U.PORTO

MESTRADO EM PSICOLOGIA

PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

# Personalidade, corpo e o sentido de vida na adaptação à doença renal crônica: *um estudo comparativo entre Brasil e Portugal*

Janúcia Gomes da Silveira

M

**2022**



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

# Personalidade, corpo e o sentido de vida na adaptação à doença renal crônica: *um estudo comparativo entre Brasil e Portugal.*

**Janúcia Gomes da Silveira**

Junho 2022

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora ***Marina Prista Guerra*** (FPCEUP)

## Agradecimentos

À Professora Doutora Marina Prista Guerra pela compreensão e respeito a minha forma mais subjetiva de pensar os fenômenos. Por ter com toda a generosidade conduzido-me as tomadas de decisões mais objetivas e assertivas no delineamento do presente estudo. Pela disponibilidade em ensinar e esclarecer, sem temer ao que era transcultural entre nós. Por ter contribuído fortemente com meus novos aprendizados.

À Professora Doutora Raquel Barbosa pela disponibilidade em ajudar em diversas fases do presente estudo.

À Dra. Cássia Santos, minha irmã, nefrologista que além das competências e amor pelos rins, dispõe de um carácter humanistico singular. Incentivo inesgotável para o meu desenvolvimento em diversos âmbitos. Inspirção em minha busca de conhecer melhor a doença renal para que eu possa cuidar do outro assim como sou cuidada.

Ao Dr. Sérgio Gardano Elias Bucharles, responsável técnico de uma das clínicas da Pró-Renal/ Grupo Davita Brasil, nefrologista admirado enquanto profissional e relacional na amabilidade com seus pacientes e equipas. Por toda a facilitação, acolhida e disposição em ajudar neste projeto.

A todos os profissionais envolvidos da Fundação Pró-Renal/Grupo Davita Brasil para que este estudo fosse autorizado, e aos pacientes que durante as sessões de hemodiálise aceitaram de forma plena e comprometida a responder todos os instrumentos de recolha de dados que constituíram o protocolo de investigação.

À minha mãe por receber-me em sua casa e ser meu grande apoio logístico nos dias inteiros e exaustivos de recolha de dados.

Ao meu marido por ser retaguarda em muitos aspetos de nossa vida, permitindo com isso que eu possa dedicar meu tempo a desenvolver-me. Por termos estado unidos neste momento em que fomos acometidos por situações adversas e muito dolorosas na reta final deste trabalho.

Ao Emir Nunes Moreira, *in memorian*, grande "canguru valente", por ter sido letra, poesia, confiança. Por ter sido inspiração em como atravessou sua doença, em como viveu e saiu da vida. Por ter presenteado-me com tanto aprendizado, com sua família e com a preciosa Cinzel da Mente.

**Resumo**

Os objetivos centrais deste estudo são caracterizar o perfil dos doentes renais crônicos (DRC) entre amostras transculturais brasileira e portuguesa e comparar os resultados de doentes renais cronicos das duas populações quanto aos traços de personalidade a Imagem Corporal Positiva (ICP), o Sentido de Vida (SV) e a Qualidade de Vida (Qol) através de suas dimensões. Em segundo lugar almeja-se explorar na população brasileira entre as variáveis avaliadas quais aquelas que mais se associam a uma melhor Qol geral e suas dimensões, na adaptação à DRC.

As amostras transculturais totalizam 95 participantes com DRC em tratamento de hemodiálise sendo N=50 brasileiros e N=45 participantes portugueses, com idades e escolaridade equiparáveis, maioritariamente homens (Br 64%, Pt=53.3%), e casados (Br=54%, Pt=53.3%). Aplicaram-se os seguintes instrumentos: NEO-FFI-20, WHOQOL-Bref, Bas e FAS e Escala de sentido de vida. Foram utilizados os testes t de *student* e o Qui-quadrado para comparar as populações e correlações Pearson para testar as associações. Quanto as diferenças na caracterização das variáveis do estudo, os brasileiros apresentam uma maior Qol.Geral [($t$=4.354; $p$< 001); (M=67.50; DV=18.89)] do que os portugueses) e maior Qol.Social [($t$= 2.120; $p$=0.03) (M=67.50; DV=15.72)] que a população portuguesa, não havendo diferenças nas restantes dimensões. Das diferenças entre os traços de personalidade, o Brasil apresenta valores mais elevados no perfil Tço.Extroverção [(M=2.43; DV=.650); ($t$=4.787; $p$<.001)]; e no Tço.Conscienciosidade [(M=2.84; DV=.559); ($t$=4.042; $p$<.001)] na comparação com os portugueses. Relativamente as facetas da ICP, também é o Brasil que apresenta uma melhor BAS [(M=4.06; DV=.657) ($t$= 3.059; $p$ =.003)]. Não houve diferença nas restantes dimensões de personalidade nem na FAS nem no SV na comparação transcultural.

As associações mais fortes com a Qol como variável principal para a adaptação à DRC na população brasileira, foram o Tço. Extroversão relacionada ao domínio da Qol.Social ($r$=567**), a BAS relacionada a Qol. Psicológica ($r$=647**), e a FAS associada a Qol.Psicológica ($r$=651**). O SV de vida associou-se significativente com todos os domínios da Qol da população brasileira, sendo a mais elevado a QoL psicológica ($r$=.582**). Conclui-se existirem diferenças entre as amostras, em algumas variáveis e que, estas podem ser atribuídas em parte a características culturais. A melhor QoL na amostra brasileira, esteve associada ao Tço. Extroversão, apreciação corporal e funcionalidade bem como o sentido de vida.

*Palavras-chave*: Doença renal crônica, transculturalidade, personalidade, imagem corporal positiva, sentido de vida, qualidade de vida.

**Abstract**

The main objectives of this study are to characterize the profile of chronic kidney patients (CKD) between Brazilian and Portuguese cross-cultural samples and to compare the results of chronic kidney patients from the two populations in terms of personality traits: Positive Body Image (PBI), Meaning in Life (ML) and Quality of Life (Qol) through its dimensions. Secondly, we aim to explore in the Brazilian population, among the variables evaluated, which ones are most associated with a better general Qol and its dimensions, in the adaptation to CKD.

The cross-cultural samples totaled 95 participants with CKD undergoing hemodialysis treatment, N=50 Brazilians and N=45 Portuguese participants, with similar ages and education, mostly men (Br 64%, Pt=53.3%), and married (Br=54%, Pt=53.3%). The following instruments were applied: NEO-FFI-20, WHOQOL-Bref, Body Appreciation Scale (BAS-2) and Funcionality Appreciation Scale (FAS) and Meaning of Life Scale (MLS). Student's t and chi-square tests were used to compare populations and Pearson correlations to test associations. As for the differences in the characterization of the study variables, Brazilians have a higher General Qol [(t=4,354; p<001); (M=67.50; SD=18.89)] than the Portuguese) and also higher Social Qol [(t= 2.120; p=0.03) (M=67.50; SD =15.72)] than the Portuguese population, with no differences in remaining dimensions. Of the differences between personality traits, Brazil has the highest values in the Extroversion profile [(M=2.43; SD =.650); (t=4,787; p<.001)]; and in Conscientiousness profile [(M=2.84; SD =.559); (t=4,042; p<.001)] in comparison with the Portuguese. Regarding the facets of the PBI, Brazil also has the best BAS [(M=4.06; SD =.657) (t= 3,059; p =.003)]. There was no difference in the remaining personality dimensions, neither in FAS nor in ML in the cross-cultural comparison.

The strongest associations with Qol as the main variable for adaptation to CKD in the Brazilian population were Extroversion profile related to the domain of Social Qol (r=567**), the BAS related to Psychological Qol (r=647**), and FAS associated with Psychological Qol (r=651**). The ML was significantly associated with all QoL's domains of the Brazilian population, the highest being psychological QoL (r=.582**). It is concluded that there are differences between the samples in some variables and that these can be partially attributed to cultural characteristics. The best QoL in the Brazilian sample was associated with Extroversion profile, body appreciation and functionality as well as a meaning in life.

*Keywords*: Chronic kidney disease, transculturality, personality, positive body image, meaning in life, quality of life.

**Resumé**

Les principaux objectifs de cette étude sont de caractériser le profil des patients insuffisants rénaux chroniques (IRC) entre des échantillons interculturels brésiliens et portugais et de comparer les résultats des patients insuffisants rénaux chroniques des deux populations en termes de traits de Personnalité, Image Corporelle Positive (ICP), Sens de la Vie (SV) et Qualité de Vie (QV) à travers ses dimensions. Deuxièmement, nous visons à explorer dans la population brésilienne, parmi les variables évaluées, celles qui sont les plus associées à une meilleure qualité de vie générale et ses dimensions, dans l'adaptation à l'IRC.

Les échantillons interculturels totalisaient 95 participants avec IRC en traitement d'hémodialyse, desquels N= 50 brésiliens et N=45 participants portugais, avec des âges et une éducation similaires (Br =64%, Pt = 53,3 %), et mariés (Br = 54 %, Pt = 53,3 % ). Les instruments suivants ont été appliqués : NEO-FFI-20, WHOQOL-*Bref*, *Body Appreciation Scale* (BAS-2) and *Funcionality Appreciation Scale* (FAS) et Sens de la vie (SV). Les tests t et chi-carré de *Student* ont été utilisés pour comparer les populations et les corrélations de Pearson pour tester les associations. En ce qui concerne les différences dans la caractérisation des variables étudiées, les Brésiliens ont un QV Général plus élevé [(t=4 354 ; p<001) ; (M=67,50 ; ET=18,89)] que les Portugais et aussi un QV Social [(t= 2,120 ; p=0,03) (M=67,50 ; ET=15,72)] plus élevé que la population portugaise, sans différence dimensions. Parmi les différences entre les traits de personnalité, le Brésil a les valeurs les plus élevées dans le Profil Extroversion [(M=2.43 ; ET=650 ); (t=4,787 ;*p*<0,001)] ; et dans Profil Conscience [(M=2.84; ET=.559); (t=4 042 ; p<.001)] par rapport aux Portugais. Concernant les facettes du PCI, le Brésil a également le meilleur BAS [(M=4.06 ; ET=.657) (t= 3.059 ; p =.003)]. Il n'y avait aucune différence dans les autres dimensions de la personnalité, ni dans le ACE et AFCE ni dans les SV dans la comparaison interculturelle.

Les associations les plus fobrésilienne, le plus élevé étant la qualité de vie psychologique (r = 0,582 **). Il est conclu qu'il existe des différertes avec QV comme principale variable d'adaptation à l'IRC dans la population brésilienne était Profil Extroversion liée au domaine de QV Social (r=567**), le ACE lié à QV Psychologique (r=647**) et AFCE associé à la QV Psychologique (r=651**). Le SV était significativement associée à tous les domaines de qualité de vie de la population brésilienne, le plus élevé étant la qualité de vie psychologique (r = 0,582 **). Il est conclu qu'il existe des différences entre les échantillons, dans certaines variables et que celles-ci peuvent être attribuées en partie aux caractéristiques culturelles. La meilleure qualité de vie dans l'échantillon brésilien était associée à Profil Extroversion, appréciation et fonctionnalité du corps ainsi que sens de la vie.

*Mots clés* : Insuffisance rénale chronique, transculturalité, personnalité, image corporelle positive, sens de la vie, qualité de vie. 

