



## **AGRADECIMENTO**

À Teresa, Rita e Maria, pelo tempo que não pude usufruir com elas.

Aos doentes pela disponibilidade.

Aos colegas pela paciência.

Obrigado.



## RESUMO

A doença crónica é uma causa conhecida para o aparecimento de disfunções psicológicas. A percepção que os doentes têm da sua doença crónica influencia o modo de enfrentar vários desafios: o estado de saúde, estilo de vida e papéis desempenhados. No entanto esta é também influenciada por factores sociodemográficos e clínicos. Esta temática encontra-se pouco estudada nos portadores de doença renal crónica sujeitos a substituição renal. O objectivo deste estudo foi a avaliação da percepção nos doentes sujeitos a terapia de substituição renal. Trata-se de um estudo de natureza descritiva, analítica e correcional, através de métodos de análise quantitativa. É um estudo retrospectivo, transversal, com um único momento de avaliação. A amostra incluía 97 pacientes sujeitos a terapia de substituição renal. O Instrumento de colheita de dados incluía: um questionário sóciodemográfico; um questionário clínico; a escala de Funcionalidade familiar avaliada através da Escala de Apgar Familiar; e a escala Illness Perception Questionnaire – Revised (IPQ-R) (MOSS-MORRIS;WEINMAN 2002), para a avaliação da percepção. Os resultados obtidos demonstram que: a idade influencia a Identidade, as Consequências, o Controlo Pessoal, a Representação Emocional; A Funcionalidade Familiar influencia positivamente o Controlo Pessoal, o Controlo do Tratamento, a Representação Emocional e as Causas; O tempo de diálise influencia a Coerência e as Causas.

**Palavras Chave:** Doença Crónica; Doença Renal Crónica; Percepção de Doença; IPQ – R.



## ABSTRACT

Chronic disease is a known cause for the psychological dysfunctions. The perception that patients have of their chronic disease influences their way to confront several life challenges: the health status, life style and characters on roll. However, it is also influenced by socialdemographic and clinical factors. This theme is currently poorly studied in patients with chronic renal disease submitted to renal substitution treatment. It is a study descriptive, analytical and correlational, through quantitative analysis method. It's, also, a retrospective, transvers study, with only one moment of evaluation. The sample included 97 patients submitted to renal substitution therapy. The Data instrument included: a socialdemographic questionnaire; a clinical questionnaire; the Family Functionality Scale through the Family Apgar Scale; and the Illness Perception Questionnaire - revised (IPQ-R) (MOSS-MORRIS; WEINMAN, 2002), for perception evaluation. Results show that: age influences Identity, Consequences, Personal Control and Emotional Representation; Family Functionality positively influences Personal Control, Treatment Control, Emotional Representation and Causes; Dialysis time of treatment influences Coherency and Causes.

**Keywords:** Chronic Disease; Chronic Renal Disease; Perception; IPQ – R.



## **INDÍCE**

<b>0 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>1 – METODOLOGIA .....</b>	<b>25</b>
1.1– PARTICIPANTES .....	26
1.2 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....	28
1.3 – PROCEDIMENTOS .....	31
1.4 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS .....	31
<b>2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>35</b>
2.1 – ANÁLISE DESCRITIVA .....	35
2.2 – ANÁLISE INFERENCIAL .....	39
<b>3 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....</b>	<b>61</b>
3.1- DISCUSSÃO METODOLÓGICA .....	61
3.2- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	61
<b>4 – CONCLUSÃO .....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>71</b>
<b>APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE 2 - AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS.....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE 3 - AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DO IPQ - R.....</b>	<b>93</b>



## **INDÍCE DE FIGURAS**

Figura 1 – <b>MODELO DE AUTO-REGULAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE DOENÇA DE LEVENTHAL (ADAPTADO DE ODGEN, 2007)</b> .....	20
Figura 2 – <b>DESENHO DE INVESTIGAÇÃO.</b> .....	25
Figura 3 – <b>SÍNTESE DAS RELAÇÕES ENTRE A IDENTIDADE E AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES</b> ..	49
Figura 4 – <b>SÍNTESE DAS RELAÇÕES ENTRE A COERÊNCIA E AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES</b> ...	56



## INDÍCE DE QUADROS

Quadro 1 – caracterização espacial da amostra.....	26
Quadro 2 – estatísticas relativas à idade.....	27
Quadro 3 – caracterização sócio-demográfica .....	27
Quadro 4 - caracterização sociofamiliar da amostra.....	36
Quadro 5 - estatísticas descritivas da funcionalidade familiar.....	36
Quadro 6 – caracterização clínica da amostra.....	37
Quadro 7 - regressão múltipla entre a identidade da percepção e as variáveis independentes.....	49
Quadro 8 - regressão múltipla entre a duração da percepção e as variáveis independentes.....	50
Quadro 9 – regressão múltipla entre as consequências da percepção e as variáveis independentes.....	51
Quadro 10 – regressão múltipla entre o controlo pessoal da percepção e as variáveis independentes.....	52
Quadro 11 – regressão múltipla entre o “controlo do tratamento” da percepção e as variáveis independentes.....	54
Quadro 12 – regressão múltipla entre a coerência da percepção e as variáveis independentes.....	55
Quadro 13 – regressão múltipla entre a duração cíclica da percepção e as variáveis independentes.....	57
Quadro 14 – regressão múltipla entre a representação emocional da percepção e as variáveis independentes.....	58
Quadro 15 – regressão múltipla entre a causas da percepção e as variáveis independentes.....	59



## INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1 – estatísticas relativas à percepção da doença .....	39
Tabela 2 – teste de normalidade relativo à ipq-r.....	40
Tabela 3 – teste t : sexo e percepção da doença.....	41
Tabela 4 – teste kruskal-wallis: estado civil e percepção da doença.....	41
Tabela 5 – teste kruskal-wallis :local de residência e percepção da doença.....	42
Tabela 6 – teste kruskal-wallis habilitações literárias e percepção da doença...	43
Tabela 7 – teste mann-whitney u: situação laboral e percepção da doença.....	43
Tabela 8 – associação entre a funcionalidade familiar e percepção da doença..	44
Tabela 9 – associação entre o tipo de tratamento e percepção da doença.....	44
Tabela 10 – associação entre a existência de comorbilidades e percepção da doença.....	45
Tabela 11 – teste kruskal-wallis escolha do tratamento e percepção da doença	46
Tabela 12 – associação entre a existência de problemas com o acesso de hemodiálise e a percepção da doença.....	47
Tabela 13 – associação entre a existência de problemas com o acesso peritoneal e a percepção da doença.....	47
Tabela 14 – correlação de pearson entre “identidade” da percepção da doença e as variáveis independentes.....	48
Tabela 15 – correlação de pearson entre duração da percepção da doença e as variáveis independentes.....	50
Tabela 16 – correlação de pearson entre consequências da percepção da doença e as variáveis independentes.....	51
Tabela 17 – correlação de pearson entre controlo pessoal da percepção da doença e as variáveis independentes.....	52
Tabela 18 – correlação de pearson entre controlo do tratamento da percepção da doença e as variáveis independentes.....	53
Tabela 19 – correlação de pearson entre coerência da percepção da doença e as variáveis independentes	55
Tabela 20 – correlação de pearson entre duração cíclica da percepção da doença e as variáveis independentes.....	56
Tabela 21 – correlação de pearson entre representação emocional, da percepção da doença e as variáveis independentes.....	57
Tabela 22 – correlação de pearson entre causas da percepção da doença e as variáveis independentes.....	59



## 0 – INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a crescente evolução dos conhecimentos na área da Medicina, permitiu um aumento da longevidade, mas em consequência desta, verifica-se um aumento na incidência das doenças crónicas e incapacitantes.

As doenças crónicas representam um dos maiores problemas de saúde no mundo actual e constituem as primeiras causas de incapacidade e morte prematura. Os factores ambientais próprios das cidades industrializadas, apesar dos factores hereditários ou predisponentes, são as suas causas. As doenças crónicas são variadas e podem afectar todos os sistemas orgânicos. Apesar da diferente etiopatogenia, existem aspectos que se aplicam às várias situações: consistem em situações que se prolongam no tempo, irreversíveis, afectando profundamente a vida dos indivíduos, com implicações físicas, sociais e emocionais; requerem uma ligação contínua aos cuidados dos serviços de saúde; alteram a dinâmica familiar e envolvem sempre alguma incapacidade a longo termo.

As pessoas portadoras de doença crónica podem apresentar um maior risco e maior fragilidade que outros doentes (SORENSEN [et al],1998). Já para PAREDES (2008), a doença crónica faz o indivíduo, procurar formas próprias de assimilar e expressar o mundo.

Os sistemas de saúde do séc. XXI enfrentam actualmente um dos desafios mais importantes que estão relacionados crónicas, pois actualmente e a nível mundial as doenças crónicas afectam mais pessoas do que as doenças infecciosas (GUERRA, 2009).

As investigações dos últimos anos têm-se esforçado por compreender as implicações que o diagnóstico, a progressão da doença e as suas condicionantes têm na vida do indivíduo, tendo sempre em conta que uma doença crónica, tal como o nome indica, acompanhará o indivíduo durante toda a sua vida. As implicações físicas, psicológicas e sociais parecem ser diferentes consoante a idade do aparecimento da mesma, tempo de progressão, grau de limitação e nível de gravidade. Neste contexto, a doença renal crónica, têm vindo a aumentar, e a percepção que o doente tem da mesma influencia a forma como encara o tratamento de substituição renal, que provoca alterações na sua vida pessoal e social.

A doença renal crónica é uma doença que está a atingir níveis de pandemia, e o número de pacientes a realizar terapêutica de substituição renal aproxima-se de valores próximos da epidemia. Como a maior parte das doenças crónicas, como doença cardiovascular, diabetes e cancro, esta não afecta apenas o paciente mas também a sua família amigos e local de trabalho, devido às limitações que trás. Os pacientes com doença

renal crónica enfrentam vários desafios especialmente nos aspectos relacionados com o estado de saúde, estilo de vida e papéis desempenhados (AL-ARABI,2006).

As alterações provocadas na vida do doente com IRC são tantas e tão profundas, que é difícil não afectar a vida familiar, sendo a família confrontada com dificuldades, pois depara-se com a doença de um dos seus membros, e possuindo incertezas quanto ao seu futuro. (DELGADO,2010).

A forma como a doença se reflecte em cada indivíduo portador de IRC, tem também a ver com o impacto dos tratamentos, técnicas, exames e dependência de máquinas. A alteração da vida laboral, familiar e social, com a imposição de horários, dietas, terapêuticas, regras e restrições, leva a alterações da vida, não só do doente com insuficiência renal crónica mas de todos os que o rodeiam.

O termo doença é tido como a imagem que se tem da combinação de aspectos da experiência subjectiva, com situações socioculturais e aspectos biológicos (GOMES, [et al], 2002). Cada um de nós relaciona-se com o meio em que está inserido de forma distinta, e desta forma, é importante considerar as diferenças na convivência com a doença, sendo que, a forma como cada um percebe a sua doença, afecta o modo de a enfrentar, e no confronto com esta, o indivíduo reage aos sintomas físicos de acordo com a sua própria visão do processo saúde/doença.

A avaliação dos sintomas torna-se assim subjectiva, sendo influenciada pelo tipo de importância que cada indivíduo lhe dá, e é, afectada por factores psicológicos e ideias preconcebidas de doença, que faz condicionara maior ou menor importância ao próprio corpo (PRIE e DEVICH,2007).

Cada doente constrói a sua própria história da sua experiência da doença (MARTIN, 2005), e existem pacientes que têm relutância de partilhar com outros a experiência que vivenciam no decurso da mesma, com o receio de parecerem mal informados, ou de entrar em conflito com a equipa multidisciplinar de saúde.

As representações cognitivas de doença resultam do historial médico e psicossocial do indivíduo, armazenadas como memórias de acontecimentos, conhecimentos e aptidões para evitar e tratar a doença, em associação com novas sensações somáticas (LEVENTHAL e CROUCH, 1997), reflecte as crenças individuais do indivíduo sobre o binómio saúde/doença, que conduzem os comportamentos adoptados pelo indivíduo, na tentativa de evitar e controlar a doença, e na manutenção da sua saúde.

A grande variabilidade no modo como as pessoas respondem aos sintomas físicos constitui um dos fenómenos que faz pensar qualquer profissional de saúde. De facto, há pessoas que ignoram sintomas graves, ou que recorrem ao médico numa fase muito avançada da doença, enquanto outras procuram a ajuda dos Profissionais de Saúde logo que detectam a menor alteração física. Alguns autores da Psicologia (LEVENTHAL [et

al],1984), procuram explicar esta variabilidade individual recorrendo, ao papel das representações em saúde e/ou doença.

Assim, os sinais e sintomas não são analisados objectivamente mas integrados em esquemas de doença pré-existentes, conduzindo a representações de doença distintas, de indivíduo para indivíduo. Torna-se claro que as pessoas que recorrem aos serviços de saúde não são seres passivos, limitados a responder a estímulos e a assimilar aquilo que o técnico lhes diz; pelo contrário, os utentes são agentes activos na pesquisa e no tratamento da informação referente ao seu estado de saúde. Os estudos elaborados, com base nestes modelos, têm vindo a demonstrar que os comportamentos relacionados com a saúde, o recurso ao médico e a consequente adesão aos tratamentos são, em grande parte, determinados pela representação que o indivíduo tem sobre, o binómio saúde e doença. Neste sentido, torna-se essencial que os técnicos de saúde considerem as representações de saúde/doença dos seus utentes (STEELE, 1984) e ajustem a informação fornecida de acordo com estas representações, indo assim de encontro à individualidade de cada utente.

A compreensão de como as pessoas se posicionam sobre a sua saúde, avaliam as possíveis ameaças, constroem uma percepção ou representação da doença e lidam com ela, pode constituir uma base mais sólida para intervenções bem sucedidas (OGDEN,2007). As crenças acerca da saúde e também da doença, podem ser usadas para predizer os comportamentos.

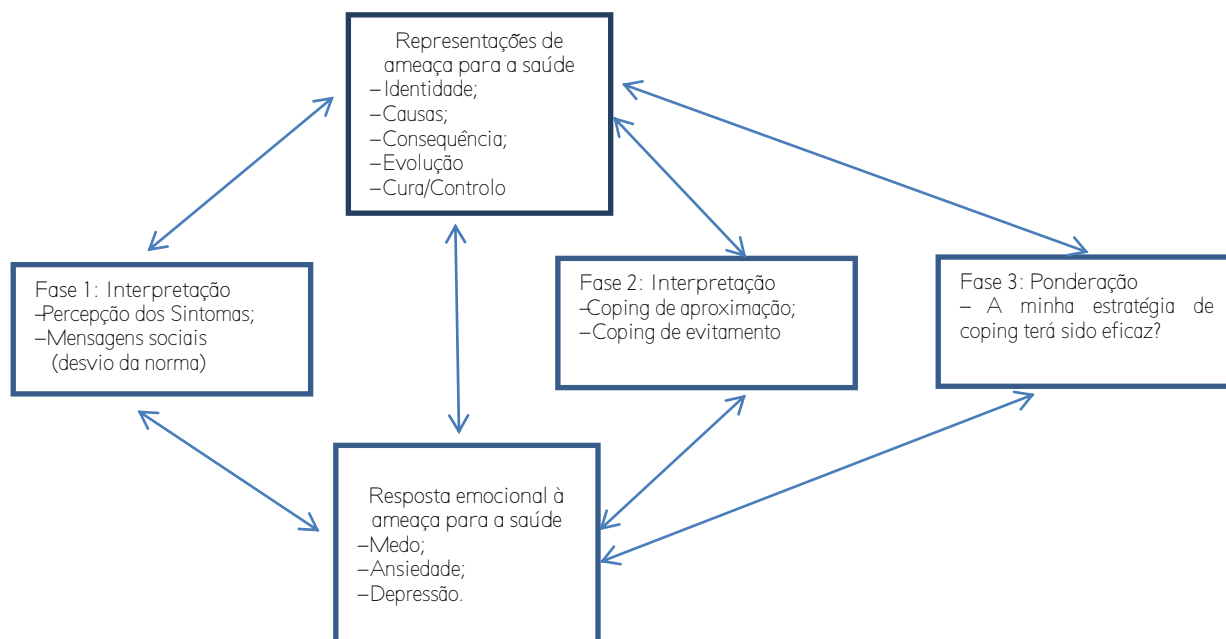
A adopção de determinados comportamentos também é influenciada por diversos factores de natureza sociodemográfica (género, nível socioeconómico e educacional, número de elementos do agregado familiar, acesso a cuidados de saúde), factores de natureza psicológica (emocionais e cognitivos) e factores relacionados com a percepção dos sintomas (PETRIE e WEINMAN, 1997).

As crenças ou representações de doença são vulgarmente designadas na literatura como “cognições de doença”. As cognições de doença são de acordo com LEVENTHAL [et al], (cit. por OGDEN,2007), crenças implícitas de senso comum que o indivíduo tem sobre a sua doença. Trabalhos recentes demonstram que os pacientes criam os seus próprios modelos ou representações da doença, de modo a que esta faça sentido ou que responda aos seus problemas (WEINMAN, PETRIE, MOSS-MORRIS, & HORNE, 1996).

Um dos modelos que surge com uma visão dinâmica, centrado nas crenças individuais sobre a saúde/doença e nas respostas às ameaças de doença, é o modelo de auto-regulação do comportamento (LEVENTHAL;CROUCH, 1997). Neste, LEVENTHAL incorpora o seu modelo de cognições de doença no modelo de auto-regulação de comportamento em saúde (WEINMAN [et al], 1996), em que as crenças que o doente tem acerca dos sinais e sintomas, bem como a sua interpretação, medeiam as respostas comportamentais perante a ameaça à sua saúde. Este modelo, associa os conceitos

teóricos de cognição de doença com as técnicas de resolução de problemas, de modo a explicar o comportamento de coping perante uma doença. A premissa fundamental neste quadro teórico é que o doente é activo na sua resolução de problemas.

