JORGE LUME

COMPORTAMENTO HUMANO EM SITUAÇÃO ARTIFICIAL DA VIDA

UM TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO EM HEMODIÁLISE RENAL



1986

Col. Minkowski (Regressão da personalidade para uma forma metamorfósica)

UNIVERSIDADE DO PORTO

COMPORTAMENTO HUMANO EM SITUAÇÃO ARTIFICIAL DA VIDA

UM TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO EM HEMODIÁLISE RENAL

Dissertação apresentada á Faculdade de Medicina do Porto
para obtenção do grau de Doutor

por Jorge Alexandrino Ribeiro Lume em 1986

O Decreto-Lei n.º 388/70, art. 8.º, parágrafo 2, refere:

«É admitido na elaboração da dissertação o aproveitamento, total ou parcial, do resultado de trabalhos já publicados, mesmo em colaboração, devendo, neste caso, o candidato esclarecer qual a sua contribuição pessoal».

Dentro deste espírito utilizámos nesta dissertação dados publicados no seguinte trabalho:

> LUME, J.R. (1980) «Aspectos psicológicos dos doentes em diálise». *Psiquiatria clínica, 1, Supl. 1: 83-91.*
> LUME, JORGE (1982) «Reacções emocionais dos cônjuges dos doentes em hemodiálise renal». *O Médico; 108: 223-238.*

A nossa contribuição pessoal foi a seguinte: obtivemos parte do material e redigimos o texto.

Artigo 48.º, § 3.º — A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação. (Regulamento da Faculdade de Medicina do Porto — Decreto n.º 19337, de 29 de Janeiro de 1931).

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

PROFESSORES CATEDRÁTICOS

DOUTOR ALEXANDRE GUERRA DE SOUSA PINTO
DOUTOR AMÂNDIO GOMES SAMPAIO TAVARES
DOUTOR ANTÓNIO ALBERTO FALCÃO DE FREITAS
DOUTOR ANTÓNIO AUGUSTO LOPES VAZ
DOUTOR ANTÓNIO CARVALHO DE ALMEIDA COIMBRA
DOUTOR ANTÓNIO FERNANDES DA FONSECA
DOUTOR ANTÓNIO FERNANDES DE OLIVEIRA BARBOSA RIBEIRO BRAGA
DOUTOR ANTÓNIO GERMANO DE PINA DA SILVA LEAL
DOUTOR ANTÓNIO LUÍS TOMÉ DA ROCHA RIBEIRO
DOUTOR ANTÓNIO MANUEL SAMPAIO DE ARAÚJO TEIXEIRA
DOUTOR ARTUR MANUEL GIESTEIRA DE ALMEIDA
DOUTOR CÂNDIDO ALVES HIPÓLITO REIS
DOUTOR CARLOS SAMPAIO PINTO DE LIMA
DOUTOR CASIMIRO ÁGUEDA DE AZEVEDO
DOUTOR CELSO RENATO PAIVA RODRIGUES DA CRUZ
DOUTOR DANIEL DOS SANTOS PINTO SERRÃO
DOUTOR EDUARDO JORGE DA CUNHA RODRIGUES PEREIRA
DOUTOR FERNANDO DE CARVALHO CERQUEIRA MAGRO GOMES FERREIRA
DOUTOR JOÃO DA SILVA CARVALHO
DOUTOR JOAQUIM GERMANO PINTO MACHADO CORREIA DA SILVA
DOUTOR JOAQUIM DE OLIVEIRA COSTA MAIA
DOUTOR JOSÉ AUGUSTO FLEMING TORRINHA
DOUTOR JOSÉ CARVALHO DE OLIVEIRA
DOUTOR JOSÉ FERNANDO DE BARROS CASTRO CORREIA
DOUTOR JOSÉ MANUEL DA COSTA MESQUITA GUIMARÃES
DOUTOR JOSÉ MANUEL GONÇALVES PINA CABRAL
DOUTOR JOSÉ PINTO DE BARROS
DOUTOR JOSÉ RUIZ DE ALMEIDA GARRETT

DOUTOR LEVI EUGÉNIO RIBEIRO GUERRA
DOUTOR MANUEL AUGUSTO CARDOSO DE OLIVEIRA
DOUTOR MANUEL DA FONSECA PINHEIRO COELHO HARGREAVES
DOUTOR MANUEL JOSÉ BRAGANÇA TENDER
DOUTOR MANUEL MARIA PAULA BARBOSA
DOUTOR MANUEL MIRANDA MAGALHÃES
DOUTOR MANUEL TEIXEIRA AMARANTE JÚNIOR
DOUTOR MÁRIO JOSÉ CERQUEIRA GOMES BRAGA
DOUTOR NORBERTO TEIXEIRA DOS SANTOS
DOUTOR SERAFIM PINTO MAGALHÃES
DOUTOR VALDEMAR MIGUEL BOTELHO DOS SANTOS CARDOSO
DOUTOR VICTOR MANUEL OLIVEIRA NOGUEIRA DE FARIA
DOUTOR WALTER FRIEDRICH ALFRED OSWALD

PROFESSORES JUBILADOS

DOUTOR ABEL JOSÉ SAMPAIO DA COSTA TAVARES
DOUTOR ALBANO DOS SANTOS PEREIRA RAMOS
DOUTOR ÁLVARO ANTÓNIO PINHEIRO RODRIGUES
DOUTOR ANTÓNIO DE SOUSA PEREIRA
DOUTOR CARLOS RIBEIRO DA SILVA LOPES
DOUTOR EMÍDIO JOSÉ RIBEIRO
DOUTOR FRANCISCO MANUEL DA FONSECA E CASTRO
DOUTOR JOÃO COSTA
DOUTOR JOAQUIM JOSÉ MONTEIRO BASTOS
DOUTOR JOSÉ AFONSO DIAS GUIMARÃES
DOUTOR JÚLIO MACHADO DE SOUSA VAZ
DOUTOR MANUEL SOBRINHO RODRIGUES SIMÕES

A todos os meus Mestres

Os nossos agradecimentos:

Um trabalho de Investigação nasce, vive e morre. Ele nasce por que há um campo de forças que o torna possível; vive porque ele se torne útil e actual; e, morre por superação de outras verdades que outras investigações trazem para a Ciência.

O nosso trabalho insere-se no mundo criativo do Prof. António Fernandes da Fonseca, na obra que ele constituiu com o seu corpo docente, na expansão multivariada das valências disciplinares que ele incentivou e formalizou.

A formação cientifica que recebemos foi a que ele nos quiz dar, e, apesar de termos explorado algo de novo, foi a energia e a clarividência do seu saber que nos deu a certeza de que valeria a pena investigar na área que escolhemos.

A força das nossas convicções e o nosso saber não eram suficientes para iniciarmos um trabalho de investigação, sem a orientação daqueles que se situavam mais de perto na problemática dos assuntos que abordâmos. O Prof. Levi Guerra foi sem dúvida o que deu o ênfase necessário à importância da área investigacional da Hemodiálise Renal, que a tornou acessível ao nosso projecto, e, foi sempre o amigo e o animador dos nossos propósitos.

O nosso plano tem a perspectiva da área clínica em que nos situàmos, a área da doença crònica. A idealização dos seus objectivos foi acarinhada pelo Dr. Pedro Gonçalves (Genève) e por Susan Finkelstein (Univ. de Yale), o que traçou de um modo definitivo as opções que tomàmos.

O nosso trabalho **vive** agora, e depende do valor que lhe è atribuido.

O Prof. Rui Mota Cardoso foi, sem dùvida, o docente e amigo que esteve mais pròximo do nosso modo de agir. Como ele, trabalhàmos em temas relacionados com a doença psicossomàtica e com ele dimensionàmos o que se considerou de conhecimento alargado da doença, no ponto de vista biopsicossocial. E foi, atravès dele, e a par com ele, que fomos desenvolvendo um esforço comum nestes novos conhecimentos, e, ainda, avaliando a importância dos instrumentos que fomos utilizando para a anàlise do comportamento dos dialisados.

A supervisão do Prof. Custòdio Rodrigues e o seu empenho na orientação da tese para prova de doutoramento foi o aspecto mais humano e justo que foi possivel esperar de um professor. O seu ânimo foi sempre um incentivo nos momentos mais difíceis do trabalho, e guia indispensàvel à elaboração da tese.

O Prof. Joaquim Maia contribuiu com o seu parecer sobre a anàlise estatística dos resultados, auxílio que foi essencial para o prosseguimento do trabalho. O Dr. Henrique Barros foi ainda quem nos guiou na anàlise estatística, na 3a. etapa da investigação. O Prof. João Barreto, docente a quem devemos muito da nossa formação psicològica e psiquiàtrica, deu-nos, por fim, a oportu-

nidade valiosa de uma reflexão em conjunto sobre os parâmetros utilizados e sua validade.

As equipas médicas e as de enfermagem, do Centro em que se desenrolou a investigação (Prelada) e do Serviço de Nefrologia do Hospital Geral de St. Antônio, foram uma verdadeira família, em que o apoio, a confiança e a amizade se foi sentindo, a par dos contributos recíprocos na área do saber e da ajuda no seguimento clínico dos doentes. E tanto mais isso foi sentido, quanto mais o era também o facto de ter a nossa investigação nascido a par da criação do Centro Renal. Nessas equipas, foram muito úteis os contributos dados pelo Dr. Alfredo Loureiro, do Centro Renal do Hospital da Prelada, e pelo Dr. Gustavo Wallenstein, do Centro Renal do Bonfim, em várias fases do trabalho.

No Hospital Geral de St. Antônio, e através da acção pessoal da Chefe do Serviço de Nefrologia, a Dra. Eva Xavier, tivèmos todos os meios humanos e formais para a cooperação no Serviço através de uma consulta de rotina semanal. Esse trabalho, feito no prosseguimento da experiência do Centro Renal, e que se tem mantido ao longo destes anos, serviu-nos como uma medida de aferição para os nossos achados e para a avaliação da sua utilidade.

Os nossos amigos, Hugo Meireles, Rui Coelho, Manuel Araújo, Marina Lemos e Iolanda Silva seguiram os nossos passos com as suas contribuições calorosas, e, muitas vezes, enriquecedoras, acreditando sempre no nosso esforço e aliviando as tensões próprias de uma tese. E, também, o Dr. Ramiro Veríssimo deu a sua colaboração ao formatar os nossos gráficos.

A boa vontade dos docentes de Psicologia Médica, em especial a do Dr. Freitas Gomes, permitiu-nos a adaptabilidade do nosso tempo de investigação ao nosso tempo de docência.

A nossa Investigação nasce, vive e morre, como dissèmos no início. Ainda **não morre** porque ainda a sua utilidade e novidade se mantèm neste momento. E, como se sabe, a vida se renova e se anima com os factos que a justificam, assim tem acontecido com o nosso trabalho, dado os pedidos constantes de cooperação por parte dos Serviços de Nefrologia que mostram aceitação da forma como agimos com os doentes dialisados, e como estão de acordo com os nossos resultados. Mais, ainda, O Prof. Caldas de Almeida, da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, pronunciou-se sobre a *Adaptação do Insuficiente Renal Crônico à Hemodiálise*, de tal modo, que ficaram definidos os princípios que orientam o conhecimento universal sobre a área investigacional da Hemodiálise, deste imenso *puzzle* em que se inseriu a nossa investigação e esta foi um passo verdadeiro e "sofrido" da aplicação desses ideais.

A todos que citámos, os nossos agradecimentos.



O João Manuel, doente em Diálise, quiz colaborar no nosso trabalho com um desenho colorido de cores amarelas e vermelhas que reproduzimos a preto e branco.

Os contornos marcados e a simetria podem significar formalismo. As cores e o modo como os olhos são realçados aumentam a expressividade.

As figuras da sua família são representadas como se situassem já no passado, num quadro emoldurado e largamente decorado com ramos.

ÍNDICE

I — **PRÓLOGO** 9

II — **INTRODUÇÃO**

1. Trabalhos pioneiros 11
2. Revisão da literatura actual no respeitante à perspectiva psicossocial 14
2.1. Consequências psicológicas da doença e da hemodiálise 14
2.2. Factores predictivos de adaptação 31
3. Revisão dos principais conceitos a utilizar 39
3.1. A aceitação da doença 39
3.2. Negação 44
3.3. A depressão como reacção à doença física 51
3.4. Qualidade de vida 54
3.5. A adaptação em hemodiálise renal 62
4. Trabalho de Investigação: finalidade e objectivos 63
4.1. A finalidade da Investigação 63
4.2. Desenvolvimento da Investigação e objectivos 64

III — **1.ª ETAPA** — Delimitação da singularidade do doente em diálise: tipo de resposta à doença e estilo de vida 65

IV — **2.ª ETAPA** — Estudo do cumprimento dietético numa perspectiva biopsicossocial da adaptação 76

V — **3.ª ETAPA** — Estudo das interacções e tensões de ordem familiar (num pronunciamento sobre as reacções emocionais dos cônjuges) . 88

VI — **4.ª ETAPA** — Investigação do comportamento diferencial dos doentes em referência ao conceito de adaptação (investigação nuclear) 108

VII — **ESTUDO DE CASOS** (casos mais significativos estudados nesta investigação) 147

VIII — **DISCUSSÃO** 158

1. Discussão: dos aspectos relativos ao considerado na 1.ª Etapa 160
2. Discussão: dos aspectos relativos ao considerado na 2.ª Etapa 165
3. Discussão: dos aspectos relativos ao considerado na 3.ª Etapa 170
4. Discussão: dos aspectos relativos ao considerado na 4.ª Etapa 182
5. Discussão final 209

IX — **BIBLIOGRAFIA** 215

X — **ANEXOS**

1. O inventário de dados pessoais 233
2. A escala de aceitação da doença (Linkowski) 234
3. A escala de negação de Hackett-Cassem 237
4. O nosso «Indicador de Tensão Familiar» 239
5. O inventário de personalidade de Gordon 242
6. O «S.C.L. - 90» de Derogatis 246
7. O «Present State Examination» de Wing e aa. 249

I-PRÓLOGO

Num Hospital Central, os diversos meios de diagnóstico, de terapêutica, de ensino e de investigação, podem ser postas não só ao dispor da Psiquiatria, como também de várias outras áreas da Medicina.

Este papel foi sentido de um modo especial no âmbito da Medicina Psicológica, ao ser-lhe pedido um apoio de opinião e de acção sobre a relação entre a manifestação somática da doença e o comportamento da pessoa, bem como ao ser-lhe atribuida a análise sobre a relação médico-doente e o seu ajustamento face aos seus propósitos como meio de tratar e curar.

Dentro destes princípios, o trabalho, que agora apresentamos, pretende ser o exemplo vivo do que se pode obter em Intervenção numa Unidade médica e constituir uma pesquisa clínica elaborada, com tempo e ao longo do tempo.

A nossa Investigação na área da Hemodiálise renal surgiu espontâneamente, através das condições específicas em que se encontram estes doentes e da necessidade de um modelo que permitisse interpretar o seu comportamento, a fim de se perceber uma adaptação global e convergente com a terapêutica médica e instrumental.

II- INTRODUÇÃO

II.1. Trabalhos pioneiros :

Em 1960, Scribner, o investigador que introduziu a ligação artério-venosa e que assim permitiu o tratamento da Insuficiência Renal Crónica pelo Rim Artificial, fez o primeiro relatório sobre a hemodiálise, nele focando problemas técnicos. Apesar de ter feito uma breve alusão à necessidade de uma selecção de doentes para este tratamento, e, também ao comportamento suicidário, não fez, porém, uma análise dos factores de ordem psicológica.

Já em 1964, Gombos e aa. publicaram os resultados de um seguimento de doentes durante um ano; embora o critério de selecção tivesse sido o de *first come, first serve* , já se referiram à utilidade da avaliação psicológica.

No ano seguinte, foi publicado um dos primeiros trabalhos realizados por psiquiatras: Shea e aa, da Georgetown University de Washington; descreveram reacções psicológicas em nove doentes que seguiram durante dois anos e meio: antes da diálise, estas reacções eram de irritabilidade, medo e insónia ; durante a diálise, eram de ansiedade ou depressão ; depois da diálise, eram de alívio. (81,119)

Depois, em 1966, outro psiquiatra, Wright, de Seattle, descreveu um certo número de situações frustrantes a que estavam sujeitos os onze doentes que seguiu. Eram: perdas de partes do corpo ou de funções do corpo, perda de

filiação em grupos, perda de planos e aventuras, mudanças no modo de vida e do estilo de vida, perda do lar, perda do poder, do estatuto financeiro, do emprego ou ocupação. Caracterizou ainda as reacções mais comuns a essas situações de "stress" , que indicou como sendo a negação e a projecção . (81,98,220)

Este autor em colaboração com Sand e Livingston, na sequência de um trabalho de três anos na Universidade de Washington, elaborou um relatório em que aponta três modos distintos de adaptação emocional à diálise, propondo um critério de selecção baseado nos pontos seguintes: (1)- maior inteligência, (2)- atitude menos defensiva relacionada com ansiedade, (3)- menor propensão à conversão de sintomas e (4)- maior suporte emocional por parte da família. (81,220)

Abram, H.S., coloca nessa altura a questão doutro modo, dando sobretudo ênfase aos aspectos psiquiátricos do processo de selecção e ao significado do prolongamento da vida para o doente; assim, descreve as fases evolutivas da adaptação e refere-se a perturbações emocionais graves observadas em diferentes Centros, onde se seguia já um processo de selecção e se cuidava do ambiente de tratamento orientando-o para a valorização dos problemas de adaptação. (1,2,3,119) Este autor distingue uma sequência de etapas diferentes no processo de adaptação, a saber:

1-a fase urémica

2-a fase do "retorno do reino dos mortos"

3-a fase do "retorno ao meio dos vivos"

4-a fase do "antes viver que morrer"

Estas fases são visíveis nos doentes hospitalizados, que o foram muitas vezes de urgência e em condições penosas, devido ao síndromo urêmico; por isso, mostram-se quase sempre disfóricos e perdidos; depois de aliviados dessa grande prostração pela intervenção da diálise, sentem-se no "retorno do reino dos mortos" e ao fim de três semanas, na convalescença ou no "retorno ao meio dos vivos"; e do terceiro mês ao ano, entram numa quarta fase em que "lutam pelo estado normal ou pelo problema do antes viver que morrer". (1,2,3,119,178)

Cramond e aa., em 1967, descrevem, a propósito da terceira fase de Abram, um comportamento que apelidou de "mourning reaction" e que consiste num estado depressivo de intensidade variável e que está em paralelo com a tomada de consciência da realidade. Por vezes admite que esta reacção possa evoluir para o suicídio. (45)

II.2. Revisão da literatura actual no respeitante à perspectiva psicossocial :

Maher (N.C.D.S. 1982) classifica a literatura existente nesta área em dois grandes grupos: (125)

a) Acerca das consequências psicológicas da doença e do tratamento.

b) Relativa aos factores psicológicos predictivos da adaptação.

Procederemos de acordo com esta classificação:

2.1. Acerca das consequências psicológicas da doença e da hemodiálise:

A maioria dos trabalhos existentes nesta perspectiva poderão ser referenciados de acordo com os seguintes parâmetros : negação, depressão e ansiedade, processamento de psicose e de demência, consequências familiares, dependência emocional e dificuldades sexuais.

2.1.1. Negação

A negação é a reacção de defesa mais citada, e, é em muitos autores , a mais operativa no sentido em que "não

é só uma reacção comum à maior parte dos doentes dialisados mas constitui um mecanismo de "coping" eficaz para mediação no impacto provocado pelo "stress" da diàlise." (115) Short e Wilson (1969) demonstraram que havia uma relação directa entre o "stress" e a negação e que esta era um mecanismo necessàrio para o doente lidar com a sua situação (182)

Kaplan De-Nour e aa. (1968) mostraram-se impressionados com uma aparência superficial de bem estar e com uma atitude defensiva semelhante em todos os doentes; referindo-se a isso, os autores dão ênfase aos conflitos de dependência - independência próprios da situação e apontam como respostas mais importantes a negacao, o deslocamento, o isolamento, a projecção e a formação reactiva. (104,106,108)

Glassman e aa. (1970), num estudo de "follow-up" em 7 doentes, constataram uma discordância entre o que os doentes expressavam nos testes de ansiedade e de depressão com a realidade manifesta nas escalas de personalidade. Dizem os autores: "...os doentes mostraram-se letàrgicos, deprimidos, sofrendo de prurido generalizado de neuropatias periféricas de grandeza variàvel e de infecções persistentes..." e que, por isso, concluem que "os doentes lidaram com o "stress" desse programa através do uso maciço da negação como mecanismo adaptativo." (81)

Abram H.S. (1968) abordou o tema do significado da vida para o doente dialisado e reflecte sobre um dos aspectos da maior importância no tratamento, o qual, em

sua opinião,vem dos problemas de continuar a viver. (1,2,3,119)

Beard (1969),retomando este tema,salientou o facto de em todos os doentes "o stress" crônico,os medos, os conflitos e os desgostos que caracterizam a vida do doente com Insuficiência Renal Crônica serem acentuados e o prolongamento da vida pela hemodiálise e pela transplantação renal não resolverem esses problemas.O medo de morrer e o medo de viver fariam parte integrante de todos os problemas da Insuficiência Renal e do seu tratamento." O autor apontou ainda uma fase de negação da gravidade da situação antes de se manifestarem sentimentos de desespero e de depressão. (24)

Norman Levy (1977) revelou aspectos do seu trabalho de conjunto com Reichsman, num estudo de colaboração do Serviço de Psiquiatria e da Unidade de Hemodiálise feito em 1964 e nos anos seguintes,no âmbito do trabalho de pioneirismo do Downstate Medical Center of the State University of New York.Nesse estudo, corroborou a importância que deveria ser dada aos períodos que distinguem o modo do doente se adaptar à diálise. Considerou três períodos: um primeiro,que apelidou de "honeymoon";um segundo,em que há o desencantamento e o desencorajamento, que se prolonga por três meses a um ano e por fim,distingue um terceiro período de adaptação de longo termo. No primeiro período, acentuou o aparecimento de ansiedade "repetitiva e intensa"; no segundo,a depressão e a situação em que o doente se sente entre " o desejo de ser passivo e dependente " e o oposto ,o que se espera deles,como "seres activos e

independentes" ; no terceiro período, reconheceu que há tendência para uma relativa aceitação e que este período seria então marcado por "flutuações do doente no seu sentir de bem-estar emocional e físico." Norman Levy acentuou depois a importância dos fenómenos resultantes da situação de dependência afirmando serem as respostas de negação as mais evidentes apesar de se manifestarem também respostas de deslocamento, isolamento, projecção ou de formação reactiva. Diz o autor : " a negação é de longe a mais comum; não temos observado noutras populações de doentes com doença física o uso de negação de um modo tão maciço como por este grupo de doentes; a negação parece servir muitas vezes como uma função adaptativa adequada. Ela protege o doente de experimentar sentimentos intensos de desamparo. Contudo, em alguns, a distorsão da realidade pode levá-los a não aderir adequadamente à dieta e a outras exigências do seu regime terapêutico, incluindo faltar ao próprio tratamento da hemodialise." Este autor, ao mesmo tempo que salientou os aspectos positivos da negação, não deixou de focar os seus inconvenientes, que, a seu ver, seriam igualmente importantes. (114,115)

Por fim, Ziarnick e aa. publicaram em 1977 um estudo sobre factores psicológicos que interfeririam na sobrevivência, sugerindo àcerca da negação: "não é a negação ela própria que está relacionada com a adaptação, mas a eficácia da negação ao suprimir a preocupação somática e depressão." (227)

2.1.2. Depressão e Ansiedade

A existência de depressão aferida pela aplicação de testes psicológicos, nomeadamente pela elevação dos valores da escala D do M.M.P.I. foi demonstrada já por Wright e Sand (1966)e Short e Wilson (1969) entre outros autores. (169)

Abram H.S. (1968) considerou a ocorrência de suicídio cem vezes mais frequente nestes doentes do que na população geral, e, admitiu que fosse 400 vezes maior se se incluissem processos indirectos de suicídio. (1,2,3,119,179)

A este propósito, Kaplan De-Nour (1972) chamou a atenção para o comportamento alimentar do doente e refere que "alguns, embora não muitos" abusam no regime médico como resultado das suas tendências suicidas. Comem o que lhes é proibido , bebem demais e a par com isso mostram-se com pouco interesse, isolados, com humor depressivo ou com equivalentes afectivos de depressao. (105) Em quase todos os seus estudos sobre o comportamento é dada atenção aos sintomas de ansiedade e de depressão, considerando que estes sintomas não seriam expressos espontâneamente porque existiria o recurso à negação.

Para avaliar a depressão têm sido utilizadas diversas escalas como a de Zung e de Beck, a de Shipmann e ainda a do M.M.P.I.. (81,125,177)

Kaplan De-Nour (1972) num outro estudo de 102 doentes, com a Multiple Affect Adjective Checklist

(M.A.A.C.L.), encontrou nesses doentes que tinham em média 3,8 anos de diálise e 23 % com mais de sete anos, níveis de ansiedade e de depressão dentro de parâmetros normais, apesar de valores elevados na escala por ele elaborada "Psychosocial Adjustment to Ilness Scale" (P.A.I.S.) o que, a seu ver, se traduziria num acentuar de problemas na adaptação. (108)

Glassman e aa. (1970) também teriam aludido à esta discordância, mas, teriam atribuido isso a manifestações de negação. (81)

O estudo da ansiedade e da depressão tem suscitado grande polémica, não porque elas estejam de facto ausentes dos sintomas colhidos nas entrevistas iniciais e do seguimento destes doentes, mas sim porque há a descrença, em alguns autores, sobre a utilidade do uso de inventários, como o de Zung, o de Beck, o de Hamilton, o de Bendig ou Taylor, devido a pontuações variadas, geralmente altas, que mostram nos seus resultados. (109,189,224)

Kutner e aa., na continuação de autores como Yanagida e Streltzer (1979) e Devins e aa. (1981), constataram ainda a existência de pontuações elevadas nas escalas que continham itens com expressão de queixas somáticas relacionadas com a doença. Estes autores referem que, na realidade, há uma variedade enorme de estados fisiológicos que caracterizam a população de dialisados: "mesmo na ausência de sérias complicações, tais como a diabetes, os doentes sofrem flutuações sintomáticas devido a variações do hematócrito, à quimioterapia e à diálise. Os dialisados estão sujeitos a episódios de

nàusea , vertingens ou caimbras durante ou depois do tratamento. Muitos queixam-se de fadiga crònica. Algumas das medicações exigidas pela diàlise têm efeitos secundàrios indesejàveis". Isto quer dizer que a variedade de reacções devidas à doença e ao tratamento serão suficientes para em dado momento empolar as queixas manifestadas nesses testes. (109,189,224)

Apesar destas reflexões sobre essa metodologia da avaliacão, a qual nos leva naturalmente a uma cautela no seu uso, pode-se dizer que hà um consenso de opinião em diversos autores de que estes doentes manifestam com evidência ansiedade e depressão. (1,10,45,98,105,114,181,195)

A. Gun-Secheaye (1974) do Hospital Cantonal de Genebra sumariou, de um modo que nòs diríamos de exemplar e didàtico, aquilo que diz respeito às caracteristicas psicològicas da hemodiàlise. Refere que os aspectos essenciais são :

1-Situação de dependência absoluta em relação a um lugar, a uma màquina e a uma equipa .

2-Alternância periòdica entre esta situação de dependência total e uma independência que se lhe deseja.

3-Aspectos fisicamente penosos do tratamento.

4-Importantes frustrações que o tratamento comporta, de ordem oral, sexual, profissional e social.

5-O seu aspecto repetitivo e prolongado.

6-Aspectos particulares da relação mèdico-doente e enfermeiro-doente na Unidade de Diàlise.

Este autor , depois de sumariar estes elementos bàsicos para a compreensão da situação de tratamento em

si, mostra que aceita as observações de Abram em relação às fases de adaptação. Caracteriza-as de acordo com Cramond, segue os critèrios de selecção de Sand, Livingston e Wright e, por fim, referindo-se à depressão aponta que a sua existência não parece estar em dùvida, mas que a sua frequência e gravidade não è bem conhecida (cita Kaplan De-Nour como o tendo afirmado); refere ainda que não hà concordância no que respeita à frequência do suicídio (0,2 % da E.D.T.A., 5 % de Wauters, 0,7 % de Abram) e em relação a ideias de auto-destruição refere ter encontrado, nos diversos autores, valores de frequência da ordem de 1/3 dos doentes. (178,179)

A frequência do suicídio nos dialisados è apresentada como superior à população em geral. Autores, como Abram H.S., calcularam taxas muito elevadas (400 vezes mais), no entanto, elas foram aferidas considerando comportamentos "indirectos" como o do não cumprimento dietètico, faltas à diàlise, isto è, de formas não dependentes da vontade premeditada de acabar com a vida. (5) Esta atribuição tem sido contestada por outros autores que pensam, por exemplo, que a adopção de um locus de controlo externo por parte destes doentes justificaria, por si sò, a utilização do cumprimento da dieta como forma de ajustamento às tensões psicològicas da sua vida e não seria em si mesmo uma forma "indirecta" de suicídio. (83)

2.1.3. Processamento de Psicose e de Demência

Nos últimos anos, a opinião generalizada dos autores dá crédito aos trabalhos pioneiros de Shea e aa. (1966) e de Abram H.S. (1968) onde não há grande incidência de psicose. (119)

Norman Levy (1973)considera que, na sua longa experiência de 10 anos no Downstate Medical Center não constatou um único caso de psicose emergindo como resposta directa à terapêutica. Alguns doentes que manifestaram psicose já a teriam manifestado antes do início do tratamento. (115)

Alguns autores têm descrito casos de psicose, às vezes associando o quadro a doentes que teriam doença poliquística do rim. Um dos autores, Cooper (1967) teria observado um quadro de psicose "hipomaníaca" . (119)

Kaplan De-Nour descreve como sendo a terceira complicação "maior" os quadros psicóticos com expressão paranóide. Pela sua descrição depreende-se que o autor se refere a baforadas delirantes transitórias. Seriam "reacções de origem psicogénea e não orgânica". A depressão e o suicídio seriam para este autor as complicações psiquiátricas mais frequentes. (105,119)

Abram H.S. (1977) descreve um caso de um doente com episódios psicóticos, com alucinações e delírios, associados a sintomas semelhantes à demência dialítica. Esta " pseudo - demência" deveu-se a uma disfunção orgânica, embora tenha sido inquinada posteriormente por dificuldades psicológicas. (179)

A constatacão de encefalopatias agudas e de carácter transitório é também descrita por Gordon Burnett e aa. (1980),da Universidade de Carolina do Norte.Referem que há neste quadro um conjunto de sintomas ,em que a cefaleia e o desequilíbrio são os mais graves e os mais frequentes,acompanhados de náusea, caimbras, agitacão, irritabilidade, delirium e convulsões; a sua duracão é breve (por horas,menos frequente por vários dias).A encefalopatia dialítica progressiva que o autor denomina de "demência dialítica " é reconhecida quando o doente manifesta características perturbacões de linguagem, apraxia e mioclonias, ou convulsões.O autor mostra-se de acordo com Chokroverty e aa. (1976) quando ordena em quatro as principais manifestacões da encefalopatia dialítica progressiva, a saber: demência,transtornos de linguagem,mioclonias e transtornos de comportamento incluindo os transtornos do humor e da adaptacão social. (32,55,57,165,171) A relacão desta encefalopatia com a toxicidade do alumínio tem sido apontada por vários investigadores que atribuem à água "altos valores de alumínio".Este achado conduziu a esforcos no sentido de corrigir este efeito.Este quadro evolui durante um certo tempo,apontando-se seis meses como um tempo ainda provável de sobrevida.(32) Buge (1979),de Paris, descreve um caso em que a duracão foi de 15 meses e Rozas V.V. (1978) de USA,teria observado um sindromo de demência dialítica durante um período de 22 meses,em que os níveis de alumínio eram de 618 ug/l e concluiu que havia uma relacão directa entre o síndromo e o alumínio. (31,165)

2.1.4. Consequências Familiares

Em todos os trabalhos dos autores que foram referidos até agora, há uma alusão a esta consequência ; no entanto, os estudos de Judith Maurin, do Departamento de Sociologia da Universidade de Missouri, de 1975, contribuiram de um modo especial para a caracterização das reacções das famílias, face ao "stress" que representa a hemodiálise . Mostrando-se conhecedora dos trabalhos de Beard, de Kaplan De-Nour e de N. Levy, esta autora segue uma metodologia em que faz um diagnóstico de situação familiar e avalia a tensão que sobrevem nas relações entre os familiares e o doente. Concluiu, num estudo de vinte famílias, que haviam modificações consideráveis, existindo em todas elas grandes níveis de controlo, com comunicação reduzida entre os seus membros, com omissão cúmplice das crianças, e com pouco suporte, face às necessidades do enfermo ". Os doentes apareciam isolados da vida social, dentro de uma família muito centrada em si própria ." (129)

Schambaugh e aa. (1969), num estudo feito com cônjuges de doentes em hemodiálise no domicilio, consideraram que há um grande "stress" no tratamento , a que o cônjuge responde com desajuste ."Há um claro potencial para uma regressão séria e perda desastrosa de controlo quando se coloca o cônjuge na situacão de ter de lidar com o monitor." Este autor diz ter sido importante a sua experiência de psicoterapia de grupo, com carácter de "suporte e não interpretativo". (170)

Steidl e Fred.Finkelstein (1979),da Universidade de Yale, fizeram um estudo sobre o funcionamento das famílias destes doentes e correlacionaram as suas descobertas com a aderência ao tratamento e regime dietético,anunciando resultados significativos no estudo dessa relação.(190)

Streltzer e Fred.Finkelstein (1974) teriam já abordado o papel do cônjuge em termos dele ser um factor de fracasso ou de sucesso na hemodiálise em casa, considerando que há alterações nas relações de família, uma delas relacionada com a dependência. Esta,já manifestada normalmente pelos doentes,seria reforçada e,daí ,o aparecimento de atitudes indesejáveis quando os cônjuges também fossem dependentes. A dependência dos cônjuges traria perturbações ao próprio casamento e diminuia a capacidade do casal em lidar com a situação terapêutica. (192)

Kaplan De-Nour (1980)referiu a opinião de que nas reacções das esposas,mais do que nos doentes,existiriam alguns estádios cronológicos:

" com o começo da diálise, a esposa usualmente reage com alívio e esperança,às vezes mesmo com euforia. A medida que o tempo passa,as dificuldades continuam e as desilusões se acumulam, muitas esposas tornam-se super-protectoras, o que pensamos ser causado pela formação reactiva contra a agressividade crescente. Ainda mais tarde, esta defesa parece insuficiente e surgem as reacções já descritas, nomeadamente de denegação, deslocamento marcado da agressividade e introjecção com a depressão concomitante ... "

Esta citação é apresentada por Caldas de Almeida (10) que faz ainda uma reflexão sobre a importância que esse autor, De-Nour, dá ao papel da agressividade ("que ocupa uma posicão central na sua concepcão à Diálise") e salienta ainda o facto que lhe parece relevante de que De-Nour "ignora o trabalho de luto efectuado muitas vezes pelos cônjuges dos dialisados", condição que lhe parece necessária para uma mudança no sentido da cooperação do cônjuge. (10)

2.1.5. Dependência Emocional

Kaplan De-Nour (1968) refere-se de um modo especial ao que apelida de conflito de dependência-independência a que é sujeito o doente. Aponta como comportamentos de "acting-out", por exemplo de agressão, os comportamentos que são dirigidos para a família ou para a equipa médica e que, por vezes, interferem com o cumprimento da dieta e mesmo com a ida ao tratamento da diálise. (105)

Como assinalámos anteriormente, Gunn-Sechehaye (1974) acentua de um modo especial um factor central na vida destes doentes: a " dependência total a uma dada situação" e as expectativas de que o doente se mostre independente no lidar da sua vida . (178)

Alguns autores têm chamado a atenção para a dependência emocional que observaram em doentes e apontam -na como relacionada , não só com a sua situação de ligação a uma máquina, mas também com interacções existentes no seio da sua família (190) ou ainda com

interacções de hiper-protecção e de sentimentos de posse por parte do pessoal da equipa assistencial. (102)

Reichsman e N. Levy (1972) revelaram os resultados de um estudo de 4 anos com 25 doentes do Kings County Hospital, de New York, em que apontam que "o principal problema dos doentes em diálise reside na área da dependência". O estudo baseiou-se em entrevistas com doentes e seus familiares e ainda em testes psicológicos de tipo cognitivo. Quinze dos dezóito homens mostraram-se passivos e com grandes necessidades de dependência. As sete mulheres mostraram-se menos dependentes. (157)

N. Levy (1977) alude ainda nos seus estudos a uma resposta paradoxal da forma de ser dependente entre os que "apresentavam a aparência exterior de independência excessiva". Este autor refere ainda que este comportamento impede ao doente a normal satisfação dos seus apelos íntimos de dependência sendo sujeitos a maiores dificuldades na adaptacão ao tratamento . Devido à necessidade de manter esta falsa independência os mesmos não seriam cooperantes mostrar-se-iam abusadores da dieta e das prescrições, e ainda portadores de ansiedade e depressão. (114,115)

Por último, assinalemos a importância que tem sido dada por alguns autores, como Wright e aa. (1966) ao significado que é atribuído pelo doente à sua ligação vascular, interpretada como "simbolismo umbilical" e a sua relação com a fantasia acentuando a dependência do doente. (220)

2.1.6. Dificuldades Sexuais

A sexualidade destes doentes está profundamente afectada. Diminuição ou perda da líbido e impotência, ou frigidez, são comuns, interferindo com a coesão do casal. O estudo da disfunção sexual tem sido feito em heterossexuais e em homossexuais, sendo referido, em ambos os casos, a existência de tais perturbações na mesma intensidade. (68,151,154)

Norman Levy, em 1973, publicou os resultados de um inquérito a 1166 doentes (dos quais recebeu 67 % de respostas)sobre o funcionamento sexual, tendo por base a frequência de relações sexuais em ambos os sexos, e como objectivo a comparação desse comportamento relativamente a três fases distintas : antes de sofrer de Uremia, com Uremia mas sem tratamento de diálise ou transplantação e com Uremia mas em diálise ou com rim transplantado (na data do inquérito). O autor constatou disfunção sexual a partir da 1a. fase, tornando-se claramente sintomática na Uremia. A incidência de impotência nos homens em diálise é referida em 59 % dos casos, e em 25 % dos casos há uma diminuicão de frequência de relacões. O mesmo se passa nas mulheres. Acentue-se o facto de se verificar que nos casos de Uremia sem tratamento de diálise há um agravamento na ordem dos 35 % para o homem e de 25 % para a mulher. (115)

Vários estudos têm sido feitos no sentido de se tornar compreensível o aparecimento destes problemas, relacionando-os com aspectos de ordem orgânica, de dinâmica familiar e ainda dos relacionados com psicopatologia, sobretudo a depressão. (67,68,195)

Num destes trabalhos, Finkelstein e aa.(1976) investigaram o comportamento de 17 doentes "médicamente estáveis" e mantidos em diálise ha 22 meses ,bem assim como dos seus cônjuges . Numa avaliação global , 88 % teriam falado dos seus problemas conjugais como de pouca ou nenhuma importância, e depois ,numa avaliacão com um questionário circunstanciado sobre a vida conjugal, teriam referido sentimentos de depressão e diminuição da frequência das relações sexuais (13 em 17 doentes com menos de uma relação por mês). Os autores consideraram haver uma relação significativa entre a gravidade da depressão e a perturbação conjugal e sexual.(68)

Em resumo:

a)Os autores referem-se à "negação" como a resposta mais evidente ,apesar de se manifestarem também respostas de deslocamento,projecção ou de formação reactiva. A negação parece ter um papel a desempenhar na adaptação do doente ou como protectora no sentido de evitar o sofrimento por sentimentos de desamparo e depressão ou como,e esta è uma hipótese recente, supressora da preocupação somática e depressão devido à sua eficácia.(228)

b)São frequentes as manifestações de ansiedade e de depressão ,mas já não o são as de auto-destruicão,quer o suicídio quer os seus equivalentes por meios indirectos (o não cumprimento dietético ,por ex.) No entanto, estes comportamentos, quando acontecem, ocasionam grande perturbação social. A avaliação da

ansiedade e da depressão por meio de inventários, quando aplicados a estes doentes, sofre contestação recentemente por se verificarem distorsões da verdade dos factos por comportamentos de "negação" (109) ou de possível "alexitimia" (15,189,197)

c) Depois da depressão e da ocorrência de suicídio, a psicose, sobretudo a que se manifesta com expressão paranóide, é a complicação "maior" nestes doentes. (119) No entanto, não é muito frequente, quando tomada como efeito da situação de diálise. (179) Como consequência da presença de alumínio na água, a demência dialítica apresenta-se no seu início por alterações do comportamento, a que se sucedem as mioclonias, a afasia e a apraxia. A descoberta destas relações conduziu a esforços para eliminar o alumínio da água, e ainda ao estudo de compreensão da demência em analogia com as outras já conhecidas. (55,165)

d) Muitos autores acreditam que a adaptação do doente à dialise depende em grande parte do suporte familiar que tem. O estudo da família, da vida conjugal e sexual mostra níveis de satisfação muito baixos em termos de qualidade de vida. A dependência total a uma situação é apenas um modo de dizer que significa que o doente é sujeito a pressões relacionadas com os conflitos de "dependência - independência" e que se traduzem em comportamentos variados, como por ex. os de "acting-out" de agressão ou o de depressão, que merecem uma atenção constante no sentido de se minimizarem os seus efeitos. (105)

II.2.2. Factores predictivos de adaptação:

A maior dificuldade na determinação dos principais factores predictivos da adaptação reside, a nosso ver, nos múltiplos critérios utilizados por diversos autores para definir a adaptação à hemodiálise. Por outro lado, tem-se sentido a complexicidade da relação entre os factores psicológicos e os factores fisiológicos ao fazer-se a avaliação da sua influência no comportamento do doente e ainda sobre a adaptação.

Kaplan De-Nour (1980) considerou ao avaliar a adaptacão, três aspectos: o cumprimento dietético a reabilitação vocacional e a aceitação da doença. Procurou depois correlacionar os seus achados com variáveis demográficas, como a idade, sexo, situação conjugal e ainda com o número de anos de diálise. Não encontrou qualquer correlação significativa entre esses dados e a adaptação . (108,150)

Em 1981, K. De-Nour e aa. apresentaram a escala de auto-avaliação, a "Psychosocial Adjustment to Ilness Scale "(P.A.I.S.), considerada como própria para medir alguns aspectos de adaptação/ não adaptação à doença física; esta escala classificaria a informação dada pelo próprio doente sobre a sua adaptação sendo composta por por sete secções :

(1)-Orientação nos cuidados de saúde; (2)-Meio vocacional; (3)- Meio doméstico; (4)-Relacionamento sexual; (5)-Relacionamento familiar; (6)-Meio social; (7)-Dificuldades psicológicas.

O autor obteve correlações positivas e significativas entre o P.A.I.S. e ansiedade, a depresssão e hostilidade. (108) O mesmo autor correlacionou tambèm o comportamento de não cumprimento dietètico com factores como "baixa tolerância à frustração" e *acting-out* continuo, encontrando uma relação estreita e significativa. Alèm destes factores de personalidade, realçou o "ganho excessivo pelo papel de doente" e a negação. Sobre esta, o autor não se definiu sobre o seu carácter predictivo, mas, referiu-se-lhe como sendo um negar "não da gravidade dos problemas, mas sim da sua influência sobre o doente ou sobre os outros". (105)

Sand, Livingston e Wright, em 1966, consideraram que a elevação das escalas K, Hs e Hy do M.M.P.I. eram predictivas de depressão e de menor capacidade de adaptação. (220) Num estudo idêntico, Short e Wilson (1968) pronunciaram-se sobre o papel da negação, considerando-a predictiva de melhor ajuste; basearam as suas conclusões na análise de resultados do M.M.P.I. (elevação nas escalas Hs e Hy com baixa do valor de D). (182)

O traço "Introversão" foi analisado por Scott Towne, da Universidade de Hawaii, em 1980. Fez uma análise extensa dos dados de diversos testes psicològicos aplicados em diferentes fases do tratamento e tomou como referência para julgar sobre a adaptação o resultado obtido em dois inquèritos feitos, um a uma população de doentes, e outro aos elementos da equipa de assistência. (177) Sobre a Introversão, face aos resultados obtidos, considerou-a como factor de menor cooperação, de menor capacidade de aprender a manejar o monitor, de

menor cumprimento dietético e de menor sociabilidade e actividade. Também considerou os sentimentos de desespero, bem como os de esperança e de optimismo e ainda a manifestação do desejo de ser transplantado, como variáveis encontradas nos menos adaptados. O envolvimento religioso, o locus de controlo e o local do tratamento revelaram-se como factores de menor correlação com a adaptação. (177)

Pronunciar-se sobre o ser ou não mais predictivo de melhor adaptação o ter locus de controlo externo ou interno, ou isso não ser de algum valor, tem sido tarefa de alguns investigadores que procuram determinar qual o modo de lidar ideal. Poll e Kaplan De-Nour (1980) consideraram que os indivíduos de locus controlo interno seriam os mais adaptados ,tendo encontrado uma pontuação média de 11 na escala de Rotter. Verificaram ainda que quanto mais externo fosse o locus de controlo, pior seria a adaptação ao tratamento.(150) Outros autores, como Goldstein e Reznikoff (1971),teriam considerado que a população de dialisados exibiria também locus de controlo externo, quando considerado no seu conjunto; obtiveram a média de 9,55 de pontuação na escala de Rotter.(83)

Parece haver acordo em diversos autores àcerca de a adaptação não mudar com a continuação da diálise,isto quando na 4a. fase de Abram. O facto de tal achado ter sido observado por Poll e Kaplan De-Nour, que também consideraram que haveria uma passagem do locus de controlo interno para o externo mesmo antes do início da diálise, chama a atenção para a necessidade de

intervenção e de suporte adequado logo na fase de sofrimento urèmico. Viederman (1974) diriá que a diálise exige uma certa forma de regressão parcial para a sua adaptação. (150,207)

Sobre a Inteligência, Maher e aa. (1983) referiram, em "The National Cooperative Study", que se há autores, como Gombos e aa. (1966) ou como Sand e aa. (1966) que consideraram que o ter maior inteligência seria favorável a uma melhor adaptacão, outros como Hagberg (1974) afirmaram de que isso só seria verdade nos primeiros seis meses e que depois deixaria de o ser, e outros ainda, como Fishman e aa. (1972), Borkman (1976), Winokur, Czaczes e Kaplan De-Nour (1973) consideraram a inteligência como "um pobre factor de adaptação" . (125,218)

A disfunção intelectual tem também sido estudada, mas o facto dela se resolver com a própria diálise, impede-a de poder ser um factor de predicção. Este facto foi constatado por Hart e aa., de Virginia, em 1983, que teriam encontrado uma diferença relativamente pequena nos resultados obtidos pelos doentes e pelos do grupo de controlo não doente, quando avaliados com a prova de Código e escala de memória de Wechsler. Esta avaliação foi feita em doentes com idades compreendidas entre 17 e 62 anos e com longo tempo de diálise. Neste mesmo estudo os autores relataram que, nos doentes urèmicos que não estavam a fazer diálise, havia uma diminuição nítida do seu rendimento intelectual e que isso se mostrava correlacionado a um nível significativo com maiores valores de urémia e de creatinémia .

Sobre factores predictivos de adaptação, alguns estudos têm sido feitos no sentido de avaliar o suporte social e a sua contribuição para a sobrevivência. Um deles foi apresentado por C.J.Farmer, Bewick, Parsons e Snowden, do Maudsley Hospital, do King's College Hospital Renal Unit e do Dulwich Hospital (de Londres), em 1979. Avaliaram a morbilidade psiquiàtrica em 32 doentes que estavam em hemodiàlise em casa, registaram os sintomas fisicos de origem somàtica e estudaram por fim a relação que havia entre esses dados e vàrias características da vida dos doentes. Assim, concluiram que havia uma correlação positiva entre a menor morbilidade psiquiàtrica e uma boa relação com os pais na infância, uma boa relação conjugal e uma manutenção do emprego (ou do trabalho de dona de casa). Os autores salientaram ainda a importância que deveria ser dada às inter--relacões avaliadas entre as circunstâncias da infância, a morbilidade psiquiàtrica, os sintomas fisicos e os factores conjugal e social :" a sua relação estreita com a sobrevivência daria ênfase à teoria de Schmale segundo a qual algumas pessoas, em parte atravès do padrão de desenvolvimento infantil, estariam predispostas a uma reacção chamada de *giving-up* quando eram ameaçadas por situações psicossociais geradoras de *stress* . Esta reacção seria acompanhada por uma detereoração fisica que se define por um aumento de sintomas fisicos e por um pior prognòstico de sobrevida . (62)

Em resumo :

a) O cumprimento de dieta e das prescrições médicas, bem como a ocupação e a aceitação da doença foram considerados de valor para o estudo predictivo do comportamento em diálise. (105,150)

b) O carácter predictivo atribuído à "negação" tem sido sujeito a observações que, não lhe negando a sua importância, deixa, no entanto, muitas dúvidas. Os primeiros trabalhos de Sand e aa. (1966), e de Short e aa. (1968), concluiam que a negação seria predictiva de bom ajuste à diálise. Outros trabalhos formularam a mesma convicção, mas, não o confirmaram ao avaliar os seus resultados , pelo método estatistico. (111)

c) O traço "extroversão" e o ter "locus de controlo interno" têm sido considerados como sendo factores predictivos de um melhor ajustamento. (83,177)

d) A inteligência foi considerada como um "pobre factor de adaptação" (218)

e) Por fim, salientamos o facto de ter sido dado grande importância ao suporte social, familiar e conjugal.

Alguns encontraram uma correlação positiva entre a menor morbilidade psiquiátrica e uma boa relação com os pais na infância, uma boa relação conjugal e uma manutenção do emprego (ou trabalho de dona de casa). (62)

QUADRO CRONOLOGICO DOS PRINCIPAIS AUTORES CITADOS

1960-Scribner _____ primeiro relatório sobre a Hemodiálise .

1964-Gombos e aa. ___ avaliação psicológica. Selecção: "first come, first serve".

1965-Schreiner e Maher ____ discussão polémica sobre os critérios de selecção de doentes.

1965 -Shea e aa. _____ "follow-up" psiquiátrico de 9 doentes

1966-Wright _____ classificação dos tipos de "stress" a que estariam sujeitos os doentes e dos mecanismos de defesa mais comuns (a negação e a projecção).

1966-Sand , Livingston e Wright _____ relatório e proposta de um critério de selecção de doentes.

1966-Abram H.S. _____ Descreve quatro fases distintas no processo de adaptação dos doentes à hemodiálise. E dá ênfase à necessidade de se considerarem aspectos psiquiátricos na selecção.

1967-Cramond e aa. __ Descreve a "mourning reaction" na "3a. fase de Abram".

1968-Abram H.S. _____ Estudos sobre Depressão e Suicídio

1968-K. De-Nour _____ A importância dos conflitos de dependência-independência.

1969-Short e Wilson _____ Relacão "stress"-negação como objecto de investigacão . Estudos da Negação e Depressão com M.M.P.I.

1969-Beard _____ "O medo de morrer e o medo de viver" .

1969-Shambaugh e aa __ Estudo sobre a situação das esposas dos doentes em hemodiálise "em casa" .

