente Renal Crónico

EAD – Escala de Ajustamento Diádico

HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale*

IRC – Insuficiência Renal Crónica/Insuficiente Renal Crónico

OMS – Organização Mundial da Saúde

PD – Perceção de Dor

QDV – Qualidade de Vida

QSD&C – Questionário Sócio-demográfico e Clínico

QVRS – Qualidade de Vida relacionada com Saúde

SP – Suporte Marital/Status Marital

SS – Suporte Social

TSR – Tratamento Substitutivo Renal

WHOQOL-Bref – *World Health Organization of Life*

Introdução

A Doença Renal Crónica (DRC) é uma lesão parênquima renal e/ou a diminuição da taxa de filtração glomerular presente por um período igual ou superior a três meses (Almeida & Meleiro, 2000). Neste sentido, é considerada uma doença que, além de trazer consequências físicas ao indivíduo que a vivencia, traz prejuízos psicológicos, alterando o seu quotidiano. Para Barata (2015) e Riella (1996) o paciente renal crónico vivencia uma mudança súbita na sua vida, passando a sofrer com limitações, com o tratamento doloroso que é a hemodiálise, com pensamentos sobre morte, juntamente com a possibilidade de passar por um transplante renal e as expectativas de ter melhorada sua qualidade de vida. Não obstante tudo isto, 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 esta 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).

Mais se acrescenta, que a doença renal é uma das doenças mais exigentes pela natureza dos tratamentos e pela necessidade de cuidados contínuos (Ansell, & Feest, 2000) com inevitáveis repercussões nas atividades de vida diária e na qualidade de vida (QDV) destes sujeitos. Noland (2003) refere que a insuficiência renal crónica (IRC) é objetivamente uma doença extremamente intrusiva, pelo que se pode esperar que provoque adversas e substanciais alterações quer nos doentes quer na família.

Por conseguinte, a IRC é uma condição mórbida decorrente de uma série de fatores, não possuindo expectativas de cura. Assume-se como uma doença que se desenvolve de forma significativa, tendo como responsáveis o aumento da incidência de hipertensão arterial sistémica, diabetes *mellitus*, neoplasias de próstata e colo de útero, entre outras. Estima-se que muitas pessoas desenvolvem a IRC por falta de acompanhamento adequado e deteção precoce das doenças de origem (Bradley & McGee, 1994).

Um dos métodos de tratamento mais utilizados é a hemodiálise. Define-se, segundo Barata (2013) como um procedimento por meio do qual se extrai o sangue do corpo e se faz circular através de um aparelho externo denominado dialisador, que permite aceder de forma repetida à circulação sanguínea. Para facilitar este acesso efetua-se cirurgicamente uma ligação artificial entre uma artéria e uma veia (fístula arteriovenosa).

O processo da diálise depende dos princípios fisiológicos de difusão e ultrafiltração (Madeiro, 2010).

O procedimento dialítico e a DRC originam assim, no doente renal crónico (DORC), uma sucessão de situações que acabam por comprometer não apenas os aspetos físicos e psicológicos das suas vidas, mas também pessoais, familiares e sociais. Para Riella (1996), o DORC sofre na sua vida mudanças abruptas, causadas pela própria doença, que originam nas suas vidas algumas limitações, na sequência do tratamento dialítico, no qual pode despoletar pensamentos sobre morte. Concomitantemente a possibilidade de passar por um transplante renal, gera no paciente a possibilidade de melhorar a sua qualidade de vida elevando enormemente as suas expetativas.

Consequentemente, e como refere Lima e Gualda (2000), os DORCS sentem-se desmotivados e desesperados e, não raras vezes, acabam por desistir do tratamento ou até deixa de monitorizar. Assim, é necessário estimular nos pacientes a adaptação positiva ao novo estilo de vida e ao papel que deverão desempenhar no controle da doença.

A vida dos sujeitos portadores de DRC sofre alterações derivado do seu estado na sequência dos tratamentos. Esta terapêutica tem consequências que afetam todos os envolvidos com o paciente (Bradley & McGee, 1994). Uma melhor compreensão da ansiedade e preocupações diárias que preocupam os pacientes permitirá, que os profissionais que trabalham em unidades de nefrologia ofereçam um suporte mais adequado (Williams, 1985). As ações devem ser iniciadas o mais cedo possível de modo a evitar problemas práticos, materiais (assuntos relacionados com a sua vida financeira / emprego) ou emocionais (dificuldades de relacionamento e medos desnecessários em volto do prognóstico e do tratamento) (Bradley & McGee, 1994). Neste sentido, podemos dizer que a rede social de apoio é uma das variáveis mais importantes que pode afetar de maneira positiva ou negativa o enfrentamento da crise ou doença (Silva, 1997). Assim sendo, é muito importante avaliar o nível do relacionamento conjugal e o ajustamento diádico (AD) percebido pelos pacientes com DRC, além de recolher informações relevantes para o conhecimento das variações do bem-estar psicológico relatado em saúde e doença, e analisar a qualidade de vida a partir de variáveis como depressão, proteção da autoestima e aceitação do tratamento renal substitutivo. Dados esses fatos, fica claro que o apoio por parte de outros significativos atua como uma alavanca para a manutenção do equilíbrio dos pacientes, levando em consideração as mudanças nos hábitos individuais e

a promoção contínua de comportamentos que melhore a saúde geral, envolvendo também as pessoas que dão assistência ao paciente (Kaveh & Kimmel, 2001).

Paralelamente, estima-se que alguns DORCS possam apresentar sintomatologia dolorosa, de intensidade e localização variáveis. Essa queixa associa-se à elevada incidência de doença óssea, à perda progressiva de massa muscular, à incidência de doenças crónicas debilitantes como o diabetes *mellitus*, a doenças neurológicas e a obstruções vasculares (Silva et al., 2013). Assim sendo, partindo da definição da International Association for the Study of Pain (IASP) que considera que a dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a lesão real ou potencial ou descrita em termos dessa lesão, poderemos considerar que associada a esta lesão renal poderá coexistir fenómenos dolorosos que comprometam ainda mais significativamente a sua perceção de doença e o seu ajustamento à própria condição de doente.

De acordo com Silva e Ribeiro (2011), a dor é mais do que um sintoma, é uma experiência ou sensação que pode estar associada à lesão real ou potencial nos tecidos, tem uma interpretação subjetiva e pessoal e compreende aspetos sensitivos, afetivos, autonómicos e comportamentais. A dor resulta em alterações biológicas, psicossociais e sofrimento, que se manifestam na qualidade do sono, trabalho, deambulação, humor, concentração, relação familiar e atividade sexual (Silva et al., 2013). Dessa forma, a dor também poderá induzir limitações físicas e emocionais, que comprometem a execução de atividades diárias e repercutem negativamente na qualidade de vida (QDV).

Posto isto, a presente investigação debruça-se sobre o impacto versus importância do ajustamento psicológico na perceção de dor, qualidade de vida e ajuste diádico de pacientes com IRC.

Do ponto de vista estrutural, o presente trabalho encontra-se organizado em duas partes, a primeira destinada ao enquadramento teórico e a segunda ao estudo empírico. A primeira parte é constituída por dois capítulos. O primeiro incide sobre o conceito de insuficiência renal crónica, sendo adiantadas diferentes definições propostas na literatura. O segundo procura evidenciar a importância do ajustamento psicológico na dor, qualidade de vida e relação diádica.

A segunda parte, por sua vez, dedica-se ao estudo empírico realizado e compõe-se por quatro secções. Na primeira é enunciada a pergunta de partida, os objetivos e as hipóteses de investigação; na segunda é exposto o método adotado, descrevendo-se a

amostra do estudo, os instrumentos de recolha de dados utilizados e os procedimentos realizados; na terceira é apresentada a análise e a interpretação dos resultados; e na quarta secção é reservada à discussão dos resultados. Por fim, na conclusão são apresentadas implicações e limitações do estudo, assim como adiantadas propostas de possíveis futuras investigações.

Posto isto, coloca-se a seguinte questão científica: Até que ponto o ajustamento psicológico influencia a perceção de dor, qualidade de vida e ajuste diádico de pacientes com IRC a realizar diálise peritoneal?

I. PARTE | REVISÃO DA LITERATURA

CAPÍTULO I | INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

1. Insuficiência Renal Crônica

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma condição mórbida decorrente de uma série de fatores, não possuindo expectativas de cura. Considera-se uma doença que se desenvolve significativamente e tem como corresponsáveis o aumento da incidência de hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, neoplasias de próstata e colo de útero, entre outras. O procedimento dialítico e a insuficiência renal crônica (IRC) originam assim, nos doentes renais crônicos (DORCS) uma sucessão de situações que acabam por comprometer não apenas os aspetos físicos e psicológicos das suas vidas, mas também pessoais, familiares e sociais (Nepomuceno, 2014; Oliveira-Campo, 2013). Para Riella (1996) Oliveira (2013), o DORC sofre na sua vida várias alterações motivadas pela sua condição, que originam nas suas vidas algumas limitações, na sequência do tratamento dialítico. Esta situação promove, em determinadas situações, pensamentos catastróficos, muitos deles associados à morte.

Muitas pessoas desenvolvem a insuficiência renal por falta de acompanhamento adequado e deteção precoce das doenças de origem (Bradley & McGee, 1994).

Um dos tratamentos dialíticos mais utilizados é a hemodiálise, que se apresenta como um tratamento de apoio ao DORC. Consiste na eliminação de substâncias tóxicas, excesso de líquido através de um equipamento específico. Este procedimento, cuja sua duração varia entre duas a quatro horas, exige que o paciente se desloque para a unidade de tratamento com frequência, que na sua maioria das vezes, prende-se numa visita diária (Almeida & Meleiro, 2000; Riella, 1996). Consequentemente, e como refere Lima e Gualda (2000), os DORC sentem-se desmotivados e desesperados e, não raras vezes, acabam por desistir do tratamento ou até deixa de monitorizar, dada a dependência que se cria perante a obrigatoriedade do tratamento dialítico. Assim, é necessário estimular nos pacientes a adaptação positiva ao novo estilo de vida e ao papel que deverão desempenhar no controlo da doença (Frazão 2011; Nepomuceno, 2014; Oliveira-Campos, 2013).

Para além do tratamento hemodialítico, a terapia renal substitutiva compreende outras formas de tratamento, a saber: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC), Diálise Peritoneal Intermitente (DPI), Diálise Peritoneal Cíclica Contínua (DPCC), Diálise Peritoneal Tidal (DPT), Diálise Peritoneal Cíclica Optimizada (DPCO) e Transplante Renal (Bello et al., 2022; Fernandes, 2022; Romão et al., 2003).

Mais se acrescenta, que a doença renal é uma das doenças mais exigentes, pela natureza dos tratamentos, e pela necessidade de cuidados contínuos (Ansell, & Feest, 2000; Nepomuceno, 2014), com inevitáveis repercussões nas atividades de vida diária. Noland (2003) e Oliveira-Campos (2013) refere que a IRC é objetivamente uma doença extremamente intrusiva, pelo que se pode esperar que provoque adversas e substanciais alterações quer nos doentes quer na família.

Por conseguinte, a IRC é uma condição mórbida decorrente de uma série de fatores, não possuindo expectativas de cura. Assume-se como uma doença que se desenvolve de forma significativa, estimando-se que muitas pessoas desenvolvem a IRC por falta de acompanhamento adequado e deteção precoce das doenças de origem (Barata, 2015; Barata, 2013; Bradley & McGee, 1994).

Durante o procedimento dialítico, utiliza-se a heparina, um medicamento que evita a coagulação do sangue e impede que coagule no dialisador. Dentro do dialisador, uma membrana porosa artificial separa o sangue do líquido – líquido de diálise -, cuja composição química é semelhante aos líquidos normais do corpo. Neste sentido, a pressão no compartimento do líquido de diálise é mais baixa do que a do compartimento do sangue, permitindo assim que o líquido, os produtos residuais e as substâncias tóxicas do sangue se filtrem através da membrana que separa ambos os compartimentos. Contudo, as células sanguíneas e as proteínas de grande dimensão são demasiado grandes para serem filtradas através dos pequenos poros da membrana. O sangue dialisado (purificado) é devolvido ao organismo (Almeida & Meleira, 2000; Riella, 1996; Thomas, 2005).

O procedimento dialítico e a DRC originam assim, nos doentes renais crónicos, uma sucessão de situações que acabam por comprometer não apenas os aspetos físicos e psicológicos das suas vidas, mas também pessoais, familiares e sociais (Bello et al., 2022).

Consequentemente, e como refere Lima e Gualda (2000), o DORC sente-se desmotivado e desesperado podendo, não raras vezes, acabar por desistir do tratamento ou até deixa de monitorizar. Assim, é necessário estimular nos pacientes a adaptação positiva ao novo estilo de vida e ao papel que deverão desempenhar no controle da doença. Esta terapêutica tem consequências que afetam todos os envolvidos com o paciente (Bradley & McGee, 1994; Nepomuceno, 2014).

Torna-se fundamental compreender o (des)ajustamento psicológico do DORC, principalmente pela elevada incidência de ansiedade, depressão e, para além disso, preocupações diárias que preocupam o DORC. Estes fatores permitirão, que os profissionais que trabalham em unidades de nefrologia ofereçam um suporte mais adequado (Williams, 1985). As ações devem ser iniciadas o mais cedo possível de modo a evitar problemas práticos, materiais (assuntos relacionados com a sua vida financeira / emprego) ou emocionais (dificuldades de relacionamento e medos desnecessários em volto do prognóstico e do tratamento) (Bradley & McGee, 1994; Meng et al., 2021; Oliveira-Campo, 2013).

Em suma, torna-se importante avaliar o nível do relacionamento conjugal e o ajustamento diádico (AD) percebido pelos pacientes com DRC, além de recolher informações relevantes para o conhecimento das variações do bem-estar psicológico relatado em saúde e doença, e analisar a qualidade de vida (QDV) a partir de variáveis como depressão, proteção da autoestima e aceitação do tratamento renal substitutivo (Thurlow et al., 2021).

Perante o exposto, fica claro que o apoio por parte de outros significativos atua como uma alavanca para a manutenção do equilíbrio dos pacientes, levando em consideração as mudanças nos hábitos individuais e a promoção contínua de comportamentos que melhore a saúde geral, envolvendo também as pessoas que dão assistência ao paciente (Kaveh & Kimmel, 2001).

O comprometimento associado à DRC, pode ser minimizado se as ações forem iniciadas o mais cedo possível de modo a evitar problemas práticos, materiais (assuntos relacionados com a sua vida financeira / emprego) ou emocionais (dificuldades de relacionamento e medos desnecessários em volto do prognóstico e do tratamento) (Bradley & McGee, 1994). Podemos dizer que a rede social de apoio é uma das variáveis mais importantes que pode afetar de maneira positiva ou negativa o enfrentamento da crise ou doença (Silva, 1997).

Assim, é estabelecido um longo processo de adaptação a esta 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).

