



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

**1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

## **AUTO-CONCEITO DO DOENTE RENAL CRÓNICO**

João Manuel Ribeiro Baptista

WISEU

Janeiro, 2012





**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

## **AUTO-CONCEITO DO DOENTE RENAL CRÓNICO**

João Manuel Ribeiro Baptista

Relatório final – Volume II, realizado no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde de Viseu com orientação do Prof. António Madureira.

VISEU

Janeiro, 2012



## RESUMO

**Introdução:** A doença crónica e nomeadamente a IRC, provocam restrições na vida humana. Dados empíricos referem que os doentes apresentam um baixo nível de autoconceito, quando não apoiados pelas famílias. A questão de investigação que partiu de base ao estudo foi: *Em que medida as variáveis sociodemográfica, clínicas e funcionalidade familiar influenciam o autoconceito nos doentes com IRC?*

**Objectivos:** Descrever o perfil sociodemográfico dos doentes com IRC; avaliar o autoconceito nos doentes com IRC; relacionar o autoconceito com variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas e funcionalidade familiar.

**Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo e correlacional. A amostra do estudo contou com 97 doentes com IRC do HSTV; na CB e no HSJP; sendo 54.6% do sexo masculinos e 45.4% do sexo feminino. A colheita de dados foi realizada através de um questionário para caracterização sociodemográfica, clínica e autoconceito – Inventário Clínico aplicado de 1 de Março a 30 de Maio de 2011.

**Resultados:** Verificámos 37.5% dos sujeitos analisados existiam outras comorbilidades, sendo que a HTA estava presente em 53.3% dos indivíduos. A média da escala de APGAR foi de 8.42 (Dp=2.55), denotando elevados níveis de funcionalidade familiar. Observou-se que 61,9% dos doentes possuíam um autoconceito alto e médio alto. O score médio total do Autoconceito era de 70,41 (Desvio Padrão: 10.25). Existiu uma associação positiva deste ( $p < 0,05$ ) com a idade, a situação profissional, o tipo tratamento e a decisão clínica.

**Conclusões:** Este estudo permitiu constatar de forma efectiva qual a linha orientadora que a equipa de saúde deve seguir nos cuidados ao doente com IRC.

**Palavras- Chave:** Doente com IRC, Autoconceito, Funcionalidade Familiar.



## **ABSTRACT**

**Introduction:** Chronic disease and in particular chronic kidney disease, causing restrictions in human life. Empirical studies indicate that patients who are not supported by their families have a low self-concept. The research question that left the study was based: In what way do social demographic variables, clinical and family functioning influences the self-concept in patients with chronic kidney disease?

**Objectives:** Describe the social demographic profile of patients with chronic renal failure; evaluate the self-concept in patients with this chronic kidney disease, the self-concept relate to social demographic variables, clinical variables and family functioning.

**Methodology:** Quantitative study descriptive and correlational. The study sample had 97 patients with chronic renal failure the HSTV, in CB and HSJP, and 54.6% were male and 45.4% female. Data collection was conducted through a questionnaire for social demographics, clinical and self-concept - Clinical Inventory operative from 1 March to 30 May 2011.

**Results:** We found 37.5% of the subjects discussed there were other comorbidities, and the hypertension was present in 53.3% of individuals. The average APGAR scale was 8:42 (standard deviation: 2.55), indicating high levels of family functioning. It was observed that 61.9% of patients had a high average and high self-concept. The average total score of the Self-concept was 70.41 (standard deviation: 10.25). There was a positive association of this ( $p < 0.05$ ) with age, employment status, the kind treatment and clinical decision.

**Conclusions:** This study allowed to establish an effective manner which the guideline that the team should follow health care to the patient with chronic renal failure.

**Keywords:** Patient with Chronic Kidney Disease, Self-Concept, Family Functioning



## ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| RESUMO .....                                  | 5         |
| ABSTRACT .....                                | 7         |
| ÍNDICE.....                                   | 9         |
| ÍNDICE TABELAS.....                           | 11        |
| ÍNDICE FIGURAS .....                          | 13        |
| ÍNDICE QUADROS .....                          | 15        |
| SIGLAS .....                                  | 17        |
| INTRODUÇÃO.....                               | 19        |
| <b>PARTE I - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>  | <b>21</b> |
| 1. A INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA (IRC) .....  | 23        |
| 2. O AUTOCONCEITO .....                       | 27        |
| <b>PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA .....</b> | <b>33</b> |
| 3. METODOLOGIA.....                           | 35        |
| 3.1 Conceptualização do estudo .....          | 35        |
| 3.2 Participantes .....                       | 37        |
| 3.3 Instrumento de colheita de dados .....    | 40        |
| 3.4 Considerações éticas.....                 | 40        |
| 3.5 Procedimentos Estatísticos .....          | 41        |
| 4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....           | 43        |
| 4.1 ANÁLISE DESCRITIVA .....                  | 43        |
| 4.2 ANÁLISE INFERENCIAL.....                  | 49        |
| 5. DISCUSSÃO .....                            | 63        |

|   |    |
|---|----|
| 5.1 Discussão metodológica.....   | 63 |
| 5.2 Discussão Resultados.....   | 63 |
| 6. CONCLUSÕES .....   | 71 |
| BIBLIOGRAFIA .....  | 75 |
| ANEXOS .....  | 87 |
| ANEXO 1 - Autorizações das unidades de saúde para aplicação do questionário ..... | 89 |
| ANEXO 2 - Autorização para utilização da escala.....                              | 91 |
| ANEXO 3 - Instrumento de colheita de dados .....                                  | 93 |
| APÊNDICES.....  | 95 |
| APÊNDICE I.....   | 97 |

## ÍNDICE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 - Correlação de Pearson: aceitação/rejeição e idade.....                           | 50 |
| Tabela 2 - Correlação de Pearson: “Auto-eficácia” e Idade.....                              | 51 |
| Tabela 3 - Correlação de Pearson: “Maturidade Psicológica” e Idade.....                     | 52 |
| Tabela 4 - Correlação de Pearson: “Impulsividade/atividade” e Idade.....                    | 53 |
| Tabela 5 - Correlação de Pearson: valor global “Autoconceito” e Idade.....                  | 54 |
| Tabela 6 - Teste t: Sexo e Autoconceito.....  | 56 |
| Tabela 7 - Teste Mann-Whitney U: Estado marital Autoconceito.....                           | 57 |
| Tabela 8 - Teste Kruskal-Wallis: Residência e Autoconceito.....                             | 57 |
| Tabela 9 - Teste Kruskal-Wallis: Escolaridade / Habilitações literárias e Autoconceito..... | 58 |
| Tabela 10 - Teste Kruskal-Wallis: rendimento e Autoconceito.....                            | 59 |
| Tabela 11 - Teste Mann-Whitney- U: Situação profissional Autoconceito.....                  | 59 |
| Tabela 12 - Teste t: Tipo de tratamento e Autoconceito.....                                 | 60 |
| Tabela 13 - Teste Kruskal-Wallis: Escolha do tratamento e Autoconceito.....                 | 61 |



## **ÍNDICE FIGURAS**

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 - Desenho de Investigação .....                         | 36 |
| Figura 2 - Síntese das relações entre Autoconceito e Idade ..... | 55 |



## ÍNDICE QUADROS

|  |     |
|--|-----|
| Quadro 1 - Estatísticas relativas à idade .....  | 38  |
| Quadro 2 - Caracterização Sociodemográfica .....   | 39  |
| Quadro 3 - Caracterização Sociofamiliar .....  | 44  |
| Quadro 4 - Caracterização dos itens da Escala de APGAR .....   | 45  |
| Quadro 5 - Caracterização da funcionalidade familiar APGAR (Categorias).....                         | 45  |
| Quadro 6 - Estatísticas da escala de APGAR .....   | 46  |
| Quadro 7 - Caracterização Clínica.....   | 48  |
| Quadro 8 - Caracterização do Autoconceito.....   | 49  |
| Quadro 9 - Estatísticas descritivas da escala de Autoconceito .....                                  | 49  |
| Quadro 10 - Regressão entre aceitação/rejeição e idade .....   | 51  |
| Quadro 11 - Regressão simples entre Autoeficácia e Idade .....                                       | 52  |
| Quadro 12 - Regressão simples entre Maturidade psicológica e Idade.....                              | 53  |
| Quadro 13 - Regressão simples entre a Impulsividade/atividade e a Idade.....                         | 54  |
| Quadro 14 - Regressão múltipla entre o valor global “Autoconceito” e Idade .....                     | 55  |
| Quadro 15 - Níveis de autoconceito e pontuações obtidas pelo Inventário Clínico de Autoconceito..... | 98  |
| Quadro 16 - Classificação do APGAR Familiar .....  | 102 |



## **SIGLAS**

$\bar{X}$  – média

APGAR – *Adaptation, Participation, Growth, Affection, Resolution*

CB - clínica Beirodial

CV – Coeficiente de Variação

DGS – Direção Geral Saúde

dp – desvio padrão

EP – Erro Padrão

EPE – Entidade Pública Empresarial

*et al.* – E outros

EUA – Estados Unidos América

H<sub>1</sub> – Hipótese 1

H<sub>2</sub> – Hipótese 2

H<sub>3</sub> – Hipótese 3

H<sub>4</sub> – Hipótese 4

HSJP - Hospital de S. João – Porto, EPE

HSTV - Hospital de S. Teotónio de Visau, EPE

ICAC - Inventário Clínico do Autoconceito

INE – Instituto Nacional de Estatística

IRC – Insuficiente Renal Crónico

K – Courtose

K-S – Kolmogorov-Smirnov

OE – Ordem dos Enfermeiros

p – Probabilidade de erro

p. - Página

r – Correlação de *Pearson*

S/K – Simetria

SA – Sociedade Anónima

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

*t* – *t de student*

X<sup>2</sup> - Chi-Square

## INTRODUÇÃO

A condição crónica de saúde, provoca restrições decorrentes da terapêutica e do controle clínico, além da necessidade de internamentos constantes. A pessoa passa a incorporar a doença no seu processo de viver e constitui-se uma situação permeada de stress, sendo que o controle desejado desse stress seja a própria adaptação, de modo que recupere o equilíbrio com capacidade de satisfazer às novas exigências externas (SILVA *et al.*, 2002).

A adaptação às doenças crónicas é prolongada e contínua e depende do comprometimento que traz na condição de saúde e do apoio recebido seja da equipe/serviços de saúde e/ou da família (BUGALHO E CARNEIRO, 2004).

As pessoas com IRC (Insuficiência Renal Crónica) enfrentam ameaças diversificadas, inclusive insegurança financeira pela perda do emprego ou da necessidade de invalidez precoce. Tal, é discutido na sua génese considerando que, as pessoas com IRC em tratamento de hemodiálise geralmente, sofrem incapacidades graves pois, apesar de condições clínicas estáveis, não conseguem ter um emprego estável, pela necessidade de recursos constantes aos tratamentos. Existe ainda um preconceito em relação à contratação destas pessoas, pela falta de conhecimento em relação à doença renal (MARCON, 2003), colocando assim em causa o auto- conceito que estes doentes têm da sua pessoa.

Há assim componentes emocionais e psicológicas que é necessário gerir de igual forma, como a componente biológica, pois a sua inter-relação e complementaridade resultam em melhores resultados técnico-científicos e uma melhor adaptação psicossocial (COLES, 1994; CORREIA, 2003). Os indivíduos submetidos a hemodiálise fazem face a múltiplos e complexos stresses fisiológicos e psicossociais, incluindo a constante ameaça de inadaptação aos tratamentos, mudanças na imagem corporal devido à terapêutica imunossupressora e mudanças significativas nos seus relacionamentos (PINTO e RIBEIRO, 2000).

Investigações realizadas em Portugal com o *Inventário Clínico do Auto-conceito* (VAZ SERRA, 1986) demonstraram que é possível avaliar os aspectos emocionais e sociais do autoconceito.

Face ao exposto apresentamos seguinte questão investigação:

*Em que medida as variáveis sociodemográfica influenciam o autoconceito nos doentes com IRC?*

O presente trabalho tem como objectivos: Descrever o perfil sociodemográfico dos doentes com IRC; avaliar o autoconceito e a funcionalidade familiar nos doentes com IRC; relacionar o autoconceito com variáveis sociodemográficas, o tipo de tratamento e a decisão clínica nos doentes com IRC.

A amostra deste estudo inclui 97 doentes com IRC. Sendo 20 doentes do Hospital de S. Teotónio de Viseu, EPE no Serviço de Nefrologia e Diálise-Unidade de Reposição; 26 doentes na clínica Beirodial, Centro Médico e Diálise de Mangualde, SA e 51 doentes no Serviço de Nefrologia do Hospital de S. João – Porto.

Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário aplicado no período de 1 de Março a 30 de Maio de 2011.

A estrutura desta investigação insere-se nos seguintes pontos: O doente com insuficiência renal crónica e o autoconceito. Continuamente será apresentada a metodologia com apresentação de dados e discussão dos dados colhidos na investigação. Por fim, nas conclusões serão apresentadas algumas considerações, críticas e opiniões pessoais acerca do estudo.

Esperamos que este estudo contribua de forma efectiva para o desenvolvimento e linha de orientação da equipa de saúde.

*PARTE I*  
*REVISÃO BIBLIOGRÁFICA*



## 1. A INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA (IRC)

A insuficiência renal crónica (IRC) é uma doença que tem crescido significativamente e tem como co-responsáveis o aumento da incidência de hipertensão arterial, diabetes, neoplasias de próstata e colo de útero (DAURGIDAS *et al.*, 2003). O doente com IRC sofre graves mudanças na sua vida social, no trabalho, nos hábitos alimentares e na vida sexual, que acarretam alterações para a sua integridade física e emocional.

A doença representa prejuízos agravados corporais e limitações, havendo em geral, afastamento do doente de seu grupo social, do lazer e família (ANDRADE, 1997; FERREIRA, 1997; DAURGIRDAS, 2003). Diante da doença, o indivíduo sente-se ameaçado, inseguro, por saber que sua vida se vai modificando devido aos tratamentos de hemodiálise. Ocorre desorganização da sua identidade (valores, ideais e crenças) e na imagem corporal pelas alterações orgânicas resultantes da doença, o que traz consequências à sua qualidade de vida e auto-conceito (VAZ SERRA, 1986; BRUNS, 1986; BAUMEISTER, 1999; BAUMEISTER e TWENGE, 2003).

A vida humana é determinada por circunstâncias de entre as quais se realça a procura contínua de ser saudável, um domínio da realidade que se confronta entre dois pólos -saúde e doença (LAW, 2002). O doente portador de insuficiência renal crónica enfrenta situações complexas inerentes à doença e à complexidade do tratamento. Assim, luta diariamente pelo bem-estar físico, mental e social (KARSCH, 2003). Nesse sentido, a doença renal traz impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde. Esta constatação é confirmada mediante os avanços tecnológicos e terapêuticos na área da diálise que possibilitam o prolongamento da vida dos doentes renais crónicos, porém, sem lhes possibilitar o retorno à sua vida (UNRUH *et al.*, 2003). Estes doentes podem ser submetidos à diálise durante o resto de suas vidas (RIELLA, 2000). Por esse motivo, muitas vezes perdem os seus empregos, tendo que se reorganizar com uma outra actividade ou viver à custa de pensões de invalidez.

São diversos os significados que passam no imaginário destes doentes relacionados com o reconhecimento da gravidade da doença e do tratamento e suas consequências, como: efeitos

medicamentosos, limites nos hábitos alimentares e na vida social, e outras situações adversas que provocam medo, dúvidas e insegurança quanto à cura e à possibilidade de viver (LIMA e GUALDA, 2001; MACHADO, 2001). Assim, a IRC pode gerar sentimentos negativos na sua própria pessoa afectando a sua qualidade de vida (WRIGHT e GRENYER, 1999).

A equipa de saúde e a família deve estar atenta a essa fragilidade e ao implementar o tratamento, além dos aspectos biológicos, deverá estar atenta aos aspectos psicossociais do doente, ajudando-o para que supere as dificuldades emergentes em face da doença. Torna-se importante identificar como esta problemática afecta a vida de uma pessoa e conhecer os significados atribuídos pelo doente mediante a doença e os tratamentos específicos (MACHADO, 2009). Desse modo, é necessário redimensionar estratégias que ajudem o doente a perceber as suas limitações, sem interferir nas suas potencialidades de ser humano, implementando terapêuticas que possam diminuir esse sofrimento e concorram para uma melhoria do seu auto- conceito (HATTIE, 1992; HARTER, 1996).

Cuidar destes doentes significa atender às suas necessidades, compartilhar saberes e facilitar a compreensão da doença e de meios de recuperação, o que inclui a sua participação e da família. As suas expressões de dor e sentimentos fazem parte da respostas dos cuidados aos quais os profissionais devem dar atenção, ter uma postura ética e humana e preocupar-se com a aprendizagem contínua junto do doente e da família (MACHADO, 2009).

Desde o século XIX que a medicina desenvolveu técnicas que facilitaram o tratamento das doenças e em contrapartida, nestes últimos anos observou-se o aumento das doenças crónicas. Ou seja, o sucesso da medicina associada à mudança dos modos de vida leva a taxas de mortalidade mais tardias, aumentando assim a sua longevidade mas também como consequência o aumento das doenças crónicas, de tal modo que a segunda metade do século XX viu as doenças crónicas assumirem o lugar principal no sistema de saúde (RIBEIRO, 2005, p. 91). Estas segundo BLANCHARD (1982, citado por J. RIBEIRO, 2005, p.182), são doenças que devem ser geridas, pois exigem uma adaptação permanente por parte do doente e seus familiares. De acordo com o Despacho Conjunto n.º 861/99, alínea b), do Ministério da Saúde, e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade:

*“ A doença crónica é uma doença de longa duração com aspectos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante, que implica gravidade pelas limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação pelo doente cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar,*

*escolar e/ou laboral, que se manifeste particularmente afectado. A experiência de uma doença crónica de prognóstico pouco favorável elevará o nível de sofrimento e colocará a pessoa que apresenta a doença crónica “presa” à sua condição de doente. Esta situação conduzindo ao isolamento e ao desânimo pode diminuir a capacidade do doente crescer e viver o presente e investir, quer nos processos terapêuticos e aproveitar os recursos psicoafectivos e sociais, quer no futuro.”*

As doenças crónicas são muito variadas e potencialmente podem atingir qualquer sistema do indivíduo, o mais importante é que a doença crónica altera a vida do indivíduo e da sua família (MARCON, 1998; MARCON, 2003).