1970-Glassman e aa. _ Chamada de atenção para o "uso maciço da Negação " como mecanismo adaptativo .

1972-K. De-Nour ____ Estudo da Adaptação. Escala P.A.I.S.. O abuso alimentar e o suicídio .

1973-K. De-Nour ____ "A inteligência ,um pobre factor de adaptação" .

1973-N. B. Levy _____ Estudo do comportamento sexual dos doentes em três fases (sem uremia ,com uremia sem tratamento e com uremia em tratamento).

1974-A.G. Sechehaye __ Didática exemplar sobre as características psicológicas da hemodiálise .

1974-Viederman_____"a hemodiálise exige uma certa forma de regressão para a sua adaptação" .

1974-Streltzer e F.Finkelstein__O cônjuge como factor de sucesso ou fracasso no tratamento "em casa" .

1975-Judith Maurin__Estudo das interacções familiares e caracterização da família do doente como "centrada em si propria" .

1976-Chokroverty __ "Encefalopatia dialítica progressiva" .

1976-F.Finkelstein _Estudo sobre a vida conjugal dos doentes e a importância que é dada à relação entre a gravidade da depressão e a perturbação conjugal e sexual.

1977-N. B.Levy_____ Estudo do Downstate Medical Center(New York) Ênfase dada aos "periodos de adaptação" e aos fenómenos de dependência e respostas de negação.

1977-Ziarnik e aa.__"...a eficácia da negação em suprimir a preocupação somática e a depressão .

1978-Rozas V._____Relacão directa entre o sindroma de "demência dialitica" e o alumínio .

1979-Farmer e aa.___Avaliação da morbilidade psiquiátrica em correlação com : a relação com os pais na infância, a relaçao conjugal e o emprego.

1980-K. De-Nour_ Proposta para a avaliação da adaptação a partir do estudo do cumprimento dietético da reabilitacão vocacional e da aceitação da doença . Estudo predictivo:"os de locus de controlo interno são os mais adaptados" .

1982-Maher e aa.___ "The National Cooperative Dialysis Study".

1983-Bouchet P._____"A necessidade de uma preparação do doente implica a avaliação dos ideais de cada um (doente,enfermeiro e médico)que vem intencionalizar a noção de cuidados, profundamente modificada pelo extremo tecnicismo, necessário à sobrevivência do doente ."

II. 3. REVISÃO DOS PRINCIPAIS CONCEITOS A UTILIZAR

(neste trabalho)

II.3.1. A Aceitação da doença

A "aceitação" é um conceito que pretende traduzir o acto pessoal de receber e de admitir, com concordância interior, as exigências que a doença condiciona . Tem assim importância fundamental na adaptação do indivíduo à *dolência*. E'um acto de receber e de admitir com concordância interior.

A "aceitação da perda" conceptualizada por Dembo, Livingston e Wright , em 1956, pressupõe "um processo individual que torne algo convertido noutros valores" . Superar a perda "não significa ter de se reconciliar com uma situação infeliz, mas antes obedecer a um processo de conversão de valores". (49) Os mesmos autores descreveram as "mudanças de valor" que acompanham a aceitação de uma incapacidade e com isso um meio de avaliar a "aceitação". Assim, a sujeição do físico é referida como o grau em que a pessoa é capaz de não hipervalorizar os aspectos da sua incapacidade e da sua aparência face a outras áreas da vida; a contenção dos efeitos da incapacidade, como o grau em que uma

pessoa não manifesta a sua deficiência para além do que ela e na situação actual face a outros aspectos do seu funcionamento; O alargamento do espectro de valores, como o grau em que uma pessoa è capaz de considerar valores para alèm dos que estão em conflito directo com a deficiência; a transformação de valores negativos em valores positivos, como o grau em que uma pessoa se não se compara com os outros em termos da suas limitações, mas antes se hipervaloriza nas suas qualidades. (49)

Em resumo, as 4 áreas de Dembo e aa. são:

1-Sujeição do físico

2-Contenção dos efeitos da incapacidade

3-Alargamento do espectro de valores

4-Transformação de valores negativos em positivos

Ainda por estes autores foi posta a hipòtese de que a pessoa que tivesse aceite a sua perda poderia ainda sentir-se de um modo diferente face a atitudes discriminatòrias dos outros, em comparação com a pessoa que não a tivesse aceite. Esta sofreria mais nas relações interpessoais com pessoas sãs. (108)

Com base nestas ideias, Grand (1961) procurou "medir" o "grau de incapacidade" e o "grau de identificação" servindo-se do Diferencial Semântico de Osgood e do Adjective Check-list de Nowlis-Green avaliou o "grau de sofrimento", graus com que o autor procurou determinar o modo de reacção de deficientes face a

experiências de contacto directo com interacções filmadas de deficientes com pessoas sãs. Assim, estes autores testemunharam o facto de que os que não "aceitavam" a sua doenca eram levados a considerar como mais apta a pessoa sã que tivesse atitudes negativas face à deficiência (com quem tambem mais se identificava) e por fim que sofreria mais com o resultado das interacções auto-desvalorizadoras com o não deficiente. (118)

As definições de Dembo e aa. condicionaram muito os autores que, de um modo ou de outro, procuraram classificar as incapacidades ligadas à deficiência ou à doença , numa palavra, elaboraram escalas para avaliar a "aceitação". Um dos autores -Linkowski- em 1969, elaborou uma escala de 50 itens para avaliar as quatro áreas que Dembo e aa. designaram como "graus de variação de valores" e que acompanhavam a aceitação de uma incapacidade física. (117) A escala foi aferida e confrontada com outras escalas como a A.T.O.P. ("attitudes toward disabled persons") elaborada por Yukes , Block e Campbell em 1960. (118) A escala tem sido referida pelos próprios autores como válida para a aplicação noutras áreas para além da dos diminuídos físicos (como a de outros "de algum modo doentes, dependentes da droga , do álcool e doentes mentais") (118)

Numa destas áreas, Kaplan De-Nour, em 1980, aplicou a escala de Linkowski para o estudo da aceitação da doença em doentes em hemodiálise renal. (150)

Dembo e aa. não são autores "únicos" deste conceito e por isso não se pode deixar de referir a importância dos conceitos de Adler (1917-1929) de inferioridade orgânica e de compensação. As interpretações desta teoria têm acentuado o facto de lhes parecer mais importante o significado que o indivíduo dá à sua doença mais do que à inferioridade dela resultante. A inferioridade é referida como algo de objectivo e distingue-se do sentimento de inferioridade. Este ou estes estariam na base da formulacão da "compensação". (137,169)

Como conceito dinâmico, Grayson (1950) descreve a "aceitacão como ligada a " três aspectos da reabilitação individual": " *físico, social e psicológico* ". No dizer do autor " o encontrar uma razão física para um sintoma não exclui os componentes psicológicos e sociais." (89) O sofrimento físico daria origem a um maior conhecimento das necessidades e as influências "interiores" e as externas proprias do ambiente determinariam o modo do deficiente lidar com as suas emoções face à sua deficiência. Do mesmo modo ele teria o seu estilo de lidar com o significado das suas incapacidades. (89)

Grayson refere o seguinte: " *Se nós pensarmos na imagem corporal como um puzzle e a incapacidade como uma deformação grosseira de parte do puzzle, teremos uma melhor ideia do problema de tentar colocar uma incapacidade dentro da imagem corporal. O ser humano, inconscientemente , baralha o puzzle em círculo num esforço para inserir a deformação na imagem reconstruida. A imagem original consiste num ser*

físico, nas suas muitas sensações, nas suas muitas percepções e nos seus investimentos libidinais. O ser físico não pode ser deslocado em redor mas o investimento libidinal pode, e é assim que a aceitação interna pode ser realizada."

(extracto do livro de Grayson citado por Linkowski)(118)

Outro autor, Blank (1961), descreve também o processo de aceitação com base na teoria psicanalítica. O seu estudo incide sobre os efeitos da cegueira. Diz o autor: "a fase de recuperação é caracterizada por resolução saudável do trabalho de luto; um retomar gradual das relações objectais; a direcção da energia psíquica para a solução dos problemas reais da vida (reeducação em comunicação, habilidade e trabalho) e aceitação da cegueira como um "handicap" de preferência a uma submissão masoquística à cegueira, ou a negação de que a cegueira faça alguém diferente dos outros". (118)

Zarlock (1959) é tambem um autor citado pela sua escala de "qualidade de vida" e pela da avaliação do comportamento de cegos em 10 areas-problema. Este autor sugere que há resistências à reabilitação, como "uma tentativa para escapar a consequências mais negativas das suas incapacidades." (118)

Por fim, referimos que os trabalhos de investigação em Oncologia têm trazido um reforço no sentido de dar importância a este conceito de "aceitação da doença" bem como às condições favorecedoras de uma melhor qualidade de vida . (212)

II.3.2. Negacão

A negacão, como conceito que se refere à atitude da pessoa que nega a sua doença, e' considerada desde o princípio deste século por Von Monakow (1885)em estudos sobre a cegueira e por Babinsky (1919) em estudos de doentes hemiplégicos .Este último autor apelidou de "anosognosia" o facto do doente negar a doença física.

O doente nega a existência de defeito e reage como num sentimento de despersonalizacão face a ele. Fala e actua como se não estivesse sob cuidados médicos. A pessoa cega insiste que vê, descreve o que vê .A pessoa hemiplègica diz que pode andar. (75)

Não há aqui pròpriamente uma reaccão de negação psicológica. A relação estabelecida entre o comportamento e lesões cerebrais, quer do hemisfério não dominante, onde se lhe associa apraxia construtiva e hemiplegia esquerda, quer do hemisfério dominante, onde se manifesta a negação com transtornos específicos de linguagem, reafirmou a ideia de que os mecanismos cerebrais determinavam os comportamentos ditos psicológicos.

A negação é então descrita em diferentes graus, associada, ou não com confabulação, ou manifestada por isolamento e inatenção ou ainda mecanismos psicológicos. Formas diversas de orientação perturbada, desde a autotopagnosia, relativa ao esquema corporal, a reduplicação, a parafasia (referindo-se na terceira

pessoa) podem juntar-se ao moderno síndromo de Gerstman com a agnosia conhecida de agnosia dos dedos. E pois uma constante o apego destes autores e seus seguidores ao modelo estrictamente neurológico em que è dado grande relevo à relação comportamento - lesão do S.N.C..

Freud,com as teorias psicanalíticas vem introduzir um modelo interpretativo sobre o comportamento que vai dar ênfase aos conceitos de repressão,angústia e sintoma, como tendo uma relacão preferencial no comportamento das pessoas.O papel da repressão è central no desenvolvimento da teoria psicanalítica.

Seguindo de uma forma resumida o que Dieter Wiss (1961) nos traz deste conhecimento :

" *Na primeira fase das teorias psicanaliticas (1892-1900),a repressão è um processo consciente e pode também realizar-se inconscientemente. A repressão incide sobre as representações desagradáveis e que estão relacionadas com vivências sexuais Há uma identidade entre repressão e defesa.O sintoma è consequência da repressão e um compromisso entre o Eu e o reprimido. Nas fases seguintes (1900-1920),a repressão já não è um processo patogenético, mas a base da vida anímica normal.Se reprimem não só representações,mas também afectos.A repressão è um conflito instintivo entre os instintos de auto-conservação e a sexualidade. Repressão e defesa deixam de ser idênticas.Na 3a.fase (1920-1932). a repressão, que era descrita como geradora de angústia, è considerada agora como consequência dela.E esta variação do conceito de angústia vai ser decisiva na*

compreensão da repressão. Repressão e defesa tornam-se de novo idênticas. A repressão é um mecanismo de defesa do Eu perante o perigo externo (medo real) ou interno (ataque dos instintos). " (221)

A análise dos impulsos instintivos primários e da sua reconstrução tornou-se a base da técnica e da terapia psicanalítica.

Com Anne Freud vai ser dada ênfase à análise da actividade do Eu e com ela aos processos do Eu, e como estes se manifestam na defesa contra os impulsos instintivos.

Por um lado, há o Eu e os mecanismos de defesa e por outro lado há a consciência do reprimido .

Nesta evolução há uma descriminação pormenorizada em que se torna possivel o manejar das atitudes falhadas dos doentes, a par de se poder tentar libertá-lo do reprimido, como na interpretação dos sonhos ou associação livres.

A negação è descrita como um objectivo. O objectivo de " reduzir uma parte ameacadora da realidade de modo a conduzir a pessoa a uma função sob menor "stress" psicológico ". Ele e' alcançado com envolvimento de outras tácticas.

Considerada a negação como defesa narcísica, ela vem depois a ser considerada " grau normal " do começo do desenvolvimento nas modernas posições teóricas face à teoria psicanalítica (Hartmann, Lois e Loewenstein). (221)

Com as formulações psicanalíticas, o médico passou a poder actuar sobre o paciente mediante a palavra , para além dos seus instrumentos "neurológicos".

A evolução dos conceitos, e sobretudo das teorias Comportamental e Cognitiva , vai modificar a importância relacionada com os objectivos, para dar ênfase aos meios que são empregues para os atingir. Assim, o conceito de "coping" é definido por Lazarus e aa. (1974)na tentativa de precisar o conceito ja'em uso por diversos autores .(110,119)

Numa posicão actualizada de Folkmam e Lazarus (1980) "coping" refere-se "a esforços cognitivos e comportamentais para dominar, reduzir ou tolerar as exigências internas e/ou externas que são criadas por uma situaçao de stress ".(119)

O processo de "coping" é entendido como tendo dois modos de expressão. Um, centralizado na emoção, ou "intrapsíquico", e o outro, focado no problema causador da emoção ou "de acção directa" .Ambas as formas são utilizadas na maioria das situacões de "stress".(155)

E'dado grande relevo ao processo de "avaliação cognitiva" que se julga determinada por motivações pessoais. A avaliação "primária" sobre algo específico do meio pode defini-lo como irrelevante ou como algo gerador de "stress", a saber, perda, ameaça ou desafio. A avaliação "secundária" faz a auto-avaliação sobre a emoção ou sobre os recursos de superação do indivíduo (meios físicos, sociais, psicológicos e materiais) As duas, no seu conjunto, atribuem o "significado" ao acontecimento vivido. Por fim, neste processo de avaliação os autores citados consideram um outro tipo de avaliação -a reavaliação.(119,155)

A situação será reavaliada para determinar o sucesso ou o insucesso da resposta.

A este modelo de "coping" pode-se juntar um outro baseado na importância que é dada ao desenvolvimento, modelo que dá relevo preferencial "às variáveis internas em detrimento das variáveis situacionais" . Assim e' apresentado o modelo de Norma Haan .(1977) Este autor,seguindo os conceitos de Piaget,interpreta o processo de "coping " como algo que acontece no momento, um processo flexível e construtivo que è criado pelo indivíduo nos seus esforços de lidar com a situação. Os seus modos de expressão (confrontar, defender e fragmentar) representariam uma "hierarquia utilitária": "a pessoa funcionaria em termos de confronto caso pudesse, defender-se-ia caso devesse e fragmentar-se-ia se a isso fosse levada " . E em nenhum dos modos è valorizada a sua eficácia . Importa como nó modelo anterior os esforços observados no lidar da pessoa e não a sua força.(204)

Outro modo de classificar "coping" seria o de tomar por base "as estratègias de acordo com o seu conteúdo temático: isto è ,definir cada estratégia em termos de orientação geral ou de disposição para a situação".(212) Assim a negação poderia ser tomada como uma acção dentro desse processo de "coping". Então,para além de proceder de um modo selectivo em relação à ameaça, ela seria uma forma de transacção. Nesta interacção da pessoa com o ambiente,a doença e as suas consequências esboçavam a ameaça. A negação seria o evitamento dessa ameaça,por

substituição por algo mais tolerável. (212)

A aceitação e a negação , segundo Weisman (212), existem num equilíbrio que varia de pessoa para pessoa; e as dúvidas e indecisões suscitadas nas relações com o meio fazem-no oscilar. A negação pode apresentar-se como racionalização , deslocamento ,eufemismo ,minimização, auto-culpabilização e comportamentalização e faz parte de um processo de "coping", iniciado na tentativa de superar as manifestações dolorosas da doença.

Weisman, ainda nos seus estudos sobre doentes cancerosos, descreve a negação como existindo em diversos graus. O primeiro é descrito como " repúdio do verdadeiro diagnóstico", o segundo, como "dissociação do diagnóstico" que é dado pelas manifestações secundárias, e o terceiro, como a "renúncia do declínio, deterioração e morte imanente. Assinalou também o perigo a que o doente se expõe quando o equilíbrio de coping é mantido com a negação, restando -lhe poucos meios para a sobrevivência. (212)

Outros estudos de autores como Aitken-Swam e Easson ou Gibertson e Wangenteen (em doentes cancerosos), como Brooge e aa. (em doentes coronários)são também apresentados por Hackett e Cassem como percursores dos estudos sobre negação e suas implicações clínicas . (91)

Os estudos sobre a negação, como factor predictivo da qualidade de adaptação ou da sobrevivência, foram feitos por Hackett (em doentes coronários) e por Yanagida e Streltzer (em doentes em diálise renal), tendo sido obtidos resultados sugestivos do seu valor de

predicção, mas não comprovados estatísticamente. (225)

Em doentes dialisados, a negação também já foi considerada de grande importância, como reacção à doença e as consequências da diálise, por autores como Short e Wilson em 1968. Estes autores utilizaram o M.M.P.I. e verificaram que na personalidade desses doentes ocorriam variações durante a diálise. (182) Já Wright e aa., em 1966, teriam demonstrado que essas variações nas escalas 1, 2 e 3 seriam indicadoras da evidência de negação. (220)

Short e Wilson utilizaram também escalas suplementares ao M.M.P.I., específicamente indicadas para avaliar a " repressão" . Durante o tratamento da diálise, o perfil do M.M.P.I. reflectiria o aumento da presenca de negação pela elevação das escalas 1 e 3 e pelo baixo valor da escala 2 , e ainda, pela elevação da intensidade da "repressão" (escala R).

Estes autores ainda se referiram à negação como resposta verificável na família, na comunidade e ainda na equipa de assistência. "...Serve como um mecanismo mental eficiente para lidar com uma situação continuamente insatisfatória. A negação não é útil para a família e comunidade e é inadequada para os enfermeiros e médicos responsáveis pelo cuidado ao dialisado." (182)

II.3.3. A depressão como reacção à doença física

A depressão nos doentes que sofrem de doença física, e sobretudo nos de evolução crónica, é de natureza reactiva e está ligada intimamente a uma série de factores que importa conhecer . O início da doença é habitualmente marcado por uma determinada expectativa .O primeiro diagnóstico e a sua avaliação no sentido de se tratar de uma doença que evolui para a cronicidade, deterioração ou morte, desencadeia, com frequência, depressão . Os doentes reagem conforme o seu modo de lidar com as situações e, após o choque inicial, adaptam-se, contribuindo para isso a aceitação da doença. Esta inclui na sua definição " a aceitação da perda do Eu e a mudança da percepção pela qual o corpo é visto como uma posse mais do que uma característica pessoal do seu possuidor ". (92)

Quando é a negação a resposta inicial, sucede-lhe a depressão quando pioram os sintomas.(Dvenmuehle e Verwordt) (92)

As remissões e exacerbações, bem como a severidade dos sintomas, condicionam reacções emocionais episódicas que podem ser acompanhadas por presságios de fim próximo ou de morte .

Na depressão, os doentes manifestam sentimentos de desamparo e de falta de esperança a que se associam habitualmente preocupações sobre a sua aparência física e expressão corporal

Associados a sentimentos de tristeza e de perda significativa de auto-estima e de identidade, podem surgir distorsões da imagem corporal. Os sentimentos de culpa em relação à sua pessoa e a sua culpabilização dos outros, bem como os sentimentos de auto-acusação e de auto-punição podem ser frequentes.

O suicídio é uma consequência possível decorrente destes sentimentos.

As formas de reacção das pessoas que rodeiam o doente podem favorecer, ou não, a sua adaptação. Assim, a tranquilização prematura e a dependência são factores que habitualmente contribuem para um afastamento do doente da realidade e com isso da capacidade e confiança que ele necessita para a sua reabilitação. (92)

A família, os amigos e mesmo os que prestam assistência ao doente são afectados de algum modo e as suas reacções devem ser conhecidas para o seguimento adequado da situação. (92)

Em relação à hemodiálise, há ainda que valorizar a relação da depressão com factores bioquímicos, entre os quais a elevação da ureia, que possivelmente contribuem para uma deficiência funcional, a nível central, das aminas biogènicas. (125)

Também na diálise, há que reconhecer que muitos dos sintomas físicos que os doentes manifestam são sobreponíveis aos que caracterizam a depressão: variações de estados de vigília e de atenção, fadiga, maior ou menor dificuldade no rendimento intelectual, maior ou menor apetite, perturbações do sono no adormecer e no acordar,

com ou sem agitação, dispneias, vertigens ou simplesmente sensações vagas de mal estar, cefaleias, pruridos, dores musculares são os sintomas do dia a dia destes doentes.

O comportamento sexual é também perturbado como na depressão, acrescido de modificações que o próprio doente opera a partir do significado individual e social que atribui ao seu comportamento. (178)

A impotência nem sempre é referida no devido tempo. A sua compensação, natural ou artificial, torna-se difícil por quanto ou é assunto tabu ou é um assunto abordado com exigência angustiante, e, a solução, medicação ou prótese, é sempre insatisfatória. Outro elemento de grande variabilidade e que implica um conhecimento pormenorizado dos hábitos do doente e da sua adaptação à diálise é o do "peso corporal". Variações de peso da ordem dos 2 e 3 quilos são verificáveis em doentes que não têm indícios de depressão.

Estes dados são suficientes para que se tenha uma atitude de cautela em relação à avaliação com inventários. Sendo esta tão importante para um diagnóstico, não poderá ser obtida só a partir da auto-avaliação com testes, como o são, o de Beck ou o de Zung. (109)

A avaliação implica uma auscultação permanente do doente, da família e de outras pessoas, dos médicos e enfermeiros que o assistem . (88)

II.3.4. Qualidade de vida

Há uma grande melhoria dos meios técnicos que são utilizados na diálise renal. Novos filtros e novos monitores podem ser manejados pelos próprios doentes. Os novos fármacos conseguem uma maior acção sobre a tensão arterial e sobre o equilíbrio fósforo/cálcio. Os acessos vasculares são mais adequados à frequência de punções que o doente necessita. A variedade abdominal da diálise "peritoneal" é também um progresso recente.

Estes progressos melhoraram a quantidade de vida e por isso admite-se que se tenha criado a convicção inicial de que haveria sempre melhorias nesse sentido e que aquilo que poderíamos referir como qualidade de vida sobreviria necessàriamente deste empenho tecnológico. A qualidade de vida estaria então directamente relacionada com a quantidade de vida, uma dependeria da outra. Um doente "bem dialisado "seria muito naturalmente um doente "bem adaptado".

De facto, estas melhorias vieram dar um alivio notório do "stress" a que o doente é sujeito no tratamento. Outra consequência notável é a utilização da hemodiálise em casa ou em "self-care". O acesso pela via abdominal veio reforçar ainda mais esta sensação de que tudo se modificaria para melhor no quotidiano do doente.

A qualidade de vida começou por interessar os nefrologistas logo desde o início, mas ela tem sido mais empolada desde que surgiram dificuldades no lidar dos doentes com estes novos mètodos. Sobretudo o tratamento em casa motivou o aparecimento de anàlises frequentes sobre a relação estabelecida entre o doente e a familia e ainda estudos de factores ligados à condição econòmica e social.

Factores como os de personalidade do doente já teriam sido objecto de estudo desde o início. Remonta a esse tempo o tema, ainda actual, da selecção de doentes para o tratamento da diàlise. Esta selecção basear-se-ia em "prè -conceitos" de que o comportamento psicològico e sobretudo a personalidade do doente poderiam modificar as condições de atendimento no decurso do tratamento . Os doentes com psicopatologia , sobretudo os que tiveram antecedentes de psicose, são banidos à entrada. Em muitos centros hà cuidados que podem ser descritos do seguinte modo: "são eliminados os que exibem sintomas de psicopatologia, especialmente relacionados com a hipocondria, psicopatia e tendências de introversão social. Este juízo torna-se razoàvel visto que a preocupação com doenças, a irresponsabilidade impulsiva, e o isolamento social tendem a ter influência contra a constância que é exigida por qualquer regime requerido pelo protocolo." (125)

Em resumo: exige-se uma boa diàlise, uma boa personalidade, um programa viàvel em termos de resultados terapêuticos e de menor morbilidade.

Analisando as respostas de doentes, em entrevistas sobre o que pensavam ser a "qualidade de vida", vemos que eles disseram algo como: "é um pouco ter saúde", "ser feliz", "o ser capaz de fazer o que se quer", "o não ser um peso para os outros". Cada doente tinha a sua história "para contar".

Por isso, definir qualidade de vida implicará algo mais do que estudar um ou dois factores que favoreçam ou não um tratamento. Talvez não consigamos mesmo definir bem o que é qualidade de vida, apesar de muitos autores já terem definido esse conceito e terem descrito várias influências que nele actuam.

Há diferenças objectivas que se observam no modo como as pessoas lidam com dada circunstância. Esta mesmo quando apreciada num local é diferente de quando se passa noutro local. As diferenças objectivas resultantes da região, da cultura, e de crenças pesam sobre a caracterização da qualidade de vida.

Esta definição ainda se torna mais difícil, quando se avaliam as diferenças individuais, isto é, a variabilidade subjectiva dos doentes.

Quando se coloca ao doente em diálise a questão de saber qual a situação de *stress* que mais interfere com a sua vida deduz-se logo que há algo que se pode descrever como ultrapassável e algo que sempre que acontece faz com que o doente se deixe dominar pela situação, modificando o seu primeiro desejo de se manifestar corajoso e de ânimo despreocupado para tomar outras atitudes reveladoras de desmoralização e de depressão. O ver-se então o doente a oscilar entre a sua sobrevida e

a sua qualidade de vida é o ver-se quanto o seu interior vale nesta questão. A ideia de que nem tudo é ultrapassável surge pois naturalmente. Aceita-se bem que o doente mostre criatividade, que derive nas suas tendências sociais, que se ocupe em quaisquer trabalhos, que o doente seja capaz de manejar a máquina e lide com à vontade com a visualização do sangue; aceita-se ainda melhor que o doente tenha as suas razões para um cumprimento flexível das dietas e das terapêuticas, só que isto tudo deixa de ser assim a partir do momento que há dor ou perturbações ligadas aos acessos vasculares. Estas circunstâncias são consideradas como variáveis subjectivas de grande risco em relação à adaptação do doente.

A qualidade de vida surge como algo que não se define muito bem, mas que é resultado de um conjunto de influências objectivas e subjectivas que vão sendo conhecidas. O apreço que tem sido dado à função social e ao estudo da ocupação, estatuto de emprego, aos movimentos de opinião criados pelos próprios doentes, tem tornado mesmo populares, pelo valor que se lhes atribui, certos componentes de qualidade de vida, como o ter apetite, o dormir bem, o ter relações sexuais, o ter subsídios para a sua manutenção e a da sua família, dinheiro para transportes, uma boa equipa de enfermagem e atenção disponível e competente dos médicos.

Entretanto, a Investigação deste conceito tem-no feito evoluir, e sem desvirtuar a importância dos citados anteriormente, ele tem sido considerado em alguns sectores da actividade médica, como em Oncologia e

Cardiologia (U.C.I) com algo mais do que se disse, com mais uns aditamentos indispensáveis. (54)

Continua-se a não saber definir o conceito de Qualidade de Vida em termos de rigor, mas fala-se de um modo mais unânime na importância dos factores que a determinam.

Procura-se uma avaliação e um modo de a modificar no melhor sentido. Estudos como o efectuado pela Universidade de Harvard, com a colaboração de nove centros de diálise qualificados, liderados por Maher, em 1982, e apelidados como "The National Cooperative Dialysis Study", têm como objectivo o conhecer as variáveis psicológicas que possam de algum modo ser o resultado de modelos de actuação médica e que possam ser considerados "adversos" e "que não deixem os doentes livres das complicações da diálise". (125)

Este grupo utiliza no seu trabalho vários questionários como o M.M.P.I., a escala de vocabulário do W.A.I.S., a escala Rotter, a Multiple Affect Adjective Checklist, um questionário de sintomas, ainda aborda os acontecimentos vitais (Rahe) e duas escalas que são elaboradas no sentido de avaliar a má adaptação e a adequação social, a saber, escalas S.S.I.A.M. e S.A.S.-S.R.. (125)

Deste estudo extenso e incidindo sobre vários parâmetros desde a personalidade à adaptação social, concluem os autores que na comparação dos métodos entre os centros não há mudanças importantes a assinalar. Reconhece-se que "um dado tratamento é psicológicamente mais favorável para alguns doentes e mais desfavorável

para outros e que as diferenças de resultados podem estar relacionadas com uma disposição psicológica."(125)

Apontam ainda quanto lhes parece ser importante a combinação de factores como "o tempo mais curto de diàlise","o ter tempo livre " e "uma mais baixa concentracao de B.N.U..Estes objectivos visam por um lado o bem estar do doente e por outro lado a intencao de contribuir com "tecnicas que possam favorecer a prescricao individualizada e quantitativa com o minimo de manifestações,afim de deixar os doentes livres das reacções adversas à diàlise ".(125)

Alguns autores têm conseguido a aplicação de questionàrios que incidem sobre o bem estar,atravès de processos de auto-avaliação de sintomas,de padrões de comportamento perturbado ou de outras características. (46,51)

Entre esses distinguem-se a escala de "Crown and Crisp's" (1966),o de Derogatis L.R. e aa. (H.S.C.L.90 -1974) e ainda a de Golberg (Maudsley-1972). A escala, como a de Tom Cox e aa.(da Universidade de Nottingham), em que aceita elementos conhecidos da escala de Eysenck (E.P.I.),propõe a avaliação de dois aspectos distintos, um deles traduziria o grau de exaustão (fadiga, fragilidade emocional e confusão) e o outro,o grau de excitação no sentido da ansiedade,tensão e agitação. (198)Outros autores têm sobretudo associado o bem estar com a existência de líbido e da normalização adequada do relacionamento sexual. Têm sido constantes os trabalhos sobre este tema relacionando o comportamento sexual com

a adaptação à diálise. Factores orgânicos e psico-sociais são apontados como condicionantes da perda de líbido a par de factores como a depressão. (115)

Outros estudos, incidindo sobre a dependência de campo e a ocupação laboral e social, têm trazido modelos práticos de avaliação da qualidade de vida, dando ênfase à relação que existe entre a manutenção das capacidades da pessoa e a qualidade do seu trabalho. (90) Karnofsky e Buchenal (1949) sugeriram uma escala que é designada como medida de dependência "da enfermagem". Sobre a qualidade de vida no trabalho há a mencionar a European Organization for Research on Treatment of Cancer (1983) (E.O.R.T.C.). (54) Outros indicadores, como os de Spitzer e aa. (1981), permitem uma apreciação breve e simples que facilita a sua aplicação por médicos de um "modo mais compreensivo" e "superior". (54) A escala da European Dialysis Transplantation Assotiation, E.D.T.A., com os seus seis itens que permitem uma classificação de actividade, resulta da formulação de protocolos ligados ao incremento da Transplantação Renal.

O ideal seria a aplicabilidade destes conceitos e a sua avaliação rigorosa e frequente. As reacções de "humor" e de "vontade" dos doentes que têm sido objecto desta investigação não tornam isso uma tarefa fácil. Considerando ainda as dissonâncias sentidas na mentalidade de populações diferentes como a anglo-saxónica e a ibérica, a quando da aplicação dos itens dos autores citados, e ainda as dificuldades específicas de cultura e de sustento que caracterizam os nossos doentes, pode-se dizer que por vezes é impossível seguir

uma dada metodologia de um modo constante. Pode-se talvez fazer uma comparação entre respostas de alguns grupos. mas não parece ser possível uma aplicação extensa dos mesmos objectivos.

Sobre isto e a propósito de qualidade de vida, autores, como Spitzer e Padilla (1981) propuzeram-se mesmo construir escalas em que prevalecesse a simplicidade. Por ex., um item como "a sua vida é satisfatória ?" poderia ser um instrumento suficiente para o fim em vista, sendo utilizado com frequência e por quem tem a responsabilidade directa sobre a situação clínica do doente.

Estes autores conceberam "a medida de qualidade de vida" para aplicação a doentes crónicos, para além da simplicidade da sua aplicação ela tem muito de compreensivo e de compatível com o modo de ver da comunidade . Pode ser aplicada em muitas situações e pode ser utilizada para discriminar respostas de grupos com diferentes níveis de qualidade de vida.

Esta escala considera 5 aspectos:

1. A actividade (trabalho, estudo, vida doméstica)
2. A saúde (o sentir-se bem, menos bem, mal)
3. O quotidiano (o comer, o vestir-se, transporte, condução)
4. O apoio (relações pessoais, familiares)
5. O controlo mental (reacções ao "follow-up")

Tudo o que se disse sobre " qualidade de vida " pode ser avaliado por esta escala que nos parece pragmática e de fácil aplicação. (210)

II.3.5. A Adaptação em hemodiálise renal

A adaptação do doente à diálise tem sido considerada como um estado em que são cumpridas algumas exigências determinadas pelo método do tratamento em Nefrologia, e que é comum na prática clínica dos Centros de Diálise.

Alguns estudos, alguns mesmo muito recentes, procuram quantificar as condições que permitiriam determinar o estar "bem dialisado" nos termos de correlação adequada e positiva entre as disponibilidades instrumentais e os efeitos biológicos alcançados. (125)

A adaptação para efeito deste nosso trabalho, será considerada na base de duas variáveis: cumprimento dietético e ocupação.

Seguindo este critério podemos dizer que ao estudar adaptação avaliamos a interacção do doente face ao que se lhe pede e ao modo como comparticipa no meio social em que vive.

No entanto, a nossa opinião é a de que estudar "adaptação" em termos de aderência e ocupação é restringir o conceito à categoria de "bem dialisado". A nossa preocupação de favorecer a componente "bem adaptado" biopsicossocialmente, obriga-nos a alargar o mesmo aos conceitos de aceitação da doença, que numa relação com processos de negação, depressão, e outros, resulte numa bem definida qualidade de vida.

II.4. Trabalho de Investigação: finalidade e objectivos

II.4.1. A finalidade da Investigação

1 - A nossa investigação priveligia o estudo da Adaptação à situação de hemodiálise de longo termo e, resultante disso, da eficácia terapêutica em termos da qualidade e quantidade de vida ganha pelos doentes.

2 - Este estudo tem sido feito com critérios de avaliação que incidem sobre parâmetros de índole somática . Esses critérios são muito "técnicos" e "pesados", visando conseguir dados objectivos que determinem per si o conhecimento do estado do doente.

3 - No entanto, é nossa hipótese que outros factores, para além dos de índole somática, aspectos mais subjectivos e mais dependentes da relação com o meio social e familiar pesam de um modo determinante na eficácia do processo terapêutico. São os aspectos "mais leves" e os "mais humanos" que são habitualmente negligenciados, ou por receio de cientificidade ou por falta de técnicas próprias de observação.

4 - A finalidade deste trabalho é o esclarecimento da existência ou não destes factores e da sua importância relativa.

II.4.2. Desenvolvimento da Investigação e objectivos

Desde 1979 que, a par com a nossa actividade docente, iniciàmos um trabalho de campo num Centro de Hemodiàlise Renal, Centro constituido na altura com doentes que tinham jà iniciado o seu tratamento no Hospital.

Acompanhàmos a evolução desse Centro e as diversas fases por que passou , pelo que as circunstâncias disponíveis à investigação tambèm se modificaram ao longo do tempo, facto este que nos forçou a uma investigação definida em etapas. Este trabalho por etapas tambèm se deveu à necessidade de estudar primeiro os aspectos globais e sò depois os de maior especificidade.

Assim, prosseguimos sucessivamente os seguintes objectivos:

1- O estudo comparativo de alguns aspectos psicològicos de personalidade em diferentes doentes crònicos.
2- O estudo do cumprimento dietètico numa perspectiva biopsicossocial de adaptação.
3- O estudo das interacções e tensões de ordem familiar, num pronunciamento sobre as reacções emocionais dos cônjuges.
4- Investigação do comportamento dos doentes tomando por referência o conceito de adaptacao.
5- Estudo de casos, os mais significativos perante os resultados da Investigação.

III- **1a.ETAPA** : Delimitação da singularidade do doente em diálise: Tipo de resposta à doença e estilo de vida

III.1.OBJECTIVO:

A 1a.Etapa que nos propuzèmos ao abordar empìricamente os doentes submetidos a diálise consistìu na tentativa de confirmação de quem a circunstância de ser doente e em diálise provocaria necessàriamente um tipo de resposta a ela e um estilo de vida original e singular.

Mais pretendemos projectar alguns aspectos desta singularidade quantificando algumas projecções dos indivìduos por mètodo da análise conotativa de determinados conceitos.

III.2.POPULAÇÃO E MÉTODOS:

Foram considerados para a investigação 99 indivíduos, distribuídos do seguinte modo:

1-Grupo N - indivíduos sem doença,
em número de 30 (15 M e 15 F),
de idades entre 30 e 45 anos,
com escolaridade acima do 1o.ciclo liceal,
com vida sócio-profissional activa
e seleccionados como os menos ansiosos entre 80 (com menos de 8 na escala de "Ansiedade manifesta de Taylor -forma de Bending").

2-Grupo D1- diabèticos não-insulino-dependentes,
em número de 30 (15 M e 15 F),
de idades entre 30 e 55 anos,
com escolaridade acima do 1o.ciclo liceal,
com vida sócio-profissional activa.

3-Grupo D2- diabèticos insulino-dependentes,
em número de 9 (5 M e 4 F)
de idades entre 23 e 50 anos,
com escolaridade mèdia e
vida sócio-profissional activa.

4-Grupo R - doentes com Insuficiência Renal terminal,
em número de 30 (17 M e 13 F),
de idades entre 23 e 60 anos,
em no.igual,de escolaridade abaixo do 9o.ano
e de acima do 9o.ano,
vida sócio-profissional condicionada pela
diàlise e
provas verbais e de realização normais.

Para fins discriminantes,ordenamos o Grupo R em 5 sub- grupos consoante o sexo,a idade,a escolaridade,o tempo de diàlise e as diférenças de evolução da doença:

5-Grupo R1- doentes dos dois sexos (8 M e 8F),
de idades entre 27 e 46 anos
e com menos de 5 anos de diálise.

6-Grupo R2- doentes com diferenças de idade:

(J)-de idades entre 23 e 27 anos (3M e 3F)

(A)-de idades entre 28 e 44 anos (8M e 8F)

(A2)de idades entre 45 e 63 anos (6M e 2F)

7-Grupo R3- doentes com diferenças de escolaridade:

15 com a 4a. ou a 6a. classe,

15 com mais do que o 9o. ano.

8-Grupo R4- doentes com diferenças de tempo de diálise:

entre 2 e 18 meses- 9 (4M e 5F),

entre 2 e 5 anos - 9 (5M e 4F),

com mais de 5 anos- 9 (6M e 3F).

9-Grupo R5- doentes com diferenças do tempo de evolução:

(R) com tempo menor que 3 anos (antes do início da diálise)- 10 (5M e 5F);

(L)com tempo superior a 3 anos - 10 (5M e 5F).

A população atrás descrita foi submetida ao teste de Osgood.

Procedeu-se à quantificação das reacções individuais em função do significado conotativo atribuído a conceitos relevantes para a caracterização da relação médico-doente.

O teste baseou-se na tarefa confiada ao indivíduo, de posicionar um conceito numa série de pares de termos opostos e heterogèneos, privados de referências objectivas em relação aos conceitos, mas sempre dotados

de possibilidades associativas.(141) Foram utilizadas doze escalas,consistindo cada uma de um par de adjectivos bipolares e depois classificadas pelo posicionamento do conceito num dos sete pontos da escala.As escalas foram escolhidas representando as maiores dimensões do teste semântico (Osgood e AA.1957)(141) e são as seguintes:

1. Importante-Insignificante
2. Forte-Fraco
3. Activo-Passivo
4. Com valor-Sem valor
5. Rápido-Lento
6. Frio-Quente
7. Simpático-Antipático
8. Verdadeiro-Falso
9. Duro-Mole
10. Limpo-Sujo
11. Grande-Pequeno
12. Bom-Mau

As escalas 1,4,7,9,10 e 12 correspondem aos valores de "A" (Evaluation).

As escalas 2,8 e 11 aos valores de "B" (Potency).

As escalas 3,5 e 6 aos valores de "C" (Activity).

Os valores médios obtidos,de A,de B e de C foram depois representados num espaço semântico concebido nas três dimensões ,bem como estudado matemàticamente nas suas dimensões semânticas.(36)

Os conceitos foram seleccionados tomando como base o terem sido julgados significativos para caracterizar o tipo de resposta à doença no grupo de doentes em diálise (38) e, ainda, nos diabéticos (123).

Foram os seguintes:

"Controlo", "O meu modo de vida" e "O meu EU".

Na análise dos dados foi seguido o método que consistiu em avaliar os valores médios de A, de B e de C, método descrito por Osgood (140). Foi calculada a pontuação de cada indivíduo para todas as escalas e conceitos e referenciada às três dimensões. Os valores obtidos foram analisados em comparação com os grupos de controlo e ainda apreciados os dos grupos de dialisados entre si.

Utilizámos uma técnica paramétrica -t de Student, na avaliação estatística dos resultados.

Conseguida uma análise global por este método, procurou-se traduzir as suas dimensões por representação gráfica. Representaram-se os ditos conceitos num espaço a três dimensões, fazendo corresponder cada uma delas às dimensões semânticas A, B e C.

Utilizou-se o método habitual da representação de um sólido com as suas três dimensões projectadas no plano do desenho.

Fazendo coincidir os três eixos A, B e C com os três factores semânticos, concluiu-se:

1- Quanto mais um ponto se afastar do plano BOC ao longo do eixo A, maior a importância do conceito (maior o valor de A).

2- Quanto mais um ponto se afastar do plano AOC ao longo do eixo B, maior o poder ou a força do conceito (maior o valor de C).

3- Quanto mais um ponto se afastar do plano AOB ao longo do eixo C, maior a actividade do conceito (maior o valor de C).

III.3. RESULTADOS

No quadro (I) estão representados os valores das médias e desvios-padrão, bem como os valores de significância da diferença aferida entre os vários grupos. (t-Student)

Estes grupos são comparados, no respeitante à conotação dada pelos indivíduos estudados aos conceitos "controlo" ,"o meu modo de vida" e "o meu EU", na quantificação das três dimensões: Importância (A), Força (B) e Actividade (C).

Esta comparação tem expressão visual nos Gráficos I, II e III.

A análise do quadro I e destes gráficos permite a constatação dos seguintes factos :

a) Os valores dos grupos N, D1 e D2 traduzem uma demarcação dos grupos de doentes do da população normal, com maior relevo para os diabéticos insulino-dependentes, em que ha uma maior falência do EU e uma menor convicção sobre o poder da terapêutica.

b) Estes grupos N, D1 e D2 têm uma conotação dos conceitos significativamente demarcada do grupo dos doentes em hemodiálise, nos quais há uma depreciação global, em todas as dimensões.

c) O "controlo" (apresentado como a actividade médica e não como controlo de si mesmo) é especialmente salientado na sua importância pelos dialisados da idade adulta (R2A) e, não o é tanto, nos jovens (R2J). Por estes e pelos doentes de evolução anterior rápida (R5R) e ainda pelos diabéticos insulino-dependentes, "controlo" é reconhecido como mais activo e do maior interesse, mas de menor poder.

d) "O meu modo de vida" é mais depreciado, no seu poder, pelos dialisados que, antes do início da diálise, tiveram uma evolução rápida da sua doença, do que pelos que tiveram uma evolução lenta.

e) "O meu EU" é depreciado globalmente.
E' menos depreciado pelos dialisados jovens, mulheres e pelos de evolução lenta e, também, pelos diabéticos insulino-dependentes.

f) Finalizando esta análise, concluimos que não se encontraram diferenças significativas entre as conotações dos conceitos, nos sub-grupos relativos ao tempo de diálise e à escolaridade.

GRÁFICO I

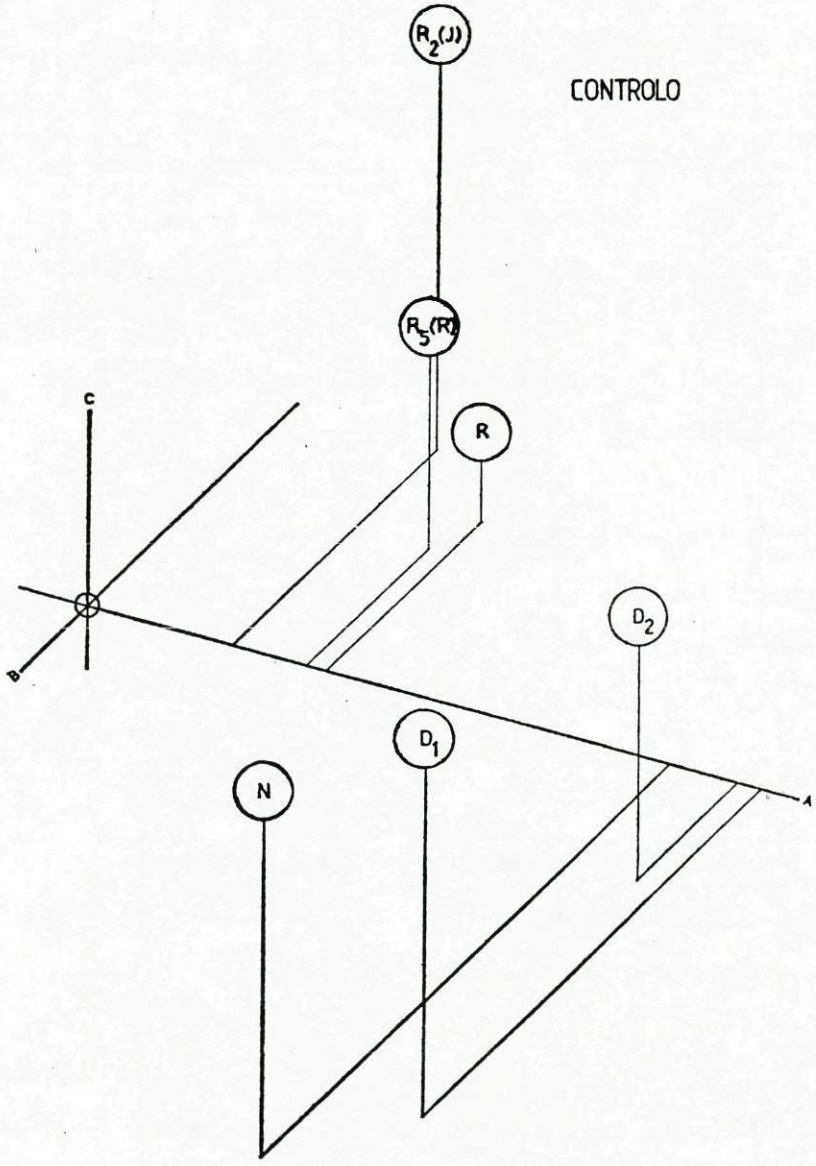


GRÁFICO II

O MEU MODO DE VIDA

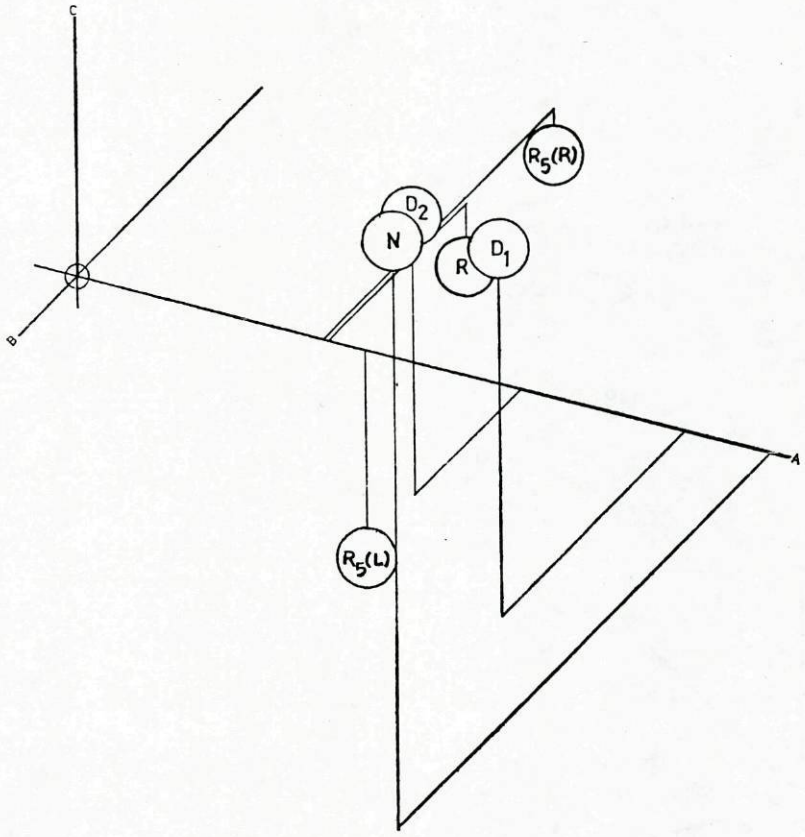
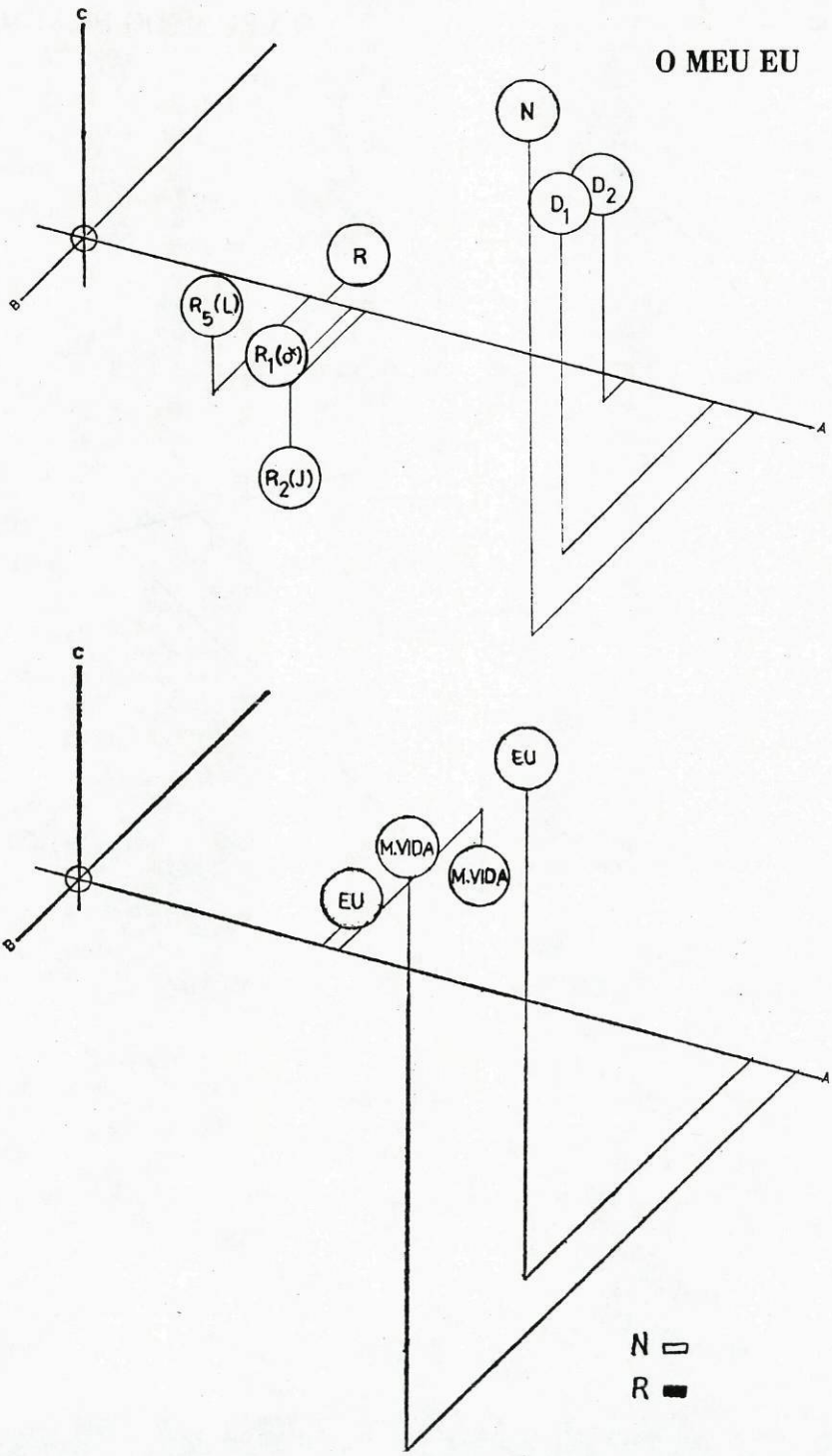


GRÁFICO III



QUADRO I (significado conotativo dos conceitos)

		Controlo			modo de vida			O Meu Eu		
		A	B	C	A	B	C	A	B	C
N	X	2,10	2,20	2,83	1,73	2,32	2,12	1,87	3,02	2,37
	dp	0,75	0,82	1,03	0,79	1,06	0,97	0,56	0,93	1,11
R	X	3,23	4,67	3,71	3,17	4,62	4,21	3,22	4,14	3,96
	dp	0,34	0,80	0,99	0,31	1,04	0,85	0,44	1,13	0,92
D1	X	1,84	2,51	2,77	2,02	3,17	2,80	2,00	3,37	2,90
	dp	0,54	1,00	1,12	0,87	1,35	1,14	0,66	1,07	1,07
D2	X	1,98	3,56	3,15	2,54	3,52	3,11	2,28	3,89	3,33
	dp	0,45	0,69	1,06	1,04	0,78	0,82	0,63	0,87	0,67
R1	X								4,29	
	dp								1,10	
	X								3,67	
	dp								1,44	
R2	X								3,67	
	dp								0,64	
	X								4,13	
	dp								1,31	
	X								4,54	
	dp								0,88	
R5R	X	3,29	4,53	3,30	3,18	5,03	4,14	3,00	4,27	3,90
	dp	0,42	0,50	0,93	0,26	0,90	0,70	0,32	0,84	0,90
L	X	3,22	4,60	3,93	3,05	4,00	4,67	3,28	3,57	3,73
	dp	0,29	1,08	0,99	0,21	1,03	0,90	0,41	1,27	1,03
t	(N/R)	7,39	11,6	3,32	9,14	8,34	8,73	10,2	4,12	5,94
p		p<0,001 em todas as dimensões								
t	(R/D2)	8,70	3,67		2,84	2,86	3,34	4,91		
p <		0,001	0,001	ns	0,01	0,01	0,005	0,001	ns	ns
t	(N/R1F)								1,50	ns
t	(N/R5R)							5,91	3,67	3,85
p <				ns				0,001	0,001	0,001
t	(N/R5L)			2,88				7,15	1,43	3,33
p <				0,01				0,001	ns	0,005
t	(R5R/L)					2,26				
p <						0,005				
t	(N/R2J)								ns	
t	(N/D2)		4,40		2,40	3,07	2,71		2,94	2,40
p <			0,002		0,02	0,01	0,01		0,01	0,01
t	(N/D1)					2,67	2,45			
p <						0,01	0,02			
t	(R2J/A1)	3,24								
p <		0,005								

IV. 2a.ETAPA : Estudo do cumprimento dietètico numa perspectiva biopsicossocial de adaptação

IV.1.OBJECTIVO

Uma vez determinado o carácter singular do tipo de resposta à doença e do estilo de vida dos doentes em diálise, a nossa preocupação pelo estudo alargado da adaptação destes doentes, prosseguiu na etapa seguinte com o estudo do cumprimento dietètico.