Figura 1—MODELO DE AUTO-REGULAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE DOENÇA DE LEVENTHAL (ADAPTADO DE ODGEN, 2007)



Segundo estes autores, as várias componentes das representações de doença, definem-se do seguinte modo:

- Identidade: inclui rótulos abstractos, como o nome da doença e está relacionada com a ideia que o paciente tem acerca da natureza da sua condição, isto é, os sintomas associados e as relações entre eles;
- Causa: inclui as ideias que o paciente tem acerca das causas prováveis da sua doença e que podem ser internas (factores genéticos) ou externas (stress, aspectos alimentares);
- Duração: (ou evolução/dimensão temporal) indica a sua percepção quanto à duração provável dos seus problemas de saúde e pode ser categorizada como aguda (ou de curta duração), crónica, ou cíclica/episódica;
- Consequências: reflectem as crenças do indivíduo acerca da gravidade da doença e o impacto provável no seu funcionamento físico, psicológico, económico e social;
- Cura/controlo: indica até que ponto os pacientes acreditam que a sua condição é passível de cura ou controlo.

A sintomatologia percebida da doença é um elemento essencial na elaboração da representação da mesma e serve de guia para futuras ações (BAUMANN [et al],1989).

Este modelo parte do pressuposto de que comportamentos saudáveis são determinados de forma racional pela forma como cada um se sente desprotegido em relação às ameaças à sua saúde.

Estudos realizados demonstram que a percepção de acontecimentos é influenciada pela posição social (BISHOP,1994), pela informação obtida pelos meios de comunicação social (GAECIA [et al],1996).

A adopção de determinados comportamentos é influenciada por factores de natureza sociodemográfica, tais como, o género, o nível socioeconómico, o grau de educação, o tipo de agregado familiar, o acesso a cuidados de saúde, a influência da família, os factores de natureza psicológica, emocionais e cognitivos, e os factores relacionados com a percepção dos sintomas (PRIE; WEINMAN, 1997).

A representação de uma doença é constituída por vários atributos como por ex. a identidade ou as consequências, que exercem uma influência importante na selecção e manutenção dos comportamentos relacionados com a saúde e os indivíduos têm esquemas mentais, ou protótipos de doença, que influenciam o seu comportamento (BISHOP, 1994; LEVENTHAL; MEYER; NERENZ, 1980). Segundo WEINMAN, PRIE, MOSS-MORRIS e HORNE (1996), a percepção da doença está associada à forma como os indivíduos a interpretam. A avaliação da sua saúde e da saúde dos outros, em geral, é feita pelas pessoas de forma subjectiva e não especializada (BISHOP, 1994). A sintomatologia percebida da doença é um elemento essencial na elaboração da representação da mesma e serve também de guia para futuras ações (BAUMANN, CAMERON, ZIMMERMAN, & LEVENTHAL, 1989). Neste sentido, GAMEIRO (1999) refere que os indivíduos constroem os seus próprios modelos de doença e que estes modelos servem de referência para as suas estratégias de coping. Há estudos que demonstram que a posição social ocupada pelos indivíduos influencia a sua percepção acerca dos acontecimentos (BISHOP, 1994), assim como a informação obtida através dos meios de comunicação social (GAECIA; WAX; GHURTZMANN, 1996). A adopção de determinados comportamentos também é influenciada por diversos factores de natureza sociodemográfica, nomeadamente o género, o nível sócio-económico e educacional, o número de elementos do agregado familiar, o acesso a cuidados de saúde, os factores de natureza situacional, a influência interpessoal dos pares e família, os factores de natureza psicológica, emocionais e cognitivos e os factores relacionados com a percepção dos sintomas (PRIE e WEINMAN, 1997).

A avaliação da representação da doença tem sido realizada com o recurso de entrevistas, e mais recentemente com a utilização do Questionário de Percepção da Doença (IPQ-R) (MOSS-MOSS-MORRIS [et al], 2002), que inclui, na sua mais recente versão, oito dimensões nomeadamente: identidade, duração (aguda, crónica e cíclica), consequências, controlo do tratamento, controlo pessoal, coerência da doença, representação emocional e causas. Segundo os autores, os indivíduos podem ter crenças consistentes que podem dar sentido às suas doenças e ajudar a perceber o desenvolvimento dos sintomas (ODGEN; 2007).

Por auto-regulação entende-se o processo sistemático de tentativas conscientes de modular pensamentos, emoções e comportamentos, por parte do indivíduo, no sentido de alcançar objectivos num ambiente em mudança (ZEIDNER, BOEKAERTS e PRINTRICH 2000) e, quando este conceito se aplica à saúde, espera-se que uma boa auto-regulação se associe a menor probabilidade em desenvolver comportamentos de risco e maior probabilidade para adoptar comportamentos saudáveis. O modelo de auto-regulação do comportamento, desenvolvido por LEVENTHAL e BENYAMINI (1997) surge com uma visão dinâmica, centrada nas crenças individuais sobre a saúde/doença e nas respostas às ameaças de doença. Este modelo tem contribuído para a compreensão dos factores subjacentes à selecção, início e adopção de comportamentos relacionados com a saúde (LEVENTHAL e CROUCH, 1997). Referindo-se ao modelo de auto-regulação do comportamento, BISHOP (1991; 1994), defende que as pessoas leigas em matéria de saúde possuem representações de doença, bem organizadas e estáveis, com importantes implicações na interpretação que os indivíduos fazem da informação sobre a doença, nas estratégias de coping que cada um utiliza para lidar com ela e na avaliação que efectuam relativamente à eficácia do confronto que fazem com a situação. Podemos então dizer que um sintoma não é analisado de forma objectiva mas é integrado num esquema de doença pré-existente, que conduz a distintas representações de doença entre os diferentes indivíduos (por ex. a representação que um indivíduo pode fazer de uma forte dor de costas pode ser muito ansiogénica se um familiar próximo faleceu recentemente com um tumor no rim, enquanto outro sujeito, sem uma experiência semelhante, pode encarar o mesmo sintoma com naturalidade, atribuindo-o ao facto de ter estado sujeito a um esforço intenso durante muitas horas seguidas. Este modelo associa os conceitos teóricos de cognição de doença com a resolução de problemas de modo a explicar o comportamento de coping em que o indivíduo tem um papel activo na sua resolução de problemas.

Assim, e em conclusão, as representações de doença baseiam-se em esquemas de doença, e envolvem diversos processos cognitivos, em que a comparação entre os sintomas actuais e a história prévia de doença influencia a interpretação da doença actual. As

percepções da doença são determinantes principais do prognóstico e adaptação às doenças crónicas (PETRIE, WEINMAN, 1997).

A percepção da doença pela falta de saúde é a forma mais primária que se tem para entender as mudanças patológicas decorrentes das doenças crónicas. A hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*, entre outras, são exemplos de doenças que tem um início por vezes inteiramente inocente e que ao longo dos anos o doente vai tomando conhecimento.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) (2006), o número de doentes com IRC a efectuar terapêutica de substituição renal era de 9189, sendo que 8708 se encontravam num programa de hemodiálise, e os restantes (481) em diálise peritoneal.

Os números são importantes, mas mais importante são os indivíduos que a partir do momento que são diagnosticados, passam a vivenciá-la de uma forma única, pois cada um possui a sua cultura, a sua história de vida, as suas necessidades, a sua forma de reagir às adversidades, e a sua própria percepção da doença e o que conduziu a essa situação.

A insuficiência renal crónica tem um grande impacto na vida dos pacientes, e implica múltiplas perdas tais como: papel familiar, tempo e mobilidade, função sexual, papel laboral (KIMMEL, 2001). Dentro das doenças crónicas, a insuficiência renal crónica, é provavelmente aquela que tem maior impacto no modo de vida, pois causa ao seu portador uma dependência não só em relação à equipa de saúde e outros, mas também depende de uma máquina (Dialisador).

A percepção da doença é um dos factores mais determinantes do comportamento e tem sido associado com os resultados obtidos em matérias tão importantes como a adesão terapêutica e recuperação funcional (LEVENTHAL [et al],1997), e qualidade de vida (TIMMERS [et al], 2008; FOWLER [et al], 2006). A forma como os doentes percebem a sua doença, tem sido estudada com base na teoria da auto-regulação desenvolvida por LEVENTHAL [et al], (1997). Quando confrontados com uma doença as pessoas tendem a criar os seus próprios modelos e representações de forma a que esta faça algum sentido, e de maneira a criar respostas ao problema que enfrentam.

Para dar resposta à questão de investigação, *"Qual a percepção que o doente insuficiente renal crónico a efectuar tratamento de substituição renal, tem da sua doença?"*, traçamos os seguintes objectivos:

- Descrever o contexto demográfico, social e de saúde do insuficiente renal crónico a efectuar tratamento de substituição renal;
- Determinar a percepção da doença, do insuficiente renal crónico a efectuar tratamento de substituição renal;

- Relacionar a percepção da doença do insuficiente renal crónico a efectuar tratamento de substituição renal com as diversas variáveis sociodemográficas, sociais e de saúde.

Este relatório está estruturado em capítulos. O primeiro capítulo é constituído pelos tópicos principais da revisão da literatura que foi efectuada. O segundo capítulo inclui a metodologia onde se refere o desenho e tipo de estudo, meios e tempos, população/amostra, variáveis, métodos e instrumentos e recolha de dados. No terceiro capítulo apresentam-se os resultados. O quarto capítulo engloba a discussão dos resultados.

## 1 – METODOLOGIA

Neste capítulo pretendemos descrever a metodologia utilizada ao longo da investigação empírica.

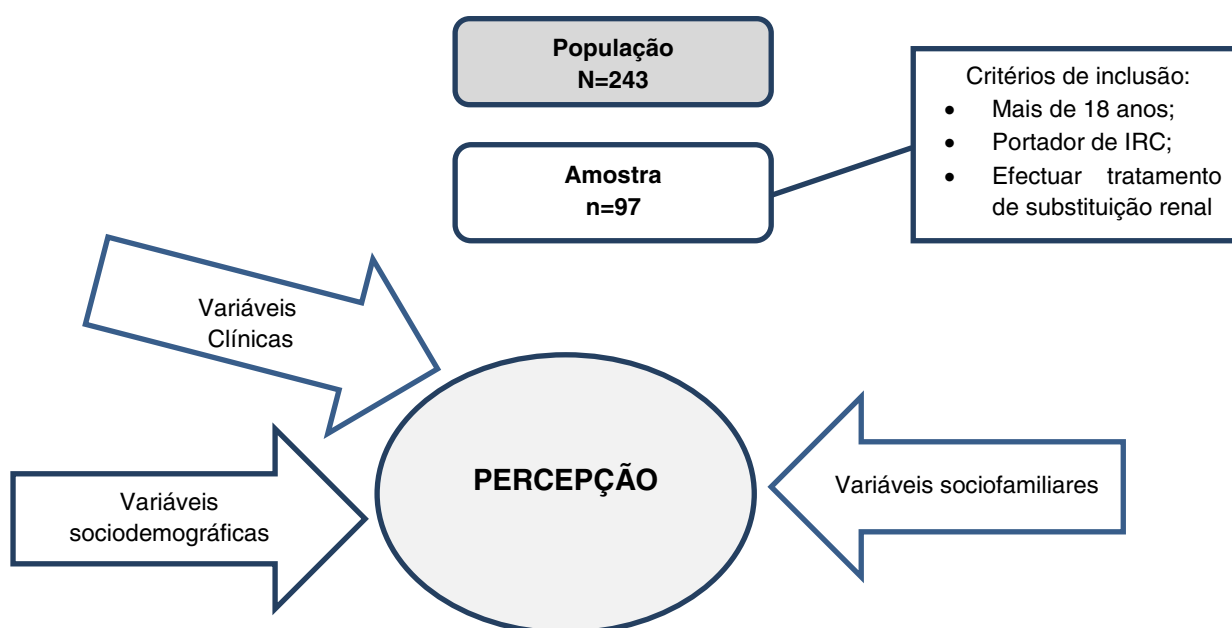
A metodologia deve procurar a solução adequada para a análise do problema em questão e não de um problema qualquer, o que implica o ajuste aos conteúdos e aos objectivos propostos (DIAS, 1999).

É nesta fase do relatório do estudo que se indica: o tipo de investigação realizada, a formulação de hipóteses, as variáveis e a sua operacionalização, havendo coerência entre as definições conceptuais e os critérios de menção; o processo de selecção da amostra; os instrumentos de colheita de dados mais adequados à natureza das variáveis e às características dos elementos da amostra; como se processou a colheita de dados e quais os preceitos éticos considerados; bem como mencionar e justificar as técnicas e medidas estatísticas utilizadas, ou seja, o tratamento estatístico

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, analítica e correcional, através de métodos de análise quantitativa. É um estudo retrospectivo, transversal, com um único momento de avaliação.

O desenho de investigação, a seguir apresentado, tem como objectivo expor as variáveis que seleccionámos.

Figura 2 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO.



## 1.1– PARTICIPANTES

A população do estudo foi constituída por 243 indivíduos com o diagnóstico de Insuficiência Renal Crónica a efectuar tratamento de substituição renal, divididos da seguinte forma, 47 no Serviço de Nefrologia – Unidade de Reposição do Hospital de S. Teotónio de Visu, 83 na clínica Beirodial, Centro Médico e Diálise de Mangualde,SA, e 113 a efectuar tratamento no Serviço de Nefrologia do Hospital de S. João – Porto.

Para a realização do estudo utilizou-se uma amostra intencional, excluindo-se desta todos os indivíduos com idade inferior a 18 anos, e que não sofressem de insuficiência renal crónica, a realizar terapêutica de substituição renal.

No total da amostra 34% dos indivíduos realizam terapêutica de substituição no Hospital de S. Teotónio de Visu, 36,1% dos indivíduos na Clínica Beirodial – Mangualde, e os restantes 29,9% no Serviço de Nefrologia do Hospital de S. João – Porto.

**Quadro 1 – Caracterização espacial da amostra**

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Serviço de Nefrologia e Diálise do Hospital de S. Teotónio – Visu	20	37,7	13	29,5	33	34,0
Beirodial – Mangualde	18	34,0	17	38,6	35	36,1
Serviço de Nefrologia do Hospital de S. João – Porto	15	28,3	14	31,8	29	29,9

### Caracterização sociodemográfica

A amostra é constituída por 97 sujeitos, sendo 54,64% do sexo masculino e 45,36% do sexo feminino.

A **idade** mínima dos sujeitos da amostra é de 19 anos e a máxima de 89 anos, a que corresponde uma média de 58,45 anos, com um desvio padrão de 16,56, e um coeficiente de variação de 27,42 que aponta para a existência de uma dispersão média ( $15% < CV < 30%$ ). Os valores de simetria (SKweness/error=-0.77) indicam uma curva mesocúrtica, e os valores de Kurtose (Kurtosis/error=-1,85) indicam uma curva mesocúrtica.

Apesar da idade das mulheres ser superior à dos homens ( $\bar{X} = 59.45$ ;  $dp = 1588$  versus  $\bar{X} = 57.25$ ,  $Dp = 17.45$ ) o Teste t de Student não revelou diferenças estatisticamente significativas ( $t = -0.650$ ,  $p = 0.517$ )

**Quadro 2 – Estatísticas relativas à idade**

	N	Min	Max	Média	Dp	Cv (%)	Sw/Std Error	Kw/Std Error	t	p
<b>Masculino</b>	53	24	84	59.45	15.88	26.71	0.29	1.94	0.650	0.517
<b>Feminino</b>	44	19	89	57.25	17.45	30.48	-0.67	-0.96		
<b>Valor Global</b>	97	19	89	58.45	16.56	28.33	-0.76	-1.85		

Relativamente ao **Estado Civil**, a maioria dos indivíduos inquiridos têm o estado civil de casado (71,1%).

Quanto à **Residência**, residem maioritariamente na Aldeia (49,5%), distribuindo-se os restantes pela Vila (26,8%) e Cidade (23,7%).

No que concerne às **Habilitações Literárias**, observámos que a maioria dos inquiridos tem o Ensino Primário (41,2%), sendo que apenas 9 indivíduos (9,3%) têm o Ensino Superior.

Podemos constatar que quanto ao **Rendimento Mensal**, 60 indivíduos (61,9%) auferem um valor mensal inferior a 450 Euros.

Em relação à **Situação Profissional antes do início da Diálise**, 38,2% tinham actividade laboral, 32% a tempo inteiro e 6,2% a tempo parcial, e 53,6% já se encontravam na situação de reformado.

No que respeita à **Situação Profissional depois do início da Diálise**, a maioria dos inquiridos estão na situação de reformados (70,1%). Apenas 16,5% dos inquiridos exercem uma actividade laboral.

**Quadro 3 – Caracterização sócio-demográfica**

	Masculino (n = 53)		Feminino (n = 44)		Total (n = 97)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Idade</b>						
[18-30 anos]	1	1,9	4	9,1	5	5,2
[31-40 anos]	5	9,4	5	11,4	10	10,3
[41-50 anos]	15	28,3	7	15,9	22	22,7
[51-60 anos]	7	13,2	8	18,2	15	15,5
[61-70 anos]	7	13,2	8	18,2	15	15,5
[> 70 anos]	18	34,0	12	27,3	30	30,9
<b>Estado Civil</b>						
"Solteiro"	6	11,3	6	13,6	12	12,4
"Casado/União de Facto"	43	81,1	29	65,9	72	74,2
"Divorciado"	2	3,8	2	4,5	4	4,1
"Viúvo"	2	3,8	7	15,9	9	9,3
<b>Residência</b>						
"Aldeia"	25	47,2	23	52,3	48	49,5
"Vila"	14	26,4	12	27,3	26	26,8
"Cidade"	14	26,4	9	20,5	23	23,7

<b>Habilitações Literárias</b>						
“Não sabe ler nem escrever”	1	1,9	3	6,8	4	4,1
“Ensino Primário”	19	35,8	21	47,7	40	41,2
“Ensino Básico”	15	28,3	10	22,7	25	25,8
“Ensino Secundário”	13	24,5	6	13,6	19	19,6
“Ensino Superior”	5	9,4	4	9,1	9	9,3
<b>Rendimento Mensal</b>						
“Inferior a 485€”	30	56,6	30	68,2	60	61,9
“Entre 485€ e 970€”	14	26,4	3	6,8	17	17,5
“Entre 970€ e 1455€”	4	7,5	6	13,6	10	10,3
“Entre 1455€ e 1940€”	3	5,7	2	4,5	5	5,2
“Superior a 1940€”	2	3,8	3	6,8	5	5,2
<b>Situação Profissional antes de iniciar diálise</b>						
“Empregado(a) a tempo inteiro”	23	43,4	8	18,2	31	32,0
“Empregado(a) a tempo parcial”	2	3,8	4	9,1	6	6,2
“Desempregado(a)”	0	0,0	6	13,6	6	6,2
“Reformado(a)”	27	50,9	25	56,8	52	53,6
“Estudante”	1	1,9	1	2,3	2	2,1
<b>Situação Profissional depois de iniciar diálise</b>						
“Empregado(a) a tempo inteiro”	7	13,2	7	15,9	14	14,4
“Empregado(a) a tempo parcial”	0	0,0	2	4,5	2	2,1
“Desempregado(a)”	2	3,8	5	11,4	7	7,2
“Baixa Médica”	5	9,4	0	0,0	5	5,2
“Reformado(a)”	38	71,7	30	68,2	68	70,1
“Estudante”	1	1,9	0	0,0	1	1,0

#### Em síntese:

- A idade varia entre 19 e 89 anos sendo a média de 58,45 anos (Dp 16,56),
- A maioria dos indivíduos tem companheiro (74,20%) que corresponde ao estado “civil casado/união de facto”;
- A maioria dos inquiridos reside em “aldeia” (49,50%);
- Relativamente ao nível de instrução, 61,00% refere ter o “ensino básico”;
- Quanto ao rendimento mensal, 61,90% recebe um valor mensal inferior a 485€;
- Antes do início da diálise 38,20% dos inquiridos encontrava-se “empregado a tempo total/parcial),
- Após o início da diálise apenas 16,50% dos indivíduos inquiridos se encontram empregados.