O doente com IRC e nomeadamente aquele submetido a tratamentos de hemodiálise sofre alterações da vida diária em virtude da necessidade de realizar o tratamento, necessitando do suporte formal de atenção à saúde, isto é, vive dependente da equipe de saúde, da máquina e do suporte informal dado pela família (MARTINS e CESARINO, 2005). Esses doentes que dependem de tecnologia avançada para sobreviver, apresentam limitações no seu quotidiano e vivenciam inúmeras perdas e mudanças biopsicossociais que interferem na sua qualidade de vida, tais como: a perda do emprego, alterações na imagem corporal, restrições dietéticas e hídricas, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional (LAW, 2002).

Acreditamos que o autoconceito destes doentes se encontre diminuído, devido às perturbações emocionais que traz a doença renal crónica. Um estudo realizado por Vaz Serra e Firmino, em 1986, comprovou que os doentes com perturbações emocionais tendem a ter um autoconceito pobre. O mesmo foi comprovado nos indivíduos que desenvolvem sintomatologia depressiva na população em geral (VAZ SERRA *et al.*,1986) ou que apresentam uma ansiedade social elevada (VAZ SERRA *et al.*,1987). Este autor refere ainda que o autoconceito se correlaciona negativamente com a fobia e somatização.



## 2. O AUTOCONCEITO

O autoconceito, pode ser definido através das características apresentadas por Shavelson e Bolus (1982) que, na opinião destes mesmos autores, são fundamentais para uma definição mais precisa. Assim, para estes autores, o autoconceito possui múltiplas facetas, é estável, avaliativo, diferenciável, e tem capacidade para se desenvolver e se organizar hierarquicamente.

Para Vaz Serra (1986) e Hattie (1992) o autoconceito é um constructo psicológico que permite ter a noção da identidade da pessoa e da sua coerência e consistência. Vaz Serra (1986) acrescenta: é um constructo teórico que: a) nos esclarece sobre a forma como um indivíduo interage com os outros e lida com áreas respeitantes às suas necessidades e motivações; b) nos leva a perceber aspectos do auto- controlo, porque certas emoções surgem em determinados contextos ou porque é que uma pessoa inibe ou desenvolve determinado comportamento e; c) nos permite compreender a continuidade e a coerência do comportamento humano ao longo do tempo.

Já para Roid e Fitts. (1989, p. 33) o autoconceito é definido como “ ... *a multifaceted set of perceptions and expectations concerning an individual's competencies, limitations, typical behavior, relationships with others, and feelings of positive or negative personal worth* ”.

Numa perspectiva de desenvolvimento, e tendo em conta a opinião de Baumeister, (1999) o estudo do autoconceito assume particular relevância, uma vez que permite compreender a relação entre o comportamento social e o desenvolvimento cognitivo, proporcionando elevados níveis de satisfação.

Roid e Fitts (1989) e Harter (1996) acrescentam que o autoconceito influencia, em níveis muito elevados, o comportamento do indivíduo encontrando-se também este directamente relacionado com a saúde mental e a personalidade do próprio. O autoconceito deve ser visto como uma variável multidimensional quando em conjunto com aspectos clínicos devendo-se ter sempre em conta o contexto da situação (VAZ SERRA, 1988; HARTER, 1996 e

BAUMEISTER, 1999). É um constructo multifacetado que é utilizado para examinar como as pessoas se sentem acerca delas mesmas nas mais diversas áreas, e demonstra como a percepção individual está relacionada com uma vasta área de qualidades desejáveis (ALBUQUERQUE e OLIVEIRA, 2011).

A literatura sobre o autoconceito é um pouco confusa devido à não uniformidade dos termos que utiliza (VAZ SERRA, 1986; HATTIE, 1992; NOVO, 2003; ALBUQUERQUE E OLIVEIRA, 2011); para uns autores, o autoconceito é uma parte do *self*; para outros, é considerado como o próprio *self*, e ainda para outros, considerado como a autoestima. Para Burns (1986) o autoconceito é composto por imagens acerca do que nós próprios pensamos que somos, o que pensamos que conseguimos realizar e o que pensamos que os outros pensam de nós e também de como gostaríamos de ser.

Segundo Vaz Serra (1988), no constructo do autoconceito há que salientar como seus constituintes: a auto-estima; as auto-imagens; a auto-eficácia; as identidades; o auto-conceito real e o auto-conceito ideal. Este autor refere que a *auto-estima* é um dos constituintes do auto-conceito mais importantes e com grande impacto na prática clínica, situação também confirmada por Melo (2005). E acrescenta, tal conceito é entendido como o processo avaliativo que o indivíduo faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos, sendo portanto, o constituinte efectivo do auto-conceito, em que o indivíduo faz julgamentos de si próprio, associando à sua identidade sentimentos valorativos do "bom" e do "mau".

Ainda Vaz Serra (1988) e Faria e Fontaine (1992) referem que qualquer pessoa pode ter, dentro de si, várias identidades. Aquela a que dedicar mais tempo e atenção é a que, numa escala classificativa, se encontra na posição hierárquica mais elevada; o autoconceito real corresponde à maneira como um indivíduo se considera, percebe e se avalia, tal como é, na realidade; o autoconceito ideal refere-se à maneira como uma pessoa sente que deveria ou gostaria de ser e não como se percebe ou avalia na realidade. Assim, podemos dizer que o autoconceito é um termo muito utilizado nas ciências sociais com vários significados (HARTER, 1996; NOVO 2003 e MELO, 2005).

Para além deste termo existe uma enorme variedade de conceitos relacionados tais como: *self-knowledge*; *self-theory*; *self-system*; *self-description*, que muitas vezes são definidos de forma semelhante (BAUMEISTER E TWENGE 2003; NOVO 2003 e ALBUQUERQUE E OLIVEIRA, 2011). A grande variabilidade de termos faz com que, por vezes, se torne difícil de interpretar grande parte da literatura e de contextualizar o autoconceito.

Vaz Serra (1986, 1988) salienta que é importante considerarmos a diferença entre o autoconceito real e o autoconceito ideal, com vista à obtenção de dados de auto-aceitação do indivíduo. Uma diferença pequena poderá ser um bom indicador de que o indivíduo se aceita como é, traduzindo-se tal facto por uma maior aceitação e ajustamento pessoal.

Para Roid e Fitts (1989), o autoconceito é um dos factores mais importantes no estudo do comportamento humano (porque a forma como os indivíduos se descrevem tem implicações no seu comportamento). Numa perspectiva de desenvolvimento, o estudo deste constructo assume particular relevância, na medida que permite compreender a relação entre o comportamento social e o desenvolvimento cognitivo, permitindo também, proporcionar bem-estar ao indivíduo (CORREIA, 2003). O autoconceito não é mais do que um produto estrutural da actividade reflexiva, que é susceptível a mudanças, consoante o indivíduo se encontra face a novos papéis, situações ou transições do curso normal de vida (DEMO, 1992).

Assim, este constructo tem, segundo Harter (1996) a função de: organizar, motivar e proteger. Organizar no sentido de atribuir significado às experiências de vida e ajudar a manter o senso de coerência do *self*, organização, essa, que é acompanhada de sentimentos; motivar quando impulsiona o indivíduo a concretizar os seus objectivos tendo a capacidade mental de projectar para o futuro e relembrar os acontecimentos do passado servindo de guia ao comportamento e por último assume o papel de protector ao satisfazer as necessidades e de dar segurança ao indivíduo. Na prática clínica, o autoconceito tem sido alvo de atenção, quer educacionalmente quer psicologicamente, em termos de intervenções e de tratamento (PROUT e PROUT, 1996).

Se, por um lado, as relações interpessoais que o indivíduo estabelece e o modo como se relaciona com os outros são influenciados pelo conceito que tem de si próprio, por outro, o auto-conceito também se pode modificar ao longo da vida, devido às experiências relacionais e aos contextos sociais em que vive (VAZ SERRA, 1986). De acordo com este autor, essas percepções são formadas a partir das experiências vivenciadas pelo sujeito e das interpretações que faz sobre o meio envolvente. Os reforços que o sujeito recebe e o significado que o indivíduo faz relativamente aos seus comportamentos são factores preponderantes na construção do autoconceito. Para Lian e Yusooff (2009) o estudo da relação/apoio familiar tem tido um foco importante na sociedade, pois para estes autores as relações parentais desempenham um papel muito importante na determinação do autoconceito

das crianças. Famílias coesas são caracterizadas por uma atmosfera familiar de apoio e compreensão, melhorando o nível de autoconceito de cada elemento.

Para Vaz Serra (1988), existem quatro tipos de influências que determinam o desenvolvimento do autoconceito. São elas: 1 – A forma como os outros observam um indivíduo e o conseqüente *feedback* que lhe transmitem; 2 – A percepção que o indivíduo tem do seu desempenho nas várias situações; 3 - A comparação que faz do seu comportamento numa dada situação, com a dos seus pares sociais; 4 - A avaliação que faz de um determinado comportamento relativamente aos valores aceites pelo seu grupo de referência.

Segundo Vaz Serra (1986), o autoconceito é um constructo psicológico que é influenciado por vários factores, tais como: aceitação/rejeição social, auto eficácia, maturidade psicológica e impulsividade - actividade. Este autor acrescenta que este constructo: a) Esclarece-nos sobre a forma como um indivíduo interage com os outros e lida com áreas respeitantes às suas necessidades e motivações; b) Leva-nos a perceber aspectos do autocontrolo, porque certas emoções surgem em determinados contextos ou porque é que uma pessoa inibe ou desenvolve determinado comportamento; c) Permite-nos, ainda, compreender a continuidade e a coerência do comportamento humano ao longo do tempo.

Vaz Serra (1986) refere igualmente que um indivíduo, ao poder descrever e avaliar os seus comportamentos, leva a que consideremos também como característica do autoconceito a sua dimensão descritiva e avaliativa. Outro constituinte do autoconceito é definido por este autor como a identidade, podendo, na sua opinião, afirmar-se que qualquer pessoa pode ter dentro de si várias identidades, aquela a que dedicar mais tempo e atenção é a que se encontra na posição hierárquica mais elevada.

Referindo-se a outros constituintes do autoconceito, este autor fala-nos em auto- conceito real corresponde à maneira como um indivíduo se considera, percebe e se avalia, tal como é, na realidade, enquanto o autoconceito ideal refere-se à maneira como uma pessoa sente que deveria ou gostaria de ser e não como se percebe ou avalia na realidade.

Neste âmbito, Vaz Serra (1986, 1988) salienta que é importante considerarmos a diferença entre o autoconceito real e o autoconceito ideal, com vista à obtenção de dados de auto-aceitação do indivíduo. Por outro lado, “*esta discriminação é ainda importante porque se admite que o auto- conceito ideal representa as qualidades humanas que são valorizadas pelo meio sócio- cultural*” (Vaz Serra, 1986, p.60). Para este autor, uma diferença pequena

poderá ser um bom indicador de que o indivíduo se aceita como é, traduzindo-se tal facto por uma maior aceitação e ajustamento pessoal.

A importância fundamental do autoconceito, para Vaz Serra (1986), tem a ver com a percepção que cada um tem de si próprio, em termos de actor social em interacção, influenciando, assim, o seu relacionamento interpessoal. Ainda de acordo com o mesmo autor o auto-conceito esclarece-nos sobre a forma como uma pessoa se relaciona com as outras e lida com os seus sentimentos e motivações. Explica-nos o porquê de um indivíduo desenvolver determinado comportamento ou apresentar determinadas emoções em diferentes contextos. Vaz Serra, citando Wells e Marwell (1976), é de opinião de que *“a maneira como uma pessoa se percebe e se avalia pode ditar a forma como se relaciona com os outros, as tarefas que tenta, as tensões emocionais que experimenta e o modo como subsequentemente se percebe”* (1986, p.58).

O modo como o indivíduo reage perante os acontecimentos é determinado pelo significado que atribui à sua ocorrência. Por sua vez, o significado atribuído a esses acontecimentos é influenciado pelas experiências do passado do indivíduo que o levam a ser sensível e a perceber de uma maneira específica os acontecimentos com que se confronta. Os dados empíricos de diversos estudos (VAZ SERRA, 1986; FARIA E FONTAINE, 1992; SERRA e POCINHO, 2001; MELO, 2005; MELO, 2007) apoiam a ideia de que um autoconceito positivo ajuda a pessoa a ter uma percepção positiva de si próprio, a perceber o mundo de forma menos ameaçadora, a ter estratégias de *coping* mais adequadas, a desenvolver melhor as competências relacionais de ajuda e a sentir-se bem consigo e com os outros. Pelo contrário “o fracasso”, as dificuldades nas relações interpessoais (VAZ SERRA, 1986) perturbações emocionais, ansiedade social elevada, desenvolvimento de sintomatologia devido ao *stress* e outras alterações têm sido relacionados com um auto-conceito pobre (VAZ SERRA, 1986).

Por outro lado questionamo-nos se a relação familiar dos doentes com IRC contribuirá para um mais elevado nível de autoconceito. Existe uma associação positiva entre as relações com a família e o autoconceito. Assim, um bom ambiente familiar, com relações positivas, com base na tolerância, na compreensão e na capacidade de incentivo, ajudando-os a ultrapassarem as dificuldades, são factores importantes no desenvolvimento de um bom auto-conceito (VAZ SERRA, 1988). Neste contexto, Vaz Serra (1986) é de opinião que, na construção do elevado ou baixo auto-conceito intervêm vários factores, como: os julgamentos feitos pelos outros à acção do sujeito, os comentários depreciativos feitos à identidade do sujeito, as

observações e avaliações que o sujeito faz do seu próprio desempenho em situações específicas e as comparações entre o seu comportamento e o dos outros. O autoconceito permite esclarecer a forma como a pessoa interage com as outras e lida com áreas respeitantes às necessidades e motivações, e depende de vários factores nomeadamente do apoio familiar que estes doentes recebem da família (VAZ SERRA, 1988; NOVO, 2003; MELO, 2005).

*PARTE II*  
*INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA*



### 3. METODOLOGIA

Para dar resposta ao problema desta pesquisa e como previu Cervo e Bervian (2002) e Fortin (2009), a metodologia utilizada incluiu as seguintes etapas: Conceptualização do estudo; selecção da amostra; selecção do instrumento de recolha de dados; aplicação do instrumento de recolha de dados; tratamento dos dados e sua interpretação e discussão dos resultados

#### 3.1 CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

As doenças crónicas são a principal causa de morte e incapacidade no mundo. Segundo DGS (2010) a doença renal crónica atinge cerca de 10-11% da população adulta nos EUA e cerca de 8% da população adulta na Europa, em Portugal a Sociedade Portuguesa de Nefrologia refere que 1 em cada 10 pessoas sofrem de doença renal crónica. Esta população tem aumentado ao ritmo de 4-5% ao ano, prevendo-se que em 2025 atinja 24.000 (DGS, 2010).

Todos os anos são registados 2.500 novos casos de Insuficiência Renal Crónica terminal, existindo actualmente 16 mil doentes com a forma mais grave de Doença Renal Crónica, ou seja, a necessitar de diálise (cerca de 10 mil), ou transplantados renais (6 mil). Estima-se que em Portugal mais de 800 mil pessoas sofram da doença. Todos os anos são registados 2.200 novos casos de insuficiência renal crónica terminal, existindo actualmente 14 mil doentes dependentes de diálise, dos quais 5.000 são transplantados (DGS, 2010). Em Dezembro de 2010, de acordo com os dados disponibilizados pela DGS, existiam em programa crónico de ambulatório 630 doentes em unidades integradas no SNS e 9.130 doentes em unidades com convenção com o SNS.