Este estudo justificava-se não só pelo facto deste parâmetro ser um dos mais utilizados, mas também porque ele nos abre as portas para o estudo da relação, logo para aspectos específicos de comportamentos e vivências interpessoais, bem como para uma actividade que è fundamental na relação familiar destes indivíduos : a dieta. (53)

Na realidade, o comportamento alimentar tem como base da sua motivação uma necessidade orgânica, que è modelada pelos factores culturais. A fome, a sede e a saciação são factores da sua regulação fisiológica. Os centros reguladores situados no hipotálamo são activados por estímulos metabólicos (por ex. variação da taxa de glicose intracelular), por estímulos psico-sensoriais (por ex. o odor, o aspecto, o gosto) e por estímulos interoceptivos (necessidades nutritivas dos tecidos). (161) Para além deste modo de considerar o comportamento alimentar, isto é , sob o ponto de vista fisiológico, há que o considerar no significado que ele assume na

linguagem entre as pessoas, isto é, sob o ponto de vista da "relação". A ideia de alimentação não coincide, pois, só com a ideia de "valor nutritivo". No centro das relações entre as pessoas à volta de uma mesa da refeição há algo mais, algo de valor simbólico. A privação voluntária da comida pode ser uma manifestação de agressividade, de desprezo e de chantagem para com os outros, bem como a sua imoderação ser tomada como uma forma de compensação, perda de controlo ou luta pela independência. A alimentação como "valor simbólico" constituiria assim o "valor substitutivo de um afecto frustrado" ou "o valor de uma defesa contra algo que pode ser desafio, culpabilidade, ressentimento, angústia..." (53)

Na dieta, a alimentação programada é prescrita pelo médico, ou aquela que e' seguida por motu-próprio, terá também esse valor simbólico acrescido de aspectos particulares consoante o regime que é instituido. Na maior parte dos regimes dietéticos há uma orientação no sentido de "comer menos qualquer coisa" e o seu controlo processa-se de tempos a tempos. Nos doentes em hemodiálise renal a orientação é substancialmente mais complexa e o doente está em permanente confronto com o seu peso e com os resultados analíticos. (131,150)

Nestes doentes, ao carácter restritivo da dieta juntam-se outras circunstâncias que os separam do real afectivo social, que o colocam como "ao lado" dos outros. O lar torna-se então o centro de gratificação comum para estes doentes, onde encontram apoio e justificação inconsciente para a sua regressão no relacionamento com os outros e para a sua dependência.

Aí, as perdas afectivas relacionadas com a sua auto-imagem e com a qualidade de vida anterior à doença tornar-se-ão relevantes pelo modo como o doente as vivência e as expressa. No lar, ainda, a dieta, com a alteração das rotinas domésticas que provoca e com o agravamento das despesas no orçamento dos doentes, concorre para tensões de ordem familiar e consequentes sentimentos de culpabilização, de abandono ou, pelo contrário, de afirmação exagerada de direitos, que os doentes exprimem em modelos de comunicação errados. (78,79,129,168,170,190)

Em hemodiálise, os doentes são aliviados do síndromo urémico e a anorexia, a náusea e os vómitos deixam de ser sintomas frequentes. Quando existem, conduzem a deficiências calóricas e proteicas progressivas e à consequente perda do seu peso de base, o seu peso "seco" (*lean body mass*). Nos indivíduos "bem dialisados" há um equilíbrio metabólico e hidroelectrolítico muito aceitável. E' preocupação constante o manter o seu peso "seco" e uma variação pequena do seu peso "flutuante", isto é, do peso variável entre as diálises, dependente da tomada de líquidos e da remoção de fluidos pela diálise, o que é o mesmo que dizer que o indivíduo em que tal se consegue está bem adaptado ao tratamento. Logo, comportamento dietético = boa diálise = bem adaptado.

Mais, serão ainda indicadores de adaptação o modo como o doente aceita a sua doença, o modo como cumpre as prescrições terapêuticas e ainda o modo como ele se reabilita nas suas ocupações de trabalho, para além dos outros parâmetros anteriormente considerados e que tem

muito que ver com a forma como cumpre as prescrições dietèticas. (150)

IV.2. POPULAÇÃO E MÉTODOS

IV.2.1. Foram estudados 34 doentes num continuum de trabalho clínico, cujas características se encontram descritas nos Quadros II e III.

IV.2.2. O cumprimento dietètico pode ser avaliado por dois mètodos:

a) Pela observação directa do comportamento.

b) Pela determinação de parâmetros que sejam consequência desse comportamento: o ganho de peso entre as diálises, o nível sèrico do Potàssio, do Fòsforo e do Cálcio, da Ureia e ainda a tensão arterial diastólica. (131) Destes dois mètodos , o da observação directa é difícil de realizar, e, o das determinações sèricas o mais sujeito a diversas influências que tornam essas medidas sensíveis a outras variáveis, para alèm da do cumprimento dietètico. A observação directa do comportamento do doente, ou por testemunho do doente ou dos seus familiares, é relevante e digna de credibilidade, desde que o terapêuta tome em consideração o modelo de comunicação da família, desde que saiba reconhecer as atitudes de hiperprotecção que desculpabilizam ou as de extrema vigilância e ansiedade que falseiam as observações, e ainda saiba verificar a necessidade de

imagem favorável que um doente tenha perante ele que o leva a omitir fugas ao regime da dieta.

IV.2.3. Foi escolhido o método de avaliação dado pelo cálculo do ganho de peso entre as diálises e as suas variações (d.p.)e do nível sérico do potássio e do fósforo, para o estudo da totalidade da amostra (34 doentes), durante um período de 7 meses.

IV.2.4. Démos importância aos valores da diurese residual que se revelou como factor fundamental na análise do cumprimento dietético e, tendo primeiro seguido a orientação de De-Nour, a da avaliação dos valores dos ganhos de peso entre as diálises (que continua a ser um guia válido no sentido da relação peso/sofrimento orgânico) reformulámos depois esse critério, de acordo com a equipa médica de Nefrologia do Centro e tendo também em conta o estudo de Maher e aa (1983), "The National Cooperative Study" (125), considerado como mais tolerante em termos de aderência : *compliance*). Assim, considerámos importante que tivéssemos em conta o peso - "o peso seco "-e que a referência de abuso fosse aferida pelo valor acima de 3% desse peso e ainda pelos valores seguintes:

Cumprimento	Diurese:	< 500 cc.	> 500 cc.
Bom	ganho de peso:	< 1500 gr.	< 1000 gr.
Razoável	ganho de peso:	< 2000 gr.	< 1500 gr.
Abuso	ganho de peso:	> 2000 gr.	> 1500 gr.
		(com dp >0,6 e PO4-->6,5)	
		> 2500 gr.	> 2000 gr.

Na análise dos resultados, considerámos o comportamento "razoável" como também o de "algum abuso".

IV.2.5. Na avaliação deste ganho de peso tivémos em conta as variações registadas ao longo dos 7 meses de observação, variações expressas pelos valores das médias e dos seus desvios- padrão. Os Quadros IV, V e VI ilustram a importância desta exigência.

IV.2.6. Mais determinámos os valores séricos de Potássio e de Fósforo, ao longo do mesmo período de tempo.

V. RESULTADOS

No quadro VII são apresentados os valores de potássio e fósforo séricos :

Quadro VII

Cumprimento	Potássio	Fósforo
abuso	X= 5,7 mEq/l	X=7,9 mg
	dp= 1,2	dp= 1,9
não abuso	X= 5	X=5,9
	dp= 1,4	dp=1
Estudo da	t= 1,78	t=4,95
diferença	graus= 53	graus= 53
dos valores	n.s.	p< 0,001
(t de Student)		

No quadro VIII são apresentados os nossos valores e os obtidos por outros autores (131):

Quadro VIII

Cumprimento		Procci	Kaplan De-Nour	Skoutakis
Bom	27%	39%	23%	20%
Razoável	42%			
Algum abuso			38%	67%
Abuso	31%	61%	39%	13%

Estes resultados permitem concluir o seguinte:

1- As percentagens dos cumpridores da dieta são baixas.

2-O não cumprimento da dieta é um comportamento verificado também noutros centros estrangeiros.

3-O nível sérico do fósforo ,mais do que o do potássio, mostrou acompanhar as variações do ganho de peso entre as diálises, sendo o seu valor mais elevado nos "não cumpridores". Mostrou-se, por isso, como um indicador de provável desvio do cumprimento dietético. (Quadro VII)

Quadro II -Características dos doentes:

No.	Idade Sexo	E.Social Escola Estado	Profissão	Filhos	Doença Evolução
1	55 M	IV ;PR ;C	op.construcão	2	I.R. ;R
2	31 M	IV ;PR ;C	op.serracão	2	GNC ;R
3	50 M	IV ;PR ;C	carpinteiro	4	Lit. ;L
4	43 M	IV ;PR ;C	estucador	1	Poli ;L
5	33 M	IV ;PR ;C	op.metalúrgico	2	I.R. ;R
6	66 M	III;SEC;C	escriturário	5	Pielo;L
7	66 F	II ;SEC;C	doméstica	3	Pielo;L
8	28 M	III;SEC;C	ag.comercial	1	GNC ;R
9	58 M	III;PR ;C	fabricante	2	GNC ;L
10	45 F	III;PR ;C	doméstica	4	I.R. ;L
11	27 M	IV ;PR ;C	Op.construcão	2	GNC ;R
12	60 M	IV ;PR ;C	carpinteiro	9	Pielo;L
13	40 M	IV ;PR ;C	motorista	2	Poli ;L
14	24 F	III;SEC;C	doméstica	1	I.R. ;L
15	44 F	IV ;PR ;C	doméstica	3	I.R. ;L
16	28 M	IV ;PR ;C	tipógrafo	1	S.Nef;L
17	69 M	III;PR ;C	comerciante	2	Lit. ;R
18	36 M	III;SEC;C	escriturário	0	GNC ;L
19	50 M	IV ;PR ;C	fundidor	1	Diab.;L
20	34 M	III;PR ;C	comerciante	2	GNC ;L
21	33 F	III;SEC;C	litógrafa	1	GNC ;L
22	44 F	IV ;PR ;C	doméstica	0	Pielo;L
23	44 F	III;SEC;C	professora	3	Lit. ;L
24	42 M	III;PR ;C	op.plásticos	0	GNC ;L
25	44 M	III;SEC;C	esriturário	2	Diab.;R
26	24 M	IV ;PR ;C	Tb.rural	1	Pielo;L
27	63 F	IV ;PR ;V	doméstica	3	I.R. ;R
28	48 M	IV ;PR ;C	tb.rural	4	GNC ;R
29	20 F	III;SEC;S	emp.comercial	0	GNC ;R
30	20 M	III;SEC;S	estudante	0	GNC ;R
31	41 F	III;SEC;C	enfermeira	0	GNC ;L
32	39 M	IV ;PR ;S	tb.rural	0	GNC ;R
33	25 F	IV ;PR ;S	Op.Téxtil	0	GNC ;R
34	46 M	IV ;PR ;C	motorista	0	Lit. ;L

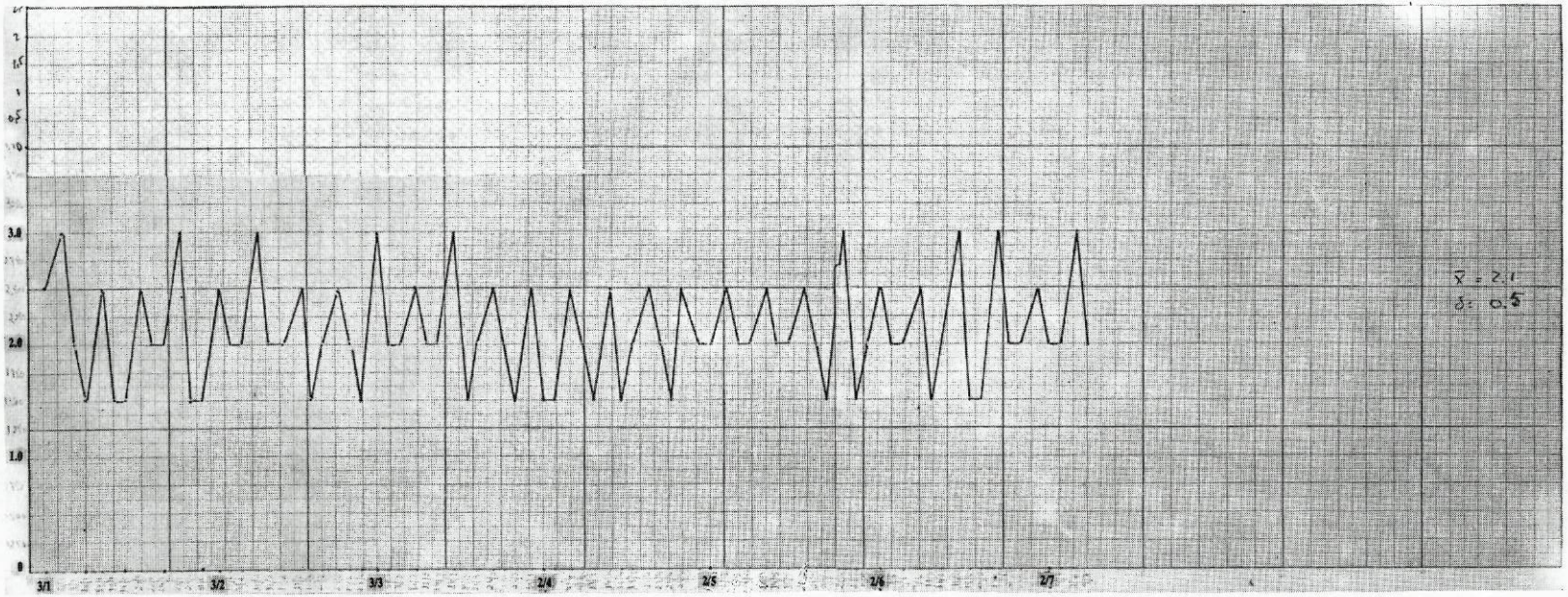
Sexo masculino=M E.Social I,II,III,IV Estado de solteiro =S
Sexo feminino =F casado =C
divorciado=D
viuvez =V

Escolaridade: Primária =PR Secundária =SEC
Evolução da doença: Rapida =R ou Lenta =L
Doença: Insuficiência Renal sem diagnóstico etiológico =I.R.
Litíase =Lit. Sindroma Nefrótico =S.Nefr.
Pielonefrite =Pielo Rim poliquístico =Poli.
Diabetes =Diab. Glomérulo-nefrite crónica =GNC

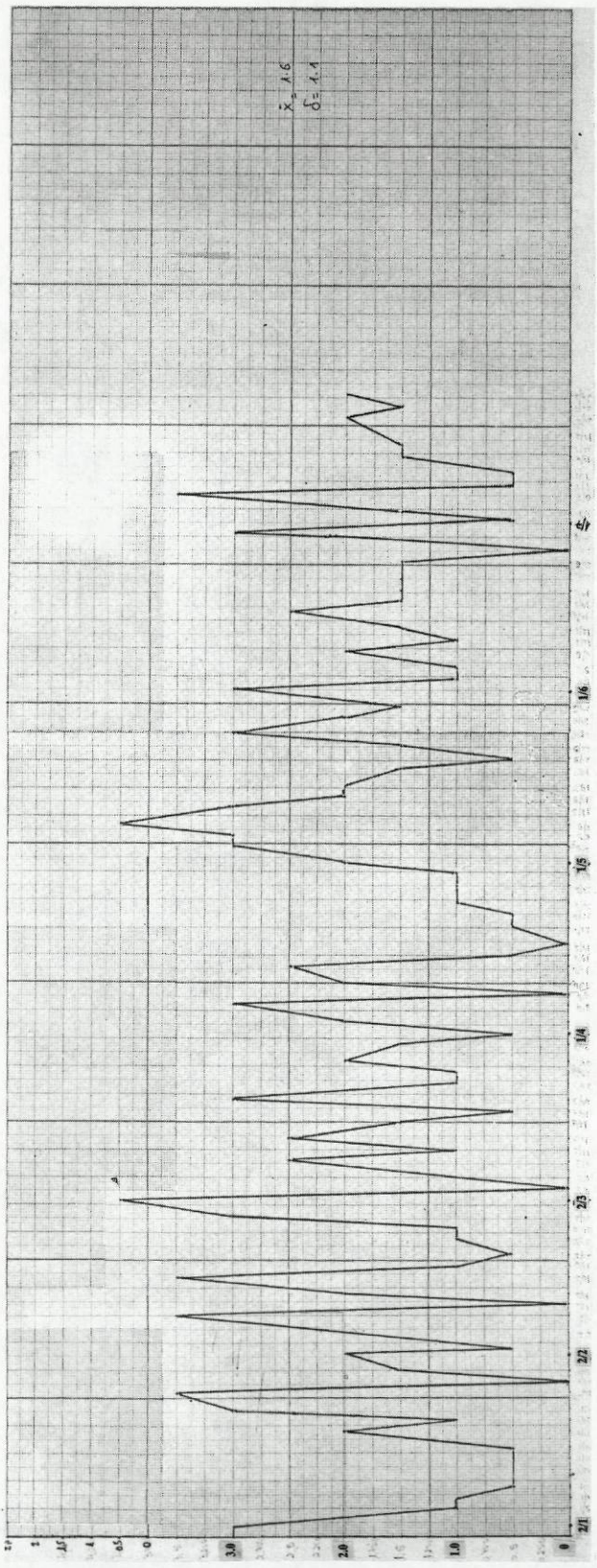
Quadro III -Características dos doentes:

No.	Idade Sexo	Diurese em c.c.	Peso gr.	d.p. gr.	K+ mEq/l	PO4 mg.	Ocupação Karn./EDTA
1	55 M	1500	600	500	5,6	6,3	80 % /1
2	31 M	1000	1800	400	6,2	9,3	60 % /2
3	50 M	2000	1400	800	5,1	5,4	60 % /4
4	43 M	2000	1100	400	4,7	6,2	70 % /2
5	33 M	0	2000	1400	6,0	8,6	60 % /4
6	66 M	2000	100	600	5,4	8,1	50 % /5
7	66 F	0	1100	500	4,9		50 % /5
8	28 M	2000	500	400	4,4	5,4	80 % /1
9	58 M	500	1800	500	5,4	7,7	70 % /2
10	45 F	0	1700	500	5,7	7,0	50 % /5
11	27 M	100	2100	700	5,5	12,1	70 % /2
12	60 M	1500	600	600	4,2	5,4	60 % /4
13	40 M	0	1500	500	6,1	5,1	70 % /2
14	24 F	0	1900	800	6,5	8,1	60 % /2
15	44 F	0	2000	900	5,7	5,8	60 % /2
16	28 M	1500	800	500	5,3	7,6	70 % /2
17	69 M	1500	1300	900	5,1	5,6	70 % /4
18	36 M	0	1500	600	5,2	5,2	80 % /3
19	50 M	300	1600	1100	5,4	7,2	70 % /4
20	34 M	100	2000	800	6,7	5,3	70 % /2
21	33 F	300	1000	500	5,5	7,5	80 % /2
22	44 F	200	2200	800	5,9	7,2	60 % /2
23	44 F	300	700		5,7	5,1	80 % /2
24	42 M	300	2100	400	5,2	6,5	80 % /4
25	44 M	0	2300	900	6,4	8,2	50 % /5
26	24 M	0	2400	900	6,9	8,4	80 % /2
27	63 F	1000	900	400	5,9	9,5	70 % /2
28	48 M	0	1900	500	6,8	6,0	80 % /2
29	20 F	0	1100	500	6,2	6,0	80 % /2
30	20 M	700	1500		5,1	7,4	80 % /3
31	41 F	300	1300	400	5,7	6,0	80 % /2
32	39 M	0	1800	500	5,3	5,2	70 % /3
33	25 F	0	1200	400	6,3	6,4	60 % /2
34	46 M	1500	1300		4,8	6,8	70 % /2

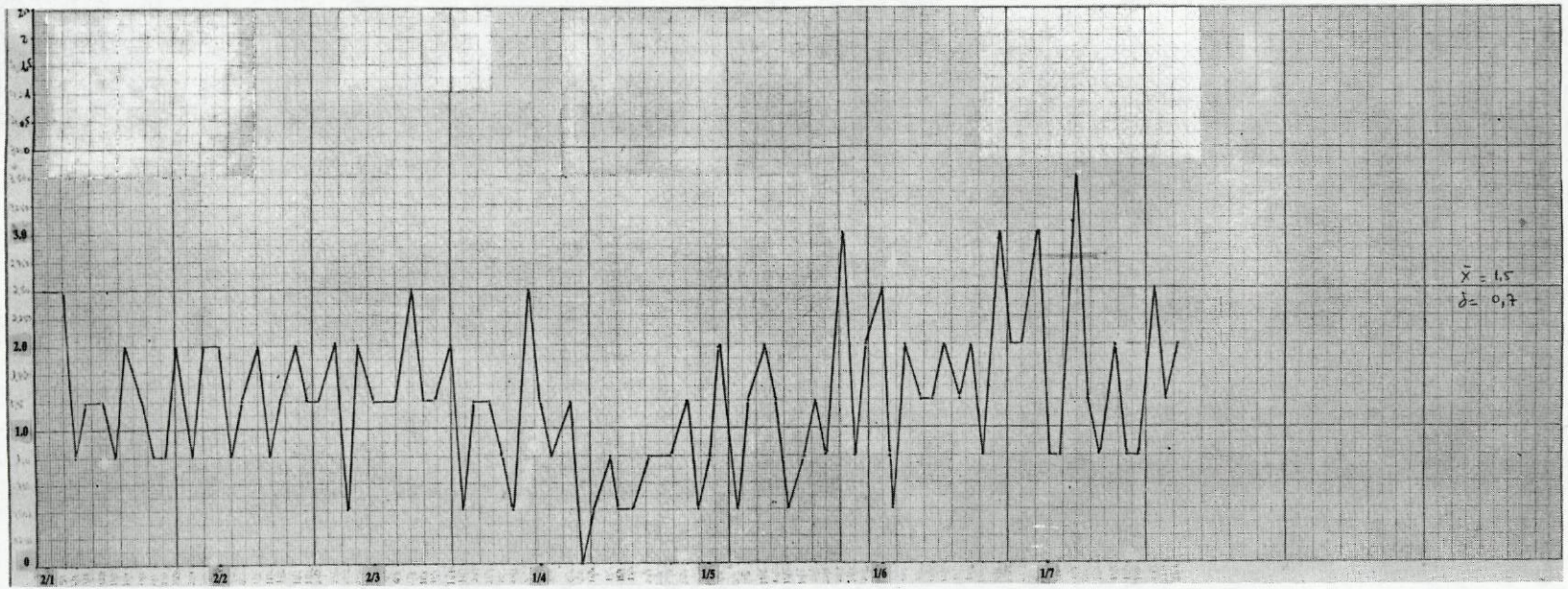
QUADRO IV



QUADRO V



QUADRO VI



V. **3a.ETAPA** : Estudo das interacções e tensões de ordem familiar (num pronunciamento sobre as reacções emocionais dos cônjuges)

V.1.OBJECTIVO

Sublinhámos na etapa anterior que o cumprimento dietético mais do que revelar imposições de ordem biológica se encontra altamente influenciado por factores de ordem social(crenças e modelos tradicionais de cultura dietética, nível socio- económico,etc.), comportamentais e de personalidade (modo de reagir à doença e à dolência,às exigências do meio,à frustração, numa palavra,à circunstância) e familiares (estudo da tensão familiar).

Elegemos para objectivo desta 3a.etapa a abordagem directa da tensão familiar,não só porque é simultâneamente causa e consequência do cumprimento dietético mas também porque se sintetiza num campo de forças onde ele se realiza.

Deixaremos para a etapa seguinte os estudos da personalidade com que abarcaremos finalmente a globalidade do estudo da adaptacão.

Se na sua forma mais simples e empírica o cumprimento dietético é quase sobreponível ao conceito de "bem dialisado" e este também o é em relação ao conceito de "bem adaptado" então impõe-se o estudo dos

factores que mais condicionam o cumprimento dietético.

Ora vimos que estes factores são de ordem preferencialmente psicossocial, de onde se conclui que não se pode estudar a adaptacão sem os factores psicossociais, daí a importância deste trabalho.

O objectivo desta etapa è , pois, conhecer as reacções emocionais dos cônjuges , dos doentes em hemodiálise, entendendo por eles a pessoa "significante" que com ele vive, e das interaccões existentes no interior da estrutura familiar.

V.2. POPULAÇAO E MÉTODOS

V.2.1. Foram abrangidos 27 doentes e os seus cônjuges. Estes foram entrevistados em sessões individuais num continuum de trabalho clínico de um Centro Renal. (Quadro IX)

V.2.2. As entrevistas foram dirigidas pelo autor, bem como os testes que foram aplicados. Procurou-se com isso que as entrevistas obtivessem, para além da informacão para uma história, uma acção de aceitação e compreensão das dificuldades do doente e do cônjuge. Para além da vantagem de se obter uma melhor caracterização para uma melhor terapêutica de intervenção pessoal e familiar, tomámos em consideracão, com este método, a observação relevante de Shea e aa. , em 1965, de que a atitude de colocar os doentes dialisados em estudo de investigação

seria gerador de **stress** e este, por sua vez, seria causa de reacções de tipo neurótico e mesmo psicótico - " os nossos doentes têm sofrido o maior **stress** psiquiátrico por causa da nossa atitude em relação ao programa ter sido orientado para o estudo do processo da diálise e das variações bioquímicas nela induzidas, mais do que por uma abordagem estrictamente terapêutica ". (81) Por fim, considerámos a prática de alguns autores em observações de respostas frequentes de projecção e de negação, mormente a nossa experiência de equipa, para filtrarmos a boa imagem das informações face aos aspectos que se observam na realidade: fadiga, depressão, prurido generalizado e neuropatias periféricas. (45,62,81)

V.2.3. As entrevistas foram conduzidas em dias prèviamente designados, nos dias de intervalo dos da diálise e foram obtidas em sessão individual. Logo a seguir às entrevistas do doente e, depois, às da familia, pediu-se cônjuge uma resposta por auto-avaliação ao teste de Zung (Anxiety Rating Scale) e ao E.P.I. (Eysenck Personality Inventory).

V.2.4. Todos os doentes estavam em diálise há menos de três anos e o seu tratamento efectuava-se no Centro, três vezes por semana e durante 6 horas. (Excepto um, que só fazia uma vez por semana devido a resposta acentuada de "negação" da doenca, e, também excepção do local para três doentes que efectuavam a diálise no Hospital Geral de St. António, nos mesmos moldes dos

outros).

V.2.5. Os cônjuges e os dialisados da nossa investigação foram entrevistados e avaliados, constituindo no seu conjunto uma população "não escolhida" de um Centro Renal. No entanto, foram eliminados, para a apreciação estatística dos resultados, três elementos: um que sofria de deficiência motora por trauma de guerra, outro com alterações de comportamento antigas (psicose atípica) e outro com perturbações dolorosas na coluna vertebral. Além destes foram-no também, para efeito de apreciação dos resultados dos testes do E.P.I. os que tiveram uma sinceridade baixa (L superior a cinco) (total: 8).

V.2.6. Por fim, referimos que para este trabalho são revelados unicamente os resultados relativos aos níveis de ansiedade e de neuroticismo dos cônjuges. Para a caracterizacão das tensões na família consideram-se algumas respostas dos doentes assinaladas no protocolo como "diz o doente", sendo as restantes respostas obtidas essencialmente através da entrevista do cônjuge.

V.2.7. Pelo método da entrevista não directiva (77, 162) obtivèmos uma classificacão atribuída aos valores de um protocolo construído pelo autor, e presente no Anexo desta obra, a partir das dimensões apontadas por Wells e Rabiner. (214)

Nessa informação nominal os diferentes itens foram pontuados com valores negativos ou positivos, tomando por referência um item (0) como "normal" (ver

Anexo). Este item "normal" foi aferido com base nas respostas dadas por 50 pessoas, funcionários do serviço de apoio de um hospital (H.M.R.1), no que respeita aos itens I e II e, no dos outros, foi obtido com base no nosso critério apoiado pela prática no Centro Renal e pela informacão bibliográfica. (69,98,114,129,190)

As interacções referidas nestes itens foram elaboradas através da seriação de dezenas de frases comumente empregues pelos doentes e seus familiares.

V.2.8. Foram ainda aplicados aos cônjuges os testes E.P.I. (Eysenck Personality Inventory) e o de Zung (Anxiety Rating Scale), utilizando a tradução e aferição portuguesa . (207)

Em alguns casos foi necessário o apoio da nossa informação, devido ao facto de alguns nem sempre terem compreendido alguns dos itens dos testes por insuficiente escolaridade. Neste caso houve o cuidado de não induzir a resposta mas sim de a esclarecer.

V.2.9. Os resultados foram tratados estatisticamente do seguinte modo:

a) Para a análise dos resultados obtidos nos testes E.P.I. e Zung fez-se a determinação das médias e desvios-padrão e ainda testes de significação de diferenças entre médias para amostras emparelhadas e independentes (t-de Student)

b) Para a análise dos resultados obtidos na aplicação do protocolo indicador de tensão familiar, foi seguido o seguinte método : Fez-se uso do teste de independência entre dois factores, devido a Goodman

Kruskal, e que recorre à distribuição do qui-quadrado (X^2)

As fases em que este teste se decompõe são as seguintes:

1 -Classificação das observações disponíveis numa "tabela de contingência".

No caso 1, por exemplo:

		atitude mental do cônjuge			
		ab. normal	normal	ac. normal	b. i.
	ab. normal	4	3	4	11
Afecto	normal	0	1	4	5
	ac. normal	0	3	2	5
	b. j.	4	7	10	21

Os valores b. i. j. são as frequências observadas, enquanto os outros números se denominam frequências marginais - b. i. ou b. j., conforme o caso. À excepção do caso VII, cada factor apresentou três classes.
Logo, i=1,2,3, tal como j . No caso VII, i=1,2 e j=1,1,3 .

2 -Determinação das frequências esperadas, admitindo independência entre os factores - são simbolizadas por eij e calculadas da seguinte forma:

$$e_{ij} = \frac{bjx\ bi}{n}$$

sendo n o total de observações (neste caso n=21).

3 -Cálculo do indicador dos desvios entre frequências observadas e esperadas :

$$\chi^2_0 = \sum_i \sum_j \frac{(b_{ij} - e_{ij})}{e_{ij}}$$

4 -Determinação do valor crítico xo, a partir das tabelas da distribuição do qui-quadrado (X^2)

Se usarmos um nível de significância α =1%, xo é tal que P(Y >=xo)=%, onde Y tem distribuição do X^2 com (k-1)(m-1) graus de liberdade, sendo k e m, respectivamente o número de linhas e de colunas da tabela de contingência.

Claro que, à excepção do caso VII, o no. de graus de liberdade com que trabalhámos é de 4. No caso VII, é de 2.

Para um nível de significância α = 5 % ,

xo é tal que P (Y>=xo)=5 % .

As tabelas fornecem os seguintes valores críticos:

	xo (α =1 %)	xo (α =5 %)
caso VII	9,21	5,99
restantes casos	13,28	9,49

5 -Comparação entre $\hat{X}^2_o$ e xo :

Se $\hat{X}^2_o$ > xo, rejeitamos a hipótese de independência entre os dois factores. Foi o que sucedeu, apenas, no caso IX (o caso que o quadro mostra). Se $\hat{X}^2_o$ <= xo, aceitamos a hipótese de independência entre os dois factores.

Afecto do cônjuge

		ab. normal	normal	ac. normal	Total
Capacidade	ab. normal	8 (4,20)	0 (1,90)	0 (1,90)	8
de	normal	2 (3,67)	0 (1,67)	0 (1,67)	7
Receber	ac. normal	1 (3,14)	0 (1,43)	0 (1,43)	6
Mensagens	Totais	11	5	5	21

$\hat{X}^2_o$ =12,53-rejeita a hipótese de independência a um nível de significância de 5 %.

(entre parêntesis, estão as frequências esperadas)

(ab. =abaixo; ac. =acima)

V.3. RESULTADOS

V.3.1. A "ansiedade manifesta" que os cônjuges expressam nas entrevistas é confirmada pelas suas respostas nos inventários que utilizámos. (ver quadro X)

A grande fadiga a que o cônjuge é sujeito ("com tanta coisa para fazer durante o dia"), a privação de um contacto social normal ("eu faço a vida dele"), as dificuldades económicas ("às vezes aborreço-me com ela porque tem de fazer uma dieta especial e quer dar aos filhos...e eu não posso..."), a frequência com que esconde o seu verdadeiro estado de alma ("eu não sou pessoa que fale, choro..." ou "quando estou sòzinha choro muito, sobretudo por causa do futuro") constituem formas reveladoras de um *stress* intenso que não encontram por vezes um modo de redução ou de compensação.

Pareceu-nos importante o que observàmos em relacão à comunicacão ("quando a menina fala alto, ele berra" ou "ele já era difícil, mas agora tornou-se pior!") e às frustrações ligadas à alimentação ("ele quase sempre se zanga comigo porque eu não faço a comida bem feita...quer mais e mais...") e, por fim, às frustrações ligadas ao sexo em que a perda de interesse ou de potência é um procedimento encontrado em 60 % dos casos, subsistindo um número de casos com relativa aptência (40 %) mas em todos inferior em qualidade e frequência em relação ao comportamento de antes da doença. (ver diagrama X)

V.3.2.O "neuroticismo" encontrado na maior parte dos cônjuges evidencia uma maior vulnerabilidade, susceptibilidade a sensações desagradáveis e maior disposição para se queixar.

O *stress* psicossocial e o do risco da morte precoce, a par de o do risco de uma vida inaceitável encontram nessa "inadequação", uma maior capacidade de provocar sinais de angústia nos doentes, com cotejo de sintomas somáticos, provàvelmente aumentando um pouco quando as condições de vida pioram e baixando quando melhoram. (ver Quadro X).

O neuroticismo, tal como o avaliàmos, é significativamente maior, do que o da amostra utilizada como referência e é semelhante ao encontrado nos casos patológicos apresentados na aferição espanhola .

V.3.3. Em relação aos resultados obtidos no protocolo indicador de tensão familiar, construímos o diagrama no. X onde admitimos o item de normalidade como válido pelo seu critério e pela sua utilidade; podemos considerar que esses resultados "mostram uma tendência" , indicada pelas percentagens obtidas, que pode ser apreciada em termos globais.

Assim, verificàmos uma relativa normalidade em muitos dos itens do protocolo, podendo dizer-se que o cônjuge tem uma percepção positiva sobre o seu próprio desempenho (76 %), que reconhece as limitações da actividade do doente , assumindo uma atitude de naturalidade ou de hiperprotecção (47,6 %) embora pareça fazê-lo com emoções que oscilam entre a conformação e a irritação face à doença (52,4 %).

Por outro lado, parece existir uma procura de imagem exterior do lar que solidariza no poder os dois cônjuges (76%) constratando com a perda significativa de influência que parece ter o doente nas decisões no seio da familia (67 %) apesar dele querer mostrar-se com autonomia por gestos de afirmação pessoal (52,3 %) e de comunicação das suas necessidades de um modo pouco satisfatório, utilizando com frequência a atitude de se isolar ou de se irritar contra o cônjuge (71,5 %).

De um modo geral parece encontrar-se na família um meio de reduzir e de superar dificuldades, pela sua capacidade de satisfazer as necessidades dos doentes (60 %) e de se abster de provocação (71,4 %).

Na área de "tensão" encontraram-se os valores negativos de maior relevância e que nós atribuimos, por um lado aos problemas de ordem económica e por outro lado à diminuição substancial do convívio social (90,5 %) com ligação preferencial ao outro cônjuge (71,4 %) e dependência que oscila entre atitudes de pedido constante de ajuda tanto do cônjuge como da equipa médica (14,3 %). Dos problemas de ordem económica, salienta-se o elevado número de casos em que os dois não trabalham em emprego remunerado (38 %) e em que só o cônjuge trabalha (43 %), sendo o seu modo de subsistência inferior ao padrão anterior e ao tido como normal (90,5%)

Por fim, verificámos que o lar do doente, com o seu cônjuge e filhos, quando os há , é o centro de gratificação para o doente (95,2 %), onde ele encontra apoio (61,9 %) e presença (33,3 %). O grau de envolvimento é elevado entre os cônjuges (80,9 %) apesar do

índice de harmonia positiva não o acompanhar (57 %) o que está decerto modo de acordo com o modelo de comunicação em que observàmos um baixo poder de receber mensagens por parte do doente (38 %) e ainda um mais baixo poder de comunicar as suas necessidades na maior parte dos casos (71,5 %).

Em resumo:

1-Os cônjuges dos dialisados manifestam franca ansiedade e neuroticismo quando comparados com populações de controlo. (Quadro X)

2-No protocolo que construímos observàmos um crescendo de tensão familiar em áreas próprias das queixas do doente, e ainda nas de ordem económica e social.

Em resumo (Quadros XI e XII), podemos apontar o seguinte:

a)O cônjuge tem percepção do desempenho do papel do doente em 76 % dos casos.

b)A atitude mental do cônjuge face à doença é negativa em 19,4 % e "hiperprotectora" em 47,6 % .

c)O afecto do cônjuge face ao doente é maior do que o esperado em 23,8 % e menor em 52,4 %.

d)A percepção do doente sobre o cônjuge é adequado só em 23,8 %. dos casos.

e)A falta de suporte económico é evidente e o modo de subsistir depende mais dos outros do que da sua acção. Assim, 19 % subsistem pelos seus próprios

meios, mas 81 % mostram-se dependentes de outras formas de ajuda.

f)O convívio social é reduzido em 90,5 % e o centro de encontro e de gratificação é apontado como sendo o seu lar em 95,2 %.

g)As interacções sexuais são reduzidas, no entanto em 15 % , o doente mostra-se com apetência igual ao período anterior da doença e em 25 % , com alguma apetência, mas, menos frequente.

h)A dependência tem um índice elevado. Todos se mostraram com graus diversos de dependência.

i)O poder em relacão a terceiros é partilhado pelo casal em 76 % e dentro do lar o doente perde-o em relação ao cônjuge e familiares em 66,7 %.

j)A comunicação mostra-se afectada tanto no modo do doente comunicar algo de si , em 71,5 % , como no modo de receber mensagens (38 %).

k)A família tinha em 60 % dos casos capacidade para ocorrer às necessidades do casal e só em 28,6 % havia sinais de hostilidade ou de provocação.

3- Do estudo estatístico, concluimos, por fim, que o afecto do cônjuge face ao doente era dependente da capacidade de receber mensagens deste e vice-versa.

Quadro IX

CARACTERÍSTICAS DOS DOENTES E CÔNJUGES

CASO	Cônjuge			Doente						Resid/
N.°	Id.	S.	Esc/Ocupação	Id.	S.	Esc/Ocupação	F. Doença	Ev.	T. Diál.	Resid/
1	51	F	Pr. Doméstica	53	M	Pr. Op. construção	2 I. R.	— 3	4 M	Próximo
2	27	F	Pr. Doméstica	29	M	Pr. Op. serração	2 GNC	— 3	12 M	Fora/R
3	44	F	Pr. Doméstica	48	M	Pr. Carpinteiro	4 Litíase	+ 3	5 M	Fora/R
4	37	F	Pr. Doméstica	41	M	Pr. Estucador	1 Poliq.	+ 3	12 M	Fora/R
5	26	F	Pr. Costureira	33	M	Pr. Op. metal.	2 I. R.	— 3	3 M	Próximo
6	65	F	Pr. Doméstica	64	M	Pr. Escriturário	5 Pielo	+ 3	24 M	Próximo
7	66	M	Sec. Industrial	66	F	Sec. Doméstica	3 Pielo	+ 3	15 M	Fora
8	24	F	Sec. Catalogadora	26	M	Sec. Agente	1 GNC	— 3	4 M	Próximo
9	55	F	Pr. Padeira	56	M	Pr. Fabricante	2 GNC	+ 3	24 M	Próximo
10	50	M	Sec. Em. comercial	45	F	Pr. Doméstica	4 I. R.	+ 3	36 M	Próximo
11	27	F	Pr. Doméstica	25	M	Pr. Op. construção	2 GNC	— 3	15 M	Fora/R
12	54	F	Pr. Doméstica	58	M	Pr. Carpinteiro	9 Pielo	+ 3	17 M	Próximo
13	37	F	Pr. Doméstica	38	M	Pr. Motorista	2 D. Poliq.	+ 3	30 M	Próximo
14	28	M	Pr. Cantor	22	F	Sec. Doméstica	1 I. R.	+ 3	36 M	Próximo
15	34	M	Sec. Factor	42	F	Sec. Doméstica	3 I. R.	+ 3	15 M	Próximo
16	25	F	Sec. Cabeleireira	26	M	Pr. Tipógrafo	1 S. Nefrótico	+ 3	3 M	Fora
17	63	F	Pr. Doméstica	67	M	Pr. Comerciante	2 Litíase	— 3	10 M	Próximo
18	32	F	Sec. Doméstica	34	M	Sec. Escriturário	— GNC	+ 3	24 M	Fora
19	54	F	Pr. Doméstica	48	M	Pr. Fundidor	1 N. Diabética	+ 3	27 M	Próximo
20	22	F	Pr. Doméstica	32	M	Pr. Comerciante	1 GNC	+ 3	19 M	Fora/R
21	35	M	Sec. Amanuense	31	F	Sec. Litógrafa	1 GNC	+ 3	6 M	Próximo
22	50	M	Pr. Op. Cortumes	42	F	Pr. Doméstica	— Pielo	+ 3	6 M	Próximo
23	45	M	Pr. Motorista	42	F	Sec. Professora	3 Litíase	+ 3	13 M	Fora
24	45	F	Pr. Doméstica	40	M	Pr. Op. plásticos	— GNC	+ 3	36 M	Próximo
25	36	F	Sec. Func. Pública	44	M	Sec. Func. Público	2 N. Diabética	— 3	12 M	Próximo
26	40	F	Pr. Doméstica	22	M	Pr. Jornaleiro	1 Pielo	+ 3	18 M	Fora
27				61	F	Pr. Doméstica	3 I. R.	— 3	9 M	Próximo

Id = idade S = sexo Esc/ = Escolaridade Pr(primário) Sec(secundário)

Ev. = Tempo de evolução da doença (mais, ou menos, 3 anos de evolução)

(F) = Faleceu durante o tempo de investigação (V) = Viúva

I. R. = Insuficiência renal de causa indeterminada GNC = Glomerulonefrite crónica

T. D. = Tempo de Diálise

F = N.° de filhos

O quadro seguinte mostra os resultados dos testes E.P.I. e Zung, quando aplicados aos cônjuges dos doentes em estudo:

Quadro X

No. casos	E.P.I.-A	E.P.I.-B	E.P.I. Total	T. de Zung
1	-	-	-	51,3
2	-	-	-	39,0
3	-	-	-	43,0
4	19	19	38	57,5
5	19	18	37	60,0
6	20	18	38	60.0
7	8	10	18	47,5
8	17	16	33	53,8
9	18	19	37	61,3
10	15	14	29	52,5
11	20	21	41	65,0
12	14	11	25	48,8
13	21	20	41	51,2
15	14	12	26	42,5
16	21	17	38	48,7
17	20	17	37	60,0
19	21	20	41	58,7
22	10	10	20	47,5
24	19	19	38	57,5
25	12	17	29	49,0
26	-	-	-	53,0
	X=16,94	X=16,35	X=33,29	X=52,75
	dp= 3,95	dp= 3,51	dp= 7,18	dp= 6,75

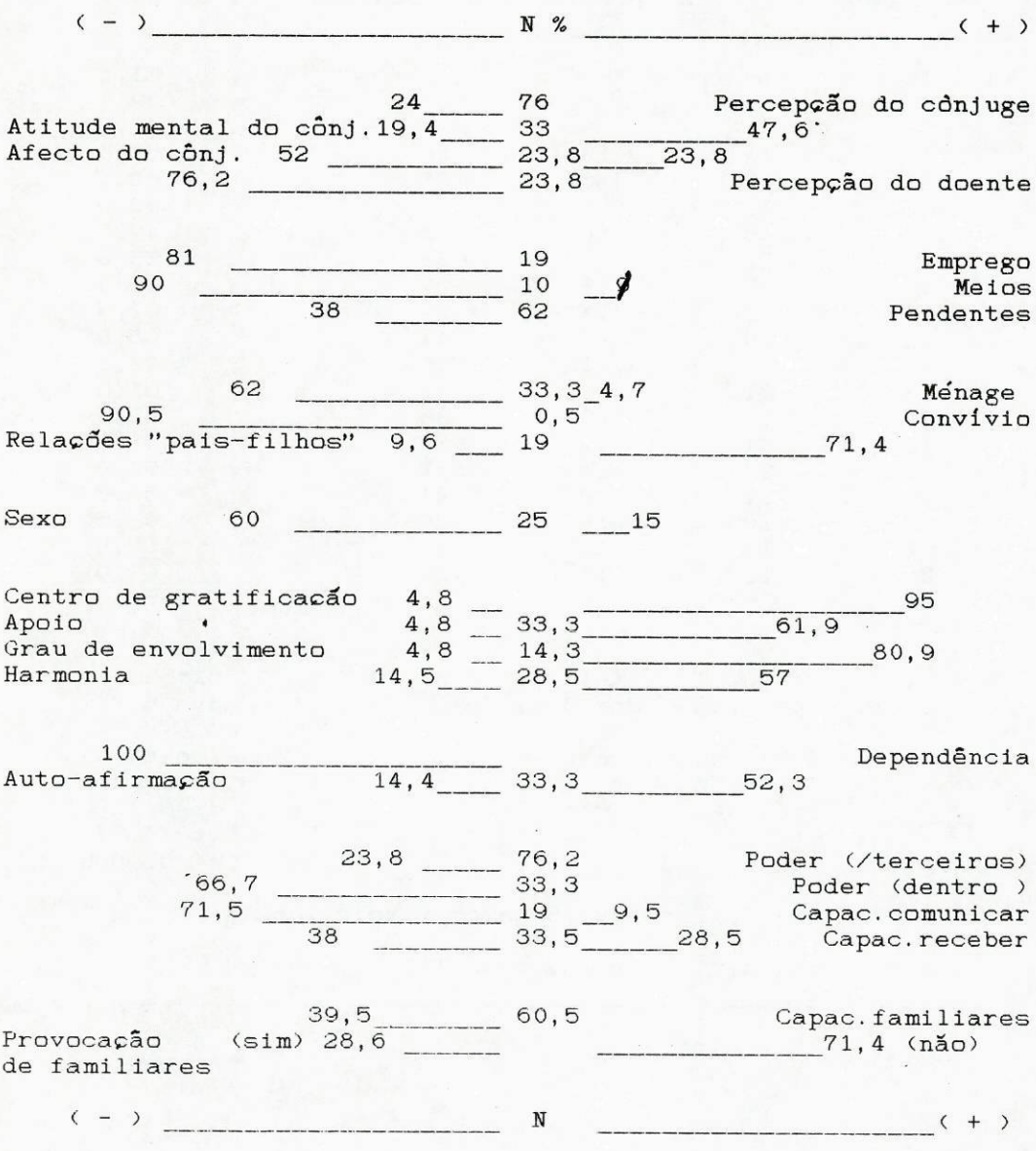
E.P.I. (Coimbra):
X=10,56
dp=5,04
t=5,15
p< 0,0005

Zung (Coimbra):
X=32,65
dp=6,26
t=14,31
p< 0,0005

E.P.I. (Espanha-25 casos patológicos):
X=17,56 t= 0,42
dp= 4,97 p< 0,04

O diagrama seguinte representa os resultados em % da aplicação do protocolo "Indicador de Tensão Familiar":

Quadro XI (diagrama)



Quadro XII-resultados (em %) da aplicação do protocolo "Indicador de Tensão Familiar"

I -Atitude mental do cônjuge face à doença do indivíduo

(-2) "ele nada faz e...podia fazer..."	14,7 %
(-1) "ele podia fazer mais,se tentasse..."	4,7 %
(0) "ele faz o que pode..."	33,0 %
(+1) "ele faz mais do que pode..."	47,6 %

II -Afecto do cônjuge face ao doente

(-4) com rejeição	
(-3) com irritação e hostilidade	
(-2) "suporto,no entanto,eu também..." (irritação)	33,0 %
(-1) "suporto...que remédio!" (conformação)	19,4 %
(0) "aceito o que esta' a acontecer" (aceitação)	23,8 %
(+1) "aceito...e nada lhe faltara'..." (aceitação e afecto)	23,8 %

III-Áreas de Tensão

A-Emprego

(-2) "não trabalham fora de casa"	38,0 %
(-1) "trabalha so' o cônjuge ..."	43,0 %
(0) "trabalham os dois..."	10,0 %
(+1) "trabalha so' o doente..."	9,0 %

B-Modo de subsistir

(-5) "sem meios"	
(-4) "ajudas de outros..."	13,5 %
(-3) "trabalho do cônjuge"	24,0 %
(-2) "proventos ou pensão do doente"	24,0 %
(-1) "algo do doente e do trabalho do cônjuge"	28,5 %
(0) "o trabalho dos dois"	10,0 %

C-Assuntos económicos pendentes

(-3) assunto não resolvido e de grande importância	9,4 %
(-2) assunto do "dia a dia" por resolver	14,3 %
(-1) assunto em resolução	14,3 %
(0) sem assunto pendente de importância	62,0 %

D-Tarefas domésticas (ménage)

(-1) "ele(o doente) não ajuda nada..."	62,0 %
(0) "ajuda no que pode..."	33,3 %
(+1) "ajuda o mais que pode..."	4,7 %

E-Convívio social

(-2) "convive muito menos..."	62,0 %
(-1) "convive alguma coisa..."	28,5 %
(0) "convive como dantes..."	9,5 %
(+1) "convive mais..."	