# Sumário


1. INTRODUÇÃO ..... 8

**1.1 Caracterização da doença renal** ..... 8

**1.1.1 Estágios da doença** ..... 8

**1.1.2 Tratamentos** ..... 9

**1.1.3 Implicações na adaptação à doença** ..... 10

**1.2 Personalidade** ..... 12

**1.2.1 Personalidade e doença** ..... 13

**1.3. A imagem corporal positiva** ..... 15

**1.3.1 Funcionalidade corporal** ..... 15

**1.3.2 Apreciação corporal** ..... 17

**1.4 Sentido e vida** ..... 17

**1.5 Qualidade de vida** ..... 19

2. RELEVÂNICA DO ESTUDO, HIPÓTESES E OBJETIVOS ..... 21

3. MÉTODO ..... 22

**3.1 Participantes** ..... 23

**3.2 Instrumentos** ..... 24

**3.3 Procedimentos** ..... 27

4. RESULTADOS ..... 29

**4.1 Qualidade de vida, Personalidade, Imagem corporal Positiva e Sentido de vida na comparação Brasil e Portugal.** ..... 29

**4.2 Variáveis sociodemográficas e clínicas com diferença significativa na equivalência das amostras, associadas a Qualidade de vida.** ..... 31

**4.3 Qualidade de vida como variável principal na adaptação à doença na população renal brasileira e variáveis a ela associadas.** ..... 32

5. DISCUSSÃO ..... 34

6. CONCLUSÃO ..... 42

**Referências** ..... 45

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Caracterização da doença renal

Ter uma doença renal crônica – DRC indica que os rins estão danificados e não conseguem mais filtrar o sangue suficientemente das toxinas diárias, causando um mal-estar geral (National Kidney Foundation [NKF], 2002). Segundo as grandes referências mundiais sobre a doença, esta condição é lenta, progressiva e estadiada em fases. Se tratada, a insuficiência da função renal quando crônica pode ser adiada, mas nunca reversível, e nos estágios mais avançados, fatalmente, o indivíduo fica dependente de algum recurso que faça o papel dos rins (NKF, 2021b; Mayo Foundation for Medical Education and Research [MFMER], 1998-2021).

Estima-se que a prevalência de doentes renais crônicos no mundo seja de 850 milhões de pessoas (um em cada dez adultos da população mundial). Em Portugal, estimou-se cerca de 800 mil pessoas com DRC, e dessas, 20 mil dependentes de diálise ou transplante, 16 mil em outros tratamentos substitutivos da função renal e 2 mil em lista de espera de transplante renal. Portugal foi considerado um dos países com maior incidência e prevalência de doentes em tratamento substitutivo da função renal (Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 2021). No Brasil, segundo o último censo brasileiro de diálise (2018), os pacientes em tratamento dialítico eram 133.464 mil, com prevalência de 640 e incidênia de 204 por milhão de habitantes (Neves et al., 2020).

Além de fatores comportamentais (alto consumo de sal, baixa ingesta hídrica) algumas DRC são hereditárias, outras congênitas. As causas mais comuns de danos aos rins são diabetes, hipertensão, glomerulonefrite, doença renal policística, cálculos renais (pedras nos rins), infecções do trato urinário, uso de drogas, toxinas e até a utilização excessiva de medicamentos (MFMER, 1998-2021). Quanto ao risco, a DRC pode ser maior em idosos, diabéticos, hipertensos, pessoas afro-americanas, hispano-americanas, asiáticas ou índios americanos (NKF, 2021b). Outros diferentes agentes da doença podem incluir as dietas vegetarianas, nefrectomia unilateral, insuficiência cardíaca e cirrose (NKF, 2002).

### 1.1.1 Estágios da doença

Estabeleceu-se o estágio da doença renal com base na presença de danos renais e da Taxa de Filtração Glomerular (TFG). A estratégia de tratamento está sempre baseada no estágio que a doença se encontra (NKF, 2002; 2006).

*Quadro 1*

ESTÁGIOS DA DOENÇA RENAL

| Estágio | Descrição | Taxa de filtração glomerular (TFG) |
|---|---|---|
| 1 | Dano renal (e. g. proteína na urina) com TFG normal. | 90 ou > |
| 2 | Danos nos rins com leve diminuição de TFG. | 60 a 89 |
| 3a | Diminuição moderada na TFG. | 45 a 59 |
| 3b | Diminuição moderada na TFG. | 30 a 44 |
| 4 | Redução severa na TFG. | 15 a 29 |
| 5 | Insufciência renal. | < 15 |

Fonte: Adaptado de Hemodialysis Access: What You Need to Know. *Awareness. Prevention. Tratment* (National Kidney Foundation, 2006, p. 2).

A NKF detalha que todos os indivíduos com TGF igual ou menor que 60 mL / min / 1,73 m2 por 3 meses são classificados com DRC, independentemente da presença ou ausência de lesão renal, pois fica representada a perda da metade ou mais da função renal normal (NKF, 2002).

A prevenção ou tardamento da evolução da DRC é recomendada para a gestão de doença renal crônica (NKF, 2002) através de medidas de cuidados como manter o peso ideal, ser fisicamente ativo, não fumar, dentre outros comportamentos saudáveis (MFMER, 1998-2021). Portanto, o respeito e amor pelo corpo são importantes fatores que se pretende analisar nesta investigação, através da apreciação e funcionalidade corporal da Imagem Corporal Positiva (ICP) e se interfere na Qualidade de Vida (Qol) de quem vivência algum estágio da doença.

Como é facto que a maioria das doenças renais crônicas piore, quando a progressão da doença renal crônica se transforma em insuficiência renal, será imprescindível para a sobrevivência do doente, a utilização de algum tratamento substitutivo da função do rim como a diálise ou o transplante renal.

### 1.1.2 Tratamentos

Na década de 60, com os avanços médicos tornou-se possível a passagem repetida da filtragem do sangue com o advento da diálise. Foi a partir deste momento que a doença renal

deixou de ser considerada como fatal e sim uma doença crônica. Nas décadas de 70 e 80 as práticas nefrológicas e avanços se fortaleciam a ponto de a alternativa do transplante renal surgir e se consolidar (NKF, 2021a).

A diálise e o transplante são terapias eficazes, embora não sejam plenamente como um rim, que é um órgão vivo e tem outras funções endócrinas importantes. Para a saúde pública a crescente prevalência da DRC somada ao envelhecimento populacional tem sido preocupante e alternativas como a diálise e o transplante vieram ser o mais utilizado em todo mundo (NKF, 2002). Ekelund & Andersson (2009) corroboram de que contar com equipas multidisciplinares a juntarem-se ao tratamento adequado, com foco na contextualização e personalização dos estilos de vida, mostra-se enormemente importante para os doentes renais e seus familiares.

Dos subtipos de tratamento substitutivo da função renal, os mais usados são: a *hemodiálise* – conhecida como o rim artificial, que por meio de um acesso colocado no corpo (fístula, cateter ou enxerto) ligado a uma máquina dialisadora irá filtrar as toxinas do sangue, em uma unidade médica de diálise, geralmente três vezes por semana com duração estimada de 4 horas cada sessão; a *diálise peritoneal* feita diariamente em casa com a gestão do próprio doente; e o *transplante renal* que por meio do enxerto de um rim advindo de dador cadáver ou vivo (um familiar, amigo ou estranho) demonstra os maiores índices de sucesso (NKF, 2006; 2015; 2021b).

Para que infecções ou futuras complicações cirurgicas no local sejam evitadas e para resguardar a boa passagem da diálise, a rotina de quem está em hemodiálise necessita de elevada atenção no cuidado com o acesso colocado ao corpo NFK (2006). Além disto, a diálise a funcionar adequadamente faz com que os resíduos sejam eliminados de forma correta, promove a melhora da perceção de bem-estar geral, aumenta a sobrevida, e previne o doente renal dos internamentos (NKF, 2006). Neste sentido faz-se motivador estudar a representação corporal que do doente, relativamente ao respeito e amor com o seu corpo (ICP), se isso se relaciona a forma de funcionar na vida (personalidade) e se compatibiliza-se em ter ou não um Sentido de Vida.

A caracterização da doença renal crônica em seus estágios e tratamentos trazem implicações na vida do doente. Por esta razão, estima-se que as repercussões que esta condição atribui as pessoas que com ela convivem, sejam interferentes na adaptação à doença como importantes fatores a serem explorados.

### 1.1.3 Implicações na adaptação à doença

Evidências científicas demonstram nas últimas décadas que doentes renais apresentam um funcionamento e bem-estar prejudicados. São diversos efeitos da doença (Jones et al, 2017), como a restrição à ingestão de alimentos e líquidos (Baraz et al., 2010; Hagren et al., 2005), a

redução da atividade física, fadiga e o aumento da autoimagem negativa (Araujo Filho et al., 2016), coceira definitiva e angustiante provocada pela diálise (Narita et al., 2008), náusea, vômito, anemia, caimbras, hematomas, gosto ruim na boca, soluços, má perceção de odores, desnutrição, doença óssea e maior risco de fraturas, problemas de sono, mudanças na quantidade de urina, alterações neuropsicológicas, diminuição da imunidade, disfunção sexual, falta de ar e edema pulmonar por retenção de líquido no pulmão, inchaço dos pés e tornozelo, potássio no sangue que pode ser fatal ao coração, doença cardiovascular de difícil controlo e neuropatia (NKF, 2002; MFMER, 1998-2021), além ainda de outras condições comorbidas (Santos, 2006).

No estudo de DeOreo (1997) pacientes em diálise relatam mais dor corporal, menor vitalidade, piora geral saúde, maior disfunção física, mental e social, e limitações para trabalhar e participar de atividades. Mattos e Maruyama (2010) alegam que a DRC repercute nas diversas dimensões da vida humana, sendo a perceção do corpo uma delas. Sobre a componente física para os doentes renais, se pôde em estudo concluir que maiores são os danos e implicações da doença e do tratamento quando em fase inicial, nomeadamente nos primeiros 5 anos (Nunes & Lobo, 2012). Entretanto Ibrahim et al. (2015) identificaram, de forma contrária, que em estágios iniciais a DRC foi associada a uma melhor perceção física e qualidade de vida relacionada a saúde mental do que doentes em estágios avançados que apresentaram inclusive sintomas psiquiátricos (Ekelund & Andersson, 2009; Balaban et al., 2017).

O início da DRC também se associa a dificuldades psicossociais pois causam restrições que afetam feriados, atividades sociais, emprego e status socioeconômico (Rodriguez et al., 2007). Os pacientes costumam afetarem-se emocionalmente ao efeito das restrições de viagem, sentindo-se impotentes e vendo-se como vítimas do tratamento, alguns por esta razão inclinados até a desistir de tratarem-se, ao invés de representar o que lhes está a beneficiar (Jones et al., 2017). O estudo de Jonasson & Gustafsson (2017), identificou que uma das mudanças na vida dos doentes renais em hemodiálise é vivenciada como *uma transformação do ser livre para o ser preso*, enquanto ajustam-se a uma nova condição de vida de forma reconciliada. Para a NKF (2002) com os pacientes de hemodiálise ocorre redução da atividade, funcionalidade e interatividade enquanto com os transplantados percebe-se um aumento destas dimensões, nomeadamente à interação social.