**CAPÍTULO II | AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO, DOR,
QUALIDADE DE VIDA E AJUSTE DIÁDICO**

2.1. Insuficiência Renal Crônica e Ajustamento Psicológico

A presença de IRC promove, na grande maioria dos DORCS alterações significativas com extensão às pessoas que diretamente se relacionam com o DORC (Bradley, & McGee, 1994). É sobejamente reconhecida a urgência em compreender as ansiedades e preocupações dos doentes no dia-a-dia, pois permite, aos profissionais, que trabalham nas unidades de Nefrologia responder de forma mais eficaz (Williams, 1985). O reconhecer desta situação, deverá ser identificado o mais precoce possível para impedir eventuais problemas futuros quer a nível prático como material (relacionados por exemplo com o emprego ou a situação financeira) quer a nível emocional (como é o caso dos problemas nas relações e dos medos desnecessários do prognóstico e do tratamento) (Bradley, & MacGee, 1994). Reconhecida a presente situação, considera-se fundamental a existência de ajustamento psicológico nestes pacientes. Podendo não ser convergente o conceito de ajustamento psicológico, pode-se assumir como sendo sinónimo de saúde mental e/ou ausência de depressão e ansiedade.

O DORC perante a iminência da dependência ao tratamento dialítico promove um conjunto de incertezas que podem levar, em determinadas circunstâncias ao desajustamento emocional podendo, este processo iniciar-se aquando do acesso venoso e/ou peritoneal. Perante o exposto, a resposta ansiosa ao internamento para a cirurgia correspondente pode parecer desproporcionada em relação aos procedimentos em si, que são relativamente triviais. A criação cirúrgica do acesso é um sinal inequívoco de que a terapia com diálise está iminente, sendo a altura ideal para a preparação psicológica final. O DORC durante o internamento para a criação do acesso, pode receber literatura e informação, psicoeducação, falar com o dietista sobre nutrição atual e futura, e com o psicólogo, assistente social ou enfermeiro sobre sentimentos, aspetos psicossociais, habitacionais, laborais, familiares e económicos. É também uma boa altura para conversar sobre as atividades de lazer e as férias no futuro, porque é habitualmente nesta área que o doente está mais receoso de limitações e restrição de horizontes, e tem que lhe ser lembrado que o objetivo da diálise é permitir que a vida seja vivida e proporcionar uma vida que valha a pena ser vivida, e não apenas manter o doente vivo para ser dialisado (Bradley, & MacGee, 1994).

Todo este processo, poderia ser minimizado sempre que se permitisse, desde o início, à existência de um apoio e preparação psicológica. A ausência, para muitos dos

casos, do apoio psicológico pode estar relacionada com a não resposta dos serviços competentes ou com a não capacidade de despende tempo com os doentes e por, muito boas que sejam as capacidades de comunicações e as intenções dos psicólogos, raramente é dada oportunidade de fazer tudo o que gostariam. Nesta situação surge muitas vezes a tentação de abandonar mesmo a tentativa de falar com os doentes sobre as suas preocupações, com o argumento de que, se não se pode fazê-lo *como deve ser*, não vale a pena fazê-lo, de todo. Muitas vezes, pode-se dar aconselhamento excelente e sensível com dois minutos de escuta e resposta a uma preocupação específica, desde que nos mantenhamos cientes das necessidades e dos medos, e capazes de apanhar as pistas dadas pelo doente (Delgado, 1997).

Não constante o exposto, considera importante o apoio psicológico dos pacientes portadores de IRC, no sentido de procurar identificar a presença ou não de patologias depressivas ou ansiogénicas, já que, os aspetos psicológicos são fulcrais contribuintes para a qualidade de vida (Steele, 1996), sendo que, a depressão parece ser a perturbação psiquiátrica mais comum (Al-Shammari et al., 2021; Hao et al., 2021; Kaplan De-Nour, & Czaczkes, 1976; Kimmel et al., 1998; Martínez et al., 2019) ou das mais frequentes nessa população de pacientes (Lloyd, 1992; Meleiro, 1993; Sensky, 1993; Muñoz & Jiménez, 2019).

Os DORCS passam por uma série reconhecível de fases após o diagnóstico de insuficiência renal, semelhante às respostas ao luto descritas por Kubler Ross (1970). As respostas implicam, necessariamente, um processo de adaptação à perda, começando pelo choque e a *não reatividade* emocional, e prosseguindo com a negação, a dor e a raiva, antes de chegar a um estágio de aceitação. Abram (1970), identificou um segundo processo de adaptação ao início da terapia dialítica. As várias fases podem sobrepor-se, ou sofrer flutuações, como acontece com as fases do luto, mas podem normalmente ser identificadas tanto pelos profissionais como pelos próprios doentes.

Mais se acrescente, que a sintomatologia depressiva é uma das respostas mais presentes na DRC, dado que a novidade do tratamento acaba por se desvanecer e as limitações, frustrações e o tempo envolvido no tratamento começam a ganhar o seu terreno. A perceção de uma relativa dependência ao tratamento e o pensamento que esta situação vai continuar indefinidamente começa a perigar as reservas de resistência dos doentes. Paralelamente, o cansaço, a falta de energia e de entusiasmo pela vida, a

irritabilidade, as dificuldades do sono e a depressão tornam a vida com a diálise difícil de tolerar (Muñoz & Jiménez, 2019; Silva et al., 2018; Trevín et al., 2018).

Reconhece-se, igualmente, que todas as alterações associadas ao DORC são extensíveis ao parceiro e à família, que passam a sentir tudo aquilo que o DORC sente e as relações podem ser afetadas. O esforço de tentar continuar a trabalhar, mesmo submetido a estas pressões, pode parecer demasiado grande, e o doente duvida da possibilidade de continuar empregado, e receia as consequências económicas e familiares que poderão advir se tiver que abandonar o emprego. Aqueles doentes que estavam cheios de determinação para não deixar a diálise afetar ou intervir com as suas vidas têm que admitir a derrota – não é possível não ficar afetado. Esta fase pode durar semanas ou meses, e requer tolerância e compreensão por parte de todo o pessoal clínico (Auer, 1990; Dziubek et al., 2021; Eid et al., 2017; El Filali et al., 2017; Flores et al., 2021; Rubio et al., 2017).

Delgado (1997) procura padronizar o processo de adaptação/evolução psicológica de IRC, a saber:

Tabela 1 Caraterização Sociodemográfica dos participantes

Adaptação/evolução psicológica do IRC (Delgado, 1997)

A. Início da diálise	Carateriza-se por um período correspondente às primeiras sessões de diálise em que o doente pode reagir de formas distintas: manifestando apatia ou mesmo aparente alheamento face às exigências impostas pela diálise ou evidenciando ansiedade marcada e reações de pânico durante a diálise. Este período é muito curto e está relacionado com o primeiro contato do doente com a máquina e com o ritual do tratamento, sendo mais frequente nos doentes que não tiveram tempo de se adaptar psicologicamente e processar toda a informação sobre o tratamento.
B. Fase lua-de-mel	Seguidamente, e com o desaparecimento dos sintomas ligados ao síndrome urémico, assiste-se a uma melhoria do estado físico do doente, passando a aceitar melhor a sua condição e ultrapassando com maior firmeza a sensação de morte que, por vezes, o caracteriza. Tem uma duração média de 3 meses, podendo existir alguma ansiedade relacionada com os mecanismos do tratamento e sua complexidade, mormente, em relação ao processo de ligar e desligar a máquina de diálise. O IRC passa a denegar a sua situação clínica em termos das dificuldades que a mesma lhe traz.

C. Depressão Posteriormente, o doente passa a habituar-se à sua situação, surgindo sentimentos de raiva e revolta para com a máquina, pois entende que está dependente dela e também por todos os clínicos que o acompanham. Por tudo isto, surge algumas manifestações depressivas reativas às perdas sofridas pelo IRC (saúde, capacidades físicas, autonomia, estatuto familiar, laboral e social).

D. Adaptação Superado o período de crise, surge a aceitação da doença e ao tratamento rotineiro a que está sujeito, passando a reorganizar a sua vida e normalizando-a. Todo este processo de aceitação e adaptação psicológica depende muito da personalidade do indivíduo, bem como do apoio familiar e social.

O ajustamento psicológico e como vem sendo abordado, tem sido alvo de várias investigações sobre a associação entre ansiedade, depressão e insuficiência renal crónica. Associando-se a depressão à perda, estas são normalmente numerosas e duradouras para o paciente com doença renal, a saber: perda da função renal; da sensação de bem-estar; do seu papel tanto na família quanto no trabalho; perda de tempo; de fontes de recursos financeiros; da função sexual, entre outras. A isso deve-se acrescentar características de personalidade do paciente, além de uma eventual predisposição genética (Auer, 1990; Dziubek et al., 2021; Eid et al., 2017; El Filali et al., 2017; Flores et al., 2021; Rubio et al., 2017).

Em geral, reconhece-se que as perturbações do humor são de frequência maior na população com algum tipo de doença do que na população em geral (Katon, & Ciechanowski, 2002) sendo que, o funcionamento fisiológico não saudável e maior vulnerabilidade à doença e mortalidade exponencia a presença do humor negativo. Contrariamente os estados emocionais positivos, entenda-se por ajustamento psicológico, estão associados a padrões de resposta mais saudáveis, podendo indicar, nestes sujeitos, maior capacidade para recuperarem e manterem o seu estado emocional positivo. Esta capacidade por predispor a uma menor probabilidade de ficarem doentes e de procurarem cuidados de saúde quando enfrentam acontecimentos de vida algo stressantes ou mesmo traumáticos (Burton et al., 1986; Muehrer, 2002).

Para Cassano e Fava (2002), é provável que a perturbação depressiva cause maior incapacidade do que muitas outras doenças crónicas. Perante isto, os insuficientes renais têm uma incidência de complicações psiquiátricas acima da população geral. As mais frequentes são: episódios psicóticos agudos, depressões paranoides e neuróticas, neuroses

ansiosas, ansiedade, histeria, neurastenia, ideação suicida e suicídio consumado (Almeida, 1985; Meng et al., 2021). Outros estudos efetuados por Strauch- Rahäuser e colaboradores (1977) detetou sintomas psiquiátricos subclínicos em 42% dos doentes observados, que indicia, perturbações psicológicas. Stewart e colaboradores (1989) sugeriram a necessidade de prestar mais atenção à saúde mental dos indivíduos com doença crónica, dado que, a ansiedade e depressão estão presentes na IRC, como demonstram os estudos de Diniz (2006), Kimmel (2000, 2006), Locatelli e colaboradores (1998), DeOreo (1997) e Silva (2002). Em suma, para além da sintomatologia mais presente na perturbação depressiva reconhece-se pior funcionamento social, físico e presença de maior perceção de dor (Dziubek et al., 2021; Eid, 2017; El Filali, 2017; Flores et al., 2021; Rubio et al., 2017; Silva, 2002).

Paralelamente, 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 (Craven et al., 1997; Parkerson & Gutman, 1997; Rodin, & Craven, 1989). Hong e colaboradores (1987), constataram no seu estudo que a maior parte dos pacientes com história de episódio depressivo, desenvolveram-no quando já apresentavam IRC, mas antes do início da terapêutica de manutenção. Essa depressão pré-tratamento pode ser reativa ao recebimento do diagnóstico de IRC, o que ressalta a importância da assistência psicológica ao paciente no período entre o diagnóstico de IRC e a iniciação da diálise.

Várias investigações também demonstram que a depressão e a ansiedade representam problemas psicológicos muito comuns em pacientes em tratamento dialítico (Alqarni et al., 2019; Carvalho & Barbosa, 2016; Čengić & Resić, 2010; Chen et al., 2010; Coutinho & Costa, 2015; Crane & Krin, 2009; Dziubek et al., 2016; Garcia, 2006; Kizilcik et al., 2012; Lameire, 2007; Ugurlu et al., 2012), apesar ser mais frequente níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, do que ansiosa (Alqarni et al., 2019). Peranteo exposto na literatura, considera-se que a variável clínica depressão é muito estudada no DORC sendo que, os diversos estudos apresentam diferentes taxas de incidência, que variam entre os 0% e os 100% (Battistella, 2012; Čengić & Resić, 2010; Kimmel & Peterson, 2005; Kizilcik et al., 2012; Ugurlu et al., 2012; Vecchio et al., 2012).

Outros estudos, demonstram alterações relativas ao género, sendo que o género feminino pontua mais alto nos valores de ansiedade e depressão (Lopes et al., 2014; Silva et al., 2019; Theofilou, 2011; Trevín, 2018; Vasquez et al., 2004).

2.2. Insuficiência Renal Crônica e Dor

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP) a dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a lesão real ou potencial ou descrita em termos dessa lesão. Sendo classificada em três tipos de dor, quanto a sua patogênese: Dor Nociceptiva (é a dor resultante de uma estimulação excessiva dos nociceptores “terminações nervosas” localizada periféricamente na pele, abdominais e outros órgãos), Dor Neuropática (é a dor resultante da disfunção ou lesão do sistema nervoso periférico ou central) e a Dor Psicogénica (é a dor de origem emocional, que pode ser incapacitante e de fácil tratamento e que pode aparecer sem se identificar um mecanismo nociceptivo ou neuropático) (Barata, 2015).

De acordo com Silva e Ribeiro (2011), a dor é mais do que um sintoma, é uma experiência ou sensação que pode estar associada à lesão real ou potencial nos tecidos, tem uma interpretação subjetiva e pessoal e compreende aspetos sensitivos, afetivos, autonômicos e comportamentais. A dor resulta em alterações biológicas, psicossociais e sofrimento, que se manifestam na qualidade do sono, trabalho, deambulação, humor, concentração, relação familiar e atividade sexual (Silva et al., 2013). Dessa forma, a dor também induz limitações físicas que comprometem a execução de atividades diárias e repercutem negativamente na QDV (Casselhas et al., 2020; Gomes et al., 2021; Nadeem et al., 2021; Pretto et al., 2020; Skoumalova et al., 2021; Zahid et al., 2021).

Não obstante o exposto, considera-se que o fenómeno doloroso pode ser exacerbado pelo menor ajustamento psicológico do doente renal crónico.

Assim sendo, no caso dos pacientes renais crónicos parecem existir diferentes tipos de dor, de intensidade e localização variáveis, associando-se à elevada incidência de doença óssea, à perda progressiva de massa muscular, à incidência de doenças crónicas debilitantes como o diabetes *mellitus*, a doenças neurológicas e a obstruções vasculares (Silva et al., 2013). Dependendo do ajustamento psicológico do doente renal crónico, considera-se que, enquanto dor aguda, ela representa uma resposta protetora e fisiológica ao dano tecidual e possui duração limitada. Por sua vez, a dor crónica é mais complexa do ponto de vista clínico, pois apresenta fisiopatologia própria e duração superior à cura da lesão, que afeta a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) do indivíduo e está intimamente ligada ao ajustamento psicológico do doente renal crónico.

Vários estudos referem, que a dor é um sintoma que é relatado com relativa frequência no DORC e geralmente está associada às comorbidades ou à própria doença renal. Estudos realizados em portadores de IRC referem que 47% apresenta dor e que 82% destes pacientes classificam a sua dor como moderada ou intensa (Davison et al., 2014; Mapes, et al., 2003; Murtagh et al., 2007). Na fase pré-diálise da DRC, os poucos estudos existentes apontam para taxas de dor semelhantes às relatadas para pacientes em tratamentos dialíticos, principalmente nos estágios mais avançados.

Por sua vez, outros estudos com pacientes em tratamento dialítico mostram de forma consistente que dor e outros sintomas estão fortemente associados a distress psicossocial, insónia, depressão e redução substancial na QVRS e na expectativa de vida. Além disso, os pacientes com dor moderada a intensa expressam desejo três vezes maior em abandonar a diálise quando comparados aos pacientes sem dor ou com dor leve. Na prática clínica, o reconhecimento destes sintomas ajuda na identificação de pacientes em tratamento dialítico que apresentam maior risco de hospitalização e morte precoce (Li et al., 2022; Quinn et al., 2021).