F-Relações (Pais e Filhos)

(-2) o modo de agir do doente ocasiona ruptura	
(-1) "o doente perdeu as suas ligações anteriores"	9,6 %
(0) "tudo como dantes..."	19,0 %
(+1) "liga-se preferencialmente aos filhos ..."	
(+1) "liga-se preferencialmente ao cônjuge..."	71,4 %

G-Interacções sexuais

(-3) "sofre (o cônjuge) por não ter relações"	6,7 %
(-2) "o doente não tem interesse ou potência "	33,3 %
(-1) "as relações são menos de uma por semana"	20,0 %
(0) "as relações são uma por semana"	25,0 %
(+1) "as relações são mais de uma por semana"	10,0 %
(+2) "as relações são em qualidade e frequência igual ao que era normal ..."	5,0 %

IV - Centro de gratificação

(-) "ele (o doente) prefere estar fora ..."	4,8 %
(+) "ele (o doente) prefere estar em família..."	95,2 %

V - Percepção do modo como o outro desempenha os seus papéis (diz o doente)

(-4) "ele (o cônjuge) esta' sempre a fazer mal..."	4,8 %
(-3) "ele (o cônjuge) não faz bem..."	4,8 %
(-2) "ele (o cônjuge) podia fazer melhor..."	19,0 %
(-1) "ele (o cônjuge) faz o que pode..."	47,6 %
(0) "ele (o cônjuge) faz bem..."	23,8 %

VI - Percepção do seu próprio desempenho (diz o cônjuge)

(-3) "faço sempre mal..."	
(-2) "não tenho capacidade..."	
(-1) "faço o melhor, mas nem sempre bem..."	24,0 %
(0) "faço bem..."	76,0 %

VII- Provocação de familiares

(-) "Sim"	28,6 %
(+) "Não"	71,4 %

VIII-Qualidade do afecto no seio da família

(-1) "pessimismo, mau ambiente..."	4,8 %
(0) "apoio..."	33,3 %
(+1) "apoio e encorajamento..."	61,9 %

IX - A- Grau de envolvimento com o outro

(-1) "cada um trata de si..."	4,8 %
(0) "ambos se amparam..."	14,3 %
(+1) "ele e ela so'se querem um ao outro"	80,9 %

- B- Harmonia

(-1) "andam sempre em discussões..."	14,5 %

(0) "tem as suas coisas, mas dão-se bem..." 28,5 %
(+1) "dão-se bem, ha' colaboracao..." 57,0 %

X - Necessidades do doente

A-Dependência (em tarefas pessoais do vestir, da higiene, da alimentação, das saídas de casa e resolução dos problemas do quotidiano)

(-3) "dependente quase sempre" 47,6 %
(-2) "dependente muitas vezes..." 38,1 %
(-1) "dependente por vezes..." 14,3 %
(0) "independente"

B-Autonomia

	(-1)	14,4 %
"afirma-se como pessoa..."	(0)	33,3 %
	(+1)	52,3 %

C-Poder (nos assuntos relacionados com os outros)

(-3) "ele (o doente) não controla..."
(-2) "ele (o doente) submete-se..." 14,3 %
(-1) "ele (o doente) tenta dominar o outro..." 9,5 %
(0) "...por ambos os cônjuges..." 76,2 %

XI - Capacidade dos familiares (fora de casa) para satisfazer as necessidades do doente

(-3) "a família não aceita a situação..." 30,5 %
(-2) "a família aceita mas mostra que ajuda..." 9,5 %
(-1) "a família e' aberta e receptiva..."
(0) "a família e' capaz de negociar e de resolver" 60,0 %

XII -Poder "dentro da família"

(-3) "inversão de papéis" 19,1 %
(-2) "o cônjuge sofre pelas responsabilidades que tem que assumir..." 23,8 %
(-1) "o doente delega no outro mas tenta impôr-se" 23,8 %
(0) "nada mudou..." 33,3 %

XIII-Capacidade do doente de comunicar aos outros (algo respeitante as suas próprias necessidades)

(-2) "ele esta' muitas vezes irritado com o outro" 66,8 %
(-2) fala pouco e não exterioriza os sentimentos negativos..."
(-1) "fala pouco, mas manifesta a sua mágua" 4,7 %
(0) "fala do presente, do passado e do futuro, mas evita algo de importante para si..." 19,0 %
(+1) "o doente fala de tudo (mesmo de sexo e morte) 9,5 %

XIV -Capacidade do doente de receber mensagens de comunicação (relativas às necessidades dos outros)

(-2) "não pode falar-se de tudo..." 9,5 %
(-1) "não pode falar-se de certas coisas..." 28,5 %
(0) "respeita a individualidade de cada um e procura um relativo bem estar..." 33,5 %
(+1) "esta' disposto a ouvir e a dar atenção..." 19,0 %
(+2) "esta' atento e atenua os receios do cônjuge" 9,5 %

QUADRO XIII -Características dos doentes:

No.	Idade Sexo	E.Social Escola Estado	Profissão	Filhos	Doença Evolução	Tempo Diálise
1	55 M	IV ;PR ;C	op.construção	2	I.R. ;R	2A 2M
2	31 M	IV ;PR ;C	op.serração	2	GNC ;R	2A 9M
3	50 M	IV ;PR ;C	carpinteiro	4	Lit. ;L	2A 3M
4	43 M	IV ;PR ;C	estucador	1	Poli ;L	2A 9M
5	33 M	IV ;PR ;C	op.metalúrgico	2	I.R. ;R	1A
6	66 M	III;SEC;C	escriturário	5	Pielo;L	3A 9M
7	66 F	II ;SEC;C	doméstica	3	Pielo;L	1A 3M
8	28 M	III;SEC;C	ag.comercial	1	GNC ;R	2A 2M
9	58 M	III;PR ;C	fabricante	2	GNC ;L	3A 9M
10	45 F	III;PR ;C	doméstica	4	I.R. ;L	3A
11	27 M	IV ;PR ;C	Op.construção	2	GNC ;R	3A 1M
12	60 M	IV ;PR ;C	carpinteiro	9	Pielo;L	3A 3M
13	40 M	IV ;PR ;C	motorista	2	Poli ;L	4A 4M
14	24 F	III;SEC;C	doméstica	1	I.R. ;L	4A 9M
15	44 F	IV ;PR ;C	doméstica	3	I.R. ;L	3A 1A
16	28 M	IV ;PR ;C	tipógrafo	1	S.Nef;L	2A
17	69 M	III;PR ;C	comerciante	2	Lit. ;R	1A
18	36 M	III;SEC;C	escriturário	0	GNC ;L	3A 9M
19	50 M	IV ;PR ;C	fundidor	1	Diab.;L	4A 9M
20	34 M	III;PR ;C	comerciante	2	GNC ;L	3A 5M
21	33 F	III;SEC;C	litógrafa	1	GNC ;L	2A 4M
22	44 F	IV ;PR ;C	doméstica	0	Pielo;L	2A 4M
23	44 F	III;SEC;C	professora	3	Lit. ;L	3A
24	42 M	III;PR ;C	op.plásticos	0	GNC ;L	7A 9M
25	44 M	III;SEC;C	esriturário	2	Diab.;R	1A
26	24 M	IV ;PR ;C	Tb.rural	1	Pielo;L	3A 4M
27	63 F	IV ;PR ;V	doméstica	3	I.R. ;R	2A 7M
28	48 M	IV ;PR ;C	tb.rural	4	GNC ;R	2A 3M
29	20 F	III;SEC;S	emp.comercial	0	GNC ;R	2A 4M
30	20 M	III;SEC;S	estudante	0	GNC ;R	1A 8M
31	41 F	III;SEC;C	enfermeira	0	GNC ;L	8A
32	39 M	IV ;PR ;S	tb.rural	0	GNC ;R	3A 1M
33	25 F	IV ;PR ;S	Op.Téxtil	0	GNC ;R	1A 4M
34	46 M	IV ;PR ;C	motorista	0	Lit. ;L	1A 7M
35	22 M	III;SEC;S	escriturário	0	I.R. ;L	2A
36	23 M	IV ;SEC;S	escriturário	0	I.R. ;L	2A
37	56 F	III;PR ;S	costureira	0	I.R. ;L	5A
38	61 F	II ;SEC;V	comerciante	2	I.R. ;R	1A 8M
39	52 F	IV ;PR ;C	padeiro	2	I.R. ;L	2A 6M
40	39 M	IV ;PR ;C	emp.mesa	1	GNC ;R	3A
41	37 M	IV ;PR ;D	serralheiro	2	I.R. ;L	3A
42	32 M	III;PR ;C	comerciante	2	GNC ;R	1A 6M
43	28 M	IV ;PR ;C	marceneiro	0	GNC ;L	1A
44	23 M	IV ;PR ;C	trolha	1	I.R. ;L	2A
45	37 F	IV ;PR ;C	doméstica	2	I.R. ;R	4A
46	23 F	III;SEC;S	doméstica	0	I.R. ;R	2A
47	30 M	III;SEC;C	escriturário	1	GNC ;R	2A
48	29 F	III;SEC;C	professora	1	I.R. ;R	4A
49	30 M	III;SEC;S	mecânico máq.	0	I.R. ;R	5A
50	21 M	IV ;PR ;S	trolha	0	I.R. ;L	3A
51	24 F	III;PR ;S	costureira	0	I.R. ;R	2A 5M
52	27 M	IV ;PR ;S	cordoeiro	0	I.R. ;L	4A
53	32 F	IV ;PR ;C	costureira	1	GNC ;L	2A
54	24 F	IV ;PR ;S	doméstica	0	I.R. ;R	1A 3M
55	48 M	III;SEC;S	escriturário	0	I.R. ;R	4A

Quadro XIV -Características dos doentes:

No.	Idade Sexo	Diurese em c.c.	Peso gr.	d.p. gr.	K+ mEq/l	PO4 mg.	Ocupação Karn./EDTA	Tempo Diálise
1	55 M	1500	600	500	5,6	6,3	80 % /1	2A 2M
2	31 M	1000	1800	400	6,2	9,3	60 % /2	2A 9M
3	50 M	2000	1400	800	5,1	5,4	60 % /4	2A 3M
4	43 M	2000	1100	400	4,7	6,2	70 % /2	2A 9M
5	33 M	0	2000	1400	6,0	8,6	60 % /4	1A
6	66 M	2000	100	600	5,4	8,1	50 % /5	3A 9M
7	66 F	0	1100	500	4,9		50 % /5	1A 3M
8	28 M	2000	500	400	4,4	5,4	80 % /1	2A 2M
9	58 M	500	1800	500	5,4	7,7	70 % /2	3A 9M
10	45 F	0	1700	500	5,7	7,0	50 % /5	3A
11	27 M	100	2100	700	5,5	12,1	70 % /2	3A 1M
12	60 M	1500	600	600	4,2	5,4	60 % /4	3A 3M
13	40 M	0	1500	500	6,1	5,1	70 % /2	4A 4M
14	24 F	0	1900	800	6,5	8,1	60 % /2	4A 9M
15	44 F	0	2000	900	5,7	5,8	60 % /2	3A 1A
16	28 M	1500	800	500	5,3	7,6	70 % /2	2A
17	69 M	1500	1300	900	5,1	5,6	70 % /4	1A
18	36 M	0	1500	600	5,2	5,2	80 % /3	3A 9M
19	50 M	300	1600	1100	5,4	7,2	70 % /4	4A 9M
20	34 M	100	2000	800	6,7	5,3	70 % /2	3A 5M
21	33 F	300	1000	500	5,5	7,5	80 % /2	2A 4M
22	44 F	200	2200	800	5,9	7,2	60 % /2	2A 4M
23	44 F	300	700		5,7	5,1	80 % /2	3A
24	42 M	300	2100	400	5,2	6,5	80 % /4	7A 9M
25	44 M	0	2300	900	6,4	8,2	50 % /5	1A
26	24 M	0	2400	900	6,9	8,4	80 % /2	3A 4M
27	63 F	1000	900	400	5,9	9,5	70 % /2	2A 7M
28	48 M	0	1900	500	6,8	6,0	80 % /2	2A 3M
29	20 F	0	1100	500	6,2	6,0	80 % /2	2A 4M
30	20 M	700	1500		5,1	7,4	80 % /3	1A 8M
31	41 F	300	1300	400	5,7	6,0	80 % /2	8A
32	39 M	0	1800	500	5,3	5,2	70 % /3	3A 1M
33	25 F	0	1200	400	6,3	6,4	60 % /2	1A 4M
34	46 M	1500	1300		4,8	6,8	70 % /2	1A 7M
35	22 M	1000	1200	900	4,9	5,7	70 % /2	2A
36	23 M	300	2300	900	6,4	8,0	80 % /2	2A
37	56 F	300	400	400	0,5	5,7	70 % /4	5A
38	61 F	300	400	500	0,5	2,5	70 % /4	1A 8M
39	52 F	0	2400	800	0,8	7,2	60 % /5	2A 6M
40	39 M	500	700	400	0,4	5,9	80 % /2	3A
41	37 M	0	1800	900	5,6	11,2	70 % /2	3A
42	32 M	700	400	500	5,6	5,1	70 % /2	1A 6M
43	28 M	700	1800	400	4,6	4,8	80 % /2	1A
44	23 M	1500	1400	700	4,9	6,7	70 % /4	2A
45	37 F	200	2200	500	5,3	6,1	70 % /2	4A
46	23 F	500	1500	500	5,8	6,1	70 % /2	2A
47	30 M	0	2400	800	6,1	5,3	80 % /1	2A
48	29 F	250	1300	500	5,5	5,6	70 % /1	4A
49	30 M	1500	1900	600	5,7	5,5	80 % /2	5A
50	21 M	1000	2400	800	5,4	7,1	70 % /3	3A
51	24 F	750	1600	500	5,6	5,6	70 % /2	2A 5M
52	27 M	1000	2000	600	6,1	5,6	70 % /2	4A
53	32 F	1000	1200	400	4,8	5,1	70 % /2	2A
54	24 F	250	1600	600	5,8	6,5	70 % /2	1A 3M
55	48 M	1000	1700	400	5,4	6,5	80 % /1	4A

VI. **4a. ETAPA:** Investigação do comportamento diferencial dos doentes em referência ao conceito de adaptação (Investigação nuclear)

VI.1. OBJECTIVO

Na posse dos dados recolhidos nas etapas anteriores, tudo nos levou a crer que o conceito "adaptação" não só poderia ser melhorado com a integração de categorias psicológicas, como se tornaria por este processo mais fidedigno e de utilização mais coerente.

Passámos então ao estudo investigacional do comportamento dos doentes face à adaptação . Partimos do princípio de que esta não seria bem definida apenas por parâmetros de "aderência" ou *compliance* e de "ocupação" nem tão pouco pela correlação adequada e positiva entre as disponibilidades instrumentais e os efeitos biológicos alcancados. O nosso salto qualitativo, enquanto investigadores na área da pessoa humana, era o de avaliar a interacção do doente face ao que se lhe pede e ao modo não só como ele aceita a doença mas também da comparticipação no meio social em que vive.

Para efeito deste instrumento investigacional, e de acordo com o pensamento que vimos a desenvolver desde a primeira etapa, tomámos como base o estudo de dois

parâmetros, a saber, o cumprimento dietético e a ocupação.

Por meio destes dois parâmetros foi-nos possivel separar em dois grupos os nossos doentes, consoante a catalogação em "adaptados" e "não adaptados" e compará-los num certo número de categorias psicológicas e psicopatológicas a fim de aprofundar o conhecimento psicológico da adaptação.

VI.2. POPULAÇÃO E MÉTODOS

VI.2.1. População estudada e população de controlo

Para conseguir os objectivos anunciados houve necessidade de aumentar o número de doentes do trabalho anterior. Assim, aumentou-se para o dobro esse número a partir de um processo de escolha aleatória e um critério de selecção que definia a população como próxima do "normal", no sentido do rendimento intelectual e da psicopatologia. Utilizámos para o efeito os testes de Informação e de Vocabulário de Wechsler (W.A.I.S) e o Present State Examination (PSE) de Wing .

Foi constituída uma população de 55 doentes após ter sido eliminados três, ùnicamente por razões de falta de discernimento intelectual. (Quadros XIII e XIV)

Esta população foi também criada entre os doentes que estariam em tratamento de hemodiálise há mais de um ano, isto é, já na 4a. fase de Abram .

Estudámos estes doentes no decurso dos dois últimos anos, bem como as suas famílias. Houve sempre a

preocupação de uma uniformidade de critérios na abordagem destes doentes.

O estudo desta população foi feito de preferência fora dos tempos de diálise e muitas vezes no seu próprio domicílio.

As populações de controlo foram requeridas para duas intenções periféricas. Uma delas foi o de poder referenciar os valores de aceitação da doença avaliados pelo método de Linkowski. Outro foi o de poder aferir as respostas obtidas no Inventário de perfil de personalidade de Gordon.

A primeira população de controlo foi a de uma amostra formada por 35 doentes sujeitos a tratamento fisioterápico, mas com limitações físicas de menor importância, escolhidos aleatòriamente.

A segunda população foi a de uma amostra constituída por 75 pessoas de ambos os sexos e com características de idade e cultura semelhantes à dos doentes, pessoas estas que foram avaliadas numa circunstância de selecção para obtenção de emprego. As suas características e a tabela percentílica obtida a partir dos resultados estão indicadas no Quadro XXIV.

VI.2.2. Catalogação da população em duas amostras

A população estudada foi definida em duas amostras:

A amostra I - de doentes "adaptados"

A amostra II - de doentes "não adaptados"

Esta categorização foi estabelecida pela aplicação

do critério de adaptação exposto anteriormente.

Para a amostra I exigimos os seguintes requisitos:

1. uma "aderência" boa ou razoável

2. uma "ocupação" com valores acima de 60, segundo a escala de Karnofsky ;e com valores entre 1 e 4 da escala da E.D.T.A. (ver Quadro XV)

Para a amostra II ,exigiram-se os mesmos requisitos nos valores inferiores aos citados para a amostra I, isto é, valores abaixo de 60 na escala de Karnofsky e valores de 4 a 6 da escala da E.D.T.A.. Em quatro doentes levantaram-se dúvidas sobre a sua classificação, sobretudo no que dizia respeito à "aderência". Essas dúvidas foram esclarecidas pelo confronto directo com o doente e com a equipa médica que o assistia desde o início da diálise. A equipa médica também se pronunciou sobre o cumprimento terapêutico e dietético de todos os doentes que constituem a população de estudo.

VI.2.3. Meios utilizados para a avaliação

1-Para o efeito de caracterização inicial no sentido de seleccionar uma população a estudar:

a) Informação e Vocabulário do teste de Weschler (34)

b) "Present State Examination" (PSE) de Wing (217)

2-Para o efeito de definir a "adaptação":

a) Medida do Peso interdialítico e das suas variações

b) Avaliação do potássio e do fósforo séricos

c) Escala de actividade de Karnofsky (45)

d) Escala de Ocupação da E.D.T.A. (European Dialysis Transplantation Assotiation) (125)

3-Para o efeito do estudo das interacções e tensão familiares :

a)"Indicadores de Tensão familiar", segundo o método da etapa trabalho anterior, tomado numa forma abreviada em oito itens:

I-A atitude mental do cônjuge face à doença

II-Afecto do cônjuge face ao doente

III-Capacidade do doente em receber mensagens de comunicação

IV-Capacidade do doente comunicar aos outros algo respeitante às suas próprias necessidades

V-Interacções sexuais

VI-Modo de subsistir

VII-Dependência

VIII-Capacidade dos familiares (fora de casa) para satisfazer as necessidades do doente

4-Para o efeito do estudo da Aceitação da Doença

a)Teste de aceitaçao da doença de Linkowsky (118)

5-Para o efeito do estudo da Negação:

a)Escala de Hackett e Cassem (91)

6-Para o efeito do estudo da Personalidade:

a)Inventário de Personalidade de Eysenck (207)

b)Inventário de Perfil de Personalidade de Gordon (formado por dois instrumentos que permitem medir oito traços da personalidade: ascendência, responsabilidade, estabilidade emocional, sociabilidade, ponderação, pensamento original, relação pessoal e vigor) (87)

7-Para o efeito de melhor caracterização da amostra de doentes considerados "adaptados" :

a)Teste projectivo-T.A.T. (método de Vica Schentoub) (172)

8-Para o efeito de triagem da população estudada, em termos de psicopatologia:

a)SCL-90 (Symptoms check list-90 de Derogatis-1977) (51) (seguindo critério classificativo de M.Simões (184) e de Rui Mota Cardoso (35)).

VI.2.4. Análise estatística dos resultados:

Os dados obtidos foram submetidos a análise estatística, com o objectivo de conhecer as relações entre as variáveis. Consideraram-se como significativos os valores de probabilidade (p) inferiores a 0,05 (menos de 5 % de probabilidades de acaso).

Foram determinadas as probabilidades das diferenças (médias e frequências) e das correlações, contra a hipótese nula, por processos paramétricos.

O teste escolhido para a comparação de duas médias foi o t de Student, desde que as variâncias não fossem significativamente diferentes.

A comparação de frequências foi feita pelo cálculo do qui-quadrado quando os dados se dispunham em dois grupos (2x2 casas), sendo aplicada a correcção de Yates.

A análise das correlações foi obtida por processo paramétrico (produto momento de correlação de Pearson) em variáveis da mesma natureza.

1. As duas amostras, I e II, foram comparadas nas suas frequências, quando analisámos os valores obtidos nos "dados gerais" e nos de "negação, pelo cálculo do Qui-Quadrado, com correcção de Yates. (Quadros XVII e XXa)

2. As duas amostras , I e II , foram comparadas entre si, pela diferença entre médias, mediante o teste t de Student , quando fizémos os estudos seguintes:

a) Interacções e Tensão familiares (Quadro XVIII)

b) "Aceitação" da doença (Linkowski) (Quadro XIX)

c) "Negação" e "Tensão familiar" (Quadro XXb)

d) Neuroticismo e Extroversão (E.P.I.) (Quadro XXI)

e) T. de Personalidade" (Gordon) (Quadros XXII-XXIII)

f) Psicopatologia (S.C.L. 90) (Quadros XXV-XXVI)

3. Dentro de cada amostra estimámos o grau e o sentido da relação entre as variáveis representadas pelos itens do "Indicador de Tensão Familiar", pelo coeficiente de correlação linear de Pearson.

Assim, considerámos para esse efeito a população global, as duas amostras I e II, as de "negação", as de "negação ausente", as de "negação ligeira" e as de "aceitação da doença". (ver em VI.3.2.2)

Quadro XV -Escala de actividade de Karnofsky (1949)

90-100_____Sem queixas. Actividade física normal.

80-89_____Capaz de actividade física normal pelo menos em parte do tempo.

70-79_____Capaz de uma actividade física com apoio

40-69_____Requer pelo menos alguma assistência para cuidar das suas necessidades corporais

1-39_____Requer hospitalização ou pior

Quadro XVI -Escala (trabalho/emprego) da E.D.T.A.

1_____capaz para trabalhar e trabalha em tempo inteiro. (Inclui o retomar da actividade doméstica completa).

2_____Capaz para trabalhar e trabalha em tempo parcial.(Inclui actividade doméstica parcial).

3_____Capaz para trabalhar e não trabalha: por não haver trabalho .

4_____Capaz para trabalhar e não trabalha :porque os proventos são inferiores aos dados pela Segurança Social.

5_____Incapaz para trabalhar. Vive no domicílio. Capaz de cuidar da maior parte das suas necessidades. (Assistência necessária em grau variável).

6_____Incapaz de prover às suas necessidades. Exige cuidados do hospital ou equivalentes no domicílio.

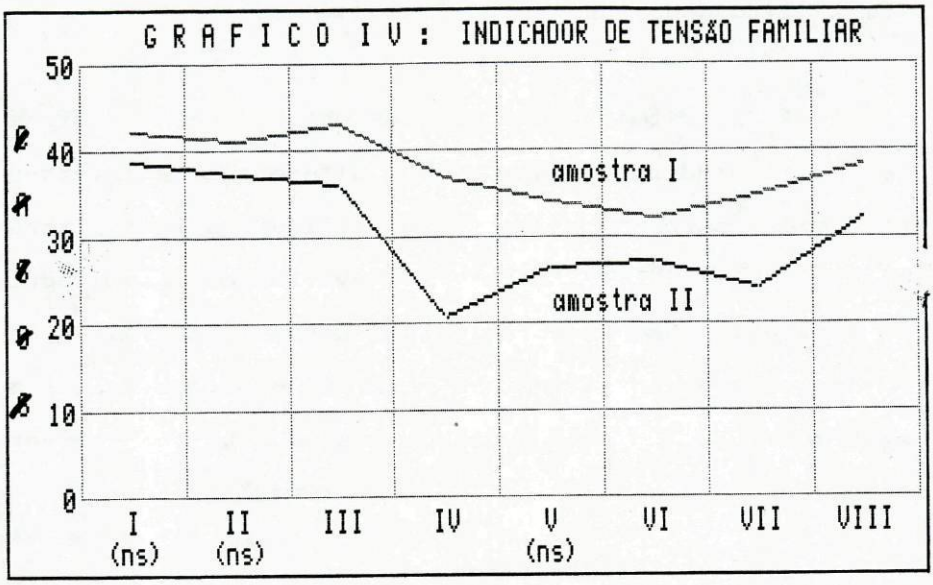
VI.3. RESULTADOS

VI.3.1. Dados gerais

As amostras I e II tem uma distribuição de frequência de valores semelhante em relação à idade, sexo, estado, estrato social, escolaridade, local de residência, tempo de diálise e no manifestar do desejo de transplantação. A distribuição (Qui-quadrado) torna-se diferente no que se refere a Ocupação ($p<0,005$), e, também, no que diz respeito ao tempo de evolução da doença, em que há maior frequência de tempo de evolução "lento" na amostra II ($p<0,0005$):

Quadro XVII - (dados gerais)

	Amostra I (n=34)	Amostra (n=21)	Qui-Quad.
Idade	x=37,08 dp=12,7	x=40,8 dp=14,8	
20-30	35 %	29 %	
30-40	26 %	19 %	
40-50	24 %	28 %	
50-65	15 %	24 %	
Sexo masculino	64 %	62 %	
Sexo feminino	36 %	38 %	
Estado: casado	64 %	76 %	
solteiro	32 %	14 %	
viúvo	3 %	5 %	
divórcio		5 %	
E.Social I	6 %	5 %	classificado
II	18 %	5 %	segundo o
III	32 %	29 %	Inventário de
IV	44 %	61 %	dados pessoais (Cap. X_)
Escola/Primária	62 %	71 %	
Escola/Secundária	38 %	29 %	
Reside próximo	59 %	62 %	
Reside longe	41 %	38 %	
Ocupação boa	88 %	43 %	X2 = 24,5
razoável	9 %	38 %	p < 0,005
limitada	3 %	19 %	
Evolução rápida	50 %	24 %	X2 = 38,9
lenta	50 %	76 %	p < 0,0005
Diálise : 1-2 anos	24 %	19 %	
2-3 anos	38 %	29 %	
3-4 anos	26 %	43 %	
4-8 anos	15 %	9 %	
Transplante: Sim	41 %	29 %	
Talvez	21 %	19 %	
Não	38 %	38 %	
Abst.		14 %	


G R A F I C O I V : INDICADOR DE TENSÃO FAMILIAR
50
40
30
20
10
0
amostra I
amostra II
I
(ns)
II
(ns)
III
IV
V
(ns)
VI
VII
VIII

VI.3.2. "Indicador de Tensão Familiar"

1. A distribuição dos valores obtidos nas amostras I e II (t- Student) acentua as diferenças existentes entre elas, mostrando-se muito significativa nos itens III, IV, VI, VII e VIII. Para melhor avaliar os resultados foi atribuido como expectativa do "normal" o valor de 40. Aos valores positivos (+1 e +2) 50 e 60. Aos valores negativos (-1, -2, -3) 30, 20 e 10. Considerou -se a menor dependência com o valor de >=40. (Quadro XVIII)

Quadro XVIII -Indicador de Tensão Familiar

	Amostra I (n=34)	Amostra II (n=21)	t-Student
I - Atitude m.do cônjuge face à doença	X= 42,06 dp= 8,8	X= 38,57 dp= 9,6	t= 1,37 n.s.
II - Afecto do cônjuge face ao doente	X= 41,2 dp= 10,4	X= 37,1 dp= 11,9	t= 1,32 n.s.
III- Capacidade do doente em receber m.com.	X= 42,9 dp= 7,2	X= 36,2 dp= 9,2	t= 3,04 p< 0,005
IV - Capacidade do doente comunicar algo de si	X= 36,76 dp= 10,06	X= 20,96 dp= 9,2	t= 5,29 p< 0,001
V - Interacções sexuais	n= 21 X= 34,3 dp= 14	n= 14 X= 26,4 dp= 13,4	t= 1,65 n.s.
VI - O modo de subsistir	X= 32,35 dp= 6,9	X= 27,14 dp= 9,6	t= 2,33 p< 0,025
VII- Dependência	X= 35 dp= 6,6	X= 24,28 dp= 9,26	t= 4,99 p< 0,001
VIII Capacidade dos familiares (fora do casal)	X= 38,24 dp= 5,76	X= 32,38 dp= 9,95	t= 2,77 p< 0,01

O mesmo se pode ver no gráfico: IV

2. Mais estudámos as correlações dos factores do protocolo entre si, na população global, e também nos sub-grupos desta, quando considerada a adaptação, a negação e a aceitação da doença.

Estudo das correlações (coeficiente de Pearson):

2.1. Na população global (n=55)

	II	III	IV	VI	VII	VIII
I	0,5 p<0,001	0,3 p<0,05	0,28 p<0,05	0,1 ns	0,1 ns	0,5 p<0,001
II	-	0,7 p<0,001	0,5 p<0,001	0,4 p<0,01	0,2 ns	0,5 p<0,001
III	-	-	0,7 p<0,001	0,1 ns	0,3 p<0,05	0,5 p<0,001
IV	-	-	-	0,04 p<0,001	0,45 p<0,001	0,43 p<0,01
VI	-	-	-	-	0,47 p<0,001	0,1 ns
VII	-	-	-	-	-	0,05 p<0,001

2.2. Na população da amostra I (n=34)

	II	III	IV	VI	VII	VIII
I	0,47 p<0,01	0,19 ns	0,18 ns	0,21 ns	-0,08 ns	0,43 p<0,01
II	-	0,80 p<0,001	0,58 p<0,001	-0,04 ns	0,31 ns	0,29 ns
III	-	-	0,69 p<0,001	-0,02 ns	0,32 ns	0,35 p<0,05
IV	-	-	-	-0,05 ns	0,51 p<0,01	0,14 ns
VI	-	-	-	-	0,19 ns	0.18 ns
VII	-	-	-	-	-	-0,08 ns

2.3. Na população da amostra II (n=21)

	II	III	IV	VI	VII	VIII
I	0,53 p<0,01	0,38 ns	0,27 ns	0,06 ns	0,07 ns	0,6 p<0,01
II	-	0,67 p<0,001	0,48 p<0,05	0,01 ns	0,02 ns	0,69 p<0,001
III	-	-	0,58 p<0,01	0,04 ns	-0,03 ns	0,54 p<0,01
IV	-	-	-	-0,28 ns	-0,28 ns	0,45 p<0,05
VI	-	-	-	-	0,54 p<0,01	-0,08 ns
VII	-	-	-	-	-	-0,3 ns

2.4. Na população dos com N (negação)(n=13)

	II	III	IV	VI	VII	VIII
I	0,56	0,42	0,2	-0,06	-0,2	0,67
	p<0,05	ns	ns	ns	ns	p<0,01
II	-	0,67	0,62	-0,3	0,3	0,63
		p<0,01	p<0,05	ns	ns	p<0,05
III	-	-	0,76	0,12	0,72	0,48
			p<0,001	ns	p<0,01	ns
IV	-	-	-	-0,15	0,58	0,48
				ns	p<0,05	ns
VI	-	-	-	-	0,23	-0,2
					ns	ns
VII	-	-	-	-	-	0,02
						ns

2.5. Na população dos com NL (negação ligeira)(n=16)

	II	III	IV	VI	VII	VIII
I	0,05	-0,1	-0,1	0,3	0,36	0,17
	ns	ns	ns	ns	ns	ns
II	-	0,75	0,25	0,14	0,14	0,2
		p<0,001	ns	ns	ns	ns
III	-	-	0,64	0,1	0,08	0,47
			p<0,01	ns	ns	p<0,05
IV	-	-	-	-0,1	0,1	0,54
				ns	ns	p<0,05
VI	-	-	-	-	0,1	0,49
					ns	p<0,05
VII	-	-	-	-	-	0,2
						ns

2.6. Na população dos com NA (negação ausente)(n=26)

	II	III	IV	VI	VII	VIII
I	0,64	0,43	0,43	0,27	0,08	0,5
	p<0,001	p<0,05	p<0,05	ns	ns	p<0,01
II	-	0,8	0,67	0,1	0,2	0,54
		p<0,001	p<0,001	ns	ns	p<0,01
III	-	-	0,7	0,16	0,2	0,58
			p<0,001	ns	ns	p<0,01
IV	-	-	-	0,3	0,6	0,3
				ns	p<0,001	ns
VI	-	-	-	-	0,63	0,2
					p<0,001	ns
VII	-	-	-	-	-	-0,06
						ns

2.7. Na população dos com aceitação da doença (n=40)

	II	III	IV	VI	VII	VIII
I	0,35	0,2	0,1	0,27	-0,02	0,44
	p<0,01	ns	ns	ns	ns	p<0,01
II	-	0,80	0,52	0,06	0,1	0,40
		p<0,001	p<0,001	ns	ns	p<0,01
III	-	-	0,72	0,1	0,2	0,52
			p<0,001	ns	ns	p<0,001
IV	-	-	-	0,2	0,43	0,35
				ns	p<0,01	p<0,05
VI	-	-	-	-	0,53	0,31
					p<0,001	p<0,05
VII	-	-	-	-	-	-0,01
						ns

2.8. Em conclusão - a matriz completa dos resultados:

Na população das amostras I e II e ainda na população dos com **N** (negação), **NL** (negação ligeira), **NA** (negação ausente) e Aceit. (aceitação da doença) nos seus valores significativos:

	I	II	N	NL	NA	Aceit.
I/II	0,47	0,5	0,56	0,05	0,64	0,35
	p<0,01	p<0,05	p<0,05	ns	p<0,05	p<0,05
I/III	0,2	0,4	0,4	-0,1	0,43	0,23
	ns	ns	ns	ns	p<0,05	ns
I/IV	0,18	0,27	0,2	-0,1	0,43	0,1
	ns	ns	ns	ns	p<0,05	ns
I/VII	-0,08	0,07	-0,2	0,36	0,08	-0,02
	ns	ns	ns	ns	ns	ns
I/VIII	0,43	0,6	0,67	0,17	0,49	0,44
	p<0,01	p<0,01	p<0,01	ns	p<0,01	p<0,01
II/III	0,8	0,67	0,67	0,75	0,81	0,8
	p<0,001	p<0,001	p<0,01	p<0,001	p<0,001	p<0,001
II/IV	0,56	0,2	0,62	0,25	0,67	0,52
	p<0,001	ns	p<0,05	ns	p<0,001	p<0,001
II/VII	0,3	0,02	0,30	0,14	0,19	0,1
	ns	ns	ns	ns	ns	ns
II/VIII	0,57	0,7	0,63	0,21	0,54	0,40
	p<0,001	p<0,001	p<0,05	ns	p<0,01	p<0,01
III/IV	0,69	0,58	0,76	0,64	0,69	0,72
	p<0,001	p<0,01	p<0,001	p<0,01	p<0,001	p<0,001
III/VII	0,32	-0,03	0,72	0,08	0,2	0,2
	ns	ns	p<0,01	ns	ns	ns
III/VIII	0,35	0,57	0,48	0,47	0,57	0,52
	p<0,05	p<0,01	ns	p<0,05	p<0,01	p<0,001
IV/VII	0,5	-0.3	0,58	0,10	0,59	0,43
	p<0,01	ns	p<0,05	ns	p<0,001	p<0,01
IV/VIII	0,14	0,45	0,48	0,54	0,33	0,35
	ns	p<0,05	ns	p<0.05	ns	p<0,05
VI/VIII	0,18	-0,08	-0,21	0,49	0,19	0,31
	ns	ns	ns	p<0,05	ns	p<0,05

Em resumo

Priveligiando os itens I, II e III nas suas correlações (devido à importância dos resultados da investigação da 3a. Etapa (Cap. V), resumimos o seguinte:

O item I -"a atitude mental do cônjuge face à doença " - tem correlação positiva a um nível significativo com o item II - " afecto do cônjuge face ao doente " -quando se considera a população global dos doentes (0,5), a dos "adaptados" (0,47) , a dos "não adaptados "(0,53) , a dos com " negação" (0,56) e a dos com " negação ausente " (0,6) .

Exceptua-se a população dos doentes com "negação ligeira" (0,05)

O item II -"afecto ... " - **continua** a ser correlacionado positivamente com o item III -"capacidade do doente em receber mensagens de comunicação conforme foi verificado na 3a. Etapa:

Esta correlação é verificada na população global (0,7), na dos "adaptados"(0,8), na dos "não adaptados" (0,67), na dos com "negação"(0,67), na dos com "negação ligeira" (0,75) e na dos com "negação ausente" (0,8).

O item II mostra-se ainda com correlação positiva com o item IV -"capacidade de comunicar algo de si aos outros"- na população global (0,5), na dos "adaptados" (0,56) , na dos doentes com "negação " (0,6) e na dos com "negação ausente"(0,67) .

Exceptua-se a população dos doentes com "negação ligeira" (0,2).

VI.3.3. A "aceitação da doença"

A distribuição dos valores observados mostra que as duas amostras, I e II, são significativamente diferentes (t-Student p< 0,001).

Os valores referidos ao total da população de dialisados "adaptada" são significativamente diferentes (t-Student p< 0,001) e são inferiores aos da população de controlo (doentes com deficiência fisica episódica e de menor importância, mas sujeitos a um tratamento fisioterápico). (Quadro XIX)

Quadro XIX ("aceitação da doença")

Amostra I (n=34)	Amostra II (n=21)	Amostra de controlo (n=35)
X= 3,8	X= 2,9	X= 4,6
dp= 0,7	dp= 0,57	dp= 0,7

t (I/II) = 4,4 (p < 0,001)

t (I/controlo) = 4,74 (p < 0,001)

Em resumo, concluimos que o comportamento do doente dialisado manifesta uma relativa "aceitação da doença" (pontuação maior que 3 no teste de Linkowski), sendo, no entanto, evidente a diferença entre os três grupos.

VI.3.4. Negação

a) A distribuição de frequências dos valores de Negação avaliados segundo a escala de Hackett-Cassem está representada nos Quadros XX, XX a) e no Gráfico X .

Pelo cálculo do Qui-Quadrado, com a correcção de Yates, a "negação ausente" (< 13) e a "negação ligeira" (13-15)têm frequências significativamente diferentes da "negação" (> 15)nas amostras I (adaptados) e II (não adaptados). (Quadro XX a)).

Quadro XX a) -Negação (escala de Hackett-Cassem)

< 13	13-15	> 15
26 doentes	16 doentes	13 doentes
20 amostra I	12 amostra I	3 amostra I
6 amostra II	4 amostra II	10 amostra II
23 aceitação (88%)	13 aceitação (81%)	4 aceitação(30%)
3 sem aceitação	3 sem aceitação	9 sem aceitação

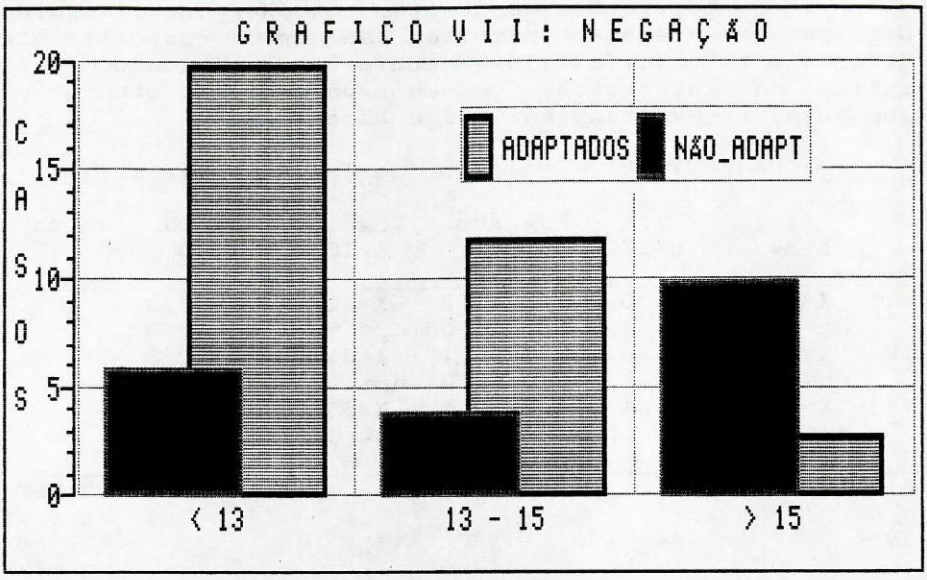
Qui-Quadrado-Negação Ligeira /Negação .....em I e II
= 5,804 (graus 1) p< 0,015
Qui-Quadrado-Negação Ausente /Negação .....em I e II
= 8,279 (graus 1) p< 0,004
Qui-Quadrado-Negação Ausente /Negação Ligeira em I e II
= 0,053 (graus 1) (n.s.)

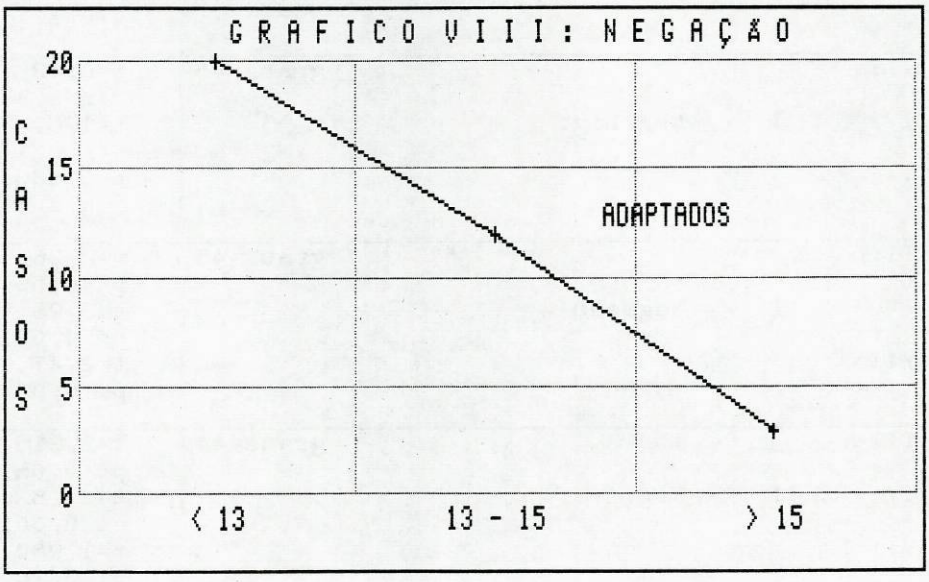
Os valores referidos neste quadro estão representados nos gráficos : VII ,VIII e IX .

Quadro XX - escala de Hackett-Cassem

Frequência (%) de respostas nos três grupos de doentes com:	Neg.Aus. (n=26)	Neg.Lig. (n=16)	Neg. (n=13)
1-Demora em consultar sobre sintomas de descompensação orgânica (tempo que vai desde o início dos sintomas até à intervenção)	7	75	77
2-Outras pessoas tiveram-no que ajudar a decidir da necessidade de cuidados médicos.	0	0	23
3-O doente minimiza os sintomas presentes (isto é ,sintomas observados na entrevista).	7	18	53
4-O doente comenta que nada se passa de mal consigo e que está bem para ir para casa.	7	30	77
5-O doente (no passado ou no presente) deslocou para outros órgãos a fonte real dos sintomas.	3	6	38
6-O doente prefere queixar-se de sintomas não relacionados com a sua doença.	0	0	30
7-O doente queixa-se,critica ou censura o médico por restrições excessivas e desnecessárias no Centro.	3	0	53
O doente manifesta medo,alguma vez,sobre o seguinte:			
8- a morte	46	80	90
9- outra crise ou equivalente	11	50	50
10- a invalidez	19	56	38
11- avaria no alarme do monitor	19	56	69
12- irregularidades no monitor	23	50	69
13- no "pico" dos sintomas	11	44	46
14-O doente não faz apelos específicos para sentir segurança . (por ex. "estou bem,não estou ?")	30	100	100
15-O doente sonha (quando no hospital)	-	-	-
16- O doente repete a mesma história de um modo estereotipado.	23	18	53
17-O doente nega verbalmente o medo de perigo ligado a acontecimentos presentes ou passados (ex. serviço, acidentes,doenças)	3	0	46
18-O doente descreve e lida com a tensão e com stresses de vida passados usando a negação.	0	0	7

19-O doente encolhe os ombros ou faz gestos de quem se põe de lado quando fala de acontecimentos penosos (geradores de stress)	11	25	77
20-A história do doente ou as suas palavras revelam um estilo, actual ou anterior, de brincar com o perigo ou o risco.	23	30	60
21-O doente manifesta, pelo menos na aparência, uma despreocupação e jovialidade no encarar a vida.	19	68	69
22-O comportamento do doente no Centro é caracterizado por indiferença, frieza e imperturbalidade	23	10	30
23-O doente recorre a clichés para descrever atitudes face ao stress da vida, substima a preocupação , diz que não há razão para isso...	7	10	30
24-O doente refere-se a si próprio por apelidos ou nomes relacionados com força, indestructibilidade, violência , austeridade, imunidade para com o azar	7	0	53
25-O doente coloca-se nas mãos da Providência ou da Sorte ou considera-se pessoa de sorte ... (leva uma vida boa...)	19	56	30
26-O doente desloca o medo da sua doença para a família: doentes mais velhos, mais fracos, mullher, filhos... ("é a minha mulher que me aborrece, não a minha doença")	3	0	15
27-O doente projecta a doença ou fraquezas para a família, mulher, filhos e outros. ("a minha mulher estava cheia de medo, mas eu, não ")	0	0	7
28-O doente desloca o tema da sua condição física para um problema financeiro.	3	18	38
29-O doente, logo após ser saudado, manifesta preocupação pela saúde do entrevistador.	3	6	0
30-Aptidão para descrever (caracteres físicos) os médicos e outras pessoas. Pontuação valoriza a negativa (isto é a esteriotipia ou o "não sei")	23	37	53
31-O doente evita perguntas directas. (as respostas sao valorizadas a partir da sua afirmação franca)	3	6	77


GRAFICO VII: NEGAÇÃO
20
15
10
5
0
CASOS
ADAPTADOS
NÃO_ADAPT
< 13
13 - 15
> 15


GRAFICO VIII: NEGAÇÃO
20
15
10
5
0
CASOS
ADAPTADOS
< 13
13 - 15
> 15

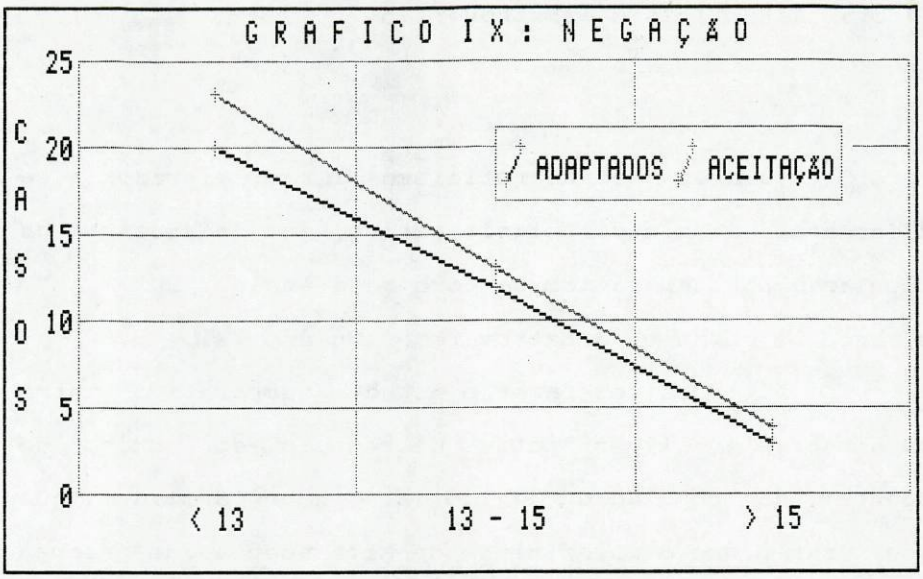
b) As populações de doentes com "Negação","Negação Ligeira" e "Negação ausente",têm um comportamento diferente no meio familiar, conforme verificámos pela análise da distribuição dos seus valores (t-Student),o que está representado no Quadro XX b).