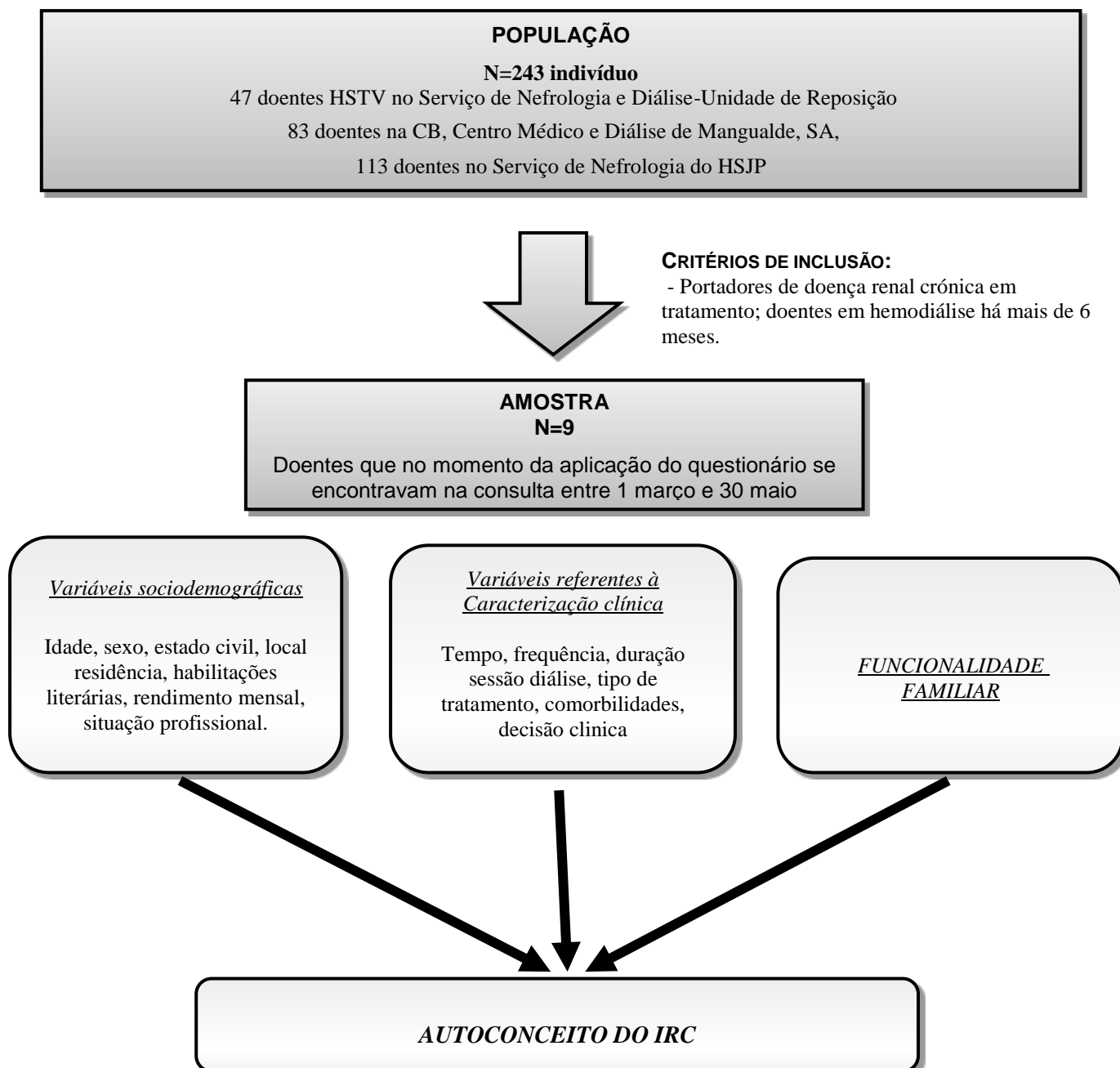
Compreender a forma como se caracteriza o autoconceito nos doentes com IRC motivou-nos à colocação da seguinte **questão de investigação**: *Em que medida as variáveis sociodemográficas influenciam o autoconceito nos doentes com IRC?*

Como **objectivos** definiu-se: Descrever o perfil sociodemográfico dos doentes com IRC; avaliar o autoconceito e a funcionalidade familiar nos doentes com IRC; relacionar o autoconceito com variáveis sociodemográficas, o tipo de tratamento e a decisão clínica nos doentes com IRC.

O estudo desenvolvido insere-se na investigação não experimental. Trata-se de um estudo de natureza descritiva, analítica, transversal e correlacional, uma vez que examinou as relações existentes entre algumas variáveis, explorando-as, através de métodos de análise quantitativa, uma vez que, existe a intenção de garantir a precisão dos resultados.

Apresentamos de seguida o desenho de investigação onde se expõe a articulação feita entre as variáveis seleccionadas (Figura 1):

**Figura 1 - Desenho de Investigação**



De acordo com os objectivos referidos anteriormente, delineámos as seguintes Hipóteses de Investigação:

- **Hipótese 1** - Existe um efeito significativo entre variáveis sociodemográficas e o autoconceito dos doentes com IRC;
- **Hipótese 2** – Existe um efeito significativo entre o tipo de tratamento e o autoconceito dos doentes com IRC;
- **Hipótese 3** - Existe efeito significativo entre a decisão clínica dos doentes e o autoconceito dos doentes com IRC;

### 3.2 PARTICIPANTES

A população deste estudo constitui-se por um total de 243 indivíduos, sendo 47 doentes do Hospital de S. Teotónio de Viseu, EPE no Serviço de Nefrologia e Diálise-Unidade de Reposição; 83 doentes na clínica Beirodial, Centro Médico e Diálise de Mangualde, SA, e 113 doentes no Serviço de Nefrologia do Hospital de S. João – Porto.

Os critérios de inclusão na amostra foram indivíduos:

- Portadores de doença renal crónica em tratamento;
- Doentes em hemodiálise há mais de 6 meses.
- Com o consentimento informado assinado.

Os critérios de exclusão na amostra foram:

- Elementos da mesma família.
- Ausência de registo, no processo clínico, de patologia psiquiátrica.

A amostra deste estudo foi acidental e do tipo não probabilístico dado que os elementos que compõem o subgrupo foram escolhidos de acordo com a sua presença num determinado local e momento. Esta constituiu-se, com 97 doentes com IRC. Sendo 20.61% doentes do Hospital de S. Teotónio de Viseu, EPE no Serviço de Nefrologia e Diálise-Unidade de Reposição;

26.84% doentes na clínica Beirodial, Centro Médico e Diálise de Mangualde, SA, e 52.55% doentes no Serviço de Nefrologia do Hospital de S. João – Porto. O período de recolha de dados situou-se de 1 de Março a 30 de Maio de 2011.

### Caracterização das variáveis sociodemográficas

A amostra foi constituída por 97 participantes, em relação ao **sexo** observa-se 54.6% (53) eram masculinos e 45.4% (44) pertenciam ao sexo feminino.

Através do Quadro 1, verificamos que a **idade** média da amostra era 58.5 anos (Dp=16.6) e um Coeficiente de Variação (CV) de 32.1%, a pessoa mais jovem inquirida tem 19 anos e a mais velha 89 anos, os valores de simetria (SK/EP=-0.759) indicavam uma curva simétrica e os valores de curtose (K/EP=-1.85) indicavam uma curva mesocúrtica. Os indivíduos do sexo masculino possuíam uma idade média de 59.5 anos (Dp=15.9) e os do sexo feminino de 57.3 anos (Dp=17.5).

Apesar da idade das mulheres ser superior à dos homens ( $\bar{X} = 59.45$ ;  $dp = 15.88$  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 1 - Estatísticas relativas à idade

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

No Quadro 2, para o **estado civil**, constatamos que 74.2% dos doentes com IRC eram casados, sendo essa proporção de 81.1% nos homens e 65, 9% nas mulheres, sucedidos pelos solteiros com 12.4%, viúvos 9.3% e divorciados com 4.1%.

No que respeita ao **local de residência** (Quadro 2) observamos que 49.5% dos doentes são oriundos de aldeias (47.2% nos homens e 52.3% nas mulheres), 26.8% de vilas e apenas 23.7% de cidades.

Relativamente às **habilitações literárias** (Quadro 2) dos doentes com IRC, a maior proporção possuía o ensino primário com 41.2% (35.8% nos homens e 47.7% nas mulheres) seguindo-se

o ensino básico com 25.8% (28.3% nos homens e 22.7% nas mulheres), o ensino secundário com 19,6% (24.5% nos homens e 13.6% nas mulheres), o ensino superior com 9.3% e a menor proporção eram dos doentes que não sabiam ler ou escrever com 4.1% (cf. Quadro 2).

A nível dos **rendimentos mensais**, no Quadro 2 verificamos que mais de metade dos doentes vive com menos de 485€ (61,9%, N=60), sucedido pelos doentes com valores entre 485€ a 970€ (17.5%, N=17) e valores entre 970€ a 1455€ (10.3%, N=10) e apenas 5.2% (N=5) para valores entre 1455€ a 1940€ e para rendimentos superiores a 1940€.

**Quadro 2 - Caracterização Sociodemográfica**

| Caracterização Sociodemográfica                          | Masculino (n = 53) |      | Feminino (n = 44) |      | Total (n = 97) |      |
|--|--------------------|------|-------------------|------|----------------|------|
|  | N                  | %    | N                 | %    | N              | %    |
| Idade (Média ± Desvio padrão)                            | 59.45±15.88        |      | 57.25±17.45       |      | 58.45±16.56    |      |
| <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 (líquido)</b>                       |                    |      |                   |      |                |      |
| < 485 € (ordenado mínimo)                                | 30                 | 56.6 | 30                | 68.2 | 60             | 61.9 |
| 485 a 970 €  | 14                 | 26.4 | 3                 | 6.8  | 17             | 17.5 |
| 970 a 1455 €   | 4                  | 7.5  | 6                 | 13.6 | 10             | 10.3 |
| 1455 a 1940 €  | 3                  | 5.7  | 2                 | 4.5  | 5              | 5.2  |
| > 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  |
| Baixa médica   | 0                  | 0.0  | 0                 | 0.0  | 0              | 0.0  |
| 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  |

No que se refere à **situação laboral** observamos 53,6% eram reformados antes do início de diálise (56,8% no sexo feminino e 50,9% no sexo masculino), actualmente 70,1% são reformados (cf. Quadro 2).

### **3.3 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

Optámos por aplicação de um questionário (Anexo 1); no Apêndice I encontramos descrito a operacionalização das variáveis do mesmo.

O questionário é constituído: Numa primeira parte questões referentes às variáveis sociodemográficas: a idade, ao sexo, ao estado civil, ao local residência, às habilitações literárias, ao rendimento mensal, à situação laboral, à situação profissional. Na segunda parte: descritas as variáveis sociofamiliares e sociais, onde consta a escala de APGAR familiar. Na terceira parte: as variáveis de caracterização clínica: tempo diálise, frequência diálise, duração sessão diálise, tipo de tratamento, doenças associadas, decisão clínica, acesso vascular, problemas no acesso vascular e modalidade de tratamento. E por último na quarta parte: Inventário Clínico de Autoconceito.

Foi realizado um pré-teste a 10 inquiridos sendo 6 do sexo masculino e 4 do sexo feminino. Este permitiu identificar dificuldades que poderiam surgir na aplicação do instrumento, quer na sua compreensão, quer no encadeamento das várias questões colocadas. O pré-teste permitiu colocar em evidência os problemas na formulação das questões assim como a sequência e a forma de registar as respostas. Esta etapa foi indispensável, pois permitiu modificar o questionário, corrigir e resolver problemas imprevistos até na ordem e na redacção das questões.

Após a aplicação desse pré-teste, constatamos a necessidade de efectuar pequenos ajustes nas questões.

### **3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Foi realizado um pedido para autorização da aplicação do questionário às Unidades de Saúde (Anexo 1). No Anexo 2 encontramos a autorização do Dr. Vaz Serra para aplicação da escala

do Autoconceito – Inventário Clínico. Antes da aplicação do instrumento de mesmo, este foi entregue aos participantes do estudo para o lerem, pedirem explicações e então darem o seu consentimento de forma a ser aplicado; sendo elaborado um documento de consentimento informado com informações sobre o estudo, das quais destacamos: os objectivos; a explicação dos procedimentos de colheita de dados; a referência à não existência de danos; garantia do anonimato e confidencialidade, conforme apresentado no Anexo 3, na nota introdutória do questionário

### 3.5 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Os dados obtidos através da aplicação do questionário, foram submetidos um tratamento estatístico através do programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 18.0 para o Windows. O nível de significância utilizado será para a validação das hipóteses foi de  $\alpha=0.05$  (Maroco, 2003; Pereira, 2003).

Em relação à descrição da amostra, as variáveis qualitativas são resumidas através de tabelas de frequências e de contingência apresentando as suas frequências e percentagens apropriadas em cada categoria. No que respeita a variáveis quantitativas são resumidas usando a medianas, médias, mínimos, máximos e desvios padrão.

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 intervalos definidos por Pestana e Gageiro (2008): “ $CV \leq 15\%$  – Dispersão fraca”; “ $15\% < CV \leq 30\%$  – Dispersão média”; “ $CV > 30\%$  – Dispersão elevada” (PESTANA e 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):  $SK/EP \leq -1.96$  – assimétrica negativa ou enviesada à direita;  $-1.96 < SK/EP \leq 1.96$  – 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):  $K/EP \leq -1.96$  – platicúrtica;  $-1.96 < K/EP \leq 1.96$  – mesocúrtica;  $K/EP > 1.96$  – leptocúrtica. (PESTANA e GAGEIRO, 2008).

Quanto à estatística inferencial, aplicamos o teste *Kolmogorov-Smirnov* (K-S). Mesmo não se verificando a condição de normalidade, no caso de algumas variáveis, decidiu 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).

Os testes paramétricos utilizados foram o Coeficiente de Correlação de Pearson e respectiva significância, Testes *t* de Student, Análises de variância (ANOVA) (HERNANDEZ, 2008). Associações entre variáveis qualitativas foram testadas através do teste do Qui-Quadrado (MAROCO, 2003). 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).

Para a estatística não paramétrica, como alternativa aos testes paramétricos, utilizamos quando a condição da homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2007) ou seja, quando o quociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1,6 (PESTANA; GAGEIRO, 2008) utilizamos os testes de U-Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

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 (PESTANA e GAGEIRO, 2008).

Os valores de significância considerados estatisticamente significativos foram de  $\alpha=0,05$  (espera-se que a probabilidade de erro seja de  $p < 0,05$ ), pois em ciências sociais é considerada uma probabilidade de erro admissível. (ALMEIDA; FREIRE, 2003).

## 4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A aplicação do instrumento de recolha de dados permitiu-nos obter os resultados que a seguir apresentamos.

No sentido de permitir obter conclusões acerca da existência ou não de relações significativas entre variáveis e, fundamentalmente, de determinar a possibilidade de, a partir dos resultados verificados para a amostra, retirar conclusões para a população, foram efectuados diferentes testes.

### 4.1 ANÁLISE DESCRITIVA

A aplicação do instrumento de recolha de dados permitiu-nos obter os resultados que a seguir apresentamos.

#### Caracterização das Variáveis Sociofamiliares

A caracterização sociofamiliares da amostra encontra-se descrita no quadro 3. Assim, no que se refere **com quem vive**, os doentes com IRC vivem essencialmente com as famílias restritas (44.3%) e com cônjuge (38.1%) e sucedidos pelos doentes que moram em famílias alargadas (8.2%), sozinhos (6.2%) e em Lares (3.1%). Dos elementos do sexo feminino 47.7% viviam com famílias restritas e nos do sexo masculino essa proporção era de 41.5%.

Quanto ao **nível de apoio**, a maioria dos doentes grande não tem qualquer tipo de apoio (61.9%) e os que o têm acaba por ser apoio informal da parte da família (32%) ou amigos (1%), sendo o restante apoio formal prestado por Centros de Dia (2.1%) ou Segurança Social (2.1%).

Quadro 3 - Caracterização Sociofamiliar

| Caracterização Sociodemográfica | Masculino (n = 53) |      | Feminino (n = 44) |      | Total (n = 97) |      |
|---------------------------------|--------------------|------|-------------------|------|----------------|------|
|                                 | N                  | %    | N                 | %    | N              | %    |
| <b>Coabitação</b>               |                    |      |                   |      |                |      |
| Cônjuge/companheiro(a)          | 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  |
| Sozinho(a)                      | 3                  | 5.7  | 3                 | 6.8  | 6              | 6.2  |
| Num lar                         | 2                  | 3.8  | 1                 | 2.3  | 3              | 3.1  |
| <b>Tipo de Apoio</b>            |                    |      |                   |      |                |      |
| Nenhum                          | 33                 | 62.3 | 27                | 61.4 | 60             | 61.9 |
| Familiar                        | 18                 | 34.0 | 13                | 29.5 | 31             | 32.0 |
| Amigos                          | 0                  | 0.0  | 1                 | 2.3  | 1              | 1.0  |
| Centro de dia                   | 1                  | 1.9  | 1                 | 2.3  | 2              | 2.1  |
| Segurança social                | 1                  | 1.9  | 1                 | 2.3  | 2              | 2.1  |
| Outros                          | 0                  | 0.0  | 1                 | 2.3  | 1              | 1.0  |

### Funcionalidade familiar

A Funcionalidade familiar foi avaliada através do **APGAR familiar** e da análise de cada item, observamos no Quadro 4, que 81.4 % dos doentes estão quase sempre satisfeitos com a ajuda que recebem da família, quando algo os preocupa, 11.3% algumas vezes e 7,2% quase nunca estão satisfeitos.

Na satisfação como **família discute assuntos**, observamos que 76.3% dos doentes referem estar quase sempre satisfeitos, 17.5% algumas vezes, enquanto que 6.2% referiram quase nunca estarem satisfeitos.

Em relação à concordância da família **quanto ao desejo de iniciar novas actividades ou de modificar o estilo** de vida verificamos que 69% dos doentes referem estar quase sempre de acordo, enquanto que 17.5% referiram algumas vezes e 13.5% citaram quase nunca estarem de acordo.

Relativamente à **satisfação com o modo como a família manifesta afeição e reage aos seus sentimentos**, tais como irritação, pesar e amor, 77.3% doentes com IRC referem estar quase sempre satisfeitos, 17.5% algumas vezes e 5.2% quase nunca estão satisfeitos. No que respeita à satisfação com o tempo que passa com a sua família observa-se que 77.2% dos doentes

referem estar quase sempre satisfeitos, 5.2% e 17.5% estão algumas vezes ou quase nunca estão satisfeitos, respectivamente.