## 1.2 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Para a recolha de dados utilizou-se um questionário (Apêndice 1), que foi construído para o efeito, e que é constituída por:

- Uma componente sociodemográfica que engloba as seguintes questões: idade, sexo, estado civil, residência, habilitações literárias, rendimento mensal e situação laboral antes e após o início da diálise.

- Uma componente de avaliação do suporte social, composta pelas seguintes questões: coabitação e tipo de apoio;
- Uma componente clínica, com vista a avaliar os seguintes parâmetros: tratamento, tipo de acesso e comorbilidades.
- Funcionalidade familiar avaliada através da Escala de Apgar Familiar - SMILKSTEIN (1978) cit. in AZEREDO e MATOS (1989),

O **APGAR Familiar** (SMILKSTEIN, 1978) é um instrumento composto por 5 questões de resposta rápida e que avalia o modo como o indivíduo se sente no contexto da sua família; é uma medida fidedigna, válida e útil para medir a satisfação do indivíduo com o funcionamento familiar (SMILKSTEIN; ASHWORTH e MONTANO, 1982). A utilização do APGAR Familiar (SMILKSTEIN, 1978) já foi validada em diferentes partes do mundo, não havendo evidências de que a sua utilização seja prejudicada por interferências culturais. O APGAR Familiar (SMILKSTEIN, 1978), pelo curto número de questões e pelo acto da resposta ser feita em três categorias (nunca, às vezes ou sempre), tem a vantagem de ser de fácil e célere aplicação (MARTINI; SOUSA; GONÇALVES e LOPES, 2007). Foi elaborado para ser administrado a partir dos 10 anos e não há evidências e que o nível cultural dos sujeitos condicione as respostas.

As respostas obtidas pontuam 0, 1 ou 2 pontos e o somatório das pontuações permite chegar a um resultado final; é este resultado, que pode variar entre 0 e 10, que dá indicação do nível de funcionalidade da família. Assim, considera-se que um resultado final igual ou superior a 7 aponta para uma família altamente funcional; quando o resultado é inferior a 7 a família é vista como moderadamente funcional, enquanto que resultados inferiores a 4 apontam para disfuncionalidade familiar.

Percepção da doença avaliada através da **Revised Illness Perception Questionnaire** (IPQ-R) (MOSS-MORRIS [et al],2002), Versão portuguesa de FIGUEIRAS; MACHADO e ALVES (2002).

- O IPQ-R, baseia-se no modelo cognitivo de Auto-regulação de LEVENTHAL [et al] (1980, 1997), adaptado e validado por MOSS-MORRIS e colaboradores, com o objectivo de avaliar a representação cognitiva e emocional da doença (MOSS-MORRIS [et al], 2002). Esta escala surge para investigar as cinco componentes cognitivas da representação de doença do modelo proposto por LEVENTHAL, nomeadamente a identidade (número e natureza dos sintomas associados à doença), duração (percepção do paciente acerca da duração da doença), consequências (crenças sobre a severidade e efeitos da doença na vida do doente), controlo/cura (expectativas do doente acerca da recuperação e controlo sobre a sua doença), e causas (ideias pessoais do doente sobre os factores envolvidos no aparecimento da sua doença). MOSS-MORRIS [et al] (2002) efectuou a revisão da escala,

dado que a mesma apresentava limitações na resposta dos sujeitos, nomeadamente no que diz respeito à resposta emocional, que de acordo com o modelo de LEVENTHAL ocorre em paralelo com a resposta cognitiva, tendo incluído no mesmo as dimensões: representação emocional, e coerência da doença, bem como a duração percebida da doença (aguda/crónica) ao acrescentar a dimensão duração cíclica. A dimensão controlo foi dividida em duas componentes, controlo pessoal e controlo do tratamento, dado que em determinadas patologias esta distinção pode ser importante. Assim a versão da IPQ-R, utilizada neste estudo, está estruturada em nove sub-escalas: identidade, duração(aguda/crónica), duração cíclica, consequências, controlo pessoal, controlo do tratamento, coerência da doença, representação emocional, e causas.

As dimensões identidade e causas encontram-se separadas das restantes, por serem consideradas específicas de cada doença, variando com a patologia em questão.

Na primeira sub-escala – **identidade**, é pedido aos sujeitos que identifiquem dos 15 sintomas apresentados, os experienciados, e depois os associem ou não à sua doença renal, de acordo com as afirmações “desde o início da minha doença que tenho sentido este sintoma” e “este sintoma está relacionado com a minha doença”.

A segunda secção é constituída por 38 afirmações, cujas respostas se encontram ordenadas segundo uma escala tipo Likert com 5 pontos, (1) discorda completamente, (2) discorda, (3) não concorda nem discorda,(4) concorda e (5) concorda completamente. Esta secção avalia: **duração aguda/crónica** da doença, com 6 itens (questões 1, 2, 3, 4, 5 e 18); a **duração cíclica**, com 4 itens (questões 29, 30, 31 e 32); as **consequências**, com 6 itens (questões 6, 7, 8, 9, 10 e 11); o **controlo pessoal**, com 6 itens (questões 12, 13, 14, 15, 16 e 17); o **controlo do tratamento**, com 5 itens (questões 19, 20, 21, 22 e 23); a **coerência da doença**, com 5 itens (questões 24, 25, 26, 27 e 28); e a **representação emocional**, com 6 itens (questões 33, 34, 35, 36, 37 e 38). Após a inversão dos itens 1, 4, 8, 15, 17, 18, 19, 23, 28 e 36, a cotação de cada sub-escala é realizada através do somatório de todos os itens e posteriormente dividida pelo número de itens que a compõem.

Na dimensão **duração**, quanto maior o valor obtido maior é a percepção da cronicidade da doença, o mesmo acontece na dimensão **duração cíclica**, em que um valor mais alto está associado a uma percepção de maior periodicidade. Já nas dimensões **consequências** e **coerência da doença**, um valor mais alto indica uma percepção mais negativa das consequências, e a uma compreensão mais pobre da doença, respectivamente.

Nas sub-escalas **controlo pessoal** e **controlo do tratamento**, um valor mais elevado significa uma maior percepção do controlo do doente sobre a doença, assim como a uma maior percepção do controlo do tratamento. Quanto à sub-escala **representação emocional**, quanto mais elevado for o resultado obtido mais negativa é a representação emocional da doença.

Na terceira secção, e no que diz respeito às **causas** quanto maior o valor obtido, maior a concordância com a atribuição causal.

Os dados foram colhidos no período compreendido entre 1 de Março e 30 de Junho de 2011.

Realizámos um pré-teste a 10 inquiridos sendo 4 do género masculino e 6 do género feminino. O pré-teste permitiu colocar em evidência os problemas na formulação das questões assim como a sua sequência, e a forma de registar as respostas. Foram efectuadas algumas alterações ao instrumento de colheita de dados, visando uma melhor compreensão por parte dos inquiridos das questões formuladas.

### 1.3 – PROCEDIMENTOS

Para a realização do estudo e, nomeadamente para a aplicação dos formulários aos participantes, foi necessário enviar um pedido de autorização formal para as várias Unidades de Saúde, a fim de poder ser realizada a colheita de dados. (Apêndice 2)

Foi indispensável enviar um pedido de autorização, aos autores, para utilização das escalas (IPQ-R) (Apêndice 3) e, por fim, foi inevitável pedir o consentimento aos doentes que fizeram parte da nossa amostra, ressaltando a garantia de anonimato e confidencialidade, garantindo os princípios básicos da “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial.

### 1.4 – PROCEDIMENTOS ESTATISTICOS

O tratamento estatístico tem início no processo de colheita de dados culminando com a análise e interpretação dos resultados. No nosso trabalho de investigação iremos proceder ao tratamento dos dados colhidos, através da estatística descritiva analítica e inferencial.

Para o tratamento estatístico dos dados utilizámos o programa informático SPSS 17.0.

Relativamente à estatística descritiva, fazemos uso das frequências relativas e absolutas, como medida de tendência central, utilizamos a média aritmética e como medidas de dispersão utilizamos o desvio padrão e o coeficiente de variação. Para analisar a simetria (Skewness/erro) e a curtose (Kurtosis/erro) utilizamos os seguintes valores (PESTANA ; GAGEIRO, 2008):

A apresentação dos resultados efectuou-se com o recurso de tabelas e quadros onde se apresentam os dados mais relevantes

Relativamente à estatística descritiva e a fim de descrever as nossas variáveis fizemos uso da tabela de frequências, da média ( $\bar{X}$ ), do desvio padrão (dp) e do coeficiente de variação (CV). Quanto ao CV utilizamos os seguintes intervalos: “CV ≤ 15% – Dispersão fraca”; “15% < CV ≤ 30% – Dispersão média”; “CV > 30% – Dispersão elevada” (PESTANA; GAGEIRO, 2008).

Para analisar a simetria Skewness (SK), que se obtém através do quociente entre SK com o erro padrão (EP) utilizamos os valores definidos por PESTANA e GAGEIRO (2008): SK/EP ≤ -1.96 – assimétrica negativa ou enviesada à direita; -1.96 < SK/EP ≤ 1.96 – simétrica; SK/EP > 1,96 – assimétrica positiva ou enviesada à esquerda. Do mesmo modo e para as medidas de achatamento Curtose (K) o resultado também se obtém através do quociente com o erro padrão (EP): K/EP ≤ -1.96 – platicúrtica; -1.96 < K/EP ≤ 1.96 – mesocúrtica; K/EP > 1,96 – leptocúrtica.

Quanto à estatística inferencial, foi aplicado o teste *Kolmogorov-Smirnov* (K-S). Mesmo não se verificando a condição de normalidade, no caso de algumas variáveis, decidi avançar-se com a aplicação de testes paramétricos, uma vez que estes são bastante robustos, a menos que tenham uma distribuição muito diferente da normal. (PEREIRA, 2008).

A estatística não paramétrica, como alternativa aos testes paramétricos, foi utilizada quando a condição da homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou, ou seja, quando o quociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1,5 (PESTANA; GAGEIRO, 2008) utilizamos os testes de U-Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Para a comparação de grupos dependentes ou relacionados, utilizou-se o teste paramétrico *t de Student*. Quando são apresentados dois testes de t (um para variâncias iguais e outro para quando são diferentes), é necessário escolher o mais adequado tendo como base o teste à homogeneidade de Levene (quando a significância deste teste é superior a 0,05, assume-se que as variâncias são iguais).

Realizou-se, quando considerado adequado, uma análise de Regressão Linear Simples entre variáveis de interesse por aplicação do coeficiente de correlação de Pearson. Relativamente a este tipo de teste usámos os valores de r que PESTANA e GAGEIRO (2008) sugerem: r < 0,2 – associação muito baixa; r entre [0.2, 0.39] – associação baixa; r entre [0.4, 0.69] – associação moderada; r entre [0.7, 0.89] – associação alta e r > 0,9 – associação muito alta.

Quando utilizamos apenas uma variável dependente e uma independente, efectuamos uma regressão linear simples. Por outro lado quando comparamos uma variável dependente a mais que uma variável independente efectuamos a regressão múltipla. Como métodos de

estimação utilizámos o Stepwise e o Enter, o primeiro origina tantos modelos quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente e o segundo incorpora as variáveis no modelo numa única etapa.



## 2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A aplicação dos vários instrumentos de colheitas de dados permitiu-nos obter os resultados que em seguida serão apresentados. Optamos apresentar os resultados respeitando a ordem dos instrumentos utilizados e das questões do formulário elaborados para este estudo.

Este capítulo encontra-se organizado em duas partes fundamentais. A primeira apresenta a análise descritiva dos dados e a segunda a análise inferencial dos resultados.

### 2.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

A análise descritiva, é utilizada para descrever os dados através de estatísticas, como por exemplo: média, moda, desvio padrão (PESTANA; GAGEIRO, 2008). Fundamenta-se no estudo das características não uniformes das unidades observadas ou experimentadas.

Os resultados a seguir apresentados, resultam da aplicação do instrumento de colheita de dados. Os dados serão apresentados de acordo com a ordem do instrumento de recolha de dados.

Neste capítulo será também efectuada a análise descritiva da caracterização da amostra estudada, tendo presente as variáveis sócio-demográficas, sociofamiliares e clínicas.

#### **Características Sociofamiliares**

Na caracterização sociofamiliar da existente amostra, enumerámos os seguintes dados. (Quadro 4)

Podemos constatar que 90,6% dos inquiridos vivem com o conjugue, e família restrita ou alargada, apenas 6,2% vivem sozinhos.

Relativamente ao apoio recebido, 61,9% dos indivíduos referem não receber qualquer tipo de apoio, não havendo diferença entre homens e mulheres.

Dos inquiridos que recebem apoio, 83,8% afirmam que este lhe é prestado pela família (apoio familiar).

Quanto ao tipo de funcionalidade familiar, observa-se com maior frequência (96,9%) a **família altamente funcional**.

**Quadro 4 -.Caracterização sociofamiliar da amostra**

	Masculino (n = 53)		Feminino (n = 44)		Total (n = 97)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Com quem vive</b>						
“Cônjuge/companheiro”	22	41,5	15	34,1	37	38,1
“Família Restrita”	22	41,5	21	47,7	43	44,3
“Família Alargada”	4	7,5	4	9,1	8	8,2
“Sózinho”	3	5,7	3	6,8	6	6,2
“Lar”	2	3,8	1	2,3	3	3,1
<b>Apoio</b>						
“Sim”	20	37,7	17	38,6	37	38,1
“Não”	33	62,3	27	61,4	60	61,9
<b>Tipo de apoio</b>						
“Familiar”	18	90,0	13	76,5	31	83,8,
“Amigos”	0	0,0	1	5,9	1	2,7
“Centro de dia”	1	5,0	1	5,9	2	5,4
“Segurança Social”	1	5,0	1	5,9	2	5,4
“Outros”	0	0,0	1	5,9	1	2,7
<b>Apgar Familiar</b>						
“Família Moderadamente Funcional”	3	5,7	0	0,0	3	3,1
“Família Altamente Funcional”	50	94,3	44	100,0	94	96,9

Na amostra em estudo a média da **funcionalidade familiar** obtido é de 13,42 (dp=2,55), o coeficiente de variação (Cv) foi de 18,99% que aponta para a existência de uma dispersão média. Quanto à simetria, é assimétrica negativa (Skewness/error= -7,36), apresentando uma curva leptocúrtica (Kurtosis/error=5,52).(Quadro 5)

Os indivíduos do sexo feminino apresentaram valores médios superiores ( $\bar{X} = 8.61$ , dp = 2.23) aos apresentados pelo sexo oposto ( $\bar{X} = 8.26$ , dp = 2.80), não existindo diferença estatisticamente significativa ( $t = -0.670$ ,  $p = 0.504$ ).

**Quadro 5 - Estatísticas descritivas da funcionalidade familiar**

	N	$\bar{X}$	Dp	Cv (%)	Sw/ Std Error	Kw/Std Error	T	p
<b>Masculino</b>	53	8.26	2.80	33.89	0.290	1.935	-0.670	0.504
<b>Feminino</b>	44	8.61	2.23	25.90	-0.672	-0.960		
<b>Valor Global</b>	97	8.42	2.60	30.20	-7.36	5.52		

**Em suma:**

- A maioria dos inquiridos vive com a **família restrita** e com o **cônjuge** (82,40%); 6,20% residem sozinhos;
- O tipo de funcionalidade observado com maior frequência é **família altamente funcional** (79,40%);

- Relativamente ao tipo de apoio, a maioria refere não ter qualquer apoio (61,90%) e dos que recebem apoio a maioria 83,80% refere ter **apoio familiar**

### Caracterização clínica (Quadro 6)

No que concerne ao, **tempo de diálise**, observa-se que 55,7% dos inquiridos realizam diálise há menos de 2anos, sendo 58,5% dos homens e 52,3% das mulheres. A realizar diálise há mais de 4 anos encontram-se 17,5% da amostra.

Relativamente ao **tipo de tratamento** o mais utilizado pela a nossa amostra é a hemodiálise com 58,8%. Sendo que nos indivíduos do sexo masculina corresponde a 62,3%.

Quanto à forma **como iniciou o tratamento**, 69,1% dos inquiridos iniciaram tratamento através da Consulta Externa.

Observamos que 61,9% da nossa amostra apresenta **comorbilidades** associadas, repartindo-se de igual modo entre homens e mulheres, 60,4% e 63,6% respectivamente.

Analisando a variável **escolha do tratamento**, 49,5% refere que foi o “Médico” a escolher o tipo de tratamento. 34% refere ter escolhido o tratamento “após consulta com médico e Enfermeiro”.

Relativamente ao **tipo de acesso vascular para efectuar hemodiálise**, verificamos que 65,6% dos elementos da amostra apresenta **Fístula arteriovenosa**. Constatata-se que 40% das mulheres apresentam **cateter venoso central**.

Dos inquiridos a maioria dos indivíduos da amostra, 64,5% nunca **teve necessidade de recorrer ao hospital por problemas com o acesso vascular**, não havendo diferença entre os indivíduos de sexo masculino (65,8%) e do sexo feminino (62,5%).