2.3. Insuficiência Renal Crónica e Qualidade de Vida

A Organização Mundial de Saúde define Qualidade de Vida (QDV) como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, - em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Neste sentido, poderemos entender que a QDV 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 adota, das suas ações 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; Casselhas et al., 2020; Gomes et al., 2021; Nadeem et al., 2021; Pretto et al., 2020; Skoumalova et al., 2021; Zahid et al., 2021).

Pais Ribeiro (2005 *cit in* Leal, 2008) refere que a QDV 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.

A relação entre a DRC e a QDV pode ser compreendida quando analisada à luz de considerações fisiopatológicas. O alcance de certos níveis de saúde e QDV depende das incertezas e temores que os pacientes têm acerca de seu futuro, das preocupações com a

família, de distúrbios do sono, das limitações ocupacionais impostas pela diálise, da falta de vitalidade, do tempo excessivo despendido em tratamento, das restrições alimentares, dos esquemas de administração de medicamentos, dos problemas técnicos com o equipamento e do medo das complicações que podem ocorrer durante a diálise (Casselhas et al., 2020; Gomes et al., 2021; Nadeem et al., 2021; Pretto et al., 2020; Skoumalova et al., 2021; Zahid et al., 2021; Altschuler, 1997; Eiser, 1993; Fedewa, 1996; Nepomuceno, 2014; Oliveira-Campos, 2013). Para além do exposto, a QDV do DRC é influenciada pelo processo de acomodação à DRC e também pelo ajustamento psicológico do DRC.

Assim sendo, deveremos dentro do quadro de IRC dar grande atenção na qualidade de vida dos pacientes com DRC, e procurar identificar a presença ou não de patologias depressivas ou ansiogénicas, já que, os aspetos psicológicos são fulcrais contribuintes para a qualidade de vida (Steele, 1996), sendo que, a depressão parece ser a perturbação psiquiátrica mais comum (Kimmel et al., 1998; Kaplan De-Nour, & Czaczkes, 1976) ou das mais frequentes nessa população de pacientes (Lloyd, 1992; Sensky, 1993; Meleiro, 1993).

Nos estudos que abordam a QDV de pessoas com IRC, encontram-se pacientes com uma perspetiva negativa de viver com a IRC, que inclui a perceção de ser uma doença stressante (Ribeiro, 2005; Casselhas et al., 2020; Gomes et al., 2021; Nadeem et al., 2021; Pretto et al., 2020; Skoumalova et al., 2021; Zahid et al., 2021), que afeta a QDV (Gomes, 1997) e que traz importantes limitações físicas, psicológicas e sociais (Gomes, 1997; Lima, & Gualda, 2000).

Outros estudos, relatam que as dimensões avaliadas pelos diversos questionários de QDV, de uma forma geral, estão comprometidas como se comprova no estudo de Romão e colaboradores (2003), que registou um maior comprometimento para as dimensões Estado Geral e Vitalidade e menor comprometimento para aspetos sociais e emocionais. Noutros estudos, Castro e colaboradores (2003) e Pereira (2005) verificou que as dimensões físicas, emocionais e de vitalidade, estavam, igualmente, comprometidas.

Outros estudos, referem que a variável género tem uma forte influência na perceção de QDV (Casselhas et al., 2020; Gomes et al., 2021; Nadeem et al., 2021; Pretto et al., 2020; Skoumalova et al., 2021; Zahid et al., 2021; Barata, 2015; Barata & Meneses, 2008; Diniz & Schor, 2006; Jofre, 1998; Lopes, 2007) e com o aumento do humor negativo e sua influência na QDV (Symiester & Friend, 1996). Neste sentido, os estudos apontam

que o género feminino apresenta níveis mais baixos na QVRS (Barata, 2015; Barata & Meneses, 2008; Lopes, 2007; Mapes, 2003).

No mesmo sentido, Gil Cunqueiro e colaboradores (2003) verificaram que o género influi de forma significativa com a qualidade de vida, sendo que, verificaram relações significativas entre o género feminino e a qualidade de vida.

2.4. Insuficiência Renal Crónica e Ajustamento Diádico

A literatura tem demonstrado que a presença de uma doença pode condicionar de forma substancial a relação diádica. Neste sentido, parece claro que a rede social de apoio torna-se numa das variáveis mais impactantes e que pode intervir de forma positiva ou negativa nas crises ou na doença (Silva, 1997).

Perante o exposto, torna-se fundamental avaliar o suporte social e ajustamento diádico percebido pelos pacientes com IRC. Para Zimmermann e colaboradores (2004) consideram tão importantes os conceitos acima referenciados, pois eles também estão diretamente relacionados com o bem-estar psicológico e também com a QDV a partir de variáveis como a depressão, a autoestima e a própria aceitação do tratamento dialítico.

Considerando-se o suporte social (SS) e o ajuste diádico (AD) poder estar associado às diferentes taxas de mortalidade entre países, grupos ou unidades de tratamento e possivelmente contribuir para diferentes taxas de adesão aos tratamentos o mesmo se passando com uma investigação efetuada por Kimmel (2000, cit. in Zimmermann et al., 2004; Shidler et al., 1998), que relatam que o SS está vinculado ao aumento da esperança de vida em pacientes com IRC em tratamento dialítico.

Reconhece-se que o suporte social (SS) percebido e recebido pelo paciente renal crónico é essencial para a sua aderência ao tratamento médico, pois a adesão representa o comportamento do paciente diante do agente stressor, que a cronicidade da doença acarreta. Nesta linha, constatamos que a vinculação do paciente ao tratamento depende da sua perceção sobre a doença, o conhecimento que tem sobre os possíveis efeitos do tratamento, nunca descurando a importância dos fatores psicossociais e da motivação do paciente (Saranson et al., 1983). Parece relevante salientar que o SS, e o AD podem funcionar como elementos potenciadores de uma melhor adaptação dos indivíduos com IRC, pois pode aumentar o otimismo e a positividade, permitindo uma forte relação entre todos (Herek et al., 1990).

Blanchard e colaboradores (1997) e Rolland (1998) referem que a percentagem de cônjuges que apresenta perturbações de humor e deterioração psicológica poderá variar entre 20% a 30% no caso da doença crónica, como é o caso da IRC. Assim, verifica-se que as alterações de foro emocional influenciam severamente a dinâmica familiar e a sua homeostasia.

Considera-se que o impacto que a IRC terá no próprio como no cônjuge são dependerá de um conjunto de fatores tais como: (a) grau de cuidado requerido; (b) limitações do paciente nas atividades físicas; (c) limitações no funcionamento sexual; (d) responsabilidades financeiras; e (e) características do problema de saúde. Logo, o cônjuge são tem de se confrontar com os desafios que a doença coloca no próprio e em todos os que o envolvem. Assim, as reações emocionais do casal perante a doença podem ser diversas, sendo a resposta mais comum a agressividade e hostilidade do paciente. O paciente com IRC após o diagnóstico efetuado, tende a passar pelas várias fases do processo Luto preconizado por Kubler-Ross (1994) estando este aspeto, relacionado com o facto do problema de saúde ser considerado uma fonte de ressentimento direcionado para a alteração das rotinas diárias, dos projetos pessoais e planos para o futuro, bem como, alteração e restrição das atividades de lazer ((Kimmel et al., 2000; Einollahi et al., 2009; Navarro Góngora, 2007). Grosso modo, estes tipos de respostas emocionais podem interferir no processo de apoio e cuidado ao doente (Zahlis, & Shands, 1990, 1991) e o suporte social/relação diádica afeta a saúde, em termos comportamentais, fisiológicos e em termos de mecanismos psicológicos (Yeh et al., 2002; Thong et al., 2007; Schwarzer et al., 1991; Polaschek, 2003).

II. PARTE | ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO III | METODOLOGIA

3. Metodologia

No presente estudo, proceder-se-á a uma análise das relações entre o ajustamento psicológico (AP) e a perceção de Dor (PD), qualidade de vida (QDV) e ajustamento diádico (AD) das pessoas portadoras de Insuficiência Renal Crónica (IRC).

Trata-se assim, de um estudo transversal de carácter descritivo, exploratório e correlacional com o objetivo de contribuir para uma maior compreensão da importância do AP, na PD, QDV e AD das pessoas portadoras de IRC, indo de encontro ao que Fortin (1996) referem, ou seja, a premente necessidade de explorar as relações entre as variáveis com vista a descrever relações. Por conseguinte, um dos objetivos das pesquisas de carácter exploratório é «proporcionar maior familiaridade com o problema, tendo como objetivo, tornar o estudo mais explícito ou a construir hipóteses» (Gil, 1994, p.45) e porque tem por objetivo a recolha de informação que permite formular novos objetivos e/ou hipóteses num campo de estudo em que se procura investigar as relações complexas entre as variáveis sociodemográficas, as variáveis clínicas e as variáveis psicológicas com a PD, QDV e AD de pessoas portadoras de IRC.

Mais se acrescenta, segundo Pinto (1990), que a finalidade do método descritivo é permitir caracterizar de forma precisa as variáveis envolvidas no fenómeno ou acontecimento observado/estudado, contudo sem a obrigação de determinar inequivocamente a natureza de tal relação entre as variáveis observadas/estudadas. Permite, desta forma, desenvolver ideias ou hipóteses de como determinadas variáveis se relacionam entre si. Complementando esta ideia, Polit e Hungler (1999) e Gil (1994) referem que a investigação exploratória é uma ampliação da investigação descritiva, pois proporciona maior ligação com o que se pretende estudar, tornando-o mais explícito e/ou permitindo construir hipóteses.

Em suma, a adoção de um estudo descritivo-correlacional pode ser amplamente vantajosa por permitir considerar várias variáveis em simultâneo, permitindo explorar a eventual mutualidade das suas relações sem as manipular (Bowling, 1994; Ribeiro, 2007).

Na presente investigação, optou-se ainda por um estudo situado no paradigma quantitativo, que se caracteriza por «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 generalizar os dados em estudo» (Asiain, 1995, p. 56).

3.1. Objetivo do Estudo, sua Hipótese e Predições

As reflexões apresentadas na Introdução e complementadas pela revisão de literatura, permitiu o pensamento crítico e o traçar dos objetivos, hipóteses e predições do presente estudo. Neste sentido, considera-se importante analisar qual o impacto do ajustamento psicológico ou ausência dele nos sujeitos com Insuficiência Renal Crônica e qual o seu impacto na percepção de dor, qualidade de vida e ajustamento diádico. Neste sentido, a presente investigação debruçou-se nos seguintes vetores:

O objetivo principal do estudo centra-se na influência do ajustamento psicológico na percepção de Dor, na percepção da QDV e na percepção do ajustamento diádico do paciente com IRC. Assim sendo, estabelece-se a seguinte hipótese e consequentemente as suas predições:

H: O Ajustamento Psicológico, ausência de sintomatologia depressiva e ansiosa, relaciona-se negativamente com uma maior percepção de Dor, e positivamente com uma maior percepção de QDV e Ajustamento Diádico do paciente com IRC.

De acordo com esta hipótese realizam-se as seguintes predições:

P1: Existe uma relação negativa entre a sintomatologia psicológica, depressão e ansiedade, e percepção de Dor do paciente, de modo que quanto maior seja o Ajustamento Psicológico percebido menor será a percepção de Dor revelada pelo paciente com IRC.

P2: Existe uma relação negativa entre a sintomatologia psicológica e a percepção de QDV, de modo que quanto menor seja a sintomatologia psicológica maior será a percepção de QDV revelada pelo paciente com IRC.

P3: Existe uma relação negativa entre a Sintomatologia Psicológica, depressão e ansiedade, e o Ajustamento Diádico, de modo que quanto menor seja a Sintomatologia Psicológica maior será a percepção de Ajustamento Diádico revelada pelo paciente com IRC.

3.2 Método

3.2.1. Participantes

A amostra é constituída por 60 participantes portadores de IRC, os quais foram selecionados no Serviço de Nefrologia do Hospital São João do Porto. A duração do estudo foi de 11 meses (47 semanas). Salienta-se, desde já, que a amostra é não

probabilística, sendo do tipo de amostragem por seleção racional, dado que, se baseia no julgamento do investigador para constituir a amostra de sujeitos em função das suas características (Fortin, 1996) e de conveniência.

- Todos os participantes obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: 1. Apresentar diagnóstico de IRC e estarem em tratamento substitutivo renal por diálise peritoneal; 2. Ter mais de 18 anos de idade; 3. Ter o pleno conhecimento e estarem bem informados quanto ao seu diagnóstico; 4. Serem casados ou em união de facto; 5. Não apresentar perturbações do estado de consciência; 6. Não apresentar doença mais significativa do que a IRC, a não ser as resultantes da própria IRC; 7. Ter dado o consentimento de participação no estudo (consentimento informado).

Para uma visão mais clara, na análise da Tabela 1, verifica-se que existe uma distribuição da amostra diferenciada entre homens (38.3%) e mulheres (61.7%). No que concerne à variável habilitações literárias denota-se que em 40% dos participantes, a sua escolaridade centra-se no 10º e 12º ano. Já em relação ao estado civil a amostra diferencia-se com 60% na categoria Casado(a) e 40% em União de facto. Relativamente a variável idade, podemos constatar que 55% da população inquirida tem mais de 65 anos de idade.

3.2.2. Material

Questionário sociodemográfico e clínico: destina-se à recolha e avaliação de dados sociodemográficos e clínicos. O questionário tem em consideração os itens preferenciais da presente investigação. De modo a caracterizar a amostra, procedemos com a elaboração de um questionário sociodemográfico e clínico (QSD&C). O mesmo consiste em 24 itens: três de natureza geral, oito com foco em questões sociodemográficas, onze sobre questões clínicas e dois itens para registar as manifestações dos entrevistados sobre o estudo.

Escala de Ajustamento Diádico: a avaliação do AD foi realizada através da Escala de Ajustamento Diádico (EAD) de Spanier (1976, 1985). Esta foi a primeira escala a integrar todos os casais em regime de coabitação, casados ou não. A EAD é composta por 32 itens que procura, avaliar o ajustamento conjugal através de escalas tipo Likert, com cinco, seis e sete pontos. De forma geral, os pontos extremos das escalas significam «nunca» e «todo o tempo», respetivamente. Os itens 29 e 30 tem apenas duas opções, "sim" ou "não." Assim, de modo a elevar a confiabilidade da escala, alguns itens são afirmações positivas e outros enunciados negativos. A pontuação total pode variar de 0 a 151 e é obtida pela soma dos valores atingidos nas quatro escalas. Indivíduos com 101

pontos ou menos são classificados como desajustados ou em sofrimento no relacionamento e os que alcançam 102 pontos ou mais encontram-se em relacionamentos sem sofrimento e estão bem ajustados. A EAD avalia as seguintes dimensões: (a) consenso diádico, em que é avaliado o nível diádico das desavenças do casal numa ampla gama de questões (lazer, religião, finanças, amizades, convencionalidade, filosofia de vida, negócios com parentes, metas, tempo de relacionamento, tomada de decisões, trabalho doméstico, tempo de lazer e decisões ocupacionais); (2) satisfação diádica, em que é avaliada a percepção individual sobre a possibilidade de divórcio, a saída de casa após discussões, arrependimento com o casamento, divergências mútua, bem-estar, confiança no companheiro, beijar o parceiro, grau de felicidade e compromisso com o futuro do relacionamento; (3) coesão diádica, em que são examinados o grau de compartilhamento emocional do casal, a falta relativa de interesses mútuos, a estimulação de ideias, a diversão conjunta, a discussão tranquila e o trabalho conjunto em projetos; (4) expressão diádica de afeto, que avalia a percepção do casal sobre as presenças ou buscas e ausências ou recusas de demonstrações de afeto e relações sexuais.