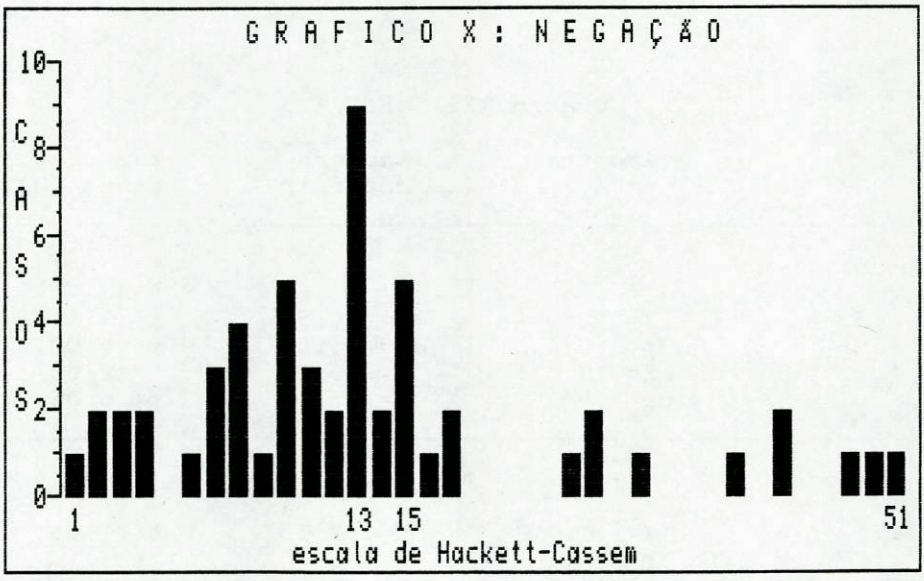
Quadro XX b) -Indicador de Tensão familiar

	I n=34	II n=21	Neg.Aus. n=25	Neg.lig. n=16	Negação n=13	t-Stud
III	X=42,9 dp= 7,2	X=36,2 dp= 9,2	X=41,2 dp= 6,6	X=41,9 dp= 9	X=36,9 dp=10,3	
IV	X=36,76 dp=10,06	X=20,96 dp= 9,2	X=34,4 dp=12,94	X=31,25 dp=12	X=22,3 dp=13,6	
VII	X=35 dp=11,36	X=24,28 dp= 9,26	X=30,4 dp=11,36	X=33,75 dp= 6,19	X=29,2 dp= 8,6	

III	graus=57	t=0,927 (n.s.)
IV	I / Neg.Aus.	t=0,788 (n.s.)
VII		t=1,957 (n.s.)
III	graus=48	t=0,42 (n.s.)
IV	I / Neg.Lig.	t=1,69 (n.s.)
VII		t=0,636 (n.s.)
III	graus=45	t=2,26 p< 0,05
IV	I / Negação	t=3,98 p< 0,001
VII		t=2,47 p< 0,02
III	graus=44	t=2,215 p< 0,05
IV	II / Neg.Aus.	t=3,98 p< 0,001
VII		t=1,983 p< 0,10
III	graus=35	t=1,88 (n.s.)
IV	II / Neg.Lig.	t=2,955 p< 0,01
VII		t=3,526 p< 0,005
III	graus=32	t=0,206 (n.s.)
IV	II / Negação	t=0,343 (n.s.)
VII		t=1,545 (n.s.)

(III,IV e VII são itens do Indicador de Tensão Familiar)


GRAFICO IX: NEGAÇÃO
CASOS
25
20
15
10
5
0
ADAPTADOS
ACEITAÇÃO
< 13
13 - 15
> 15


GRAFICO X: NEGAÇÃO
CASOS
10
8
6
4
2
0
1
13 15
51
escala de Hackett-Cassem

VI.3.5. Neuroticismo e Extroversão

Os valores de Neuroticismo foram elevados e diferentes, a um nível significativo, dos da amostra da população portuguesa tomada como referência (207), não o sendo, no entanto, a Extroversão. (Quadro XXI)

Não foi possível fazer o estudo comparativo entre as amostras I e II por motivo de redução do número de doentes da população devido a circunstâncias que ocorreram , como o falecimento de sete doentes, de recusa ou impedimento de quinze e de L>5 de outros dois.

Quadro XXI (E.P.I.)

	Amostra n=35	Amostra controlo	t-Student graus 523
Neuroticismo			
E.P.I.-A	X= 13,9	X= 10,56	t= 3,41
	dp= 5,1	dp= 5,04	p< 0,001
E.P.I.-B	X= 12,5	X= 10,56	t= 2,08
	dp= 5	dp= 5,04	p< 0,05
Extroversao			
E.P.I.-A	X= 11,7	X= 12,5	t= 1,18
	dp= 3,3	dp= 3,6	n.s.
E.P.I.-B	X= 11,5	X= 12,5	t= 1,55
	dp= 2,9	dp= 3,6	n.s.

VI.3.6. Teste de Perfil de Personalidade de Gordon

Os valores considerados referem-se à pontuação obtida por auto-avaliação no teste aplicado a 28 doentes (17 do sexo masculino e 11 do sexo feminino) e a uma população de "controlo" (75 pessoas sem doença, 41 do sexo masculino e 34 do sexo feminino, com idades entre 20 e 45 anos, de escolaridade média e candidatas a um lugar de emprego).

A população que avaliámos foi, pois, reduzida no seu número inicial, devido a circunstâncias alheias à nossa vontade, como o falecimento de 7 doentes, a recusa ou impedimento de 18 e a obtenção de L>5 no E.P.I. em outros 2.

Os resultados estão representados no Quadro XXII e XXIII, e constantámos que:

I-Nos doentes do sexo masculino, os valores de Ascendência, de Responsabilidade, de Estabilidade Emocional, de Pensamento Original e de Vigor foram inferiores aos obtidos na população de "controlo".

O mesmo confirmámos nos do sexo feminino, e, além disso, verificámos que os valores de Ponderação e de Relação Pessoal foram inferiores aos da amostra de "controlo".

II-Os valores do Total (população dos dois sexos) distinguiram-se de um modo significativo dos valores mais baixos das duas amostras de população de "controlo" (estas não diferiram entre si a um nível significativo):

A _____t=3,8 - graus 60 -p< 0,001

R_____t=4,5 - " 60 -p< 0,001

E_____t=2,2 - " 60 -p< 0,05

S_____t=4,2 - " 60 -p< 0,001

O_____t=4,5 - " 60 -p< 0,001

V_____t=5,4 - " 60 -p< 0,001

III-Consideradas as populações dos dois sexos, em confronto com as frequências referidas nas tabelas percentílicas (da população não doente), registaram-se valores abaixo de 25 % (que Gordon valoriza como inferior ao "normal") em :

(ver Quadro XXIV)

A = 57 % R = 75 % E = 68 % S = 32 %

C = 39 % O = 78,5 % P = 39 % V = 71 %

(C=Cautiousness=Ponderação)

Quadro XXII -(Teste de Perfil de Personalidade)

Nos doentes de sexo masculino, (n=17), os valores de Ascendência, de Responsabilidade, de Estabilidade Emocional, de Sociabilidade, de Pensamento Original e de Vigor são inferiores aos obtidos na amostra de população-controlo (n=41):

	Amostra M	A. Controlo
Ascendência	X=17.5 dp=4.1 (p<0,001) (t=4,2/graus 56)	X=23 dp=4.7
Responsabilidade	X=20,5 dp=4,3 (p<0,001) (t=4 /graus 56)	X=25,4 dp=4,2
E. Emocional	X=18,4 dp=2,6 (p<0,02) (t=2,6/graus 56)	X=23,1 dp=5,9
Sociabilidade	X=18,4 dp=3,2 (p<0,05) (t=2,1/graus 56)	X=21,5 dp=5,6
Ponderação	X=23 dp=4,7 n.s.	X=25,8 dp=4
P. Original	X=20 dp=3,8 (p<0,001) (t=4,9/graus 56)	X=27,2 dp=3,9
Relação Pessoal	X=21,3 dp=5,5 n.s.	X=22,5 dp=3,9
Vigor	X=18,3 dp= 4,7 (p<0,001) (t= 6 /graus 56)	X=25,6 dp=4

Quadro XXIII-(Teste de Perfil de Personalidade)

Nos doentes do sexo feminino, (n=11), os valores de Ascendência, de Responsabilidade, de Estabilidade Emocional, de Ponderação, de Pensamento Original, de Relação Pessoal e de Vigor são inferiores aos obtidos na amostra de população-controlo (n=34):

	Amostra F	A. Controlo
Ascendência	X=17,4 dp=5,7 (p<0,01) (t=2,77/graus 43)	X=22,3 dp=4,9
Responsabilidade	X=18,3 dp=2,9 p<0,001) (t=4,9 /graus 43)	X=24,4 dp=3,7
E. Emocional	X=14,6 dp=3,7 (p<0,005) (t=3 /graus 43)	X=20,1 dp=5,6
Sociabilidade	X=20,9 dp=4,4 n.s.	X=23,7 dp=4,1
Ponderação	X=19,3 dp=3,2 (p<0,05) (t=2 /graus 43)	X=23,3 dp=6
P. Original	X=18,1 dp=2,9 (p<0,001) (t=3,9 /graus 43)	X=24,8 dp=5,3
Relação Pessoal	X=17,2 dp=4,2 (p<0,05) (t=2,5 /graus 43)	X=21,6 dp=6
Vigor	X=18,3 dp=5,2 (p<0,001) (t= 4 / graus 43)	X=25,1 dp=4,7

Quadro XXIV-(tabela percentílica de controlo)

Esta tabela normalizada (percentílica) foi construída a partir dos valores obtidos na aplicação do teste de auto-avaliação de Gordon a uma população "normal" -pessoas do sexo masculino (41) e do sexo feminino (34) com idades entre 20 e 45 anos e de escolaridade média e que eram candidatas a uma selecção para provimento de um lugar de emprego :

Valores de	Masc.	Fem.	Valores de	Masc.	Fem.
A			**R**		
33	96	99	33		
32			32	99	
31			31	93	
30	94		30	91	99
29	89		29	81	93
28	84	97	28	66	87
27	77	86	27	61	72
26	75	80	26	51	69
25	65	68	25	41	51
24	60	62	24	34	45
23	43	53	23	22	30
22	36	50	22	13	27
21	29	44	21	8	
20		41	20	6	15
19	22	32	19	4	6
18	15	29	18		
17	13		17		
16	11	18	16		
15	6	9	15		
14	4	3	14		
13	2		13		
12			12		
11			11		
10			10	3	

Valores de	Masc.	Fem.	Valores de	Masc.	Fem.
B			**S**		
33	97		33	99	
32	95		32	97	
31	91	99	31	99	
30	89		30		99
29	82	97	29	95	98
28	77	95	28	93	86
27		92	27	88	83
26	70	89	26	86	77
25	63		25	81	74
24	58	84	24	71	68
23	45	71	23	69	51
22	35	65	22	62	45
21	28	65	21	55	36
20	18	62	20	48	30
19			19	38	21
18		30	18		9
17		27	17	28	
16	16	24	16	18	
15	9		15	16	
14		18	14	14	
13		15	13		15
12	7	12	12	7	
11	5	9	11		
C			**O**		
36		99	36	99	
35	96		35		
34	89		34	94	
33	87	97	33	89	99
32	80	91	32	76	90
31	75		31	66	84
30	70	85	30	64	
29	68	79	29	62	
28	61	76	28	55	81
27	59		27	50	75
26	49	73	26	45	66
25	47	70	25	38	54
24	42		24	25	
23	32	64	23	20	39
22		52	22	18	36
21	30	36	21	16	30
20	20	24	20		27
19	18	18	19	11	21
18	11		18	4	
17		15	17		12
16	4	12	16		9
15			15		
14			14		
13	2	9	13	2	
12		6	12		
11		3			

Valores de P	Masc.	Fem.	Valores de V	Masc.	Fem.
37			37	98	
36			36		
35			35	96	
34			34		
33			33	94	99
32		99	32		96
31		96	31		93
30		90	30		86
29		87	29	92	80
28	99	81	28	82	74
27	89		27	69	65
26	82		26	54	53
25	77	75	25	47	44
24	64	72	24	40	41
23	59	69	23	30	35
22	44	63	22	25	
21	42	51	21	8	32
20	37	39	20	6	18
19	32	33	19	4	15
18	19	30	18		12
17	9	27	17	2	6
16	4	24	16		
15	2	18	15		3
14		12	14		
13			13		
12		9	12		
11		6	11		
10		3	10		

VI.3.7. A escala S.C.L.-90

Avaliàmos os resultados nas duas amostras I e II.

A população foi reduzida no seu número devido ao falecimento de sete doentes, recusa ou impedimento de seis e de L>5 do E.P.I. de outros dois.

As duas amostras tiveram valores diferentes, a um nível significativo, em vàrios itens da escala, conforme mostram os Quadros XXV e XXVI e os Gràficos V e VI.

A amostra II manifestou-se com valores de maior significado em Somatização , Depressão e Hostilidade (=>1,5), diferindo dos resultados da amostra I).

A amostra II apresentou tambèm valores maiores que 1,5 em Perturbação do Sono, Dificuldade no Adormecer e em "Obsessivo/Compulsivo".

A amostra I apresentou valores => 1,5 em Perturbação do Sono, do Acordar Precoce e da Dificuldade de Adormecer. (ver Quadros XXV e XXVI)

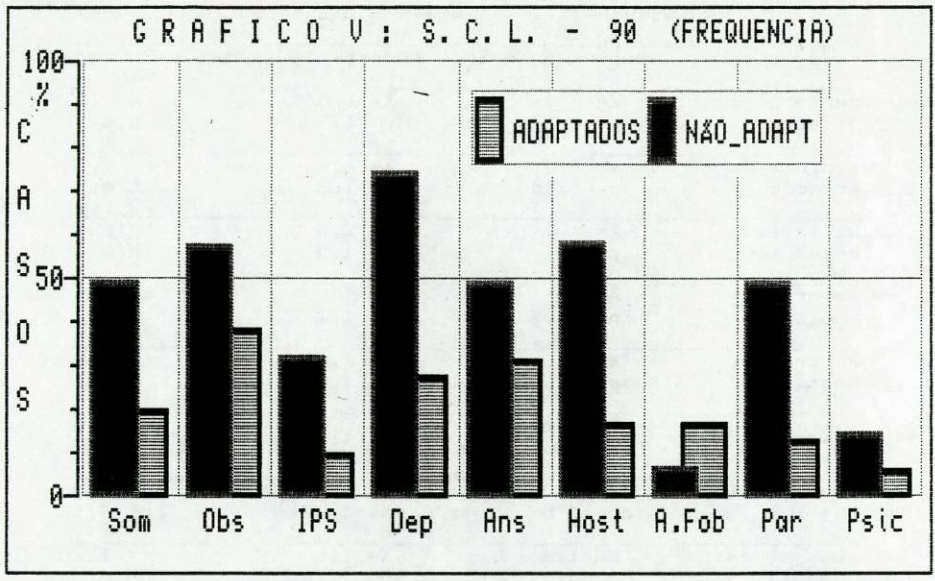
Quadro XXV (frequência, em % , de valores acima de 1,5)

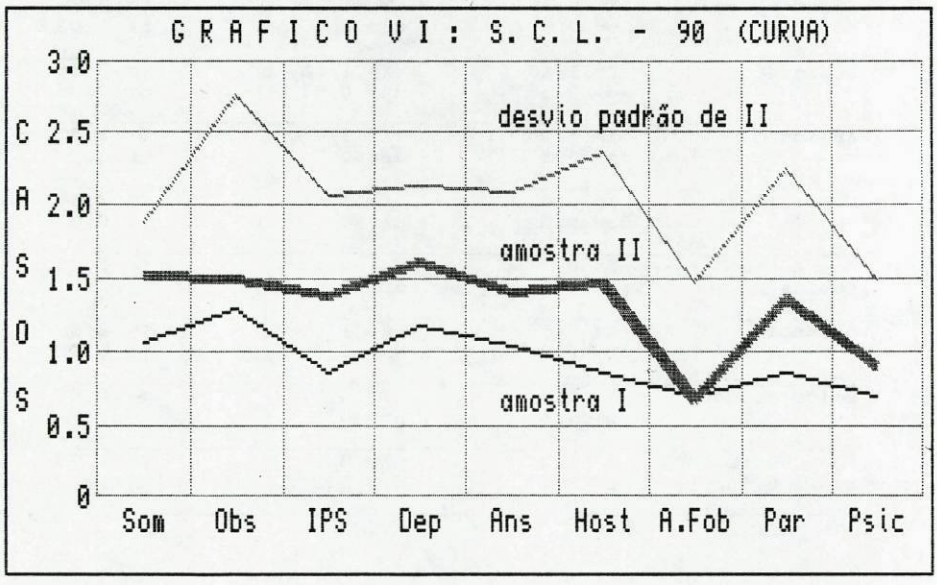
	I n=28	II n=12		I n=28	II n=12
Pert. sono	43	83	Somatização	21	50
Ac. precoce	53,6	41,7	Obs/compuls.	39	58,3
Dif. Adormecer	46,4	66,7	S. Interpes.	10,7	33.3
Mais Apetite	34,5	41,6	Depressão	28,5	75
Menor Apetite	32,1	33,3	Ansiedade	32,1	50
Sentir culpa	28,5	0	Hostilidade	17,8	59
Pens. morte	46,4	58,3	Ans. fòbica	17,8	8,3
			Paranòia	14,3	50
			Psicoticismo	7	16

Os resultados estão representados nos gráficos: V e VI.

Quadro XXVI (escala S.C.L.-90)

	Amostra I (n=28)	Amostra II (n=12)	t-Student
Perturbação do sono	X= 1,3 dp= 1,1	X= 1,84 dp= 1,1	t= 1,3 n.s.
Acordar precoce	X= 1,6 dp= 1,15	X= 1,4 dp= 1,2	t= 0,34 n.s.
Dificuldade ao adormecer	X= 1,5 dp= 1,1	X= 2,3 dp= 1,5	t=1,9 n.s.
Maior apetite	X= 1 dp= 1,05	X= 1 dp= 1,2	t=1,1 n.s.
Menor apetite	X= 1 dp= 0,96	X= 1,25 dp= 1,2	t=0,59 n.s.
Sentimento de culpa	X= 0,89 dp= 0,8	X= 0,42 dp= 0,5	t= 1,8 n.s.
Somatização	X= 1,07 dp= 0,57	X= 1,53 dp= 0,37	t= 2,53 p< 0,02
Obsessivo/ compulsivo	X= 1,3 dp= 0,5	X= 1,5 dp= 1,26	t= 1,26 n.s.
S. Interpessoal	X= 0,85 dp= 0,57	X= 1,38 dp= 0,7	t= 2,52 p< 0,02
Depressão	X= 1,18 dp= 0,56	X= 1,61 dp= 0,54	t= 2,26 p< 0,05
Ansiedade	X= 1,05 dp= 0,6	X= 1,4 dp= 0,7	t= 1,65 n.s.
Hostilidade	X= 0,87 dp= 0,5	X= 1,47 dp= 0,9	t= 2,48 p< 0,02
Ansiedade fóbica	X= 0,7 dp= 0,6	X= 0,67 dp= 0,8	t= 0,22 n.s.
Paranóia	X= 0,85 dp= 0,5	X= 1,36 dp= 0,9	t= 2,2 p< 0,05
Psicoticismo	X= 0,7 dp= 0,6	X= 0,9 dp= 0,6	t= 0,99 n.s.
Pensamentos sobre a morte	X= 1,3 dp= 1,1	X= 2 dp= 1,2	t= 1,78 n.s.


G R A F I C O V : S. C. L. - 90 (FREQUENCIA)
100
%
C
A
S
O
S
50
0
ADAPTADOS
N&O_ADAPT
Som
Obs
IPS
Dep
Ans
Host
A.Fob
Par
Psic


G R A F I C O V I : S. C. L. - 90 (CURVA)
3.0
C 2.5
A 2.0
S 1.5
O 1.0
S 0.5
0
desvio padrão de II
amostra II
amostra I
Som
Obs
IPS
Dep
Ans
Host
A.Fob
Par
Psic

VI.3.8. Caracterização dos doentes " adaptados " pelo Teste projectivo T.A.T. (mètodo de Vica Schentoub)

PLACA 3 BM

CONTEUDO MANIFESTO: um individuo debruçado sobre um banco. (sexo e idade indeterminados, e um objecto igualmente pouco nitido).
CONTEUDO LATENTE: reenvia à posição depressiva essencial com tradução corporal.

TEMAS MAIS FREQUENTES:

1-Desespero e misèria
A ênfase è colocada na gravidade da situação e nas causas que a determinam. Nao hà ideia de suicidio.

2-Fadiga fisica
A personagem està fatigada e descansa ou dorme

3-Doença ou incapacidade fisica
A personagem encontra-se doente ou incapacitada fisicamente

4-Ideia ou tentativa de suicidio
A personagem tem ideias de suicidio

5-Perda ou luto
A personagem tem sentimentos de perda

FREQUêNCIA DE RESPOSTAS:

Tema 1 (desespero e misèria)_____8 (42 %)

Tema 2 (fadiga fisica)_____2 (10,5 %)

Tema 3 (doença ou incapacidade fisica_____5 (26,3 %)

Tema 4 (ideia ou tentativa de suicidio_____2 (10,5 %)

Tema 5 (perda ou luto)_____2 (10,5 %)

PLACA 4

CONTEUDO MANIFESTO: uma mulher perto de um homem que se afasta

CONTEUDO LATENTE: reenvia a uma relacao do casal manifestamente conflituosa com dois polos -agressividade e ternura.

TEMAS MAIS FREQUENTES:

1-Conflito conjugal
Conflito conjugal em que se elabora, ou não, uma solução.

2-Expressão positiva de afecto
Manifestação de um sentimento positivo em relação ao outro

3-Abandono
Partida do homem e a tentativa de o reter pela mulher

4-Adultèrio
Situação de adultèrio de um ou de outro

5-Não receptividade
Manifesta-se a tentativa de comunicação por parte de um e a recusa por parte do outro

FREQUENCIA DE RESPOSTAS:

Tema 1 (conflito conjugal)_____7 (39 %)

Tema 2 (expressão positiva de afecto)_____2 (11 %)

Tema 3 (abandono)_____1 (5 %)

Tema 4 (adultèrio)_____3 (17 %)

Tema 5 (não receptividade)_____5 (28 %)

PLACA 8 BM

CONTEúDO MANIFESTO: um homem deitado;dois homens inclinados sobre ele com um instrumento.No primeiro plano,um rapaz que desvia o olhar da cena ;uma espingarda.

CONTEúDO LATENTE: reenvia a uma cena de agressividade aberta entre homens adultos e um adolescente num contexto de posições controladas. Activo / passivo. O conflito deve centrar-se na cena de agressividade aberta do segundo plano,relacionando-a com o rapaz e a espingarda do primeiro plano.

TEMAS MAIS FREQUENTES:

1-Agressão contra a personagem
A personagem foi agredida com um instrumento(espingarda ou faca).

2-Intervenção cirùrgica
Extracção de uma bala ao homem do segundo plano.A posição do adolescente não è claramente definida.

3-Recusa
O sujeito recusa-se a fazer interpretação da placa.

FREQUêNCIA DE RESPOSTAS:

Tema 1 (agressão contra a personagem)_____5 (42 %)

Tema 2 (intervenção cirùrgica)_____5 (42 %)

Tema 3 (recusa)_____2 (16 %)

PLACA 10

CONTEÚDO MANIFESTO: um casal abraçado (só os rostos estão representados).O contraste branco/negro è acentuado.

CONTEÚDO LATENTE: reenvia à expressão libidinal ao nivel do casal.A imagem è pouco nitida e por isso podem haver diferentes interpretações quanto ao sexo e idade das personagens.A fantasia deve igualmente ter em conta o halo dramàtico objectivado pelo contraste branco/negro.

TEMAS MAIS FREQUENTES:

1-Expressão positiva de afecto
Manifestação de um sentimento positivo em relação ao outro.

2-Separação
Situação de partida em que se podem manifestar sentimentos ambivalentes.(partir-não partir).

3-Tristeza
Expressão do sentimento de tristeza associado a um acontecimento.

4-Originalidades
O sujeito elabora uma história original

5-Recusa
o sujeito recusa-se a fazer a interpretação da placa.

FREQUENCIA DE RESPOSTAS:

Tema 1 (expressão positiva de afecto)_____10 (46 %)

Tema 2 (separação)_____4 (18 %)

Tema 3 (tristeza)_____5 (23 %)

Tema 4 (originalidades)_____1 (4 %)

Tema 5 (recusa)_____2 (9 %)

PLACA 13 MF

CONTEÚDO MANIFESTO:uma mulher deitada,com o peito nu,e um homem num primeiro plano é um braço diante do rosto.

CONTEÚDO LATENTE: reenvia a expressão da sexualidade e agressividade no casal.

TEMAS MAIS FREQUENTES:

1-Doença ou acidente da mulher

A atitude da mulher è interpretada como a de um doente que morre.O homem desesperado interroga-se como a pode ajudar ou se decide chamar o mèdico.

2-Drama passional

São incluìdas as històrias em que a mulher està morta. Os casos mais frequentes são os de que o homem e o culpado;outras vezes è uma terceira personagem.

3-Originalidades

O sujeito elabora uma història original.

4-Recusa

O sujeito recusa-se a fazer a interpretação da placa ou descreve em pormenor os objectos.

FREQUENCIAS DE RESPOSTAS:

Tema 1 (doença ou acidente da mulher)_____10 (59 %)

Tema 2 (drama passional)_____4 (4 %)

Tema 3 (originalidades)_____1 (5 %)

Tema 4 (recusa)_____2 (12 %)

PLACA 16

CONTEÚDO MANIFESTO: cartão branco para o sujeito

CONTEÚDO LATENTE: reenvia ao modo como o sujeito e os seus objectos priveligiados se colocam e às relações que estabelece com eles (peso e impacto dos mecanismos de defesa) Na ausência do apoio de uma imagem os elementos transferenciais podem tornar-se muito salientes.

TEMAS MAIS FREQUENTES:

1-Considerações

Definições,comentàrios e reflexões;que são o contràrio de uma història.

2-Evasão da vida quotidiana

O tema central è uma viagem de fèrias ou uma expedição para longe.

3-A doenca

O tema central é a doença pessoal do sujeito.

4-Cenas da vida quotidiana

Cena da vida quotidiana imaginada na placa.

5-Originalidades

O sujeito elabora uma história original.

6-Recusa

O sujeito recusa-se a fazer a interpretação da placa

FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS:

Tema 1 (considerações)	4	(22 %)
Tema 2 (evasão da vida quotidiana	4	(22 %)
Tema 3 (a doença)	5	(28 %)
Tema 4 (cenas da vida quotidiana)	3	(17 %)
Tema 5 (originalidades)	1	(5,5 %)
Tema 6 (recusa)	1	(5,5 %)

ESTUDO DAS SOLUÇÕES ENCONTRADAS

1-Solução adaptada

História em que o herói resolve a situação conflituosa em seu benefício e de forma socialmente adaptada.

2-Solução de compromisso

Tentativa de resolução de conflito aberto através de uma solução intermédia aceitável.

3-Solução por "placage"

Uma cena optimista e gratuita procurando substituir a solução do conflito.

4-Solução auto-punitiva ou de fracasso

História que se resolve para a personagem através de um fracasso ou de uma punição que faz a si próprio.

5-Solução hipotética

Solução positiva do conflito colocada no futuro sob determinadas condições.

6-Solução ausente

O conflito permanece aberto.

7-Ausência de conflito

O sujeito não considera qualquer conflito.

O quadro seguinte, no. XXVII, resume o atràs descrito :

Quadro XXVII - FREQUÊNCIA DAS SOLUÇÕES (T.A.T.)

Placas:	3 BM	4	8 BM	10	13	16	Total	%
Soluções :								
1-adaptada	2	8	6	4	1	4	25	24,5
2-compromisso		1		1			2	2
3-"placage"								
4-auto-punitiva	1		1				2	2
5-hipotètica								
6-ausente	15	7	4	6	17	7	56	55
7-ausência e recusas		2	1	7		7	17	16,7

VII. **ESTUDO DE CASOS** (os casos mais significativos dos diversos tipos de respostas)

Apresentamos os dados da observação clínica de alguns casos que ilustram de um modo mais expressivo o que descrevemos como respostas psicológicas relativas à doença, à diálise e à adaptação.

VII .1. **Negação com inadaptação**

1.1. Dados de identificação:

O doente tem 44 anos, a sua mulher tem 37 anos, as duas filhas, uma tem 9 anos e a outra 5 meses. Natural do Porto, esteve uns anos em Angola, depois regressou. É funcionário público, com emprego assegurado e posição social estável. A escolaridade é quase universitária. Reside no Porto em casa dos sogros (por estar próximo do Centro de Diálise).

1.2. Notas sobre a história biográfica:

Os outros familiares são os pais e dois irmãos mais novos. O pai, de 72 anos, é descrito como severo e egoísta. O doente refere-se ao pai com bastante azedume, referindo que, quando criança lhe batia , mais tarde não lhe facilitou o concluir o curso de agente técnico de engenharia e por fim, quando casou, nem lhe deu qualquer ajuda. Pensa que foi esse sentimento em relação ao pai, a causa determinante da sua ida para Angola. O regresso foi programado e a sua inserção no seu meio foi natural

e desejada. Após o regresso de Angola, investiu o seu dinheiro na compra de uma casa nos arredores. Actualmente não reside lá porque se sente "nervoso". A mulher trabalha no funcionalismo público e é uma mulher activa e hiperprotectora do doente. Mostra-se sempre empenhada em revelar o "verdadeiro estado" do marido.

1.3. Evolução da doença:

A doença teve um início e evolução próprios de uma Diabetes. Começou insidiosamente, com manifestações episódicas de mal estar e com o aparecimento de feridas de difícil cicatrização, tendo até uma delas assumido particular importância dado ter motivado o seu primeiro internamento hospitalar. Sobreveio então a Uremia e a hemodiálise surgiu de seguida como solução terapêutica. O tratamento iniciou-se, e logo após as primeiras semanas, os médicos constataram grandes resistências no prosseguimento das sessões. O seu peso interdialítico era elevado e irregular, as análises mostravam subida dos valores de potássio e de fósforo, para além da ureia e creatinina. Em termos de ocupação, o seu índice diminuia e as faltas à diálise sucediam-se a par também de ocorrências de dispneia e de outras perturbações. Por fim, numa intercorrência mais grave morreu.

1.4. Dados semiológicos para avaliação da reacção à doença:

Decorreu um ano, desde a manifestação da doença ao episódio terminal. Só nas últimas semanas de vida é que o estado de ânimo do doente se agravou no sentido da depressão. Até essa altura foi constante a negação: o

doente dizia muitas vezes que "dentro em pouco já não era necessária a diálise"; fazia projectos de vida como se pudesse voltar a retomá-la como dantes.

É, contudo, na descrição da sua doença que a negação mais se evidencia. Dizia: "eu andava bem, mas tive um problema num pé que me afectou-uma espécie de queimadura que nunca mais cicatrizava. Andei meses assim... e era insuportável, não podia andar ... depois, consultei um médico que me disse que a ferida estava relacionada com a doença diabética". Mesmo tendo-lhe sido explicado que a dificuldade de cicatrização era devida a isso, o doente, a propósito, comentava: "os meus diabetes são uma coisa mínima... só quando eles sobem é que preciso de medicação" e negava qualquer relação com a infecção. Tentando descrever o início da doença renal, dizia: "vou começar por contar desde princípio... após uma gripe, fui internado na Ordem... e estive lá um mês. Quando tive alta, vim para baixo e como não arranjei táxi e estava a chover, molhei-me no trajecto que fiz a pé até à estação de S. Bento... e recaí ... isto é que afectou o rim"

1.5. Vivência subjectiva da hemodiálise

Apesar de fazer diálise (só consentindo, por vezes, uma, outras vezes, duas por semana) continuou a procurar outros meios, entre serviços de enfermagem e até através de curiosos e curandeiros. (tomava "uns chás muito bons"...)

Os dias de diálise tornavam-se insuportáveis. Depois do tratamento sentia-se prostrado. A mulher

referia que ele se sentava na beira da cama e que estava por muito tempo a olhar "como se não olhasse"

Na própria sessão, o doente deixava-se manipular, não resistindo em demasia à punção da fístula, nem mostrando reacções emocionais excessivas. Foi sempre visível o seu mal estar físico. Mantinha-se calado, como se não quisesse participar. Aos médicos dizia que estava ali porque eles queriam e por isso também se deixava observar. Permitiu algumas entrevistas no sentido de um estudo psicológico. Foi-lhe aplicado o Inventário de Eysenck (EPI), um teste como o W.A.I.S. e ainda se mostrou receptivo à entrevista com os familiares. Os testes revelaram um nível intelectual acima da média e características de personalidade que se resumem na extroversão e neuroticismo elevado. Dos itens mais informativos é notório um certo gosto do positivo e do preciso, uma propensão para programar as situações e recurso à auto-crítica com frequência. Aprecia o convívio social ("só que agora não posso"). Sentia-se muito afectado com a doença. Mostrava-se irritado com a dependência a que era obrigado, sobretudo da dependência que tinha da sua mulher, o que o constrangia. Com o tempo, as metas a que o doente se propuzera não foram conseguidas. O cansaço e a depressão do doente, por um lado, e o não cumprimento das prescrições médicas, por outro, devem ter tido influência decisiva na evolução da doença para pior e na sua morte.

VII .2. **Negação ligeira e adaptação**

2.1. Dados de identificação:

O doente tem 28 anos e a sua mulher tem 26. Ambos trabalham e ambos têm o curso secundário. Têm um filho de 5 anos a quem o doente dedica um grande afecto. Nasceram na cidade onde vivem e moram próximo do Centro de hemodiálise.

2.2. Notas sobre a história biográfica:

No seu emprego, numa grande empresa, onde é um bom profissional como promotor de vendas, sente certa insegurança pois algumas vezes vê-se na necessidade de interromper a sua ocupação para cuidar de si, ou por ocorrência de vómitos ou por outra razão. Não se detectaram factos perturbadores do desenvolvimento da sua personalidade.

2.3. Evolução da doença:

A sua glomerulo-nefrite teve uma evolução rápida para a insuficiência renal e desta para o tratamento de diálise. Está em hemodiálise há 3 anos. No início, o doente reagiu de um modo catastrófico. Sentia-se com falta de forças e sofria de mal estar constante, sobretudo caracterizado por ansiedade e vivências dolorosas de medo da morte. Um consequente abandono de si próprio fazia-o oscilar entre o fazer o tratamento ou não o fazer. Segundo a mulher, quando ele chegava da diálise deixava-se ficar prostrado em cima da cama e dizia que não voltaria à diálise. Evidenciava ainda

ansiedade e e crises de cólera que motivavam queixas dos que o rodeavam. O próprio doente concordava com essa opinião dos outros e aceitou uma intervenção psicoterápica.

2.4. Dados semiológicos para avaliação da reacção à doença:

Depois do 1o. ano, que o doente refere como nem desejando recordar, foi vencendo as dificuldades com "vontade" e coragem, dizendo que ocultava muitas vezes o sofrimento, facto que só se lhe tornou possível com o apoio recebido na família, no emprego e na relação com os médicos e enfermeiros. Actualmente controla muitos dos sintomas e cumpre com rigor as prescrições dietéticas e medicamentosas. Os seus parâmetros de aderência são regulares e bons. A aceitabilidade da doença é boa (4,8 no teste de Linkowsky) e a sua resposta de negação situa-se num valor limite (13 na escala de Hackett-Cassem). E' bastante independente e procura resistir ao envolvimento hiperprotector da mulher e da mãe. No emprego, desenvolve uma actividade que se pode classificar de superior à média, tendo ambições fundamentadas de poder vir a chefiar uma das secções principais. Tem viajado para o Estrangeiro recorrendo a horários possíveis dos aviões, ao explorar ao máximo o pouco tempo de que dispõe entre as sessões de diálise.

2.5. Vivência subjectiva da hemodiálise:

Em relação à sua doença, mostra-se esclarecido àcerca das suas causas e do seu evoluir ; procura uma solução pela transplantação. Consegue já manejar o

monitor e controla com serenidade e até com certo tempo de latência as reacções que motivam intervenção médica. Condescendeu em ser entrevistado e aceitou também a entrevista familiar. No Inventário de personalidade de Eysenck (E.P.I.) mostrou-se introvertido e com neuroticismo moderado. No teste de Gordon as suas respostas situaram-se em valores próximos do normal excepto em Sociabilidade (um valor baixo). No S.C.L.90 regista-se uma informação de comportamento obsessivo (1,5) e de perturbação do sono, apetite e pensamentos sobre a morte. Estes foram confirmados no decorrer das entrevistas com o doente. No T.A.T. , verifica-se, na análise global dos mecanismos de defesa utilizados, dificuldade de contacto com o real (factor rigidez) e a emotividade expressa de uma forma não adequada às circunstâncias exteriores. Os factores da série "inibição" são relevantes e traduzem-se sobretudo pela existência de longos silêncios e recusa perante as placas. Regista-se a percepção frequente de pessoas doentes ou mortas. Nas situações que envolvem a relação conjugal, os temas dominantes são o da separação definitiva ou o da evocação de factores que impedem ou dificultam um relacionamento positivo Por outro lado , a agressividade e a auto- culpabilização são os sentimentos que aparecem associados à sexualidade. O aspecto mais relevante na placa 16 é o da descrição de um quadro edílico em que há simultâneamente o desejo de ausência de problemas e a solidão :"...deixar a cabeça vazia de problemas , o importante é não pensar em nada...a solidão é o que chamaria a este quadro..."

VII .3. **Negação ausente e adaptação**

3.1. Dados de identificação:

Doente tem 20 anos, è do sexo feminino e è solteira. Nasceu e viveu nos arredores da cidade, pròximo do Centro de hemodiàlise. Antes de estar doente frequentava o 10 ano do ensino secundàrio e empenhava-se em mùltiplas actividades.

3.2. Notas sobre a història biogràfica:

Ela è a filha mais nova da famìlia. O irmão, três anos mais velho, estuda e trabalha com os pais; a irmã, um ano mais velha, ela tambèm estuda. Mas, todos concordam que a doente era a mais alegre e a mais activa. Era a pessoa de que toda a gente gostava. A mãe refere que ela era um bocado "maria rapaz". Andava de bicicleta, saìa com as amigas e tinha sempre projectos, festas e outras reuniões que enchiam a sua vida.

3.3. Evolução da doença:

A sua glomerulo-nefrite, teve uma evolução ràpida para a insuficiência renal que determinou o tratamento de hemodiàlise . Tem jà dois anos de diàlise. No inìcio do tratamento a doente reagiu intensamente, primeiro com ansiedade, depois ansiedade e depressão. A mãe acompanhava-a ao Centro e durante as sessões de diàlise permanecia ao seu lado durante todo o tempo por exigência apelativa da pròpria doente . Quando vinha para o Centro, ao aproximar-se da entrada teve por vàrias vezes manifestações somàticas como vòmitos, tremores e

desmaios. Durante a diálise os sintomas como caimbras, prurido ou vómitos eram vivenciados como desesperantes e insuportáveis. Apelava com frequência para os cuidados médicos.

3.4. Dados semiológicos para avaliação da reacção à doença:

Em sua casa a doente parecia melhorar mas o seu comportamento para com as pessoas era estranho. Segundo a mãe "não queria conversar com os irmãos e nem ver ninguém". Referia que sofreu de medos e de pesadelos, obrigando os pais a acompanhá-la mesmo durante a noite. Sonhava com o tratamento e com várias pessoas, que nem conhecia, e que tentavam "ligar-lhe as pernas". Uma crise hipertensiva motivou internamento durante o qual foi sujeita a terapêutica com anti-depressivo. Aceitou bem a psicoterapia de apoio, já que a perda de liberdade sendo sentida com revolta era-o também com medo. Actualmente modificou-se "para melhor" e, embora tenha crises episódicas de ansiedade, conseguiu uma adaptação razoável ao tratamento. Em casa relaciona-se bastante com todas as pessoas e colabora num negócio de família, assumindo mesmo responsabilidades nessa ocupação, Retomou algumas amizades antigas mas manteve-se desinteressada do namoro ("fui eu que decidi assim porque sou doente e não gosto de ver ninguém sofrer por mim").

Nas sessões de diálise melhorou bastante com a mudança para o turno da noite ("porque eu saio daqui e vou depois para a cama; além disso tenho depois todo o dia livre"). Conseguiu uma convivência original com os

outros membros do grupo, tendo passado até a constituir um polo de atracção para os outros doentes, que encara no seu conjunto como constituindo " uma família". Contudo, a certa altura, pediu para mudar de grupo porque já não aguentava as tensões resultantes de ser "a única rapariga do grupo". Disse-se saturada dessa situação e mudou.

3.5. Vivência subjectiva da hemodiálise:

Os parâmetros de adaptação são bons, com cumprimento dietético e medicamentoso regular, boa aceitabilidade (3,8 no teste de Linkowsky) e boa ocupação. Negação ausente. Aceitou bem a abordagem para conhecimento da sua pessoa. No Inventário de Personalidade de Eysenck (E.P.I.) mostrou-se extrovertida e com neuroticismo elevado. No teste de Gordon, foi nítida a sua maior afirmação de ascendência face a uma menor responsabilidade (aspecto comum nas pessoas dependentes) e a sua menor estabilidade emocional. No S.C.L.90 obteve-se uma informação de maior sensibilidade nas relações interpessoais (2,3), ansiedade (1,6), hostilidade (1,6) e ansiedade fóbica (1,6). Perturbações do sono e de menor apetite e, ainda, são referidos, e confirmados nas entrevistas, pensamentos sobre a morte.

No T.A.T (V.S.): a emotividade é expressa de forma não adequada às circunstâncias exteriores, segundo a análise global dos mecanismos de defesa utilizados. O contacto com o real é feito de uma forma controlada, sem rigidez. Os outros grupos de factores tem valores não significativos. Salienta-se a presença de longos silên-

cios durante o relato das histórias, com percepção de personagens com doença ou com malformações. Na elaboração das histórias é utilizada a seguinte estrutura: parte do conteúdo manifesto e do conflito que se desenvolve resolvem-se por referências ao senso comum ; a alternativa a este desenvolvimento (menos frequente) caracteriza-se por um início em que utiliza com preferência mecanismos de defesa que traduzem a expressão da emotividade de forma não adequada às circunstâncias exteriores e acaba com o homicídio ou suicídio de uma personagem associado ao desespero dos outros. Associado à sexualidade e ao relacionamento conjugal estão presentes temas de adultério feminino; no relacionamento heterossexual a figura do homem é apresentada na "imagem de um sedutor" e a mulher como a pessoa que foge e tem medo. A situação na última história (placa 16) e a situação pessoal de hemodiálise em que dois aspectos são muito realçados: a morte e a vida . O tema da morte aparece noutros contextos, mas nesta é ao desejo de viver que é dado grande ênfase: "quanto sofremos ao ponto de nos apetecer morrer !... No entanto, devemos agradecer a Deus esta possibilidade de sobrevivência".

VIII-DISCUSSÃO

Os doentes com Insuficiência Renal Terminal têm na hemodiálise um meio de sobreviver por longos períodos de existência. Porém, isso tornou o seu comportamento singular devido a vários aspectos. Analisando estes e confrontando-os com os de outros doentes crónicos, verificámos que a sua vida e as suas necessidades emocionais só seriam satisfeitas no sentido de uma vivência adaptada se esta fosse considerada como objectivo mais alargado do que o "estar bem dialisado" no sentido estrictamente instrumental.

Para esta definição concorreu um trabalho por etapas, realizado de tal modo que o conhecimento dos aspectos conhecidos da investigação em Nefrologia fosse imbrincado, com naturalidade, num acontecer progressivo com as revelações sucessivas que pudessem surgir na nossa pesquisa.

No decorrer desses anos, o atendimento dos doentes, num continuum de apoio à equipa médica, permitiu-nos uma aferição constante e verdadeira do que era o "estar em diálise". No nosso plano de intervenção houve necessidade de aceitar as condições particulares em que se desenrolava o tratamento e o modo como estes doentes lidavam com a equipa de assistência, ora permitindo-nos uma abordagem franca e demorada, ora recusando-a ou adiando

de um modo sucessivo as suas respostas as nossas questões.

Foram condições penosas as deste trabalho devido em grande parte à sujeição ao método de escolha aleatória, isto é ,ao facto da população de doentes não ter sido escolhida.

Começàmos por um observar do modo como os dialisados se poderiam demarcar de outros doentes crônicos, já conhecidos da nossa experiência,no que dizia respeito à sua personalidade.

A seguir, procedemos ao estudo alargado da sua adaptação,tendo-o iniciado com a avaliação de um dos parâmetros mais citados, o cumprimento dietètico.

Depois,propusèmo-nos estudar as condições sociais em que estes doentes viviam e dèmos especial importância ao conhecimento das relações no seio da família, priveligiando o estudo das reacções emocionais dos cônjuges.

Deste último trabalho, deduzimos o valor e a necessidade de uma intervenção no sentido de definir as condições visíveis que poderiam levar à superação "adaptativa" das dificuldades inerentes à diálise. Enfim,o pronunciamento sobre quais as características que seriam as mais relevantes na perspectiva biopsicossocial de adaptação.

Pelas razões expostas,a discussão dos nossos resultados será feita por etapas,resérvando-nos depois para um tratar final de uma discussão dos principais aspectos que se salientaram de um modo singular ou inovador em toda a investigação.

VIII.1. **DISCUSSÃO** Dos aspectos relativos ao considerado na 1a. etapa ("delimitação da singularidade do doente em diálise: tipo de resposta à doença e estilo de vida").

Com o fim de investigar o significado atribuído pelos doentes à sua doença, Pitchard (1974) usou, como nós o fizémos, o Diferencial Semântico de Osgood, bem como Rosalind Clarck e aa. (1979). (38) Utilizaram-no, investigando, para além desse significado, outros relativos à terapêutica e ainda outros conceitos, em número de dez, que foram escolhidos como representativos dos doentes dialisados.

De entre esses conceitos, escolhemos para o nosso estudo três, que julgámos essenciais para o conhecimento do tipo de resposta à doença, de acordo com o que na nossa experiência já tínhamos realizado com doentes diabéticos. (123) Os valores de significância da diferença aferida entre os grupos estudados com o teste de Osgood, mostraram que os doentes dialisados atribuiram uma depreciação mais acentuada ao valor dos seguintes conceitos: "controlo", "o meu modo de vida" e "o meu Eu".

O "Controlo", identificado com o processo da terapêutica, pode ser percepcionado como algo que lhes é imposto. Assim, nos diabéticos insulino-dependentes a regularidade com que são examinados e a dependência da injecção de insulina parece ter algum peso nas suas

respostas. O mesmo acontece nos dialisados se atendermos à periodicidade das sessões, ao ritual das punções a.v. e das fístulas.

Neste modo de simbolizar algo que é imposto de "fora deles próprios" ressalta o facto de termos verificado uma conotação de menor eficácia do controlo por parte dos doentes em diálise, facto que foi ainda mais evidente nos jovens que lhe atribuiram uma grande acção, com reduzido poder. Estes dados devem estar relacionados com sentimentos de dependência que Abram em 1969 (119) considerou de grande importância no comportamento destes doentes. O mesmo foi afirmado por De-Nour, num estudo com adolescentes. (107)

Os sentimentos de dependência "da máquina" são considerados noutros aspectos alargados ao quotidiano do doente e pesam no modo de adaptação ao tratamento. (105,114)

"O meu modo de vida" , depreciado pelos outros doentes no que respeita à sua força e actividade, mais ainda o foi pelos dialisados e nestes, sobretudo, pelos de evoluçao da doença precipitada de um modo mais rápido.

Poderá pensar-se que os de evolução lenta teriam ao seu dispôr mais tempo e experiência que lhes permitiria a aquisição gradual de um estilo de vida, com maior ajustamento das suas forças físicas. Assim pensam alguns autores (38) quando se referem à qualidade de vida destes doentes.

Se a tendência de criar um "optimum de bem estar", após o estabelecimento de pontos de segurança, é comum a

todo o comportamento humano, nos dialisados isso seria melhor conseguido quando esses doentes deixassem de negar acentuadamente a gravidade da doença e fossem menos dependentes da equipa e dos familiares (168); o mesmo seria se eles melhorassem as respostas inadequadas de ansiedade, depressão e culpabilidade, ou outras, relacionadas com conflitos de dependência-independência. (108) Este "optimum de bem estar" seria por isso mais difícil de ser conseguido por aqueles que de um modo rápido e quase sempre imprevisto se deparam com a diálise. Em abono desta observação concorre o que se verifica no primeiro ano de diálise, tempo no qual os diversos autores têm descrito as reacções mais descompensadas ao tratamento, que, por vezes, são mesmo patológicas. (119)

"O meu EU" foi depreciado globalmente. Porém, os jovens, as mulheres e os doentes com evoluçao da doença "lenta" depreciaram-no menos. O mesmo aconteceu nos diabéticos insulino-dependentes.

A depreciação global do EU face ao normal pode traduzir a existência de necessidades emocionais para além das relacionadas com a segurança, controlo do meio e do estabelecimento de um optimum de bem estar a que se aludiu anteriormente. De facto, múltiplos autores (168) referiram que a expressão do seu fracasso em termos de desesperança, de choque ou de perda, e ainda outros modos de comunicação constituiriam necessidades prementes como o seriam as de amor e as de compreensão. A estas juntar-se-ia a necessidade de identidade do EU .

A não satisfação adequada destas exigências, e,

ainda, a manifestação de maior ansiedade (o grupo "normal" era formado por indivíduos "os menos ansiosos") podem justificar a depreciação global dos resultados.

Em abono disso, autores que já citámos por várias vezes (178) têm formulado a ideia de que os dialisados são afectados enormemente por múltiplas ameaças ao seu EU. Nestas incluem a possibilidade da morte, as alterações da imagem corporal e da integridade do corpo (côr pálida, perda de peso e de força, escaras , etc.) e ainda a modificação pronunciada dos papéis sociais e do seu desempenho na família, no emprego e na vida social. (41,88) Acresce ainda a nossa ideia de que a piedade das pessoas ou o desprezo podem ser também ameaças do EU sentidas muito vivamente pelos doentes do nosso meio.

Também outros autores (104) têm dado grande relevo à perda das funções urinárias e aos transtornos das funções sexuais , como ameaças do EU. (114,115)

Consideradas estas ameaças e a depreciação do Eu, que constatámos nos nossos resultados, podemos dizer com Ira Harper (98), que "uma vez que o doente aceitou a dialise, há o perigo de que ele simplesmente exista, exista mais do que viva".

Não encontrámos diferenças significativas entre as conotações dos conceitos, nos sub-grupos relativos ao tempo de diálise e à escolaridade. Este facto, deve ser apreciado, tendo em conta as limitações próprias do método do Diferencial Semântico.

Rosalind Clarck e aa. (38) utilizando o mesmo teste e uma analise estatística mais "fina" não encontrou diferenças no modo como os dialisados viam a sua diálise

e a doença em função do tempo de duração do tratamento.