**Quadro 4 - Caracterização dos itens da Escala de APGAR**

|   | Quase nunca |      | Algumas vezes |      | Quase sempre |      |
|---|-------------|------|---------------|------|--------------|------|
|   | N           | %    | N             | %    | N            | %    |
| 1. Está satisfeito com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa o preocupa?   | 7           | 7.2  | 11            | 11.3 | 79           | 81.4 |
| 2. Está satisfeito com a forma como a sua família discute assuntos?   | 6           | 6.2  | 17            | 17.5 | 74           | 76.3 |
| 3. Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar (iniciar) novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?          | 13          | 13.4 | 17            | 17.5 | 67           | 69.1 |
| 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           | 5.2  | 17            | 17.5 | 75           | 77.3 |
| 5. Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família?   | 7           | 7.2  | 15            | 15.5 | 75           | 77.3 |

Em relação às **características funcionais da família** dos doentes com IRC observamos que 79.4% encontram-se no seio de famílias com boa funcionalidade, 14.4% e 6.2% dos doentes estão inseridos numa situação de disfuncionalidade familiar moderado ou elevada, respectivamente (Quadro 5).

**Quadro 5 - Caracterização da funcionalidade familiar APGAR (Categorias)**

|                             | N  | %    |
|-----------------------------|----|------|
| Boa funcionalidade familiar | 77 | 79.4 |
| Moderada disfunção familiar | 14 | 14.4 |
| Elevada disfunção familiar  | 6  | 6.2  |

A média do APGAR Familiar obtido foi 8.42 ( $Dp= 2.60$ ), o coeficiente de variação foi de 30.20%, indicativo de um desvio elevado em torno do valor médio. Quanto à simetria, é assimétrica negativa, enviesamento à direita ( $Skewness/error = -7.36$ ) apresentando uma curva leptocúrtica ( $Kurtosis/error= 5.52$ ) (cf. Quadro 6).

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 ( $t = -0.670$ ,  $p = 0.504$ ) (cf. Quadro 6).

**Quadro 6 - Estatísticas da escala de APGAR**

|              | N  | Média | Dp   | Cv (%) | Sw/ Std Error | Kw/Std Error | t      | p     |
|--------------|----|-------|------|--------|---------------|--------------|--------|-------|
| Masculino    | 53 | 8.26  | 2.80 | 33.89  | 0.290         | 1.935        | -0.670 | 0.504 |
| Feminino     | 44 | 8.61  | 2.23 | 25.90  | -0.672        | -0.960       |        |       |
| Valor Global | 97 | 8.42  | 2.60 | 30.20  | -7.36         | 5.52         |        |       |

### Caracterização das Variáveis Clínicas

Pela análise dos dados da Quadro 7, o **tempo médio de diálise** da amostra verificamos que era de 31.4 meses ( $Dp=29.16$ ) e um CV de 92.8%, os valores de simetria ( $SK/EP=1.58$ ) indicavam uma curva simétrica e os valores de curtose ( $K/EP=-3.87$ ) indicavam uma curva platicúrtica. Os indivíduos do sexo masculino possuíam tempo médio de 28.9 meses ( $Dp=23.9$ ) e os do sexo feminino de 34.5 meses ( $Dp=29.2$ ).

**A frequência média de sessões de diálise por semana** era de 3,2 vezes ( $Dp=23.9$ ), com CV de 22.6% e sendo os valores de simetria ( $SK/EP=3.42$ ) indicando uma curva assimétrica positiva e os valores de curtose ( $K/EP=-2.73$ ) indicavam uma curva platicúrtica. **A duração média de cada sessão de diálise** era de 4.7 horas ( $Dp=4.7$ ) com um CV de 92.1%, os valores de simetria ( $SK/EP=-2.13$ ) indicavam uma curva assimétrica negativa e os valores de curtose ( $K/EP=-3.61$ ) indicavam uma curva platicúrtica.

**O tipo de tratamento** maioritário era a hemodiálise com uma proporção 59.4% (55.8% no sexo feminino e 62.3% no sexo masculino), enquanto que somente 40.6% efectuavam diálise peritoneal (44.2% no sexo feminino e 37.7% no sexo masculino), em que 69.1% iniciaram o tratamento em consultas externas (72.7% no sexo feminino e 66.0% no sexo masculino).

Em 37.5% dos sujeitos analisados existiam outras **doenças comorbidades**, sendo essa proporção de 39.6% no sexo masculino e 34.9% no sexo feminino. A principal doença associada era a HTA que estava presente em 53.3% dos indivíduos com doenças

concomitantes (57.1% no sexo feminino e 50% no masculino), 25% dos homens eram diabéticos e 32.1% das mulheres tinham anemia.

Em relação à **decisão clínica**, o método de tratamento foi decidido pelo médico em 50% dos casos, em 33.3% foi decisão do doente após consulta com o médico ou com o enfermeiro e em 18.9% essa decisão foi igualmente do doente mas após ter sido informado pelo médico.

Nos doentes em hemodiálise 68.4% dos **acessos vasculares** é efectuado por fístula artério-venosa (58.3% no sexo feminino e 75.9% no sexo masculino) e 28.1% esse mesmo acesso é realizado por cateter venoso central (21.2% no sexo masculino e 37.5% no feminino). O recurso a um hospital devido a **problemas vascular** ocorreu em 38.6% dos doentes em hemodiálises.

Para a **modalidade de tratamento**, os doentes com tratamento de diálise peritoneal 69.2% realizam diálise peritoneal contínua de ambulatório (78.9% no sexo feminino e 60% no sexo masculino) e 30.8% diálise peritoneal automática (40% nos homens e 21.1% nas mulheres). Destes doentes 50% já necessitaram de recorrer ao hospital devido a problemas com o orifício ou peritonite (42.1% no sexo feminino e 57.9% no sexo masculino).

Quadro 7 - Caracterização Clínica

|  | Masculino (n = 53) |      | Feminino (n = 44) |      | Total (n = 97) |      |
|--|--------------------|------|-------------------|------|----------------|------|
|  | N                  | %    | N                 | %    | N              | %    |
| Tempo de diálise (meses)                                 | 28,85+23,91        |      | 34,5+34,47        |      | 31,41+29,16    |      |
| Frequência de diálise (vezes/semana)                     | 3,23+0,73          |      | 3,15+0,83         |      | 3,20+0,77      |      |
| Duração da sessão de diálise (h/sessão)                  | 4,72+4,35          |      | 4,73+5,21         |      | 4,73+4,69      |      |
| <b>Tipo de tratamento</b>                                |                    |      |                   |      |                |      |
| Hemodiálise  | 33                 | 62.3 | 24                | 55.8 | 57             | 59.4 |
| Diálise peritoneal                                       | 20                 | 37.7 | 19                | 44.2 | 39             | 40.6 |
| <b>Início o tratamento</b>                               | 4                  | 7.5  | 4                 | 9.1  | 8              | 8.2  |
| 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 | 15                | 34.9 | 36             | 37.5 |
| Sim  | 32                 | 60.4 | 28                | 65.1 | 60             | 62.5 |
| <b>Tipo de comorbilidade</b>                             |                    |      |                   |      |                |      |
| HTA  | 16                 | 50.0 | 16                | 57.1 | 32             | 53.3 |
| Diabetes   | 8                  | 25.0 | 4                 | 14.3 | 12             | 20.0 |
| Anemia   | 3                  | 9.4  | 9                 | 32.1 | 12             | 20.0 |
| Outra  | 8                  | 25.0 | 6                 | 21.4 | 14             | 23.3 |
| <b>Escolha do método de tratamento</b>                   |                    |      |                   |      |                |      |
| Médico decidiu   | 26                 | 49.1 | 22                | 51.2 | 48             | 50.0 |
| Decidi, após informação do médico                        | 10                 | 18.9 | 6                 | 14.0 | 16             | 16.7 |
| Decidi após consulta de enfermagem                       | 17                 | 32.1 | 15                | 34.9 | 32             | 33.3 |
| <b>Acesso vascular (hemodiálise)</b>                     |                    |      |                   |      |                |      |
| Fistula arteriovenosa                                    | 25                 | 75.8 | 14                | 58.3 | 39             | 68.4 |
| Prótese vascular   | 1                  | 3.0  | 1                 | 4.2  | 2              | 3.5  |
| Cateter venoso central                                   | 7                  | 21.2 | 9                 | 37.5 | 16             | 28.1 |
| <b>Recurso ao hospital devido ao acesso vascular</b>     |                    |      |                   |      |                |      |
| Não  | 20                 | 60.6 | 15                | 62.5 | 35             | 61.4 |
| Sim  | 13                 | 39.4 | 9                 | 37.5 | 22             | 38.6 |
| <b>Modalidade de tratamento (Diálise Peritoneal)</b>     |                    |      |                   |      |                |      |
| Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória                  | 12                 | 60.0 | 15                | 78.9 | 27             | 69.2 |
| Diálise Peritoneal Automática                            | 8                  | 40.0 | 4                 | 21.1 | 12             | 30.8 |
| <b>Recurso ao hospital devido ao orifício/peritonite</b> |                    |      |                   |      |                |      |
| Não  | 11                 | 57.9 | 8                 | 42.1 | 19             | 50.0 |
| Sim  | 8                  | 42.1 | 11                | 57.9 | 19             | 50.0 |

### Escala Autoconceito

Relativamente aos resultados do Autoconceito (Quadro 8) observamos que 61.9% dos doentes possuíam um autoconceito alto e médio alto, os doentes com autoconceito médio representava 18.5% enquanto que os doentes com autoconceito médio baixo e baixo representavam 19.6% dos inquiridos.

**Quadro 8 - Caracterização do Autoconceito**

|                    | N  | %    |
|--------------------|----|------|
| Alto/ Médio Alto   | 60 | 61.9 |
| Médio              | 18 | 18.5 |
| Médio Baixo/ Baixo | 19 | 19.6 |

Através do Quadro 9 constatamos que o score médio total do *Autoconceito* era de 70.41 (Desvio Padrão: 10.25). Em relação aos factores do *Autoconceito*, observamos que o Factor *Impulsividade/Actividade* era aquele que possuía a média mais elevada (Média: 3.92; Desvio Padrão: 0.69), contrapondo ao Factor *Auto Eficácia* que era aquela cujo valor médio era mais baixo (Média: 3.41 Desvio Padrão: 0.89).

**Quadro 9 - Estatísticas descritivas da escala de Autoconceito**

|                          | Mínimo | Máximo | Média | Desvio Padrão | CV   | SK/EP | K/EP |
|--------------------------|--------|--------|-------|---------------|------|-------|------|
| Autoconceito Total       | 24.00  | 94.00  | 70.41 | 10.25         | 0.15 | -3.13 | 7.38 |
| Aceitação/rejeição       | 1.00   | 5.00   | 3.67  | 0.63          | 0.17 | -1.43 | 5.64 |
| Auto eficácia            | 1.00   | 5.00   | 3.41  | 0.89          | 0.26 | -2.77 | 0.38 |
| Maturidade psicológica   | 1.00   | 5.00   | 3.79  | 0.66          | 0.17 | -3.41 | 4.87 |
| Impulsividade/actividade | 1.00   | 5.00   | 3.92  | 0.69          | 0.18 | -3.93 | 4.84 |

## 4.2 ANÁLISE INFERENCIAL

Após a caracterização da amostra em estudo fez-se a abordagem inferencial através dos testes de hipóteses e da regressão. Para a validação das hipóteses em primeiro lugar efectuamos o

cruzamento de cada variável com o Autoconceito; e posteriormente estimaram-se regressões lineares simples.

**HIPÓTESE 1 - Existe efeito significativo entre as variáveis sociodemográficas e o autoconceito dos doentes com IRC**

De seguida estão representadas as associações entre as variáveis sócio demográficas e o score da escala de Autoconceito e respectivos factores.

**HIPÓTESE 1a<sub>1</sub> – Existe um efeito significativo entre a idade e “aceitação/rejeição” dos doentes com IRC.**

Para o estudo da “*aceitação/rejeição*” com idade, procedemos à realização de uma regressão linear simples.

Constatamos que a correlação entre *Aceitação/rejeição* e idade é baixa ( $r=0.222$ ) e negativa, sendo estatisticamente significativas ( $p=0.015$ ) (Tabela 1).

**Tabela 1 - Correlação de Pearson: aceitação/rejeição e idade**

|              | r      | p      |
|--------------|--------|--------|
| <b>Idade</b> | -0.222 | 0.015* |

\*-  $p \leq 0.05$

Como verificamos no Quadro 10, a idade explica 4.9% da variação da “*Aceitação/rejeição*” e o erro padrão de regressão é de 0.617, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados.

Finalmente pelos coeficientes padronizados beta, denota-se que, a idade estabelece uma relação inversa com a variável dependente, pelo que podemos inferir que quanto menor a idade, melhor aceitação/rejeição. Podemos constatar que 12.2% da variabilidade da “*aceitação/rejeição*” é atribuída à Idade.

Quadro 10 - Regressão entre aceitação/rejeição e idade

| Variável dependente: <b>Aceitação/rejeição</b> |                |                   |                          |        |       |
|--|----------------|-------------------|--------------------------|--------|-------|
| R = 0.222                                      |                |                   |                          |        |       |
| R <sup>2</sup> = 0.049                         |                |                   |                          |        |       |
| R <sup>2</sup> Ajustado = 0.039                |                |                   |                          |        |       |
| Erro padrão da estimativa = 0.617              |                |                   |                          |        |       |
| F = 4908                                       |                |                   |                          |        |       |
| p = 0.029                                      |                |                   |                          |        |       |
| Pesos de Regressão                             |                |                   |                          |        |       |
| Variável independente                          |                | Coefficiente Beta | Coefficiente padronizado | t      | p     |
| Constante                                      |                | 4.162             |                          | 18.030 | .000  |
| Idade  |                | -0.008            | -0.222                   | -2.215 | .029  |
| Análise de variância                           |                |                   |                          |        |       |
| Efeito   | Soma Quadrados | GL                | Média Quadrados          | F      | p     |
| Regressão                                      | 1.867          | 1                 | 1.867                    | 4.908  | 0.029 |
| Residual                                       | 36.136         | 95                | 0.380                    |        |       |
| Total  | 38.003         | 96                |                          |        |       |

O modelo final ajustado para a “*aceitação/rejeição*” é dado então pela seguinte fórmula:

$$\text{“Aceitação/rejeição”} = 4.162 + (-0.008) \text{ Idade}$$

**HIPÓTESE 1a<sub>2</sub> – Existe um efeito significativo entre a idade e “Auto-eficácia” dos doentes com IRC.**

Em seguida analisou-se as correlações existentes entre a idade e a “*Auto-eficácia*”, e verificou-se que está negativamente correlacionada (coeficiente de correlação de Pearson) de forma significativa (tabela 2).

Tabela 2 - Correlação de Pearson: “Auto-eficácia” e Idade

|              | r      | p       |
|--------------|--------|---------|
| <b>Idade</b> | -0.289 | 0.002** |

\*- p ≤ 0.05

Através análise do Quadro 11, verificamos pelos coeficientes padronizados beta que a idade estabelece uma relação inversa com a variável dependente, pelo que podemos inferir que quanto menor a idade, melhor “*Auto-eficácia*”. Constatamos que 8.3% da variabilidade da “*Auto-eficácia*” é atribuída à Idade e o erro padrão de regressão é de 0.617, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados.

Podemos inferir que quanto menor a idade, melhor “*Auto-eficácia*”.

**Quadro 11 - Regressão simples entre Autoeficácia e Idade**

| Variável dependente: <b>Autoeficácia</b> |                   |                          |                 |       |       |
|--|-------------------|--------------------------|-----------------|-------|-------|
| R = 0.289                                |                   |                          |                 |       |       |
| R <sup>2</sup> = 0.083                   |                   |                          |                 |       |       |
| R <sup>2</sup> Ajustado = 0.074          |                   |                          |                 |       |       |
| Erro padrão da estimativa = 0.858        |                   |                          |                 |       |       |
| F = 4.908                                |                   |                          |                 |       |       |
| P = 0.029                                |                   |                          |                 |       |       |
| Pesos de Regressão                       |                   |                          |                 |       |       |
| Variável independente                    | Coefficiente Beta | Coefficiente padronizado | T               | P     |       |
| Constante                                | 4.318             |                          | 13.441          | 0.000 |       |
| Idade                                    | -0.016            | -0.289                   | -2.940          | 0.004 |       |
| Análise de variância                     |                   |                          |                 |       |       |
| Efeito                                   | Soma Quadrados    | GL                       | Média Quadrados | F     | P     |
| Regressão                                | 6.365             | 1                        | 6.365           | 8.642 | 0.004 |
| Residual                                 | 69.970            | 95                       | 0.737           |       |       |
| Total                                    | 76.334            | 96                       |                 |       |       |

O modelo final ajustado para a “*Auto-eficácia*” é dado então pela seguinte fórmula:

$$\text{“Auto-eficácia”} = 4.318 + (-0.016) \text{ Idade.}$$

### **HIPÓTESE 1a<sub>3</sub> – Existe um efeito significativo entre a idade e “Maturidade Psicológica” dos doentes com IRC.**

Para o estudo da “*Maturidade Psicológica*” podemos observar através do quadro que a idade constitui uma correlação negativa e muito baixa, não apresentando diferenças estatisticamente significativa (Tabela 3).

**Tabela 3 - Correlação de Pearson: “Maturidade Psicológica” e Idade**

|              | r      | p     |
|--------------|--------|-------|
| <b>Idade</b> | -0.053 | 0.304 |

Através coeficiente padronizados beta que a idade apresenta um valor muito baixo e a regressão linear simples revelou a inexistência da variável preditora da “*Maturidade Psicológica*” (Quadro 12). O valor de  $F$  (2.422) não é estatisticamente significativo ( $p = 0.608$ ), logo não é possível rejeitar a ausência de relação entre as variáveis.