Whoqol-Bref: para se avaliar a QDV, utilizamos o Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF) (Fleck et al., 2000). O WHOQOLbref contém 26 perguntas, duas sobre saúde geral e doença e as demais representando cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho; sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais; relações pessoais; suporte (apoio) social; atividade sexual; segurança física e proteção; ambiente do lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima); e transporte). Todos esses itens podem ser agrupados em quatro áreas: domínio 1 - domínio físico (itens 1, 2, 3, 9, 10, 11 e 12); domínio 2 - domínio psicológico (itens 4, 5, 6, 7, 8 e 24); domínio 3 - relações sociais (itens 13, 14 e 15); domínio 4 - meio ambiente (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 e 23). A versão curta do WHOQOL-100 apresenta escala tipo Lickert, na qual os valores totais oscilam entre 0 e 100, com valores mais elevados de sinónimos de QDV.

HADS: para se avaliar a ansiedade e a depressão, utilizamos a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) (Snaith & Zigmond, 1994), que 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. A nota para cada dimensão varia entre 0 a 20 valores.

BPI: para se avaliar a percepção da dor, recorreu-se ao Inventário Resumido da Dor (BPI), que é um instrumento de autoavaliação multidimensional para avaliar a dor persistente em maiores de 18 anos muito utilizado em investigação e na clínica. Constituído por 15 itens que avaliam a: existência, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia do tratamento. Apresenta boas propriedades psicométricas, é simples, prático e fácil de aplicar. Com versões validadas em mais de 10 línguas e recomendado por grupos de consenso (Associação Europeia de Cuidados Paliativos). A validação para a língua portuguesa foi realizada em ≥ 18 anos seguidos numa unidade de dor crónica. Pode ser usado em idades inferiores aos 18 anos desde que seja do entendimento da criança. Útil para recolher dados sobre dor que vão para além da intensidade (Azevedo et al., 2007).

3.3. Procedimento

Foram cumpridos todos os requisitos éticos subjacentes à pesquisa em contexto clínico. Neste sentido, começou por ser solicitado o pedido de autorização para a utilização dos instrumentos escolhidos, seguindo da apresentação do projeto à comissão de ética do Hospital São João (HSJ).

Posteriormente, os participantes foram identificados pelo médico responsável do serviço de Nefrologia do HSJ, numa primeira instância, com o objetivo de sinalizar os doentes que cumpriam os critérios de inclusão. Se o paciente identificado, aceitasse participar no estudo seria direcionado para um gabinete médico onde se procedia à apresentação do estudo, cumprindo todos os critérios de confidencialidade.

O primeiro procedimento passa por se apresentar o consentimento informado (escrutínio do estudo / esclarecimento de dúvidas), seguidamente são aplicados os

instrumentos de recolha de informação sociodemográfica e clínica pela seguinte ordem: a) QSD&C; b) HADS; c) WHOQOL-BREF; d) BPI; e) EAD.

Os participantes deste estudo foram selecionados cumprindo os seguintes critérios de inclusão referenciados anteriormente. Não obstante os critérios de inclusão, foram transmitidos aos participantes, que os (a) questionários eram preenchidos pelo pesquisador de acordo com as suas repostas, (b) quando o participante não entendia alguma questão feita pelo pesquisador, a mesma era explicada até que houvesse o seu entendimento pleno obedecendo sempre ao critério de não enviesar a resposta, (c) de modo a otimizar as respostas dadas pelos participantes, o sofrimento físico e mental foi considerado durante toda a entrevista, (d) todos os participantes selecionados consentiram em participar no estudo e estavam em condições físicas e mentais para fazê-lo. A recolha dos dados foi realizada entre setembro de 2019 e agosto de 2020, sendo o tempo médio de aplicação de 20 minutos.

3.4. Análise dos Dados

Finalizada a recolha dos dados, procedeu-se à análise descritiva e inferencial. Para o efeito, recorreu-se às técnicas estatísticas que melhor se ajustavam para a otimização da avaliação da hipótese proposta. O procedimento estatístico assentou na estatística descritiva e nos testes paramétricos e não paramétricos dependendo das características dos dados a analisar. Assim sendo, a estatística descritiva centra-se nos estudos de características não uniformes das unidades observadas, descrevendo os dados obtidos através de indicadores chamados estatísticas, como é o caso da média e do desvio padrão.

Por último, para se analisar os dados anteriormente explicitados recorreu-se ao programa estatístico Statistical Package Social Sciences 27.0.

CAPÍTULO IV | RESULTADOS

4. Resultados

4.1. Variáveis Demográficas e Clínicas da Amostra

A amostra consiste em 60 participantes portadores de IRC, os quais foram selecionados no Serviço de Nefrologia do Hospital São João do Porto. A duração do estudo foi de 11 meses (47 semanas).

Devemos observar primeiramente que não se trata de uma amostra probabilística, mas sim de um grupo selecionado racionalmente (amostragem de conveniência).

Todos os participantes obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: 1. Apresentar diagnóstico de IRC e estarem em tratamento substitutivo renal por diálise peritoneal; 2. Ter mais de 18 anos de idade; 3. Ter o pleno conhecimento e estarem bem informados quanto ao seu diagnóstico; 4. Não apresentar perturbações do estado de consciência; 5. Ter dado o consentimento de participação no estudo (consentimento informado).

Foram analisados 60 indivíduos que satisfizeram os critérios de inclusão do estudo. As características sociodemográficas dos participantes encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2 Dados Sociodemográficos da amostra

Variáveis demográficas	Valores obtidos (N=60; %)
Género	
Feminino	37 (61,7%)
Masculino	23 (38,3%)
Idade (média)	62,05
<i>Amplitude</i>	22-84
<i>DP</i>	14,40
Habilitações Literárias	
1.º ciclo	10 (16,7%)
2.º ciclo	6 (10%)
3.º ciclo	9 (15%)
Secundário	24 (40%)
Ensino Superior	11 (18,3%)
Coabitação	
Coabitação total (casamento, união de facto)	42 (70%)
Coabitação parcial (namorado(a))	18 (30%)
Profissão	
<u>Ativos</u>	20 (33,3%)
Empregados	18 (90%)
A tempo inteiro	18 (88,9%)
A tempo parcial	2 (11,1%)
Domésticos	2 (10%)
<u>Não Ativos</u>	40 (66,7%)
Reformados	38 (95%)
Antecipadamente	26 (68,4%)
Não antecipadamente	12 (31,6%)
Desempregados	2 (5%)

Pela análise da Tabela 2, verifica-se que existe uma distribuição da amostra diferenciada entre homens (38,3%) e mulheres (61,7%), havendo grande variabilidade relativamente às variáveis idade e género. Os participantes apresentavam idades compreendidas entre os 22 e os 84 anos, sendo que em média apresentavam 62,05 anos, com o desvio padrão de 14,40 em relação à média de idades. Em relação à variável habilitações literárias verifica-se que 40% dos participantes têm o ensino secundário. Relativamente ao processo de coabitação, 70% estão no regime de coabitação total. Mais

se acrescenta, que a grande maioria está numa situação de não atividade (66,7%), ou seja, poderá estar reformado (antecipadamente ou não) ou desempregado.

Pode-se, igualmente, constatar pela análise da Tabela 3 que os pacientes apresentam sintomatologia psicológica. Recorrendo ao *cut-off* da escala verificamos, que 75% dos indivíduos apresentam Sintomatologia Ansiosa e 82% apresentam Sintomatologia Depressiva. No mesmo sentido constata-se, que os instrumentos EAD, Whoqol-Bref e BPI apresentaram uma grande amplitude, no que aos valores totais das subescalas dizem respeito, evidenciando-se uma heterogeneidade na amostra (Tabela 4). Neste sentido, parece ser claro a presença de alguns indicadores clínicos relevantes.

Tabela 3 Médias e Desvios-padrão dos Níveis de Ansiedade, Depressão e Humor Negativo (Escala Completa) Obtidos por Administração da HADS

HADS	M	DP	Amplitude	0-7	8-10	11-14	15-21
HADSA.	12.00	3.30	2-18	N=15 (25%)	N=15 (25%)	N=16 (27%)	N=14 (23%)
HADSD.	11.78	3.59	4-18	N=11 (18%)	N=17(28%)	N=16 (27%)	N=16 (27%)
HADST.	21.90	6.30	6-36	---	---	---	---

Legenda: **HADSA.** - Subescala Ansiedade; **HADSD.** - Subescala Depressão; **HADST.** - Total

Tabela 4 Médias e Desvios-padrão Obtidos por Administração da EAD, Whoqol-Bref e BPI

Dados Descritivos de AD, QDV e BPI	N	M	DP	Amplitude
Ajuste Diádico (EAD)				
EAD Consenso	60	36,90	12,90	12-63
EAD Satisfação	60	29,32	13,10	5-52
EAD Coesão	60	14,05	5,50	5-26
EAD Expressão de Afeto	60	8,31	3,27	4-15
EAD Total	60	89,25	26,55	38-136
Qualidade de Vida (Whoqol-Bref)				
Saúde em Geral	60	42,30	15,13	23-84
Domínio Físico	60	43,14	14,52	19-76
Domínio Psicológico	60	42,46	11,75	23-92
Domínio Relações Sociais	60	50,09	11,95	20-80
Domínio Meio-Ambiente	60	48,00	13,50	11-79
Dor (BPI)				
Dor no preciso momento	60	1,15	1,25	0-2

Dor no máximo	60	4,45	2,40	2-6
Dor no mínimo	60	0,50	1,10	0-3
Dor média	60	3,25	2,55	0-6
Interfere com ativ. geral	60	1,30	2,40	0-3
Interfere com disposição	60	2,50	2,60	0-4
Interfere com trab. normal	60	0,40	1,20	0-2
Interfere com rel. pessoas	60	1,30	1,60	0-3
Interfere com sono	60	3,60	2,60	1-5
Interfere prazer de viver	60	2,40	2,55	1-5

Os resultados procuraram, igualmente, demonstrar a existência de diferenças significativas relativamente à variável género com as variáveis clínica do estudo.

Por conseguinte, a tabela 5 demonstra que não existem diferenças significativas entre os vários itens indicadores da dor comparando-os com a variável género.

Tabela 5 Análise comparativa entre géneros relativamente à Dor (n=60)

Questão (n do grupo)	Masculino (27)	Feminino (33)	Valor de <i>p</i>
Q1. Sentiu alguma dor na última semana? N			
Sim	17	21	0,117
Não	10	12	
Se sim:			
Q2. Por favor, classifique a sua dor assinalando o número que indica a intensidade da sua dor no preciso momento? Média (desvio-padrão)	0,90 (1,30)	1,40 (1,80)	0,330
Q3. Por favor, classifique a sua dor assinalando o número que melhor descreve a sua dor no seu máximo durante a última semana? Média (desvio-padrão)	4,10 (2,50)	4,80 (2,30)	0,157
Q4. Por favor, classifique a sua dor assinalando o número que melhor descreve a sua dor no seu mínimo durante a última semana? Média (desvio-padrão)	0,50 (1,10)	0,60 (0,90)	0,481
Q5. Por favor, classifique a sua dor assinalando o número que melhor descreve a sua dor em média durante a última semana? Média (desvio-padrão)	2,60 (1,50)	2,80 (1,50)	0,620
Q6. Nas últimas 24 horas alguma vez tomou medicação para as dores? N			
Sim	5	9	0,899
Não	12	12	
Se recebeu medicação, como classificaria, de forma geral, o alívio da intensidade da dor? n (%)			
Alívio Ligeiro ou Alívio Moderado	0	1	0,837
Muito Alívio ou Alívio Total	5	8	

Q7. Assinale o número que descreve em que medida é que, durante as últimas 24 horas, a sua dor interferiu com:

a) Atividade geral; Média (desvio-padrão)	1,30 (2,30)	1,30 (2,10)	,746
b) Disposição; Média (desvio-padrão)	2,30 (2,30)	2,70 (3,10)	,804
c) Capacidade para andar; Média (desvio-padrão)	0,30 (1,20)	0,50 (1,20)	,130
d) Trabalho normal; Média (desvio-padrão)	1,00 (2,10)	1,60 (2,60)	,352
e) Relações com pessoas; Média (desvio-padrão)	3,40 (2,50)	3,90 (2,60)	,393
f) Sono; Média (desvio-padrão)	3,40 (2,60)	3,80 (2,80)	,255

Valor de p para o teste do Qui-quadrado para a independência ou teste exato de Fisher, conforme apropriado, para variáveis categóricas e teste paramétrico Anova para variáveis contínuas.

A tabela 6, apesar dos valores médios indicarem presença de sintomatologia ansiosa e depressiva, não se encontram diferenças significativas entre género.

Tabela 6 Valores obtidos na HADS de acordo com o género

HADS	Género	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>p</i>
Subescala Ansiedade	Masculino	23	13,61	1,88	,266
	Feminino	37	12,14	3,01	
Subescala Depressão	Masculino	23	9,26	1,91	,110
	Feminino	37	9,78	2,55	
Humor Negativo	Masculino	23	22,91	2,59	,139
	Feminino	37	21,97	3,69	

Valor de p para o teste t student

No mesmo sentido, as relações entre as escalas de QDV e AD e a variável demográfica género estão sintetizadas na Tabela 7. Consta-se, relativamente à QDV, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a variável género e os Domínios Saúde em Geral, Físico e Psicológico e em relação ao AD constata-se a existência de diferenças significativas entre a variável género e as subescalas Consenso, Satisfação, Expressão de Afeto e a Escala de Ajuste Diádico Total.

Tabela 7 Valores obtidos nos instrumentos WHOQOL-Bref e EAD de acordo com o gênero

Whoqol-Bref	Gênero	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>p</i>
D.S.G.	Masculino	23	48,08	16,26	,007*
	Feminino	37	40,75	13,56	
D.F.	Masculino	23	50,36	15,61	,002*
	Feminino	37	43,03	12,46	
D.P.	Masculino	23	50,85	13,24	,040**
	Feminino	37	46,19	11,91	
D.R.S.	Masculino	23	52,13	13,10	,381
	Feminino	37	50,10	12,83	
D.M.A.	Masculino	23	51,05	15,28	,134
	Feminino	37	47,13	13,82	
EAD Cons.	Masculino	23	38,36	16,06	,003*
	Feminino	37	31,03	14,56	
EAD Sat.	Masculino	23	31,83	17,42	,015**
	Feminino	37	20,30	15,27	
EAD Coes.	Masculino	23	13,52	4,70	,516
	Feminino	37	14,39	4,37	
EAD Exp.	Masculino	23	9,65	11,35	,000*
	Feminino	37	7,51	9,78	
EAD Tot.	Feminino	37	67,06	13,50	,016**

Valor de *p* para o teste t student; *significância a $p < .01$; **significância a $p < .05$.

Legenda: **D.S.G.** - Domínio Saúde em Geral; **D.F.** - Domínio Físico; **D.P.** - Domínio Psicológico; **D.M.A.** - Domínio Meio-Ambiente; **D.R.S.** - Domínio Relações Sociais; **EAD Cons.** - Escala de Ajuste Diádico Consenso; **EAD Sat.** - Escala de Ajuste Diádico Satisfação; **EAD Coes.** - Escala de Ajuste Diádico Coesão; **EAD Exp.** - Escala de Ajuste Diádico Expressão de Afeto; **EAD Tot.** - Escala de Ajuste Diádico Total.