Em relação às diferenças de escolaridade, a sua ausência poderá ser explicada pela uniformização de papèis a que são sujeitos os indivíduos que sofrem de doença orgânica e em especial os de insuficiência renal terminal em hemodiálise.

VIII.2. **DISCUSSÃO** Dos aspectos relativos ao considerado na 2a. etapa (estudo do cumprimento dietètico numa perspectiva biopsicossocial de adaptação)

Miller (1980), num estudo que fez, onde comparou o cumprimento da dieta por doentes em diversos regimes, verificou que existiam diferenças significativas entre eles, que traduziu como melhor aderência por parte dos obesos, seguido depois pelos doentes renais e por fim pelos diabèticos insulino-dependentes. (131) Este autor e outros (131, 143), conforme mostra o Quadro VIII, descrevem, como nòs, o abuso como um comportamento comum nos dialisados.

Confrontando os nossos resultados com outros conseguidos num inquèrito realizado pelo Serviço de Nefrologia do Hospital Geral de St. Antònio, pudèmos supôr que os desvios encontrados estariam relacionados directamente com caracterìsticas pròprias do meio social, isto è , a alimentação dos doentes seguiria um modelo que era afinal o padrão "normal" da população em geral. Assim, o seu apetite em 70,7 % dos casos era semelhante, 25 % tomavam menos de três refeições diàrias, 50 % abusavam do sal, e, ainda, havia no seu modo alimentar um predomìnio de glucìdios em detrimento dos proteicos. A autora (143) desse inquèrito referia-se depois ao abuso frequente e aos sintomas que o denunciavam, a saber, cefaleias (50 %), fadigà (70,7 %), meteorismo (86 %), parestesias, prurido e artropatias (30 %).

Parece-nos evidente, pois, que os factores de ordem social, crenças e padrões tradicionais de cultura, influenciam o comportamento destes doentes e o seu abuso pode ser visto como um processo espontâneo de estar com os outros, num prosseguir natural de hàbitos arreigados.

Porèm, a nossa investigação, e a de outros autores, indicam que existem outros factores que determinam esta aderência, tais como os de ordem familiar (tensão e comunicação), os da ocupação e dos meios de subsistência, os do convìvio social restringido e outros. (105)

Alguns autores relacionaram o cumprimento dietètico com factores da personalidade.

Schlebusch (1982) referiu que existia nos abusadores um certo grau de disfunção cortical e traços dependentes dos factores G, H, Q1 e Q2 (inventàrio 16 PF) isto è , traços que traduzem um ser com maior expediente, desinibido e espontâneo, e ainda, o ser mais analitico ou opinador gostando de seguir "as suas regras", com auto-controlo reduzido . (174)

Kaplan De-Nour(1972) acrescentou algo mais no sentido do que motiva o doente a lidar com a situação. Mais do que as caracterìsticas da personalidade, seriam mais importantes as estratègias que o doente adoptava no enfrentar dos problemas. Assim, disse o autor, o abusador mais comum è o que tem "baixa tolerância à frustração ", o que mais se mostra preocupado com o "comer" e o "beber", quase sempre impaciente e com necessidade frequente de diàlise apòs os abusos alimentares. Alèm disso, o mesmo autor distingue ainda o comportamento dito

de *acting-out* : um 1o.tipo em que o doente "exprime hostilidade inconsciente e agressão", dando como exemplo o caso do doente que tinha impulso irresistível de comer salgados sempre que comia com a sua mãe (esta teria recusado cooperar num programa de diálise no domicílio); um 2o.tipo ,em que "exprime uma luta inconsciente por independência ",fúrias ou modos repetitivos ,dando como exemplos o de um doente obsessivo-compulsivo que aderia com rigor excessivo à dieta,e o de um doente que deixava de ir à diálise.(105)

O mesmo autor descreve o caso frequente de abuso nos que negavam a gravidade da sua situação e ainda nos que tiravam benefício secundário da doença (na resolução de conflitos anteriores).

O comportamento suicida foi também considerado nos casos ,"e não muitos",em que houve associação evidente de depressão.O mesmo se referiu em relação ao homicida e apontou o exemplo do chamado abuso "tolerado pela família" ("ele deve ter algum prazer na vida ! ...depois de morto é que não!").

Muitos autores deram grande relevo às crenças ligadas ao esquema corporal,tais como,"o não poder viver sem urinar" ou que "o maior volume de líquidos contribui para uma maior potência ou maior ejaculação" . Estas crenças parecem influenciar não só a aderência como também a aceitação da nefrectomia ou outras prescrições médicas que actuem sobre o funcionamento urinário. (112,113)

Tendo em conta esta interdependência dos factores, que parecem pesar no cumprimento dietético e que são

reflexo evidente de outros aspectos de ordem biopsicossocial, importa discutir, por fim, a conclusão que retiràmos da nossa experiência e dos nossos resultados.

Tornou-se claro a dado momento da investigação que o critèrio seguido por De-Nour (150) foi bastante exigente, porque não encontràvamos concordância entre o "abuso", na base do 1,5 kg do peso interdialítico , e a expressão de sintomas ou de atitudes menos adequadas.

Muito menos nos pareceu ser possível classificar essa exigência na base de 1 kg., como de boa predicção de aderência. Esta ideia defendida por Agashua (8) era tambèm bastante sobreponível à instrução imanada do Edimburg Renal Unit onde se considerava que o abuso na base de 1,5 kg. era já uma indicação prioritària para priveligiar a transplantação em detrimento da diálise.

Pensàmos nessa altura que eram de grande utilidade o estudo das curvas de peso interdialítico e começàmos por verificar que revelavam discrepâncias que de modo algum poderíamos ignorar. (Ver Quadros IV, V e VI) Assim, fomos concluindo que os desvios-padrão informavam sobre a regularidade do comportamento dos doentes. Não se poderiam considerar, agora, como bons cumpridores, aqueles que apesar de terem um 1,5 kg (e diurese maior que 500 cc.) apresentassem um dp> 0,6 ou um fósforo >6,5 mg. (ver Quadro III).

Este nosso estudo teve a importância de nos esclarecer em relação aos critèrios seguidos anteriormente , como o de De-Nour (1972) , e a utilidade de nos tornar receptivos à orientação de Maher e aa. (1983).

Estes defendem uma maior permissividade, com valores

de peso interdialitico de mais de 2,5 kg., fósforo >8 mg. apresentando dados novos de controlo dos efeitos da diálise, como os do estudo da cinética da ureia e outros de âmbito exclusivo da Nefrologia. (125) Com uma "boa diálise", o doente poderia expandir as suas próprias formas de aquisição do prazer, mormente, o alimentar.

A nossa posição foi a de respeitar ambos os argumentos citados e a de encontrar com a equipa médica uma conciliação com o que constituia a prática corrente do Centro. Tomámos tal atitude uma vez que as nossas observações foram efectuadas em doentes desse Centro e ainda por razões de ordem ética, visto que nos parecia muito diferente a nossa população portuguesa da desses países, em que esses estudos se fizeram.

Assim, após o debate com a equipa de Nefrologia, aceitámos um critério "nefrológico" cuja orientação foi a seguinte: o abusador seria todo aquele que tivesse um peso interdialitico maior do que 2 kg e uma diurese menor do que 500 cc. ou aquele com peso maior do que 1,5 kg. e com diurese maior do que 500 cc. e, ainda, um desvio-padrão maior que 0,6 ou um valor de fósforo acima de 6,5 mg. Ainda se teria em conta o peso corporal -o peso seco-e a referência de "abuso" seria aferida pelo valor acima de 3 % desse peso. (ver Cap. IV).

Este critério que, como vimos, foi fundamentado num debate alargado de questões de natureza nefrológica, e também verificado como passo essencial da nossa investigação com os doentes já referidos na 2a. etapa, permitiu-nos com o factor "ocupação" seleccionar a população da 4a. etapa, em "adaptados" e "não adaptados".

VIII.3. **DISCUSSÃO** Dos aspectos relativos ao considerado na 3a.etapa (estudo das interacções e tensões de ordem familiar, num pronunciamento sobre as reacções emocionais dos cônjuges):

No tratamento das doenças psicossomàticas,a família tem sido tomada como um modelo sistèmico que permite ao terapêuta uma intervenção eficaz,no sentido em que se verificam transacções elaboradas em função de um objectivo e que são sensíveis a uma modificação.A superação è obtida a partir do efeito persuasivo dos diferentes papèis que os seus membros desempenham e pelo efeito de *feed-back* , de autocorrecção,homeostasia e, ainda, de transformação. A família seria,assim,como que um organismo que responderia a estímulos exteriores ou interiores,no sentido da homeostase ou da transformação. (200)

Hà vàrios mètodos que facilitam a abordagem deste "sistema".

Para o diagnòstico estrutural da família è necessàrio obter um esquema claro do modo como ela è organizada,e isso comporta o conhecimento da ordem estabelecida pelas hierarquias como tambèm dos papèis que definem "quem participa e como" (41)e, ainda,das alianças que são definidas como transacções de suporte entre dois ou mais elementos para enfrentar outro.(28)

Torna-se evidente que esta dinâmica é modificada

pela mudança das posições que cada um representa no sistema. Assim, as perdas e sinais de doença são sentidos de um modo sensível. E' também de particular importância analisar em que período do desenvolvimento ocorrem os acontecimentos vitais que determinam a perturbação, sendo o da adolescência um dos mais vulneráveis e de maior repercussão no ambiente familiar. (41)

No nosso estudo, em que só lidámos com doentes e cônjuges em idade adulta, registámos também a ressonância dos filhos a situação de doença na família, e vimos como a relação entre eles e os pais se mostrava alterada no sentido de "maior centralização no lar" (em 71,4 % dos casos).

Conhecedores que somos destes conceitos, carecíamos, no entanto de instrumentos que nos permitisse um conhecimento da área da hemodiálise renal, de tal modo a podermo-nos pronunciar sobre ela e sobretudo, mais tarde, intervir em terapêutica. Muito mais precisávamos de um meio que facilitasse a abordagem familiar.

Dos estudos realizados, tinhamos a ideia de que a atenção primária dos autores era dirigida para o efeito psicológico no doente ou no cônjuge, tomados de modo individual. (170) E, apesar de serem esses efeitos, por vezes, extraordinários, sentimos, como autores recentes (195, 219) que a nossa capacidade de lidar com eles dependia muitas vezes mais da natureza e flexibilidade das interacções conjugais e familiares, do que dos seus aspectos psicológicos individuais. (191) Isto ainda se aplica muito mais nos casos de diálise em "self-care" ou no domicílio. (192)

Não temos dúvidas em como são relevantes as perturbações no seio da família dos dialisados, nem como estes são influenciados pelas interacções dos familiares. Estas ocorrem logo de seguida ao início do tratamento, e em todo o tempo que decorre desde aí. Na nossa população, priveligiámos o estudo das reacções emocionais dos cônjuges, por nos parecer estes os mais afectados.

A doença renal, a diálise e a expectativa da transplantação, são uma carga emocional para o cônjuge. Casados "para o bem e para o mal", nesta situação mostram-se ligados por influências reciprocas. O cônjuge ou é privado do apoio do doente ou é obrigado a uma inversão de papéis, dentro e fora da família, sempre com acréscimo de responsabilidades e de ameaças ao seu bem estar. A qualidade de vida dos dois é bastante alterada e tem poucas hipóteses de ser aliviada pelas interacções "homeostáticas" da família, ou pelas formas de apoio social. Assim mostram os nossos resultados e os de outros autores. (129)

O instrumento que procurávamos foi conseguido. Trata-se de um esquema inspirado na investigação de autores que, por sua vez, se baseiam nas premissas de que a insatisfação, o desacordo e a tensão intra-familiares fornecem dados suficientes para podermos avaliar os "desequilíbrios predominantes", entre as várias condições oferecidas e exigidas pelos seus membros. (214)

Este esquema, porém, teve de ser trabalhado de modo a conseguirmos dele alguns requisitos indispensáveis:

1o. A sua aplicação teria de ser de duração breve, de

modo a não interferir com a rotina habitual das famílias e, também, ser simples ao ponto de poder ser aplicado, no futuro, por qualquer técnico de saúde.

2o. O protocolo teria de constituir uma informação "padrão", a ser usada de uma maneira uniforme, de tal modo a permitir a avaliação do posicionamento do doente, no sistema familiar.

3o. A entrevista seria obtida num método tal que permitisse, por um lado, a adaptação ao estilo próprio do entrevistador, e, por outro lado, o encorajamento do doente no sentido de se obter dele franqueza, nas questões abordadas. Isto é, seguindo um meio habitual (como o falar com um médico, em vez de ser metido num exame psicométrico) seria possível conduzir a entrevista, como um plano de ajuda, e conseguir a abertura e empatia necessária para evitar a minimização ou maximização das emoções ou dos sintomas. (22,77)

4o. Os problemas correntes dos doentes deveriam ser alvo da nossa atenção, ao ponto de transmitir à família a certeza do nosso interesse activo, isto é, fazendo sentir que falávamos uma mesma linguagem.

5o. Por fim, teria de ser aplicável às famílias, independentemente do seu tamanho, do estatuto de relações subjacentes ou da sua frequência de contactos. Ainda ser adaptável a qualquer condição de idade, estado ou raça, , e, ainda de escolaridades diferentes. Teria de traduzir, se possível, o próprio modo de se exprimir na região em que vivem.

Estes requisitos encontramos nos trabalhos de Wells e Rabiner (e a partir das dimensões propostas por esses

autores, para o conhecimento da tensão familiar, elaboramos uma informação nominal, o "Indicador de Tensão Familiar". Para isso, seleccionámos das muitas frases de doentes e familiares registadas no decorrer das entrevistas, as que iriam permitir uma hierarquização de respostas que refectisse a realidade, e que nos desse a possibilidade de fazer uma avaliação.

Tivèmos desde logo a consciência das limitações de tal protocolo, sobretudo porque ele atenderia mais aos aspectos "exteriores" e menos aos "intra-psíquicos" . No entanto, como o que se inicia è sempre possível de se modificar e corrigir, preferimos usà-lo como um simples instrumento de avaliação das interacções familiares que observàvamos e, depois, com o alargamento da nossa experiência, propormo-nos, então, a um aprofundamento dos nossos conhecimentos.

Com o nosso protocolo, fizèmos a abordagem dos doentes e dos cônjuges, separadamente, e, depois em conjunto, por vezes, com outros familiares. Usàmos as categorias de Bales (126), para a observação dos grupos, e na condução da entrevista, seguimos sempre os princípios de Froelich e Bishop. (77)

Tal qual J. Maurin (129) nòs achàmos que a abordagem do cônjuge deveria ser conduzida individualmente e que os seus resultados seriam depois comparados com a do grupo (ou com o doente ou com èste e outros familiares). Assim evitaríamos os efeitos negativos das crises de pânico e o risco de contàgio de emoções que poderiam tornar difícil a continuação do tratamento. Ainda se permitiria com isso uma manifestação mais "secreta" das

dúvidas e medos, que na presença do outro, seriam escondidos.

Apresentadas as razões em que nos baseámos para a elaboração do protocolo, passemos agora à discussão dos resultados obtidos na sua aplicação:

1o. A "atitude mental do cônjuge" foi positiva em 47,6 % dos casos e "normal" em 33 %; isto poderia significar que as dificuldades de realização do doente seriam bem aceites, no entanto, vimos que as razões de ordem física foram sempre mais evocadas do que as outras, de ordem motivacional.

2o. O "afecto" positivo, ou negativo, dirigido para o doente reflecte a aceitação ou a rejeição. Nos nossos resultados houve um maior número dos que tiveram algum índice de rejeição (52 %). Nas correlações estatísticas estudadas verificámos quanto ele era dependente da capacidade de receber mensagens do doente. Isto pode sugerir que a insatisfação, desacordo e tensão familiares possam ser responsáveis pelo desequilíbrio nas relações do casal.

3o. O estudo das áreas de tensão mostrou níveis muito baixos no que respeita ao rendimento do trabalho, no lar e nas relações entre pais e filhos. O convívio social era restricto. As relações sexuais eram reduzidas.

Estes resultados parecem-nos de maior intensidade do que os de outros trabalhos (129); isso pode dever-se a factos ligados ao desenvolvimento cultural e económico do nosso país ; assim, valorizámos algumas informações, tais como, uma previdência social pobre, uma baixa redução nos custos dos medicamentos, falta de dinheiro

suficiente para manter uma alimentação, tal qual ela era recomendada, e, ainda, na altura em que foi feito este trabalho, a ausência de subsídio de transportes para deslocação ao Centro de Diálise.

Desta área de "tensão" emergem frustrações que afectam a comunicação intra-familiar.

4o. Este desequilíbrio procura ser compensado por uma "centralização" excessiva no lar, como o mostra o alto índice de envolvimento e de procura de apoio e de gratificação. A percepção do cônjuge sobre o desempenho do doente foi superior ao que este mostrava em relação a ele. A harmonia faz-se à custa da capacidade do cônjuge em se dispôr a compreender as necessidades do doente, sem que este pareça entender bem quanto esforço está implicado nessa relação.

Sobre a percepção dos problemas do doente, é oportuno referir um trabalho de um autor (48) que sumariou, por ordem decrescente alguns problemas percepcionados pelos próprios doentes (D) e também os mesmos como o eram pela equipa médica (E.M.). Vejamos:

(as % são as dos casos em que eram manifestados)

1-Sintomas físicos da doença	(50 % D) (53 % E.M.)
2-Mudanças de objectivos da vida	(43 % D) (50 % E.M.)
3-Inapto para cumprir no trabalho	(39 % D) (39 % E.M.)
4-Dependência do tratamento	(36 % D) (43 % E.M.)
5-Incapaz de trabalhar	(36 % D) (50 % E.M.)
6-Aceitação da cronicidade	(34 % D) (50 % E.M.)
7-Problemas financeiros	(31 % D) (61 % E.M.)
8-Depressão	(32 % D) (21 % E.M.)
9-Dieta	(30 % D) (71 % E.M.)
10-Incapaz para o papel de casado	(20 % D) (21 % E.M.)
11-Problemas com a fístula	(20 % D) (64 % E.M.)
12-Mudanças de residência, das relações sociais, de empregos ou de colegas	(11-16 % D) (50-57 % E.M.)
13-Estado mental	(18 % D) (43 % E.M.)

O modo de percepcionar os mesmos problemas varia consoante o doente ou a equipa.

A negação, por um lado, como resposta habitual (113), e o reforço da opinião ligada ao estatuto médico e tambem uma certa forma de negação da gravidade das situações referidas ao seu doente (102) podem justificar esta discrepância.

Por isso, e porque esses problemas são os que constatámos no nosso trabalho, deduzimos que, se a percepção do cônjuge sobre o desempenho do papel do doente se mostrou positiva, isso não o ilibaria de que fosse levado a identificar-se com algo que ele fantasiasse de pior, ou de melhor, e, portanto, precisasse de ajuda, para uma sintonização adequada à realidade. E tanto assim é, que a par da sua boa percepção do doente não houve igual ressonância na atitude e afecto para com ele. Como outro factor , o da menos boa comunicação por parte do doente, também se correlacionou com o afecto, talvez, tenhamos, então, de admitir, que haja um peso diverso dos vários factores em presença, mas que todos eles sejam interdependentes.

5o. As necessidades do doente exprimiram-se através de uma tão grande auto-afirmação como dependência. Esta pode ser pensada em termos de ligação ao outro, como mesmo em relação a si próprio, ao seu modo de se vestir e de se alimentar. Em 47,6 % dos casos havia dependência face a algumas situações, mas em 38,1 % , muitas vezes e em 14,3 %, quase sempre. Estes números parecem indicar uma incapacidade dos doentes de se exprimirem de um modo autónomo o que contribuiria para uma enorme tensão que

necessitaria de ser atendida e aliviada.

A "dependência da máquina" parece pois ser uma forma muito simplista para designar a sujeição, mais do que a dependência. Esta, para além disso, constitui uma interacção no seio da familia que deve ser entendida como uma necessidade do doente.

Geralmente é entendida pelos cônjuges que estudámos como algo derivado das limitações físicas. O mesmo verificámos ser opinião de alguns da equipa médica. Nós julgamos que este comportamento representa muitas vezes uma forma de regressão, e não inaptidão por razões físicas. Alguns autores (209) pensaram mesmo que esta regressão fosse necessária para a a própria adaptacão à diálise ("para se adaptar, regredia")

6o. O poder dentro da familia mostrou-se bastante alterado, embora no exterior o doente aparentasse manter quase o mesmo poder que tinha antes do início do tratamento. A inversão de papéis foi evidente. O cônjuge foi levado, e, muitas vezes, sem preparação, a tomar sobre si encargos e papéis que não lhe eram próprios, nem conhecidos.

7o. As interacções conjugais, no sentido da comunicação, expressaram desequilíbrio da relação.

A capacidade de receber correlacionou-se mais com o afecto do cônjuge do que com a sua atitude mental. O doente e o cônjuge pareciam estar em tal situação que o apoio de um influenciava necessàriamente o outro. Assim, o cônjuge torna-se um factor influente no fracasso ou no sucesso da diálise.

A este propósito, importa aqui referir os trabalhos

de Steidl e aa. (190) que num estudo baseado na observação das interacções familiares, perante tarefas específicas, de acordo com os ensinamentos de Minuchin, teria concluido que as famílias sem perturbação teriam as seguintes características:

1-uma forte ligação parental;

2-respeito pela individualidade, num contexto de sigilo;

3-interacções afectuosas e optimistas.

Assim, estes autores, apesar de não terem conseguido demonstrar a significância da relação entre a aderência e a avaliação global da família, priveligiaram certas condições como sendo ligadas à adaptação do doente: respeito pela liderança , forte ligação dos pais, capacidade de ser responsável e de saber resolver problemas e, também, ser aberto e franco face à opinião dos outros.

Os nossos resultados mostram que a comunicação dos doentes, sobretudo, a capacidade de exprimir algo de si próprio, tem um maior índice de respostas negativas. O significado deste comportamento importa analisar mais adiante, na investigação da 4a. etapa. Pode-se desde já afirmar que parece ser independente da atitude mental do cônjuge e não do afecto que ele lhe dedica.

A má comunicação também pode estar relacionada com estados de desmoralização e de desamparo que os doentes experimentam face ao *stress* a que são submetidos. A este propósito, Finkelstein (68) sugere que há uma relação entre a disfunção sexual e a depressão que ocorre nestes doentes. A depressão, aqui entendida como entidade em que existem sintomas de tristeza, culpa, pessimismo , associados a alterações do sono, apetite e

líbido, seria um contributo para o desacordo conjugal.

No nosso trabalho, esta conclusão não pode ser apresentada, mas, uma vez que o estudo da frequência das relações sexuais revelou um valor muito baixo e, além disso, as interacções conjugais pareceram primar por uma comunicação fechada e difícil numa percentagen elevada, talvez se possa vir a concluir, em futura investigação, que hajam elementos de ordem psicopatológica, por exemplo, a existência de depressão, que venha a corroborar as conclusões desses autores. (VIII.4)

Começámos, nesta discussão, por dar mais relevo ao conceito da família, para depois defendermos a ideia de que ela era um sistema enormemente afectado por insatisfação, desacordo e tensão. Alguns factores estavam mais ligados que outros à manutenção do bem estar desse sistema, e um deles seria o papel do cônjuge.

Ocorre terminar com algumas considerações sobre o papel do cônjuge. Os resultados dos testes de Eysenck e de Zung evidenciaram níveis elevados de ansiedade e de neuroticismo. Alguns autores teriam anotado também índices altos de depressão. (198) Na nossa abordagem, constatámos que muitos cônjuges aceitavam de princípio a sua missão junto do doente ("como eu posso recusar salvar o meu marido !"). Depois deparámos com comportamentos diversos que poderiam denunciar sofrimento, como se tivessem depressão após a sua entrega inicial. O deixar "as coisas irem...", o "passar a vida na cama" ou " estar sempre irritável " são interacções conhecidas. Outro tipo de apelos eram os das chamadas de telefone e as idas de urgência ao Centro que

traduziam quase sempre manifestações de pânico. Sentimos também que o afecto era muitas vezes uma forma de grande poder sobre o doente, mas em muitas situações (no nosso trabalho, em 52 %) o cônjuge mostrava-se carenciado e queixoso, às vezes também doente.

Por fim, como última reflexão sobre as influências que mais nos pareceram justificar a má comunicação, sobretudo a da relação física, sublinhamos as derivadas do aspecto ou das alterações da imagem corporal.

Neste sistema perturbado da família dos dialisados, haverá possibilidade de intervir, de maneira a favorecer a homeostase natural do sistema. Para isso, foi útil o termos elaborado um instrumento de manejo simples para obter a informação sobre a área mais necessitada da nossa acção. E, a partir desta investigação, vamos iniciar uma outra, que caracterize melhor o comportamento dos doentes em face do conceito que definimos de adaptação.

VIII.4. **DISCUSSÃO** Dos aspectos relativos ao considerado na 4a. etapa (investigação do comportamento diferencial dos doentes, em referência ao conceito de adaptação)

VIII.4.A- Considerações sobre os meios utilizados:

1-A triagem inicial da população a estudar, com o P.S.E. de Wing e com a Informação e Vocabulário do W.A.I.S., foi-nos útil na medida em que, sendo o nosso objectivo o estudo do comportamento de pessoas, numa situação definida como "área-problema" e sujeita a múltiplo *stress* gerador de sofrimento emocional, não desejaríamos correr o risco de confundir um transtorno de comportamento anterior com o observado, como consequência da situação de diálise.

Apesar da contribuição destes instrumentos não ter sido muito relevante, devido ao facto de estarmos perante o iniciar do trabalho de um Centro de Hemodiálise, (um dos primeiros constituídos fora dos hospitais), e ter havido uma triagem de doentes pelos nefrologistas, no sentido do aproveitamento máximo das condições avaliadas como melhor disposição física e "psicológica" para o tratamento, não é de invalidar o interesse desta apreciação inicial pela certeza que conferiria às observações ulteriores.

O P.S.E. mostrou-se demasiado extenso para ser

utilizado no acompanhamento destes doentes, mesmo quando tomado só nos 40 1os. itens; por isso, utilizámos o S.C.L.-90 de Derogatis durante a Investigação. A escolha deste inventário deveu-se ao facto de ter sido já utilizado por outros docentes do Departamento, e termos visto nisso vantagem , na medida em que esses trabalhos foram realizados em áreas da medicina psicológica , com doentes coronários (35) e hipertensos (39), e pensarmos que a comparação de resultados entre as diversas investigações poderia ser do maior interesse científico.

II-Para avaliar a adaptação em termos de diálise, seguimos os ensinamentos de Kaplan De-Nour (1980) e os de Maher (1983).

O primeiro, tendo estudado o comportamento dos dialisados, e tendo concebido uma forma de o interpretar, tomando como factor central a agressividade, propôs também os conceitos de reabilitação e de aceitação da doença como essenciais para a avaliação do "estar adaptado". (108, 150) Este critério acentuaria a importância dos factores de ordem psicológica e os de relação com o meio como determinantes do estar, ou não, adaptado.

O estudo de Maher e aa. (N.C.D.S. 1983), com uma análise mais permissiva destes parâmetros, veio, por outro lado, estabelecer um confronto com a primeira posição. O seu relatório salienta que certas circunstâncias do modo de fazer diálise permitem, ou não, "estar bem dialisado", e, então, com outros factores, mormente os psicológicos, poderíamos julgar da sua adaptação. (125)

As duas atitudes foram aceites por nós, como complementares, e foram tomadas com igual importância num compromisso necessário para o estudo da nossa população (a hemodiálise no nosso país é muito recente).

Estes critérios foram ainda avaliados e aferidos no confronto de ideias com algumas equipas de Nefrologia e sobretudo, com a que estava ligada de um modo íntimo à população a estudar.

Conforme foi afirmado no capítulo relativo ao "cumprimento dietético", a aferição deste foi baseada no peso interdialítico, no valor dos seus desvios-padrão e nos valores dos níveis séricos do Potássio e do Fósforo.

Estudámos a Ocupação, utilizando a Escala de Karnofsky e a sua combinação com a da E.D.T.A . Esta forma de a classificar não é original: um autor, Gutman, R.A. (Duke Univ. Med. Center), por exemplo, apresentou, há 4 anos, um estudo em que diferenciava o comportamento de diabéticos dos não diabéticos, com a escala de Karnofsky, usada em conjunto com uma escala de trabalho/ emprego. (N. Engl. J. Med. 1981) (90).

Na nossa população, achámos, com alguma frequência, valores de actividade baixa com valores de E.D.T.A. altos (42 %) . Pensámos que isso pudesse significar que o doente fazia muitas vezes "mais do que podia" e que, talvez, tivesse insuficiência de suporte social.
(retoma-se adiante esta discussão).

III-O estudo com o "Indicador de Tensão Familiar " teve como objectivo uma caracterização dos papéis que eram desempenhados na família do dialisado . Esta foi descrita como "centrada em si mesma", com isolamento ou

distanciamento social acentuado. (129)

Para isso, fizèmos a montagem de uma informação nominal a partir das interacções verbais registadas nas entrevistas de doentes e dos seus familiares. (VIII.3)

Estes registos, sem constituirem uma escala, foram, no entanto, ordenados segundo um critèrio que tomou por essencial o valor da intervenção do doente no meio social . Foi dada uma pontuação para discriminar as diferentes respostas e, em cada item, atribuímos um valor que nos serviu depois para a anàlise estatistica.

Neste trabalho preocupàmo-nos em verificar como a relação "afecto do cônjuge..." / "capacidade do doente em receber mensagens" se manifestava nos diferentes grupos e se ela continuaria a mostrar-se como contendo variàveis dependentes uma da outra.

Em todos os grupos isso se verificou: a um maior afecto , uma maior recepção de mensagens.

Porèm, a relação "afecto..." / "atitude mental do cônjuge..." nem sempre se mostrou correlacionada entre si, de um modo significativo. Verificàmos isso na anàlise dos resultados obtidos pelos doentes que manifestavam negação "ligeira" (13-15 da escala de Hackett-Cassem). Nestes doentes, tambèm os mesmos itens não se correlacionaram, a um nível significativo, com o item IV (cap. de comunicar) ou com o item VII (dependência).

Pela leitura da distribuição (t-Student) dos valores obtidos nos itens deste I.T.F., pode afirmar-se que uma melhor adaptação do doente está associada a uma melhor atitude mental face à doença e a um maior afecto

por parte do cônjuge, no lidar da situação em que o doente, por sua vez, terá maior capacidade de comunicar (receber e dar algo de si), menor dependência e uma melhor realização sexual. Por outro lado, terá também um maior apoio dos familiares (fora do casal).

Os doentes "adaptados" mostraram-se com menos "tensão familiar" e o mesmo verificámos nos de "negação ligeira". (ver Gráfico IV e Cap. VI.3.2.3)

Perante estes resultados, Susan Finkelstein, que esteve no Centro de Diálise e que se dispôs a apreciar o nosso trabalho, não se mostrou surpreendida e realçou mesmo a importância dessas ligações. Referiu-se depois aos seus estudos sobre a família dos dialisados (195), em que incidiu sobre vários aspectos e em que teria concluido, por exemplo, que a depressão destes doentes estaria em muitos casos associada à perturbação sexual e que o superar desta poderia ser uma contribuição importante para a adaptação.

Na nossa investigação, as interacções sexuais tiveram um lugar importante no conjunto das entrevistas. Porém, em 30 % da população, não foi possível obter qualquer resposta segura sobre esse comportamento, e nos restantes, obtivémos respostas pouco precisas e pouco firmes. O médico "assistente" pareceu muitas vezes como melhor colocado no sentido de obter uma confidência ou uma queixa de disfunção sexual, mas, era pouco dado ao aprofundar da situação. Nesta abordagem, tanto o doente como o cônjuge mostraram-se pouco colaborantes e, por vezes, sentia-se quanto era evidente a dificuldade de vencer as suas crenças e tabus sobre tal assunto.

Apesar destas deficiências de comunicação nos assuntos que diziam respeito ao sexo, verificàmos na maioria dos casos, uma menor capacidade de relacionamento sexual . Devido a esta falta de rigor nas respostas que obtivémos sobre o sexo, procurámos não descrever a sua relação com os outros itens . Limitámo-nos a registar que havia algo de comum nas duas amostras, I e II, tendo a dos "não adaptados" um valor menor, mas sem significação.

A importância prática destas observações vem do que se pensa em termos de uma relação estreita entre a aderência e estes factores , uma vez que não tem havido uma correlação concludente entre a adaptação e os dados gerais (idade, sexo...), ou entre a adaptação e os diversos factores de personalidade. (105, 108)

IV-O estudo da Negação foi escolhido por esta ser uma das reacções de defesa mais citada, como de maior frequência e de maior repercussão no tratamento de hemodiálise. (114)

"A negação é mais frequente que a projecção ou a regressão ou qualquer outro mecanismo de defesa". (114)

Além disso, ela tem sido incluída em muitos trabalhos sobre predicção do comportamento em que se tem revelado como factor de enorme interesse. (111, 225)

Short e Wilson consideraram a negação predictiva de melhor adaptação. (182) Os nossos resultados apontam para o contrário quando se considera a negação franca. Infelizmente, os seus métodos foram baseados na aplicação do M.M.P.I. , o que nos parece nao se aplicar fàcilmente à população portuguesa e não se poder, assim, comprovar

no nosso trabalho a evidência dos resultados obtidos. Por outro lado, julgamos, como Kutner (1985), que estes inventários contribuem para maior confusão no apreciar das respostas destes doentes, uma vez que também existe grande coincidência de queixas de ordem física e das que são comuns as observadas em estados emocionais e depressão. (109)

A Negação, na nossa população, foi avaliada pela escala de Hackett-Cassem (1974). A pontuação foi ponderada, justificando o limite de 12,8 referido por esse autor para atribuição de "negação" . (91) Mas, tendo Levenson e aa. (1984), na aplicação da mesma escala, referido o valor de 16 como valor limite para a atribuição de negação, (111) , considerámos que poderia existir uma população entre esses valores que estaria nos "limites" do ter negação ou não ter, uma pontuação que permitiria julgar sobre a negação "ligeira" e assim caracterizar um modo de actuar já por nós apercebido no acompanhamento destes doentes. (Cap. X. 2)

As diferenças entre os três grupos foram a um nível significativo. (ver Quadro XX a))

O estudo da negação veio confirmar a nossa hipótese, pois, obtivémos resultados de significância estatística nas correlacções entre itens do Indicador de Tensão Familiar, consoante a negação apresentada pelo doente.

Os doentes com negação ligeira mostraram-se diferentes do da população global . (Cap. VI. 3. 2. 2) Haveria neles uma maior propensão para a autonomia em relação aos cônjuges.

V- O estudo completo sobre a personalidade ficou prejudicado devido ao elevado número de impedimentos por parte dos doentes : transferências de Centro, indicação para transplantação, falecimentos e recusas . No entanto, foi possivel definir respostas globais dignas do maior interesse.

No E.P.I., o Neuroticismo mostrou-se de igual modo nas duas amostras e em ambas com valores mais elevados do que nos da população de controlo.

Sendo a característica do "normal" uma exigência comum na apreciação de pessoas para o desempenho de múltiplas actividades sociais e profissionais e por isso também muito valorizada no "perfil" de personalidade de qualquer pessoa que seja candidata a um lugar de trabalho, escolhemos para o nosso estudo o teste de auto- avaliação de Gordon, que foi concebido para esse propósito. Estas intenções sobrepunham-se às que definiam o estatuto de reabilitação ocupacional que fazia parte do critério de adaptação adoptado.

Os doentes mostraram -se uma vez mais (como no primeiro estudo com o Diferencial Semântico) com uma depreciação acentuada do EU ,com menor estabilidade emocional e com menor capacidade de intervenção social. Esta depreciação do EU e as tensões familiares mereceram-nos atenção especial pelo que tem de revelação de um esforço a que o doente se obriga ,acima das suas possibilidades reais . Se retomarmos o que foi dito sobre a "ocupação" e se observarmos o que ficou descrito quando da abordagem de "as reacções emocionais dos cônjuges...", podemos também dizer que as condições de

suporte social estão longe de ser suficientes. Outra das hipóteses é a de que a "ocupação" também possa ser uma "ocupação menor", menor no seu valor da relação trabalho e tempo .O doente faria "o que ia podendo fazer", consoante o seu estado. Não foi possível verificar esta hipótese de um modo seguro. Porém, em muitos doentes, assistimos a um empenhamento notável no seu trabalho e também a um desejo de compensar as horas "perdidas" com a doença por outras, "fora de horas" ,com rendimento igual ou superior a de outros nas mesmas secções. Se este comportamento é constante ou episódico não foi possível dizê-lo com base nesta investigação.

O "ser adaptado" é nestes estudos da personalidade valorizado como o ser mais próximo do "normal". Mas não quer isso significar que seja isento de perturbação. O S.C.L.-90 permitiu que concluíssemos sobre algumas diferenças do comportamento nas duas amostras, nomeadamente em Somatização, Depressão, Hostilidade e Obsessividade.

Porém, parece-nos que estes resultados foram menos reveladores de desajustamento do que os obtidos no teste projectivo : o teste do T.A.T. (método de Vica Schentoub) que foi além de tudo bem aceite pelos doentes. Neste método, há a vantagem de apenas ser exigido um reduzido número de placas e só uma apresentação .

A utilidade deste teste projectivo é reafirmada em recentes estudos elaborados a propósito de "alexitimia" e em estudos que têm posto em causa a aplicação de testes estruturados como o M.M.P.I. a doentes com padecimento orgânico, com o argumento de se verificarem

"disfunções cognitivas" responsáveis por frequente distorsão nas respostas dadas. Isto é testemunhado por Thomas Stewart e Ellen R. Golding, do Beth Israel Hospital, de Boston (USA), que estudaram 520 casos de consulta de cooperação psiquiátrica num hospital geral e que confirmam o que nos pareceu ter sido positivo na nossa experiência de aplicar o teste T. A. T.. (189)

Na escolha das placas considerámos a hostilidade, a depressão e o relacionamento interpessoal ao nível do casal como objectos preferenciais.

Na placa 3 BM foi mais frequente a ausência de soluções. O doente mostrou-se impotente perante os temas que elaborava. O desespero e misèria foi o tema mais frequente.

Na placa 4, já houve um maior equilíbrio entre solução adaptada e solução ausente. O conflito conjugal foi o tema mais frequente. Os problemas de comunicação estudados têm uma confirmação na estratègia observada.

Na placa 10, houve algumas soluções adaptadas e uma maior frequência de expressão positiva de afecto. Porèm, 40% dos doentes recusam a interpretação da placa.

Na placa 13 (que reenvia à expressão da sexualidade e agressividade no casal) as histórias estão mais ligadas à doença ou ao acidente da mulher do que ao drama passional.

Na placa 16, os temas repartiram-se entre várias formas do lidar com a situação, muito ligadas à fantasia e a uma ausência de soluções.

No estudo de casos : os testes projectivos mostraram quanto há de relativo no que o doente

verbaliza e no que o doente elabora como forma de superação . Num dos casos foi evidente o modo como o sujeito se remeteu a uma forma rígida e exigente no agir e, noutro caso, a forma instável e sofredora, com superação por sublimação.

VI-Neste teste como nos outros que aplicámos, nas entrevistas com os doentes ou com os familiares , no relacionamento com a equipa médica , sentimos, ao longo destes anos, que a adaptação do doente estaria ligada íntimamente com a sua condição física e igualmente com o modo de estar na família . A estratégia de negação pode ser considerada como uma forma do doente suportar os sentimentos de desesperança e de abandono ou depressão que tem ao longo do tempo.

VIII.4.B. Discussão dos resultados

I.1. Dados gerais

As duas amostras de "adaptados" e "não adaptados" têm uma distribuição de frequência de valores semelhantes em relação à idade, sexo, estado, estrato social, escolaridade, local de residência, tempo de diálise e no manifestar do desejo de transplantação. A distribuição torna-se diferente no que se refere à ocupação.

A distribuição torna-se ainda diferente no que diz respeito ao modo de evoluir da doença que condicionou a actual situação de diálise. Os de evolução "lento" seriam menos adaptados ao tratamento do que os que surgiram de um modo "rápido" nessa situação (o que não quer dizer que o seu Eu seja mais depreciado - ver Cap. III).

A correlação destes dados gerais com outras variáveis ligadas ao conceito de adaptação, tem sido objecto de estudo por diversos autores. (62) De-Nour (108), o autor da definição de ajustamento que nós seguimos, não concluiu que houvesse correlações significativas entre esses dados e a adaptação. (108) Scott Towne (177), não o tendo conseguido também, pronunciou-se, no entanto, em relação ao desejo de ser transplantado como "variável" mais comum nos não adaptados.

Em referência ao tempo de diálise, a sua relação com o ajustamento não parece ser muito diferente do que o que

observâmos. Este tempo não parece contar a favor de uma melhor adaptação. A partir de um dado momento ,que Abram (119) e N.Levy (114) situam no período em que o nosso trabalho é realizado (doentes de diálise com mais de um ano) há maior dependência doutros factores.

Em relação ao modo de evolução "lento" ou "rápido" os autores nem sempre têm achado isso significativo. Nós consideràmos que nos primeiros,bem como nos jovens e nas mulheres haveria uma menor depreciação do EU e do poder no seu modo de vida.(Quadro I) A favor disso pensámos que o alívio que esses doentes sentiriam com o iniciar da diálise,seria condicionador de um melhor "bem estar" e a sua longa experiência de doente permitir-lhes-ia adoptar um estilo de vida mais ajustado às suas forças físicas. Por outro lado,e justificando a sua maior incidência nos "não adaptados", estaria o facto de poderem ser menos cumpridores das prescrições e mais permissivos, ou menos capazes, em termos de "ocupação". Em defesa desta "permissividade",em relação à "aderência", encontram-se alguns autores (125) e muitos nefrologistas do nosso Centro,em contraste com outros que exigem um certo rigor em termos de considerar essa variável de grande valor predictivo.(8)

I.2."Tensão Familiar"

A distribuição dos valores obtidos nas duas amostras (I e II)acentua as diferenças existentes entre elas, mostrando-se significativa nos itens III,IV,VI,VII e

VIII. (ver Cap.VI.3.2 - Quadro XVIII)(Gráfico IV) A população em estudo,filtrada através do Indicador que serviu para o nosso trabalho,mostrou-se como menos adaptada quando com menor capacidade de receber e de comunicar mensagens dos outros e de si própria,com menos capacidade de subsistir por si mesma,e com maior dependência. Por outro lado,o estar menos adaptado não dependeu da atitude mental ou do afecto do cônjuge A capacidade dos familiares,fora do casal,no sentido de prover as necessidades que ocorrem nesta situação,tem uma influência apreciável no comportamento do doente.

No estudo das interacções sexuais não encontrámos diferença significativa entre as duas amostras. (Cap.VII.3) (com as reservas expostas na descrição do método)

No estudo das correlações (de Pearson),a atitude mental e o afecto do cônjuge mostraram-se correlacionados excepto no caso dos que manifestaram negação "ligeira".

O afecto do cônjuge mostrou-se sempre dependente da capacidade do doente em receber mensagens,em todas as situações ,e dependente da capacidade de comunicar algo de si, tambem em todas,excepto nos casos de negação "ligeira".

A atitude mental do cônjuge influenciava a comunicação naqueles que não manifestaram negação.

A atitude mental e afecto do cônjuge mostraram-se dependentes da capacidade dos familiares de proverem às suas necessidades ,excepto nos que manifestavam negação "ligeira",apesar de nestes ,se verificar uma melhor comunicação,quando existia esse suporte.O mesmo se

traduzia nesses casos, por uma maior capacidade de subsistir por si próprios.

A dependência não está correlacionada com a atitude mental ou com o afecto do cônjuge, mas sim com o modo de comunicar nos "adaptados" e nos com "negação" e nos com negação "ausente".

Confrontando os nossos resultados com os de Judith Maurin (1976), (129) que descreveu a família destes doentes como "centrada em si própria" e com comunicação reduzida entre os seus membros, podemos dizer que o mesmo se verificou no estudo global que fizémos e, também, que o método que utilizámos nos permitiu estabelecer entre os adaptados e os não adaptados, diferenças significativas.

Esta autora e outros, entre os quais Schambaugh e aa. (1969), estão de acordo em que os cônjuges reagem intensamente ao *stress* a que são sujeitos no acompanhar dos seus parceiros em diálise. Respondem com inadequação manifestam níveis altos de ansiedade e depressão. (170) No nosso trabalho, constatámos um maior neuroticismo e uma dependência estreita do estado do doente. O doente e o cônjuge estavam em tal situação que o apoio de um actuava necessàriamente no outro, e o seu funcionamento acabava por ser altamente influenciado pelas interacções do exterior.

Streltzer e FinKelstein (1974) também consideraram o cônjuge como um factor de fracasso ou de sucesso na diálise: a dependência de ambos, quando acentuada, seria perturbadora do próprio casamento e da capacidade do casal de lidar com a sua situação terapêutica. (192) No

nosso trabalho, verificámos que a menor dependência do doente estaria correlacionada com a melhor comunicação e esta, por sua vez, com a melhor atitude e maior afecto do cônjuge; por isso, esta interdependência permitiu-nos também supôr que a acção do cônjuge pudesse ser determinante na adaptação. Contudo, ao introduzirmos uma variável intrapessoal, no caso concreto a negação, e separando a casuística consoante os valores desta, verificámos que a negação "ligeira" introduzia na problemática familiar uma maior independência do indivíduo face à atitude mental do cônjuge, cujo afecto não dependia da capacidade de receber mensagens do doente. Assim, no cônjuge, a correlação entre a sua atitude mental e o seu afecto passam a ser não significativas e a não depender da capacidade dos familiares de proverem às necessidades da situação. (ver Cap. VI.3.2.2.8).

I.3. Negação

A negação não apareceu de um modo maciço, como alguns autores descreveram (81), mas apareceu como reacção de defesa indiscutível em 23 % dos casos e "ligeira" em mais 30 % . 47 % da nossa casuistica nao expressou negacao. A prova do Qui-Quadrado foi altamente significativa (Quadro XX a)) demonstrando a relação existente entre a adaptação e a ausência de negação, ou negação ligeira (Quadros XX a)b)) isto em desacordo com outros autores (81 e 82).

A utilidade destas deduções a partir dos nossos resultados pode ser enorme, se elas forem tomadas como um aviso para quem lida com estes doentes. Assim, o saber que estes comportamentos podiam ser mais uma forma de sofrimento do que de adaptação, exigiria e um novo estilo de cuidados médicos.

Na realidade, observámos, com frequência, que os doentes com poucas manifestações apelativas, talvez os de negação "ligeira", escapavam à atenção da equipa médica, acabando só por serem "triados" nos exames de rotina obrigatória (semanal ou mensal), ou, pior ainda, na ocorrência de sintomas "agudos" por motivo de sobrecarga ou adiamento de soluções.

Este passar desprevenido por estes doentes, talvez tivesse o efeito negativo de tranquilizar, de momento, o médico ou o enfermeiro, mas, depois, as consequências da demora de um diagnóstico, ou de uma intervenção necessária, acabava por perturbar toda a dinâmica do Centro.

Se agora nos dermos ao cuidado de uma leitura atenta das respostas aos itens da escala de Negação de Hackett-Cassem, que aplicámos aos nossos doentes, e se reflectirmos em quanto esses itens poderão traduzir o que acontece na prática clínica, teremos, então, a certeza interior que nos levara a aceitar as ideias expostas, como úteis, pragmáticas e dignas de serem conhecidas de um modo mais alargado.

Vejamos a frequência (%) de respostas em alguns itens nos 3 grupos de doentes com: Neg.Aus. (n=26) Neg.Lig. (n=16) Neg. (n=13)

1-Demora em consultar sobre sintomas de descompensação orgânica (tempo que vai desde o início dos sintomas até à intervenção médica)	7	(75)	(77)
2-Outras pessoas tiveram-no que ajudar a se decidir sobre a necessidade de cuidados médicos.	0	0	23
3-O doente minimiza os sintomas actuais (isto é, os sintomas observados nesta entrevista).	7	18	(53)
4-O doente comenta que nada se passa de mal consigo e que está bem e que pode ir para casa.	7	30	(77)
5-O doente (no passado ou no presente) deslocou para outros órgãos a fonte real dos sintomas.	3	6	38
6-O doente prefere queixar-se de algo como sintomas não relacionados com a sua doença.	0	0	30
7-O doente queixa-se, critica ou censura o médico por restrições excessivas e desnecessárias no Centro.	3	0	(53)
19-O doente encolhe os ombros ou faz gestos de quem se põe de lado quando fala de acontecimentos penosos. (geradores de "stress")	11	25	(77)
20-A história do doente ou as suas palavras revelam um estilo, actual ou anterior, de brincar com o perigo ou o risco.	23	30	(60)
21-O doente manifesta, pelo menos na aparência, uma despreocupação e jovialidade no encarar a vida.	19	(68)	(69)
24-O doente refere-se a si próprio por apelidos ou nomes relacionados com força, indestructibilidade, violência, austeridade, imunidade para com o azar	7	0	(53)
25-O doente coloca-se nas mãos da Providência ou da Sorte ou considera-se pessoa de sorte ...	19	(56)	30
26-O doente desloca o medo da doença para a família: doentes mais velhos ou mais fracos, mullher, filhos... ("é a minha mulher que me aborrece, não a minha doença")	3	0	15
31-O doente evita perguntas directas.	3	6	(77)

De facto, o doente que apresentou valores de negação parecia mostrar-se acima das suas capacidades reais, com jovialidade e desembaraço que o afastava das preocupações da equipa médica por algum tempo. O de negação "ligeira"

optimisaria também a sua situação, mas, exercia sobre si um auto-controlo mais eficaz do que o negador franco e, por isso, pensámos que cooperava melhor.

Diga-se, a propósito, que o comportamento destes doentes distinguiu-se ainda pelo modo como eles foram percepcionados através do I.T.F., pelo que se pode dizer que este indicador de tensão familiar serviu para algo mais do que ponderar as respostas no sentido do "adaptado" ou do "não adaptado" .

Assim, a negação ligeira pareceu ser um comportamento ou um modo de reagir daqueles que se situavam de um modo especial na diálise. Mostravam-se sensíveis ao apoio dos familiares, subsistiam por si próprios, eram menos dependentes e a sua comunicação não era influenciada pela atitude do cônjuge face ao seu padecimento e "aceitavam a doença" (81 %).

A negação "ligeira" e a negação franca actuavam na tensão familiar de um modo diferente, isto é , uma, a primeira, influia no sentido da menor tensão e foi mais frequente nos adaptados, ao contrário da negação franca que influia no sentido da maior tensão familiar e foi menos frequente nos adaptados (Quadros XX a)b)(Gráfico VIII).

A negação "ligeira" introduziu na problemática familiar, como dissémos já , uma maior independência da pessoa face à atitude mental do cônjuge, cujo afecto tambem não dependeria da capacidade de receber mensagens do doente. Assim, no cônjuge a correlação entre a sua

atitude mental e o seu afecto não foi significativa, e, estas não se mostraram dependentes da capacidade dos familiares em proverem às necessidades da situação (ver Cap.VI.3.2.2.5).

Segundo N.Levy (114)a negação pode exercer "uma função adaptativa adequada" e "proteger o doente de experimentar sentimentos intensos de desamparo ". Neste sentido,o autor parece referir-se à negação "ligeira", porque,depois,acrescenta que "em alguns,a distorsão da realidade pode levà-los a não aderir adequadamente à dieta e a outras exigências do seu regime terapêutico, incluindo faltar ao próprio tratamento da hemodiálise" e isso aconteceu nos de negação franca,na maior parte das vezes.