Pela análise da variável, **modalidade de tratamento de Diálise Peritoneal**, constatamos que 81% das mulheres efectuem **Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória**, sendo que no total 71,4% efectuem este tratamento.

**Quadro 6 – Caracterização clínica da amostra**

	Masculino (n=53)		Feminino (n=44)		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Tempo de Diálise</b>						
“Até 2 anos”	31	58,5	23	52,3	54	55,7
“ 2 a 4 anos”	14	26,4	12	27,3	26	26,8
“Mais de 4 anos”	8	15,1	9	20,5	17	17,5
<b>Tipo de Tratamento</b>						
Hemodiálise	33	62,3	24	54,5	57	58,8
Diálise peritoneal	20	37,7	20	45,5	40	41,2

<b>Como iniciou o tratamento</b>						
“Consulta Externa”	35	66,0	32	72,7	67	69,1
“Urgência”	18	34,0	12	27,3	30	30,9
<b>Comorbilidade</b>						
“Não”	21	39,6	16	36,4	37	38,1
“Sim”	32	60,4	28	63,6	60	61,9
<b>Escolha do método de tratamento</b>						
“Médico”	26	49,1	22	50,0	48	49,5
“Eu, após informado pelo meu médico”	10	18,9	6	13,6	16	16,5
“Eu, após consulta com médico e enfermeiro, que me informaram das alternativas”	17	32,1	16	36,4	33	34,0
<b>Tipo de acesso vascular para hemodiálise</b>						
“Fístula arterio venosa”	26	72,2	14	56,0	40	65,6
“Protese vascular”	1	2,8	1	4,0	2	3,3
“Cateter venoso central”	9	25,0	3	40,0	12	31,1
<b>Teve necessidade de recorrer ao hospital por problemas com o acesso vascular</b>						
“Não”	25	65,8	15	62,5	40	64,5
“Sim”	13	34,2	9	37,5	22	35,5
<b>Modalidade de tratamento de Diálise Peritoneal</b>						
“Diálise Peritoneal contínua ambulatoria”	13	61,9	17	81,0	30	71,4
“Diálise Peritoneal Automática”	8	38,1	4	19,0	12	28,6

#### Em suma:

A maioria dos inquiridos realizam diálise há menos de 2 anos 55,70%;

Relativamente ao tipo de tratamento, 58,80% estão em hemodiálise;

Quanto à forma como iniciou o tratamento, a maioria (69,10%) iniciou tratamento através da Consulta Externa;

No que se refere há presença de comorbilidades a maioria (61,90%), refere sofrer de outras patologias;

A escolha do método de tratamento, foi maioritariamente (49,50%) efectuada pelo médico;

A fístula artério venosa, é o tipo de acesso vascular, que a maioria dos inquiridos apresentam para a realização de hemodiálise;

A maioria dos inquiridos, nunca tiveram problemas no acesso vascular (64,50%);

Relativamente à modalidade de tratamento de diálise peritoneal, 71,40% realizam Diálise peritoneal contínua ambulatoria.

#### Características de percepção da doença (respostas ao IPQ-R) (Tabela 1)

Quanto à **identidade** o valor médio é de 5,27 (dp=3,43), oscilando entre 0 e 13.

Relativamente à **duração da doença**, a média é de 20,1 com um desvio padrão de 4,26, com um valor mínimo de 12 e um valor máximo de 30.

As **consequências da doença** apresentam um valor mínimo de 10 e um valor máximo de 30, com um desvio padrão de 4,0 e uma média de 20,1.

Quanto ao **controle pessoal** a média observada é de 20,74, apresentando um Dp de 3,60. Os valores variam entre 12 e 30.

No que concerne ao **controle do tratamento**, a média observada é de 17,27, com um desvio padrão de 2,82, apresenta um valor mínimo de 12 e um valor máximo de 25

No que respeita à **coerência da doença**, verificámos um média de 17,74, com um Desvio padrão de 3,60,variando os valores entre 10 e 25.

Relativamente à **duração cíclica** a média obtida é de 10,84 (dp=3,53), os valores variam entre,4 e 20.

As dimensões **duração** e **consequências**, apresentam o Cv de 18,15 e 16,00%, respectivamente, reveladora de um desvio moderado em torno dos valores médio. Nas restantes dimensões constatamos uma dispersão fraca (Cv < 15%) face aos valores médios

Em relação a simetria, somente as dimensões **duração** e **controle da doença** são assimétricas, sendo que a primeira curva enviesada à direita (Skewness/error=-2,35) e segunda com uma assimetria positiva (Skewness/error=2,93).

Quanto à curtose todas as dimensões são mesocurticas.

**Tabela 1 – Estatísticas relativas à percepção da doença**

	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	dp	Cv(%)	Sw/std error	Kw/std error
<b>Identidade</b>	0	13	5,27	3,43	11,76	0,55	-1,93
<b>Duração</b>	12	30	24,18	4,26	18,15	-2,35	-0,24
<b>Consequências</b>	10	30	20,09	4,00	16,00	0	0,03
<b>Controlo pessoal</b>	12	30	20,74	3,59	12,94	1,59	0,71
<b>Controlo do tratamento</b>	12	25	17,27	2,82	7,97	2,93	1,19
<b>Coerência da doença</b>	10	25	17,74	3,60	12,98	1,37	-0,85
<b>Duração cíclica</b>	4	20	10,84	3,53	12,46	-0,33	-0,82
<b>Representação emocional</b>	9	30	18,80	4,80	23,08	0,23	-1,15
<b>Causas</b>	25	90	65,03	10,95	119,97	-1,93	3,51

## 2.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após a caracterização da amostra, obtida através da análise descritiva dos dados, passamos à abordagem inferencial dos mesmos através da estatística analítica. Procedemos assim à verificação da validade das hipóteses associando algumas das variáveis independentes em estudo às variáveis dependentes.

Foi necessário validar o pressuposto da distribuição normal, efectuando-se o teste Kolmogorov-Smirnov (Tabela 2) que apesar de algumas dimensões da escala violarem a

normalidade, optamos pela utilização dos testes paramétricos pois MAROCO (2007), acrescenta ainda que os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas,

PESTANA e GAJEIRO, (2008) reforçam ainda, que para grupos amostrais com um N superior a 30, a distribuição t com x graus de liberdade aproxima-se da distribuição normal, independentemente da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas.

**Tabela 2 – Teste de normalidade relativo à IPQ-R**

	Kolmogorov-Smirnov	p
<b>Identidade</b>	,089	,058
<b>Duração</b>	,091	,047*
<b>Consequências</b>	,102	,015*
<b>Controlo pessoal</b>	,106	,010*
<b>Controlo do tratamento</b>	,158	,000***
<b>Coerência da doença</b>	,121	,001**
<b>Duração cíclica</b>	,100	,019*
<b>Representação emocional</b>	,071	,200
<b>Causas</b>	,097	,024*

\* - p <0,05  
 \*\* - p <0,01  
 \*\*\* - p <0,001

Contudo, nos grupos cuja dimensão não seja semelhante, utilizamos testes não paramétricos, ou seja, quando o quociente entre a maior dimensão (N) e a menor (n) for superior a 1,5, há grandes afastamentos tanto da normalidade como da homocedasticidade, põe-se em risco as conclusões tidas na análise de variância como refere PESTANA; GAJEIRO (2005, p. 276).

**Hipótese 1 – Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre sexo e percepção da doença**

Analisando a tabela constatamos, que nos indivíduos do sexo masculino registam médias mais elevadas somente no **Controlo do tratamento** e **Coerência da doença** do que os indivíduos do sexo feminino. Contudo não existem diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 3 - Teste t : sexo e percepção da doença**

Sexo	Masculino N=53		Feminino N=44		Levene's p	t	p
	$\bar{X}$	Dp	$\bar{X}$	dp			
<b>Identidade</b>	4,83	3,28	5,80	3,57	0,31	-1,39	0,17
<b>Duração</b>	24,03	4,16	24,36	4,42	0,88	-0,37	0,71
<b>Consequências</b>	20,04	4,16	20,16	3,62	0,10	-0,15	0,88
<b>Controlo pessoal</b>	20,03	4,32	20,27	3,29	0,30	1,17	0,24
<b>Controlo do tratamento</b>	17,53	2,90	16,98	2,73	0,80	0,96	0,34
<b>Coerência da doença</b>	18,02	3,59	17,40	3,63	0,94	0,83	0,41
<b>Duração cíclica</b>	10,62	3,78	11,11	3,22	0,22	-0,68	0,50
<b>Representação emocional</b>	18,51	5,21	19,16	4,30	0,15	-0,66	0,51
<b>Causas</b>	63,92	11,33	66,36	10,46	0,75	-1,09	0,28

**Hipótese 2 – Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre estado civil e percepção da doença**

Analisando a Tabela, verificamos que os indivíduos **Solteiros** apresentam valores médios mais elevados nas dimensões: **Consequências**, **Duração cíclica**, **Representação emocional** e **Causas**. Sendo que os **Casados** apresentam valores médios mais elevados nas dimensões: **Controlo pessoal**, **Controlo do tratamento** e **Coerência da doença**. Na dimensão **Identidade** o grupo que apresenta a média mais elevada é **Divorciado**, e no que diz respeito à dimensão **Duração** o maior valor da média é do grupo **Viúvo**. Verifica-se diferença significativa nas dimensões **Identidade** e **Duração cíclica**.

Efectuada a ordenação das médias, foi aplicada o teste Post Hoc (tukey), tendo sido localizada as diferenças na **Identidade**, entre os indivíduos **solteiros** e **casados** ( $p=0,035$ ;  $R^2=12,63\%$ ). Quanto à **Duração Cíclica**, as diferenças situam-se entre os indivíduos **solteiros** e **casados** ( $p=0,005$ ;  $R^2=0,115$ ).

**Tabela 4 - Teste Kruskal-Wallis: estado civil e percepção da doença**

Estado Civil	Solteiro N=12	Casado N=72	Divorciado N=4	Viúvo N=9	$\chi^2$	p
	Mean rank	Mean rank	Mean rank	Mean rank		
<b>Identidade</b>	67,54	44,72	80,25	44,67	12,12	0,007**
<b>Duração</b>	42,17	49,01	50,13	57,56	1,56	0,67
<b>Consequências</b>	61,04	46,37	50,63	53,28	3,07	0,38
<b>Controlo pessoal</b>	47,54	50,85	50,13	35,67	2,39	0,50
<b>Controlo do tratamento</b>	44,21	51,90	44,50	34,22	3,76	0,29
<b>Coerência da doença</b>	43,46	52,22	43,50	33,11	4,47	0,22
<b>Duração cíclica</b>	74,08	45,39	43,13	47,06	11,07	0,01*
<b>Representação emocional</b>	55,88	47,97	38,63	52,72	1,52	0,68
<b>Causas</b>	53,04	50,13	35,50	40,61	2,08	0,55

$\chi^2$  - Kruskal Wallis  
\*p < 0,05  
\*\*p < 0,01

**Hipótese 3 – Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre o local de residência e a percepção da doença**

Através da Tabela 5, verificamos que os participantes que residem na **Aldeia** apresentam valores médios mais elevados nas dimensões: **Duração, Consequências, Duração cíclica e Representação emocional**, os participantes que vivem na **cidade** apresentam valores médios mais elevados nas dimensões: **Controlo pessoal, Controlo do tratamento, Coerência da doença e Causas**. Na dimensão **Identidade** os participantes que residem na **Vila** apresentam média mais elevada. Não se verificam diferenças significativas em nenhuma das dimensões.

**Tabela 5 -Teste Kruskal-Wallis :local de residência e percepção da doença**

Residência	Aldeia N=48		Vila N=26		Cidade N=23		$\chi^2$	p
	$\bar{X}$	Dp	$\bar{X}$	Dp	$\bar{X}$	dp		
<b>Identidade</b>	5,25	3,38	5,38	3,38	5,17	3,73	0,02	0,98
<b>Duração</b>	24,27	4,23	24,15	3,57	24,04	5,14	0,02	0,98
<b>Consequências</b>	20,37	3,49	19,35	3,70	20,35	5,22	0,61	0,54
<b>Controlo pessoal</b>	20,50	3,61	20,50	3,81	21,52	3,37	0,70	0,50
<b>Controlo do tratamento</b>	16,98	2,95	16,96	2,39	18,26	2,90	1,86	0,16
<b>Coerência da doença</b>	17,44	3,83	17,96	3,48	18,13	3,33	0,35	0,71
<b>Duração cíclica</b>	11,17	3,52	10,54	3,14	10,52	4,03	0,39	0,68
<b>Representação emocional</b>	19,40	4,76	18,62	4,61	17,78	5,12	0,90	0,41
<b>Causas</b>	64,17	10,65	65,26	10,99	66,57	11,83	0,38	0,69

$\chi^2$  - Kruskal Wallis

\*p <0,05

\*\*p<0,01

**Hipótese 4 – Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre habilitações literárias e percepção da doença.**

Verificamos, através da análise da Tabela 6, que os participantes que **não sabe ler nem escrever** apresentam valores médios mais levados nas dimensões: **Identidade, Duração cíclica, Representação emocional e Causas**. Nas dimensões **Duração, Controlo pessoal, Controlo do tratamento e Coerência da doença** são os participantes que frequentaram o **Ensino Secundário**, que apresentam médias mais elevadas. Já os indivíduos que frequentaram o **Ensino Primário** apresentam valores médios mais elevados na dimensão **Consequências**. Verificamos a existência de diferença significativa na dimensão **Coerência da doença**.

Efectuada a ordenação das médias, e após a realização da ANOVA, foi aplicada o teste Post Hoc (tukey), não tendo sido localizada as diferenças na **Coerência da doença**, 12,08% da variação da dimensão anterior é explicada pelas habilitações literárias.

**Tabela 6 - Kruskal-Wallis habilitações literárias e percepção da doença**

Habilitações Literárias	Não sabe ler nem escrever N=4 Mean Range	Ensino primário N=40 Mean Range	Ensino básico N=25 Mean Range	Ensino secundário N=19 Mean Range	Ensino superior N=9 Mean Range	KW	P
Identidade	64,00	45,25	52,86	50,55	45,00	2,58	0,63
Duração	50,63	46,71	50,60	52,74	46,11	0,793	0,94
Consequências	47,50	55,64	44,38	44,32	42,89	3,89	0,42
Controlo pessoal	41,63	47,13	45,82	56,05	54,56	2,34	0,67
Controlo do tratamento	35,50	43,75	53,16	54,92	54,28	4,09	0,39
Coerência da doença	24,75	41,79	58,66	59,32	43,22	11,60	0,02*
Duração cíclica	55,88	47,11	50,86	50,21	46,61	0,64	0,96
Representação emocional	73,63	49,16	47,52	52,34	34,39	5,85	0,21
Causas	61,00	42,70	53,74	57,45	40,67	5,95	0,20

\*p <0,05

**Hipótese 5 – Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre a situação laboral e percepção da doença.**

Analisando a Tabela 7, verificamos que em todas as dimensões os participantes **com actividade** apresentam valores médios mais elevados, não se verificando diferença significativa em qualquer das dimensões.

**Tabela 7 - Teste Mann-Whitney U: situação laboral e percepção da doença**

Situação laboral após o início de diálise	Com Actividade N=16 Mean Range	Sem actividade N=81 Mean Range	U	p
Identidade	61,13	46,60	454,00	0,058
Duração	49,56	48,89	639,00	0,93
Consequências	49,66	48,87	637,50	0,92
Controlo pessoal	56,91	47,44	521,5 <sup>e</sup>	0,22
Controlo do tratamento	51,28	48,55	611,50	0,72
Coerência da doença	53,63	48,09	574,00	0,47
Duração cíclica	54,75	47,86	556,00	0,37
Representação emocional	49,22	48,96	644,50	0,97
Causas	60,00	46,83	472,00	0,087

**Hipótese 6 – Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre funcionalidade familiar e percepção da doença.**

Na análise da Tabela 8, verificamos que quanto às dimensões **Identidade**, **Controlo pessoal**, **Duração cíclica**, **Representação emocional** e **Causas** os participantes que apresentam um Apgar **Altamente funcional** apresentam os valores médios mais elevados. Nas outras dimensões verificamos que os valores médios são obtidos pelos participantes que apresentam um Apgar **Moderadamente Funcional**. Existe significância estatística nas dimensões **Duração** e **Coerência da doença**.

**Tabela 8 – associação entre a funcionalidade familiar e percepção da doença**

Funcionalidade Familiar (Apgar)	Moderadamente Funcional N=3	Altamente funcional N=94	U	p
Identidade	38,17	49,35	108,50	0,50
Duração	81,67	47,96	43,00	0,04*
Consequências	71,67	47,96	73,00	0,16
Controlo pessoal	47,33	49,05	136,00	0,92
Controlo do tratamento	74,00	48,20	66,00	0,12
Coerência da doença	84,67	47,86	34,00	0,03*
Duração cíclica	45,83	49,10	131,50	0,84
Representação emocional	29,50	49,62	82,50	0,22
Causas	37,17	49,38	105,50	0,46

\*p <0,05

**Hipótese 7 – Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre o tipo de tratamento e percepção da doença.**

Através da análise da Tabela 9 verificamos que os participantes que têm como tipo de tipo de tratamento **Hemodiálise** apresentam valores médios superiores nas dimensões **Identidade**, **Consequências**, **Duração cíclica** e **Representação emocional**. Em todas as outras dimensões os valores médios mais elevados encontram-se nos participantes que efectuam **Diálise peritoneal**. Existe diferença estatística nas dimensões **Controlo do tratamento**, **Coerência da doença** e **Causas**.

**Tabela 9 - Associação entre o tipo de tratamento e percepção da doença**

Tipo de Tratamento	Hemodiálise N=57		Diálise Peritoneal N=40		Levene's p	t	P
	$\bar{X}$	Dp	$\bar{X}$	Dp			
Identidade	5,60	3,60	4,80	3,16	0,39	1,13	0,26
Duração	24,05	4,41	24,38	4,07	0,96	0,37	0,72
Consequências	20,75	3,74	19,15	4,21	0,40	1,97	0,05

<b>Controlo pessoal</b>	20,44	3,48	21,18	3,76	0,80	-0,99	0,32
<b>Controlo do tratamento</b>	16,70	2,76	18,10	2,73	0,52	-2,46	0,02*
<b>Coerência da doença</b>	16,88	3,66	18,98	3,17	0,34	-2,93	0,004**
<b>Duração cíclica</b>	11,14	3,56	10,43	3,49	0,79	0,98	0,33
<b>Representação emocional</b>	19,33	4,97	18,05	4,51	0,43	1,30	0,20
<b>Causas</b>	62,19	10,65	69,08	10,20	0,94	-3,18	0,002**

\*p <0,05

\*\*p <0,01

**Hipótese 8 – Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre comorbilidade e percepção da doença.**

No que se refere à comorbilidade (Tabela 10), verificamos que os participantes que referem **ter comorbilidades**, apresentam valores médios mais elevados somente nas dimensões **Identidade**, **Duração**, **Consequências**, **Duração cíclica** e **Representação emocional**. Existe diferença estatisticamente significativa na dimensão **Duração cíclica**.