**Quadro 12 - Regressão simples entre Maturidade psicológica e Idade**

| Variável dependente: <b>Maturidade psicológica</b> |                   |                          |                 |       |       |
|--|-------------------|--------------------------|-----------------|-------|-------|
| R = 0.53   |                   |                          |                 |       |       |
| R <sup>2</sup> = 0.003                             |                   |                          |                 |       |       |
| R <sup>2</sup> Ajustado = - 0.008                  |                   |                          |                 |       |       |
| Erro padrão da estimativa = 0.663                  |                   |                          |                 |       |       |
| F=2.422  |                   |                          |                 |       |       |
| p=0.071  |                   |                          |                 |       |       |
| Pesos de Regressão                                 |                   |                          |                 |       |       |
| Variável independente                              | Coefficiente Beta | Coefficiente padronizado | t               | p     |       |
| Constante  | 3.9121            |                          | 15.755          | 0.000 |       |
| Idade  | -0.002            | -0.053                   | -0.515          | 0.608 |       |
| Análise de variância                               |                   |                          |                 |       |       |
| Efeito   | Soma Quadrados    | GL                       | Média Quadrados | F     | p     |
| Regressão  | 0.117             | 1                        | 0.117           | 0.265 | 0.608 |
| Residual   | 41.801            | 95                       | 0.440           |       |       |
| Total  | 41.918            | 96                       |                 |       |       |

**HIPÓTESE 1a<sub>4</sub> – Existe um efeito significativo entre a idade e “Impulsividade/atividade” dos doentes com IRC.**

Para o estudo da “*Impulsividade/ atividade*” a idade apresenta correlação muito baixa uma relação inversa ( $p = 0.029$ ). (Tabela 4).

**Tabela 4 - Correlação de Pearson: “Impulsividade/atividade” e Idade**

|              | r     | p     |
|--------------|-------|-------|
| <b>Idade</b> | -,193 | ,029* |

\*-  $p \leq 0,05$

Utilizamos a regressão linear. Através análise do Quadro 13, verificamos pelos coeficientes padronizados beta que a idade estabelece uma relação inversa com a variável dependente, pelo que podemos inferir que quanto menor a idade, melhor aceitação/rejeição. Constatamos que 3.7% da variabilidade da “*Impulsividade/atividade*” é atribuída à Idade. Contudo, a idade não possui valor preditivo ( $p=0,058$ ).

Quadro 13 - Regressão simples entre a Impulsividade/atividade e a Idade

| Variável dependente: <b>Impulsividade/atividade</b> |                   |                          |                 |       |       |
|---|-------------------|--------------------------|-----------------|-------|-------|
| R = 0.193   |                   |                          |                 |       |       |
| R <sup>2</sup> = 0.037                              |                   |                          |                 |       |       |
| R <sup>2</sup> Ajustado = 0.027                     |                   |                          |                 |       |       |
| Erro padrão da estimativa = 0.682                   |                   |                          |                 |       |       |
| F = 3.683   |                   |                          |                 |       |       |
| p = 0.058   |                   |                          |                 |       |       |
| Pesos de Regressão                                  |                   |                          |                 |       |       |
| Variável independente                               | Coefficiente Beta | Coefficiente padronizado | t               | p     |       |
| Constante   | 4.396             |                          | 17.222          | 0.000 |       |
| Idade   | -0.008            | -0.193                   | -1.919          | 0.058 |       |
| Análise de variância                                |                   |                          |                 |       |       |
| Efeito  | Soma Quadrados    | GL                       | Média Quadrados | F     | p     |
| Regressão   | 1.713             | 1                        | 1.713           | 3.683 | 0.058 |
| Residual  | 44.177            | 95                       | 0.465           |       |       |
| Total   | 1.713             |                          |                 |       |       |

### HIPÓTESE 1a<sub>5</sub> – Existe um efeito significativo entre idade e “Autoconceito” dos doentes com IRC.

Para o estudo do valor global do “*Autoconceito*” com Idade referida na hipótese em estudo, verificamos através da análise da Tabela 5 que a variável independente estabelece com a variável dependente uma relação negativa e correlação baixa, sendo estatisticamente significativa.

Tabela 5 - Correlação de Pearson: valor global “Autoconceito” e Idade

| Variáveis    | r      | p       |
|--------------|--------|---------|
| <b>Idade</b> | -0.241 | 0.009** |

\*\*- p ≤ 0,01

Através análise do Quadro 14, verificamos pelos coeficientes padronizados beta que a idade estabelece uma relação inversa com a variável dependente, pelo que podemos inferir que quanto menor a idade, melhor “*Autoconceito*”. Constatamos que 5.8% da variabilidade da “*Autoconceito*” é imputada à Idade e o erro padrão de regressão é de 0.511, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados.

Podemos inferir que quanto menor a idade, melhor “*Autoconceito*”.

Quadro 14 - Regressão múltipla entre o valor global “*Autoconceito*” e Idade

| Variável dependente: <b>Autoconceito</b> |                   |                          |                 |       |       |
|--|-------------------|--------------------------|-----------------|-------|-------|
| R = 0.241                                |                   |                          |                 |       |       |
| R <sup>2</sup> = 0.058                   |                   |                          |                 |       |       |
| R <sup>2</sup> Ajustado = 0.048          |                   |                          |                 |       |       |
| Erro padrão da estimativa = 0.511        |                   |                          |                 |       |       |
| F=5.008                                  |                   |                          |                 |       |       |
| p = 0.009                                |                   |                          |                 |       |       |
| Pesos de Regressão                       |                   |                          |                 |       |       |
| Variáveis independentes                  | Coefficiente Beta | Coefficiente padronizado | t               | p     |       |
| Constante                                | 3.920             |                          | 20.474          | 0.000 |       |
| Idade                                    | -0.008            | -0.241                   | -2.418          | 0.018 |       |
| Análise de variância                     |                   |                          |                 |       |       |
| Efeito                                   | Soma Quadrados    | GL                       | Média Quadrados | F     | p     |
| Regressão                                | 1.529             | 1                        | 1.529           | 5.844 | 0.018 |
| Residual                                 | 24.852            | 95                       | 0.262           |       |       |
| Total                                    | 26.381            | 96                       |                 |       |       |

O modelo final ajustado para “*Autoconceito*” é dado então pela seguinte fórmula:

$$\text{Valor global “Autoconceito”} = 3,534 + (-0,007) \text{ Idade}$$

Em suma, a aceitação/rejeição, auto-eficácia e o valor global do autoconceito surgem como um preditor válido da idade, sendo que quanto menor for a idade melhor aceitação/rejeição, auto-eficácia e o valor global do autoconceito. Contudo as variabilidade explicada são muito reduzida.

Apresentamos em seguida a síntese relativa às relações entre a idade e o autoconceito:

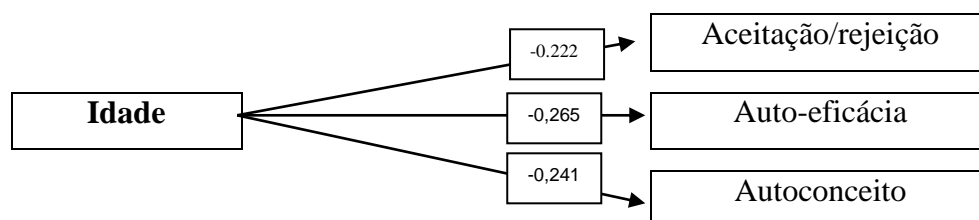


Figura 2 - Síntese das relações entre Autoconceito e Idade

### Hipótese 1b – Existe efeito significativo entre sexo e o autoconceito dos doentes com IRC

Pela análise da Tabela 6, constatamos que os doentes do **sexo** masculino apresentam valor médios superiores na *Auto-eficácia*, *“Impulsividade/atividade”* e valor global do Autoconceito do que os indivíduos do sexo feminino, com a excepção do factor *“Aceitação/rejeição e Maturidade psicológica”*. Contudo só se registam diferenças estatisticamente significativas no factor *“Auto-eficácia”* ( $p=0.014$ ), ou seja os homens são mais auto-eficazes do que as mulheres.

Tabela 6 - Teste t: Sexo e Autoconceito

|                              | Masculino (N=53) |      | Feminino (N=44) |     | Levene's p | t      | p      |
|------------------------------|------------------|------|-----------------|-----|------------|--------|--------|
|                              | Média            | Dp   | Média           | Dp  |            |        |        |
| Valor Global do Autoconceito | 70.2             | 11.3 | 68.7            | 9.4 | 0.738      | 0.685  | 0.495  |
| Aceitação/rejeição           | 3.6              | 0.7  | 3.7             | 0.6 | 0.114      | -0.554 | 0.581  |
| Auto-eficácia                | 3.6              | 0.8  | 3.2             | 0.9 | 0.123      | 2.504  | 0.014* |
| Maturidade psicológica       | 3.8              | 0.8  | 3.8             | 0.5 | 0.901      | -0.322 | 0.748  |
| Impulsividade/atividade      | 4.0              | 0.7  | 3.8             | 0.6 | 0.810      | 0.985  | 0.327  |

### Hipótese 1c – Existe efeito significativo entre estado marital e o autoconceito dos doentes com IRC

Quanto ao **estado marital** os indivíduos que possuem *“Cônjuge/companheiro(a)”* apresentam valores médios ordenados superiores relativamente aos que não o possuem na *“Auto-eficácia”*, *“Maturidade psicológica”*, *“Impulsividade/atividade”* e *“Valor Global do Autoconceito”* com a excepção da *“Aceitação/rejeição”*. Contudo, não se verificaram diferenças estatísticas significativas (Tabela 7), ou seja, infere-se que *estado marital* não influencia o autoconceito.

Tabela 7 - Teste Mann-Whitney U: Estado marital Autoconceito

|                              | Com Cônjuge /<br>companheiro(a) (N=75) | Sem Cônjuge /<br>companheiro(a) (N=22) | Teste<br>Mann-<br>Whitney U | p     |
|------------------------------|--|--|-----------------------------|-------|
|                              | Mean Rank                              | Mean Rank                              |                             |       |
| Valor Global do Autoconceito | 50.44                                  | 44.86                                  | 796.50                      | 0.393 |
| Aceitação/rejeição           | 48.63                                  | 50.06                                  | 873.50                      | 0.825 |
| Auto eficácia                | 50.16                                  | 45.66                                  | 816.50                      | 0.486 |
| Maturidade psicológica       | 49.60                                  | 47.28                                  | 857.00                      | 0.719 |
| Impulsividade/atividade      | 51.43                                  | 42.00                                  | 725.00                      | 0.142 |

### Hipótese 1d - Existe efeito significativo entre local residência e o autoconceito dos doentes com IRC

Para averiguar se a variável **local de residência** influi no autoconceito, recorreu-se ao Teste Kruskal-Wallis.

Da análise da Tabela 8 verificamos valores médios superiores nos factores “Aceitação/rejeição” e “Auto-eficácia” para residentes em cidades; já os factores “maturidade psicológica” e “impulsividade/atividade” incidem nos residentes em Vilas. Verificamos ainda valores médios inferiores nos residentes em aldeias. Contudo não se verificaram diferenças estatísticas significativas, ou seja, infere-se que a *Residência* não influencia o autoconceito.

Tabela 8 - Teste Kruskal-Wallis: Residência e Autoconceito

|                              | Aldeia<br>(n=48) | Vila (n=26) | Cidade<br>(n=23) | Teste Kruskal-<br>Wallis | p     |
|------------------------------|------------------|-------------|------------------|--------------------------|-------|
|                              | Mean Rank        | Mean Rank   | Mean Rank        |                          |       |
| Valor Global do Autoconceito | 43.71            | 53.73       | 54.70            | 3.381                    | 0.184 |
| Aceitação/rejeição           | 45.35            | 48.02       | 57.72            | 3.099                    | 0.212 |
| Auto eficácia                | 42.67            | 53.00       | 57.70            | 5.262                    | 0.072 |
| Maturidade psicológica       | 47.73            | 52.77       | 47.39            | 0.656                    | 0.721 |
| Impulsividade/atividade      | 45.91            | 52.71       | 51.26            | 1.225                    | 0.542 |

### Hipótese 1e - Existe efeito significativo entre habilitações literárias e o autoconceito dos doentes com IRC

Para averiguar se a variável **Habilitações Literárias** influi no autoconceito, recorreu-se ao Teste Kruskal-Wallis.

Da análise do Tabela 9 constatamos que os indivíduos habilitados com Ensino básico as médias ordenadas são mais elevadas na Aceitação/rejeição, Impulsividade/atividade e Valor Global do Autoconceito, enquanto que os indivíduos com Ensino secundário apresentam melhor Auto eficácia e Impulsividade/atividade. Constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas nos factores Auto eficácia ( $p=0,006$ ) e Valor Global do Autoconceito ( $p= 0,05$ ).

**Tabela 9 - Teste Kruskal-Wallis: Escolaridade / Habilitações literárias e Autoconceito**

|                              | < Ensino Primário (n=44) | Ensino básico (n=25) | Ensino secundário (n=19) | Ensino superior (n=9) | Teste Kruskal-Wallis | p       |
|------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------|---------|
|                              | Mean Rank                | Mean Rank            | Mean Rank                | Mean Rank             |                      |         |
| Valor Global do Autoconceito | 40.28                    | 56.76                | 56.61                    | 54.00                 | 7.808                | 0.050*  |
| Aceitação/rejeição           | 45.55                    | 53.00                | 50.82                    | 50.94                 | 1.313                | 0.726   |
| Auto eficácia                | 38.57                    | 53.74                | 61.95                    | 59.50                 | 12.285               | 0.006** |
| Maturidade psicológica       | 42.51                    | 54.78                | 56.00                    | 49.89                 | 4.694                | 0.196   |
| Impulsividade/atividade      | 42.30                    | 58.22                | 55.82                    | 41.78                 | 7.143                | 0.067   |

### **Hipótese 1f - Existe efeito significativo entre rendimento e o autoconceito dos doentes com IRC**

Para averiguar se a variável **Rendimento** influi no autoconceito, recorreu-se ao Teste Kruskal-Wallis.

Da análise do Tabela 10 verificamos valor médio superior no factor “*Aceitação/rejeição*” para rendimentos < 485 €, já o factor “*Auto-eficácia*” apresenta factores médios superiores para rendimentos > 485€. Contudo não verificamos diferenças estatísticas significativas.

Tabela 10 - Teste Kruskal-Wallis: rendimento e Autoconceito

|                              | < 485 € (n=60) | 485 a 970 € (n=17) | 970 a 1455 € (n=10) | >1455€ (n=10) | Teste Kruskal-Wallis | p     |
|------------------------------|----------------|--------------------|---------------------|---------------|----------------------|-------|
|                              | Mean Rank      | Mean Rank          | Mean Rank           | Mean Rank     |                      |       |
| Valor Global do Autoconceito | 46.51          | 53.62              | 45.10               | 60.00         | 2.653                | 0.448 |
| Aceitação/rejeição           | 48.13          | 53.97              | 39.90               | 54.85         | 2.102                | 0.551 |
| Auto eficácia                | 43.35          | 55.97              | 54.05               | 66.00         | 7.590                | 0.055 |
| Maturidade psicológica       | 47.15          | 54.59              | 44.50               | 55.10         | 1.697                | 0.638 |
| Impulsividade/actividade     | 46.81          | 52.50              | 52.25               | 52.95         | 0.993                | 0.803 |

### Hipótese 1i - Existe efeito significativo entre situação profissional e o autoconceito dos doentes com IRC

Para averiguar se a variável **situação profissional** influi no autoconceito, recorreu-se ao Teste Mann-Whitney U. Os doentes activos apresentam valor médios superiores no factor “*Auto-eficácia*”; já os reformados apresentam valores médios superiores para o factor “*Aceitação/rejeição*”. Contudo só se registam diferenças estatisticamente significativas no factor Auto-eficácia ( $p=0,016$ ) (Tabela 11). Constatamos que os indivíduos que trabalham são mais auto-eficazes relativamente aos que são inactivos.

Tabela 11 - Teste Mann-Whitney- U: Situação profissional Autoconceito

|                              | Activos (N=29) | Nãoactivos (N=68) | Teste Mann-Whitney U | p      |
|------------------------------|----------------|-------------------|----------------------|--------|
|                              | Mean Rank      | Mean Rank         |                      |        |
| Valor Global do Autoconceito | 57.21          | 45.50             | 748.00               | 0.060  |
| Aceitação/rejeição           | 53.17          | 47.22             | 865.00               | 0.336  |
| Auto eficácia                | 59.40          | 44.57             | 684.50               | 0.016* |
| Maturidade psicológica       | 53.34          | 47.15             | 860.00               | 0.315  |
| Impulsividade/actividade     | 53.81          | 46.95             | 846.50               | 0.263  |

**HIPÓTESE 2 - Existe efeito significativo entre o tipo de tratamento e o autoconceito dos doentes com IRC**

Para averiguar se a variável **tipo de tratamento** influi no autoconceito, recorreu-se ao Teste-t. Verificamos que os doentes em hemodiálise e os doentes em diálise peritoneal apresentam médias superiores de autoconceito nos factores “*maturidade psicológica*” e “*impulsividade/actividade*”. Registamos diferenças estatisticamente significativas no factor Aceitação/rejeição ( $p=0,045$ ), no factor Impulsividade/actividade ( $p=0,015$ ) e no Valor Global Autoconceito ( $p=0,037$ ) (Tabela 12). Constatamos que os indivíduos que fazem Diálise Peritoneal, apresentavam melhor autoconceito na aceitação/rejeição, Impulsividade/actividade e no valor global.