4.2. Resultados relativos à Hipótese do Estudo e suas Predições

H: O Ajustamento Psicológico, ausência de sintomatologia depressiva e ansiosa, relaciona-se negativamente com uma maior percepção de Dor, e positivamente com uma maior percepção de QDV e Ajustamento Diádico do paciente com IRC.

4.2.1. Resultados relativos à Predição 1

P1: Existe uma relação negativa entre a sintomatologia psicológica, depressão e ansiedade, e percepção de Dor do paciente, de modo que quanto maior seja o Ajustamento Psicológico percebido menor será a percepção de Dor revelada pelo paciente com IRC.

Os resultados relativamente à relação existente entre o Ajustamento Psicológico e a dor percebida pelo paciente com IRC em algumas das funções avaliadas, e recorrendo à correlação de *Pearson*, permitiu verificar a presença de uma relação positiva e estatisticamente significativas entre a presença de sintomatologia psicológica, depressão e ansiedade, e uma maior percepção de dor, comprometimento da dor relativamente a algumas funções básicas (Tabela 8).

Tabela 8 Correlação entre a percepção de dor e o ajustamento psicológico

BPI		Subescala Ansiedade		Subescala Depressão		Humor Negativo	P
Atividade Geral	Correlação de Pearson	,464	Correlação de Pearson	,409	Correlação de Pearson	,372	
	Sig.	,000*	Sig.	,000*	Sig.	,003*	
	N	60	N	60	N	60	
Disposição	Correlação de Pearson	,285	Correlação de Pearson	,490	Correlação de Pearson	,429	
	Sig.	,027**	Sig.	,010**	Sig.	,000*	
	N	60	N	60	N	60	
Cap.Andar	Correlação de Pearson	,423	Correlação de Pearson	,396	Correlação de Pearson	,380	
	Sig.	,001*	Sig.	,001*	Sig.	,000*	
	N	60	N	60	N	60	
Trabalho	Correlação de Pearson	,298	Correlação de Pearson	,399	Correlação de Pearson	,372	
	Sig.	,001*	Sig.	,000*	Sig.	,000*	
	N	60	N	60	N	60	
Relações	Correlação de Pearson	,431	Correlação de Pearson	,548	Correlação de Pearson	,524	
	Sig.	,000*	Sig.	,000*	Sig.	,000*	
	N	60	N	60	N	60	
Sono	Correlação de Pearson	,332	Correlação de Pearson	,239	Correlação de Pearson	,315	
	Sig.	,000*	Sig.	,005*	Sig.	,042**	
	N	60	N	60	N	60	

Valor de p para o teste correlação de Pearson; *significância a $p < .01$; **significância a $p < .05$.

4.2.2. Resultados relativos à Predição 2

P2: Existe uma relação negativa entre a sintomatologia psicológica, depressão e ansiedade, e a percepção de qualidade de vida, de modo que quanto maior seja a sintomatologia psicológica menor será a percepção de qualidade de vida revelada pelo paciente com IRC.

Em relação à presente predição, recorreu-se à correlação de *Pearson*, que nos revela a existência de relações negativas e estatisticamente significativas entre todos os diferentes domínios da qualidade de vida e a presença de sintomatologia psicológica, significando que a maiores valores de sintomatologia psicológica corresponderá uma menor percepção de qualidade de vida (Tabela 9).

Tabela 9 Correlação entre qualidade de vida e sintomatologia psicológica

Whoqol-Bref	Subescala Ansiedade	Subescala Depressão	Humor Negativo	<i>p</i>		
D.S.G.	Correlação de Pearson	-,464	Correlação de Pearson	-,409	Correlação de Pearson	-,372
	Sig.	,000**	Sig.	,000**	Sig.	,003**
	N	60	N	60	N	60
D.F.	Correlação de Pearson	-,285	Correlação de Pearson	-,490	Correlação de Pearson	-,429
	Sig.	,027**	Sig.	,010**	Sig.	,000**
	N	60	N	60	N	60
D.P.	Correlação de Pearson	-,423	Correlação de Pearson	-,396	Correlação de Pearson	-,380
	Sig.	,001**	Sig.	,001**	Sig.	,000**
	N	60	N	60	N	60
D.M.A.	Correlação de Pearson	-,335	Correlação de Pearson	-,241	Correlação de Pearson	-,337
	Sig.	,000**	Sig.	,005**	Sig.	,047*
	N	60	N	60	N	60
D.R.S.	Correlação de Pearson	-,440	Correlação de Pearson	-,390	Correlação de Pearson	-,257
	Sig.	,000**	Sig.	,000**	Sig.	,000**
	N	60	N	60	N	60

Valor de *p* para o teste correlação de *Pearson*; *significância a $p < .01$; **significância a $p .05$.

Legenda: **D.S.G.** - Domínio Saúde em Geral; **D.F.** - Domínio Físico; **D.P.** - Domínio Psicológico; **D.M.A.** - Domínio Meio-Ambiente; **D.R.S.**- Domínio Relações Sociais.

4.2.3. Resultados relativos à Predição 3

P3: Existe uma relação negativa entre a sintomatologia psicológica, depressão e ansiedade, e o ajustamento diádico, de modo que quanto menor seja a sintomatologia psicológica maior será a percepção de ajustamento diádico revelada pelo paciente com IRC.

A Tabela 10 representa as correlações entre o ajustamento diádico e a sintomatologia psicológica, sendo que, as mesmas são negativas e, de uma forma geral, estatisticamente significativas com exceção para a correlação entre a Subescala Expressão de Afeto (EAD Exp.) e a Subescala Ansiedade. Poderemos verificar, igualmente, que a maiores valores de percepção de ajustamento diádico corresponde menor sintomatologia psicológica e vice-versa.

Tabela 10 Correlação entre ajustamento psicológico e sintomatologia psicológica

EAD	Subescala Ansiedade	Subescala Depressão	Humor Negativo	<i>p</i>		
EAD Cons.	Correlação de Pearson	-,298	Correlação de Pearson	-,399	Correlação de Pearson	-,372
	Sig.	,001**	Sig.	,000**	Sig.	,000**
	N	125	N	125	N	125
EAD. Sat.	Correlação de Pearson	-,435	Correlação de Pearson	-,522	Correlação de Pearson	-,513
	Sig.	,000**	Sig.	,000**	Sig.	,000**
	N	125	N	125	N	125
EAD Coes.	Correlação de Pearson	-,225	Correlação de Pearson	-,278	Correlação de Pearson	-,271
	Sig.	,012*	Sig.	,002**	Sig.	,002**
	N	125	N	125	N	125
EAD. Exp.	Correlação de Pearson	-,125	Correlação de Pearson	-,239	Correlação de Pearson	-,193
	Sig.	,165	Sig.	,007**	Sig.	,031*
	N	125	N	125	N	125
EAD Tot.	Correlação de Pearson	-,431	Correlação de Pearson	-,548	Correlação de Pearson	-,524
	Sig.	,000**	Sig.	,000**	Sig.	,000**
	N	125	N	125	N	125

Valor de *p* para o teste correlação de *Pearson*; *significância a $p < .01$; **significância a $p .05$.

Legenda: **EAD Cons.** - Escala de Ajuste Diádico Consenso; **EAD Sat.** - Escala de Ajuste Diádico Satisfação; **EAD Coes.** - Escala de Ajuste Diádico Coesão; **EAD Exp.** - Escala de Ajuste Diádico Expressão de Afeto; **EAD Tot.** - Escala de Ajuste Diádico Total.

Após a apresentação dos resultados, podemos evidenciar, de acordo com as análises efetuadas, que se confirmam as predições efetuadas desde a hipótese de estudo. Assim

sendo, salienta-se que as análises efetuadas para pôr à prova as diferentes predições permitiram a confirmação da hipótese de estudo.

CAPÍTULO V | DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5. Discussão dos Resultados

No tocante às variáveis demográficas, a amostra apresentou mais elementos do género feminino (N=37) relativamente ao género masculino (N=23). A variabilidade do nível de escolaridade refletiu bem a heterogeneidade dos usuários do centro de diálise, sendo que, 40% da amostra tem o ensino secundário concluído. Contudo, a escolaridade média da amostra parece espelhar algumas das dificuldades comuns que os usuários de centros de diálise enfrentam quando diante de instrumentos de autorrelato, motivo pelo qual elegemos a administração assistida dos questionários.

O facto de a nossa amostra contemplar a variável coabitação permitiu, de alguma forma, avaliar a importância do AD no DORC. Relativamente a esta variável, vários estudos (Guerra-Guerrero et al., 2012; Kusumota, 2005) descreveram que a maioria dos pacientes em TSR tinha companheiro e vivia com a família. Assume-se, de acordo com a literatura (Guerra-Guerrero et al., 2012; Kusumota, 2005; Salomé et al., 2012), que a ausência de um companheiro para um DORC, pode ser prejudicial para os cuidados com a saúde e para a percepção da qualidade de vida. Neste sentido, a presença de um companheiro e do seu apoio nesse processo de adoecimento tem demonstrado ser benéfica para a qualidade de vida.

O estudo demonstrou grande percentagem de sujeitos com indicação clínica de depressão e/ou ansiedade, sendo esta situação extremamente impactante nas variáveis em estudo da presente investigação. Torna-se importante salientar que os aspetos emocionais dos pacientes com DRC em terapia dialítica não podem ser minimizados, já que, durante a permanência sistemática no tratamento é comum surgirem sintomas que progridem ao longo do tempo. Esta situação passa a ser limitativa das atividades de vida diária que acarretam comprometimento tanto de ordem pessoal quanto emocional em fases mais tardias, influenciando negativamente a percepção de QDV dos pacientes (Casselhas et al., 2020; Gomes et al., 2021; Nadeem et al., 2021; Pretto et al., 2020; Skoumalova et al., 2021; Zahid et al., 2021; Zimmerman et al., 2004). Por conseguinte, os estudos de Frazão e colaboradores (2014) e Ottaviani e colaboradores (2016) descreveram valores elevados de problemas psicológicos, como depressão, ansiedade e baixa autoestima, em pacientes em tratamento dialítico, que promovem disfunções na relação conjugal e QDV (Casselhas et al., 2020; Gomes et al., 2021; Nadeem et al., 2021; Pretto et al., 2020; Skoumalova et al., 2021; Zahid et al., 2021; El Filali et al., 2017; Muñoz, 2019). Não obstante o exposto

verificou-se, igualmente, de acordo com a literatura (Davison et al., 2014; Mapes et al., 2003; Murtagh, et al., 2007), que a presença de sintomatologia psicológica logo menor ajuste psicológico, interfere na percepção de dor do DORC. Paralelamente comprova-se, segundo Li e colaboradores (2022) e Qin e colaboradores (2021) a existência de influência que um menor ajuste psicológico pode ter na percepção de dor do DORC. Assim, quanto maior forem os valores de ansiedade e/ou depressão maior será a percepção de dor do DORC.

Complementando, o ajustamento psicológico parece indicar, mais uma vez, que o tratamento dialítico influencia na amostra estudada uma diminuição global dos vários domínios avaliados da QDV. Assim sendo, pode-se explicar, porventura, pelas próprias consequências da doença, pois a literatura, no qual destacamos Oliveira-Campos (2013) evoca de forma sistemática que vão além dos sintomas físicos, pois geram distúrbios emocionais, tais como ansiedade, depressão, diminuição da autoestima, entre outros. Toda esta situação pode estar intimamente dependente da necessidade e frequência do tratamento dialítico, que acarreta grande impacto (Nepomuceno, 2014). Assim, o presente estudo revela que a presença de sintomatologia ansiosa afeta de forma total todas as esferas da vida do paciente com IRC, como concluiu Schdler (1998) na sua investigação sobre QDV e relações psicossociais em pacientes com doença renal crónica em estágios de IRC e Insuficiência Renal Crónica Terminal, em que a satisfação com a própria vida e a depressão cognitiva são similares entre esses pacientes. Constata-se, igualmente, altos valores de percepções negativas em relação à doença associados a altos valores de depressão e de baixa QDV, mesmo em estágios iniciais de insuficiência renal.

O presente estudo demonstrou, igualmente, indo de encontro a outros estudos (Casselhas et al., 2020; Gomes et al., 2021; Nadeem et al., 2021; Pretto et al., 2020; Skoumalova et al., 2021; Zahid et al., 2021; Altschuler, 1997; Eiser, 1993; Fedewa, 1996), que a QDV dos indivíduos com DORC estava comprometida, existindo uma percepção mais negativa da QDV no género feminino quando comparado com o género masculino (Barata, 2015; Barata & Meneses, 2008; Diniz & Schor, 2006; Jofre, 1998; Lopes, 2007; Silva, 2018; Trevín, 2018). O facto de a QDV apresentar-se como indicador de comprometimento nesta população, considera-se que essa situação talvez se deva ao nível de comprometimento imposto por esse tipo de tratamento, durante o qual o paciente deve permanecer inativo, sendo esta situação poder ser percebida de forma mais intensa pelo género feminino (Casselhas et al., 2020; Gomes et al., 2021; Nadeem et al.,

2021; Pretto et al., 2020; Skoumalova et al., 2021; Zahid et al., 2021; Barata, 2015; Barata, 2013; Kimmel et al., 1998; Silva, 2018; Trevín, 2018). Portanto, a QDV é mais comprometida quando há prejuízos significativos nas dimensões físicas, além de serem patentes os comprometimentos de alguns aspetos físicos, sociais e emocionais (Dziubek et al., 2021; Eid et al., 2017; El Filali et al., 2017; Flores et al., 2021; Rubio et al., 2017; Trevín et al., 2018). A existência de muitos aspetos da vida afetados pelo tratamento e pela sua disfunção, que tanto ele como a doença causam, teremos necessariamente associados sempre uma perda, quanto mais não seja pelo bem-estar que foi alterado, o que vai de encontro com algumas investigações (Auer, 1990; Strauch- Rahäuser et al., 1977; Diniz, 2006; Kimmel, 2000, 2006; Locatelli, Manzoni, & Di Lecco, 1998; DeOreo, 1997; Barata & Menses, 2008). Assim, a IRC e a presença de sintomatologia psicológica introduzem impactos significativos sobre a QDV dos pacientes, tipicamente acompanhados de repercussões significativas sobre as dimensões físicas e emocionais indo de encontro por exemplo, às investigações de Silva e colaboradores (2018) e Trevín e colaboradores (2018). Toda a vivência da DRC está sujeita a grandes mudanças nas suas atividades corporais e recreativas.

Mais se acrescenta, que, apesar de todos os domínios apresentarem diferenças estatisticamente significativas na variável género, foi comprovado, de acordo com a literatura (Higa et al., 2008; Silva, 2013; Silva et al., 2018; Takemoto et al., 2011; Trevín et al., 2018), que os dois domínios mais comprometidos e com menores pontuações foram os domínios físico e psicológico. Esta situação parece, de acordo com Higa e colaboradores (2008) e Takemoto e colaboradores (2011), estar relacionado com o tratamento a que o DORC é submetido, causando comprometimento funcional e físico no indivíduo, sendo frequente observar-se problemas como sedentarismo, diminuição da interação social, perda da autonomia e dependência, pois passa a necessitar de ajuda de terceiros para realizar várias atividades quotidianas.