**Tabela 10 - Associação entre a existência de comorbilidades e percepção da doença**

Comorbilidades	Não N=37		Sim N=60		Levene's p	t	p
	$\bar{X}$	Dp	$\bar{X}$	dp			
<b>Identidade</b>	4,51	3,34	5,73	3,40	0,80	-1,72	0,09
<b>Duração</b>	24,00	4,61	24,30	4,06	0,45	-0,34	0,74
<b>Consequências</b>	19,49	3,88	20,47	4,06	0,57	-1,18	0,24
<b>Controlo pessoal</b>	21,19	4,08	20,47	3,27	0,08	0,08	0,34
<b>Controlo do tratamento</b>	17,43	3,27	17,18	2,53	0,15	0,15	0,68
<b>Coerência da doença</b>	18,22	3,86	17,45	3,44	0,27	0,27	0,31
<b>Duração cíclica</b>	9,86	3,57	11,45	3,40	0,90	0,90	0,03*
<b>Representação emocional</b>	17,59	5,13	19,55	4,47	0,32	0,32	0,05
<b>Causas</b>	65,32	12,66	64,85	9,87	0,22	0,22	0,84

\*p <0,05

**Hipótese 9 – Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre escolha do tratamento e percepção da doença.**

Analisando a Tabela 11 podemos verificar que quanto às dimensões **Identidade**, **Consequências** e **Controlo Pessoal** os valores médios mais elevados encontram-se na opção **Eu, após informação médica**. Já a opção **Eu, após consulta e informação médica e de enfermagem** apresentam valores médios mais elevados nas dimensões **Duração**, **Controlo do tratamento**, **Coerência da doença** e **Causas**. Todas as outras dimensões apresentam valores médios mais elevados na opção **Médico**. As dimensões **Coerência da**

**doença, Representação emocional e Causas** apresentam diferença estatística significativa.

Após a ordenação das médias foi utilizado a ANOVA e o teste Post Hoc (Tukey) para localizar as diferenças estatísticas entre os grupos. Verificou-se que a escolha do tratamento explica: 20,91% da variação **Coerência da doença**; 10,92% da variação **Representação emocional** e 10,55% da variação da **Causas**.

Na **Coerência da doença** as diferenças situam-se:

- entre os que foi o **médico** que decidiu e os que foram os próprios a decidirem **após consulta médica** ( $p = 0,037$ ).
- entre os que foi o **médico** que decidiu e os que foram os próprios a decidirem **após consulta médica e de enfermagem** ( $p = 0,000$ ).

Na **Representação emocional** a diferença situa-se:

- entre os que foi o **médico** que decidiu e os que foram os próprios a decidirem **após consulta médica e de enfermagem** ( $p = 0,004$ ).

Na **Causas** a diferença situa-se:

- entre os que foi o **médico** que decidiu e os que foram os próprios a decidirem **após consulta médica e de enfermagem** ( $p = 0,004$ ).

**Tabela 11 - Kruskal-Wallis escolha do tratamento e percepção da doença**

Escolha do Tratamento	Médico N=48 Mean rank	Eu após informação médica N=16 Mean Range	Eu após Consulta informação médica e de enfermagem N=33 Mean Range	KW	p
Identidade	51,29	52,25	44,09	1,55	0,46
Duração	47,01	45,94	53,38	1,24	0,54
Consequências	52,24	57,47	40,18	5,37	0,07
Controlo pessoal	43,31	57,25	53,27	4,14	0,13
Controlo do tratamento	44,00	44,56	58,42	5,72	0,06
Coerência da doença	36,54	54,75	64,33	20,08	0,00***
Duração cíclica	55,82	41,22	42,85	5,69	0,06
Representação emocional	55,89	54,84	36,15	10,48	0,005**
Causas	41,09	47,41	61,27	10,13	0,006**

\*p <0,05  
\*\*p <0,01  
\*\*\*p <0,001

**Hipótese 10 – Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre problemas com o acesso de hemodiálise e percepção da doença.**

Verificamos, pela análise da Tabela 12 que as dimensões **Identidade, Duração, Consequências e Controlo pessoal** apresentam valores médios mais elevados nos

inquiridos que responderam **Sim**, todas as outras dimensões apresentam médias mais elevadas nos indivíduos que responderam **Não**.

**Tabela 12 - Associação entre a existência de problemas com o acesso de hemodiálise e a percepção da doença**

Problemas com o Acesso de Hemodiálise	Não N=40		Sim N=22		Levene's p	t	p
	$\bar{X}$	Dp	$\bar{X}$	Dp			
Identidade	5,18	3,33	6,14	3,75	0,20	-1,04	0,30
Duração	23,30	4,30	24,77	4,90	0,50	-1,23	0,23
Consequências	19,63	3,99	21,64	3,61	0,77	-1,96	0,05
Controlo pessoal	20,00	3,45	21,36	3,54	0,52	-1,48	0,15
Controlo do tratamento	16,90	2,55	16,77	3,26	0,32	0,17	0,87
Coerência da doença	17,05	3,77	16,73	3,45	0,41	0,33	0,74
Duração cíclica	11,60	3,48	10,14	3,44	0,96	1,59	0,12
Representação emocional	19,23	4,80	19,05	5,47	0,82	0,13	0,89
Causas	63,18	10,92	62,14	10,76	0,77	0,36	0,72

**Hipótese 11 – Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre problemas com o acesso peritoneal e percepção da doença.**

Analisando a Tabela 13 verificamos que as dimensões **Duração**, **Consequências**, **Controlo pessoal** e **Controlo do tratamento** apresentam valores médios mais elevados nos inquiridos que responderam **Sim**, todas as outras dimensões apresentam médias mais elevadas nos indivíduos que responderam **Não**.

**Tabela 13 - Associação entre a existência de problemas com o acesso peritoneal e a percepção da doença**

Problemas com o Acesso peritoneal	Não N=25		Sim N=20		Levene's p	t	p
	$\bar{X}$	Dp	$\bar{X}$	Dp			
Identidade	5,32	3,33	5,25	3,31	0,47	0,07	0,94
Duração	24,32	4,64	24,55	3,91	0,28	-0,18	0,86
Consequências	19,00	4,42	19,60	3,99	0,89	-0,47	0,64
Controlo pessoal	20,92	4,55	22,25	3,46	0,33	-1,08	0,29
Controlo do tratamento	18,24	3,10	18,35	2,81	0,80	-0,12	0,90
Coerência da doença	18,88	3,84	18,55	2,89	0,25	-0,32	0,75
Duração cíclica	11,64	3,96	9,50	3,19	0,13	1,96	0,06
Representação emocional	19,52	5,55	16,95	4,14	0,27	1,72	0,09
Causas	71,36	10,54	66,40	8,49	0,14	1,70	0,10

**Hipótese 12– Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre idade, funcionalidade familiar e Tempo de diálise com a percepção da doença**

**H<sub>12.1</sub> - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre idade, funcionalidade familiar e Tempo de diálise com IDENTIDADE da percepção da doença.**

Para o estudo da variável dependente **Identidade**, com as variáveis independentes referidas na hipótese em estudo, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla. O método de estimação usada foi o de stepwise (passo a passo) que origina tantos modelos quanto o necessário, até conseguir determinar as variáveis que são predictoras da variável dependente. Neste modelo de regressão a variável que apresenta maior correlação com a **Identidade** é a **idade** ( $r=-0,255$ ) e a de menor correlação a **funcionalidade familiar** ( $r=-0,46$ ). As variáveis independentes em estudo **idade** e **funcionalidade familiar**, estabelecem uma relação inversa, **o tempo de diálise** estabelece com a variável dependente uma relação positiva. Destas correlações entre a variável dependente e variáveis independentes, apenas a **idade** é significativa.

**Tabela 14 – Correlação de Pearson entre “identidade” da percepção da doença e as variáveis independentes**

Variáveis	r	p
Idade	-0,255	0,006**
Funcionalidade familiar r	-0,046	0,326
Tempo de diálise	0,154	0,066

\*\*p<0,01

A primeira variável a entrar no modelo de regressão, que apresentou um total de 2 passos, foi a **idade**, pois como se pode verificar pelas correlações inseridas na tabela anterior, é a que apresenta um maior coeficiente de correlação de Pearson com a variável dependente ( $r=-0,255$ ). Esta variável explica no primeiro modelo 6,5% da variação da **Identidade** e o erro padrão de regressão é de 3,333, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da **Identidade**.

No segundo modelo de regressão, para além da **idade**, entrou o **tempo de diálise** estas duas variáveis no seu conjunto, passaram a explicar 11,7% da variabilidade total da **Identidade**, tendo o erro estimado diminuído para 3,256.

A variável independente **Funcionalidade familiar** foi removida do nosso estudo de regressão.

A correlação que estas variáveis estabelecem com a **Identidade** é baixa ( $r=0,342$ ).

Os testes F são todos estatisticamente significativos, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. Os valores de t, dado apresentarem significância estatística, permitem afirmar que as variáveis independentes, que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo na **Identidade** pois os coeficientes de cada uma são diferentes de zero.

Em relação aos coeficientes padronizados beta, denota-se que, a **idade** é o que apresenta maior valor preditivo. Das variáveis independentes em estudo a **idade** estabelece uma relação inversa com a variável dependente, pelo que podemos inferir que quanto menor a idade, melhor é a **Identidade**.

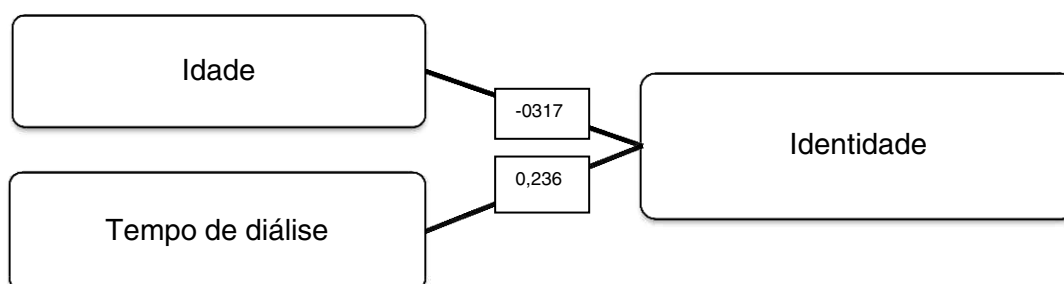
O modelo final ajustado para **Identidade** é dado então pela seguinte fórmula:

$$\text{Identidade} = 8,230 + (-0,066\text{idade}) + (0,280 \text{ tempo de diálise})$$

**Quadro 7 – Regressão Múltipla entre a IDENTIDADE da percepção e as variáveis independentes**

Variável dependente: <b>Identidade</b>					
R = 0,342					
R <sup>2</sup> = 0,117					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0,98					
Erro padrão da estimativa = 3,256					
F=6,240					
p=0,003					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente padronizado	T	P	
Constante	8,230		6,745	0,000	
Idade	-0,066	-0,317	-3,156	0,002	
Tempo de diálise	0,028	0,236	2,354	0,021	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	132,319	2	66,160	6,240	0,003
Residual	996,712	94	10,603		
Total	1129,031	96			

Figura 3 – SÍNTESE DAS RELAÇÕES ENTRE A IDENTIDADE E AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES



**H<sub>12.2</sub> - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre idade, funcionalidade familiar e Tempo de diálise com DURAÇÃO da percepção da doença.**

Para o estudo da variável dependente **Duração**, com as variáveis independentes referidas na hipótese em estudo, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla. O método de estimação usada foi o de enter. Neste modelo de regressão a variável que

apresenta maior correlação com a **Duração** é a idade ( $r=0,122$ ) e a de menor correlação o **tempo de diálise** ( $r=0,002$ ). A variável independente **funcionalidade familiar**, estabelece uma relação inversa, o **tempo de diálise** e **idade** estabelecem com a variável dependente uma relação positiva. Destas correlações entre a variável dependente e variáveis independentes, nenhuma é significativa

**Tabela 15 – Correlação de Pearson entre DURAÇÃO da percepção da doença e as variáveis independentes**

Variáveis	r	p
Idade	0,122	0,116
Funcionalidade familiar r	-0,006	0,475
Tempo de diálise	0,002	0,492

As variáveis independentes explicam apenas 1,6% da **duração** da doença e o erro padrão observado é de 4,294.

A correlação que estas variáveis estabelecem com a **Duração** é muito baixa ( $r=0,126$ ). Em relação aos coeficientes padronizados beta, denota-se que, a **idade** é o que apresenta maior valor absoluto, contudo não estabelece correlação significativa. Sendo assim o modelo apresentado não tem valor preditivo

**Quadro 8 - Regressão Múltipla entre a DURAÇÃO da percepção e as variáveis independentes**

Variável dependente: <b>Duração</b>					
R = 0,126					
R <sup>2</sup> = 0,016					
R <sup>2</sup> Ajustado = -0,016					
Erro padrão da estimativa = 4,294					
F=0.502					
p=0,682					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente padronizado	T	P	
<b>Constante</b>	22,27		7,373	0,000	
<b>Idade</b>	0,034	0,027	1,226	0,223	
<b>Funcionalidade familiar</b>	0,006	0,175	0,035	0,972	
<b>Tempo de dialise</b>	-0,005	0,016	-0,291	0,772	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	27,786	3	9,262	0,502	0,682
Residual	1714,874	93	18,440		
Total	1742,660	96			

**H<sub>12.3</sub> - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre idade, funcionalidade familiar e Tempo de diálise com CONSEQUÊNCIAS DA DOENÇA da percepção da doença.**

Para o estudo da dimensão da variável dependente **Consequências da doença**, com as variáveis independentes referidas na hipótese em estudo, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla. O método de estimação usada foi o de enter. Neste modelo de regressão a variável que apresenta maior correlação com a dimensão em estudo é a **funcionalidade familiar** ( $r=-0,198$ ) que estabelece uma relação inversa com a variável dependente. A de menor correlação é a **idade** ( $r=0,080$ ). Destas correlações entre a variável dependente e variáveis independentes, existe diferença estatisticamente significativa com a variável **funcionalidade família** ( $p=0,03$ ).

**Tabela 16 – Correlação de Pearson entre CONSEQUÊNCIAS da percepção da doença e as variáveis independentes**

Variáveis	r	p
Idade	-0,080	0,22
Funcionalidade familiar r	-0,198,	0,03*
Tempo de diálise	0,092	0,19

\* $p<0,05$

As variáveis independentes explicam apenas 2,4% da dimensão **Consequências da doença** e o erro padrão observado é de 3,946.

A correlação que estas variáveis estabelecem com as **Consequências da doença** é baixa ( $r=0,239$ ). Em relação aos coeficientes padronizados beta, verifica-se que, a **funcionalidade familiar** é a que apresenta maior valor absoluto, não estabelecendo assim, correlação significativa. Sendo assim o modelo apresentado não tem valor preditivo.

**Quadro 9 – Regressão Múltipla entre as CONSEQUÊNCIAS da percepção e as variáveis independentes**

Variável dependente: <b>Consequências da doença</b>				
R = 0,239				
R <sup>2</sup> = 0,057				
R <sup>2</sup> Ajustado = 0.027				
Erro padrão da estimativa = 3,946				
F=1,886				
p=0,137				
Pesos de Regressão				
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente padronizado	T	P

<b>Constante</b>	26,657		9,241	0,000	
<b>Idade</b>	-0,031	-0,127	-1,216	0,227	
<b>Funcionalidade familiar</b>	-0,309	-0,197	-1,917	0,058	
<b>Tempo de diálise</b>	0,012	0,088	0,837	0,405	
<b>Análise de variância</b>					
<b>Efeito</b>	<b>Soma quadrados</b>	<b>GL</b>	<b>Média Quadrados</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Regressão	88,079	3	29,360	1,886	0,137
Residual	1448,085	93	15,571		
Total	1536,165	96			

**H<sub>12.4</sub> - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre idade, funcionalidade familiar e Tempo de diálise com CONTROLO PESSOAL da percepção da doença.**

Procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla, para o estudo da variável dependente **Controlo pessoal**, com as variáveis independentes referidas na hipótese em estudo. O método de estimação usada foi o de enter. Neste modelo de regressão a variável que apresenta maior correlação é **o tempo de diálise** ( $r=0,124$ ) e a de menor correlação a **idade** ( $r=0,029$ ). Nenhuma das correlações entre a variável dependente e variáveis independentes é significativa.

**Tabela 17 – Correlação de Pearson entre CONTROLO PESSOAL da percepção da doença e as variáveis independentes**

Variáveis	R	P
Idade	-0,029	0,388
Funcionalidade familiar r	0,123	0,114
Tempo de diálise	0,124	0,113

As variáveis independentes explicam apenas 2,01% do **Controlo pessoal** e o erro padrão observado é de 3,580.

A correlação que estas variáveis estabelecem com o **Controlo pessoal** é baixa ( $r=0,201$ ). Em relação aos coeficientes padronizados beta, denota-se que, o **tempo de diálise** é o que apresenta maior valor absoluto, contudo não estabelece correlação significativa. Sendo assim o modelo apresentado não tem valor preditivo.