Ou seja, conforme os modelos holísticos de saúde que preconizam bem-estar não como ausência de doença, mas a considerar a integralidade do sujeito, é evidente que diversos fatores biopsicossociais influenciem na adaptação à doença. Visto a componente mental ter notórias implicações na Qol relatada pelos doentes renais, faz-se um dos objetivos deste presente trabalho identificar os perfis de funcionamento psicológico através dos traços da personalidade e o que esta variável mostra-nos em associação com a DRC e seu contexto de enfrentamento.

## 1.2 Personalidade

A personalidade é considerada um padrão composto por processos dinâmicos, responsável por afetar o comportamento, pensamentos, e sentimentos de uma pessoa (McCrae & Costa, 1996; Wrosch & Scheier, 2003).

O modelo de personalidade mais comum explorado nos últimos anos (Telles-Correia et al., 2010) usa um consenso de que a estrutura básica da personalidade consistui um modelo com cinco fatores: *extroversão, amabilidade, consciênciosidade, neuroticismo e abertura à experiência* (John & Srivastana, 1999; Ibrahim et al., 2015). Este modelo de McCrae e Costa foi aplicado para diversas amostras de cultura e língua diferentes, sugerindo de forma consolidada que os traços de personalidade são de estrutura universal (McCrae & Costa, 1997). O modelo reconhece que existem adaptações psicológicas aprendidas a partir das experiências cotidianas (McCrae, 2006), demonstrando a forma como interpretamos nosso ambiente e respondemos a ele, o que explica as diferenças individuais. Cada traço da personalidade tem uma caracterização.

> A *extroversão* corresponde ao nível de sociabilidade de um indivíduo e é composta por características como a disposição, otimismo e afetuosidade; o *neuroticismo* diz respeito à instabilidade/estabilidade emocional de um sujeito e envolve emoções negativas como ansiedade, desamparo, alterações de humor e pessimismo, o que tende estes indivíduos a terem alto escore de preocupação, melancolia e irritabilidade; *a abertura à experiência* caracteriza-se por um interesse intrínseco na experiência em uma ampla variedade de áreas e engloba flexibilidade de pensamento, fantasia e imaginação, interesses culturais, versatilidade e curiosidade; *a amabilidade* refere-se a traços que levam a atitudes e a comportamentos pró-sociais e são indivíduos socialmente agradáveis, calorosos, dóceis, generosos e leais; a *conscienciosidade* refere-se ao senso de contenção e sentido prático demonstrando estes indivíduos a serem altamente responsáveis, zelosos e disciplinados, além de honestidade, engenhosidade, cautela, organização e persistência (Mccrae, 2006, pp. 203-218).

Os traços de personalidade também ramificam outras facetas que melhoram a representação, amplitude e alcance de cada factor (McCrae, 2006) (*c.f.* Quadro 2).

Quadro 2

| Factores | Neuroticismo | Extroversão | Abertura à experiência | Amabilidade | Conscienciosidade |
|---|---|---|---|---|---|
| Facetas | Ansiedade<br>Hostilidade<br>Depressão<br>Autoconsciência<br>Impulsividade<br>Vulnerabilidade | Acolhimento<br>Gregarismo<br>Assertividade<br>Atividade<br>Busca de sensações<br>Emoções positivas | Fantasia<br>Estética<br>Sentimentos<br>Ações Idéias<br>Valores | Confiança<br>Franqueza<br>Altruísmo<br>Aquiescência<br>Modéstia<br>Sensibilidade | Competência<br>Ordem<br>Senso de dever<br>Direcionamento<br>Autodisciplina<br>Deliberação |

Fonte: Adaptado de Mccrae, R. R. O que é personalidade? In C. Flores-Mendoza & R. Colom-Marañon (Orgs.). *Introdução à Psicologia das Diferenças Individuais* (2006).

Por meio de seus traços e facetas a personalidade demonstra como alguém funciona e compreende a forma de ver a vida. Por exemplo, uma pessoa com traço neuroticista apresentará mais vulnerabilidade, um desajustamento psicossocial, níveis de ansiedade e depressão (Hutz e Nunes, 2001) além de outras características mais negativas sobre como vê o mundo. Já uma pessoa extrovertida irá ter mais intensidade nas interações relacionais, ser mais comunicativa, assertiva, ativa, com capacidade de estimulação e de emoções como a alegria (Nunes & Hutz, 2007). Portanto, a pensar pela doença, estima-se que a melhor compreensão de alguns resultados de saúde pode estar nos traços de personalidade, ainda mais quando existem declínios que não são sumariamente explicados por aspetos biológicos e clínicos.

### 1.2.1 Personalidade e doença

O sofrimento é uma realidade vivida na DRC, como demonstrado na investigação de Baptista (2018). O estudo evidenciou que pessoas cuja personalidade predomina a conscienciosidade exibem níveis maiores de sofrimento. Entretanto, as pessoas mais espiritualizadas e esperançosas e com uma personalidade com maior abertura à experiência, parecem sofrer menos. Nestes resultados sobre personalidade e experiência subjetiva do sofrimento na doença, demonstraram-se associações de aumento do sofrimento em pessoas com maior *neuroticismo, extroversão e conscienciosidade*, e menores níveis de sofrimento se comparado aos perfis de *abertura à experiência e amabilidade* (Baptista, 2018).

Para Vilhena et al. (2014), conforme as circunstâncias de vida das pessoas, os traços da personalidade podem causar impacto favorável ou desfavorável à Qol. Em analogia as tendências estáveis incorporadas num indivíduo, também está o conceito do otimismo disposicional, definido como a capacidade de acreditar que coisas boas estão por acontecer ao invés das coisas ruins (Scheier & Carver, 1985; Snyder & Lopez, 2009), e por se acreditar num futuro próspero, tende-

se a desprender mais esforços para superar obstáculos (Oliveira et al., 2020). Os resultados dos referidos autores e de outros estudos análogos demostraram também que pacientes mais *extrovertidos* apresentam maior bem-estar físico, que pacientes com perfis de *abertura à experiência e conscienciosidade* mostram-se melhores na dimensão mental, e que ambos são mais otimistas, permanecendo opostamente associado ao *neuroticismo* (Goodwin & Engstrom, 2002; Vilhena et al. 2014; Ibrahim et al., 2015).

O estudo de Poppe et al. (2013) revelou que o *neuroticismo* está atribuído a um risco aumentado de doenças físicas, incluindo doenças renais, e que a *conscienciosidade* estava relacionada a uma melhor aderência a medicações. McCrae & Costa (1996) também já haviam evidenciado a relação do neuroticismo e as queixas somáticas neste paralelismo, devido ao estilo enviesado de perceção de sintomas, mesmo quando estes não estão manifestados clínicamente.

A revisão sistemática de Chan et al. (2011) objetivou realizar meta-regressões entre diversos constructos psicossociais, e encontrou 15 estudos (em periódicos entre 1988 a 2010) sobre os *atributos da personalidade e* Qol na população renal dialítica. O mesmo estudo identificou que homens demonstraram confiar mais em crenças de autocontrolo e capacidade de assumir ações (aspetos cognitivos), com autoestima mais alta, assim como a maior capacidade de lidar com a adversidade, fatos esses que podem ser identificados nas facetas dos traços de personalidade. O estudo pôde supor que consequências da diálise, como a perda de autonomia, a perda de controlo, e o aumento da auto-insuficiência, pode ter um grande impacto sobre a adaptação à doença em homens, e relacionar-se a uma pior a Qol.

Evidências demonstram que os traços de personalidade podem ser relacionados a influência na adaptação à doença crônica, inclusive a renal, assim como a melhor QVRS física pode ser associada a melhor QVRS mental (Ibrahim et al., 2015). Portanto, os traços de personalidade desempenham um destaque significativo na adaptação a doença crônica e a Qol (D'onófrio et al., 2017), e que, de facto, o funcionamento mental está indissociadamente ligado ao funcionamento físico e social (WHO, 2001).

Ter uma DRC e iniciar a diálise pode afetar dramaticamente a vida diária do paciente, pelo que expectativas e desejos de serem capazes de ajustarem-se diante as mudanças de vida e restrições que chegam junto com a doença e com o tratamento, clamam em vir a ser uma derivação muito espectável e importante (Kaba et al., 2007). Tal afirmação faz pressupor que a disposição ao ajustamento tende em ter como preditor o perfil de personalidade do doente, mas que para além deste, ainda haja outros fatores relacionados que influenciem a adaptação à DRC, como supostamente a imagem corporal.

## 1.3. A imagem corporal positiva

Se estamos a considerar como a pessoa se relaciona consigo e com o mundo, inclui-se considrarmos a Imagem Corporal Positiva (ICP). Entretanto, em todo o mundo variam os conceitos e ideias sobre a imagem corporal. Contextos, lugares e imagens por todos os lados comunicam representações sobre os corpos em diversos aspetos relativos à imagem corporal (Anderson-Fye, 2011). Destaca-se que a ICP não é universal, mas uma construção unitária do que o corpo é capaz de fazer (Alleva & Tylka, 2021) em todas as identidades sociais, por isso importante investigar suas expressões culturais antes de normalizar avaliações em culturas diferentes (Ng et al., 2015).

Para Tylka & Wood-Barcalow (2015a) o conceito de ICP é muito mais do que a representação negativa ou a aparência do corpo. É uma imagem multifacetada, holística, estável e ajustável, protetora, respeitosa e de aceitação do corpo, que se constrói de forma multidimensional e complexa porque extrapola o que seja relativo à satisfação com o corpo ou com a aparência. Este conceito não reduz-se em focalizar ou extinguir os aspetos negativos da imagem corporal, mas de ativar aqueles que sejam mais positivos da imagem corporal. Encadeia-se, portanto, aspetos mais favoráveis da representação do corpo como a valorização e aceitação do corpo com amor, como um conceito de beleza mais alargado, uma maior adaptação à aparência, o tornar-se uma pessoa mais positiva quanto ao seu interior. Com a própria perceção do corpo a incluir a perceção dos outros como elemento de adaptação em relação a identidade social, os indivíduos percecionam seus corpos mais aceitáveis e podem sentirem-se menos atormentados ao fenômeno da mudança de aparência e mais atentos em como seus corpos funcionam (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a).

Deste modo, apreciar as funções que o corpo é capaz, envolve abarcar um dos importantes atributos da ICP que será descrito a seguir, e que supostamente reflete, e muito, nas doenças crônicas, nomeadamente na DRC.

### 1.3.1 Funcionalidade corporal

De forma mais ampliada, a funcionalidade do corpo pode ser compreendida pelas inúmeras competências que um corpo tem, envolvendo as capacidades física, processual, sensorial, criativa, interacional e de autocuidado, e que, esta diversidade de dominios atua como um preposto da imagem corporal que a pessoa faz de si (Alleva & Tylka, 2021). A apreciação das funções do corpo, torna-se resultante da conjunção da funcionalidade com a imagem corporal, que independe de existir ou não doença, e sim do que pode ser valorizado do que o corpo é capaz

(Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Esta concepção pode ser aplicável a todos, estando o corpo ou não em conformidade com os padrões sociais de normalidade e apreciação (Alleva & Tylka, 2021), pois dentro de como o corpo funciona, pode ser diferente para cada pessoa (Thomas et al, 2019).