O AD é percebido de forma mais vívida pelos pacientes do género masculino do que pelos pacientes do género feminino, uma vez que o tratamento pode ser menos negativo para o subsistema do casal que adota uma proteção afetiva e onde o cônjuge saudável oferece apoio e ajuda a elevar a autoconfiança e a capacidade de implementar o ajustamento comportamental (Herek, Levy & Maddi, 1990; Saranson et al., 1983). Observou-se, no presente estudo, um ajustamento diádico menor nos pacientes do género feminino podendo, este aspeto, ser sinónimo de uma menor proteção contra o stress e a

vulnerabilidade a que o gênero está exposto (Blanchard et al., 1997; Nepomuceno, 2014; Oliveira-Campos, 2013; Rolland, 1998). Paralelamente, observamos a existência de enormes prejuízos, normalmente significativos e de grande duração, em áreas como a função renal, a sensação de bem-estar, papel na família e no trabalho, tempo, recursos financeiros e fontes de função sexual com dolorosos reflexos sobre o relacionamento diádico dos pacientes (Polaschek, 2003; Schwarzer, 1986; Thong et al., 2007; Yeh et al., 2002). Por outro lado, de acordo com Nepomuceno (2014) as mudanças destacadas promovem, em determinadas situações, um desespero e catastrofização da sua condição de menor saúde, que influencia negativamente a superação de situações traumáticas. Dadas as diferenças encontradas na percepção do relacionamento diádico no que ao gênero diz respeito e não sendo algo claro na literatura, encontramos, em outras investigações, 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; Kimmel et al., 1996; Oliveira-Campos, 2013). Pode, igualmente, ser considerado o papel ocupado pelas mulheres culturalmente e na dinâmica familiar, frequentemente associado ao cuidado. Perante a sua condição de doente, nem sempre os restantes membros da família conseguem se reorganizar e assumir as funções de suporte/apoio (Oliveira et al., 2016).

Em suma, a presença de sintomatologia psicológica, depressão e ansiedade, na amostra estudada, permitiu perante os dados analisados sustentar que a presença da mesma seja indicador de pior percepção de dor, QDV e AD o que vai de encontro, de entre muitos estudos, aos estudos de DeOreo (1997), Evans (1985), McKevitt (1986) e Moreno (1996).

CONCLUSÃO

6. Conclusão

Finalizada a investigação é de salientar que a cronicidade de uma doença como a insuficiência renal crónica requer um método de adaptação face às exigências que a doença concerne. Por conseguinte, a relação entre o tratamento substitutivo renal e o controlo de uma doença crónica como a insuficiência renal crónica depende, de forma significativa, dos indivíduos portadores dessa doença, da sua capacidade de se ajustar psicologicamente a essa condição e da adoção de um estilo de vida diferente.

Na maioria dos casos presenciamos uma resignação desesperante, que vai manipular negativamente o superar uma situação traumática e que em muitos dos casos podem ser irreversíveis. A condição de dependente do tratamento dialítico leva, na maior parte das situações, a uma dificuldade de se ajustar e acomodar à sua condição. Assim sendo, apresenta-se ao sujeito um desafio constante que, muitas das vezes, implica uma não ligação a toda a situação a que está dependente.

Entendemos, por conseguinte, que a presença de depressão e ansiedade nos renais crónicos submetidos ao tratamento dialítico não é algo isolado. Evidencia-se, cada vez mais, uma necessidade de se avaliar e de se atender às necessidades desta população em específico, que parece estar mais propensa aos transtornos mentais. A relação entre a doença renal crónica e o menor ajustamento psicológico, resulta numa maior preocupação do paciente com o próprio estado clínico, bem como outros fatores relacionados com as características físicas, mentais e socioeconómicas, que interferem diretamente na perceção de dor, qualidade de vida e ajustamento diádico relacionado com a saúde desta população.

Apela-se, neste sentido, a uma maior atenção e compreensão da necessidade do acompanhamento psicológico junto desta população visando sempre uma interdisciplinaridade interventiva. Assistindo-se a várias investigações nesta área, convém assumir que é uma medida que deve estar invariavelmente associada ao plano de tratamento visando prevenção de futuras complicações, a promoção da saúde e uma melhoria no controlo da dor, na qualidade de vida e no ajustamento diádico do doente renal crónico.

Apesar do presente estudo apresentar contribuições importantes na área da doença renal crónica, é importante salientar algumas limitações. No que concerne à recolha presencial, por conta das especificidades do tratamento, o questionário teve de ser preenchido pelos investigadores e, desta forma, os resultados poderão ser influenciados

pela desejabilidade social. Por sua vez, o protocolo pode apresentar-se como relativamente extenso, o que provocava um maior cansaço nos participantes, ao longo do preenchimento, apesar de não ter havido evidência deste fator. Mais se acrescenta, que a presente investigação não deve ser encarada como representativa da população portuguesa com insuficiência renal crónica, uma vez que, o tamanho da amostra não é significativa assim como a própria seleção dos participantes do estudo (decorreu apenas num centro renal) pode ter inserido um viés nos resultados obtidos.

Em futuras investigações, dado o fator idade não ter sido um dos objetivos avaliados no presente estudo, considera-se como uma variável que, segundo o descrito na literatura, parece ter um reflexo importante e predisponente de menor perceção de suporte social ou ajuste diádico, na qualidade de vida e na perceção de dor do sujeito em tratamento dialítico. Paralelamente, pode ser importante o desenvolvimento de uma investigação que aborde estratégias de tratamento multifatorial tendo em consideração a importância da saúde mental para uma melhor perceção de dor, qualidade de vida e ajustamento diádico do sujeito com doença renal crónica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abram, H. S. (1970). Survival by machine: the psychological stress of chronic haemodialysis. *Psychiatric Medicine*, 1, 37-41.

Akamatsu, T. J., Parris Stephens, A., Hobfoll, S. E. & Crowther, J. S. (1992). *Family Health Psychology*. Washington, DC: Hemisphere.

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 crónico à hemodiálise*. Tese de Doutoramento. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.

Alqarni, A., Alghamdi, E., Alaqil, N., Alzahrani, A., Aldhfyhan, Y., & Alruwaili, S. (2019). Prevalence of Anxiety and Depression and its Related Influencing Factors among Patients with End-stage Renal Disease on Hemodialysis in Al-Kharj, Saudi Arabia. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 8(1), 55-62.

Al-Shammari N, Al-Modahka A, Al-Ansari E, Al-Kandari M, Ibrahim KhaledA, Al Sanea J, *et al.* (2021). Prevalence of depression, anxiety, and their associations among end-stage renal disease patients on maintenance hemodialysis: a multi center population-based study. *Psychol, Health & Med.*, 26(9),1134–42. doi.org/10.1080/13548506.2020.1852476.

Altschuler, J. (1997). *Working with chronic illness*. London: MacMillan Press.

Amaral, T. B. & Tavares, C. M. (2022). Saúde mental de pessoas convivendo com doença renal crônica em terapia renal substitutiva. *RSD 11(2)*. doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25417.

Ansell, D., & Feest, T. (2000). *Third annual report of the UK Renal Registry*. Bristol: UK Renal Registry.

Asiain, M. C. (1995). Investigación quantitativa. In M. C. Diego (Ed.), *Investigación: su lugar en la Educación y en la Practica de Enfermaría*. Escuela Universitária de Enfermaria. Clínica Universitária 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.

Azevedo, L. F., Pereira, A. C., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L. & Romão J., *et al.* (2007) Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crônica. *Dor*, 15, 6-56.

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. (2013). *Insuficiência Renal Crônica: Relação Diádica e Qualidade de Vida*. Porto, Legis Editora.

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). PortoEdições ESEP.

Barberis, N., Cernaro, V., Costa, S., Montalto, G., Lucisano, S., Larcán, R., & Buemi, M. (2017). The relationship between coping, emotion regulation, and quality of

life of patients on dialysis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 52 (2) 111 – 123. doi: 10.1177/0091217417720893.

Battistella, M. (2012). Management of depression in hemodialysis patients. *Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists*, 22(3), 29-34.

Bello, A. K., Okpechi, I. G., Osman, M. A., Cho, Y., Htay, H., Jha, V., Wainstein, M., & Johnson, D.W. (2022). Epidemiology of haemodialysis outcomes. *Nat Rev Nephrol.*, 18(6):378-395. doi: 10.1038/s41581-022-00542-7

Bialeski AB, Lopes CM, Iser BPM. Fatores relacionados aos desfechos clínicos e ao tempo de sobrevida em doentes renais crônicos em hemodiálise. *Cad saúde colet.* Mar. 2022;30(1):115–26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x202230019308>. Acesso em: 19 set. 2022.

Blanchard, C., Albrecht, T., & Ruckdeschel, J. (1997). The crisis of cancer: psychological impact on family caregivers. *Oncology*, 11, 189-194.

Bowling, A. (1994). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press.

Bradley, C., & McGee, H. (1994). Improving quality of life in renal failure: ways forward. In H. McGee, y C. Bradley (Eds.) (pp. 275-299). Chur: Harwood Academic Publishers.

Burton, H. J., Kline, A. S., Lindsay, R. M., & Heidenheim, A. P. (1986). The relationship of depression to survival in chronic renal failure. *Psychosomatic Medicine*, 48, 261-269.

Carvalho, A.R., & Barbosa, M.R. (2016). A depressão nos doentes hemodialisados: o papel da satisfação corporal e da sexualidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. doi: 10.1016/j.rpsp.2016.02.002.

Cassano, P., & Fava, M. (2002). Depression and public health: an overview. *J Psychosom Res.* 2002, 53(4), 849-57. doi: 10.1016/s0022-3999(02)00304-5 PMID: 12377293.

Casselhas, D. A., Magalhães, I. S., & Nakasu, M. V. (2020). Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise de um hospital de Minas Gerais. *Revista de Medicina*, 99(5), 456–462. doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i5p456-462

Castro M. *et al.* (2003). Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49, 245-249.

Čengić, B., & Resić, H. (2010). Depression in hemodialysis patients. *Bosn J Basic Med Sci.* ,10 (1), S73-8. doi: 10.17305/bjbms.2010.2653

Chen, C.K., Tsai, Y.C., Hsu, H.J., Wu, I.W., Sun, C.Y., Chou, C.C., ... Wang, L. (2010). Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure. *Psychosomatics*, 51 (6), 528-528.e6. doi: 0.1176/appi.psy.51.6.528

Cohen SD, Patel SS, Khetspal P, Peterson RA, Kimmel PL. Pain, sleep disturbance, and quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2007 Sep;2(5):919-25.

Coutinho, M. P. L., & Costa, F. G. (2015). Depressão e insuficiência renal: uma análise psicossociológica. *Psicologia & Sociedade*, 27(2), 449-459. doi: 10.1590/1807-03102015v27n2p449

Crane, P., & Krin, D. (2009). Factors Affecting Quality of Life In Persons on Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 36(1), 15-25.

Craven, J. L., Rodin, G. M., Johnson, L., & Kennedy, S. H. (1987). The diagnosis of major depression in renal dialysis patients. *Psychosomatic Medicine*, 49, 482-492.

Davison, S. N, Rathwell, S., Ghosh, S., George, C., Pfister, T., & Dennett, L. (2021). The Prevalence and Severity of Chronic Pain in Patients With Chronic Kidney Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Can J Kidney Health Dis.* 19, 8:2054358121993995. doi: 10.1177/2054358121993995

Davison SN, Koncicki H, Brennan F. Pain in chronic kidney disease: a scoping review. *Semin Dial.* 2014 Mar;27(2):188-204.

Davison SN, Jhangri GS. Impact of pain and symptom burden on the health-related quality of life of hemodialysis patients. *J Pain Symptom Manage.* 2010 Mar;39(3):477-85.

Davison SN, Jhangri GS. The impact of chronic pain on depression, sleep, and the desire to withdraw from dialysis in hemodialysis patients. *J Pain Symptom Manage.* 2005 Nov;30(5):465-73.

Davison SN. Chronic pain in end-stage renal disease. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2005 Jul;12(3):326-34.

Delgado, L. (1997). Aspectos Psicológicos do IRC em Hemodiálise. In F. Ribeiro (Ed.), *Manual de Hemodiálise* (pp. 203-206). Lisboa: Edição da Clínica de Doenças Renais.

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.

Dziubek W, Pawlaczyk W, Rogowski L, Stefanska M, Golebiowski T, Mazanowska O, *et al.* Assessment of depression and anxiety in patients with chronic kidney disease and after kidney transplantation—a comparative analysis. *IJERPH.* 7 out. 2021;18(19):10517. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph181910517>.

Dziubek, W., Kowalskaa, J., Kusztal, M., Rogowski, L., Gołębiowski, T., Nikifur, M. ... 36 Woźniewski, M. (2016). The Level of Anxiety and Depression in Dialysis Patients Undertaking Regular Physical Exercise Training – a Preliminary Study. *Kidney Blood Press Research*, 41(1), 86-98. doi: 10.1159/000368548.

Eid, L. P., Palmieri, G. A., Oliveira GASA, D. E., Pompeo, D. A., Lima, L. C. E. Q., & Balderrama, L. P. (2017). Sintomatologia ansiosa e depressiva em pacientes em tratamento hemodialítico. *Rev Enferm UFPE*, 11(11), 4360–8.

Einollahi, B., Simforoosh, N., Lessan-Pezeshki, M., Basiri, A., Nafar, M., Pour-Reza Gholi, F., Firouzan, A., Ahmadvan, P., Makhdomi, K., Ghafari, A., Taghizadeh, A., & Tayebi Khosroshahi, H. (2009). Genitourinary tumor following kidney transplantation: a multicenter study. *Transplant Proc.*,41(7):2848-9. doi: 10.1016/j.transproceed.2009.07.056

Eiser, C. (1993). Growing up with a chronic disease: the impact on children and their families. London: Jessica Kingsley Publishers.

El Filali, A., Bentata, Y., Ada, N., & Oneib B. Depression and anxiety disorders in chronic hemodialysis patients and their quality of life: a cross-sectional study about 106 cases in the northeast of morocco. *Jour Kid Diseas Transpl.*, 28(2), 341.

Evans, R., Manninen, D., & Garrison, L. (1985). The quality of life of patients with end-stage renal disease. *New England Journal of Medicine*, 312, 553-559.

Fedewa, M. M., Oberst, M.T. (1996). Family care giving in pediatric renal transplant population. *Pediatr Nurs*; 22:402-7.

Fernandes, N. R., Gonçalves, F. R., Machado, M. A. L. C., Ferreira, W. M., Oliveira, M. R. V. de, Paulino, L. F., Correa, A. C., & Ferreira, W. M. (2022). Indicações para início de diálise na doença renal crônica: Indications for dialysis initiation in chronic kidney disease. *Brazilian Journal of Development*, 8(10), 65842–5848. doi.org/10.34117/bjdv8n10-063

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 Publica*, 33 (2), 178-183.

Flores CJG, García GG, Lerma A, Grovas HP, Lara RMM, Saldaña RMEG, *et al*. Resilience: a protective factor from depression and anxiety in mexican dialysis patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Jan. 2021;18(22):11957. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph182211957>.

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

Frazão, C., Tinôco, J., Fernandes, M., Macedo, B., Freire, M., & Lira, A. (2016). Modificações corporais vivenciadas por pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Enfermería Global*, 15(3), 300-310. doi: 10.6018/eglobal.15.3.220051.

Frazão, C. M. F. Q, Sá, J. D., Medeiros, A. B. A., Fernandes, M. I. C. D., Lira, A. L. B. C., & Lopes, M. V. O. (2014). The adaptation problems of patients undergoing hemodialysis: socio-economic and clinical aspects. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 22, 966-72.

Frazão CMFQ, Ramos VP, Lira ALBC. Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(4):577-82.