**Quadro 10 – Regressão Múltipla entre o CONTROLO PESSOAL da percepção e as variáveis independentes**

Variável dependente: <b>Controlo pessoal</b>
R = 0,201
R <sup>2</sup> = 0,040
R <sup>2</sup> Ajustado = 0,009

Erro padrão da estimativa = 3,581					
F=1,299					
p=0,280					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente padronizado	T	P	
Constante	18,002		7,144	0,000	
Idade	-0,012	-0,054	-0,515	0,608	
Funcionalidade familiar	0,208	0,147	1,421	0,159	
Tempo de diálise	0,020	0,165	1,550	0,124	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	49,971	3	16,657	1,299	0,280
Residual	1192,586	93	12,824		
Total	1242,557	96			

**H<sub>12.5</sub> - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre idade, funcionalidade familiar e Tempo de diálise com CONTROLO DO TRATAMENTO da percepção da doença.**

Para o estudo da variável dependente **Controlo do tratamento**, com as variáveis independentes referidas na hipótese em estudo, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla. O método de estimação usada foi o de enter. Neste modelo de regressão a variável que apresenta maior correlação com a **Controlo tratamento** é a **idade** ( $r=-0,125$ ) e a de menor correlação a **funcionalidade familiar** ( $r=0,030$ ). A variável independente **idade** estabelece uma relação inversa, com a variável dependente. Destas correlações entre a variável dependente e variáveis independentes, nenhuma é significativa.

**Tabela 18 – Correlação de Pearson entre CONTROLO DO TRATAMENTO da percepção da doença e as variáveis independentes**

Variáveis	r	p
Idade	0,125	0,111
Funcionalidade familiar r	0,030	0,386
Tempo de diálise	0,040	0,349

A correlação que estas variáveis estabelecem com o **Controlo do tratamento** é muito baixa ( $r=0,148$ ), sendo as variáveis independentes responsáveis por 2,2%. Em relação aos coeficientes padronizados beta, denota-se que, a **idade** é o que apresenta maior valor absoluto, contudo não estabelece correlação significativa. Sendo assim o modelo apresentado não tem valor preditivo

**Quadro 11 – Regressão Múltipla entre o “CONTROLO DO TRATAMENTO” da percepção e as variáveis independentes**

Variável dependente: <b>Controlo do tratamento</b>					
R = 0,148					
R <sup>2</sup> = 0,022					
R <sup>2</sup> Ajustado = -0,009					
Erro padrão da estimativa = 2,837					
F=0,699					
p=0,555					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta		Coeficiente padronizado	T	P
<b>Constante</b>	18,045			9,039	0,000
<b>Idade</b>	-0,024		-0,143	-1,345	0,182
<b>Funcionalidade familiar</b>	0,031		0,028	0,265	0,792
<b>Tempo de diálise</b>	0,008		0,082	0,764	0,447
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	16,880	3	5,627	0,699	0,555
Residual	748,604	93	8,050		
Total	765,485	96			

**H<sub>12.6</sub> - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre idade, funcionalidade familiar e Tempo de diálise com COERÊNCIA da percepção da doença.**

Para o estudo da variável dependente **Coerência**, com as variáveis independentes referidas na hipótese em estudo, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla. O método de estimação usada foi o de stepwise (passo a passo) que origina tantos modelos quanto o necessário, até conseguir determinar as variáveis que são predictoras da variável dependente. Neste modelo de regressão a variável que apresenta maior correlação com a **Coerência** é o **tempo de diálise** ( $r = -0,213$ ) e a de menor correlação a **funcionalidade familiar** ( $r = -0,37$ ). Todas as variáveis independentes em estudo, estabelecem uma relação inversa com a variável dependente. Destas correlações entre a variável dependente e variáveis independentes, apenas a idade e o tempo de diálise são significativas.

**Tabela 19 – Correlação de Pearson entre COERÊNCIA da percepção da doença e as variáveis independentes**

Variáveis	R	p
Idade	-0,195	0,028*
Funcionalidade familiar	-0,037	0,360
Tempo de diálise	-0,213	0,018

\*p<0,05

Das variáveis seleccionadas somente o **tempo de diálise** entrou no modelo de regressão, pois como se pode verificar pelas correlações insertas na tabela anterior, é a que apresenta um maior coeficiente de correlação de Pearson com a variável dependente (r=-0,213). Esta variável explica 4,6% da variação da **Coerência** e o erro padrão de regressão é de 3,534, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da **Coerência**.

Os testes F são todos estatisticamente significativos, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. Os valores de t, dado apresentarem significância estatística, permitem afirmar que a variável independente, que entrou no modelo de regressão tem poder explicativo na **Coerência** pois o seu coeficiente é diferente de zero. Em relação aos coeficientes padronizados beta, o **tempo de diálise** apresenta um valor preditivo de -0,213, estabelecendo uma relação inversa com a variável dependente, pelo que podemos inferir que quanto menor o **tempo de diálise**, melhor é a **Coerência**.

O modelo final ajustado para **Coerência** é dado então pela seguinte fórmula:

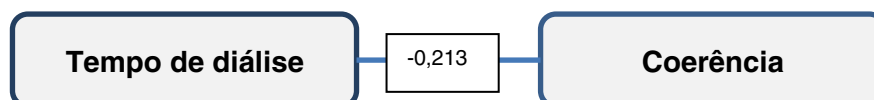
$$\text{Coerência} = 18,571 + (-0,026 \text{ tempo de diálise})$$

**Quadro 12 – Regressão Múltipla entre a COERÊNCIA da percepção e as variáveis independentes**

Variável dependente: <b>Coerência</b>					
R = 0,213					
R <sup>2</sup> = 0,046					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0,035					
Erro padrão da estimativa = 3,539					
F=4,530					
p=0,036					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente padronizado	T	P	
Constante	18,571		35,060	0,000	
Tempo de diálise	-0,026	-0,213	-2,128	0,036	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	P

Regressão	56,735	1	56,735	4,530	0,036
Residual	1189,822	95	12,524		
Total	1246,557	96			

Figura 4 – SÍNTESE DAS RELAÇÕES ENTRE A COERÊNCIA E AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES



**H<sub>12.7</sub> - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre idade, funcionalidade familiar e Tempo de diálise com DURAÇÃO CÍCLICA da percepção da doença.**

Para o estudo da variável dependente **Duração Cíclica**, com as variáveis independentes referidas na hipótese em estudo, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla. O método de estimação usada foi o de enter. Neste modelo de regressão a variável que apresenta maior correlação com a variável dependente, é a **idade** ( $r=-0,180$ ) e a de menor correlação a **funcionalidade familiar** ( $r=-0,025$ ). As variáveis independentes **idade** e **funcionalidade familiar** estabelecem uma relação inversa, com a variável dependente. Destas correlações entre a variável dependente e variáveis independentes, só a **idade** apresenta diferença estatisticamente significativa ( $p=0,039$ )

**Tabela 20 – Correlação de Pearson entre DURAÇÃO CÍCLICA da percepção da doença e as variáveis independentes**

Variáveis	r	p
Idade	-0,180	0,039*
Funcionalidade familiar r	-0,025	0,404
Tempo de diálise	0,085	0,205

\* $p<0,05$

Estas variáveis estabelecem com a **Duração Cíclica** uma correlação baixa ( $r=0,227$ ), sendo as variáveis independentes responsáveis por 5,2%. Em relação aos coeficientes padronizados beta, denota-se que, a **idade** é o que apresenta maior valor absoluto, estabelecendo valor preditivo (Beta padronizado=-0,219;  $t=-2,083$ ;  $p=0,040$ ).

**Quadro 13 – Regressão Múltipla entre a DURAÇÃO CÍCLICA da percepção e as variáveis independentes**

Variável dependente: <b>Duração cíclica</b>					
R = 0,227					
R <sup>2</sup> = 0,052					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0,021					
Erro padrão da estimativa = 3,493					
F=1,684					
p=0,176					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente padronizado	T	P	
Constante	13,535		5,506	0,000	
Idade	-0,047	-0,219	-2,083	0,040	
Funcionalidade familiar	-0,036	-0,026	-0,254	0,800	
Tempo de diálise	-0,017	0,137	1,291	0,200	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	61,673	3	20,558	1,684	0,176
Residual	1135,008	93	12,204		
Total	1196,680	96			

**H<sub>12,8</sub> - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre idade, funcionalidade familiar e Tempo de diálise com REPRESENTAÇÃO EMOCIONAL da percepção da doença.**

Procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla para o estudo da variável dependente **Representação Emocional**, com as variáveis independentes já referidas na hipótese em estudo. Foi usado o método de enter. Neste modelo de regressão a variável que apresenta maior correlação com a **Representação emocional**, é o **tempo de diálise** (r=0,099) e a de menor correlação a **funcionalidade familiar** (r=0,033). A variável independente **idade** estabelece uma relação inversa, com a variável dependente. Nenhuma das correlações é estatisticamente significativa.

**Tabela 21 – Correlação de Pearson entre REPRESENTAÇÃO EMOCIONAL, da percepção da doença e as variáveis independentes**

Variáveis	r	p
Idade	-0,042	0,343
Funcionalidade familiar r	0,033	0,373
Tempo de diálise	0,099	0,167

A correlação existente é muito baixa ( $r=0,130$ ), sendo as variáveis independentes responsáveis por 1,7% da **Representação Emocional**. O **tempo de diálise** apresenta o maior valor absoluto dos coeficientes padronizados beta, contudo não estabelece correlação significativa, não tendo o modelo apresentado, assim, valor preditivo

**Quadro 14 – Regressão Múltipla entre a REPRESENTAÇÃO EMOCIONAL da percepção e as variáveis independentes**

Variável dependente: <b>Representação Emocional</b>					
R = 0,130					
R <sup>2</sup> = 0,017					
R <sup>2</sup> Ajustado = -0,015					
Erro padrão da estimativa = 4,839					
F=0,535					
p=0,660					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente padronizado	T	P	
Constante	18,097		5,315	0,000	
Idade	-0,020	-0,069	-0,643	0,522	
Funcionalidade familiar	0,091	0,048	0,459	0,647	
Tempo de diálise	0,021	0,126	1,168	0,246	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	37,571	3	12,524	0,535	0,660
Residual	2177,707	93	23,416		
Total	2215,278	96			

**H<sub>12.9</sub> - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre idade, funcionalidade familiar e Tempo de diálise com CAUSAS da percepção da doença.**

Procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla para o estudo da variável dependente **Causas**, com as variáveis independentes já referidas na hipótese em estudo. Foi usado o método de enter. Neste modelo de regressão a variável que apresenta maior correlação com as **Causas**, é a **funcionalidade familiar** ( $r=0,194$ ) e a de menor correlação o **tempo de diálise** ( $r=-0,026$ ). A variável independente **idade** estabelece uma relação inversa, com a variável dependente. Existe diferença estatisticamente significativa, com a variável independente **funcionalidade familiar** ( $p=0,029$ ).

**Tabela 22 – Correlação de Pearson entre CAUSAS da percepção da doença e as variáveis independentes**

Variáveis	R	p
Idade	-0,142	0,082
Funcionalidade familiar r	0,194	0,029*
Tempo de diálise	-0,026	0,399

A correlação existente é muito baixa ( $r=0,130$ ), as variáveis independentes são responsáveis por 5,4% da dimensão **Causas**. O maior valor absoluto dos coeficientes padronizados beta é apresentado pela **funcionalidade familiar**, contudo não estabelece correlação significativa, não tendo o modelo apresentado valor preditivo

**Quadro 15 – Regressão Múltipla entre a CAUSAS da percepção e as variáveis independentes**

Variável dependente: <b>Causas</b>					
R = 0,231					
$R^2 = 0,054$					
$R^2$ Ajustado = 0,023					
Erro padrão da estimativa = 10,826					
F=1,753					
p=0,162					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente padronizado	T	P	
Constante	58,862		7,727	0,000	
Idade	-0,086	-0,131,	-1,247	0,215	
Funcionalidade familiar	0,799	0,186	1,806	0,074	
Tempo de diálise	11516,907	0,042	0,398	0,692	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	616,537	3	205,512	1,753	0,162
Residual	10900,370	93	117,208		
Total	11516,907	96			



### **3 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

Após a apresentação dos resultados torna-se essencial analisá-los e interpretá-los, pelo que, este capítulo permite aos investigadores reflectir sobre o estudo efectuado, realçando os dados mais significativos e confrontá-los com o estado da arte.

#### **3.1- DISCUSSÃO METODOLÓGICA**

Os procedimentos metodológicos utilizados na investigação foram de encontro aos objectivos traçados e às características da amostra seleccionada. Foi utilizado o questionário como instrumento de recolha de dados.

Apesar do instrumento de recolha de dados ser o questionário, foi nossa opção estar presente no momento do preenchimento do mesmo, dada a idade da maioria dos inquiridos e ao seu grau de literacia. Esta metodologia possui alguns constrangimentos, pois pode limitar a liberdade das respostas pela presença do entrevistador, e influenciar as respostas, no entanto tem também a vantagem de permitir o esclarecimento de dúvidas no preenchimento dos mesmos.

Outro dos constrangimentos, teve a ver com o momento da colheita de dados, tendo a mesma ocorrido, de forma distinta caso se tratasse de doentes em hemodiálise, ou em diálise peritoneal, assim a recolha foi efectuada durante o tratamento nos casos dos doentes em hemodiálise, e na consulta de rotina no caso dos doentes em diálise peritoneal.

A maior dificuldade para a realização do estudo, resultou também da demora aos pedidos de autorização para a aplicação dos questionários, tendo uma das instituições recusado a mesma, o que veio a limitar a nossa população e amostra.

Contudo e apesar das limitações da nossa investigação, consideramos que os resultados obtidos nos permitem adquirir um conhecimento mais efectivo e real percepção da doença renal crónica.

#### **3.2- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Verificámos nesta investigação que a nossa amostra é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo masculino (54,64%), com uma média de idades de 58,45 anos, tendo o indivíduo mais novo 19 anos e o mais velho 89 anos, a maioria tem o estado civil de casado (71,1%), tendo como habilitações literárias o ensino primário (41,2%), estes dados

corroboraram os estudos realizados por TIMMERS [et al] (2008) e de NORHAYATI [et al] (2011) dedicados à mesma temática.

Quanto à residência, embora a nossa investigação apresente indivíduos que maioritariamente vive na aldeia (49,5%), este facto pode ser explicado por a nossa população ser maioritariamente de áreas urbanas com um grande tecido rural.

No que concerne ao rendimento mensal, verificámos que 60 indivíduos (61,9%) auferem menos de 450€ mensais, e embora muitos se encontrem em idade activa a maioria está na situação profissional de reformado (70,1%), sendo esta uma das implicações das doenças crónicas que se tornam incapacitantes, e no caso da insuficiência renal crónica, com a necessidade de despende muito tempo em tratamentos que não permitem o exercício de uma actividade laboral. Também em MACHADO (2001) os participantes do seu estudo eram maioritariamente do género masculino, casados, reformados, com uma idade média de 63 anos, com baixa escolaridade e provenientes do meio rural.

Quanto às características sociofamiliares, a maioria vive com o conjugue e família restrita (82,4%), com uma funcionalidade familiar caracterizada por altamente funcional (79,4%), e referindo a maioria que não têm qualquer apoio (61,9%). Não tendo encontrado estudos que possam corroborar estes resultados, é de referir que sendo uma população idosa e de um meio rural, poderá explicar-se este tipo de resultados.

Na caracterização clínica da amostra, quanto ao tempo de diálise a maioria da nossa amostra efectua tratamento há menos de 2 anos (55,7%), nos estudos consultados realizados por TIMMERS [et al] (2008) e de COVIC [et al] (2010), apresentam valores médios superiores com o primeiro a apresentar um tempo médio de 4,28 anos e o segundo um tempo de 6 anos. Já no que se refere ao tipo de tratamento a hemodiálise é a que é efectuada pela maioria da nossa amostra (58,8%), que é corroborado com os estudos supracitados, DIJK [et al] (2009) e com os dados da SPN.

Quanto à percepção da doença foram avaliadas todas as dimensões da escala IPQ-R tendo-se encontrado resultados similares a outros estudos dedicados à temática assim os valores da dimensão **Identidade** variaram entre 0 e 13 com uma média de 5,27. No que se refere há **Duração da doença**, obteve-se uma média de 24,18 variando entre 12 e 30 o valor obtido. Quanto às **Consequências** variou entre 10 e 30 com uma média de 20,09. O **Controlo pessoal** apresentou valores entre 12 e 30 obtendo-se uma média de 20,74. A variação no **Controlo do tratamento** foi entre 12 e 25 sendo a média 17,27. Na **Coerência da doença** os valores obtidos encontravam-se entre 10 e 25 com uma média de 17,74. Já no que concerne à dimensão **Duração cíclica** varia entre 4 e 20 sendo a média de 10,84. A dimensão **Representação emocional** apresentou valores que variaram entre 9 e 30 com uma média de 18,80. No que se refere em relação à dimensão **Causas** obteve-se uma média de 65,03 com uma variação entre os 25 e os 90 pontos. Estes resultados que são

corroborados pelos estudos de TIMMERS [et al] (2008) e DIJK [et al](2009) com o mesmo tipo de doentes, também WILGEN [et al](2008) e BIJSTERBOSC [et al] (2009) apresentam resultados em estudos sobre doentes com fibromialgia e artrite respectivamente.

Em relação ao sexo, os indivíduos do sexo masculino apresentam uma maior percepção do **controlo do tratamento** ( $p>0,05$ ) e uma compreensão mais pobre da doença ( $p>0,05$ ).

Os indivíduos solteiros relacionam melhor os sintomas com a doença ( $p=0,007$ ) e têm maior percepção da periodicidade da doença ( $p=0,01$ ) do que os indivíduos casados. no entanto apresentam uma **representação emocional** ( $p>0,05$ ) mais negativa do que os outros grupos.

Os habitantes da Aldeia têm maior percepção da cronicidade da doença ( $p>0,05$ ), têm uma representação mais negativa das consequências ( $p>0,05$ ), têm maior percepção da periodicidade da doença ( $p>0,05$ ) e apresentam uma representação emocional da doença mais negativa ( $p>0,05$ ). Os da Cidade têm uma maior percepção do controlo sobre a doença ( $p>0,05$ ) e do seu tratamento ( $p>0,05$ ). Os residentes na Vila relacionam melhor os sintomas com a doença renal ( $p>0,05$ ).

Constamos que os indivíduos que não tem qualquer tipo de habilitações literárias identificam melhor os sintomas com a sua doença ( $p>0,05$ ), tem maior percepção da periodicidade( $p>0,05$ ), e apresentam uma representação emocional mais negativa ( $p>0,05$ ), o que poderá em parte ser explicado pela participação do investigador no preenchimento dos questionários, e pelo baixo número de inquiridos com estas habilitações ( $n=4$ ). Já os indivíduos com o ensino secundário apresentam uma compreensão mais pobre da doença ( $p=0,02$ ), uma melhor noção da cronicidade da doença ( $p>0,05$ ), maior controlo sobre a doença ( $p>0,05$ ) e maior controlo sobre o tratamento ( $p>0,05$ ).