Um destaque interessante trazido por alguns autores sobre a ICP (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a; Alleva et al., 2017) é que, a forma como se aprecia a função do corpo influencia mais no bem-estar da pessoa do que a função ser conforme o esperado. Outro estudo sobre atributos positivos de saúde demonstrou em seus resultados que a representação mais contemplativa das dimensões da boa saúde são a energia, a vitalidade, a capacitação, a atitude positiva, o *joie de vivre* e a liberdade de viver, a motivação, o senso de propósito, a satisfação com a vida, a resiliência e o enfrentamento, componentes estas passíveis de serem associadas a funcionalidade corporal (Hunter et al., 2013).

Partindo do pressuposto conclusivo por Bailey et al. (2015) de que a aceitação das limitações físicas pelos indivíduos está ligada a capacidade de apreciar a funcionalidade do corpo, presume-se que esta capacidade no doente renal, sobretudo aqueles em hemodiálise, possa ser comum que os doentes renais vejam o corpo como "preso" ao cronograma do tratamento. Diante da realidade de restrições e outras mudanças na funcionalidade corporal dos indivíduos (Alleva & Tylka, 2021), torna-se importante encontrar resultados referentes a esta variável, que por sua vez, esteja a influenciar a Qol desta população clínica.

No estudo de Yang (2017) viu-se que os participantes em tratamento de hemodiálise haviam perdido a espontaneidade e o senso de identidade diante da série de mudanças em seus corpos, mas que haviam conseguido lidar com a angústia ao recuperar a sensação de controlo, princípios para viver e habilidades de autocuidado em suas vidas diárias, mesmo com a presença de sofrimento relacionado as mudanças do corpo. Destacou-se também para os autores Romano-Zelekha et al. (2017), os quais identificaram que embora o tratamento de diálise traga uma carga de significativo impacto emocional, o fator físico parece ter um efeito maior.

A ambivalência entre sofrer com o corpo na disfunção renal e buscar lidar com a funcionallidade do corpo aparece no estudo de Godbold (2013) que indicou que doentes renais em hemodialise desenvolveram competências a obterem informação sobre a doença pela vontade em descobrir as necessidades e limitações do próprio corpo, e com isso os pacientes aprenderam a reconhecer os sintomas e mudanças corporais e a estimarem seus corpos e as necessidades de tratamento. Este fator pode estar associado a maior *apreciação* do corpo, em buscar o autocuidado e respeito com o próprio corpo, e o quão benéfico isto pode ser, já que as pessoas com doença renal crônica lidam com a doença por muito tempo na vida.

### 1.3.2 Apreciação corporal

Historicamente, sabe-se que a estética do corpo sempre foi um fator importante em diversas eras do homem social. Dentre as mudanças de padrões ao longo do tempo, o feminino se concebeu como objeto sexual valorizavel pela aparência física, e que as mulheres aprenderam a previlegiar mais este fator do que os seus corpos fossem capazes de fazer, suas personalidades fossem capazes de transmitir ou que suas subjetividades fossem capazes de significar (Fredrickson & Roberts, 1997). Por outro lado, os homens acostumaram-se a avaliar seus corpos em como funcionam (Franzoi, 1995). Hoje sabe-se que na relação com o corpo estético e o social, não trata-se apenas de uma questão de gênero, e que encontramos muitos homens a cultuar sua imagem (Tiggemann, 2011), muitas vezes sem medir esforços em prol da aparência. No contexto cultural brasileiro o culto ao corpo pode ter grande impacto, tanto em ideal de beleza (Edmonds, 2010), quanto no âmbito do trabalho, familia e relações sociais (Andrade, 2003; Medeiros et al., 2004; Ferreira et. al, 2014)

A apreciação do corpo é uma das facetas da ICP que não se refere a valorização da aparência física ou se o corpo alinha-se com ideais de aparência cultural, mas corresponde ao valor das potenciais funções e saúde corporal. Para Tylka & Wood-Barcalow (2015a), envolvendo elogiar o corpo pelo que é capaz de fazer, pelo que representa e pelo que pode se ver como único. É, para Avalos et al. (2005), considerada uma componente chave da ICP por ser uma atitude de aceitação, respeito e proteção ao corpo.

Uma das associações que podem contribuir para novos achados em relação à DRC é o sentido de vida (SV). Por ser uma variável subjetiva (significado do sentido de vida) e ao mesmo tempo objetiva (existe ou não) sua articulação com doentes renais merece ser explorada empiricamente. Portanto direcionar novos estudos para doenças específicas e seus estágios, podem vir a desvendar processos cognitivo-emocionais subjacentes que expliquem a ligação entre o SV com o bem-estar dos doentes (Dezutter et al., 2013; Cohen & Cairns, 2012).

## 1.4 Sentido e vida

Desde as primeiras obras de referência de Viktor Frankl (1963) como “O homem em busca de um sentido”, passaram-se décadas de conceitos sobre o sentido da vida. Todavia no âmbito da pesquisa ciêntifica pouco havia sido explorado empiricamente. Para o precursor, a busca por um Sentido de Vida (SV) ocorre pela necessidade psicológica em compreender a existência do ser, e que a tal busca pode ser vista tanto como algo positivo como o oposto (Frankl,

1963). Recentemente viu-se um aumento na produção científica com destaque inclusive do SV relacionado a doença e a saúde (Guerra, et al., 2017).

No arabouço literário dentre as definições existentes sobre o SV uma delas é de que a ausência e a busca de sentido ocorrem apenas entre indivíduos cujas necessidades foram frustradas (Klinger, 1998; Park et al., 2010), e que tendem também advirem de perfis cognitivos de indivíduos cujas aspirações sejam de compreender o mundo. Outra perspetiva é de que a busca de SV venha de um intenso interesse em compreender a importância do propósito da vida (Klinger, 1998). Steger et al. (2008) e Steger (2009) tratam a questão pelo prisma de que as pessoas que alcançam uma compreensão de si mesmos e de sua singularidade, percecionam um mundo o qual identificam-se em como estão a conduzir suas vidas, experienciando então o SV. Para Guerra et al. (2017) o SV significa ter objetivos, uma missão a seguir de acordo com seus próprios potenciais e valores, refletindo um estilo de vida humanístico e autônomo, com sentido de vivência e realização.

Os autores Steger et al. (2008) ainda trouxeram-nos a distinção entre a presença e a busca de SV, sendo que a primeira implicaria em algum modo de resultado, enquanto a dimensão da busca por sentido refere-se-ía a um fator ativo e dirigido a um processo. Na perspetiva sobre presença e busca de SV, Guerra et al. (2017) destacaram que embora a presença de SV se eleve perante a busca de SV, a própria presença de SV inclui busca, porque, em um olhar dinâmico, a busca equipara-se com a presença de sentido quando esta última existe. Quando é sentida a sua presença, em conjunção aos seus valores e filosofia de vida, consegue-se, mesmo perante uma crise ou condição de doença, manter a sua presença e recompô-la em harmonia (Guerra et al., 2017). O aprofundado olhar de Steger et al. (2008), inclui ainda que a busca por sentido tanto pode estar relacionada às perceções negativas de si e das circunstâncias que se vive, ou, baseada em ruminações de experiências anteriores, mas também pode ser considerada uma abertura para ideias sobre a vida, sendo este efeito saudável ou não a depender do perfil (personalidade) de quem está em busca

No estudo de Ekelund & Andersson (2009) sobre como doentes renais lidam com a vida, a frase de uma participante “Eu faço diálise pelo bem de minha esposa e de outras pessoas próximas a mim”, ilustrou o que parece ser considerado um propósito para enfrentar a doença. Nos resultados do mesmo estudo, a fala: “A doença me fortaleceu e deu-me uma perspetiva mais ampla” parece mostrar tanto uma abertura para a experiência em termos de personalidade quanto algum sentido de vida atribuído ao que pode-se extrair e acrescentar a uma amplitude do self. Já no resultado “eu sinto que não sou mais do que um pacote que está sendo carregado. Eu não tenho mais nenhum objetivo” deduz-se uma representação que parece estar, ao contrário do exemplo acima, relacionada a um traço de personalidade mais negativo juntamente com a ausência de um

sentido de vida (Ekelund & Andersson, 2009). São exemplos como estes em estudos anteriores que aumentam a motivação a investigar ainda mais o SV e a adaptação à doença renal.

No estudo coreano de Yang (2017), sobre viver com doença renal, os participantes aceitaram sua realidade reconhecendo em sua vida um destino ou uma limtação com propósito divino sob uma perspetiva otimista e de esperança, o que pode, segundo citou o autor, estar relacionado com a crença coreana de que se vive uma vida a crer no destino e na benção de um ser supremo. Desta forma, o presente estudo pretende compreender o que a transculturalidade das amostras brasileiras e portuguesas podem demonstrar em relação aos sentidos atribuídos de suas vidas a partir da doença.

Pinquart et al. (2009), mostraram-nos que a adaptação a uma condição crônica convoca as pessoas a repensarem seus objetivos e expectativas de vida, e que doenças graves atravessam objetivos e planos de vida. O estudo de Dezutter et al. (2013) alegou ter identificado pela primeira vez como dimensões distintas de SV interagem entre perfis distintos de pacientes crônicos, e como podem estar relacionados ao bem-estar e a aceitação da condição da doença. O referido estudo concluiu que em doentes com níveis elevados de SV têm níveis mais elevados de bem-estar em comparação com os que experimentam baixos níveis (Dezutter et al., 2013). Guerra e colaboradores (2017), observaram que o SV se associou positivamente à Qol, em doentes com cancro e posteriormente Pinto & Guerra, (2018) e Reis et al. (2020) constataram também associações do sentido de vida com a Qol em pessoas com esclerose múltipla e portadoras de VIH respetivamente. Em alinhavo, Guerra e colaboradores (2017) também concluiram que mesmo indivíduos saudáveis e portadores de doenças, em geral, lutam para encontrar um sentido para sua existência a fim de prosseguir com seus objetivos.

Posto isso, após serem incluídas e abordadas as variáveis da personalidade, da imagem corporal positiva (ICP) e o sentido da vida (SV), buscar-se-á caracterizar aqui uma compreensão possível do que venha ser qualidade de vida (Qol), uma vez que percebe-se esta como a variável principal para a associação de todas as demais acima mencionadas, em direção a descobertas pretendidas sobre a adaptação à doença renal crônica (DRC).

## 1.5 Qualidade de vida

Conforme os princípios basilares na constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO, 1946) a Carta das Nações Unidas propagou a definição de saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não consistuinte apenas da ausência de doença ou de enfermidade (World Health Organization, 1946).

Desde então, vários outros modelos foram cunhados, ampliando para mais aspetos da saúde e bem-estar que não só o fisico. O modelo holístico de saúde ganhou força na literatura desde o início do século, reconhecendo a natureza multi e interdimensional da saúde e expandindo cada dimensão.

> *Física* (eficiência, flexibilidade, força, agilidade e outros índices físicos, além do autocuidado, estilo de vida e medicina preventiva); *Psíquica-emocional* (atitudes positivas, consciência de sentimentos e resiliência); *Intelectual-cognitiva* (aprender, ser criativo, pensar criticamente); *Espiritual* (valores e crenças, senso de sentido e propósito na vida); *Ocupacional* (uso ideal de aptidões para atividades e trabalhos e satisfatórias); *Social* (qualidade das interações interpessoais, engajamento com a comunidade e meio ambiente); *Ambiental* (autodomínio e capacidade de administrar sua vida, com a compreensão da importância do meio ambiente para a saúde) (Hunter et al., 2013, pp. 197-198).