Só que nós verificàmos que a ausência de negação não contradisse a "adaptação nefrológica" e de igual modo dèmos especial valor à negação ligeira.

Em termos de "tensão familiar" ,verificàmos que havia reciprocidade nas interacções ao nível familiar. Assim,uma mà comunicação de um negador franco podia influenciar de um modo negativo o comportamento do cônjuge e este,por seu lado,tornar-se-ia um factor de fracasso na adaptação do doente. O ter o cônjuge uma maior compreensão e afecto podia,por sua vez,influenciar favoràvelmente a comunicação do doente.Esta,no entanto, pareceu ser pouco afectada pela atitude mental do cônjuge face à doença nos que a negavam. (Cap.VI.3.2.2.8)

A negação franca existiu com maior frequência nos "não adaptados e coincidiu com um baixo índice de aceitação da doença (30 %).(Quadro XX a) e Grafico IX)

A negação ligeira, por outro lado , manifestou-se em grande número de adaptados e menos nos outros.

A falta de negação não è, porèm, ausência de resposta à diálise. Para alèm da importância de outras formas de reacção que possam ser observadas, è de salientar que no parecer de alguns autores (150), ela pode significar uma boa adequação , e para outros é um alerta para sentimentos de desamparo e de depressão em doentes que teriam reagido inicialmente com negação. (92)

Por fim, constatàmos no nosso trabalho que o manifestar negação "ligeira" não foi sobreponivel ao ter "aceitação da doença", quando consideràmos as correlações entre os itens do I.T.F., muito embora 81 % desses doentes tivessem valores no teste de Linkowski definidores de "aceitação" (Quadro XIX e XX a)).

Isto pode significar que esta forma doseada de negação seria equilibrada com a aceitação, num processo dinâmico de adaptação e, como pensa Weisman, *"a aceitação e a negação existem num equilibrio em cada pessoa"* e a negação "faria parte de um processo de *coping* iniciado na tentativa de superar as manifestações dolorosas da doença". O mesmo autor adverte afinal para o perigo de que este *coping* pudesse ser mantido pela negação, porque, segundo a sua anàlise ela poria em risco a sobrevivência. (212)

Neste sentido, e tambèm porque a sua frequência foi maior nos não adaptados, pensamos que as respostas francas de negação são prejudiciais à adaptação. (ver Gràfico VIII e Quadro XX) Esta opinião è manifestada por diversos autores. (89)

Short e Wilson (182) afirmaram que a negação serviria "como um mecanismo mental útil para lidar com uma situação continuamente insatisfatória. A negação não seria eficaz para a família e comunidade e seria inadequada para os enfermeiros e médicos, responsáveis pelo cuidado ao dialisado".

Pela singularidade que mostram os doentes que manifestam negação "ligeira" é legítimo pensar que um estudo predictivo de adaptação possa atribui-lhe valor no sentido em que possa ser um factor favorável para uma melhor adaptação, sendo esta tomada mais em função do modo como o doente é capaz de superar a sua situação, do que nos termos estrictamente biológicos ou da sua "aderência".

I.4. A Personalidade

Do nosso trabalho concluimos o seguinte :

1-Os valores de Neuroticismo foram mais elevados do que os da amostra da população portuguesa tomada como referência (207) (Quadro XXI)

2-A extroversão, no estudo comparativo com a amostra citada, mostrou-se com valor semelhante .(Quadro XXI)

3-O mesmo se verificou na população constituida pelos cônjuges de dialisados. (Cap. V)(Quadro X)

4-O perfil psicológico destes doentes, de ambos os sexos, caracterizou-se por valores inferiores ao

normal, quando se avaliaram os traços de Ascendência, Responsabilidade, Estabilidade Emocional, Pensamento Original e de Vigor; no sexo feminino, também os valores de Ponderação e de Relação Pessoal foram inferiores ao normal. (Quadros XXII e XXIII) A pontuação atribuída foi inferior aos mínimos obtidos na população normal, quando apreciada globalmente.

5-O Eu foi depreciado de um modo significativo em comparação com o Normal e com outras doenças crónicas (diabetes e raquialgias), no estudo com o Diferencial Semântico. Esta depreciação foi menor nos doentes jovens, nos de evolução lenta e nas mulheres. (Gráficos I, II, III).

6- Os "adaptados" e os "não adaptados" tiveram valores diferentes no estudo psicopatológico com o S.C.L.-90 e concluimos que na amostra II se manifestou maior Somatização, Depressão e Hostilidade do que na amostra I. Ainda com tradução patológica, em ambos se observaram perturbações do sono e, na II, comportamentos obsessivo-compulsivos.

7-Os "adaptados" -doentes que manifestaram uma baixa incidência de psicopatologia- considerados no estudo com o teste projectivo, T.A.T., (hostilidade, a depressão e o mau relacionamento interpessoal ao nível do casal) revelaram-se de um modo diverso. Assim, concluímos pela análise das soluções, que esses doentes só revelaram estratégias de enfrentar a sua situação de um modo "adaptado" em 24 % dos casos e a percentagem de casos em que a solução não foi encontrada ("ausente") foi de 55 % . Os temas que foram abordados com mais frequência foram os mais comuns na depressão, a saber, o desespero e a miséria,

doença ou acidente, e ainda os do conflito conjugal.

Confrontando as nossas observações com a de outros autores , vejamos:

Gunn Sechehaye, depois de ter descrito os múltiplos aspectos frustrantes que marcam a diálise , refere-se a que a "imagem corporal do dialisado é modificada pela presença da sua fistula, pela obrigação periódica de se ligar a uma máquina e pela agressão ao seu estado geral". Refere-se a menor auto-estima destes doentes devido às múltiplas perdas sofridas. Ainda devido a estas, o autor reconhece o aparecimento de "descompensações psiquiátricas" (depressão, suicídio e baforadas delirantes). (178)

Kaplan De -Nour (105)descreve a depressão como a perturbação mais frequente e alerta para as formas indirectas de manifestar desejo de auto-destruição, como o abuso exagerado de comidas e de bebidas normalmente desaconselhadas . Apesar de não serem muitos estes casos, o autor relata como causando grande perturbação no ambiente em que o doente vive e na própria diálise. O mesmo em relação ao suicídio. Referindo-se ainda a factores de personalidade que pudessem influenciar o seu ajustamento o mesmo autor considerou os seguintes : a "baixa tolerância à frustraçao" , reacções de hostilidade e agressão, negação, benefício secundário da doença, comportamento suicida e homicida e ainda algumas crenças. Estes factores influenciariam a " aderência " ao tratamento e às suas prescrições dietéticas e medicamentosas.

Scott Towne (177) realizou um estudo extenso sobre

o que na personalidade se poderia correlacionar com o ajustamento emocional dos dialisados. Utilizou o M.M.P.I.,o W.A.I.S.,o Rorschach ,a escala de Rotter e ainda um questionário elaborado no sentido de saber como os doentes eram avaliados pela equipa assistencial Concluiu que as variáveis mais influentes na adaptação incluiriam sentimentos de desespero,o estatuto de ser casado ,a introversão social,o desejo de ser transplantado, e ,ainda,sentimentos de esperanca e de optimismo. Os sentimentos de desespero são tanto o resultado como a causa de má adaptação. O ser casado pareceu influenciar a cooperação e estaria associado a independência e sociabilidade.O cônjuge teria uma acção de suporte essencial "diversa e positiva". A introversão social e com ela a maior dificuldade de estabelecer contactos e de lidar com a máquina foi tomada pela equipa como factor de menor cooperação e também de menor aderência às prescrições. O desejo de ser transplantado foi classificado como um factor de menor ajustamento. Os sentimentos de esperança e de optimismo residiam naqueles com uma aceitação maior em termos de cooperação, aderência, actividade e sociabilidade. Este autor conseguiu a nosso ver chamar a atenção para a necessidade de conhecer a relação de variáveis psicológicas e demográficas com a adaptação e os seus resultados mostram quanto é importante o meio familiar e social que dá suporte e melhora a sociabilidade e permite a extroversão das emoções.Destas,as de maior influência são as que induzem a esperança e o optimismo

Outros autores , como Sand, Livingston e Wright, estudaram a personalidade dos dialisados e o modo como estes reagiam às situações de *stress* do tratamento. Consideraram a elevação de K, Hs e Hy no M.M.P.I. como correlacionado com pior adaptação e maior depressão. Salientaram ainda que os doentes mais inteligentes seriam mais cooperantes e melhor ajustados. (220)

Por último, queremos referir quanto nos pareceram importantes os trabalhos de De-Nour (102) e o de Bouchet (88) na caracterização das interacções que ocorrem entre o doente e a equipa de diálise.

Gunn-Sechehaye (179) disse a este propósito que se sentia tentado a comparar os diferentes membros de uma Unidade de Diálise a uma " família ", com "um pai, o médico-chefe" e com " uma mãe , a enfermeira -chefe " e os outros médicos e enfermeiros seriam os outros "parentes". Os próprios doentes funcionariam como os filhos, uns com mais "juízo" e outros mais dependentes e regredidos. Os conflitos de dependência-independência mereceram particular atenção nos trabalhos de De-Nour. (105)

E, Bouchet conclui : "...A necessidade de uma preparação do doente implica a avaliação dos ideais de cada um (doente, enfermeiro e médico) que vem intencionalizar a noção de cuidados, profundamente modificada pelo extremo tecnicismo, necessário à sobrevivência do doente". (88)

Conclusão :

O grau de integração da identidade do EU e a capacidade de testar a realidade apresentam-se em níveis de relativa normalidade.

No entanto, a negação, a depressão e a hostilidade aparecem como reacções de defesa à situação frustrante de " estar em diálise " e traduzem uma forma de superá-la, bem como uma forma de proteger o seu EU de conflitos intrapsíquicos .

Assim, a dependência, as alterações diversas do esquema corporal, a perda de líbido e sintomas como a sede, impotência e outros, são fantasiados através de significados que cada um lhes atribui e constituem ameaças do EU.

No nosso trabalho tornou-se bem evidente quanto foi depreciado o EU, tanto pela análise de Osgood como pela avaliação do seu perfil. Ainda foi notória a constatação de formas de defesa como a negação e a depressão, nos resultados do T.A.T.. Embora não se tenha registado uma morbilidade psiquiátrica digna de interesse , foi, porém, manifesto que esse maior desajustamento se encontrou mais na população dos "não adaptados". Por outro lado, pensamos, devido a razões da nossa experiência, que um acompanhamento destes doentes poderá com mais rigor, contribuir para o estudo da incidência de psicopatologia.

VIII.5. DISCUSSÃO FINAL

1. As quatro etapas que constituem esta Investigação traduzem o que todos os autores citados constataram: a hemodiálise é uma área-problema em que o doente está em estreita ligação e dependência com múltiplos aspectos para além da "máquina" e que modelam o seu comportamento, num sentir sobressaltado e acautelado face ao quotidiano da sua vida .

A problemática central do existir e do morrer persiste ao longo do tempo. De um modo geral, as pessoas em hemodiálise têm diferentes formas de reagir à situação e apesar da falência do EU, conseguem um certo ajustamento.

Os sentimentos controversos, desde o optimismo ao desespero, influenciam as soluções para enfrentar a sua vida. Esta não parou e exige o mesmo de todos: actividade e eficiência. O seu nível de rendimento é inferior aos demais e por isso há necessidade de apoio social, disposições ocupacionais , resolução de problemas económicos, suporte afectuoso e atento da família e uma certa forma de assistência médica .

2. **As formulações hipotéticas para a nossa tese científica,** implícitas na nossa investigação, não nasceram em ideias esvaziadas de conteúdo vivencial surgidas do acaso ou das nossas ideias, mas sim, surgiram da observação de factos e vivências junto dos dialisados, numa sequência metódica, ao longo do trabalho.

Assim, logo de início, pensámos na **primeira hipótese:** o critério utilizado em Nefrologia, especialmente o do nosso meio, seria insuficiente para julgar da boa ou má adaptabilidade do doente.

A **segunda hipótese** decorreu do estudo de factores sóciofamiliares: tendo o cônjuge um papel junto do doente, descrito como importante, importava esclarecer se o seu maior afecto favoreceria a adaptação e se não contribuiria para piorar o modo de comunicar do doente.

A terceira hipótese: sendo a negação uma forma de lidar do doente com a sua situação, haveria um grau em que seria valorizada como factor favorável de ajustamento biopsicossocial à diálise.

3. A Definição da "adaptação" nos termos em que ela é compreendida pela equipa médica de Nefrologia traduz a intenção fundamental que é a de prevenir o presente e futuro do doente face aos problemas orgânicos e face à sua ocupação social e profissional .

A confiança em relação à "aderência" tem-se dilatado (com tolerância nunca esperada há anos atrás), tendo por base o argumento de se poder controlar actualmente o estado físico dos doentes por uma diálise mais bem dirigida, a partir de indicadores mais precisos

como, por exemplo, o TAC (ureia).

Admite-se cada vez mais que a transplantação seja uma solução de recurso para os doentes e sobretudo para os que se apresentam com dificuldades de ajustamento na diálise.

O modelo médico persegue a ideia de " curar " o doente numa situação em que se consegue só um equilíbrio e em que persiste uma dependência constante.

Por outro lado, se a adaptação fosse definida pelos doentes decerto que eles estabeleceriam condições de actuação a partir das suas próprias exigências de bem estar; a saber : uma ausência de queixas de carácter físico , uma pontualidade e disponibilidade incondicional por parte do pessoal de enfermagem e médico e uma sempre atenta e boa execução instrumental (aferida, por exemplo, em todas as sessões, pela punção da fístula).

No nosso trabalho tomámos em linha de conta o 1o. critério e constituimos as duas amostras de doentes que chamámos a uma, "adaptada" e à outra, "não adaptada".

O que constatámos, foi que o comportamento face à adaptação teria de ser aferido também nas suas ressonâncias afectivas e volitivas, enfim, teria de ser pensado em termos do EU do doente e das pressões do meio em que vive.

Pretendeu-se com o conceito de "aceitação da doença" uma forma de convergência dessas duas atitudes. Assim o procurou De-Nour (108, 150). Seria transcender a realidade, se nos pronunciássemos a favor disso com base nos nossos resultados.

No entanto, foi possível verificar que a "Negação"

de maior grau estaria mais próxima de um comportamento inadaptado e que a de menor grau seria compatível com uma boa adaptação biopsicossocial. (ver Gráfico IX) (Quadro XX b))

A população estudada através do Indicador de Tensão Familiar mostrou-se, quando menos adaptada, com menor capacidade de receber mensagens dos outros e de comunicar algo de si própria, com menos capacidade de subsistir por si mesma, e com maior dependência. O estar menos adaptado não pareceu depender da atitude mental ou do afecto do cônjuge, no entanto, estes foram dependentes da comunicação que estabeleciam entre si, ainda do modo de subsistir e do apoio dos familiares.

Esta dependência estreita entre estes itens parece recíproca, pelo que podemos dizer que o doente e o cônjuge estão em tal situação que o apoio de um influi necessàriamente o outro, e, o seu funcionamento acaba por ser dependente das interacções múltiplas que pertencem ao seu meio social.

Também se concluiu que a menor dependência seria correlacionada com a melhor comunicação e esta, por sua vez, com a melhor atitude e o maior afecto do cônjuge. Assim, este pode ser, pois, um factor de sucesso ou de fracasso na adaptação do doente.

A negação "ligeira" também introduz na problemática familiar uma maior independência do indivíduo face a atitude mental do cônjuge cujo afecto tambem não depende da capacidade de receber mensagens do doente. Assim, no cônjuge, a correlação entre a sua atitude mental e o seu afecto passa a ser não significativa e a não depender da

capacidade que têm os familiares de prover às necessidades da situação. A negação "ligeira" ainda poderá camuflar a expressão de sofrimento que torna a população de doentes " adaptados", definida com critério "nefrológico", como globalmente ajustada.

O T.A.T., o teste projectivo aplicado aos doentes "adaptados", denunciou uma ausência acentuada de "soluções" e isso, em especial, nas placas 3 BM (posição depressiva com tradução corporal) e na placa 13 (expressão da sexualidade e agressividade no casal). Nesse teste as soluções encontradas para a resolução do conflito exposto oscilaram entre a solução "adaptada" e a "ausência " de solução. O ser adaptado seria um estado e seria também um processo, em que o "estar-se bem " e o "estar-se ausente " pertenceriam à mesma linguagem.

O "Estou adaptado" psicológico não é totalmente sobreponível ao "Está adaptado " nefrológico .

E, o estudo dos casos mais significativos desta investigação ilustrou como a história que o doente tem para nos contar era importante para a sua compreensão e ajuda. Na realidade, se os critérios aceites, no inicio desta investigação, como de "adaptação" (que designámos por nefrológica), são indispensáveis, não parecem, contudo, suficientes numa perspectiva global psicossomática. Se a situação de desafio e ameaça constante não impede uma profunda desvalorização do Eu e a elevação de valores de neuroticismo, bem como projecções de desespero e de depressão, o modo de lidar com a mesma será também factor necessário à adaptação.

Nesta perspectiva, nos nossos trabalhos, ressalta o papel desempenhado pelo equilíbrio dinâmico entre a aceitação da doença e dialògicamente a sua negação ligeira e, por outro lado, a harmonização das tensões familiares, sobretudo nas duas dimensões, "autonomia" e "comunicação" (capacidade de receber mensagens e de comunicar algo de si). Esta diminuição da "tensão familiar" que a negação "ligeira" fomenta, permitiria atenuar, por um lado, o *stress* contagiado à família e, retroactivamente, aumentar o suporte que esta pode constituir física, social e emocionalmente com nova redução do *stress* do indivíduo.

Todas estas circunstâncias (e outras possíveis que o nosso trabalho não abordou) constituiriam um campo de força psicossocial facilitador da aderência ao tratamento, de superação do infortúnio e da dolência, da ocupação, logo, da adaptação global.

Os nossos resultados obrigam, pois, a um modelo de actuação que priveligie todas as iniciativas no sentido de se modificar a ideia de curar também para uma ideia de ajudar a mudar. A psicoterapia seria orientada para ajudar a resolver as hipo e hipertrofias do lidar do doente com as situações e acompanhar a superação e controlo que ele próprio ensaia na resolução dos seus conflitos. Um objectivo pragmático de comunicação seria então a elacção mais importante a tirar da nossa Investigação.

IX- BIBLIOGRAFIA

1-ABRAM, H.S. (1968) -" The psychiatrist, the treatment of chronic renal failure, and the prolongation of life-I". *Am. J. Psychiatry, 124(10):1351-1358.*

2-ABRAM, H.S. (1969) -"The psychiatrist, the treatment of chronic renal failure, and the prolongation of life -II". *Am.J. Psychiatry, 126(2):157-167.*

3-ABRAM, H.S. (1972) -"The psychiatrist, the treatment of chronic renal failure, and the prolongation of life -III". *Am.J. Psychiatry, 128(12):84-89.*

4-ABRAM, H.S. (1974) -"The uncooperative hemodialysis patient : a psychiatrist viewpoint and a patient commentary", in *Living or Dying* (Ed.-N.Levy), Charles C. Thomas Publ.:50-62.

5-ABRAM, H.S.; MOORE; WESTERVELT (1971) -"Suicidal behavior in chronic dialysis patients". *Am.J.Psychiatry, 127(9):1199-1204.*

6-ABRAMS, LOUISE A. (1980) -"A study of Group Therapy with dialysis patients: the integration of Education into the Therapeutic Group process". *Dial. Transpl. , vol.9(3):213-217 e 282*

7-AFFLECK, J.; MAC GUIRE, J.R. (1984)" The measurement of Psychiatric Rehabilitation Status". *Brit.J.Psych.,* 145:517-525.

8-AGASHUA, P.A. e AA. (1981)-" Predicting dietary non-compliance of patients on intermittent haemodialysis" *J.Psychosom.Research., vol.25(4): 289-301.*

9-ALEXANDER, LINDA (1976) -"The double-bind theory and hemodialysis". *Arch. Gen. Psych., 33:1353-56.*

10-ALMEIDA, J.M. CALDAS (1985) - *A Adaptação do Insuficiente Renal Crônico à Hemodiálise* , dissertação da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.

11-ALTMAN, D.C. (1981) -" Statistics and ethics in medical research". *Brit.Med.J., 282:44-47*

12-ANDERSEN E LAERUM, H. (1980)-"Psychogenic psychoses" *Acta Psych. Scandinavica , 62:331-342.*

13-ANTOINE, B. (1974) -" vivre sans reins " *Nouv.Press Med., 3(17):1063-1065.*

14-ANTHONY, E. (1970)-"The impact of mental and physical illness on family life".

15-APFEL, R.; SIFNEOS, P. (1979) -" Alexitimia: concept and measurement"
Psychotherapy Psychosomatic, 32: 180-190.

16-BAHN, ANITA K. (1983) "Application of Statistics to Psychiatry", in *Comp. Textbook of Psychiatry* de Freedman, Kaplan e Sadock, Cap. 7: 614-639.

17-BALINT, M. - (1966) *Le medecin, son malade et la maladie"* Ed. Payot-Paris-1966)

18-BARAHONA FERNANDES (1966) - "Um modelo teórico da personalidade em situação"
Jornal do Médico; 625-644.

19-BARAHONA FERNANDES (1984) -"Perspectiva antropocientífica da psicopatologia do homem perturbado"
Psicopatologia; 4: 363-372.

20-BARNES, KATHLEEN T. (1980)- " Using transactional analysis to reduce staff stress in dialysis "
(Dial. Transpl. 9(9): 860-867

21-BARRETO, JOÃO- (1984) *Envelhecimento e Saúde Mental - Estudo de Epidemologia Psiquiátrica*
Dissertação da Universidade do Porto.

22-BARSKY, A. - " Patients who amplify bodily sensations "
Annals of Internal Medicine, vol. 91; 63-70.

23-BASCH, SAMUEL (1980)-" Emotional dehiscence after sucessfull renal transplantation ".
Kidney International, vol. 17; 388-396.

24-BEARD, B. H. (1969)-" Fear of death and fear of life "
Arch. Gen. Psychiatry, vol. 21: 373-380.

25-BECK, A. T.; RUSH, A. J.; BRIAN, E. S.; EMERY, G. (1979)
Cognitive therapy of depression,
Ed. John Willey & Sons, 1979

26-BLOCH C. (1975) -" Le jeu de rôle partiel (méthode de formation a l'entretien d'exploration de personalité"
Psychoterapy Psychos., 25: 180-187.

27-BLOOM, V. (1981)-" Functions of a liaison psychiatrist in a Kidney Center " *Dial. Transpl. 10(1): 51-55.*

28-BRAMMER, L. M. E ABREGO, P. J. (1981) -" Intervention Strategies for coping with transitions "
The Counseling Psychologist, vol. 9(2): 20-30.

29-BRENNER, B. M.; LAZARUS J. M. (1980) -" Chronic renal failure" in *Harrison's Principles of Internal Medicine* , Ed. McGraw Hill-1980)

30-BRODY, DAVID (1980) -" The patient's role in clinical decision-making". *Ann. Int. Med. , 93: 718-722.*

31-BUGE A.e AA. (1979) -" Encephalopathie Progressive des dialyses "
Nouvelle Presse Medicale, 1071-1074.

32-BURNETT, G. (1980)
-" Neuropsychiatric Syndromes in hemodialysis: a revew ". *Dial. Transpl. , vol. 9: 925-926.*

33-CALLAND, C. H. (1972)-"Iatrogenic problems in end stage renal failure" *N. Engl. J. Med. , 287: 334-336.*

34-CARDOSO, CAMILO (1971)- *A Psicometria da Detereoração Mental* . Dissertaçao da Universidade de Lisboa

35-CARDOSO, RUI MOTA (1985)- *Enfarte do miocárdio factores de risco da pessoa em situação* Dissertação da Universidade do Porto

36-CARDOSO, RUI MOTA; LUME, J. ; COELHO, R. A. (1980) -" Pai, mãe e eu no espaço semântico do jovem ansioso "
Psicologia, vol. 1; 1: 65-72.

37-CARDOSO, RUI MOTA; LUME, J. ; COELHO, R. A. (1980) -" Seis teses para a Instituição da Psicologia Médica "
Jornal do Medico, 1875; 262.

38-CLARK, ROSALIND e AA. (1969) -" Psychological aspects of dialysis: Semantic Differencial study "
Psychol. Medicine (9): 55-62

39-COELHO, RUI ALMEIDA (1986) - *Hipertensão arterial essencial* Dissertação da Faculdade de Medicina do Porto.

40-COENTRO, MARIO JORGE (1981) - *L'entité clinique état-limite* Dissertação da Universidade de Lausanne.

41-CORDEIRO, J. C. DIAS (1979)- *O adolescente e a família.* Ed. Morais

42-CORTESÃO, E. L. (1973) -"Psicogenia dos estados depressivos" *"O Médico", LXVII; 721-730.*

43-CORTESÃO, E. L. (1980) -"O Médico e o outro. A relação médico-doente nos anos 80"
Acta Médica Portuguesa (2).

44-COVINO, N. e AA. (1983) -" Characteristics of Depression of Chronically Ill Medical Patients"
Psychotherapy Psychosomatic, 39: 10-22.

45-CRAMOND, W. A. ; KNIGHT P. R. ; LAWRENCE J. R. (1967)-"The psychiatric contribution to a renal unit undertaking chronic haemodialysis and renal homotransplantation" *(Brit. J. Psych. , 113: 1201-12*

46-CROWN'S E CRISP, A (1966) -" A short clinical diagnostic self-rating scale for psychoneurotic patients " *(Brit. J. Psych. , 112: 917-923*

47-DAPHNE CLOAG (1985) -" Rehabilitation in psychiatric conditions: psychological approaches and support, the family,and activities "
Brit. Med. J. ,vol.290:1059-1062.

48-DEBER,R.B. e AA.(1982) -" Choice of treatment :What factors are important ?" *Dial.Transpl.II (12).*

49-DEMBO T.;LEVITON,L.;WRIGHT,B.A.(1961) -" Adjustment to misfortune-a problem of social psychological rehabilitation" *Artificial Limbs;86-100;1961.*

50-DEROGATIS,L.E MELISARATOS (1983) -" The Brief Sympton Inventory an introductory report "
Psychol. Medicine,13:595-605.

51-DEROGATIS,L.e AA.(1976) -" The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale " *Brit. J. Psychiatry,128:280-289.*

52-DINMAN,BERTRAND (1980) " The reality and acceptance of risk " *Jama;9.*

53-DUFOUR,J.J.;GARRONE (1960) G. -" O mèdico,o doente e a sua dieta" *Folia Psychop.-Roche-11;1960*

54-DUNCAN M.GEDDES (1985) -" Quality of life "
Clinical in Oncology,vol.4(1):161-176.

55-DUNEA G.e AA.(1978) -" Role of aluminium in dialysis dementia" *Ann. Int. Med. ,88(4):502-504.*

56-EIRADO SILVA,Maria LUCIA (1981) *" Interpretação de testes projectivos ".* Ed.Campus-Brasil.

57-ELLIOT,H.L. e AA.(1980) -"Dialysis encephalopathy - evidence implicating Aluminium"
Dial. Transpl. ,9(11):1027-1029.

58-ENDICOTT,J.E SPITZER,R.(1978) -" A Diagnostic Interview:The schedule for affective disorders and schizophrenia" *Arch.Gen.Psych.,35:837.*

59-ENGEL,K.(1978) -"Testing cooperation in parents with children destined for home dialysis"
Psychoth. Psychosomatic,30:28-36.

60-EYSENCK,H.J.(1960)- *The Structure of Human Personality* , Ed.Methuen & Ca.Lda.

61-EYSENCK,H.J.; EYSENCK,S.B. (1964) - *Manual of the Eysenck Personality Inventory* Hodder-Stoughton

62-FARMER,C. J. e AA.(1979 -" Survival on home hemodialysis : its relationship with physical symptomatology, psychosocial background and psychiatry morbidity" *Psychol.Med.,9:515-523.*

63-FERNANDES,AZEVEDO (1961) - *Psicoterapia-técnica e clínica* Ed.Livraria Lopes da Silva,Porto.

64-FERNANDES, AZEVEDO (1977) -" Comunicação e Ajuda "
"O Médico", 1352: 162-169.

65-FERNANDES, AZEVEDO (1978) -" Comunicação-Psicoterapia"
Jornal do Médico, 1817: 509-526.

66-FERNANDES, AZEVEDO (1985) -" Psicoterapias de C.G. Jung e D. Wyss em paralelo e confronto "
Jornal "O Médico", ano 113; 265-275.

67-FINKELSTEIN, FRED.; STEELE, THOMAS (1978) -"Sexual disfunction and chronic renal failure"
Dial. Transpl., 7(9): 877-878 e 923

68-FINKELSTEIN, FRED.; FINKELSTEIN, S. (1981) -"Evaluation of sexual dysfunction of the patient with renal failure" *Dial. Transpl., 10(11): 921-924.*

69-FISHER, LAWRENCE (1977) -" On the classification of families" *Arch. Gen. Psych. , vol. 34, Abril 1977.*

70-FONSECA, A. FERNANDES 1959) - *Análise heredo-clínica das perturbações afectivas*
Dissertação da Universidade do Porto.

71-FONSECA, A. FERNANDES (1965)
- "Factores sociais em Psiquiatria", in *Livro de homenagem ao Prof. Fernando Fonseca-Lisboa*

72-FONSECA, A. FERNANDES (1965)-" Affective equivalents "
British Journal of Psychiatry, 109; 464; 1965.

73-FONSECA, A. FERNANDES (1985) - *Psiquiatria e Psicopatologia* , Fundação Calouste Gulbenkian.

74-FRANCKL, VIKTOR- *Um psicólogo no campo de concentração* , Editorial Aster.

75-FREEDMAN; KAPLAN; SADOCK (1983) - *Comprehensive textbook of Psychiatry*
Williams & Wilkins Co. Baltimore.

76-FREEMAN, F.S. (1962) - *Teoria e prática dos testes psicológicos* Fundação Calouste Gulbenkian.

77-FROELICH, R.E.; BISHOP, F.M. (1977) - *Clinical Interviewing skills* , Ed. Mosby.

78-GARDNER, DAVID e AA. (1982) -"The eating attitudes Test: psychometric features and clinical correlates", *Psychol. Medicine, 12: 871-878.*

79-GARDNER, J. (1981)"Hiperdietism-its prevention, control and relation to compliance in dialysis and transplant patients" *Dial. Transpl. 10; 1: 57-59+68*

80-GIBBONS, L.K. (OPS/OMS) (1980) -" La investigacion en enfermaria: um campo interdisciplinario "
Educacion medica y salud, vol. 14; 1: 76-93.

81-GLASSMAN, B.e SIEGEL A. (1970)-"Personality correlates of survival in a long-term hemodialysis program" *Arch. Gen. Psych. , vol. 22: 566-574.*

82-GOLDBERG, R.J. (1983) -" Systematic Understanding of cancer patients who refuse treatment " *Psychoth. Psychosomatic, 39: 180-189.*

83-GOLDSTEIN, A.M. e AA. (1971) -"Suicide in Chronic Hemodialysis patients from an external locus of control framework". *Am. J. Psychiatry , 127; 9: 1204-1207.*

84-GONÇALVES, PEDRO e FIGUEIREDO, EURICO (1982)-"Aspectos psicossomàticos dos tumores malignos: uma revisão", *Bol. do Hosp. G. St. Antònio, 2(7): 19-30.*

85-GONÇALVES, PEDRO (1980)-"Perspectiva psicossomàtica na pràtica de um Hospital Geral", *J. Mèdico: 203-212*

86-GOODWIN & GUZE (1981) - *Diagnòstico da doença mental* Ed. Artes Mèdicas.

87-GORDON, L.V. (1982) - *Inventaire de Personalité de L.V. Gordon- -GPP-I* , Ed. du Centre de Psychologie Appliquèe.

88-GRANDJEAN, V.M.E BOUCHET, P. (1983) -" E'tude des troubles psychiatriques et des effets traumatiques lies a l'hemodialyse chronique " *L'Evolution Psychiatrique , 48; 4: 973-988*

89-GRAYSON, MORRIS (1950) -" The concept of acceptance in physical rehabilitation". *Military Surgeon; 107: 221-226; Set50)*

90-GUTMAN, ROBERT A.e AA. (1981) -" Physical activity and employment status of patients on maintenance dialysis" *The New Engl. J. Med. , 304: 309-313.*

91-HACKETT, T.P.e CASSEM, N.H. (1974) -" Development of a quantitative rating scale to assess Denial " *J. Psychoss. Research, 18: 93-100.*

92-HALLIGAN, F.G. (1983)-"Reactive depression and Chronic Ilness: Counseling patients and their families" *The Personnal and Guidance J. vol. 61; 7: 401-405.*

93-HASTINGS, CATHERINE (1982)" Development and Evaluation of a Support Program for renal patients and their partners " *Dial. Transpl. 2(12): 1101-1106.*

94-HILGARD, E. e ATKINSON R.- *Introdução à Psicologia* Ed. Companhia Editora Nacional 2a. Edição

95-HILL, O. (1977) -" The psychological management of psychosomatic diseases " *Brit. J. Psych. , 131: 113-126.*

96-HOUAREAU, M. J. (1978) - *L'Inconscient devoilé par les tests projectifs,* Ed. Centre d'Etudes et de Promotion de la Lecture, Paris.

97-HOROWITZ, MARDI e AA. (1977) -"Life events questionnaires for measuring presumptive stress" *Psichosomatic Medicine, vol. 39; 6: 413-431.*

98-IRA S. HALPER (1971) -" Psychiatric Observations in a Chronic Hemodialysis Program " *Medical Cl. North America, vol. 55; 1: 177-191.*

99-JENSEN, GORDON D. (1982) -"Expectation of death: case reports with implications for Medical and Psychiatric Care" *Psychoth. Psychosomatic, 33: 871-878.*

100-JUDITH G. D'AFLITTI; DONNA SWANSON -" Group sessions for the wives of home dialysis patients " *Am. J. of Nursing, vol. 75(4): 633-635.*

101-KALL , R. e AA. (1980) -"Physical Illness manifesting as psychiatry disease " *Arch. Gen. Psych., vol. 37: 989-995.*

102-KAPLAN DE-NOUR (1968) -" Emotional problems and reactions of the medical team in a chronic hemodialysis unit " *The Lancet, 9: 987-991.*

103-KAPLAN DE-NOUR (1969) -"Some notes on the psychological significance of urination" *J. Nerv. Ment. Disease, 148; 6: 615-623.*

104-KAPLAN DE-NOUR (1970) -" Psycotherapy with patients on chronic hemodialysis " *Brit. J. Psychiatry, 531: 207-215.*

105-KAPLAN DE-NOUR e CZACZKES, J. W. (1972) -" Personality factors in chronic hemodialysis patients causing non compliance with medical regims " *Psychosomatic Medicine, 34; 4: 333-344.*

106-KAPLAN DE-NOUR; CZACZKES, J. W. (1975) -"Personality factors influencing vocational rehabilitation" *Arch. Gen. Psych. , 32; 5: 573-577*

107-KAPLAN DE-NOUR e A. KAPLAN (1979) -" Adolescents adjustment to chronic hemodialysis " *Am. J. Psychiatry; 136; 4 A: 430-433.*

108-KAPLAN DE-NOUR (1982) -"Psychosocial Adjustment to Illness scale P. A. I. S.): a study of Chronic Haemodialysis Patients" *J. Psychos. Research, 26; 1: 11-22.*

109-KUTNER, NANCY G. e AA. (1985) -" Assessing depressìon and anxiety in Chronic Dialysis patients " *J. Psychos. Research, 29; 1: 23-31.*

110- LAZARUS, R.S. (1966) - *Psychological stress and the coping process* , Ed. McGraw Hill.

111-LEVENSON, JAMES L.e AA. (1984)" Denial predicts favorable outcome in unstable angina pectoris " *Psychos. Medicine, vol. 46; 1:25-32.*

112-LEVY, NORMAN (1974) - *Living and Dying: adaptation to hemodialysis* Ed. C. Thomas-Springfield Illinois.

113-LEVY, NORMAN (1976)- *Coping with maintenance hemodialysis. Psychological considerations in the care of patients in clinical aspects of Uremia and Dialysis, pg. 53-68.* Ed. C. Thomas-Springfield Illin.

114-LEVY, NORMAN (1977) -" Psychological studies at the Downstate Medical Center of Patients on hemodialysis ", *Med. Cl. North America, vol. 61; 4:759-769.*

115-LEVY, NORMAN e WYNBRANDT, G. (1975) -" The quality of life on maintenance haemodialysis " *The Lancet; 14; 1328-1330.*

116-LIEF, HAROLD e AA. (1963) - *The psychological basis of medical practice* , Ed. Hoeber.

117-LINKOWSKI, D.C. (1971)"A scale to measure acceptance of disability" *Rehab. Couns. Bul., 14:236-244.*

118-LINKOWSKI, D.C. (1969) - *A Study of the relationship of acceptance of disability to response to rehabilitation* " Dissertação da State University of New York at Buffalo.

119-LIPOWSKI, Z.L.; DON R. LIPSITT; PETER C. WHYBROW (1977) *Psychosomatic Medicine* Oxford University Press.

120-LIVESLEY, W.J. (1982) -"Symptoms of anxiety and depression in patients undergoing chronic haemodialysis", *J. Psychos. Research, 26; 6:581-584.*

121-LUME, JORGE (1982) "Comunicação-linguagem não verbal" *Psiquiatria Clínica; 3(4):175-178.*

122-LUME, JORGE (1982) -"A actuação do médico face às formas do adoecer". *Rev. de Psiq. Dep. Saúde Mental do Porto-II:5-13.*

123-LUME, J.; COELHO, R.A.; ARAUJO, M.; SEABRA J.C.; FLORES, ISABEL; BARROS, H.; CEREJO, J.M. (1980) -"O comportamento peculiar do diabético". *J. "O Médico"; 1510:288-294.*

124-LUME, JORGE (1981) -" Um prefácio à tradução para português do livro -Clinical Interviewing Skills (Froelich e Bishop)". *Psiquiatria Clínica , 2, (3); 175-179.*

125-MAHER, BRENDAN A.e AA. (1983) -" Psychosocial aspects of chronic hemodialysis: The National Cooperative Dialysis Study "
Kidney International, vol.23; Supl.13:550-557.

126-MAISONNEUVE, J. (1967) - *A dinâmica dos grupos*
Ed. Livros do Brasil-1967)

127-MARKS , I. (1970)-" Patterns of meaning in psychiatry patients: Semantic Differential responses in obcessives and psycopaths "
in *Psicopatia* -Ed. Liv. Tec. Cient.-Rio Janeiro)

128-MARQUES TEIXEIRA (1985) - "Alterações biopsiquicas" in *Curso de Psicopatologia* coord. Guimarães Lopes-H. Conde Ferreira)

129-MAURIN, JUDITH e SCHENKEL, J. (1976) -" A study of the family unit's responses to hemodialysis "
J. Psychos. Research, vol.20:163-168.

130-MENDELS, JOSEPH (1972) - *Conceitos de Depressão*
Livros Tècnico-Cientifico Editora Lda..

131-MILLER, R.e AA. (1980) -"Compliance with renal diets: a revew and analysis". *Dial. Transpl. 9(10):968-971.*

132-MINUCHIN, S. (1979) - *Familias y terapia familiar* "
Ed. Gedisa S.A. Barcelona-1979

133-MOLUMPHY, S.D. (1984)-"Stages in the family therapy of dialysis patients " *Dial. Transpl., 13;3:161-163.*

134-MOOR, LISE (1972)- *Elements de Psychologie Medicale,*
Ed. L'Expansion Scientifique Française.

135-MOOS, R.H. (1977) - *Coping with Physical Illness*
Plenum Med. Book Comp.-1977

136-NISKALA, H. (1982) -"Problem perception in hemodialysis patients and health professionals"
Dial. Transpl. , vol.11:978-981.

137-ORGLER, H. (1974)- *Ce qu' Adler a vraiment dit*
Marabout Universitè

138-ORMEL, J. (1980) -" Do neuroticism inventories measure personality traits or psychosocial stress ? "
Acta Psych. Scandinavica, vol.62:285.

139-OSGOOD, C.E. (1953)- *Method and Theory in Experimental Psychology* Oxford Univ. Press

140-OSGOOD, C.E.; LURIA, Z. (1954) -" A blind analysis of a case of multiple personality using the Semantic Differential" *J.Abn.Social Psychol., 49:579-591.*

141-OSGOOD, C.E.; SUCI, G.J.; TAUNEMBAUNM, P.H. (1957) - *The measurement of meaning*
Univ. Illinois Press-1957.

142-OSÓRIO, MARIA (1982) -" O insuficiente renal crônico, a hemodiàlise e os seus problemas "
Ed. Ass. dos doentes renais do Norte de Portugal.

143-OSÓRIO, MARIA-(1982) "O estudo dietètico dos doentes dialisados" Rel. do Serv. de Nefrologia do H.G.St. Antònio (não publicado)

144-PALMER, SALLY e AA. (1983) -"Vocational adaptation of patients on home dialysis: its relationship to personality activities and support received"
J. Psychos. Research, vol. 27; 3: 201-207.

145-PAUL BENARD E S. TROUVE' (1977)- *Sèmiologie Psychiatrique*, Ed. Masson.

146-PAYKEL, E. S. e ROWAN, P. R. (1979)-"Affective Disorders" in *Recent Advances in Cl. Psychiatry, pg. 37-89.*
Ed. Churchill-Livingstone

147-PETRICH, JOHN E HOLMES, THOMAS H. (1977) -" Life change and onset of illness "
Med. Cl. North America; 61; 4; Jul 1977.

148-PIERLOOT, R. A. (1979) -"Psychogenesis of Somatic Disorders"
Psychoth. Psichosomatic, 32: 27-40.

149-PINCUS; JONATAN E TUCKER (1974) *Behavioral Neurology*
Oxford University Press-1974.

150-POLL, IRA B. E KAPLAN DE-NOUR (1980) -" Locus of control and adjustment to chronic hemodialysis "
Psychol. Medicine, 10: 153-157.

151-PRICE, JAMES H. (1983) -" Sexual disfunction in male homosexual hemodialysis patients "
Dial. Transpl. 12(4): 293-295.

152-PRINCE, R. e AA. (1982) -" Life stress, Denial and outcome in ischemic heart disease patients "
J. Psychos. Research, 26; 1: 23-31.

153-PRISTAVE, R. J. E RILEY, J. (1983) -" Handling the disruptive dialysis patient - lessons of the Payton case " *Dial. Transpl, 12(8): 560-564.*

154-PROCCI, WARREN R. (1984) -" Male sexual functioning and maintenance hemodialysis: a prospective study"
Dial. Transpl., 13(2): 100-102.

155-RAY C.; LINDOP J.; GIBSON S. (1982) -" The concept of Coping ", *Psychol. Medicine, 12: 385-395.*

156-READING, ANTHONY (1977) -"Illness and Disease"
Med. Cl. North America, vol. 61; 4: 703-710.

157-REICHMAN, F.; LEVY, N. B. (1972) -"Problems in adaptation to maintenance hemodialysis. A four-year study of 25 patients", *Arch. Int. Medicine; 130; 6: 859-865*

158-RETAMAL, PEDRO (1984) -" Aspectos psiquiatricos del transplante renal " *Actas Luso-Espanholas, Psiquiatria y Ciencias Afines 12;5:299-304.*

159-RODRIGUES, CUSTODIO (1977) *Facilitação da actividade mnèmica* Dissertação da Universidade do Porto.

160-RODRIGUES, CUSTODIO e Colab. (1984) -"Acerca da importância para a formação mèdica da existência da vertente hospitalar nos serviços de Psicologia das Faculdades de Medicina" (Fac. Med. do Porto)

161-RODRIGUES, CUSTODIO E AA. (1985) - *Motivação* Ed. Contraponto.

162-ROGERS, C. R. (1975) -" Empathic: an appreciated way of being " *Counseling Psychologist;5:2-10.*

163-ROGERS, C. R. (1977) - *Tornar-se pessoa* Ed. Morais.

164-ROGERS, C. R. (1979)- *Psicoterapia e consulta psicolò-gica* , Ed. Morais.

165-ROZAS V. e AA. (1978) -" An outbreack of dialysis dementia due to aluminium in the dialysate " *Journal of Dialysis-1978*

166-SALMINEN, J. K. E AA. (Finl.) (1980) - "Psychosomatic disorder: a treatment problem more difficult than neurosis ?" *Acta Psych. Scandinavica 62:1-12.*

167-SANDLER, JOSEPH (1972) -"The role of affects in psychoanalytic theory" in *Physiology, Emotion & Psychosomatic Illness* (Ciba Found. Symposium 8)

168-SANTOPIETRO, M.; CHARLES S. (1975) -" Meeting the emotional needs of hemodialysis patients and their spouses " *Am. J. Nursing, 175(4):629-632.*

169-SCHAFFER, H. (1976) - *La psychologie d'Adler* Paris 1976

170-SCHAMBAUGH, PHILIP W. E KAUTER, S. S. (1969) - "Spouses under stress: group meetings with spouses of patients on hemodialysis". *Am. J. Psychiatry, 125(7)928-936.*

171-SCHEIBER, S. C. e AA. (1976) -" Dementia dialytica : a new psychotic organic brain syndrome " *Comprehensive Psychiatry , 17:781-785.*

172-SCHENTOUB, V. E SCHENTOUB, S. A. (1961) -" Recherche experimentale et clinique du theme "banal" dans le T. A. T. " Travail du Centre National de la Recherche Scientifique: *Psychiatrie de l'Enfant* P. U. F. 1961

173-SCHENTOUB, V. E DEBRAY, R. (1971) -" Fundaments du processus -T.A.T."
Bul. Psychologie, vol. 24: 12-15; 1970/71

174-SCHLEBUSCH, L. (1982) -" Can poor compliance in hemodialysis patients be predicted ? "
Dial. Transpl. , 11; 7: 601-602.

175-SCHMALE, A. H. (1983)-" Well-being of cancer survivors"
Psychos. Medicine, vol. 45; 2: 163-169.

176-SCHNEIDER, P. B. (1978) -" A psicologia do doente crônico " *Folia Psichop. Roche; 6.*

177-SCOTT TOWNE e AA. (1980) -" Psychological correlates of emotional adjustment in hemodialysis patients"
Dial. Transpl., 9; 4. 364-373.

178-SECHEHAYE, GUNN (1974) -"Aspects psychologiques de l' hemodialyse" *Medicine et Higiene, 113: 1311-1315.*

179-SECHEHAYE, GUNN-(1978)"Aspects psychologiques en Nephrologie"
Abregè de Medicine Psychosomatique -Massom

180-SEMEONOF, B. (1976) - *Personality assessment*
Penguin Books

181-SHEA e AA. (1985) -"Hemodialysis for chronic failure. IV. Psychological Considerations"
Annals of Internal Medicine, 62: 558-563.

182-SHORT e WILSON (1969) -" Roles of Denial in Chronic hemodialysis" *Arch. Gen. Psych. 20: 433-437.*

183-SIMMONS, R. G.; KLEIN, S. D. (1972)-"Family noncommunication: the search for kidney donors"
Am. J. Psychiatry, 129; 6: 687-692.

184-SIMOES, M. (1980) -"Theory of social selection and Mental Health of Emigrants"
Acta Psiquiàtrica Portuguesa, 26: 169-173.

185-SMITH, E. K. M. e AA. (1969) -" Haemodialysis in the home - problems and frustrations "
The Lancet; 22; 1: 614-617.

186-SMITH, MARC; HONG, BARRY; ROBSON, A. M. (1985)
"Diagnosis of depression in patients with end--stage renal disease" *Am. J. Med. 79: 160-166.*

187-SPITZER, ROBERT L. E WILLIAMS, JANET B. W. (1983) -
"Classification in Psychiatry" in *Comprehensive Textbook of Psychiatry* de Freedman, Kaplan e Sadock(1983), Ed. Williams & Wilkins CO.

188-SPITZER, WALTER E AA. (1981) -"Measuring the quality of life of cancer patients"
J. Chronic Disease; 34: 585-597.

189-STEWART, THOMAS E COLDIN, E.R. (1985) -" Use of projective testing on a Consultation-Liaison Service " *Psychoth. Psychosomatics, 43: 151-155.*

190-STEIDL, J.; FINKELSTEIN, FRED.; E AA. (1980) -" Medical condition, adherence to treatment regimens, and family functioning" *Arch. Gen. Psych. 37; 1025-27.*

191-STRELTZER (1984) -" A comprehensive model for providing psycho- social services to dialysis and transplant programs" *Dial. Transpl., 13; 2: 92-96.*

192-STRELTZER; FINKELSTEIN F.e AA. (1974) -"The spouse's role in home hemodialysis" *Arch. Gen. Psych. 33: 55-58.*

193-SULLIVAN, H.S. (1961) - *The psychiatry interview* Ed. Norton-1961.

194-SULLIVAN, P.A. e AA. (1977) -" Dialysis Dementia " *British Medical Journal, 2; 6089; 1977.*

195-SUSAN FINKELSTEIN E AA. (1976) -"Assessment of marital relationships of hemodialysis patients" *Amer. J. Medical Sciences, vol. 271; 1: 24-28.*

196-SUSSER, M. (1981) -" The epidemiology of life stress " *Psychological Medicine, vol. 11: 1-8.*

197-TAYLOR C.J. (1984)-"Alexithimia: concept, measurement, and implications for treatment " *American J. Psychiatry, 141: 725-732.*

198-TOM COX e AA. (1983) -" The nature and assessment of general well -being " *J. Psychos. Research, vol. 27; 5: 353-359.*

199-TORRES, A. ROMA; LUME, J. (1980) -" Aspectos psicossomáticos da Diabetes". *"O Médico"; 9; 1510: 295-298.*

200-TORRES, A. ROMA (1985) -"Epilepsia e familia" *"O Médico", vol. 113; 1758: 369-371.*

201-TOURNIER, MICHEL (1977)- *Vendredi ou la vie sauvage* Ed. Gallimard-1977.

202 ULAN, RAYMOND A. (1983)"Withdrawal from hemodialysis: a patient decides " *Dial. Transpl., 12 (5): 397-400.*

203-VALA, JORGE (1979) "Organizações de comunicação de massa e representações sociais: ensaio de metodologia " *Análise Psicológica, 2 (3): 407-413.*

204-VASCO, A.J.B. (1985)"Coping-dois modelos explicativos" *Jornal de Psicologia; 3: 22-26.*

205-VAZ SERRA (1972) - *A importância da personalidade no quadro clinico depressivo*
Dissertacao da Universidade de Coimbra.

206-VAZ SERRA (1980) -" O que e' a ansiedade ? "
Psiquiatria Clínica 1(2):93-104.

207-VAZ SERRA; PONCIANO; FREITAS J. (1980) -" Resultados da aplicação do Eysenck Personality Inventory a uma amostra de população portuguesa ".
Psiquiatria Clínica;1, (2):127-132.

208-VAZ SERRA (1980) -" Busca do especifico no inespecifico: perspectiva comportamental da relação terapêutica "
Psiquiatria Clínica,1, (1):21-29.

209-VIEDERMAN M. (1974) -"Adaptative and maladaptive regression in hemodialysis"
Psychiat.37;1:68-77.

210-W. BROWN (1978)
-"Lateralization: a brain model "
Brain and Language,5:258-261.

211-WAUTERS, J.P. (1980) -" A psicologia do doente em diálise crônica" *Folia Psichop.Roche;13.*

212-WEISMAN, AVERY D. - *Coping with cancer*
(Mc GraW Hill Book Co.)