Os indivíduos que apresentam um Apgar familiar, moderadamente funcional, têm maior noção da cronicidade da doença ( $p=0,04$ ) e uma pior compreensão da doença ( $p=0,03$ ).

Os doentes que são submetidos a hemodiálise apresentam uma menor percepção do controlo do tratamento ( $p=0,02$ ), mas uma maior compreensão da doença ( $p=0,004$ ). Estes resultados estão de acordo com o estudo de TIMMERS [et al] (2008) sobre a associação entre a percepção da doença do doente em diálise e a qualidade de vida.

Os inquiridos que escolheram o tratamento após consulta médica e de enfermagem, apresentam uma representação emocional mais positiva ( $p=0,005$ ), uma melhor identificação das causas da doença ( $p=0,005$ ) e uma compreensão mais pobre da doença ( $p=0,00$ ), do que aqueles que escolheram o tratamento após consulta médica. Estes resultados reforçam a ideia, da importância da consulta de enfermagem, e que esta deverá incidir não só na prestação dos cuidados, mas também no ensino e na promoção da saúde.

No sentido de prever se as variáveis **idade, funcionalidade familiar e tempo de diálise** influenciam a percepção da doença, foram efectuadas regressões lineares com cada uma das dimensões em estudo, tendo-se apenas encontrado modelos preditivos em relação às dimensões Identidade e Coerência da doença.

Assim podemos concluir que quanto menor a idade: melhor é a identificação dos sintomas da doença; mais negativa é a percepção das consequências da doença; pior controlo pessoal sobre a doença; uma menor compreensão da doença; menor percepção da periodicidade da doença; mais negativa é a representação emocional; e menor é o número de causas para o aparecimento da doença.

Quanto à funcionalidade familiar influencia positivamente o controlo pessoal sobre a doença e o tratamento, a representação emocional e a identificação das causas da doença.

Constatamos que quanto maior o tempo diálise melhor é a compreensão e melhor é a identificação das causas da doença.

As correlações encontradas são baixas ( $r < 0,2$ ) para as dimensões (Identidade, Consequências da Doença, Controlo pessoal, Coerência, Duração Cíclica,), sendo muito baixas ( $r$  entre  $[0,2$  e  $0,39]$ ) para as restantes dimensões.

## 4 – CONCLUSÃO

Pode concluir-se que o estudo da problemática da percepção da doença, é bastante importante para a implementação de novas práticas no desempenho da enfermagem, visando o ensino e a promoção da saúde. As formas como comunicamos com os nossos utentes e como os informamos das vicissitudes da doença crónica podem, e devem, ser motivo de análise.

A idade varia entre 19 e 89 anos sendo a média de 58,45 anos, a maioria dos indivíduos tem companheiro (74,20%) que corresponde ao estado “civil casado/união de facto”, a maioria dos inquiridos reside em “aldeia” (49,50%), relativamente ao nível de instrução, 61,00% refere ter o “ensino básico”, quanto ao rendimento mensal, 61,90% recebe um valor mensal inferior a 485€, antes do início da diálise 38,20% dos inquiridos encontrava-se “empregado a tempo total/parcial”, após o início da diálise apenas 16,50% dos indivíduos inquiridos se encontram empregados. A maioria dos inquiridos vive com a “família restrita” e “cônjuge” (82,40%), o tipo de funcionalidade observado com maior frequência é “Família Altamente Funcional” (79,40%), quanto ao tipo de apoio, a maioria refere não ter qualquer apoio (61,90%) e dos que recebem apoio a maioria 83,80% refere ter “apoio familiar”.

A maioria dos inquiridos realizam diálise há menos de 2 anos 55,70%, relativamente ao tipo de tratamento, 58,80% estão em hemodiálise, quanto à forma como iniciou o tratamento, a maioria (69,10%) iniciou tratamento através da “Consulta Externa”, já o que se refere há presença de comorbilidades a maioria (61,90%), refere sofrer de outras patologias.

A escolha do método de tratamento, foi maioritariamente (49,50%) efectuada pelo médico, a fístula artério venosa, é o tipo de acesso vascular, que a maioria dos inquiridos apresentam para a realização de hemodiálise, a maioria dos inquiridos, nunca tiveram problemas no acesso vascular (64,50%).

Relativamente à modalidade de tratamento de diálise peritoneal, 71,40% realizam Diálise peritoneal contínua ambulatoria.

Os resultados obtidos no questionário de percepção da doença, demonstram que temos um longo caminho a percorrer na tentativa de compreender, e melhorar a percepção que os doentes têm da sua doença. Neste sentido tem sido elaborados estudos que relacionam a percepção da doença com prevenção da doença (BYRNE;[et al], 2004), morbidade psicológica (SOUSA; [et al],2008), qualidade de vida (WILGEN;[et al], 2008), ajustamento marital (FIGUEIRAS; [et al], 2002), depressão (NORHAYATI;[ET AL],2011) e

outros, em que os autores comprovam que a percepção da doença é um dos factores que pode influenciar o decorrer normal da vida do portador de doença crónica.

O papel do prestador de cuidados, e principalmente do enfermeiro, pois é quem está mais próximo do doente e quem com ele passa mais tempo, deveria ser mais interventivo no sentido de melhorar a forma com o doente percebe o seu estado de saúde, assim, a educação para a saúde é um instrumento fundamental para atingir este objectivo.

Nos estudos já citados, provou-se a relação entre a percepção e variados factores de ordem psicológica (coping, depressão, ajustamento marital, mortalidade, qualidade de vida).

Assim sugerimos:

- o envolvimento dos enfermeiros, na consulta de decisão terapêutica;
- realização de acções de educação para a saúde, que permitam ao doente esclarecer dúvidas, e participar activamente no seu processo terapêutico;
- o reforço de informação sobre as implicações da doença no seu dia a dia.

Para finalizar, gostaríamos de sugerir, a realização de outros trabalhos que tivessem por tema central a percepção da doença, mas que o mesmo relaciona-se esta com outras variáveis, o que poderá ser de grande importância para a intervenção dos enfermeiros, e pode levar a uma maior visibilidade da nossa profissão.

---

(Luís José Lopes Marques)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AL-ARABI, S. – **Quality of life: subjective descriptions of challenges to patients with end stage renal disease.** Nephrology Nurses, 2006, 33, p.285–92.
- BAUMANN, L.; CAMERON, D.; ZIMMERMAN, R.; LEVENTHAL, H. – **Illness Representation and Matching Labels with Symptoms.** Health Psychology, 1989, 8, p.449-469.
- BIJSTERBOSCH, J.; SCHARLOO, A. [et al.] – **Illness Perception In Patients With Osteoarthritis: Change Over Time An Association With Disability.** Arthritis & Rheumatism, 2009, Vol.1, Nº 8, p.1054-1061. American College of Rheumatology.
- BISHOP, G. – **Understanding the understanding of illness: lay disease representations.** In A. Skolton & R.T. Croyle (Eds.), Mental Representation in Health and Illness, New York 1994, p.32-60. Springer-Verlog.
- BYRNE, Molly; WALSH, Jane; MURPHY, Andrew W. – **Sencondary prevention of coronary heart disease: Patients beliefs and health-related beaviour.** Journal of Psychosomatic Research, 2005, 58, p.403-415. ISSN: 0022-3999. Elsevier.
- DELGADO, Carlos Enrique Yepes [et al.] – **A qualitative study of patient's perceptions of a preventive renal programme in Colombia 2008.** Colombia. Chronic Illness 2010, 6, p.252–262.
- DIJK, Sandra van; [et al.] - **Patients' representations of their end-stage renal disease: relation with mortality.** Nephrology Dialysis Transplant. 2009, 24, p.3183–3185.
- FIGUEIRAS, M.J.; MACHADO, V.A.; ALVES, N.C. – **Os modelos de Senso-comum das Cefaleias crônicas nos casais: relação com o ajustamento marital.** Análise Psicológica, 2002,1 (20), p.77-90.
- GAECIA, I.; WAX, P.; Ghurtzmann, F. – Aspectos Psicossociais do Paciente com Cancro. In A. Murard & A. Katz.. **Bases Clínicas do Tratamento.** Rio de Janeiro.Guanabara Koogan. 1996. P.125-131.
- GAMEIRO, F.; MOOS, E.C.; TEIXEIRA, J.A.C. – Satisfação de sujeitos diabéticos em relação aos cuidados de saúde. In J.L. Ribeiro; I. Leal & M.R. Dias Eds. – **Actas do 3.º congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Psicologia da Saúde nas Doenças Crônicas.** Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. 2000, p.297-310.
- GAMEIRO, Henrique M. – **O Sofrimento na Doença.** Coimbra. Quarteto Editora, 1999. ISBN 972-8535-06-6.

KIMMEL, P. L. – **Depression in patients with chronic renal disease: what we know and what we need to know.** Journal Psychosomatic Resources, 2002,53,4, p.951-956.

LEVENTHAL, E.A.; CROUCH, M. – Are There Differences in Perceptions of Illness. Across the Lifespan. In K.J. Petrie, & J.A. Weinman (Eds.) – **Perceptions of Health and Illness, Current Research & Applications.** Singapore.Harwood Academic Publishers. 1997, p.77-102.

LEVENTHAL, H., LEVENTHAL, E.; CAMERON, L. - Representations, procedures, affect in illness self-regulation, a perceptual-cognitive model. In A. B. Revenson, J.Singer (Eds.) - **Handbook of Health Psychology.** Cambridge: University Press. 2001, p.19-48.

LEVENTHAL, H.; BENYAMINI, Y. – Lay beliefs about health and illness. In A. Baum, S.Newman, J. Weinman, R. West & C. McManus (Eds). **Handbook of Psychology, Health and Medicine.** Cambridge: University Press. 1997, p.131-135.

LEVENTHAL, H.; CAMERON, L. – **Behavioral theories and the problem of compliance. Patient Education and Counselling.** Elsevier Scientific Publishers Ireland Ltd, 1987, 10, p.117-138.

LEVENTHAL, H.; MEYER, D.; NERENZ, D. – The common-sense representations of illness danger. In Rachman, S., (Ed.). **Medical Psychology.** New York: Guilford Press. 1980, 2, p.7-30.

LEVENTHAL, H; BRISSETE, I.; LEVENTHAL, E. A. - The common-sense model of selfregulation of health and illness. In L. D. Cameron and H. Leventhal, (Eds.). **The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour.** New York, Routledge. 2003, p.42-65.

MARTIN, C.R.; THOMPSON, D.R. – **A psychometric evaluation of the hospital anxiety and depression scale in coronary care patients following myocardial infarction.** Psychology, Health & Medicine, 2000, 5,p.193-202.

MOSS-MORRIS, R., WEINMAN, J.; PETRIE, K.J.; HORNE, R.; CAMERON, L.D.; BUICK, D. – **The Revised Illness Perception Questionnaire(IPQ-R).** Psychology and Health, 2002, 17(1), p.1-16.

MOSS-MORRIS, R.; PETRIE, K. J. – **Discriminating between Chronic Fatigue Syndrome and Depression: A cognitive analysis.** Psychological Medicine, 2001, 31, p.469-479.

MOSS-MORRIS, R.; PETRIE, K.J.; WEINMAN, J. – **Functioning in chronic fatigue syndrome: do illness perceptions play a regulatory role?** British Journal of Health Psychology, 1996, 1, p.15-25.

NORHAYATI, Ibrahim [et al.] – **Illness Perception and Depression in Patients with End-Stage Renal Disease on Chronic Haemodialysis.** Texas. The Social Sciences, 2011, 6 (3), 221-226. ISSN: 1818-5800.

- OGDEN, J. **Health psychology: a textbook**. Buckingham: Open University Press. 2007. ISBN: 978 0 335 22263 6.
- PESTANA, M.H.; GAGEIRO, J. N.. **Análise de Dados para Ciências Sociais, A complementariedade do SPSS (3ª Ed.)**. Lisboa, 2003, Edições Sílabo.
- PETRIE, K. ; MOSS-MORRIS, R. – Coping with chronic illness. In A. Baum; S.Newman; J. Weinman; R.West; C. McManus (Eds) – **Cambridge Handbook of Psychology,Health and Medicine Cambridge**. UK: Cambridge University Press, 1997, p. 84-86.
- PETRIE, K.; MOSS-MORRIS, R.; WEINMAN, J. – **The impact of catastrophic beliefs on functioning in chronic fatigue syndrome**. Journal of Psychosomatic Research,1995, 39 (1), p.31-37.
- PETRIE, K.; WEINMAN, J – Perceptions of Health & Illness. In K.J Petrie & J.A. Weinman (Eds.) – **Perceptions of Health and Illness. Current Research & Applications** Singapore: Harwood Academic Publishers. 1997, p. 1-17. ISSN: 0022-3999. Elsevier.
- PETRIE, K.J.; CAMERON, L.D.; ELLIS, C.J.; BUICK, D.; WEINMAN, J. – **Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomised controlled trail**. Psychosomatic Medicine, 2002, 64, p.580-586.
- PETRIE, K.J.; MOSS-MORRIS, R.; WEINMAN, J.A. – **Catastrophic beliefs and their implications in the chronic fatigue syndrome**. Journal of Psychosomatic Research, 1995, 39, p.31-37.
- PETRIE, K.J.; WEINMAN, J.; SHARPE, N.; BUCKLEY, J. – **Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study**. British Medical Journal, 1996, 312, p.1191-1194.
- SCHARLOO, M.; KAPTEIN, A.A. – Measurement of illness perceptions in patients with chronic somatic illness: a review: In K.J. Petrie & J. Weinman (Eds.) **Perceptions in Health and Illness: Current Research and Applications**. London: Harwood Academic Publishers. 1997, p.103-135.
- SCHARLOO, M.; KAPTEIN, A.A. [et al.] – **Patients illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow up**. Journal Dermatology, 2000, 142(5), p.899-907.
- SCHARLOO, M.; KAPTEIN, A.A. [et al.] – **Physical and psychological correlates of functioning in patients with chronic obstructive pulmonary disease**. Journal of Asthma, 2000, 37, p.17-29.
- SCHARLOO, M.; KAPTEIN, A.A. [et al.] – **Predicting functional status in patients with rheumatoid arthritis**. Journal of Rheumatology, 1999, 26(8), p.1686-93.

SORENSEN; LUCKMANN. **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica.** Lisboa. Lusodidacta, p.452-472.

SOUSA, Cláudia; PEREIRA, M. Graça. **Morbilidade psicológica e representações da doença em pacientes com esclerose múltipla.** Psicologia, Saúde & Doenças, 2008, 9 (2), 283-298. Lisboa.

STEED, L.; NEWMAN, S.P.; HARDMAN, S.M.C. – **An examination of the self-regulation model in atrial fibrillation.** British Journal of Health Psychology, 1999, 4(4), p.337-347.

TIMMERS, L. [et al.] - **Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life.** Psychology & Health. 2008, 23 (6), ISSN: 679-690.

WEINMAN, J.; PETRIE, K.; SHARPE, N.; WALKER, S. – **Causal attributions in patients and spouses following a heart attack and subsequent lifestyle changes.** British Journal of Health Psychology, 2000, 5, p.263-273.

WILGEN, C. PAUL [ET AL.] – **Illness Perceptions in Patients With Fibromyalgia and Their Relationship to Quality of Life and Catastrophizing.** Arthritis & Rheumatism. 58, 11, 2008, p.3618-3626.

## APÊNDICES



# APÊNDICE 1

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS





## **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

**Orientador:** António Madureira Dias

**Investigadores:** João Baptista

Luís Marques

Sónia Filipa F Cunha

Reconheço que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar. Percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo.

Asseguraram-me que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade.

Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

Pelo presente documento, declaro que autorizo participar no estudo. Preenchendo o questionário que se segue, para recolha de dados.

Assinatura do Participante \_\_\_\_\_ BI nº \_\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## QUESTIONÁRIO

Os estudantes do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, no âmbito da unidade curricular de Relatório Final, estão a desenvolver um trabalho sobre Qualidade de Vida do doente em Diálise. Como tal solicitamos a sua colaboração na obtenção de dados, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas. As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

Assim sendo:

- As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- As suas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação;
- Não é necessário identificar-se com o seu nome, pois a colheita de dados é absolutamente anónima e confidencial.

Gratos pela sua colaboração e disponibilidade prestada.

## I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1 - Idade: \_\_\_\_anos

2 - Sexo:  Masculino  Feminino

3 - Estado Civil:  Solteiro  Casado  Divorciado  Viúvo  União de facto

4 - Residência:  Aldeia  Vila  Cidade

5 - Habilitações literárias:  Não sabe ler nem escrever  
 Ensino primário  
 Ensino básico  
 Ensino secundário  
 Ensino superior

6 – Rendimento mensal (líquido):  Inferior a 485 € (ordenado mínimo)  
 Entre 485 a 970 €  
 Entre 970 a 1455 €  
 Superior a 1455 a 1940 €  
 Superior a 1940 €

7 - Situação Profissional: Qual a profissão? \_\_\_\_\_

	Antes de iniciar diálise	Depois de iniciar diálise
Empregado(a) a tempo inteiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empregado(a) a tempo parcial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desempregado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baixa médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reformado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## II – VARIÁVEIS SOCIOFAMILIAR E SOCIAL

1 - Com quem vive:

- Com o cônjuge/companheiro(a)  
 Com a família restrita (marido, esposa e filhos)  
 Com a família alargada (filhos, marido, esposa, pais, sogros)  
 Sozinho(a)  
 Num lar

2 - Tipo de Apoio que recebe

- Nenhum  
 Familiar  
 Amigos  
 Centro de dia  
 Centro paroquial  
 Segurança social  
 Outros : \_\_\_\_\_

3 - Escala de Apgar Familiar - SMILKSTEIN (1978) *cit. in AZEREDO e MATOS (1989)*

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1) Está satisfeito com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa o preocupa?			
2) Está satisfeito com a forma como a sua família discute assuntos?			
3) Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar (iniciar) novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?			
4) Está satisfeito com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?			
5) Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família?			

### III- CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

1 - Tempo de diálise: \_\_\_\_ anos e \_\_\_\_ meses

2 - Frequência de diálise: \_\_\_\_ vezes/semana

3 - Duração da sessão de diálise: \_\_\_\_ h/sessão

4 - Tipo de tratamento:  Hemodiálise  Diálise peritoneal

5 - Como é que iniciou o tratamento?  Consulta externa  Urgência

6 - Sofre de outras doenças associadas?