Para avaliar os resultados de saúde, vemos que a Qualidade de vida (QoL) é o que mais tem sido utilizado e sugerido em estudos. Em Wilson & Cleary (1995) entendeu-se que há uma ligação entre fatos clínicos que moderam-se com uma gama de fatores funcionais e psicológicos de cada indivíduo, e que estes fatores e a Qol co-existem em uma continuidade casual e hierárquica. Dentre as compreensões, a OMS trouxe-nos um conceito amplo que envolveu de forma complexa e integrada a saúde física e psicológica, a capacidade de independência, a existência de relações sociais, as crenças pessoais, e que tudo isso deve estar a contemplar a visão dos individuos sobre seu lugar na vida, no contexto da cultura e dos valores em que se tem incorporado, além de múltiplos outros aspetos tais como objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1997).

Em termos de Qol e doença, o papel dos fatores raciais e culturais também tem sido relaciondos às diferentes perceções de bem-estar, carga da doença e em como se expressa o sofrimento (Unruh et al., 2004; Rostami et al., 2013). Esta afirmação está amparada pelo facto de não haver diferença entre os públicos quanto a níveis clínicos preditores de Qol (Romano-Zelekha et al., 2017). Fukuhara et al. (2003) reuniram alguns achados para ilustrar variações de resultados entre emoções, personalidade e *stress* com a Qol em regiões demográficas diferentes (Oriente Médio, Europa, Ásia, Estados Unidos) e independente da variável mais ou menos forte atribuída à Qol, em todas as regiões, os doentes renais, principalmente em tratamento de hemodiálise, demonstraram impactos na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). Já no estudo de

Mapes et al. (2004) sobre QVRS em populações renais japonesas, os autores alegaram diferenças significativas dos componentes físicos e mentais entre os japoneses comparado a pacientes europeus, latino-espânicos, americanos brancos e negros**.**

Em geral, a Qol e seus interferentes vem se tornando um cobiçado indicador de saúde e bem-estar, principalmente nas doenças crônicas devido suas condições prolongadas, permanentes e muitas vezes dependentes de recursos externos para a manutenção da vida, como é o caso dos doentes renais dependentes de uma máquina de hemodiálise (Liem et al., 2007). Contudo, encontrou-se mais publicações a previlegiar a DRC e Qol no estágio terminal da doença (ESRD) (Korevaar et al., 2000; Fukuhara et al., 2003; Kimmel et al., 2003; Mapes et al., 2004; Chan et al., 2011; Lewis & Arber, 2015; Balban et al., 2017), do que para os demais estágios no percurso da DRC.

O impacto da Qol durante o período de transição de pré-diálise, foi indicado no estudo de Madham (2010) que esta variável é reduzida na medida que a disfunção renal aumenta, principalmente em relação a função física. Para a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) em pacientes em diálise, Romano-Zelekha et al. (2017) destacam que o objetvo maior tem sido diminuir as hospitalizações e a mortalidade.

Estima-se que a adaptação a DRC não seja possível sem integralizar aspetos de como o indivíduo vê a si e a vida ao seu entorno, aquilo que faz por si e como reage a realidade que recai ao seu colo, e como uma doença pode atravessar seus planos e convidá-lo a reeditar sua forma de viver.

## 2. RELEVÂNICA DO ESTUDO, HIPÓTESES E OBJETIVOS

De acordo com a revisão da literatura efetuada e respetivas variáveis selecionadas, este estudo pretende em primeiro lugar, comparar resultados de doentes renais cronicos, na população brasileira e portuguesa quanto à QoL, aos traços de personalidade, a Imagem Corporal Positiva [ICP] através da Apreciação corporal [BAS] e da Funcionalidade corporal [FAS], e o Sentido de Vida [SV]. Em segundo lugar explorar na população brasileira entre as variáveis avaliadas aquelas que mais se associam a uma melhor Qol.

A relevância do estudo ancora-se ao facto de que a equiparação das amostras transculturais em suas características sociodemográficas e clínicas em associação à Qualidade de Vida [Qol], juntamente com as variáveis do presente estudo, traços de personalidade, a Imagem Corporal Positiva [ICP] (através da Apreciação corporal [BAS] e da Funcionalidade corporal [FAS]) e o Sentido de Vida [SV] em pessoas com DRC não foram encontrados na revisão bibliográfica até o momento, sendo portanto um estudo inovador nesta área.

A Qol é eleita como a variável principal considerada para a indicação de adaptação à doença, sendo analisadas todas as demais variáveis clínicas e do estudo (Personalidade, ICP – BAS e FAS, SV). São levantadas as seguintes hipóteses;

***Hipótese 1***. Supõe-se haver diferenças culturais nos resultados das variáveis no comparativo entre as populações participantes, e que estes possam vir a caracterizar perfis diferentes no âmbito da adaptação à doença crônica (Unruh et al., 2004; Rostami et al., 2013; Mapes et al., 2004), nomeadamente a Qol como variável principal. ***Hipótese 1.1*** Espera-se que a faceta de apreciação corporal [BAS] da variável da Imagem Corporal Positiva - ICP (Fredrickson & Roberts, 1997; Tiggemann, 2011; Lewis & Arber, 2015) apresente diferença entre as médias das populações estudadas, supondo ser significativamente superior no grupo clínico de brasileiros do que de portugueses, e que não seja esperada diferença quanto a variável da funcionalidade corporal entre as populações (Franzoi, 1995; Godbold, 2013; Alleva & Tylka, 2021).

***Hipótese 2*.** Prevê-se que a Qol se relacione com as variáveis clínicas quanto a duração da doença, uma vez que o tempo de tratamento varia na literatura de que o impacto mais elevado na Qol possa ocorrer ao início (Kaba et al., 2007; Nunes & Lobo, 2012; Rodriguez et al., 2007; Jones et al., 2017) ou com mais tempo de exposição ao tratamento (Ekelund & Andersson, 2009; Madham; 2010; Ibrahim et al.,2015; Balaban et al., 2017).

***Hipótese 3*.** Supõe-se que possam existir algumas associações mais fortes que outras entre as variavéis do estudo e a Qol na adaptação à doença crônica (Vilhena et al., 2014; Baptista, 2018; Goodwin & Engstrom, 2002; Ibrahim et al., 2015) nomeadamente a DRC (Pinquart et al., 2009; Chan et al., 2011; Ekelund & Andersson, 2009; Yang 2017), nesse estudo a serem investigadas na população brasileira.

Portanto, especificamente, objetivar-se-á: 1) caracterizar e comparar a apreciação corporal, a funcionalidade do corpo, o perfil de personalidade, o sentido de vida e a qualidade de vida nas populações alvo; 2) analisar as associações entre variáveis clínicas e do estudo com a Qol na população renal brasileira; 3) identificar quais associações de cada variável com a qualidade de vida, destacam-se como mais fortes na adaptação à doença renal crônica dos brasileiros.

## 3. MÉTODO

Este estudo realiza-se com populações clínicas de renais crônicos brasileiros e portugueses em hemodiálise.

## 3.1 Participantes

Foram recrutados 95 participantes para as duas amostras deste estudo, tendo como critérios de inclusão o seguinte: apresentar diagnóstico de doença renal crônica, estar em tratamento de substituição da função renal há 1 ano ou mais, ter idade entre 18 e 65 anos, ter nacionalidade portuguesa ou brasileira (*c.f.* procedimentos).

A seguir a caracterização **sociodemográfica** da amostra (Quadro 3) demonstra que os grupos são compostos por médias aproximadas de *idade*. As amostras também se equiparam quanto ao *sexo* - a maioria homens, e quanto ao *estado civil* - a maioria casados ou unidos de facto. A comparação transcultural também não apresentou diferença significativa em relação aos anos de *escolaridade*. Apenas em relação a *situação profissional* se observaram diferenças onde a maioria dos doentes renais brasileiros (74%) estão inativos comparado aos portugueses (46.7%), com diferença significativa neste domínio.

Em relação as **variárveis clínicas**, quanto as *implicações da doença ou tratamento em relação a funcionalidade* não se apresentou diferença entre as populações. Porém há diferenças relativamente a *duração da doença* desde o diagnóstico com mais brasileiros (N=28, 56%) nos primeiros 5 anos da doença do que portugueses (N=16, 35,5%). A média de *horas de hemodiálise por semana* não apresentou diferenças entre os grupos (*c. f.* quadro 3). Concluindo, apenas um indicador sociodemográfico (atividade da vida profissional) e um clínico (duração da doença) são diferentes entre grupos, pelo que serão considerados nas futuras análises.

**Quadro 3**

*Caracterização **sociodemográfica e clínica** da amostra (N=95), valores de qui-quadrado e t-Student para amostras independentes e a sua significância estatística.*

| Variáveis | Grupo Brasil (N=50) | Grupo Portugal (N=45) | Comparação entre Grupos | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | $X^2$ | *t* | *gl* | *p* | Effect size |
| **Média de idade** ± *DP* (anos) | 48.26 ± 13.78 | 50.04 ± 10.34 | | -.718 | 90.190 | .237 | -.145 |
| Mínimo – Máximo | 18 - 65 | 18 - 65 | | | | | |
| **Média de escolaridade** ± *DP* (anos) | 10.83 ± 5.36 | 14.47 ± 13.38 | | -1.770 | 93 | .080 | -.364 |
| Mínimo – Máximo | 2 - 22 | 4 - 21 | | | | | |
| **Género**, N (99,0%) | | | 1.114[a] | | 1 | | |
| Masculino | 32 (64%) | 24 (53.3%) | | | | | |
| Feminino | 18 (36%) | 21 (46.7%) | | | | | |
| **Estado Civil**, N (%) | | | .057 [a] | | 3 | .996 | |
| Solteiro(a) | 16 (32%) | 15 (33.3%) | | | | | |
| Casado(a)/ União de facto | 27 (54%) | 24 (53.3%) | | | | | |
| Separado(a)/Divorciado(a) | 5 (10%) | 4 (8.9%) | | | | | |
| Viúvo(a) | 2 (4%) | 2 (4.4%) | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Situação Profissional**, N (%) | | | 7.950 [a] | | 2 | .019 | |
| Ativo(a) | 13 (26%) | 23 (51.1%) | | | | | |
| Inativo(a) | 37 (74%) | 21 (46.7%) | | | | | |
| **Média duração doença** ± *DP* (meses) | 94.54 ± 89.94 | 164.53 ± 153.34 | | -2.676 | 69.483 | .009 | -.564 |
| Mínimo – Máximo | 12 – 372 | 12 - 572 | | | | | |
| **Média horas de hemodiálise** ± *DP* (semanal) | 10.79 ± 1.70 | 13.40 ± 9.18 | | -1.874 | 46.735 | .067 | -.410 |
| Mínimo – Máximo | 3 - 12 | 4 - 18 | | | | | |
| **Média que a doença/tratamento têm implicações na funcionalidade** ± *DP* (gradação impacto) | 5.00 ± 2.64 | 5.81 ± 2.55 | | -1.522 | 93 | .066 | -.313 |
| Mínimo – Máximo | 1 - 10 | 1 - 10 | | | | | |

[a] *d* de Cohen. $X^2$ Qui-quadrado de Pearsen
[1]*Missing* variável Situação profissional (N Pt=44). [2]*Missing* variável Horas de hemodiálise (N Pt=40)

### 3.2 Instrumentos

Na construção deste estudo foram utilizados os instrumentos com validação portuguesa anteriormente estabelecidos pelo projeto de investigação "O corpo na doença: Estudo da imagem corporal em diferentes condições clínicas "do núcleo de investigação em psicologia da saúde e neurocognição do Centro de Psicologia da Universidade do Porto. Para avaliar a população de DRC no Brasil um protocolo foi constituído com instrumentos correspondentes nas versões com validação brasileira. Para tal fez-se necessária uma procura bibliográfica sobre a existência das validações brasileiras equivalentes aos mesmos instrumentos com validação portuguesa.