**Tabela 12 - Teste t: Tipo de tratamento e Autoconceito**

| Tipo de tratamento           | Hemodiálise<br>(n = 56) |      | Diálise Peritoneal<br>(n = 41) |      | Levene's p | t      | p      |
|------------------------------|-------------------------|------|--------------------------------|------|------------|--------|--------|
|                              | Média                   | D.p. | Média                          | D.p. |            |        |        |
| Valor Global do Autoconceito | 3.38                    | 0.57 | 3.60                           | 0.42 | 0.234      | -2.118 | 0.037* |
| Aceitação/rejeição           | 3.56                    | 0.67 | 3.82                           | 0.55 | 0.925      | -2.034 | 0.045* |
| Auto eficácia                | 3.26                    | 0.96 | 3.61                           | 0.76 | 0.124      | -1.924 | 0.057  |
| Maturidade psicológica       | 3.72                    | 0.73 | 3.88                           | 0.55 | 0.153      | -1.221 | 0.225  |
| Impulsividade/actividade     | 3.78                    | 0.73 | 4.12                           | 0.58 | 0.103      | -2.471 | 0.015* |

**HIPÓTESE 3 - Existe efeito significativo entre a decisão clínica dos doentes e o autoconceito dos doentes com IRC**

Para averiguarmos se a variável **Escolha Tratamento** influi no autoconceito, recorreu-se ao Teste Kruskal-Wallis.

Da análise do Tabela 13 constatamos que os indivíduos que decidiram o tipo de tratamentos após consulta obtiverem os melhores scores de médias ordenadas em todos os factores e no valor Global do autoconceito. Como existe diferença estatisticamente significativa Auto eficácia ( $p=0,008$ ) foi efectuada a ordenação das Mean Rank, tendo sido aplicado a Anova e o

teste Post Hoc (Tukey). Verificamos que os doentes que decidiram na escolha de tratamento apresentam níveis mais elevados de auto-eficácia.

**Tabela 13 - Teste Kruskal-Wallis: Escolha do tratamento e Autoconceito**

|                              | Médico decidiu<br>(n = 48) | Eu decidi informado<br>(n = 16) | Eu decidi pós consulta<br>(n = 33) | Teste<br>Kruskal-<br>Wallis | p       |
|------------------------------|----------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|---------|
|                              | Mean Rank                  | Mean Rank                       | Mean Rank                          |                             |         |
| Valor Global do Autoconceito | 45.48                      | 44.00                           | 56.55                              | 3.636                       | 0.162   |
| Aceitação/rejeição           | 46.79                      | 42.28                           | 55.47                              | 3.005                       | 0.223   |
| Auto-eficácia                | 43.30                      | 41.03                           | 61.15                              | 9.603                       | 0.008** |
| Maturidade psicológica       | 47.40                      | 40.97                           | 55.23                              | 3.153                       | 0.207   |
| Impulsividade/atividade      | 44.49                      | 44.59                           | 57.70                              | 4.954                       | 0.084   |



## **5. DISCUSSÃO**

É na discussão que o investigador analisa os principais resultados ligando-os ao problema, às questões ou às hipóteses; confrontando os resultados obtidos com os de outros trabalhos de investigação. O investigador indica os erros de amostragem, os constrangimentos experimentados na aplicação do desenho ou as dificuldades encontradas na manipulação das variáveis (FORTIN, 2009).

### **5.1 DISCUSSÃO METODOLÓGICA**

Sendo um estudo transversal apenas avalia o autoconceito no momento da investigação, fornecendo-nos dados imediatos e utilizáveis, contudo o seu alcance é mais limitado do que o estudo longitudinal, que permite a recolha de dados de forma periódica no mesmo grupo de doentes e que nos permitiria avaliar as mudanças relativas às variáveis no tempo (FORTIN, 2009).

O questionário foi aplicado aos utentes em meio hospitalar enquanto aguardavam pela consulta médica o que concerne à partida ao instrumento de colheita de dados algumas limitações, pois poderiam não estar reunidas todas as condições para que o doente respondesse sem distorção às questões.

### **5.2 DISCUSSÃO RESULTADOS**

A amostra foi constituída por 97 participantes, em que 54.6% dos inquiridos eram do sexo masculino e 45.4% pertenciam ao sexo feminino. A idade média da amostra era 58.5 anos,

74.2% eram casados sendo que, 44.3% dos doentes viviam essencialmente com as famílias restritas. Observamos que 49.5% dos doentes residiam em aldeias; 41.2% possuía o ensino primário e em que, 61,9%, vivia com rendimentos inferiores a 485€. Por outro lado, 53,6% referiram ser reformados antes do início de diálise.

Os dados apresentados corroboram com os existentes da DGS (2010) em que o total de nacional em que 37% dos doentes com IRC concentram-se na faixa etária dos 25-64 anos de idade, e 36% acima dos 75 anos de idade e demonstra ainda que há mais doentes do sexo masculino (58%) do que feminino (42%). 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.

Em relação às variáveis clínicas verificou-se que O tempo médio de diálise da amostra era 31.4 meses. Os indivíduos do sexo masculino possuíam tempo médio de 28.9 meses e os do sexo feminino de 34.5 meses. A frequência média de sessões de diálise por semana era de 3,2 vezes. A duração média de cada sessão de diálise era de 4.7 horas.

Dados consistentes com os estudos de Christensen e Moran (1998); Raiz (1999) e Chisholm (2000) em que a média de duração de cada sessão de diálise ronda entre as 4 e 5 horas com uma média de 3 vezes por semana.

O tipo de tratamento maioritário era a hemodiálise com uma proporção 59.4% enquanto que somente 40.6% efectuavam diálise peritoneal, em que 69.1% iniciaram o tratamento em consultas externas. Dados que corroboram com DGS (2010) e Machado (2009) em que a hemodiálise é a mais incidente nas amostras em estudo.

Em 37.5% dos sujeitos analisados existiam outras doenças comorbilidades, sendo essa proporção de 39.6% no sexo masculino e 34.9% no sexo feminino. A principal doença associada era a HTA que estava presente em 53.3% dos indivíduos com doenças concomitantes, 25% dos homens eram diabéticos e 32.1% das mulheres tinham anemia. Dados que corroboram com Raiz (1999), Chisholm (2000) e DGS (2010) em que a HTA e a diabetes estão associadas à IRC.

Nos doentes em hemodiálise 68.4% dos acessos vasculares é efectuado por fístula artério-venosa e 28.1% esse mesmo acesso é realizado por cateter venoso central. O recurso a um hospital devido a problemas vascular ocorreu em 38.6% dos doentes em hemodíálises, dados consistentes com os encontrados nos estudos de Christensen (1990) e Ramos (1997)

A Funcionalidade familiar foi avaliada através do APGAR familiar e da análise de cada item, observamos que 81.4 % dos doentes estão quase sempre satisfeitos com a ajuda que recebem da família, quando algo os preocupa, 11.3% algumas vezes e 7,2% quase nunca estão satisfeitos. 76.3% referem satisfação sobre os assuntos que família discute. Em relação à concordância da família quanto ao desejo de iniciar novas actividades ou de modificar o estilo de vida verificamos que 69% dos doentes referem estar quase sempre de acordo. Relativamente à satisfação com o modo como a família manifesta afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor, 77.3% doentes com IRC referem estar quase sempre satisfeitos. No que respeita à satisfação com o tempo que passa com a sua família observa-se que 77.2% dos doentes referem estar quase sempre satisfeitos. Em relação às características funcionais da família dos doentes com IRC observa-se que 79.4% encontram-se no seio de famílias com boa funcionalidade, 14.4% e 6.2% dos doentes estão inseridos numa situação de disfuncionalidade familiar moderado ou elevada, respectivamente. A média do Apgar Familiar obtido foi 8.42 denotando elevados níveis de funcionalidade familiar.

A família, como unidade, desenvolve um sistema de crenças, valores e atitudes face à saúde e à doença que são expressas e mostradas através dos comportamentos de saúde e doença dos seus membros (SILVA *et al*, 2001). Na opinião de PITROU (1984) citado por Gonçalves (2011) a influência da família sobre a saúde e a doença é diversificada, mas é, no interior desta que se formam as atitudes, os hábitos que se relacionam com a saúde, o equilíbrio físico e mental. Também Brody e Flor (1997) encontraram resultados semelhantes, onde um bom nível de funcionalidade familiar estava ligado às rotinas familiares de pai-filho e à qualidade desse relacionamento. Estes autores concluíram que os indivíduos que perceberam a presença da família de apoio são mais propensos a sentir maiores níveis de autoconceito e auto-estima; sendo que a harmonia familiar pode ser facilmente afectada pelos conflitos parentais.

Num estudo de Lian e Yusooff (2009) realizado em três escolas secundárias na Malásia, onde a amostra do estudo foi de 400 alunos do ensino secundário, com idades entre 16 e 18, verificou-se que para uma boa relação parental, existia uma relação significativa entre coesão familiar e autoconceito dos participantes ( $r = 0,75$ ,  $P < 0,05$ ). Os alunos que apresentavam bom relacionamento com os pais tinham um maior nível de autoconceito, sendo a correlação forte ( $r = 0,5625$ ).

Confirmando assim os dados que apresentamos de que famílias funcionais desencadearão níveis de autoconceito mais elevados. Por outro lado verificou-se que investigações (VAZ SERRA, 1986; VAZ SERRA *et al*, 1987 e VAZ SERRA, 1988) realizadas com o *Inventário Clínico do Autoconceito* (ICAC) demonstraram que existe uma associação positiva entre as relações com familiares e o autoconceito. Assim, um bom ambiente familiar, com relações positivas, com base na tolerância, na compreensão e na capacidade de incentivos, ajudando a ultrapassarem as dificuldades, são factores importantes no desenvolvimento de um bom autoconceito.

Relativamente aos resultados do Autoconceito observamos que 61,9% dos doentes possuíam um autoconceito alto e médio alto, os doentes com autoconceito médio representava 18,5% enquanto que os doentes com autoconceito médio baixo e baixo representavam 19,6% dos inquiridos. O score médio total do Autoconceito era de 70, 41 (Desvio Padrão: 10.25). Em relação aos factores do Autoconceito, observa-se que o Factor Impulsividade/Actividade era aquele que possuía a média mais elevada (Média: 3.92; Desvio Padrão: 0.69), contrapondo ao Factor Auto Eficácia que era aquela cujo valor médio era mais baixo (Média: 3.41 Desvio Padrão: 0.89).

Dados empíricos de diversos estudos (VAZ SERRA, 1986; FARIA e FONTAINE, 1992; VAZ SERRA e POCINHO, 2001; MELO, 2005; MELO, 2007, ALBUQUERQUE e OLIVEIRA, 2011) apoiam a ideia de que um autoconceito positivo ajuda a pessoa a ter uma percepção positiva de si próprio, a perceber o mundo de forma menos ameaçadora, a ter estratégias de *coping* mais adequadas, a desenvolver melhor as competências relacionais de ajuda e a sentir-se bem consigo e com os outros. Pelo contrário, o fracasso, as dificuldades nas relações interpessoais (VAZ SERRA, 1986) perturbações emocionais, ansiedade social elevada, desenvolvimento de sintomatologia devido ao *stress* e outras alterações têm sido relacionados com um autoconceito pobre (VAZ SERRA, 1986). Serra, citando Wells e Marwell (1976), referiu que “a maneira como uma pessoa se percebe e se avalia pode ditar a forma como se relaciona com os outros, as tarefas que tenta, as tensões emocionais que experimenta e o modo como subsequentemente se percebe” (1986, p.58). Por outro lado Monteiro (2000, p.46) também demonstra que nos doentes portadores de doenças psicossomáticas o reforço do autoconceito permite, a longo prazo, “melhor capacidade de mentalização e de tradução psíquica de vivências dolorosas e experiências relacionais desilusórias; menor recurso à somatização; uma leitura mais adequada do corpo e progressiva desdramatização e *coping* eficaz com a dor”.

Em vários outros estudos (MARCON, 1998; LIMA, 2001; MACHADO, 2005; ALBUQUERQUE E OLIVEIRA, 2011) salienta-se que as causas do insucesso são devidas não só à ausência de capacidades intelectuais, mas a outros factores entre os quais se poderá salientar um autoconceito pobre ou mesmo negativo. De uma forma idêntica ao êxito, um autoconceito pobre e fraco, pode intervir na progressão ou êxito de uma carreira profissional, assim como em dificultar as relações interpessoais ou mesmo intervir na prática de determinados comportamentos de saúde e de risco. Variando assim os níveis de autoconceito conforme sua relação com variáveis sociodemográficas.

Já segundo Melo (2005) o desenvolvimento do autoconceito, como constructo fundamental da personalidade, é influenciado por vários factores, tais como o aspecto físico, nível de inteligência, emoções, padrões culturais, escola, família e *status* social. Verificamos que os níveis de Autoconceito são com maior frequência alto, médio/alto, sendo o Factor Impulsividade/Actividade aquele que possuía scores mais elevados enquanto que o Factor Auto Eficácia era aquela cujos scores médios eram mais baixos. No estudo realizado por Vaz Serra e Firmino, em 1986, comprovou-se que os doentes com perturbações emocionais tendem a ter um autoconceito pobre. O mesmo foi comprovado nos indivíduos que desenvolvem sintomatologia depressiva na população em geral (VAZ SERRA *et al.*,1986) ou que apresentam uma ansiedade social elevada (VAZ SERRA *et al.*,1987). Este autor refere ainda que o auto conceito se correlaciona negativamente com a fobia e somatização.

Neste contexto, Vaz Serra (1986) é de opinião que, na construção do elevado ou baixo autoconceito intervêm vários factores, como: os julgamentos feitos pelos outros à acção do sujeito, os comentários depreciativos feitos à identidade do sujeito, as observações e avaliações que o sujeito faz do seu próprio desempenho em situações específicas e as comparações entre o seu comportamento e o dos outros. Para este autor, o autoconceito permite esclarecer a forma como a pessoa interage com as outras e lida com áreas respeitantes às necessidades e motivações.

Neste estudo, verificamos que a aceitação/rejeição, auto-eficácia e o valor global do autoconceito surgem como um preditor válido da idade, sendo que quanto menor for a idade melhor aceitação/rejeição, auto-eficácia e o valor global do autoconceito. Inferimos assim que quanto menor a idade, melhor “*Autoconceito*”. Os homens são mais Auto eficazes do que as mulheres. Os doentes activos apresentam valor médios superiores no factor “*Auto-eficácia*”; já os reformados apresentam valores médios superiores para o factor “*Aceitação/rejeição*”.

Constatamos que os indivíduos que trabalham são mais auto-eficazes relativamente aos que são inactivos. Constatamos ainda que os indivíduos que fazem Diálise Peritoneal, apresentavam melhor autoconceito na aceitação/rejeição, Impulsividade/actividade e no valor global.

Já em relação à decisão clínica, o método de tratamento, é decidido pelo médico em 50% dos casos, em 33.3% essa decisão foi do doente após consulta com o médico ou com o enfermeiro. Verificamos ainda que os indivíduos que decidiram o tipo de tratamentos após consulta obtiverem os melhores scores de médias ordenadas em todos os factores e no valor Global do autoconceito. Já os doentes que decidiram na escolha de tratamento apresentaram níveis mais elevados de auto-eficácia.

A abordagem do autoconceito através da análise na sua globalidade, e dos factores que o compõem, corroboram com os dados apresentados por Serra (1986), como a aceitação/rejeição social, auto-eficácia, maturidade psicológica e impulsividade-actividade, que permite uma maior compreensão do mesmo e a interacção de outras dimensões da personalidade, bem como o desenvolvimento de estratégias de *coping*. Relativamente à propensão para desenvolver sintomas devido ao *stress*, Andrade (1997) refere que esta é menor quanto melhor é o autoconceito do indivíduo.

A importância fundamental do autoconceito, é para Serra (1986), a percepção que cada um tem de si próprio, em termos de actor social em interacção, influenciando, assim, com o seu relacionamento interpessoal. Noutros estudos e enquadrando outro tipo de variáveis aos scores de APGAR: consultas médicas, respostas imunológicas, distúrbios emocionais e sintomas depressivos (BLUESTEIN, 1993; CLOVER, 1989; GREENWALD, 1999). Verificou-se que maior número de consultas médicas, alterações de respostas imunológicas e quadro depressivos são mais incidentes níveis mais baixos de autoconceito.

No estudo de Mendes (2004) os resultados reforçam a relevância da rede social formal e informal para o controlo da doença sendo que as variáveis sociodemográficas e clínicas revelaram-se como factores importantes na variação das experiências de aceitação e adaptação à doença crónica. Foi possível constatar que na presença da doença crónica e de acordo com a patologia e a dimensão que esta possa atingir, o doente crónico e sua família iniciam um processo de reaprendizagem e reorganizam toda a sua dinâmica interna com intuito de satisfazer, as necessidades do doente crónico e restantes membros que com ele vivem melhoram assim o nível de autoconceito dos doentes.

No estudo de Bizarro (2001), foram comparados dois grupos de adolescentes entre os 12 e os 18 anos, um com jovens saudáveis e outro com jovens com insuficiência renal crónica e dependentes de hemodiálise. Estudando o efeito da idade, do sexo, tempo e tipo de tratamento. Os testes *post-hoc* indicaram que o tipo de tratamento e um menor tempo de hemodiálise apresentavam valores de bem-estar significativamente menores e os jovens com um maior tempo apresentarem valores significativamente mais elevados.

No estudo Bizarro (2001), os seus resultados indicam que quanto menor é o tempo em que iniciaram a dependência da hemodiálise também menor é o bem-estar psicológico dos jovens. Verificou-se, igualmente, que o tempo em que o jovem está dependente de hemodiálise é decisivo para o seu bem-estar psicológico. Assim, a fase do início desta dependência, ou seja o primeiro ano, parece estar significativamente associada a menores níveis de bem-estar psicológico, comparativamente aos períodos de tempo mais prolongados.