Não

Sim. Qual(ais):  HTA  Diabetes  Anemia  Outra. Qual? \_\_\_\_\_

7- Qual das seguintes afirmações descreve melhor o processo de escolha do seu método de tratamento?

O meu médico decidiu.

Eu decidi após informado pelo meu médico.

Eu decidi após consulta Com médico e enfermeiro que me informaram das alternativas.

8 - Qual o acesso vascular que tem para fazer hemodiálise?

Fistula artério-venosa.

Prótese vascular.

Cateter venoso central.

9 - Já teve necessidade de recorrer ao hospital por problemas com o seu acesso vascular?

Não

Sim. Quantas vezes? \_\_\_\_\_

10 - Já teve necessidade de recorrer ao hospital por problemas com o orifício ou peritonite?

Não

Sim. Quantas vezes? \_\_\_\_\_

11 - Que modalidade de tratamento efectua Diálise Peritoneal

Diálise Peritoneal Continua Ambulatória.(DPCA) n° tratamentos\_\_\_\_/dia

Diálise Peritoneal Automática (DPA)

### IV . Qualidade de vida

#### A sua saúde

1. Em geral, diria que a sua saúde é: [Marque um no quadrado que melhor descreve a sua saúde.]

Excelente

Muito Boa

Boa

Razoável

Fraca

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual?

Muito melhor agora do que há um ano atrás

Um pouco melhor agora do que há um ano atrás

Aproximadamente igual há um ano atrás

Um pouco pior agora do que há um ano atrás

Muito pior agora do que há um ano atrás

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nessas actividades? Se sim, quanto? [Marque um em X cada linha.]

	Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes					
Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa					
Levantar ou pegar nas compras de mercearia					
Subir vários lanços de escada					
Subir um lanço de escadas					
Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se					
Andar mais de 1 Km					
Andar várias centenas de metros					
Andar uma centena de metros					
Tomar banho ou vestir-se sozinho/a					

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Diminuiu o <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou noutras actividades?					
Fez <b>menos</b> do que queria?					
Sentiu-se limitado/a no <b>tipo</b> de trabalho ou outras actividades?					
Teve <b>dificuldade</b> em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)?					

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Diminuiu o <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou noutras actividades?					
Fez <b>menos</b> do que queria?					
Executou o seu trabalho ou outras actividades <b>menos cuidadosamente</b> do que era costume					

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Nada                      Um pouco                      Moderadamente                      Bastante                      Imenso

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas                      Muito fracas                      Ligeiras                      Moderadas                      Fortes                      Muito Fortes

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Nada                      Um pouco                      Moderadamente                      Bastante                      Imenso

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Se sentiu cheio/a de vitalidade?					
Se sentiu muito nervoso/a?					
Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?					
Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?					
Se sentiu com muita energia?					
Se sentiu deprimido/a?					
Se sentiu estafado/a?					
Se sentiu feliz?					
Se sentiu cansado/a?					

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre       A maior parte do tempo       Algum tempo       Pouco tempo       Nunca

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

	Absolutamente verdadeira	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
Parece que adoço mais facilmente do que os outros					
Sou tão saudável como qualquer outra pessoa					
Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar					
A minha saúde é óptima					

### A sua doença renal

12. Até que ponto é que cada uma das seguintes afirmações é verdadeira ou falsa para si?

	Completamente verdadeira	Quase toda verdadeira	Não sei	Quase toda falsa	Completamente falsa
A minha doença renal interfere demasiado na minha vida					
Passo demasiado tempo a tratar da minha doença renal					
Sinto-me desanimado/a com a minha doença renal					
Sinto-me um peso para a minha família					

13. Estas perguntas são sobre como se sente e como têm corrido as últimas 4 semanas. Para cada pergunta, dê a resposta que mais se aproxima da forma como se tem sentido.

Quantas vezes nas últimas 4 semanas ...

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Quase Sempre	Sempre
Se isolou das outras pessoas à sua volta?						
Demorou a reagir a coisas que foram ditas ou feitas?						
Se mostrou irritável com os que o/a rodeavam?						
Teve dificuldades em se concentrar ou pensar?						
Se deu bem com as outras pessoas?						
Se sentiu confuso/a?						

14. Nas últimas 4 semanas, até que ponto se sentiu incomodado/a por cada uma das seguintes situações?

	Nada Incomodado	Um pouco Incomodado	Moderadamente Incomodado	Muito Incomodado	Extremamente incomodado
Dores musculares?					
Dor no peito?					
Cãibras?					
Comichão?					
Pele seca?					
Falta de ar?					
Sensação de desmaio e tonturas?					
Falta de apetite?					
Esgotado/a ou sem forças?					
Mãos ou pés dormentes?					
Náusea ou indisposição					

(Apenas para doentes em hemodiálise)

Problemas com a fístula?					
--------------------------	--	--	--	--	--

(Apenas para doentes em diálise peritoneal)

Problemas com seu cateter?					
----------------------------	--	--	--	--	--

### Efeitos da doença renal no seu dia-a-dia

15. Algumas pessoas sentem-se incomodadas com os efeitos da doença renal no seu dia-a-dia, enquanto outras não. Até que ponto é que a doença renal o/a incomoda em cada uma das seguintes áreas?

	Nada Incomodado	Um pouco Incomodado	Moderadamente Incomodado	Muito Incomodado	Extremamente Incomodado
Restrição de líquidos?					
Restrição dietética?					
Capacidade para fazer os trabalhos domésticos?					
Capacidade para viajar?					
Dependência de médicos e outro pessoal clínico?					
Stresse ou preocupações causadas pela doença renal?					
Vida sexual?					
Aparência física?					

As três perguntas que se seguem são pessoais e dizem respeito à sua actividade sexual, mas as suas respostas são importantes para compreendermos de que forma é que a doença renal interfere na vida das pessoas.

16. Teve actividade sexual nas últimas 4 semanas? (Faça um círculo à volta de um número)

Não ..... 1

Sim ..... 2

Se respondeu não, por favor salte para a Pergunta 17
--

Até que ponto cada uma das seguintes situações constituiu um problema nas últimas 4 semanas

	Sem problema	Um pequeno problema	Algum problema	Um grande problema	Um problema grave
Ter prazer sexual?					
Ficar excitado/a sexualmente?					

17. Para a pergunta seguinte, classifique o seu sono usando uma escala de 0 a 10 em que 0 representa “muito mau” e 10 “muito bom”.

Se acha que o seu sono fica entre o “muito mau” e o “muito bom”, faça uma cruz no quadrado por baixo do número 5. Se acha que o seu sono é um nível melhor do que 5, faça uma cruz no quadrado por baixo de 6. Se acha que o seu sono é um nível pior do que 5, faça uma cruz no quadrado por baixo do 4 (e assim por diante).

Numa escala de 0 a 10, como classificaria o seu sono em geral? [Faça uma cruz no quadrado.]

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Com que frequência é que nas últimas 4 semanas...

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Quase sempre	Sempre
Acordou durante a noite e teve dificuldades em voltar a adormecer?						
Dormiu o tempo suficiente?						
Teve dificuldade em se manter acordado/a durante o dia?						

19. Relativamente à sua família e aos seus amigos, qual o seu grau de satisfação com...

	Muito insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Um pouco satisfeito	Muito satisfeito
A quantidade de tempo que consegue passar com a família e com os amigos?				
O apoio que recebe da família e dos amigos?				

20. Nas últimas 4 semanas, teve um trabalho remunerado?

Sim                  Não

21. A sua saúde impossibilita-o/a de ter um trabalho remunerado?

Sim                  Não

22. Em geral, como classificaria a sua saúde?

A pior possível  
(tão má ou pior do  
que estar  
morto(a))

Nem muito  
boa nem muito  
má

A melhor  
possível

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Satisfação com os cuidados prestados

23. Pense nos cuidados que recebe na diálise renal. Em termos da sua satisfação, como classificaria a amabilidade e o interesse que tiveram consigo como pessoa?

Muito mau  Mau  Suficiente  Bom  Muito bom  Excelente  O melhor possível

24. Até que ponto é que cada uma das seguintes afirmações é verdadeira ou falsa?

	Completamente verdadeira	Quase toda verdadeira	Não sei	Quase toda falsa	Completamente falsa
O pessoal da diálise incita-me a ser tão independente quanto possível					
O pessoal da diálise ajuda-me a lidar com a minha doença renal					

### Inventário Clínico de Auto-Conceito (VAZ SERRA, 1986)

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1 - Sei que sou uma pessoa simpática.					
2 - Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões.					
3 - Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.					
4 - No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.					
5 - Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.					
6 - Considero-me tolerante para com as pessoas.					
7 - Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.					
8 - De um modo geral, tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.					
9 - Sou uma pessoa usualmente bem aceite por todos.					
10 - Quando tenho uma ideia que me parece válida, gosto de a pôr em prática.					
11 - Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.					
12 - Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.					
13 - Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.					
14 - Considero-me competente naquilo que faço.					
15 - Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que me apetece.					
16 - A minha maneira de ser leva a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.					
17 - Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.					
18 - Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.					
19 - Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.					
20 - Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.					

## As suas opiniões sobre a Insuficiência Renal Crónica

A lista abaixo refere-se a um número de sintomas que poderá ou não ter tido desde o início da sua doença. Por favor indique marcando um círculo (sim ou não) se já teve alguns destes sintomas desde o início da sua doença, e se acha que estes sintomas estão relacionados com ela.

	Desde o início da minha doença que tenho sentido este sintoma		Este sintoma está relacionado com a minha doença	
	Sim	Não	Sim	Não
Dores	Sim	Não	Sim	Não
Dores de garganta	Sim	Não	Sim	Não
Náuseas	Sim	Não	Sim	Não
Falta de ar	Sim	Não	Sim	Não
Perda de Peso	Sim	Não	Sim	Não
Fadiga (cansaço)	Sim	Não	Sim	Não
Rigidez das articulações	Sim	Não	Sim	Não
Olhos inflamados	Sim	Não	Sim	Não
Dificuldade em respirar	Sim	Não	Sim	Não
Dores de cabeça	Sim	Não	Sim	Não
Indisposição de estômago	Sim	Não	Sim	Não
Dificuldade em dormir	Sim	Não	Sim	Não
Tonturas	Sim	Não	Sim	Não
Perda de forças	Sim	Não	Sim	Não

Estamos interessados na sua opinião sobre a forma como pensa a sua Insuficiência Renal Crónica. Por favor indique o seu acordo ou desacordo com as seguintes afirmações, colocando uma cruz no quadrado que ache apropriado para o seu caso.

		Discorda plenamente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda plenamente
IP1	A minha doença dura pouco tempo					
IP2	A minha doença parece ser mais permanente que temporária					
IP3	A minha doença vai durar muito tempo					
IP4	Esta doença vai passar depressa					
IP5	Acho que a minha doença vai durar para o resto da minha vida					
IP6	A minha doença é grave					
IP7	A minha doença tem grandes consequências para a minha vida					
IP8	A minha doença não tem grande efeito na minha vida de doente					
IP9	A minha doença afecta seriamente a forma como os outros me vêem					
IP10	A minha doença tem sérias consequências económicas					
IP11	A minha doença causa dificuldades aqueles que me são próximos					
IP12	Há muita coisa que eu posso fazer para controlar os meus sintomas					

		<b>Discorda plenamente</b>	<b>Discorda</b>	<b>Não concorda nem discorda</b>	<b>Concorda</b>	<b>Concorda plenamente</b>
IP13	O que eu faço pode determinar se a minha doença melhora ou piora					
IP14	A evolução da minha doença depende de mim					
IP15	Nada do que eu faça irá afectar a minha doença					
IP16	Eu tenho o poder de influenciar a minha doença					
IP17	As minhas acções não terão qualquer efeito no resultado da minha doença					
IP18	A minha doença vai melhorar com o tempo					
IP19	Há pouco que se possa fazer para melhorar a minha doença					
IP20	O tratamento é eficaz na cura da minha doença					
IP21	Os efeitos negativos da minha doença poderão ser prevenidos ou evitados pelo tratamento					
IP22	O tratamento pode controlar a minha doença					
IP23	Não há nada que possa ajudar a minha situação					
IP24	Os sintomas da minha doença confundem-me					
IP25	A minha doença é um mistério para mim					
IP26	Não compreendo a minha doença					
IP27	A minha doença não faz qualquer sentido para mim					
IP28	Tenho uma ideia clara sobre a minha doença					
IP29	Os sintomas da minha doença mudam de dia para dia					
IP30	Os sintomas da minha doença vêm e vão em ciclos					
IP31	A minha doença é muito imprevisível					
IP32	A minha doença passa por fases em que melhora ou piora					
IP33	Fico deprimido quando penso sobre a minha doença					
IP34	Quando penso sobre a minha doença fico perturbado(a)					
IP35	A minha doença faz-me sentir zangado					
IP36	A minha doença não me preocupa					
IP37	Ter esta doença torna-me ansioso					
IP38	A minha doença faz-me sentir medo					

## As causas da minha doença

Gostaríamos de saber qual é que considera ter sido a causa da sua doença. Como as pessoas são muito diferentes, não há respostas certas para esta questão. Estamos mais interessados nas suas opiniões acerca dos factores que causaram a sua doença actual, do que nas opiniões de outros incluindo o que médicos ou família lhe possam ter sugerido.

Abaixo encontra-se uma lista das causas possíveis para a sua doença actual. Por favor indique o quanto concorda ou discorda que estas causas tenham sido as da sua doença marcando com um X o quadrado apropriado.

	Concorda plenamente	Concorda	Não concorda nem discorda	Discorda	Discorda plenamente
Stress ou preocupação					
Hereditariedade (é de família)					
Fumar					
Excesso de peso					
Destino ou má sorte					
Tipo de alimentação					
Poluição do ambiente					
O meu estado emocional (por ex <sup>o</sup> : sentir-me em baixo, só, vazio, ansioso)					
O meu próprio comportamento					
Pouca assistência médica no passado					
Acidente ou lesão					
A minha personalidade (a minha maneira de ser)					
Envelhecimento					
Um micróbio ou um vírus					
A minha atitude mental como por ex <sup>o</sup> pensar sobre a vida de uma forma negativa					
Alteração das defesas do organismo					
Problemas familiares ou preocupações					
Excesso de trabalho					

Por favor classifique por ordem de importância os três factores que lhe parecem ter causado **a sua doença**.

Pode usar qualquer uma das causas referidas no quadro anterior, ou outras que considere importantes.

As causas mais importantes para mim são:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Obrigado por responder a estas perguntas!**

## APÊNDICE 2

### AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS



HOSPITAL DE SÃO TEOTÓNIO, E.P.E. – Viseu

Ministério da Saúde



Direcção de Enfermagem



16/04/2017  
10/04/2017

Colocar no Inf. Documentado  
28/04/2017  
28/04/2017

VISEU 11-04-2017

Exmo Senhor  
Prof. Doutor João Carvalho Duarte  
Presidente do Conselho Directivo  
Escola Superior de Saúde de Viseu  
Rua D. João Crisóstomo Gomes Almeida, 102  
3500-843 Viseu

Secção:	Vossa referência:	Nossa Referência:	Data:
	222/10		10-04-2017

Assunto: Pedido de Autorização para efectuar colheita de dados.

Conforme solicitado, informamos V<sup>ª</sup> Ex<sup>ª</sup> que, depois de auscultados os responsáveis do serviço de Hemodiálise, se autoriza a recolha de dados para um estudo subordinado ao tema "Qualidade de Vida do doente Insuficiente Renal Crónico em Diálise".

Com as melhores cumprimentos,

O Enfermeiro Director  
  
(José Luis Gomes, Dr.)

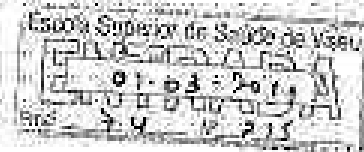
ES/SE  
Av. Rei D. Duarte, 3504 - 509 VISEU  
Balc. Atendimento, Tel. 237 432518  
Fax 237 425595  
E-mail: es@es.viseu.pt; es@es.viseu.pt







*Prof. Doutor*



*0.3*  
*Procedimentos de Trabalho*  
*coordenados*  
*de 21/3/11*

Exmo. Sr. Presidente da ESUV  
Prof. Doutor José Carvalho Duarte  
Fax - 232 428 343

Mangualde, 28 de Fevereiro de 2011

Assunto: Pedido de Autorização para Efectuar Colheita de Dentes

Exmo. Sr., as nossas cordiais saudações.

Após consulta à Dra. Ana Galvão, Directora Clínica da Beirodial, e tendo em conta a sua resposta positiva, venho por este meio comunicar a V.ª Ex.ª a autorização para serem efectuadas as colheitas de dentes solicitadas pelas vossas oficinas 216 e 219 de 23/03/2011, respectivamente nos cidadãos informados e donantes em tratamento substitutivo da função renal.

De acordo com a resposta da Dra. Ana Galvão, o consentimento prévio dos minorizados deverá ser sempre assegurado através de declaração de consentimento anexada em cada um dos 2/1600.

Com outro assunto de momento, subscrevo-me cordialmente,

(Carlos Cruz, Ent.º Coordenador)

**BEIRODIAL**  
Centro Médico e Dentário de Mangualde, S.A.  
Cruz. nº 231 343 329  
Tel: 232 612 732 / Fax: 232 611 172  
Rua Santa André, nº 1, 3 e 7  
3530-304 MANGUALDE

R. de Santa André, nº 1, 3 e 7, 3530-304 Mangualde  
Tel: 232 612 732 - Fax: 232 611 172 / NIF - 501 343 329  
 Direcção Clínica - Dra. Ana Galvão



## APÊNDICE 3

AUTORIZAÇÃO PARA A APLICAÇÃO DA ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE

IPQ – R



You may use the scale for your study

On 30/01/2011, at 12:19 PM, luis marques wrote:

i'm a student in a portuguese nursing school and this gonna be my MEd study. I'd like to have some more answers from you.

**From:** [Elizabeth Broadbent](#)

**Sent:** Saturday, January 29, 2011 11:03 PM

**To:** [luis marques](#)

**Subject:** Re: utilização da V.Escala

Dear Luis

Please do a google scholar search to see the studies. Are you a Professor or a student at a University?

liz

On 30/01/2011, at 10:21 AM, luis marques wrote:

we are trying to make a study about the knowledge of chronic patients.

for that we'd to use your scale.

We like to have notice about all the studies made using your scale

thank you

Luis Marques