Foram consultadas as bases disponíveis na EBSCO (uma das principais fornecedoras de base de dados científicos) por meio de conjuntos das palavras chaves *quality of life*, *Wourld Health Organization, WHOQOL-Bref, WHOQOL-Bref; personality assessment*; NEO-FII-R; NEO-FII-20; *positive body image*, *appreciation body Scale; BAS-2 , funcionalit body Scale*; FAS; *meaning of life Scale* correlacionadas com as palavras-chave *cross-cultural adaptation*, *assessment instrument*, *scale*, *questionnaire*, *brazilian portuguese version* e *Brazil*. Nas bases consultadas se considerou toda o alcance da busca que as bases ofereceram.

Como critérios de inclusão, estabeleceu-se que os instrumentos não criados no Brasil deveriam ter sido traduzidos e adaptados culturalmente, que esses deveriam ter a autorização do autor do instrumento e apresentar estudo psicométrico que avaliasse a confiabilidade e a validade do constructo. Para o critério de exclusão foram retirados os instrumentos que não eram equivalentes aos mesmos com validação portuguesa afim de garantir equivalência para ambas as

populações culturalmente distintas. Algumas informações sobre os instrumentos apareceram em português e dirigiram-se aos autores brasileiros das versões adaptadas para o Brasil, tendo sido possível o contacto direto com os mesmos através de email.

A versão do instrumento para avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde – WHOQOL-Bref adaptado ao Brasil foi obtida através da disponibilidade na base eletrônica *Scielo* Brasil. Para a avaliação da ICP, quanto ao instrumento adaptado na versão brasileira da escala de funcionalidade corporal [FAS] o mesmo foi obtido diretamente com a autora principal da versão brasileira (Faria et al., 2020) por email, enquanto que a versão brasileira da escala de Apreciação Corporal [BAS-2] foi encontrada disponível na base de teses de doutoramento da Universidade de São Paulo – USP. O instrumento utilizado para avaliar os cinco grandes fatores da Personalidade adaptado na versão brasileira foi obtido através do exemplar impresso do Inventário de Cinco Fatores Neo Revisado NEO-FFI-R (versão curta): manual profissional para uso no Brasil de (Flores-Mendonza, 2007). Como instrumento eleito para avaliação do Sentido de Vida [SV] (Guerra et al., 2017) foi utilizada a sua versão original portuguesa com autorização da autora principal incluíndo expetativa de carater experimental pela similaridade semântica que o instrumento oferecia.

Todos os instrumentos que compõem o protocolo de recolha de dados oferecem questões com diferentes níveis de resposta, do tipo *Likert* (de 1 a 5) incluindo intensidade ("concordo fortemente" ao "discordo fortemente"), frequência (nunca a sempre), avaliação (muito má/muito insatisfeito a muito boa/muito satisfeito/a) e capacidade (nada a muitíssimo/completamente).

Para avaliar a personalidade foi utilizado o Inventário de Personalidade **NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI-20)** nas versões portuguesa (Bertoquini & Pais-Ribeiro, 2006) e brasileira (Flores-Mendonza, 2007). O NEO-FFI-20 foi desenvolvido como a versão reduzida do NEO-PI-R (Costa &McCrae, 1992) para que com medidas muito curtas se possa avaliar as 5 grandes dimensões da personalidade. O NEO-FFI-20 é um instrumento de análise fatorial constituído por 20 itens que são medidos em escala de 5 pontos, que vai de 1=Discordo Fortemente à 5=Concordo Fortemente, a considerar para o traço do Neuroticismo os itens 2, 7, 12 e 17, o traço de Extroversão os itens 1, 6, 11 e 16, o traço de Abertura à Experiência os itens 3, 8, 13 e 18, o traço da Amabilidade os itens 4, 9, 14 e 19 e para a Conscienciosidade os itens 5, 10, 15 e 20. A versão reduzida NEO-FFI-20 pode ser usada como uma medida fiável do NEO-PI-R por considerar suas qualidades psicométricas que apresentam consistência interna em todas as escalas ($\alpha \geq .70$), validade convergente e discriminante nas correlações fortes em comparação com o NEO-PI-R ($p \geq .68$) e nas correlações mais fracas com boa validade de critério incluindo concorrente. Os cinco fatores da personalidade também apresentaram validade e fidedignidade

com boa consistência na versão da adaptação brasileira do NEO-FFI-20 (Passos & Laros, 2015) com valores entre 0.71 e 0.85 do coeficiente lambda 2 de Guttman para fidedignidade. O alfa de Cronbach das escalas deste estudo foi de .59 (neuroticismo) .72 (extroversão) .54 (abertura à experiência) .68 (amabilidade) .73 (conscienciosidade).

A **Body Appreciation Scale**-2 (BAS-2) foi aplicada como medida quantitativa da apreciação corporal. O instrumento tem estrutura fatorial unidimensional, e é composto por 10 itens em uma escala Likert cuja gradação oferece intervalos de 1 = nunca à 5 = sempre, para medir a aceitação e o respeito das pessoas em relação ao seu próprio corpo (e.g., Eu sinto amor pelo meu corpo). As pontuações mais superiores correspondem a uma maior apreciação corporal, sendo que cada participante responde conforme se aplica para si cada ítem. A versão original da BAS-2 (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b) comprovou alta consistência interna (α= .97), bem como fidelidade teste-reteste num intervalo de 3 semanas, além de bons indicadores de validade para ambos os sexos. A versão portuguesa da BAS-2 (Lemoine et al., 2018) apresentou qualidades psicométricas favoráveis com o público participante (Meneses et al., 2019), tanto para validade convergente, discriminante e incremental, como de consistência interna (valores entre .87 e .94). A publicação desta versão revisada tem sido interesse de estudo em muitos paises, que analisaram a estrutura fatorial e suas propriedades psicométricas, como a Dinamarca e Suécia (Meneses et al., 2019) tendo o presente estudo a contribuir com os países Brasil e Portugal. A versão brasileira de adaptação e validação do BAS-2 (Junqueira, 2020) apresentou dimensionalidade fatorial e invariância de medidas em resultados com forte qualidade psicométrica em adultos e adequada consistência interna α = > 0,86. No presente estudo o alfa de Cronbach foi de 87.3.

A **Funtionality Appreciation Scale** (FAS), sendo o outro instrumento para avaliar a Imagem Corporal Positiva (ICP) Alleva, et. Al., (2017) conceitua a funcionalidade do corpo através da capacidade de respeitá-lo e gratificá-lo pelo que é capaz de desempenhar. O instrumento propõe-se a obter medida, com estrutura unidimensional, contendo 7 com gradação de concordância em escala que vai de 1=Discordo totalmente à 5=Concordo totalmente (e.g., Eu sinto que o meu corpo faz muito por mim). A versão original da FAS (Alleva et al., 2017) demonstrou uma boa consistência interna (α =88 no sexo feminino e α = 90 sexo masculino), fidelidade teste-reteste com um intervalo de 3 semanas, bem como validade de critério e construto, incluindo, convergente, discriminante incremental. A versão portuguesa (Leancastre et al., 2021) apresentou boa consistência interna de α = .86 e a versão brasileira (Faria et al., 2020) uma consistência interna satisfatória de α = .90. No presente estudo o alfa de Cronbach foi de .81.

A **Escala de Sentido de Vida** *(ML Scale)* (Guerra et al., 2017) foi utilizada para aferir se a existência de um SV pelos participantes. O instrumento constitui-se de sete itens (em escala

*Likert)*, com afirmações como "vivo de acordo com o que gosto e com meus valores" de caráter mais positivo e "sinto-me pouco realizado como pessoa" de foro mais negativo, com respostas em uma escala que varia de 1 (concordo muito) à 5 (discordo muito), sendo que quanto mais alta a cotação, melhor será o SV. A avaliação das qualidades psicométricas da escala foi feita com três grupos de pacientes oncológicos e com um grupo de pacientes com lesão vertebro medular, cujos valores de alfa de *Cronbach* variaram entre .74 a .78, indicando a consistência interna como satisfatória. O presente instrumento foi concedido pela autora do mesmo por considerar que a semântica das afirmações concernentes nos sete itens estaria adequada para a compreensão do português do Brasil, e que, diante de alguma dificuldade de compreensão por parte do participante brasileiro, estaria a investigadora de mesma nacionalidade e língua materna, disponível durante a abordagem da recolha de dados para esclarecer e adaptar significantes semelhantes que fossem necessários. Para este estudo o valor de alfa de *Cronbach* ficou em .67.

Para a avaliação da Qol foi utilizada a versão abreviada do instrumento Avaliação da Qualidade de Vida pela Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref), (WHOQOL Group, 1998) na versão portuguesa (Vaz Serra et al., 2006) e brasileira (Zimpel et al. 2019). Este instrumento foi desenvolvido para suprir a necessidade de oferecer características psicométricas equivalentes, com menor tempo de aplicação, uma vez que o instrumento original (WHOQOL-100) é composto por 100 perguntas. O WHOQOL-Bref apresenta 26 perguntas, sendo que 24 delas são representantes das 24 facetas que constituem os quatro domínios de Qol (físico, psicológico, relações sociais e ambiental) do WHOQOL-100. Esta diminuição foi possível por considerar que existia uma pergunta mais geral por faceta (item com mais correlação com o *score* total, derivado da média de todas as facetas), e, portanto, mantém a multidimensionalidade do conceito de Qol com uma boa validade de constructo. As duas perguntas restantes que totalizam as 26 são mais abrangentes sobre a perceção da Qol geral (Serra et al., 2006). Na sua versão original este instrumento apresentou boa consistência interna com valores entre .66 e .84. Na versão portuguesa as características psicométricas encontraram valores da consistência interna entre .64 (domínio das relações sociais) e .87 (domínio físico) (Serra et al., 2006) e na versão brasileira do WHOQOL-Bref (Zimpel et al. 2019) boa consistência interna *a*= .85. No presente estudo, os valores dos Alphas de Cronbach no grupo de brasileiros foram de .80 (QolGeral) .77 (QolFísica) .71 (QolPsicológica) .60 (QolRel.Sociais) .65 (QolAmbiente).

### 3.3 Procedimentos

Com a aprovação prévia da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (Parecer nº 2028/12-6b), e da Avaliação de Impacto da

Proteção de Dados da UP (AIPD-UP; Parecer P-4/2020), partiu-se a obtenção da aprovação da Fundação PRO-Renal Brasil para recrutamento de pacientes renais. Posto isso, foi adaptado o questionário aplicado à população portuguesa para a população brasileira com versão impressa e versão *online* através do software Google Forms.