Galvão, J. O., Matsuoka, E. T., Castanha, A. R., & Furtado, F. M. (2019). Processos de enfrentamento e resiliência em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Contextos Clínicos*, 12 (2), 659-684. doi:10.4013/ctc.2019.122.13.

Garcia, T. (2006) Avaliação do estado de humor, da função sexual, e da qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise (Tese de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília). Retirado de <https://core.ac.uk/download/pdf/33532395.pdf>

Gerogianni, G., Babatsikou, F., Polikandrioti, M., & Grapsa, E. (2019). Management of anxiety and depression in haemodialysis patients: the role of non-pharmacological methods. *Int Urol Nephrol*, 51(1), 113-118. doi: 10.1007/s11255-018-2022-7.

Gil Cunqueiro, J. M., García Cortés, M. J., Foronda, J., Borrego, J. F., Sánchez Perales, M. C., Pérez Del Barrio, P. *et al.* (2003) Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. *Nefrología*, 23(6), 528-37.

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

Gomes, C. M. A. (1997). Descrição da qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise. *Revista Médica*, 7 (4), 60-64.

Gomes, L. E., Lopes, A., Castro, C., Zanatta, A., Pfaffenbach, G., Julia, A., & Cardoso, L. (2021). Qualidade de vida do paciente portador de doença renal crônica. *Revista Ciência & Inovação*, 5(1), 63–73.

Guerra-Guerrero V, Sanhueza-Alvarado O, Caceres-Espina M. Qualidade de vida de pessoas em hemodiálise crônica: relação com variáveis sociodemográficas, médico-clínicas e de laboratório. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2012; 20:838-46.

Hao W, Tang Q, Huang X, Ao L, Wang J, Xie D. Analysis of the prevalence and influencing factors of depression and anxiety among maintenance dialysis patients during the COVID-19 pandemic. *Int Urol Nephrol*. Jul. 2021;53(7):1453–61. <https://doi.org/10.1007/s11255-021-02791-0>.

Herek, G. M., Levy, S. M., & Maddi, S. R. (1990). *Psychological aspects of serious illness: chronic conditions, fatal diseases, and clinical case*. Washington: Rand.

Hernández, J. (2008). Avaliação Estrutural da Escala de Ajustamento Diádico. *Psicologia em Estudo* 13 (3), 593-601.

Higa, K., Kost, M. T., Soares, D. M., Morais, M.C., & Polins, B. R. G. (2008). Quality of life of patients with chronic renal insufficiency undergoing dialysis treatment. *Acta Paul Enferm.*, 21, 203-6.

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.

Jofré, R. (1998). Factores que afectan a la calidad de vida en pacientes en prediálisis, diálisis y transplante renal. *Nefrología*, (19) 1, 84-90.

Kaplan De-Nour, A., & Czaczkes, J. W. (1976). The influence of patient's personality on adjustment to chronic dialysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 162, 323-333.

Karadag, E., Ugur, O., Mert, H., & Erunal, M. (2019). The Relationship Between Psychological Resilience and Social Support Levels in Hemodialysis Patients. *Journal Basic Clinical Health Science*, 40(2), 9-15. doi:10.30621/jbachs.2019.469

Katon, W., & Ciechanowski, P. (2002). Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res.*, 53(4):859-63. doi: 10.1016/s0022-3999(02)00313-6

Kaveh, K., & Kimmel, P. L. (2001). Compliance in Hemodialysis Patients: Multidimensional Measures in Search of a Gold Standard. *American Journal of Kidney Diseases*, 37 (2), 244-266.

Kimmel, P. L., & Peterson, R. A. (2006). Depression in patients with end-stage renal disease treated with dialysis: has the time to treat arrived?. *Clinical Journal to the American Society of Nephrology*, 1, 349-352.

- Kimmel, P.L., & Peterson, R.A. (2005). Depression in End-Stage Renal Disease Patients.
- Kimmel, P.L. (2001). Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney International*, 59(4),1599-1613. doi:10.1046/j.1523-1755.2001.0590041599.x
- 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., Peterson, R. A., Weihs, K. L., Shidler, N., Simmens, S. J., Alleyne, S., *et al.*(2000). Dyadic relationship conflict, gender and mortality in urban hemodialysis patients. *Journal American Society Nephrology*, 11, 1518-1525.
- 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). Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *American Journal Medicine*, 105, 214-21.
- 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.
- Kimmel, P. L., Peterson, R. A., & Weihs, K. L. (1996). Psychologic functioning, quality of life and behavioural compliance in patients beginning hemodialysis. *Journal of the American Society Nephrology*, 21, 2152-2159.
- Kizilcik, Z., Sayiner, F. D., Unsal, A., Ayranci, U., Kosgeroglu, N., & Tozun, M. (2012). Prevalence of depression in patients on hemodialysis and its impact on quality of life. *Pakistan Journal of Medical Sciences Online* 28(4),695-699.
- Kubler-Ross, E. (1974). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Kubler-Ross, E. (1970). *On death and dying*. London: Tavistock.
- Kusumota L. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise [Thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
- Lameire, N. (2007). Handbook of Dialysis. In J. T. Daugirdas, P. G. Blake, T. S. Ing (Eds.). *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22(6), 1784–1784. doi:10.1093/ndt/gfm195
- Leal, C. M. S. (2008). Reavaliar o conceito de qualidade de vida. Dissertação de Mestrado da Universidade dos Açores.
- Lima, A. F. C., & Gualda, D. M. R. (2000). Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido a hemodiálise. *Nursing*, 20-30.
- Li, R., Ferdinand, J. R., Loudon, K. W., Bowyer, G. S., Laidlaw, S., Muyas, F., Mamanova, L., Neves, J. B., Bolt, L., Fasouli, E. S., Lawson, A. R. J., Young, M. D., Hooks, Y., Oliver, T. R. W., Butler, T. M., Armitage, J. N., Aho, T., Riddick, A. C. P., Gnanapragasam, V., Welsh, S. J., ... Mitchell, T. J. (2022). Mapping single-cell transcriptomes in the intra-tumoral and associated territories of kidney cancer. *Cancer cell*, 40(12), 1583–1599.e10. doi.org/10.1016/j.ccell.2022.11.001

Lloyd, C. E., Mathews, K. A., Wing, R. R., & Orchard, T. J. (1992). Psychosocial factors and complications of IDDM: The Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications Study. *Diabetes Care*, 15, 166-172.

Locatelli, F., Del Vecchio, L., Manzoni, C., & Di Lecco, A. O. (1998). Morbidity and mortality on maintained haemodialysis. *American Journal Nephrology*, 80, 380-400.

Lopes, J. M., Fukushima, R. L. M., Inouye, K., Pavarini, S. C. I., & Orlandi, F. S. (2014). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. *Acta Paul Enferm.*, 27, 230-6. doi.org/10.1590/1982-0194201400039

Lopes, A. A., Bragg, J., Young, E., Goodkin, D., Mapes, D., Combe, C., *et al.* (2002). Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney International*, 62, 199-207.

Madeiro AC, Machado PDLC, Bonfim IM, Braqueais AR, Lima FET. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(4):546-51. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000400016>

Mapes, D. L., Lopes, A. A., Satayathum, S., McCullough, K. P., Goodkin, D. A., Locatelli, F. *et al.* (2003). Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney International*, 64,339-349.

MartínezRMM, Gallego NM, Cabezas AMS, López VEG, Montero RC. Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/depresión en pacientes en hemodiálisis crónica. *Enferm Nefrol.* 25 set. 2019;22(3):274–83. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842019000300006>.

McKevitt, P. M., Jones, J. F., & Marrion, R. R. (1986). The elderly on dialysis: physical and psychological functioning. *Dialysis Transplant*, 15, 130-137.

Meleiro, A M. A. S. (1993). Abordagem da depressão no hospital geral. In: FRÁGUAS JR., R. *et al.* *Psiquiatria e psicologia no hospital geral: a clínica das depressões* (pp. 73-80). São Paulo: Astúrias.

Meng, Y., Cai, K., Zhao, J., Huang, K., Ma, X., Song, J., Liu, Y. (2021). Transcriptional Profiling Reveals Kidney Neutrophil Heterogeneity in Both Healthy People and ccRCC Patients. *Journal of Immunology Research*, 5598627, 1-17. doi.org/10.1155/2021/5598627

Moreno, B., & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. In G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación psicológica y de la salud* (pp. 1045-1069). México: Siglo XXI.

Muehrer, P. (2002). Research on co-morbidity, contextual barriers, and stigma: an introduction to the special issue. *J Psychosom Res.*, 53(4):843-5. doi: 10.1016/s0022-3999(02)00519-6

Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney International*, 57, 2093-2098.

Muñoz RMS, Jiménez AJF. Valoración de las necesidades de atención psicológica en pacientes en hemodiálisis mediante indicadores de ansiedad y depresión. *Enferm Nefrol.* 19 jun. 2019;22(2):177–84. Disponível em: <https://doi.org/10.4321/S2254-28842019000200009>. Acesso em: 25 ago. 2022.

Murtagh, F. E., Marsh, J. E., Donohoe, P., Ekbal, N. J., Sheerin, N. S., (2007). Harris, F.E. Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. *Nephrol Dial Transplant.*, 22(7):1955-62. doi: 10.1093/ndt/gfm153

Nadeem, Z., Bashir, A., Qadeer, A., Khan, M., & Khan, S. (2021). Assessment of quality of life in patients with end stage renal failure using KDQOL-SF. *Archives of Renal Diseases and Management*, 6(1), 15-22. <https://doi.org.10.17352/2455-5495.000037>

Navarro, G. 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 Góngora, J. (2002). Familia y enfermedad. Manual de intervención psicosocial.

Nepomuceno FCL, Melo Junior IM, Silva EA, Lucena KDT. Religiosidade e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Saúde Debate* 2014;38:119-28.

Noland, L. (2003). Avaliação do sistema renal. In W. J. Philips, J. K. Sands, & J. F. Marek (Eds.), *Enfermagem médico-cirúrgica – conceitos e prática clínica*. Lisboa: Lusodidacta

Oliveira AP, Schmidt DB, Amatneeks TM, Santos JC, Cavallet LH, Michel RB. Quality of life in hemodialysis patients and the relationship with mortality, hospitalizations and poor treatment adherence. *J Bras Nefrol* 2016;38:411-2.

Ottaviani AC, Bettoni LC, Paravini SCI, Say KG, Zazzetta MS, Orlandi FS. Associação entre ansiedade e depressão e a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Texto Contexto Enferm* 2016;25:e00650015.

Oliveira-Campos, M., Rodrigues-Neto, J. F., Silveira, M. F., Neves, D. M. R., Vilhena, J.M., Oliveira, J. F., *et al.* (2013). Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*, 18,873-82

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 229-239.

Parkerson, G. R. Jr., & Gutman, R. A. (1997). Predictors of functional health status of end stage renal disease patients. *Health Care Financ Rev.*, 18(4):37-49.

Pereira, M., Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Gameiro, S., Corona, C., Simões, M. *et al.* (2005). Validação dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100; WHOQOL-bref) para português de Portugal: desenvolvimento das escalas de resposta. Comunicação apresentada no II Congresso de Saúde e Qualidade de Vida. Porto, Portugal.

Pretto, C. R., Winkelmann, E. R., Hildebrandt, L. M., Barbosa, D. A., Colet, C. F., & Stumm, E. M. (2020). Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. *Revista Latino-Americana*, 28, e3327. doi.org/10.1590/1518-8345.3641.3327

Pham PC, Toscano E, Pham PM, Pham PA, Pham SV, Pham PT. Pain management in patients with chronic kidney disease. *NDT Plus*. 2009 Apr;2(2):111-8.

Phuong-Chi TP, Toscano E, Phuong-Mai TP, Phuong-Anh TP, Son VP, Phuong-Thu TP. Pain management in patients with chronic kidney disease. *Oxford* 2009;2(2):111-8.

Pinto, A. C. (1990). Metodologia da investigação psicológica. Edições Jornal de Psicologia.

Polaschek, N. (2003). Living on dialysis: concerns of clients in a renal setting. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 44-52.

Polit, D. F., & Hungler, P. B. (1999) *Nursing Research: Principles and Methods*. 6th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA.

Quinn, C., Uzbeck, M., Saleem, I., Cotter, P., Ali, J., O'Malley, G., Gilmartin, J., O'Keefe, S. (2011). Iron status and chronic kidney disease predict restless legs syndrome in an older hospital population. *Sleep Medicine*, 12(3), 295-301. doi.org/10.1016/j.sleep.2010.08.014

Ribeiro WA, Jorge Bde O, Queiroz R de S. Repercussões da hemodiálise no paciente com doença renal crônica: uma revisão da literatura. *Rev Pró-UniverSUS* . 16 jun. 2020;11(1):88-97.

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

Ribeiro, J. L. P. (2005). O importante é a Saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF 36. Fundação Merck Sherp & Dohme.

Riella, M. C. (1996). Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos, 3 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, cap. 36, p.456-76.

Rodin, G., & Craven, J. (1989). Depression and end stage renal disease. In Robinson R. G. & Rabins P. V. (editors). *Aging and clinical practice: depression and coexisting disease (pp. 61-72)*. New York/Tokyo: Igaku-Shoin.

Rolland, J. (1998). A conceptual model of chronic and life treating illness and its impact of families. In C. Chilman, E. Nunnally & F. Cox (Eds.). *Chronic illness and disability*. Newburg, Park: Sage.

Romão, J. E., Canziani, M. E., Praxedes, J. N., Santello, J. L., & Moreira, J. C. M. (2003). Censo SBN 2002: informações epidemiológicas das unidades de diálise no Brasil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 25 (4), 187-188.

Rubio AR, Asencio JMM, Raventos MEP. Depression, anxiety and health-related quality of life amongst patients who are starting dialysis treatment: depression, anxiety and health-related quality of life amongst patients who are starting dialysis treatment. *Journal of Renal Care*. Jun. 2017;43(2):73-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jorc.12195>.

Rudnicki,T.(2007). Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. *Estudos de Psicologia*, 24(3), 343-351.

Salomé, G. M., Blanes, L., & Ferreira, L. M. (2012). Avaliação de sintomas depressivos em pessoas com úlcera venosa. *Rev Bras Cir Plást.*, 27, 124-9.

Santoro D, Satta E, Messina S, Costantino G, Savica V, Bellinghieri G. Pain in end-stage renal disease: a frequent and neglected clinical problem. *Clin Nephrol*. 2013 Jan;79 Suppl 1:S2-11.

Sarason I. G., Levine H. M., Basham R. B., & Saranson B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality Social Psychology*, 44 (1), 127-39.

Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview, *Journal of social and Personal Relationship*, 18, 99-127.

Schwarzer, R. (1986). *Self-related cognitions in anxiety and motivation*. USA: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Sensky, T. (1993). Psychosomatic aspects of end-stage renal failure. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59(2), 56–68. doi.org/10.1159/000288649

Shidler, N. R. (1998). Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency. *Journal of General Internal Medicine*, 11, (1), 52-67.

Silva, A. (2019) Imagem corporal positiva em sujeitos com lesão vertebro-medular. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto). Retirado de <https://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/121033>

Silva, J. M. B., Oliveira, L. M. R. S., Mamede, J. A. N., Wanderley, T. P. S. P., Silva, S. M. M., & Barros, J. M. (2018). Nível de satisfação: fator gerador de qualidade de vida no trabalho. *J Res Fundam Care Online*, 10, 343-50.