213-WEISMAN, A.D. E HACKETT, T.P. (1961) -" Predilection to death: death and dying as a psychiatry problem "
Psychosomatic Medicine;23;232.

214-WELLS, CARL E RABINER, EDWIN (1973) -" The Conjoint Family Diagnostic Interview and the Family Index of Tension " *Family Process, vol.12:127-144.*

215-WESNER, J. (1981) -" Intervention with the denying patient in Dialysis and Transplantation "
Dial.Transpl.10(1):45-46.

216-WILSON, JAMES H. e AA. (1985) -"The validity of the SCL-90 in a sample of british men remanded to prison for Psychiatric tric Reports"
Brit. J. Psychiatry,147:400-403.

217-WING, J.; COOPER, J.; SARTORIUS, N. (1974) - *Measurement and Classification of psychiatric symptoms*
Cambridge University Press-London-1974.

218-WINOKUR, M.Z.; CZACKES, J.; KAPLAN DE-NOUR (1973)
"Inteligence and adjustment to chronic hemodialysis " *J. Psychosomatic;17:29-34.*

219-WISHNER, W.J.; O'BRIEN, M. (1978) -" Diabetes and the family " *Med.Clin.N.America,62:849-856.*

220-WRIGHT, R.G.; SAND, P.; LIVINGSTON, G. (1966)-"Psychological stress during hemodialysis for chronic renal failure" *Ann. Int. Med. , 64:611-621.*

221-WYSS, DIETER (1975) - *Las escuelas de Psicologia Profunda desde sus principios hasta la actualidade* Ed. Credon, Madrid.

222-WYSS, DIETER (1982)- *Der Kranke als Partner* Ed. Vandenhoeck & Ruprecht in Gottingen.

223-WOLBERG, LEWIS R. (1967) - *The technique of psychotherapy* (New-York-1967)

224-YANAGIDA E.H.; STRELTZER J. (1979) -"Limitations of psychological tests in a dialysis population" *Psychosom. Med., 41; 7:557-565.*

225-YANAGIDA, E.H.; STRELTZER J.; SIEMSEN A. (1981) -"Denial in Dialysis Patients: Relationship to Compliance and Other Variables " *Psycosomatic Medicine, vol. 43; 3:271-279.*

226-YELLIG, SUSAN e AA. (1980) -" Transplant: reality versus fantasy" *Dial. Transpl. 9(11):1040 e 1110.*

227-ZETIN, M. e AA. (1982) -" Amytriptiline stimulates weight gain in hemodialysis patients " *Clinical Nephrology, vol. 18; 2:79-82.*

228-ZIARNIK, J.P. e AA. (1977) -"Psychological correlates of survival on renal dialysis" *J. Nerv. Ment. Dis., 164; 3:210-213.*

229 ZUNG, W. (1965) -" A self-rating depression scale " *Arch. Gen. Psychiatry, 12; 63.*

X — ANEXOS

INVENTÁRIO DE DADOS PESSOAIS DO DOENTE

NOME:

1. Sexo 2. Idade 3. Profissão
4. Estado Civil (s)(c)(d)(v) 5. Escolaridade
6. Situação familiar do doente (vive so')(não vive so')
7. Membros da família (idades)

Pai	Irmãos(M)	Cônjuge	Filhos(M)
Mae	Irmãs (F)		Filhas(F)

8. Estrato social do doente

I-Grandes patrões e proprietários, profissões liberais de elevada competência e profissões de elevada competência técnica e/ou administrativa

II-Directores e quadros administrativos superiores, proprietários médios, profissões liberais, técnicas e equiparadas de competência média. Oficiais do Exército, Marinha, Força Aérea e paramilitares

III-Empregados de escritório e profissões equiparadas, comerciantes isolados por grosso e a retalho, clero e empregados de comércio, operários especializados e pequenos proprietários. Sargentos do Exército, Marinha , Força Aérea e paramilitares

IV-Artesãos e operários não especializados
Pessoal da GNR e GF
Soldados

9. Naturalidade 10. Residência (próximo do Centro)(fora)

11. Doença que ocasionou a I.Renal:
12. Início da doença (rápido) (insidioso) 13. Tempo de evolução
14. Início da diálise: (ano)(mês)(dia)
15. Tempo de diálise : (anos)(meses)
16. Duração da diálise: (frequência)(tempo)
17. Diurese 18. Peso inter-dialítico

18. Avaliação do stress
da doença física (peso)(forma)(força)(dores)(fístula)(outros)
da dieta: aderência (+)(-) sede (+)(-)(+/-)
hábitos (álcool)(outros)
compensação (bebendo)(comendo)
da máquina: por estar ligado
por efeitos somáticos
por acidentes (em si)(nos outros)
reacções (antes)(depois)

18. Avaliação dos 8 Indicadores de tensão familiar

I -Atitude mental do cônjuge face a doença
II -Afecto do cônjuge face ao doente
III-Capacidade de receber mensagens de comunicação
IV -Capacidade de comunicar aos outros algo de si
V -Interacções sexuais
VI -Modo de subsistir
VII-Dependência
VIII-Capacidade da família para satisfazer as necessidades do doente

19. Aceitação da doenca
20. Atitude face a transplantação
21. Acontecimentos vitais
22. Exames clínicos e/ou psicométricos
23. OBS.:

ESCALA DE ACEITAÇÃO DA DOENCA (LINKOWSKI)

1 -Uma incapacidade física pode limitar a vida de uma pessoa em alguns aspectos, mas, não significa que essa pessoa deva desistir e deixe de fazer alguma coisa pela sua vida.

2 -Devido a minha doença, sinto-me triste na maior parte do tempo

3 -Mais do que qualquer outra coisa, eu desejaria nao ter esta incapacidade.

4 -Doente, ou não, eu luto pela vida.

5 -O bom aspecto físico e a aptidão física são as coisas mais importantes na vida.

6 -A minha doença priva-me de fazer aquilo que eu gosto e de me tornar na pessoa que eu gostaria de ser.

7 -Eu avalio o progresso que tenho feito na reabilitação, e isso faz-me sentir uma pessoa adaptada, apesar da minha doença.

8 -Eu sinto-me mal quando vejo todas as coisas que os outros fazem, e que eu não posso fazer.

9 -A minha doença afecta aqueles aspectos da vida que eu mais prezo.

10-Embora doente, a minha vida e' uma vida "cheia".

11-Se uma pessoa não e' apta físicamente, não se sente totalmente uma pessoa.

12-Uma pessoa doente e' limitada de algum modo, no entanto, ainda existem bastantes coisas que ela pode fazer.

13-Na vida ha' coisas mais importantes do que o aspecto e a aptidão fisica.

14-Em determinados momentos, esqueço-me completamente que sou físicamente diminuido.

15-Para ter uma mente sã e' preciso ter um corpo bom e são.

16-Existem várias coisas que uma pessoa com a minha doença e' capaz de fazer.

17-Como a minha doença interfere em tudo o que eu tenho de fazer ela existe no meu pensamento na maior parte do tempo.

18-Se não tivesse acontecido esta doença, penso que seria uma pessoa muito melhor.

19-A minha incapacidade, em si, afecta-me mais do que qualquer outra das minhas características.

20-O tipo de pessoa que eu sou e a minha realização na vida são menos importantes do que nas pessoas sem doença.

21-Eu sei o que não posso fazer devido a minha doença e sinto que posso levar uma vida completa e perfeitamente normal.

22-Apesar de algum progresso na minha reabilitação, isso não e' muito importante uma vez que não poderei ser inteiramente são

23-Em relação a tudo, a minha doença entristece-me ao ponto de nada me alegrar.

24-O modo como uma pessoa conduz a sua vida e' bem mais importante do que ter aspecto e aptidão física.

25-Uma pessoa com a minha doença não e' capaz de disfrutar do prazer que a vida oferece.

26-A coisa mais importante neste mundo e' ser normal físicamente

27-Uma pessoa com determinada incapacidade encontra dificuldades especialmente em expandir os seus interesses e aptidões.

28-Eu acredito que o aspecto físico e'o que torna a pessoa no que e'.

29-Uma incapacidade física afecta a capacidade mental de uma pessoa.

30-Na situação em que me encontro sei exactamente quais as coisas que posso fazer e as que não posso.

31-Quase todas as áreas da vida são inacessíveis para mim devido à doença.

32-Devido à minha doença tenho pouco para oferecer aos outros.

33-Para além das muitas coisas, a nível físico, que sou incapaz de fazer, existem ainda outras em que eu também me sinto incapaz.

34-A honestidade e vontade de trabalhar são muito mais importantes do que a capacidade e a aparência física.

35-Aborrece-me bastante o modo como certas pessoas se oferecem para me ajudar.

36-Com a minha doença não existe um único lado da vida que não seja afectado em grande parte.

37-Embora eu possa admitir que as pessoas doentes possam ser aptas em muitos aspectos, nunca posso achar que elas possam fazer uma vida normal.

38-Uma incapacidade do tipo da minha e'a pior coisa que pode acontecer a alguém.

39-Mesmo que tentasse conseguir algo com grande esforço, ou mesmo que o conseguisse realizar, eu nunca poderia ser uma pessoa como outra sem a minha doença.

40-Não existe uma pessoa na minha condiçao que seja capaz de fazer algo e gostar realmente do que faz.

41-Devido à doença sou incapaz de gostar tanto das minhas relações sociais como gostaria se não fosse doente.

42-Existem mais coisas importantes na vida do que aquelas que a minha doença me impede de fazer.

43-Eu quero mais fazer aquilo que a minha doença me priva de fazer.

44-Devido à minha doença,a vida das outras pessoas tem muito mais significado do que a minha.

45-Várias vezes,quando penso na minha doença,sinto-me tão triste e deprimido que me torno incapaz de fazer o que quer que seja

46-Uma doença ou incapacidade muda completamente uma vida,originando um modo diferente de pensar sobre tudo.

47-Sinto que deveria de ser como as outras pessoas,mesmo ao nível das áreas onde a minha doença me limita.

48-A vida e'tao rica e completa em tantos aspectos que,por vezes esqueço-me por breves momentos que sou doente.

49-Devido à minha doença nunca posso fazer bastantes coisas que as outras pessoas podem fazer.

50-Sinto-me satisfeito com as capacidades que tenho e,a minha doença não me incomoda em demasia.

(O doente posiciona o seu acordo ou o seu desacordo ao escolher uma das 6 opções possíveis-isto e':concorda ou discorda muito,moderadamente ou pouco)

ESCALA DE NEGACÃO DE HACKETT-CASSEM

1-Demora em consultar sobre sintomas de descompensação orgânica (tempo que vai desde o início dos sintomas ate' a intervenção)

2-Outras pessoas tiveram-no que ajudar a decidir da necessidade de cuidados médicos.

3-O doente minimiza os sintomas presentes (isto e',sintomas observados na entrevista).

4-O doente comenta que nada se passa de mal consigo e que esta' bem para ir para casa.

5-O doente (no passado ou no presente) deslocou para outros órgãos a fonte real dos sintomas.

6-O doente prefere queixar-se de sintomas nao relacionados com a sua doença.

7-O doente queixa-se,critica ou censura o médico por restrições excessivas e desnecessárias no Centro.

O doente manifesta medo,alguma vez,sobre o seguinte:
8 - a morte
9 - outra crise ou equivalente
10- a invalidez
11- avaria do alarme do monitor
12- irregularidades no monitor
13- no "pico" dos sintomas

14-O doente faz apelos específicos para sentir segurança (por ex. "estou bem,não estou ?")

15-O doente sonha (quando no hospital)

16- O doente repete a mesma história de um modo estereotipado.

17-O doente nega verbalmente o medo de perigo ligado a acontecimentos presentes ou passados (ex.serviço,acidentes,doenças)

18-O doente descreve e lida com a tensão e com stresses de vida passados usando a negação.

19-O doente encolhe os ombros ou faz gestos de quem se pôe de lado quando fala de acontecimentos penosos (geradores de stress)

20-A história do doente ou as suas palavras revelam um estilo,actual ou anterior,de brincar com o perigo ou o risco.

21-O doente manifesta,pelo menos na aparência,uma despreocupação e jovialidade no encarar a vida.

22-O comportamento do doente no Centro e' caracterizado por indiferença,frieza e imperturbalidade.

23-O doente recorre a "clichés" para descrever atitudes face ao stress da vida,substima a preocupação,diz que não ha' razão para isso...

24-O doente refere-se a si próprio por apelidos ou nomes relacionados com força, indestructibilidade, austeridade, violência, imunidade para com o azar, ...

25-O doente coloca-se nas mãos da Providência ou da Sorte ou considera-se pessoa de sorte ... (leva uma vida boa...)

26-O doente desloca o medo da sua doença para a família: doentes mais velhos, mais fracos, mullher, filhos...
("e' a minha mulher que me aborrece, não a minha doença")

27-O doente projecta a doença ou fraquezas para a família, mulher filhos e outros.
("a minha mulher estava cheia de medo, mas eu, não ")

28-O doente desloca o tema da sua condição física para um problema financeiro.

29-O doente, logo após ser saudado, manifesta preocupação pela saúde do entrevistador.

30-Aptidão para descrever (caracteres físicos) os médicos e outras pessoas.

31-O doente evita perguntas directas.

INDICADOR DE TENSÃO FAMILIAR

I -Atitude mental do cônjuge face à doença do individuo

(-2) "ele nada faz e...podia fazer..."
(-1) "ele podia fazer mais,se tentasse..."
(0) "ele faz o que pode..."
(+1) "ele faz mais do que pode..."

II -Afecto do cônjuge face ao doente

(-4) com rejeição
(-3) com irritacão e hostilidade
(-2) "suporto,no entanto,eu também..." (irritação)
(-1) "suporto...que remédio!" (conformação)
(0) "aceito o que está a acontecer" (aceitação)
(+1) "aceito...e nada lhe faltará ..."
(aceitação e afecto)

III-Areas de Tensão

A-Emprego

(-2) "não trabalham fora de casa"
(-1) "trabalha só o cônjuge ..."
(0) "trabalham os dois..."
(+1) "trabalha só o doente..."

B-Modo de subsistir

(-5) "sem meios"
(-4) "ajudas de outros..."
(-3) "trabalho do cônjuge"
(-2) "proventos ou pensão do doente"
(-1) "algo do doente e do trabalho do cônjuge"
(0) "o trabalho dos dois"

C-Assuntos económicos pendentes

(-3) assunto não resolvido e de grande importância
(-2) assunto do "dia a dia" por resolver
(-1) assunto em resolução
(0) sem assunto pendente de importância

D-Tarefas domésticas (mènage)

(-1) "ele (o doente) não ajuda nada..."
(0) "ajuda no que pode..."
(+1) "ajuda o mais que pode..."

E-Convivio social

(-2) "convive muito menos..."
(-1) "convive alguma coisa..."
(0) "convive como dantes..."
(+1) "convive mais..."

F-Relações (Pais e Filhos)

(-2) o modo de agir do doente ocasiona ruptura
(-1) "o doente perdeu as suas ligações anteriores"
(0) "tudo como dantes..."
(+1) "liga-se preferencialmente aos filhos ..."
(+1) "liga-se preferencialmente ao cônjuge..."

G-Interacções sexuais

(-3) "sofre (o cônjuge) por não ter relacoes"
(-2) "o doente não tem interesse ou potência "
(-1) "as relações são menos de uma por semana"
(0) "as relacões são uma por semana"
(+1) "as relacões são mais de uma por semana"
(+2) "as relacões são em qualidade e frequência igual ao que era normal ..."

IV - Centro de gratificação

(-) "ele (o doente) prefere estar fora ..."
(+) "ele (o doente) prefere estar em família..."

V - Percepção do modo como o outro desempenha os seus papéis (diz o doente)

(-4) "ele (o cônjuge) esta' sempre a fazer mal..."
(-3) "ele (o cônjuge) não faz bem..."
(-2) "ele (o cônjuge) podia fazer melhor..."
(-1) "ele (o cônjuge) faz o que pode..."
(0) "ele (o cônjuge) faz bem..."

VI - Percepção do seu próprio desempenho (diz o cônjuge)

(-3) "faço sempre mal..."
(-2) "não tenho capacidade..."
(-1) "faço o melhor, mas nem sempre bem..."
(0) "faço bem..."

VII- Provocação de familiares

(-) "Sim"
(+) "Não"

VIII-Qualidade do afecto no seio da família

(-1) "pessimismo, mau ambiente..."
(0) "apoio..."
(+1) "apoio e encorajamento..."

IX - A- Grau de envolvimento com o outro

(-1) "cada um trata de si..."
(0) "ambos se amparam..."
(+1) "ele e ela so'se querem um ao outro"

- B- Harmonia

(-1) "andam sempre em discussões..."

(0) "tem as suas coisas, mas dão-se bem..."
(+1) "dão-se bem, ha' colaboracão..."

X - Necessidades do doente

A-Dependência (em tarefas pessoais do vestir, da higiene, da alimentação, das saídas de casa e resolução dos problemas do quotidiano)

(-3) "dependente quase sempre..."
(-2) "dependente muitas vezes..."
(-1) "dependente por vezes ..."
(0) "independente"

B-Autonomia

"afirma-se como pessoa..." (-1) (0) (+1)

C-Poder (nos assuntos relacionados com os outros)

(-3) "ele (o doente) não controla..."
(-2) "ele (o doente) submete-se..."
(-1) "ele (o doente) tenta dominar o outro..."
(0) "...por ambos os cônjuges..."

XI - Capacidade dos familiares (fora de casa) para satisfazer as necessidades do doente

(-3) "a família nao aceita a situação..."
(-2) "a família aceita mas mostra que ajuda..."
(-1) "a família e' aberta e receptiva..."
(0) "a família e' capaz de negociar e de resolver"

XII -Poder "dentro da família"

(-3) "inversão de papéis"
(-2) "o cônjuge sofre pelas responsabilidades que tem que assumir..."
(-1) "o doente delega no outro mas tenta impôr-se"
(0) "nada mudou..."

XIII-Capacidade do doente de comunicar aos outros (algo respeitante as suas próprias necessidades)

(-2) "ele esta' muitas vezes irritado com o outro"
(-2) fala pouco e não exterioriza os sentimentos negativos..."
(-1) "fala pouco, mas manifesta a sua mágua"
(0) "fala do presente, do passado e do futuro, mas evita algo de importante para si..."
(+1) "o doente fala de tudo (mesmo de sexo e morte)

XIV -Capacidade do doente de receber mensagens de comunicação (relativas as necessidades dos outros)

(-2) "não pode falar-se de tudo..."
(-1) "não pode falar-se de certas coisas..."
(0) "respeita a individualidade de cada um e procura um relativo bem estar..."
(+1) "esta' disposto a ouvir e a dar atenção..."
(+2) "esta' atento e atenua os receios do cônjuge"

INVENTÁRIO DE PERSONALIDADE (GORDON)

1 -a. E'uma pessoa muito sociável
  b. Tem falta de confianca em si próprio
  c. Entrega-se totalmente a qualquer trabalho
  d. Tem tendência para ser um pouco emotivo

2 -a. Não se interessa pela companhia das pessoas
  b. Não tem ansiedades ou tensões
  c. E' uma pessoa bastante insegura
  d. Assume o comando em discussões de grupo

3 -a. Actua com um certo nervosismo
  b. Tem grande influência sobre os outros
  c. Não gosta de reuniões sociais
  d. E' um trabalhador muito persistente

4 -a. Tem facilidade em travar conhecimento comas pessoas
  b. Não consegue fixar-se muito tempo na mesma tarefa
  c. Deixa-se conduzir com facilidade
  d. Não se descontrola mesmo quando se sente impedido de conseguir o que deseja

5 -a. E' capaz de tomar decisões importantes sem ajuda
  b. Não acamarada fácilmente com novas pessoas
  c. Tem tendência para estar tenso ou irritável
  d. Leva um trabalho ate' ao fim apesar das dificuldades

6 -a. Não esta muito interessado no convívio social
  b. Não toma a sério as responsabilidades
  c. E' sempre seguro e calmo
  d. Assume o comando em actividades de grupo

7 -a. E' uma pessoa em quem se pode confiar
  b. Perturba-se fácilmente quando as coisas correm mal
  c. Nao e' muito seguro das suas opiniões
  d. Gosta de estar acompanhado de outras pessoas

8 -a. Tem facilidade em influenciar outras pessoas
  b. Acaba sempre um trabalho mesmo que surjam obstáculos
  c. Limita as relações sociais a um pequeno número de pessoas
  d. Tem tendência a ser uma pessoa bastante nervosa

9 -a. Não faz amigos com muita facilidade
  b. Toma parte activa em actividades de grupo
  c. E' capaz de se ocupar de tarefas de rotina ate'as concluir
  d. Não tem equilíbrio emocional

10-a. E' seguro nas relações com os outros
  b. Melindra-se com facilidade
  c. Tem bons hábitos de trabalho
  d. Prefere manter um grupo pequeno de amigos

11-a. Fica irritado com certa facilidade
  b. E' capaz de dominar qualquer situação
  c. Não gosta de conversar com estranhos
  d. Entrega-se totalmente a qualquer trabalho

12-a. Prefere não discutir com as pessoas
b. E' incapaz de seguir um plano rápido de trabalho
c. E' uma pessoa calma e imperturbável
d. E' muito sociável

13-a. E' uma pessoa despreocupada e "descontraída"
b. Tem falta de sentido de responsabilidade
c. Não tem interesse em conviver com o sexo oposto
d. Tem muito jeito para lidar com as pessoas

14-a. E'-lhe fácil ser amável para os outros
b. Prefere deixar que os outros assumam o comando em grupo
c. E' da sua maneira de ser preocupar-se com as coisas
d. Leva ate'ao fim um trabalho quaisquer que sejam as dificuldades

15-a. E' capaz de influenciar as opiniões das outras pessoas
b. Não tem interesse em se associar a actividades de grupo
c. E' uma pessoa bastante nervosa
d. E' muito persistente em qualquer trabalho que empreenda

16-a. Tem uma maneira de ser calma e bonacheirona
b. Não consegue fixar-se na tarefa que tem entre mãos
c. Gosta de ter muita gente a sua volta
d. Não confia muito nas suas capacidades

17-a. Pode-se contar inteiramente consigo
b. Não procura a companhia da maior parte das pessoas
c. Tem bastante dificuldade em se descontrair
d. Toma parte activa em discussões de grupo

18-a. Não desiste fàcilmente de um problema
b. Tem tendência para ser um pouco nervoso
c. E' uma pessoa com segurança
d. Prefere passar o tempo na companhia de outras pessoas

19-a. E' um pensador muito original
b. E' uma pessoa um tanto vagarosa e calma
c. Tem tendência para criticar os outros
d. So' toma decisões depois de pensar muito

20-a. Acredita que todas as pessoas são essencialmente honestas
b. Gosta de não se preocupar muito com as coisas que faz
c. Tem uma atitude de curiosidade perante as coisas
d. Tem tendência a agir sob o impulso do momento

21-a. E' uma pessoa cheia de energia
b. Não se zanga com as outras pessoas
c. Não gosta de trabalhar em problemas difíceis e complexos
d. Prefere festas alegres a reuniões sossegadas

22-a. Gosta de discussões filosóficas
b. Fica cansado com certa facilidade
c. Pondera cuidadosamente os assuntos em que tem de actuar
d. Não tem muita confiança nas pessoas

23-a. Gosta de trabalhar principalmente com ideiás
b. Faz as coisas a um ritmo bastante lento
c. E' muito cauteloso quando toma uma decisão
d. Ha' um certo número de pessoas com quem acha difícil conviver

24-a. E' uma pessoa que se dispõe a tentar a sorte
b. Irrita-se fàcilmente com outras pessoas
c. E' capaz de fazer muito em pouco tempo
d. Dedica muito tempo a pensar em novos ideais

25-a. E' uma pessoa muito paciente
b. Procura sensações fortes
c. E' capaz de se manter a trabalhar por longo tempo
d. Prefere executar um projecto a planea'-lo

26-a. Sente-se muito cansado e abatido no fim do dia
b. Tem tendência para fazer julgamentos apressados
c. Não fica ressentido com as pessoas
d. Tem uma grande sede de conhecimentos

27-a. Não actua sob o impulso do momento
b. Fica irritado com os erros das outras pessoas
c. Não se interessa por exercer um pensamento crítico
d. Prefere trabalhar com rapidez

28-a. Tem tendência para ficar muito aborrecido com as pessoas
b. Gosta de andar sempre de um lado para o outro
c. Prefere não tentar a sorte ou correr riscos
d. Prefere um trabalho que exija pouco ou nenhum pensamento criador

29-a. E' uma pessoa muito cautelosa
b. Prefere trabalhar com vagar
c. Tem muito tacto e diplomacia
d. Prefere nao ocupar o espírito com pensamentos profundos

30-a. Perde rápidamente a paciência com as pessoas
b. E' um pouco menos resistente que a maior parte das pessoas
c. Tem tendência para ser criativo e original
d. Não procura muito a agitação e o bulício

31-a. Tem tendência para actuar por palpites
b. Possui grande vigor e energia
c. Não tem confiança nas pessoas ate' que elas provem merecer
d. Gosta de assuntos que envolvam muito reflexão

32-a. Não gosta de trabalhar em ritmo apressado
b. Acredita profundamente nas pessoas
c. Tem tendência para obedecer aos desejos do momento
d. Gosta de resolver problemas complicados

33-a. E' um trabalhador cheio de energia
b. Aceita críticas com muito boa vontade
c. Não gosta de problemas que exijam muito raciocínio
d. Temtendência para agir primeiro e reflectir depois

34-a. So' diz bem das outras pessoas
b. E' muto cauteloso antes de agir
c. Não se interessa por discussões que façam pensar muito
d. Não e' apressado quando anda de um lado para o outro

35-a. Não possui espírito de investigação
b. Não age sob o impulso do momento
c. Geralmente transborda de energia
d. Fica irritado com as fraquezas das outras pessoas

36-a. E' capaz de produzir mais que as outras pessoas
b. Gosta de tentar a sorte so'pela emoção que isso pode dar
c. Fica ofendido quando o criticam
d. Prefere trabalhar com ideias a trabalhar com coisas

37-a. Confia muito nas outras pessoas
b. Prefere trabalhos rotineiros e simples
c. Faz coisas sob o impulso do momento
d. E' uma pessoa cheia de vigor e de vitalidade

38-a. Toma decisões demasiado depressa
b. Gosta de toda a gente
c. Mantem um ritmo animado tanto no trabalho como nas diversões
d. Não tem grande interesse em adquirir conhecimentos

(O indivíduo, após ter lido cada um dos conjuntos, marca numa coluna (+) a frase que mais se adapta a si, e, numa coluna (-) a que menos se adapta a si)

S.C.L. – 90 – E (cedido pelo Prof. Rui Mota Cardoso)

NOME..... IDADE:..... DATA...../...../.....

INSTRUÇÕES: A seguir encontra-se uma lista de problemas e queixas médicas que algumas pessoas costumam ter. Por favor leia cada questão cuidadosamente e assinale aquelas que nos últimos 2 anos o/a tem preocupado ou dado cuidados. Não há respostas 'erradas' ou 'certas' ou respostas para 'dar uma boa impressão': são apenas problemas ou queixas que cada um sentiu ou sente e como tal devem ser consideradas.

Estas respostas estão sujeitas a segredo médico.

Não deixe nenhuma questão em branco.

Em que medida sofreu das seguintes queixas:	NUNCA	POUCO	MODERA-DAMENTE	BAS-TANTE	EXTRE-MAMENTE
1. Dores de cabeça.					
2. Nervosismo ou tensão interior.					
3. Pensamentos desagradáveis que não lhe deixam o espírito em paz.					
4. Desmaios ou tonturas.					
5. Diminuição do interesse ou prazer sexual.					
6. Sentir-se criticado pelos outros.					
7. Impressão de que outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.					
8. Ideia de que as outras pessoas são culpadas pela maioria dos seus problemas.					
9. Dificuldade em se lembrar das coisas passadas e recentes.					
10. O desleixo e a falta de limpeza dão-lhe cuidados.					
11. Aborrece-se ou irrita-se facilmente.					
12. Dores sobre o coração ou no peito.					

Em que medida sofreu das seguintes queixas:	NUNCA	POUCO	MODERA-DAMENTE	BAS-TANTE	EXTRE-MAMENTE
13. Medo na rua ou praças públicas					
14. Falta de forças ou lentidão.					
15. Pensamentos de acabar com a vida.					
16. Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem.					
17. Tremer.					
18. Sentir que não se pode confiar na maioria das pessoas.					
19. Perder o apetite.					
20. Virem as lágrimas facilmente aos olhos.					
21. Sentir-se tímido ou com falta de à-vontade com pessoas do sexo oposto.					
22. Impressão de se sentir preso ou apanhado em falta.					
23. Ter medo subitamente sem ter motivo para isso.					
24. Impulsos de temperamento que que não se podem controlar.					
25. Medo de sair de casa sozinho.					
26. Acusar-se a si mesmo a propósito de certas coisas.					
27. Dores no fundo das costas (cruzes).					
28. Dificuldades em fazer qualquer trabalho.					
29. Sentir-se sozinho.					

Nos períodos de tempo assinalados, aconteceu-lhe:	NUNCA	POUCO	MODERA-DAMENTE	BAS-TANTE	EXTRE-MAMENTE
30. Sentir-se triste.					
31. Ser muito pensativo (cismático) acerca de certas coisas.					
32. Sem interesse por nada.					
33. Sentir-se atemorizado					
34. Sentir-se ofendido facilmente nos seus sentimentos.					
35. Ter a impressão de que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos secretos.					
36. Sentir que os outros não o compreendem ou não vivem os seus problemas.					
37. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si.					
38. Fazer tudo devagar a fim de ter a certeza de que fica bem feito.					
39. Palpitações ou batimentos rápidos do coração.					
40. Vontade de vomitar ou mal estar do estômago.					
41. Sentir-se inferior aos outros.					
42. Dores musculares.					
43. A impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si.					
44. Dificuldades em adormecer					
45. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.					
46. Dificuldades em tomar decisões.					

Em que medida sofreu das seguintes queixas:	NUNCA	POUCO	MODERA-DAMENTE	BAS-TANTE	EXTRE-MAMENTE
47. Medo de viajar de comboio, eléctrico ou autocarro.					
48. Dificuldades em encher os pulmões (parece que lhe falta o ar).					
49. Calafrios ou afrontamentos.					
50. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades porque lhe causam medo.					
51. Sensação de vazio na cabeça.					
52. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo.					
53. A impressão que se tem uma bola na garganta.					
54. Sentir-se sem esperança perante o futuro.					
55. Dificuldades em se concentrar.					
56. Falta de forças em partes do corpo.					
57. Sentir-se em estado de tensão ou aflição.					
58. Sentir 'um peso' nos braços ou pernas.					
59. Pensamentos sobre a Morte ou sobre o falecimento.					
60. Vontade de comer demais.					
61. Não se sentir à-vontade quando as pessoas o observam ou falam de si.					
62. Ter pensamentos que não lhe pertencem.					

Nos períodos de tempo assinalados, aconteceu-lhe:	NUNCA	POUCO	MODERA-DAMENTE	BAS-TANTE	EXTRE-MAMENTE
63. Impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.					
64. Acordar muito cedo de manhã.					
65. Vontade de repetir certas acções como, por exemplo, tocar em objectos, lavar-se ou contar.					
66. Sono agitado ou não repousante.					
67. Vontade de destruir ou partir coisas.					
68. Ter pensamentos ou ideias que os outros não percebem ou não têm.					
69. Sentir-se muito embaraçado junto a outras pessoas.					
70. Não se sentir à-vontade nas multidões, por exemplo, assembleias, lojas, cinemas, mercados, etc.					
71. Sentir que tudo o que faz é com esforço.					
72. Ter ataques de terror ou de pânico.					
73. Não se sentir à-vontade quando come ou bebe em local público.					
74. Entrar facilmente em discussões.					
75. Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho.					
76. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.					
77. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas.					

Em que medida sofreu das seguintes queixas:	NUNCA	POUCO	MODERA-DAMENTE	BAS-TANTE	EXTRE-MAMENTE
78. Sentir-se tão inquieto que não se pode sentar ou estar parado.					
79. Ter sentimentos de que não tem valor.					
80. Ter o pressentimento de que alguma coisa má lhe vai acontecer.					
81. Gritar com as outras pessoas ou atirar coisas.					
82. Medo de vir a desmaiar em frente de outras pessoas.					
83. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.					
84. Pensamentos acerca de assuntos sexuais que o perturbam muito.					
85. Sentimento de que deveria ser castigado pelos seus pecados.					
86. Pensamentos ou imagens de natureza assustadora.					
87. A impressão de que alguma coisa grave se passa no seu corpo.					
88. Grande dificuldade em sentir-se 'próximo' de outra pessoa.					
89. Sentimentos de culpa.					
90. Impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça.					

POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS.

P.S.E. - PRESENT STATE EXAMINATION
J.K.WING, J.E.COOPER E N.SARTORIUS (1973)
(anotacao simples dos itens)

1- INTRODUÇÃO

Para comecar, gostaria de ter uma ideia do tipo de problemas que o preocuparam durante este último mes.
Quais foram as principais dificuldades?

Modo de exploração, se o indivíduo der informação inadequada:
-Se for demasiado breve:
Pode-me dizer algo mais àcerca disso?
-Se não tem mais nada a acrescentar:
Que mais o tem preocupado?
-Se o depoimento e'difícil de compreender:
Pode-me explicar o que quer dizer com...?
-Se e'vago:
Poder-me-ia dar um exemplo de...?
-Se não surgirem mais respostas:
Porque veio para o ...(hospital)?

Anote como o doente descreve os sintomas: ( )
0-de um modo adequado
1-um pouco inadequado
2-muito inadequado, mas, a entrevista deve continuar numa tentativa de classificar algumas respostas subjectivas, assim como o comportamento, a afectividade e a linguagem.
3-Impossível continuar a entrevista. Podemos apenas classificar o comportamento, a afectividade e a linguagem.

Razões para a inadequação:

Negação	---	Falta de atenção	---
Incoerência	----	Recusa	----
Irrelevância	----	Mutismo	----
Respostas sucintas	----	Outras	----
Pobreza do conteúdo do discurso	----		

2- SAÚDE, PREOCUPAÇÕES, TENSÃO
Anote:
1. A avaliação subjectiva da Saúde (feita pelo doente) ( )
2. A presença de doenca física ou incapacidade ( )
3. Sintomas psicossomáticos ( )
4. A preocupação ( )
5. Apenas dores de tensão (ex: dores na nuca) ( )
6. O cansaco ou exaustão ( )
7. A tensão muscular ( )
8. A inquietação ( )
9. A hipocondria ( )
10. O sintoma subjectivo de "tensão nervosa" ( )

11. A hipersensibilidade ao ruído ( )

3- ANSIEDADE
Anote:

11. A ansiedade espontânea ( )

12. Pressentimentos ansiosos como sintomas vegetativos ( )

13. A ansiedade devida a delírios ( )

14. Crises de pânico com sintomas vegetativos ( )

15. A ansiedade de situação (lista de situações) ( )

16. A ansiedade em presença de pessoas ( )

17. Fobias específicas (não de ansiedade de situação geral) ( )

18. O evitamento de situações desencadeantes de ansiedade ( )

4- PENSAMENTO, CONCENTRAÇÃO...
Anote:

19. O pensamento, subjectivamente ineficiente ( )
(pode pensar de um modo claro, ou existe alguma interferência nos seus pensamentos?) (tendem a ser lentos ou confusos?)

20. A falta de concentração ( )

21. A negligência devido a cogitação ( )

22. A perda de interesse ( )

5- HUMOR DEPRESSIVO
Anote:

23. O humor depressivo ( )

24. O desespero ( )

25. Planos ou actos de suicídio ( )

26. Qual a primária ? Ansiedade ou a Depressão ? ( )

27. A depressão matinal (particularmente ao acordar) ( )

6- "EU" (Self)
Anote:

28. O afastamento social ( )

29. A auto-depreciação ( )

30. A perda de auto-confiança no relacionamento com os outros ( )

31. Ideias de auto- referência (não delírios) ( )

32. Ideias de referência culpabilizantes ( )

33. Culpa patológica (não delírio) ( )

7- APETITE, SONO, LENTIFICAÇÃO, LÍBIDO
Anote:

34. Perda de peso por falta de apetite (não a por razao orgâ.) ( )

35. A dificuldade de adormecer ( )

36. A energia subjectiva e lentificação ( )

37. O acordar precoce ( )

38. A perda de líbido ( )

39. Exacerbação pré-menstrual ( )

8- IRRITABILIDADE
Anote:
40. A irritabilidade ( )

9- HUMOR EXPANSIVO E IDEACÃO
Anote:
41. O humor expansivo (não o bom humor habitual) ( )

42. A tensão ideomotora (subjectiva) ( )
(sentiu-se alguma vez pleno de energias, ou cheio de ideias excitantes?) (precisa de dormir menos?)
43. Acções e ideias de grandeza (não delírio) ( )

10-OBSESSÕES
Anote:
44. A verificação e repetição obsessiva ( )

45. Rituais obsessivos de higiene e outros ( )

46. Ideias obsessivas e ruminação ( )

11-DESREALIZAÇÃO E DESPERSONALIZAÇÃO
Anote:
47. A desrealização ( )
(recentemente, teve a sensação de que as coisas a sua volta eram irreais?) (como e' isso?)
48. A despersonalização ( )
(aconteceu que estava de fora de si, olhando para si próprio ?) (ou que alguma parte do seu corpo não lhe pertencia ?) (como explica isso ?)

12-OUTRAS ALTERAÇÕES DA PERCEPÇÃO (NÃO ALUCINAÇÕES)
Anote:
49. O humor delirante ( )

50. A percepção aumentada ( )

51. A percepção diminuída ( )

52. Alteração da percepção ( )

53. Alterações da percepção do Tempo; inclusive', a sensação do "déjà vu" ( )

54. A perda de emoções ( )

13-LEITURA, INSERÇÃO, ECO, TRANSMISSÃO DO PENSAMENTO
Anote:
55. A Inserção de pensamentos ( )
(surgem na sua cabeça pensamentos que você sabe não

serem seus ?)(como sabe que não são os seus próprios pensamentos ?)(Donde e'que eles vêm ?)

56. A transmissão de pensamentos ( )
(parece-lhe por vezes ouvir os seus próprios pensamentos em voz alta na sua cabeça, de modo a que alguém perto de si possa ser capaz de os escutar ?)(como explica isso?)

57. O Eco do pensamento (ou comentário) ( )

58. O bloqueio ou fuga do pensamento ( )
(...os seus pensamentos pararam bruscamente, de tal modo a não ficar nenhum na sua mente...)

59. O delírio de leitura do pensamento ( )
(pode alguém ler os seus pensamentos ?)

14-ALUCINAÇÕES
Anote:

14-A .ALUCINAÇÕES AUDITIVAS
(gostaria de lhe fazer uma pergunta de rotina, que e' costume fazer-se a toda a gente. Ja'alguma vez lhe pareceu ouvir barulhos ou vozes, não estando ninguêm por perto, e não existindo nada que o explicasse ?)
(lembra-se de palavras que tivesse ouvido ?)

60. Alucinações auditivas nao verbais ( )

61. Alucinações verbais baseadas na Depressão ou Mania, ou vozes que chamam o indivíduo ( )

62. Vozes que tratam o indivíduo na 3a. pessoa ou que comentam os seus pensamentos ou acções (não baseadas na Depressão ou Mania) ( )

63. Vozes que falam ao indivíduo(não baseadas na Depressão ou Mania)(inclua vozes que o acusam ou que lhe dão ordens ou informações) ( )

64. Alucinações "dissociativas"(verbais ou outras) ( )
(pode manter sòzinho uma conversa a dois ?)

65. Pseudo-alucinações (ouve dentro de si) ou alucinações verdadeiras (através dos ouvidos) ( )

14-B. ALUCINAÇÕES VISUAIS
(viu com os seus olhos ou em espírito ?)
Anote:

66. Alucinações visuais ( )

67. Alucinações visuais delirantes ( )

14-C. OUTRAS ALUCINAÇÕES
Anote:

68. Alucinações olfactivas(exclua o delírio em que o indivíduo diz sentir os cheiros como sendo seus) ( )

69. O delírio do sentir do seu próprio cheiro ( )
(e'levado a pensar que você próprio exala um cheiro que e'notado pelos outros ?)

70. Outras alucinações ( )

15-DELÍRIOS

15-A. DELÍRIOS DE CONTROLO

Anote:

71. Delírios de controlo (parciais e totais) ( )
(sente-se sob controlo de alguma força...)

15-B. ERROS DE INTERPRETAÇÃO, DE IDENTIFICAÇÃO, DELÍRIOS DE REFERÊNCIA

Anote:

72. Delírios de referência ( )

73. Erros de interpretação ou de identificação delirantes ( )

15-C. DELÍRIOS DE PERSEGUIÇÃO

Anote:

74. Delírios de perseguição ( )

15-D. DELÍRIOS EXPANSIVOS

Anote:

75. Delírios de assistência ( )

76. Delírios de habilidade grandiloquentes ( )

77. Delírios de Identificação grandiosa ( )

15-E. DELÍRIOS REFERENTES A VÁRIOS TIPOS DE INFLUÊNCIA E DELÍRIOS PRIMÁRIOS

Anote:

78. Delírios religiosos ( )

79. Explicações delirantes de fenómenos paranormais ( )

80. Explicações delirantes em termos de forças físicas ( )

81. Delírios em como forças externas penetram ou controlam a mente ( )

15-F. OUTROS DELÍRIOS

Anote:

82. Delírios primários ( )

83. Delírios de influência sub-cultural ( )

84. Ciúmes mórbidos ( )

85. Delírio de gravidez ( )

86. Delírios sexuais ( )

87. Delírios de Memória, Confabulações delirantes, Delírios fantásticos ( )

15-G. DELÍRIOS SIMPLES BASEADOS EM SENTIMENTOS DE CULPA DESPERSONALIZAÇÃO, HIPOCONDRIA, ...

Anote:

88. Delírios de sentimentos de culpa ( )

89. Delírios relacionados com a aparência ( )

90. Delírios de despersonalização ( )

91. Delírios hipocondríacos ( )

92. Delírios de catastrofe ( )

15-H. CLASSIFICAÇÃO GERAL DOS DELÍRIOS E ALUCINAÇÕES
Anote:
93. Classificação sistematizada dos delírios ( )

94. Evasivas ( )

95. Classificação global da preocupação com os delírios e alucinações ( )

96. Manifestações exteriores dos delírios ( )

16-O SISTEMA NERVOSO E FACTORES QUE O AFECTAM
Anote:
97. Fugas, perdas de consciência, amnésias de mais de uma hora ( )

98. Abuso de drogas (cannabis; amital; LSD; heroína...) ( )

99. Abuso do álcool (aplique um inventário) ( )

100. Estados dissociativos (não por drogas) ( )
(estreitamento da consciência que serve um fim inconsciente e e' normalmente acompanhado ou seguido de amnésia selectiva, por ex. transe, estupor, ...)

101. Sintomas de conversão ( )
(ex. paralisia, anestesia, cegueira, tremor, ...)

102. Obnubilação ou Estupor durante o exame ( )

103. Perda ou diminuição da memória; desorientação ( )

17-INTROSPECÇÃO ("INSIGHT")
Anote:
104. Sintomas psicóticos (auto-critica sobre o seu estado) ( )

105. Sintomas neuróticos (auto-critica sobre o seu estado) ( )

106. Diminuição social devida a condição neurótica ( )
(avaliar o seu grau)
107. Diminuição social devida a condição psicótica ( )
(avaliar o seu grau e natureza)

(Aconteceu qualquer coisa que eu não tenha referido ?)

18-20-COMPORTAMENTO, AFECTO E LINGUAGEM
Anote:
1. Classificações (sintoma ausente; intermitente; severo) ( )

2. Comportamento durante a entrevista :

108. Negligência pessoal (asseio, barba, cabelo, vestuário, ...) ( )

109. Aparência bizarra (exibição de documentos íntimos; vestuário ou ornamentos especiais com sign. simbólica. Nao inclui maneirismos ou posturas (116)) ( )

110. Lentificação e baixa de actividade (calado, marcha lenta) ( )

111. Agitação (em movimento, movimentação desnecessária) ( )

112. Grande excitação e violência (atira coisas, esbraceja, ...) ( )

113. Irreverência (faz caretas, diz insolências e tem familiaridades indevidas) ( )

114. Distractibilidade (pára de falar ou muda de assunto devido a solicitação por estímulos do ambiente, ex. ruídos) ( )

115. Comportamento confuso (faz sugestões sexuais ou avança para o entrevistador; perda de respeito social -ex. mostra os órgãos sexuais ou da' grandes arrotos) ( )

116. Maneirismos e Postura (excêntrico; movimentos estilizados; posturas desconfortáveis ou inadequadas) ( )

117. Estereotipias ( )

118. Comportamento alucinatório (nao verbal : como se ouvisse vozes ou tivesse visões - os lábios movem-se sem pronunciar sons; olha em redor ou ri-se para si, ...) ( )

119. Movimentos catatónicos ( )

Negativismo : da'o oposto do que lhe e'pedido
Ambivalência : começa por dar a mão e depois retira-a
Ecopraxia : imita os movimentos do examinador
Flexibilidade cérea : deixa ficar o braço onde o põe (15s)
"Mitgehen": cooperação excessiva em movimentos passivos
Ecolalia : imita palavras e frases com alguma entoação

Emoções durante a entrevista :

120. Ansiedade (olhar apreensivo com medo; tremor; ...) ( )

121. Depressão (tristeza; choro; suspirar; voz embargada em assuntos dolorosos; ...) ( )

122. Afecto histriónico (sentimentos expressos em exagero; modo dramático; histriónico) ( )

123. Afecto hipomaníaco (animação indevida; eufórico) ( )

124. Irritabilidade hostil (descontente; altivo; antagonista) ( )

125. Desconfiança ( )

126. Perplexidade ( )

127. Labilidade do humor ( )

128. Embotamento afectivo ( )

129. Incongruência do afecto (manifesta-se emoção, mas não congruente com o estímulo) ( )

Linguagem durante a entrevista :

130. Discurso lento (longas pausas antes de responder e

entre as palavras) ( )

131. Discurso rápido (mais fluente; muito rápido; voz alta) ( )

132. Discurso "não social" (discussões; resmungão; falar alto fora do contexto da conversação) ( )

133. Mutismo ( )

134. Restrição do discurso (com frequência as perguntas tem de lhe ser repetidas, resumidas ao mínimo) ( )

135. Neologismos e uso idiosincrático de palavras ou frases (citar sempre os exemplos) ( )

136. Transtorno do conteúdo do discurso ( )

137. Incoerência do discurso (gramática distorcida; perda de conexão lógica entre uma parte e outra da frase; respostas fora do contexto; irrelevâncias repentinas) ( )

138. Fuga de ideias (as palavras associam-se de um modo inadequado, pelo som ou pelo ritmo) exemplo: "como esta' o seu apetite ?" - "Eu sinto-me como se tivesse perdido o apetite. Eu tive uma laranja. Um sumo de laranja real", ( )

139. Pobreza do conteúdo do discurso ( )
(exclui a incoerência e a fuga de ideias)

140. Respostas falsas ("sim" ou "não" a tudo , por ex.) ( )

NO FIM, ANOTE A ADEQUAÇÃO DA ENTREVISTA

(para aplicação e classificação destes itens do PSE, torna-se indispensável a consulta metódica do manual do autor (217))

GRÁFICOS

I — «Controlo» — Diferencial Semântico de Osgood 72
II — «O meu modo de vida» — Diferencial Semântico de Osgood 73
III — «O meu EU» — Diferencial Semântico de Osgood 74
IV — As amostras I e II — «Indicador de Tensão Familiar» 117
V — As amostras I e II - S.C.L. - 90 (Derogatis) 140
VI — As amostras I e II - S.C.L. - 90 (Derogatis) 140
VII — As amostras I e II — Escala de Hackett-Cassem 127
VIII — A amostra I e «Negação» — Escala de Hackett-Cassem 127
IX — A amostra I e a de «Aceitação» / «Negação» 129
X — Distribuição do n.º de casos — Escala de Hackett-Cassem 129
XI — Curva de Peso inter-dialítico — (= Quadro IV) 85
XII — Curva de Peso inter-dialítico — (= Quadro V) 86
XIII — Curva de Peso inter-dialítico — (= Quadro VI) 87

QUADROS

I — Valores obtidos no Diferencial Semântico de Osgood 75
II — Características dos doentes — (2.ª Etapa) 83
III — Características dos doentes — (2.ª Etapa) 84
IV — Pesos inter-dialíticos — (2.ª Etapa) 85
V — Pesos inter-dialíticos — (2.ª Etapa) 86
VI — Pesos inter-dialíticos — (2.ª Etapa) 87
VII — Os valores de Potássio e Fósforo — (2.ª Etapa) 81
VIII — Valores de Peso i.d. comparados — (2.ª Etapa) 82
IX — Características dos doentes — (3.ª Etapa) 100
X — E.P.I. e Zung (cônjuges) — (3.ª Etapa) 101
XI — Diagrama (Indicador de Tensão Familiar) — (3.ª Etapa) 102
XII — Indicador de Tensão Familiar (resultados em %) 103
XIII — Características dos doentes — (4.ª Etapa) 106
XIV — Características dos doentes — (4.ª Etapa) 107
XV — Escala de «Ocupação» (Karnofsky) — (4.ª Etapa) 115
XVI — Escala de «Ocupação» (E.D.T.A.) — (4.ª Etapa) 115
XVII — «Dados gerais» (resultados) — (4.ª Etapa) 116
XVIII — «Indicador de Tensão Familiar» — (4.ª Etapa) 118
XIX — «Aceitação da Doença» (Teste de Linkowski) — (4.ª Etapa) 123
XX — «Negação» (escala de Hackett-Cassem) — (4.ª Etapa) 125
XX a) — «Negação» (n.º de casos) (Qui-Quad./negação/amostras) 124
XX b) — «Negação» (III, IV e VII do I.T.F. nos 3 grupos) 128
XXI — E.P.I. (nos doentes) — (4.ª Etapa) 130
XXII — Teste de Perfil de Personalidade de Gordon — (4.ª Etapa) 133
XXIII — Teste de Perfil de Personalidade de Gordon — (4.ª Etapa) 134
XXIV — Escala percentílica (T. de Gordon) 135
XXV — S.C.L. - 90 (frequência de casos com mais de 1,5) 138
XXVI — S.C.L. - 90 (valores obtidos nas duas amostras I e II) 139
XXVII — T.A.T. - resultados globais. — (4.ª Etapa) 146

171 TD

CORRIGENDA

Deve ler-se:

Pág. 26 — Linha 4 — "... uma posição central na sua concepção de Adaptação à Diálise"

Pág. 90 — Linha 20 — "... pediu-se ao cônjuge..."

Pág. 97 — Linha 19 — "... dependência que se revela por atitudes..."

Pág. 97 — Linha 21 — (100%)

Pág. 105 — Linha 9 — 14,3%

Pág. 105 — Linha 11 — 47,6%

Pág. 117 — No Gráfico IV — Pontuação (em vez de casos)

Pág. 131 — Linha 19 — "... Constatámos que: ..."

Pág. 140 — No Gráfico VI — Pontuação (em vez de casos)

ADITAMENTO

Esta Tese foi subsidiada pelo Instituto Nacional de Investigação Científica (I.N.I.C.)