Os participantes brasileiros foram selecionados por conveniência, mediados pelo médico responsável técnico e pela coordenadora de enfermagem de uma das clínicas de hemodiálise da Fundação Pro-Renal na cidade de Curitiba, Brasil. Os dados dos participantes portugueses foram derivados do serviço de nefrologia do Complexo Hospitalar Universitário de São João, de uma clínica de hemodiálise do norte do país e por participação *online* de doentes renais cujos contactos foram disponibilizados pela Associação Portuguesa de Insuficientes Renais de Portugal [APIR].

Relativamente ao grupo brasileiro de renais crônicos, após uma lista de pacientes triados procedeu-se com o convite aos pacientes para participarem do estudo. Cada participante foi abordado individual e presencialmente enquanto realizavam a sessão de hemodiálise. O preenchimento dos questionários ocorreu de forma eletrônica via dispositivo eletronico da investigadora. Após esclarecimentos sobre os objetivos e procedimentos do estudo, foi salvaguardada a participação voluntária com a possibilidade de recusa e interrupção em qualquer fase da abordagem, não comprometendo os cuidados de saúde. A maioria dos participantes desta amostra preferiu ser abordado oralmente enquanto a investigadora posicionava o dispositivo para facilitar a visualição das opções de resposta pelo/a participante. Quando necessário e para melhor conforto físico na poltrona de hemodiálise, as respostas eram ditas e apontadas pelo participante à investigadora, que realizava a marcação no formulário digital. Observou-se que a aplicação do protocolo foi morosa devido aos participantes introduzirem outros conteúdos que o questionário eliciava. Para alguns participantes foi necessário explicações semelhantes dos respetivos itens. Apenas 03 participantes optaram pelo preenchimento físico. A estes, os dados foram posteriormente transferidos para o formulário *online* pela investigadora. Toda a recolha da amostra brasileira foi realizada *in loco* sob autorização do médico responsável da clínica eleita e pela gerente de saúde da Fundação Pro-Renal, assim como obtido o consentimento livre e esclarecido de cada participante.

A recolha de dados com o número [N=45] de participantes portugueses foi realizada no serviço de nefrologia do Centro Hospitalar Universitário de São João sob parecer positivo da Comissão de Ética da instituição nº 301/18, também em uma clínica de hemodiálise no norte do país (ambos locais com recolha realizada presencialmente, em formato de papel e durante as sessões de hemodiálise), e também recolhidos em formato *online* com doentes renais crônicos que foram convidados a participar espontaneamente após contactados por meio da Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. Os dados do grupo de doentes portugueses participantes

foram recolhidos entre 2018 e 2020 e pertencem a base de dados do projeto de investigação sobre a Imagem Corporal Positiva do Centro de Psicologia da Universidade do Porto, tendo sido concedido pela investigadora responsável pela linha de pesquisa da doença renal crônica.

Para a comparação das amostras, após recolhidas foram inseridas no programa IBM Statistics SPSS versão 27 para posterior análise das medidas descritivas e de frequência. Os testes estatísticos utilizados para as hipóteses deste estudo foram o teste t de *Student* para grupos independentes de DRC conforme a nacionalidade a fim de comparar as diferenças das populações em suas respetivas variáveis sociodemográficas, clínicas e do estudo. Para algumas variáveis de característica nominal foi utlizado o teste Qui-Quadrado ($X^2$). Para avaliar o impacto das variáveis clínicas e do estudo em relação com a variável principal (Qol) na população brasileira foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson* com a força das associações baseada em $.10 < r < .20$ para associações fracas, $.30 < r < .49$ para moderadas, e $r \geq .50$ para fortes (Cohen, 1988). Para todas as análises foi considerado o valor de significância <.05.

# 4. RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados descritivos da caracterização das variáveis do estudo e da identificação do perfl de personalidade das amostras transculturais na comparação da população brasileira (N=50) com a população portuguesa (N=45).

## 4.1 Qualidade de vida, Personalidade, Imagem corporal Positiva e Sentido de vida na comparação Brasil e Portugal.

Para comparar as médias e desvios padrão entre os grupos de renais crônicos do grupo Brasil (GrBr) e do grupo Portugal (GrPt) e verificar possíveis diferenças na Qol através de suas dimensões geral (Qol.Geral), física (Qol.Física), psicológica (Qol.Psicológica), relações sociais (Qol.Social) e ambiental (Qol.Ambiental), bem como na variável da ICP e sua faceta da apreciação corporal (ICP-BAS) e da funcionalidade corporal (ICP-FAS), e na variável do Sentido de vida (SV), utilizou-se o teste t de *Student* nas amostras independentes. O mesmo teste foi utilizado para identificar as médias e comparar os grupos na variável da Personalidade em seus traços de neuroticismo [Personalidade Tço.Neuroticismo], extroversão [Personalidade Tço.extroversão], abertura à experiência [Personalidade Tço.Abertura à Experiência], amabilidade [Personalidade Tço. Amabilidade] e conscienciosidade [Personalidade Tço. Conscienciosidade].

Em relação aos **resultados da Qualidade de Vida** entre as populações renais, evidencia-se diferença largamente significativa para o *Effect Size* na dimensão da Qol.Geral tendo o GrBr média mais alta que o GrPt, assim como também diferença significativa nas dimensão da Qol.Social tendo o Brasil média maior. Nas dimensões da Qol. Física, Qol.Psicológica e na Qol.Ambiental não foram evidenciadas diferenças significativas entre os grupos.

Referente ao **perfil de personalidade** entre os grupos, o Tço. Neuroticismo[1], Tço. Aberturá à Experiência e Tço. Amabilidade não apresentaram diferenças significativas na comparação. Por outro lado, o Tço. Extroversão e o Tço. Conscienciosidade apresentaram diferença significativamente alta entre os grupos com maior média para a população renal brasileira, evidenciando que aos doentes renais crônicos brasileiros são mais extrovertidos e mais conscienciosos do que os doentes renais portugueses.

Nos resultados quanto a **imagem corporal positiva**, há diferença significativa entre os grupos no domínio da apreciação corporal [ICP-BAS] tendo o GrBr média mais alta que o GrPt, enquanto não foram encontradas diferenças significativas no domínio da funcionalidade corporal [ICP-FAS] entre as populações. Na caracterização do **sentido de vida** [SV] também não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre brasileiros e portugueses (*c.f.* Quadro 4).

**Quadro 4**

*Resultados descritivos das variáveis – **Qol, Personalidade, ICP e SV** (média, desvio-padrão, mínimo e máximo), valores t-Student para comparação das amostras independentes e a sua significância estatística*

| | **Grupo Brasil (N=50)** | | **Grupo Portugal (N=45)** | | **Comparação entre Grupos** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Média ± *DP*** | **Mínimo - Máximo** | **Média ± *DP*** | **Mínimo - Máximo** | ***t*** | ***gl*** | ***p*** | ***d*** |
| **Qol. Geral** | 67.50 ± 18.89 | 12.50 – 87.50 | 49.72 ± 20.89 | 12.50 - 87.50 | 4.354 | 93 | <.001 | .895 |
| **Qol. Físico** | 60.35 ± 16.23 | 21.43 – 92.86 | 54.20 ± 17.92 | 21.43 – 85.71 | 1.755 | 93 | .083 | .361 |
| **Qol. Psicológico** | 70.91 ± 15.48 | 29.17 – 100.00 | 66.01 ± 19.46 | 16.67 – 100.00 | 1.364 | 93 | .176 | .280 |
| **Qol. Social** | 67.50 ± 15.72 | 33.33 – 100.00 | 59.62 ± 19.93 | 16.67 – 100.00 | 2.120 | 83.543 | .037 | .441 |

[1] O alfa de Cronbach está no limiar de aceitação para as ciencias sociais.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Qol. Ambiental** | 66.37 ± 10.40 | 43.75 - 90.63 | 65.13 ± 12.49 | 34.38 - 96.88 | .526 | 93 | .600 | .108 |
| **Personalidade Tço. Neuroticismo** | 1.78± .677 | .75 – 3.25 | 1.91 ± .874 | 00.00 - 3.75 | -.790 | 93 | .432 | -.162 |
| **Personalidade Tço. Extroverção** | 2.43 ± .650 | 1.00 - 4.00 | 1.70 ± .831 | 00.00 - 3.50 | 4.787 | 93 | <.001 | .984 |
| **Personalidade Tço. Abertura à experiência** | 2.22 ± .705 | .75 – 3.50 | 2.25 ± .786 | 00.50 - 3.75 | -1.63 | 93 | .871 | -.034 |
| **Personalidade Tço. Amabilidade** | 2.46 ± .700 | .50 – 3.75 | 2.40 ± .638 | 1.00 - 3.50 | .435 | 93 | .665 | .089 |
| **Personalidade Tço. Conscienciosidade** | 2.84 ± .559 | 1.50 - 4.00 | 2.25 ± .821 | .25 4.00 | 4.042 | 76.485 | <.001 | .847 |
| **ICP – BAS** | 4.06 ± .657 | 2.10 - 5.00 | 3.62 ± .737 | 1.60 - 5.00 | 3.059 | 93 | .003 | .629 |
| **ICP- FAS** | 3.97 ± .450 | 2.86 - 5.00 | 3.99 ± .679 | 1.57 - 5.0 | -.225 | 75.156 | .822 | -.047 |
| **SV** | 26.14 ± 3.481 | 18.00 - 33.00 | 26.06 ± 4.95 | 12.00 - 34.00 | .080 | 75.931 | .936 | .017 |

$p$ <.05.

### 4.2 Variáveis sociodemográficas e clínicas com diferença significativa na equivalência das amostras, associadas a Qualidade de vida.

Em razão das respetivas diferenças em alguns resultados relativamente a uma **variável sociodemográfica e** uma **clínica** no comparativo das amostras, será designada uma secção para avaliar se tais resultados, quando correlatos com a Qol, fazem associações com a variável principal, e analisar o que o estudo se dedica avaliar nomeadamente na população renal brasileira para a adaptação à DRC.

A variável sociodemográfica que demonstrou diferença na equiparação das amostras foi a *situação profissional* estando *mais inativos* os brasileiros renais crônicos. Entretanto tal variável não indicou associação com a Qol para nenhuma das amostras, compreendendo não incidir efeito sobre a adaptação à DRC entre os grupos. A variável clínica com diferença significativamente moderada entre as amostras foi a *duração da doença*. Tal variável também não associou-se com nenhum dominío da Qol para ambos os grupos. Despreende-se assim, que as amostras das duas populações são semelhantes, considerando a sua relação com a QoL (*c.f* Quadro 5).

**Quadro 5**

*Correlações Pearson entre **variáveis sociodemográficas e clínicas** e os domínios da Qualidade de Vida*

| | **Qol. Geral** Brasil / Portugal | **Qol. Física** Brasil / Portugal | **Qol. Psicológico** Brasil / Portugal | **Qol. Social** Brasil / Portugal | **Qol. Ambiental** Brasil / Portugal |
|---|---|---|---|---|---|
| *Situação Profissional* | .006/.007 | -.033/-.155 | -.022/-.236 | -.041 /-.128 | -.040 /.248 |
| *Duração da doença* | -.019 / ..230 | -.133/ .012 | -..248/ .157 | -.096/ -.203 | -.130/ .204 |

$^{*}p < .05$. $^{**}p < .01$

### 4.3 Qualidade de vida como variável principal na adaptação à doença na população renal brasileira e variáveis a ela associadas.