Silva GD, Fernandes BD, Silva FA, Dias YCB, Melchior AC. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: análise de fatores associados. *Rev Bras Qual Vida* 2016;8:229-45.

Silva, L., Mendonça, A. T., Carvalho, L. A. (2013). *As características da dor em portadores de insuficiência renal crônica em programa de hemodiálise*. *Rev Univ Vale Rio Verde*. 10 (1):590-9.

Silva, F. S., & Pinheiro, M. S., França, R. C., Mendonça, A. E., Simpson, C. A., Leite, E. M. (2013). Evaluation of bone pain in patients with renal chronic with mineral disorder. *J Nurse UFPE*. 7 (5):1406-11.

Silva, J. A., & Ribeiro-Filho, N. P. (2011). *A dor como um problema psicofísico*. *Rev Dor*. 12 (2):138-51.

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.

Silva, C. N. (1997) Como a rede social interfere numa crise emocional. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, 1, (2), 78-91.

Skoumalova, I., Madarasova Geckova, A., Rosenberger, J., Majer-nikova, M., Kolarcik, P., Klein, D., Winter, A. F., Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2021). Health-related quality of life profiles in dialyzed patients with varying health literacy: A cross-sectional study on slovak hemodialyzed population. *International Journal of Public Health*, 66, 1-8. [doi.org.10.3389/ijph.2021.585801](https://doi.org/10.3389/ijph.2021.585801)

Snaith, R. P., & Zigmond, A. S. (1994) *The hospital anxiety and depression scale manual*. Windsor, Brekshire, UK: Nfer-Nelson.

- Spanier, G. B. (1985). Improve, refine, recast, expand, clarify-don't abandon. *Journal of Marriage and the Family*, 47 (4), 1073-1074.
- Spanier, G. B., & Thompson, L. (1982). A confirmatory analysis of the Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 44 (3), 731-738.
- 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., & Cole, C. L. (1975). Marital Adjustment over the Family Life Cycle: The Issue of Curvilinearity. *Journal of Marriage and the Family*, 37 (2), 263-275.
- Steele, T. E., Baltimore, D., & Finkelstein (1996). Quality of life in peritoneal dialysis patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 368-374.
- Stewart, M., Davidson, K., Meade D., Hirt A., & Makrides L. (2000) Myocardial infarction: survivors and spouses stress, coping and support. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (6), 1351-1360.
- Stewart, A. L., Greenfield, S., Hays, R. D., Wells, K., Rogers, W. H., Berry, S. D., McGlynn, E. A., & Ware, J. E. Jr. (1989). Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 18;262(7):907-13.
- Strauch-Rahäuser, G., Schafheutle, R., Lipke, R., & Strauch, M. (1977). Measurement problems in long-term dialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 21 (1), 49-54. [doi.org/10.1016/0022-3999\(77\)90025-3](https://doi.org/10.1016/0022-3999(77)90025-3)
- Symier, 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
- Takemoto, A. Y., Okubo P., Bedendo, J., & Carreira L. (2011). Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. *Rev Gaúcha Enferm.*, 32(2), 256-62.
- Theofilou, P. (2011). Depression and anxiety in patients with chronic renal failure: the effect of sociodemographic characteristics. *International Journal of Nephrology*, 2011, 169– 93. doi: 10.4061/2011/514070.
- Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia*. Camarate: Lusociência.
- Thong, M. S. Y., Kaptein, A. A., Krediet, R. T., Boeschoten, E. W., & Dekker, F. W. (2007). Social support predicts survival in dialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22, 845-850.
- Thurlow, J.S., Joshi, M., Yan, G., Norris, K. C., Agodoa, L.Y., Yuan, C. M., & Nee, R. (2021). Global Epidemiology of End-Stage Kidney Disease and Disparities in Kidney Replacement Therapy. *Am J Nephrol.*, 52(2), 98-107. doi: 10.1159/000514550
- Treated With Hemodialysis: Tools, Correlates, Outcomes, and Needs. *Seminars in Dialysis*, 18(2), 91 – 97. doi:10.1111/j.1525-139X.2005.18209.x
- Trevín GM, Vázquez BÁ, Gacel JFG. Ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento dialítico incluidos en el plan de trasplante renal. *Mul Med*. 2018;22(1):26–38.
- Ugurlu, N., Bastug, D., Cevirme, A., & Uysal, D. (2012). Determining quality of life, depression and anxiety levels of hemodialysis patients. *Healthmed*, 6(8), 2860-2869.

Vásquez, I., Valderrábano, F., Fort, J., Jofré, R., López-Gómez, J. M., Moreno, F. *et al* (2004). Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. *Nefrología*, XXIV (2), 167-174.

Vecchio, M., Palmer, S. C., Tonelli, M., Johnson, D. W. & Strippoli, G. F. (2012). Depression and sexual dysfunction in chronic kidney disease: a narrative review of the evidence in áreas of significant unmet need. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 27(9), 3420-3428. doi: 10.1093/ndt/gfs135

Williams, A. (1985). Economics of coronary artery bypass grafting. *British Medical Journal*, 291, 326-329.

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.

Zahid, N., Abdul, B., Abdul, Q., Mirwais, K., & Sandal, K. (2021). Assessment of quality of life in patients with end stage renal failure using KDQOL-SF. *Archives of Renal Diseases and Management*, 6(1), 15–22. doi.org/10.17352/2455-5495.000037

Zahlis, E. H., & Shands, M. E. (1991). Breast cancer: Demands of the illness on the patient's partner. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9(1), 75–93. https://doi.org/10.1300/J077v09n01_04

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

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.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimento Informado

Estudo sobre O Ajustamento Psicológico em doentes com Insuficiência Renal Crónica: sua influência na percepção da Dor e Qualidade de Vida.

Consentimento informado

Informação para o doente

Caro utente,

Está a ser realizado um estudo com o objectivo de avaliar O Ajustamento Psicológico em doentes com Insuficiência Renal Crónica: sua influência na percepção da Dor e Qualidade de Vida.

O referido estudo tem como objectivos quantificar a prevalência da dor nos pacientes submetidos a diálise peritoneal na Unidade de Nefrologia do Hospital São João; a influência do ajuste diádico na Qualidade de Vida do paciente com Insuficiência Renal Crónica e o nível de sintomatologia do paciente tendo em conta aspectos importantes como é o caso do fator cronicidade (duração da doença), do ajustamento diádico.

Com essa finalidade, gostaria de lhe fazer algumas perguntas acerca do seu processo de adaptação aos tratamentos / quotidiano. Estas questões serão obtidas nas respostas aos seguintes questionários:

nº1 *A Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar* (HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale) - com o objectivo de avaliar a Depressão, Ansiedade e Afeto Negativo;

nº2 *O Inventário Resumido da Dor* (BPI – Brief Pain Inventory) - com o objectivo de avaliar a Dor;

nº3 *A Escala de Ajustamento Diádico* (AD – Dyadic Adjustment Scale) - com o objectivo de avaliar a relação conjugal;

nº4 *Qualidade de Vida* (WHOQOL-BREF) - com o objectivo de avaliar a Qualidade de Vida do paciente.

O tempo previsto para os 4º questionários são cerca 20 minutos, é absolutamente confidencial e anónimo tendo sido o mesmo autorizado pelo hospital. Só responde se quiser e ao que quiser, e as suas respostas não vão ter qualquer influência no seu tratamento ou na sua doença.

Há alguma pergunta que me queira fazer sobre o estudo?

Investigador Responsável

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente) _____

_____, declaro que compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo que se está a realizar bem como da minha participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Por isso, aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado autorizando que me seja aplicado o questionário proposto pelo investigador. Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Data: ____/_____/2020

Assinatura do doente: _____

Anexo 2. Questionário Sócio-Demográfico e Clínico

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

QSD&C

A1.	Data de Administração	____/____/____
A2.	Tempo de Administração	_____
A3.	Idade	

A4.	Sexo	
	1. Masculino	
	2. Feminino	

A5.	Escolaridade	
	Não sabe ler nem escrever	
	Sabe ler e/ou escrever	
	1.º-4.º anos	
	5.º-6.º anos	
	7.º-9.º anos	
	10.º-12.º anos	
	Estudos Universitários	
	Formação Pós-Graduada	

A6.	Profissão:	
	1. Empregado(a) a tempo inteiro;	
	2. Empregado(a) a tempo parcial;	
	3. Desempregado(a);	
	4. Reforma antecipada;	
	5. Reforma não antecipada;	
	6. Pensão de invalidez;	
	7. Doméstico(a);	
	8. Estudante;	

9. Trabalhador-estudante.	
---------------------------	--

A7.1	Freguesia	
A7.2.	Concelho	
A7.3.	Distrito	

A8.	Estado Civil	
	Solteiro(a)	
	Casado(a)	
	União de facto	
	Separado(a)	
	Divorciado(a)	
	Viúvo(a)	

B1.	Recebeu um transplante prévio?	
	Sim	
	Quantos?	
	Não	

B2a.	Quanto tempo leva em tratamento em Diálise Peritoneal?

B2b.	Quanto tempo mediou desde o diagnóstico até ao começo do tratamento substitutivo renal?

B2c.	Antes de iniciar o actual tratamento substitutivo renal, esteve sujeito a outra técnica de Dialítica?	
	Sim	
	Não	

B2d.	Quantas vezes esteve hospitalizado no ano anterior?	

B2e.	Quantos dias esteve hospitalizado?	

C.	Comorbilidade	
	É diabético?	

D.	Forma de administração do questionário	
	1. Auto-administrado	
	2. Assistido pelo entrevistador	
	3. Administrado pelo entrevistador	

E.	Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

F.	Teve alguma dificuldade em responder às perguntas que lhe foram colocadas?

Variáveis demográficas e clínicas. Com o intuito de caracterizar a amostra, procedeu-se à elaboração de um questionário sociodemográfico e clínico (QSD&C) (Anexo 2). O mesmo é constituído por 24 itens, sendo que, 3 itens são de carácter geral, 8 de carácter sociodemográfico, 11 de carácter clínico e 2 que permitem ao entrevistado falar sobre o estudo e sobre o QSD&C.

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo 3. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:

- Completamente

HADS

- Não dou a atenção que devia
- Talvez cuide menos que antes
- Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Bastante menos agora
- Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

Anexo 4. Whoqol-Bref

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square$			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ $\square + \square + \square$			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos

A2 Data de Nascimento ____/____/____

A3 Sexo Masculino
 Feminino

A4	Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	<input type="text"/>
		Sabe ler e/ou escrever	<input type="text"/>
		1 ^o -4 ^o anos	<input type="text"/>
		5 ^o -6 ^o anos	<input type="text"/>
		7 ^o -9 ^o anos	<input type="text"/>
		10 ^o -12 ^o anos	<input type="text"/>
		Estudos Universitários	<input type="text"/>
		Formação pós-graduada	<input type="text"/>

A5 Profissão

A6.1	Freguesia	<input type="text"/>
A6.2	Concelho	<input type="text"/>
A6.3	Distrito	<input type="text"/>

A7	Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="text"/>
		Casado(a)	<input type="text"/>
		União de facto	<input type="text"/>
		Separado(a)	<input type="text"/>
		Divorciado(a)	<input type="text"/>
		Viúvo(a)	<input type="text"/>

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem? _____

B2 Há quanto tempo? _____

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo 5. Inventário Resumido da Dor

7 Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

8 Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o **alívio** que sentiu.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Nenhum Alívio
alívio completo

9 Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:

A **Actividade geral**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

B **Disposição**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

C **Capacidade para andar a pé**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

D **Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

E **Relações com outras pessoas**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

F **Sono**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

G **Prazer de viver**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

Anexo 6. Escala de Ajustamento Diádico

Escla de Ajustamento Diádico (DYADIC ADJUSTMENT SCALE)

Muitas pessoas têm desacordos nos seus relacionamentos. Por favor, indique o grau aproximado de acordo ou desacordo entre você e a (o) sua (seu) parceira (o) para cada questão da seguinte lista colocando um X. Coloque o X em apenas uma opção para cada questão.

	Concordamos Sempre	Concordamos na maioria do tempo	Discordamos Ocasionalmente	Discordamos Frequentemente	Discordamos na maioria do tempo	Discordamos Sempre
01. Administração das Finanças da Família.						
02. Assuntos de Recreação.						
03. Assuntos Religiosos.						
04. Demonstrações de Afecto.						
05. Amigos.						
06. Relações Sexuais.						
07. Comportamento correcto ou apropriado.						
08. Filosofia de Vida.						
09. Em relação a negócios com parentes.						
10. Propósitos, metas e coisas importantes.						
11. Quantidade de tempo gasto juntos.						
12. Tomada de decisões importantes.						
13. Tarefas domésticas.						
14. Atividades e tempo de lazer.						
15. Decisões profissionais.						

	Todo o Tempo	A maioria do tempo	Mais frequente do que não	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
16. Quantas vezes vocês têm discutido ou considerado o divórcio, separação ou término do relacionamento?						
17. Quantas vezes você e a (o) sua (seu) parceira (o) saem de casa após uma discussão?						
18. Em geral, quantas vezes você pensa que as coisas entre você e a (o) sua (seu) parceira (o) estão indo bem?						
19. Você confia na (no) sua (seu) parceira (o)?						
20. Você arrepende-se de ter casado (ou ir viver junto)?						
21. Quantas vezes você e a (o) sua (seu) parceira (o) discutem?						
22. Quantas vezes você e a (o) sua (seu) parceira (o) se irritam um ao outro?						

	Todo o Dia	Na maioria dos dias	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
23. Você beija a (o) sua (seu) parceira (o)?					

	Todos eles	A maioria deles	Alguns deles	Poucos deles	Nenhum deles
24. Você e a (o) sua (seu) parceira (o) envolvem-se em interesses externos juntos?					

Quantas vezes você diria que os seguintes eventos ocorrem entre você e sua (seu) parceira (o) ?

	Nunca	Menos do que uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Uma vez ao dia	Mais frequente
25. Têm uma estimulante troca de ideias.						
26. Riem juntos.						
27. Calmamente discutem alguma coisa.						
28. Trabalham juntos num projeto.						

Existem algumas coisas sobre as quais os casais às vezes concordam e às vezes discordam. Indique, se os itens abaixo causaram diferenças de opinião ou foram problemas no seu relacionamento durante as semanas passadas recentes. (Responda sim ou não).

	Sim	Não
29. Estar cansado demais para ter relações sexuais.		
30. Não demonstrar amor.		

31. Os pontos abaixo representam diferentes graus de felicidade no seu relacionamento. O ponto médio “feliz” representa o grau de felicidade da maioria dos relacionamentos. Por favor, indique o ponto que melhor descreve o grau de felicidade, considerando todos os aspectos, do seu relacionamento.

Extremamente Infeliz	Razoavelmente Infeliz	Um pouco Infeliz	Feliz	Muito Feliz	Extremamente Feliz	Perfeito

32. Qual das seguintes afirmações descreve melhor como você se sente sobre o futuro do seu relacionamento?

<input type="checkbox"/>	Quero desesperadamente que o meu relacionamento dê certo e faria quase tudo para que assim seja.
<input type="checkbox"/>	Quero muito que o meu relacionamento dê certo e farei tudo que puder para que assim seja.
<input type="checkbox"/>	Quero muito que o meu relacionamento dê certo e farei a minha parte (o que estiver ao meu alcance) para que assim seja.
<input type="checkbox"/>	Seria bom se o meu relacionamento desse certo, mas não posso fazer mais do que já faço atualmente para que dê certo.
<input type="checkbox"/>	Meu relacionamento nunca dará certo e não há mais nada que eu possa fazer para mantê-lo.