Da pesquisa efectuada é de supor “boa funcionalidade familiar” leva a maior nível de autoconceito e que, quanto mais forte e abrangente for o autoconceito do indivíduo, maior capacidade terá de lidar com as situações stressantes e melhor apetrechado estará para lidar com as dificuldades. Neste sentido, consideramos extremamente importante otimizar as características da personalidade do indivíduo na sua relação com a família permitindo, assim, ajudá-lo a melhorar as suas estratégias de *coping* no sentido de uma melhor adaptação às adversidades do dia-a-dia que a sua doença lhe oferece.



## 6. CONCLUSÕES

A presente investigação veio evidenciar a importância da valorização do autoconceito nos doentes com IRC. Este estudo, aponta ainda a necessidade de integrar cada vez mais as famílias nos cuidados de saúde.

Os objectivos a que nos propusemos foram alcançados e, apesar das suas limitações, pensamos ter obtido dados de interesse para a amostra em causa.

No que se refere à amostra, na presente investigação existiram restrições de natureza estrutural, inerentes à escolha da amostra, devendo-se destacar a dificuldade de definição de uma matriz do estudo; tentou-se por isso evitar interpretações erróneas onde se podia gerar uma selecção inconsistente.

Em relação à colheita de dados, deve-se considerar a confiabilidade dos dados obtidos; uma limitação importante diz respeito a espontaneidade e veracidade com a qual o questionário foi respondido pelos doentes.

A decisão metodológica tomada baseou-se na problemática e nos objectivos definidos para o referido estudo e pressupõe uma orientação no plano de execução dos mesmos.

Verificámos neste trabalho que a amostra de doentes com IRC eram maioritariamente casados, reformados e do sexo masculino, com uma média etária de 58.5 anos, residindo essencialmente em aldeias e com os membros nucleares das famílias, com estudos até ao ensino básico e sendo o rendimento predominante inferior ao salário mínimo mensal. Em termos de apoio a maioria referiram que não o possuíam.

Em relação a caracterização das variáveis clínicas verificou-se que os indivíduos do género masculino possuíam menor tempo médio de tratamento sendo a frequência média de sessões de diálise por semana era de 3,2 vezes. A duração média de cada sessão de diálise foi em média 4.7 horas. O tipo de tratamento foi maioritariamente a hemodiálise. Já relativamente a doenças concomitantes, a principal doença associada foi citada a HTA.

Quanto às características funcionais da família dos doentes com IRC, verificou-se que quase a totalidade dos doentes estavam inseridos em famílias funcionais. Os scores da escala de APGAR revelam altos níveis de funcionalidade familiar.

Os níveis de Autoconceito foram com maior frequência alto, médio/alto, sendo o Factor Impulsividade/Actividade aquele que possuía scores mais elevados enquanto que o Factor Auto Eficácia era aquele cujos scores médios eram mais baixos.

Neste estudo, verificamos que a aceitação/rejeição, auto-eficácia e o valor global do autoconceito surgem como um preditor válido da idade, sendo que quanto menor for a idade melhor aceitação/rejeição, auto-eficácia e o valor global do autoconceito. Inferimos assim que quanto menor a idade, melhor “*Autoconceito*”. Os homens são mais Auto eficazes do que as mulheres. Os doentes activos apresentam valor médios superiores no factor “*Auto-eficácia*”; já os reformados apresentam valores médios superiores para o factor “*Aceitação/rejeição*”. Constatamos que os indivíduos que trabalham são mais auto-eficazes relativamente aos que são inactivos. Constatamos ainda que os indivíduos que fazem Diálise Peritoneal, apresentavam melhor autoconceito na aceitação/rejeição, Impulsividade/actividade e no valor global. Já em relação à decisão clínica, o método de tratamento, é decidido pelo médico em 50% dos casos, em 33.3% essa decisão foi do doente após consulta com o médico ou com o enfermeiro. Verificamos ainda que os indivíduos que decidiram o tipo de tratamentos após consulta obtiverem os melhores scores de médias ordenadas em todos os factores e no valor Global do autoconceito. Já os doentes que decidiram na escolha de tratamento apresentaram níveis mais elevados de auto-eficácia.

Tendo em conta que este estudo, foi essencialmente de carácter exploratório torna-se difícil prever o sucesso dos resultados do tratamento estatístico; não podemos esquecer que a amostra era reduzida (<100), o que dificulta a obtenção de resultados viáveis na análise estatística quantitativa, seria positivo alargarmos o estudo para um mínimo ideal de 200 inquiridos, para melhor analisarmos a relação entre as variáveis.

Como investigações futuras seria importante ser adaptado ou criado um novo instrumento que avalie o autoconceito nos doentes com doença crónica, pois durante a nossa pesquisa bibliográfica verificamos uma grande lacuna nesta área. Poder-se-ia ainda realizar estudos comparativos entre várias zonas do país de forma a verificarmos a consistência dos resultados

obtidos neste estudo. Também um estudo longitudinal, desde a infância até a idade adulta poderia enriquecer o mundo científico com a análise das variações do autoconceito em função do apoio familiar recebido, de forma a ainda aferir se esses resultados são mantidos com evolução da doença.

Acrescentamos ainda que faria sentido realizar uma análise qualitativa em forma de *focus group* de forma a explorar aspectos não sensíveis na análise quantitativa e entender as reais implicações dos resultados obtidos nas regressões lineares.



## BIBLIOGRAFIA

ALBUQUERQUE, C. M.S. e Oliveira, C. P. F. - **Características psicológicas associadas à saúde: a importância do auto-conceito,** In: [http://www.ipv.pt/millenium/Millenium26/26\\_22.htm](http://www.ipv.pt/millenium/Millenium26/26_22.htm), acessado 20 Setembro 2011

ALVES, M. R. - **Stress na vida escolar dos estudantes.** Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de serviço Social: Coimbra, 1995.

ANDRADE, M. C. - **Abordagem psicossocial dos Comportamentos Orientados para a saúde.** Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, 1997.

ANGEL, R.C. - **Charles Cooley.** *International Encyclopedia of the Social Sciences*, Vol. 3, 378-382, 1992.

ARIAS, L. e HERRERA, J. - **El APGAR Familiar en el Cuidado Primario de Salud.** *Colombia Médica*, Vol. 25, N.º1, 1994.

BANDURA, A. **Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change.** *Psychological Review*, 84 (2), 191-215, 1977.

BAUMEISTER, R. - **The nature and Structure of the self: An over-view.** In R. Baumeister (Ed), *The Self in Social Psychology* (pp.1-20). Cleveland USA. Psychology Press. Taylor and Francis Group. (1999).

BAUMEISTER, R. e TWENGE, J. **The Social Self.** In M. Theodore & M. Lerner, **Handbook of Psychology – Volume 5 – Personality and Social Psychology** (pp.327- 352). USA. John Wiley & Sons, Inc, 2003.

BIZARRO , L. - **O bem-estar psicológico de adolescentes com insuficiência renal crónica.** *Psicologia, saúde & doenças*, 2 (2), 55-67. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa – Portugal, 2001.

BLUESTEIN, D., E RUTLEDGE, C. - **Family relationships and depressive symptom preceding induced abortion.** *Family Practice Research Journal*, 13, 149-156. (1993).

BRODY, G. H., e FLOR, D. L.. **Maternal psychological functioning, family processes, and child adjustment in rural, single-parent, African American families.** *Developmental Psychology*, 33, 1000-1011, 1997.

BUGALHO, A., E CARNEIRO, A. V. - **Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas.** Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa:2004.

BURNS, R.B.- **The Self-Concept** (4rd ed.). London: Longman, 1986.

BURTON, D. *et al.* - **Image attributions and smoking intentions among seventh grade students.** *Journal of Applied Social Psychology*, 19 (8), 656-664, 1989.

CALIL, G.S. - **O Processo de doença, hospitalização e tratamentos do IRC.** Monografia. Brasília. 2010

CERVO, A. L. e BERVIAN, P. A. . **Metodologia científica.** 5. ed.São Paulo: Prentice Hall, 2002

CHANN, D. S. e DONNAN, S- **A Survey of Familiy APGAR in Shatin Private Ownership Homes.** *Family Apgar*, Vol. 10, N°7, pp. 3296-329, 1988.

CHAO, J., *et al.* - **Choosing a family level indicator of family function.** *Families, Systems and Health*, 16, 367-373. 1998.

CHISHOLM, M. A. *et al* - **Renal Transplantation Compliance wiht Free Imunosuppressive Medications.** *Transplantation*, 70, 1240-1244, 2000.

CHRISTENSEN, A. J., E MORAN, P. J. - **Psychological Aspects of End-stage Renal Disease.** In D. W. Johnston & M. Johnston (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology* (Vol. 8, pp. 321-335). Amsterdam: PERGAMON,1998.

CHRISTENSEN, A. J., et al - **Type of hemodialysis and preference for behavioural involvement: Interactive effects on adherence in end - stage renal disease.** *Health Psychology*, 9, 225-236. 1990.

CIP/ICNP, **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** (versão 1.0). Conselho Internacional de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.

CLOVER, R., *et al.* - **Family functioning and stress as predictors of influenza B infection.** *Journal of Family Practice*, 28, 535-539. (1989).

COLES, C. — **Optimising long-term care of renal patients through the education of health professional.** In McGee, H., BRADLEY, C., ed. lit. — *Quality of life following renal failure : psychosocial challenges accompanying high technology medicine.* Bethesda, MD: Harwood Academic Publishers, 169-180. 1994.

CORREIA, J. **Introdução à Gerontologia.** Lisboa. Universidade Aberta, 2003.

CUNHA , G. et al. - **Estatística aplicada às ciências e tecnologias da saúde .** Lidel: Lisboa, 2007. ISBN 978-972-757-412-4

DANCEY, C. P.; REIDY, J. - **Estatística Sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DAURGIRDAS, J.T. *et al.* - **Manual de diálise.** 3. ed. Minas Gerais: Medse, 2003.

DEMO, D. - **The self-concept over time: Research Issues and Directions.** *Annual Review of Sociology*, 18, 303-326, 1992.

DESPACHO CONJUNTO n.º 861/99, Diário da República n.º 235, II Série, de 8 de Outubro, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2008.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2010.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Relatório de acompanhamento da hemodiálise e Portugal .**Lisboa: ACSS: 2010. In: <http://gid.min-saude.pt/publicacoes/index.php>, acedido 18 de Setembro 2011.

DUFFY, M.E - **Determinants of health promotion in midlife women.** *Nursing Research*, 37 (6), 358-362, 1988.

FARIA, L.; FONTAINE, A. M. - **Estudo de adaptação do *self* description Questionnaire III (SDQ III) a estudantes universitários.** *Psicológica*, 1992, n<sup>o</sup>8, p.41-49.

FERREIRA, M. J. - **Tratamento dietético da IRC Avançada.** In Clínica de Doenças Renais (Ed.), *Manual de Hemodiálise*. Lisboa: Clínica de Doenças Renais, 1997.

FORTIN, M. F. - **Fundamentos e etapas do processo de investigação.** Lusociência: Loures, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5

FREIXO, M. J. V. - **Metodologia científica : fundamentos, métodos e técnicas** . Instituto Piaget: Lisboa, 2009. ISBN 978-989-659-020-8

FRIEDMAN, H. - **The Self-Healing Personality.** New York: Penguin Books, 1991.  
LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S.- **Stress, appraisal, and coping.** New York: Spriger Publishing company, 1984.

GARDNER, W., et al. - **Does the Family APGAR Effectively Measure Family Functioning?** *Journal of Family Practice*, Vol. 50, N<sup>o</sup>1, pp.19-25, 2001.

GONÇALVES, L. H. T. *et al* - **A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal** . *Revista Latina Am. Enfermagem* 19:3, Maio-Junho 2011

GOOD, M. *et al* . - **The Family APGAR, Index: a study of construct validity.** *Journal of Family Practice*, N.º8, pp. 577-582, 1979.

GREENWALD, J., *et al* - **The Genogram Scale as a predictor of high utilization in family practice.** *Families, Systems and Health*, 16, 375– 391. 1998.

HAIR, J.F., *et al* . - **Análise multivariada de dados.** Porto Alegre: Bookman. 2005.

HARTER, S. - **Historical Roots of Contemporary Issues Involving Self-concept.** In Bruce Bracken, (Ed) *Handbook of Self-concept*, (pp. 1-37). USA. John Wiley and Sons, INC. (1996).

HATTIE, J. - **Self-Concept. Hillsdale.** New Jersey. Lawrence Erlbaum Associates, (1992).

HERNANDEZ S. R. - **Fundamentos de metodología de la investigación** . McGrawHill: Madrid, 2008. ISBN 978-84-481-6059-3

HILLARD, R., *et al.* - **Validity of two psychological screening measures in family practice: Personal Inventory and Family APGAR.** *Journal of Family Practice*, 23, 345-349, 1986.

KARSCH, U. M. S. - **Idosos dependentes: famílias e cuidadores.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro v.19, n.3, p. 861-866, 2003.

LAKATOS, E. M. e MARCONI, M. A. - **Fundamentos de metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 311 p. 2003

LAW M. - **Participation in the occupations everyday life.** In: *Amoccup Ther* February; 56(6):640-9, 2002.

LIAN, T. C. E YUSOOFF, F. - **The Effects of Family Functioning on Self-Esteem of Children,** *European Journal of Social Sciences – Volume 9, Number 4 (2009); in: [http://www.eurojournals.com/ejss\\_9\\_4\\_11.pdf](http://www.eurojournals.com/ejss_9_4_11.pdf)*, acessado em 10 Setembro 2011.

LIMA, A.F.C. e GUALDA, D.M.R. - **História oral: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico.** *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 235-41, 2001.

MACHADO L.R. C. - **A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica em hemodiálise: entre o inevitável e o casual.** Dissertação de Mestrado. São Paulo (SP):Escola de Enfermagem/USP; 2001.

MACHADO, M. M. P. - **Adesão ao Regime Terapêutico Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros.** Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde, Trabalho efectuado sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Universidade do Minho: Março de 2009

MARCON, S. S. - **Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.11, n. 6, p. 823-31, 2003.

MARCON, S. S.; *et al* - **Percepção de cuidadores familiares sobre o cuidado no domicílio.** *T Enf.* Florianópolis, v.7, n.2, p.289-307, 1998.

MAROCO, J. - **Análise Estatística:** com utilização do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.

MARTINI, A., et al.- **Estrutura e Funcionalidade de Família de Adolescentes em Tratamento Hemodialítico.** *Revista Electrónica de Enfermagem*, Vol. 9, N.º2, pp. 229-343, 2007.

MARTINS, M.R.I. e CESARINO, C.B.- **Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 670-676, 2005.

MCINTYRE, T. M.- **Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem.** *Análise Psicológica*, 2-3, p.193-200. 1994.

MELO, R. C. C. P. - **Auto-conceito e desenvolvimento de competências relacionais de ajuda.** *Revista Referência*, 2005, Nº1, p.63-71.

MELO, R. C. C. P.- **Desenvolvimento de competências relacionais de ajuda – estudo com estudantes de enfermagem.** *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 2007, Nº 41, p.189-210.

MENDES, M. L. S. - **Mudanças Familiares ao Ritmo da Doença, as Implicações da Doença Crônica na Família e no Centro de Saúde,** Tese de Mestrado em Sociologia- Área de Especialização em Saúde. Universidade do Minho: Instituto de Ciências Sociais, Braga, 2004

MENDES, P. M. T. - **Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores.** São Paulo: Educ, 1998.

MENGEL, M. - **The use of the family APGAR in screening for family dysfunction in a family practice center.** *Journal of Family Practice*, 24, 394-398. (1987).

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Plano Nacional da Saúde 2004-2010: orientações estratégicas, mais saúde para todos.** Lisboa. 2004.

MISCHEL, W. - **On the future of personality measurement.** *American Psychologist*, 1977, Vol.32, nº4, p.242-254.

MONTEIRO, L. - **Consulta de psicossomática em reumatologia – uma experiência de ligação no Instituto Português de Reumatologia.** *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2000, Vol. 2, nº1.

MOTA-CARDOSO, R; *et al.* - **O Stress nos professores portugueses - estudo IPSSO 2000.** Porto: Porto Editora, 2002.

NETO, F. - **Escala de consciência de si próprio: adaptação portuguesa.** *Cadernos de Consulta Psicológica*, 2, 13-21, 1986.

NOVO, R. - **Para além da Eudaimonia – O Bem-estar Psicológico em mulheres na idade Adulta avançada.** Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian. (2003).

NUNNALLY, J. - **Psychometric Theory** (2<sup>nd</sup> Edition). New York: McGraw-Hill, 1978.

PATACA, I. - **Rim Normal. Anatomia e Fisiologia.** In Clínica de Doenças Renais (Ed.), *Manual de Hemodiálise.* Lisboa: Clínica de Doenças Renais, 1997.

PEREIRA, A. - **Guia Prático de Utilização do SPSS: Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia.** 4. ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.

PEREIRA, A. M. S. - **Coping, auto-conceito e ansiedade social: sua relação com o rendimento escolar.** Dissertação de Mestrado. Coimbra: Universidade de Coimbra, 1991.

PEREIRA, A. M.S., **O stress na vida académica in seminário sucesso académico no ensino Superior: Contributos da investigação.** Aveiro: Universidade de Aveiro, 2003.

PESTANA, M. H. e GAGEIRO, J. N. - **Análise de dados para ciências sociais : a complementaridade do SPSS.** 5<sup>a</sup> Ed. rev. e corrigida. Lisboa: Edições Sílabo, 2008. 692 p. ISBN 978-972-618-498-0

PHANEUF, Margot - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Loures: Lusociência, 2005.

PINTO C. e RIBEIRO J. L. P. - **A qualidade de vida de jovens/adultos submetidos a transplante renal na infância.** VOL. 18, Nº 1 — *Revista Saúde pública.* JANEIRO/JUNHO 2000,

POLIT, D. F. e HUNGLER, B. P. – **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem.** 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre. Artes Médicas. 1995. ISBN 85-7307-101-X

PROUT, T. e PROUT, S. - **Global Self-Concept and it's relationship to stressful life condition.** In C, Bracken, *Handbook of Self-Concept, Social e Clinical Considerations*, (pp.259-286). New York. John Wiley and Sons, 1996.

QUEIRÓS, P. J. P. - **Burnout em Enfermeiros: Comparação de três grupos.** *Sinais Vitais*, 1998, Nº 16, p.17-21.

RAIZ, L. R., *et al* - **MEDICATION COMPLIANCE FOLLOWING RENAL TRANSPLANTATION.** *Transplantation*, 68, 51- 55. 1999.

RAMOS, A. - **Insuficiência Renal Crónica: Fisiopatologia e clínica. Princípios gerais de tratamento.** In Clínica de Doenças Renais (Ed.), *Manual de Hemodiálise*. Lisboa: Clínica de Doenças Renais. 1997.

RAMOS, A. - **Insuficiência Renal Crónica: Fisiopatologia e clínica. Princípios gerais de tratamento.** In Clínica de Doenças Renais (Ed.), *Manual de Hemodiálise*. Lisboa: Clínica de Doenças Renais. . (1997).

RIBEIRO, J. L. P - **Introdução à psicologia da saúde.** Colecção Psicologias; série psicologia e saúde. Lisboa: Quarteto, 2005.

RIELLA, M.C. - **Princípios de nefrologia e distúrbios hidro-eletrolítico.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

RODRIGUES, N. e CARDOSO, C.A.- **Idéia de 'sofrimento' e representação cultural da doença na construção da pessoa.** In: DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.F. (Org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas.* Rio de janeiro: Fiocruz, 1998. p. 137-147.

ROID, G. e FITTS, W. - **Tennessee Self-Concept Scale (TSCS), Revised Manual.** 2nd Edition. California. WPS. (1989).

SANTOS, A. A. *et al* - **Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar,** *Enferm, Florianópolis*, 2011 Jan-Mar; 20(1): 102-10.

SANTOS, C. S. B. - **Coping no processo de adaptação à saúde/doença – Foco da prática de enfermagem.** Seminário sobre *coping* e adaptação aos processos de saúde e doença. Texto de apoio. Universidade Católica Portuguesa, 2006.

SARAIVA, C. M. B. - **Para-suicídio: contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes**. Tese de Doutoramento apresentada à faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 1997.

SARAIVA, C. M. B. - **Para-suicídio: contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes**. Tese de Doutoramento apresentada à faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 1997.

SHAVELSON, R.J.; BOLUS, R. - **Self-concept: the interplay of theory and methods**. *Journal of Educational Psychology*, 1982, Vol.74 , nº1, p.3-17.

SILVA, L. F. *et al.*- **Acção social na área da família** . Universidade Aberta: Lisboa, 2001. ISBN 978-972-674-348-4

SILVA, L.F. *et al.* - **Doença crónica: o enfrentamento pela família**. Acta Paul. Enferm., São Paulo, v. 15, n. 1, p. 40-47, 2002.

SMILKSTEIN, G. - **The Family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians**. *Journal of Family Practice*, Vol. 6, Nº6, pp. 1231-1239, 1978.

SMILKSTEIN, G., *et al.*- **Validity and Reliability of the Family APGAR as a Test of Family Function**. *Journal of Family Practice*, Vol.15, Nº 2, pp 303-311), 1982.

UNRUH, M.I. *et al.* - **Sleep quality and clinical correlates in patients on maintenance dialysis**. *Clin. Nephrol.*, Oberhaching-Deisenhofen, v. 59, n. 4, p. 280-288, 2003.

VAZ SERRA, A., FIRMINO, H. E MATOS, A. - **Autoconceito e locus de controlo**. *Psiquiatria Clínica*, 8 (3), 143-146, 1987.

VAZ SERRA, A. - **A importância do autoconceito**. *Psiquiatria Clínica*.1986b, Vol.7 nº2, p.57-66.

VAZ SERRA, A. - **O autoconceito**. *Análise Psicológica*, 1988b, Vol. 2, nº 6, p.101-110.

VAZ SERRA, A. - **O stress na vida de todos os dias**. Coimbra: Edições do autor, 1999.

VAZ SERRA, A.- **Atribuição e autoconceito**. *Psychologica*, 1988 a, nº1, p.127-141.

VAZ SERRA, A. E FIRMINO, H. - **O autoconceito nos doentes com perturbações emocionais.** *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 91-96, 1986.

VAZ SERRA, A. e POCINHO, **Autoconceito, coping e ideias de suicídio.** *Psiquiatria clínica*, 2001, Vol. 22, nº1, p.9-21.

VAZ SERRA, A. **O inventário clínico do autoconceito.** *Psiquiatria Clínica*, 1986<sup>a</sup>, Vol. 7, nº2, p.67-84.

VAZ SERRA, A.- **Um estudo sobre coping: O inventário de resolução de problemas.** *Psiquiatria Clínica*, 2007, Vol. 9, nº4, p.301-316.

VAZ SERRA, A., *et al*- **Coping Mechanisms and stressful life events**, *Acta Psychiatrica portuguesa*, 1991, nº37, p.5-12.

VAZ SERRA, A., *et al*. - **Auto-conceito e sintomas depressivos na população em geral.** *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 97-101, 1986.

VAZ SERRA, A.; *et al*. - **Estratégias de Coping e Auto-Conceito.** *Psiquiatria Clínica*, 1988, Vol. 9, nº4, p.317-322.

VEIGA, F.H. - **Escala de autoconceito: Adaptação portuguesa do "Piers-Harris Children's Self-Concept Scale".** *Psicologia*, 3 (VII), 275-284, 1989.

VELEZ, C. G.- **Gestão do stress nos profissionais de saúde.** *Nursing*, 2003, nº 179, p.10-13.

VILAÇA, C. M. *et al* - **O autocuidado de cuidadores informais em domicílio - percepção de académicos de enfermagem.** *Revista Electrónica de Enfermagem*, [online] 2005. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_2/relato\\_02.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/relato_02.htm). (Acedido em 25. de set. 2011)

WRIGHT, Lorraine M. - **Enfermeiras e famílias : um guia para avaliação e intervenção na família** . Maureen Leahey. - 4<sup>a</sup> ed. - São Paulo : Roca, 2009. - Tít. original : Nurses and families : a guide to family assessment and intervention. ISBN 978-85-7241-774-7

WRIGHT, Y.; GRENYER, B.F.S.- **The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patients and their partners.** *J. Adv. Nurs., Oxford*, v. 30, n. 1, p. 312-20, 1999.



## **ANEXOS**



**ANEXO 1 - AUTORIZAÇÕES DAS UNIDADES DE SAÚDE PARA  
APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO**



## **ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA**



**ANEXO 3 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**



## APÊNDICES



## **APÊNDICE I**

### **OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS**

Os conceitos possuem múltiplas dimensões. A passagem das definições conceptuais relativas às dimensões retiradas do conceito, para a medição empírica, requer a conversão dos conceitos em indicadores. O indicador permite traduzir os conceitos para a etapa de observação, sendo o elo de ligação entre os conceitos e a medida empírica (Cunha, 2007; Fortin, 2009).

Na execução de um trabalho de investigação, é essencial definir e operacionalizar as variáveis envolvidas, tal como delinear as relações existentes entre elas.

Segundo Fortin (2009, p.36), “As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.” As variáveis podem apresentar diferentes características, consoante a classificação e utilização no estudo efectuado. Deste modo podem dividir-se em variáveis dependentes, independentes, manipuladas e controladas. As variáveis independentes e dependentes, interferem no desenvolvimento uma da outra, pelo que estão ligadas consequentemente a estudos do tipo experimental. Desta forma são definidas da seguinte forma:

#### **VARIÁVEL DEPENDENTE**

Para Lakatos e Marconi (2003, p.172), esta variável “consiste naqueles valores (fenómenos, factores) a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afectados pela variável independente (...)”. À medida que o investigador introduz, tira ou altera a variável independente, esta aparece ou desaparece. Deste modo, é o efeito, resultado, consequência ou resposta da(s) variável(eis) manipulada(s).

Segundo Fortin (2009, p.37) a variável dependente é muitas vezes denominada de variável crítica ou explicada, podendo no mesmo estudo várias variáveis dependentes serem alteradas em virtude de uma ou várias variáveis independentes.

No nosso estudo consideramos como variável dependente:

- Autoconceito dos doentes com IRC

O Inventário Clínico de Autoconceito, é uma escala construída pelo Doutor Vaz Serra (1986), de tipo *Likert*, constituída por vinte (20) questões, em que cada uma é classificada em cinco categorias (*não concordo*, *concordo pouco*, *concordo moderadamente*, *concordo muito* e *concordo muitíssimo*), sendo cada qual com mais um ponto do que a anterior. Nas questões negativas, as pontuações são revertidas de forma que uma ponderação mais alta exprima sempre um melhor autoconceito e cada uma delas pode ir de um mínimo de um (1) a um máximo de cinco (5) pontos. Foi adoptada a categoria mínima um (1) e não o zero (0) para facilitar o tratamento estatístico. Quanto mais alto é o valor da cotação melhor é o autoconceito da pessoa. Segundo Vaz Serra (1986), o autoconceito é considerado uma medida de traço da personalidade, logo as instruções de preenchimento da escala devem chamar a atenção para este aspecto. O indivíduo deve ler as instruções, com atenção, antes de iniciar o preenchimento da escala. Para Vaz Serra (1986) os níveis de autoconceito apresenta as pontuações que apresentamos no quadro 15:

**Quadro 15 - Níveis de autoconceito e pontuações obtidas pelo Inventário Clínico de Autoconceito**

| Pontuações | Nível de autoconceito |
|------------|-----------------------|
| ≥ 88       | Alto                  |
| 77 – 87    | Médio alto            |
| 72 – 76    | Médio                 |
| 67 – 71    | Médio baixo           |
| 45 – 66    | Baixo                 |

Fonte: (Vaz Serra, 1986)

De salientar que uma forma de avaliar a fidelidade dum instrumento de medida é a estabilidade. Para Polit e Hungler (2004), a estabilidade refere-se à capacidade do instrumento de medida para obter os mesmos resultados em novas aplicações, ou seja, na sua estabilidade temporal. Vaz Serra (1986) determinou a estabilidade do Inventário Clínico de Autoconceito utilizando o «teste-reteste» que se traduziu por um coeficiente de correlação de 0,838 que;

para 108 elementos, é altamente significativo a nível de  $p < 0,001$ . Também foi avaliada a consistência interna pelo coeficiente Spearman – Brown, que foi de 0,791 para uma amostra de 920 elementos, tendo sido considerado por Vaz Serra como coeficiente bastante elevado. O segundo critério para determinar a qualidade de um instrumento é a validade (Polit e Hungler, 2004). Esta autora identifica três tipos de validade: validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo. Vaz Serra (1986), citando Jaeger (1983), refere-se à validade de constructo como sendo a mais importante e a mais complexa. Este tipo de validade procura saber se o instrumento mede realmente o constructo que procura medir.

Por outro lado para estudar a validade de constructo do Inventário Clínico de Autoconceito, Vaz Serra (1986) solicitou a cada um dos sujeitos da amostra (920) que após responderem à escala, classificassem o conceito que faziam de si próprios em *muito mau*, *mau*, *razoável*, *bom e muito bom*. Classificou estas categorias de um (1) a cinco (5) e procedeu à correlação entre a classificação pessoal de autoconceito e a nota total obtida no Inventário. O resultado obtido foi de 0,466, considerando-se altamente significativo para o número de sujeitos (920). Posteriormente, Vaz Serra (1986) efectuou uma análise de componentes, tendo observado a existência de seis factores com raízes lactentes superiores a um (1). Realizou uma rotação ortogonal da qual foram extraídos seis (6) factores, dos quais quatro (4) são os mais importantes, por serem factores perfeitamente bem definidos e os dois últimos (5 e 6), com um «item» isolado de peso alto, seguido de outros «itens» de menor peso e os factores mistos. Factor 1 – este factor tanto poderá indicar aceitação e agrado como rejeição. É designado por factor de *aceitação/rejeição social* e é constituído pelos «itens» 1,4, 9, 16 e 17. Factor 2 – formado por seis (6) questões que salientam os aspectos de enfrentar/resolver problemas e dificuldades. É constituído pelos «itens» 3, 5, 8, 11, 18 e 20. O «item» 18 é de sentido negativo, por isso é cotado de forma inversa. Os valores altos indicam independência e os baixos indicam dependência. É o factor de *Auto-eficácia*. Factor 3 – constituído pelos «itens» 2, 6, 7 e 13, face às suas características é o *factor de maturidade psicológica*. Factor 4 – designa-se pelo factor de *impulsividade / actividade* e é constituído pelos «itens» 10, 15, e 19.

## VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Segundo Lakatos e Marconi (2003, p.172) a variável independente “...é aquela que

influencia, determina ou afecta uma outra variável; é factor determinante, condição ou causa para certo resultado, efeito ou consequência...”. O investigador geralmente manipula-a na tentativa de manter a relação do factor com um fenómeno observado ou a ser descoberto, para determinar a influência que exerce sobre um possível resultado.

Para Fortin (2009, p.37) a variável independente, também pode ser denominada de explicativa, ou tratamento, a intervenção ou mesmo experimental.

Consideramos como variáveis independentes as variáveis Sociodemográficas: idade, género, estado civil, local residência, habilitações literárias, rendimento mensal, situação laboral, situação profissional, variáveis sociofamiliares: Com quem vive, tipo de apoio que recebe e o APGAR Familiar e por último as variáveis de caracterização clínica: tempo diálise, frequência diálise, duração sessão diálise, tipo de tratamento, doenças associadas, decisão clinica, acesso vascular, problemas no acesso vascular e modalidade de tratamento.

## **APGAR FAMILIAR**

Sobre o instrumento de colheita desta investigação; juntamos o APGAR familiar, uma escala que avalia o funcionamento familiar - O APGAR Familiar, de Smilkstein (1978).

O APGAR Familiar (Smilkstein, 1978) é uma escala composta 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, *et al.* 1982). Alguns estudos debruçaram-se sobre as propriedades psicométricas deste instrumento, havendo evidências da sua consistência interna (Good *et al.*, 1978; Smilkstein *et al.*, 1982). Numa amostra pequena (N=38), sem perturbação clínica diagnosticada, chegou-se a uma correlação elevada (.80) entre o APGAR Familiar (Smilkstein, 1978) e o Pless-Satterwhite Family Function Índice, um instrumento previamente utilizado para avaliar a funcionalidade familiar (Good *et al.*, 1978); os mesmos autores evidenciaram uma correlação também significativa (.63) entre o APGAR Familiar (Smilkstein, 1978) e as avaliações dos terapeutas acerca da disfuncionalidade familiar. 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. Por exemplo, no Japão um estudo concluiu que este instrumento é susceptível de ser respondido pelas comunidades locais, concluindo que as questões eram facilmente percebidas

e respondidas (Chann e Donnan, 1988). O APGAR Familiar (Smilkstein, 1978), pelo curto número de questões e pelo facto da resposta ser feita em três categorias (nunca, às vezes ou sempre), tem a vantagem de ser de fácil aplicação (Martini *et al.* 2007). Foi elaborado para ser aplicado a partir dos 10 anos de idade e não há evidências de que o nível cultural dos sujeitos condicione as respostas. As frases que compõem o APGAR Familiar (Smilkstein, 1978) centram-se nas relações e interacções emocionais, comunicacionais e sociais entre o respondente e a sua família (Gardner, *et al.* 2001). O acrónimo APGAR reúne parâmetros de satisfação considerados básicos pelo autor do instrumento, pelos quais é possível avaliar o bem-estar do indivíduo no seio familiar. Assim:

- A – ADAPTAÇÃO (adaptation) – refere-se à partilha de recursos, bem como ao grau de satisfação face à atenção que considera receber (Martini *et al.*, 2007) ;
- P – PARTICIPAÇÃO (participation) – abarca as tomadas de decisão em conjunto, bem como a comunicação familiar aquando da resolução de problemas (*idem*);
- G – CRESCIMENTO (growth) – refere-se essencialmente à concretização do crescimento emocional, pela liberdade disponível no seio familiar relativamente à mudança de papéis (*idem*);
- A – AFECTO (affection) – abarca a satisfação do indivíduo relativamente à intimidade entre os membros da família e às interacções familiares (*idem*);
- R – RESOLUÇÃO (resolution) – refere-se à partilha de tempo e à satisfação face aos compromissos que os membros da família estabelecem (*idem*).

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 funcional; quando o resultado é inferior a 7 a família é vista como disfuncional, sendo que um resultado no intervalo de 4 a 6 aponta para disfuncionalidade familiar ligeira, enquanto que resultados inferiores a 4 apontam para disfuncionalidade familiar grave (Quadro 16).

Estudos posteriores ao original como o de Arias e Herrera (1994) mostraram que, quando são dadas cinco hipóteses de resposta (nunca:0; quase nunca:1; algumas vezes:2; quase sempre:3; sempre:4), podendo a pontuação final variar entre 0 e 20 pontos, a precisão do instrumento aumenta. Apesar disto, no presente estudo, atendendo às idades dos sujeitos a quem o questionário foi administrado, optou-se pela resposta em apenas três categorias.

**Quadro 16 - Classificação do APGAR Familiar**

| <b>Pontuação</b> | <b>Classificação</b>        |
|------------------|-----------------------------|
| Menor 4          | Elevada disfunção familiar  |
| 4-6              | Moderada disfunção familiar |
| = ou menor 7     | Boa funcionalidade familiar |

**Fonte:** Arias e Herrera (1994)