Consoante as hipóteses levantadas, a seguir serão apresentados os **resultados das associações** entre as **variáveis do estudo** (personalidade, ICP – BAS e FAS e SV) com os domínios da Qol como variável principal a contemplar o objetivo de analisar e identificar quais destas destacam-se como mais fortes na adaptação à doença renal crônica da população brasileira.

De acordo com o coeficiente de *Pearson*, as variáveis associadas aos domínios da Qol para o GrBr apresentaram associações moderadas (r= ≤.30 à ≤.49) e fortes *(r*=≤.50).

Relativamente aos traços de *personalidade*, foram encontradas associações positivas e negativas significativas com os domínios da Qol. O *Tço. Neuroticismo* apresentou associação negativa de forma moderada com todos os domínios da Qol. Por outro lado, exceto para o domínio da Qol. Ambiental, o *Tço. Extroversão* apresentou associação positiva com todos os domínios, sendo com força moderada para a Qol. Geral e Qol. Física, e forte para a Qol. Psicológica e Qol. Social. Também demonstrou associou positiva e moderada o *Tço Amabilidade* com os dominios Qol. Social e Qol. Ambiental. Os *Tço. Abertura à experiência* e *Tço. Conscienciosidade* não apresentaram associações significativas com nenhum domínio da Qol.

Conforme espectável, a variável da Imagem corporal Positiva na faceta *ICP - Apreciação corporal* apresentou associações positivas e fortes com todos os domínios da Qol, tendo mais força de impaco com a Qol. Psicológia, e impacto moderado no demais domínios da Qol. A faceta da *ICP – Funcionalidade Corporal*, apresentou associações positivas com os domínios da Qol, exceto para a Qol. Ambiental que não foi significativa, tendo apresentado valores de força moderada para Qol. Social e associação forte com a Qol. Geral, Qol. Física e Qol. Psicológica.

Especificamente quanto a variável do *Sentido de Vida* (SV), evidenciaram-se associações significativas e positivas com todos os domíninios da Qol para a população renal crônica

brasileira. No que se refere a força, o SV mostrou influência moderada com a Qol. Geral, com a Qol. Física e a Qol. Ambiental, enquanto demonstrou influenciar fortemente os domínios da Qol. Psicológica e Qol. Social (*c.f.* Quadro 6).

**Quadro 6**

*Correlações Pearson entre a Personalidade, Imagem Cororal Positiva, Sentido de Vida, e os domínios da Qualidade de Vida como variável dependente para a adaptação à doença na população renal crônica brasileira.*

| | Qol. Geral | Qol. Físico | Qol. Psicológico | Qol. Social | Qol. Ambiental |
|---|---|---|---|---|---|
| **Personalidade Tço Neuroticismo** | -.303* | -.405** | -.377** | -.314* | -.381** |
| **Personalidade Tço Extroversão** | .385** | .422** | .505** | .567** | -.262 |
| **Personalidade Tço Abertura à experiência** | -.077 | -.239 | -.153 | -.071 | -.133 |
| **Personalidade Tço Amabilidade** | .040/ | .072 | .245 | .381** | .374** |
| **Personalidade Tço Conscienciosidade** | .075/ | .140 | .259 | .150 | .198 |
| **Imagem Corporal Positiva – Apreciação corporal** | .597** | .547** | .647** | .602** | 522** |
| **Imagem Corporal Positiva – Funcionalidade Corporal** | .500* | .538** | .651** | .408** | .247 |
| **Sentido de Vida** | .338* | .457** | .582** | .520** | .428** |

*$p < .05$. **$p < .01$.

Seguidamente focaremos nas associações restantes com a QoL na populção brasileira, como segundo objetivo do estudo. A variável das *Horas de Hemodialise* indicou unicamente uma associação moderadamente positiva ($r$=.323;$p$<.05) com o domínio ambiental da Qol.

Por outro lado, a variável das *Implicações da doença/tratamento na funcionalidade* está igualmente associada negativamente aos domínios da Qol. Geral ($r$= -.327; $p$<05) e da Qol. Física ($r$= -.476; p<01), da mesma forma que não apresenta associação nos domínios Qol. Psicológica e Qol. Ambiental. Entretanto, relativamente ao domínio da Qol. Social esta variável indicou associação com impacto moderadamente negativo.

Assim sendo, se seguirá a discussão dos resultados debatendo com a revisão literária e as evidências alcançadas, no âmbito da caracterização sociodemográfica, clínica e das variáveis estudadas nas amostras transculturais. As hipóteses e os objetivos do presente estudo serão

confrontados em confluência com os achados relacionaos a Qol como adaptação à doença renal crônica dos brasileiros em tratamento.

## 5. DISCUSSÃO

Iniciamos esta secção discutindo os resultados encontrados nas duas populações em doentes renais crônicos.

No que se refere a imagem corporal positiva, como espectável entre os grupos, no domínio da apreciação corporal [ICP-BAS] o Brasil demonstrou média mais alta que Portugal estatisticamente significativa, enquanto no domínio da funcionalidade corporal [ICP-FAS] não foram encontradas diferenças entre as populações. Edmonds (2010) sobre a cultuação ao corpo poder ter grande impacto, e que como alegaram Andrade (2003), Medeiros e colaboradores (2004), Ferreira e colaboradores (2014) este impacto pode ser tanto em ideal de beleza quanto no âmbito do trabalho, familia e relações sociais. Portanto, valeu-se o presente estudo em buscar evidenciar e ressaltar a luz do conceito de imagem corporal positiva não referir-se exclusivamente a valorização da aparência física nos ideais de aparência cultural, mas de alargar a adaptação da aparência, além de ser mais positivo com o a representação do corpo, com mais respeito e aceitação como proposto por Avalos e colaboradores (2005) e Tylka & Wood-Barcalow (2015a).

Na caracterização e comparação das amostras, o facto dos brasileiros terem maior apreciação corporal do que os portugueses pode também estar relacionado com a perceção dos outros como elemento de adaptação em relação a identidade social do brasileiro, de forma a sentirem-se com corpos mais aceitáveis e menos atormentados a mudança de aparência (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a) e estarem possivelmente a apreciar mais a funcionalidade do corpo mesmo com suas limitações físicas, ao que concordamos com Bailey e colaboradores (2015).

Sobre a outra faceta da ICP em ambas as populações, não houve diferenças entre a funcionalidade corporal. Por serem majoritariamente masculinas as amostras, faz-se aqui um debate interessante com o estudo de Franzoi (1995), que destacou que embora os homens sejam acostumados a avaliar seus corpos em como funcionam, Tiggemann (2011) destacou que nos tempos atuais, na relação corpo estético e social, encontramos muitos homens a cultuar sua imagem, muitas vezes sem medir esforços em prol da aparência. Desta forma, podemos recorrer Anderson-Fye (2011), de que contextos, lugares e imagens comunicam culturalmente as representações sobre os corpos em diversos aspetos relativos à imagem corporal. Neste ponto, o presente estudo sustentou a importância de se investigar suas expressões culturais e concordou com Ng e colaboradores (2015) que este facto deve ser considerado nas populações antes de normalizar avaliações em culturas diferentes.

Portanto se confirma a **hipótese** que levantamos de que a faceta de apreciação corporal (BAS) da variável da Imagem Corporal Positiva (ICP) também investigada por Fredrickson & Roberts (1997), Tiggemann (2011), Lewis & Arber (2015) entre outros, apresenta diferença entre as médias das populações estudadas, sendo superior no grupo clínico de brasileiros em comparado com portugueses, em que evidenciamos que a amostra de renais crônicos brasileiros há uma apreciação maior do corpo, sendo mais adiante importante a associar portanto com a Qol, a ver qual impacto incide sobre a adaptação à DRC. Na continuação da hipótese confirmamos em alinhamento com Franzoi (1995), Godbold (2013) e Alleva & Tylka (2021) de que a faceta da funcionalidade corporal não haveria diferença entre as populações, suscitando ser esta uma dimensão mais objetiva e que não é tão influenciada pela cultura.

A extroversão é um dos traços de personalidade que constitui o modelo mais comum explorado nos últimos anos como afirmou Telles-Correia e colaboradores (2010) e universalmente consolidados por McCrae & Costa (1997) em suas diversas aplicações culturais. A extroversão foi significativamente superior na população brasileira que na portuguesa e eventualmente a cultura poderá estar na base desta diferença.

McCrae (2006) nos descreve a Extroversão por ser o traço que corresponde ao nível de sociabilidade de um indivíduo, com características como disposição, otimismo e a afetuosidade. A *Extroversão* está também relacionada ao nível de intensidade nas interações relacionais, o quão os indivíduos são comunicativos, assertivos, ativos, com capacidade de estimulação e de emoções positivas como a alegria (Nunes & Hutz, 2007). O fator do Brasil apresentar uma amostra com pessoas mais extrovertidas, portanto mais estimuladas, alegres, otimistas podemos em analógia com Scheier & Carver (1985) e Snyder & Lopez (2009) atribuir aos brasileiros a capacidade de acreditar mais em coisas boas estão por vir do que ruins, constituintes de um otimismo disposicional. Desta forma, a capacidade de desprender esforços para superar obstáculos mencionada no estudo brasileiro de Oliveira et al. (2020) com renais crônicos, e no estudo dos traços de personalidade na doença crônica de Vilhena et al. (2014), em nosso presente estudo podemos concordar com os autores, tendo em conta que os brasileiros renais no Brasil, por terem um perfil mais extrovertido, tendem a apresentar mais disposição e otimismo para lidar com as dificuldades, como as advindas da condição crônica da doença renal, do que os portugueses.

A *conscienciosidade* como o outro traço de personalidade predominantemente encontrado em brasileiros renais em comparado com os portugueses renais, como estruturou McCrae (2006), refere-se ao senso prático dos indivíduos, constituídos por maiores níveis de responsabilidade, zelo, disciplina, honestidade, engenhosidade, cautela, organização e persistência. Em termos culturais, se observarmos as condições do Brasil enquanto um país de

proporção continental em territorialidade e com notórias fragilidades estruturais em assistência a população, possa tal facto ter influenciado as pessoas a constituírem-se mais conscienciosas naquilo que compete a desenvolverem-se e gerirem-se por si só, sendo esta uma compreensão mais autônoma de suas competências individuais. Com o Tço. Conscienciosidade sobreçaliente na população renal brasileira, podemos supor que o autocontrolo e disciplina como características em níveis maiores neste traço, podem surtir como a motivação individual que facilita estes indivíduos no Brasil na autogestão de suas necessidades e na percepção das configurações situacionais da doença. Posto isso, alinhamo-nos com Yang (2007) que concluiu que pacientes consciensiosos com a capacidade de lidar com a realidade, distinguem-se e assimilam as mudanças necessárias em suas vidas. Essa afirmação, parece sincronizar amplamente com todos os fatores explorados no presente estudo quanto a caracterizar as populações comparativas e ao conhecer perfis e poder associá-los com fatores que interajam com a adaptação à doença.

Outro ponto sobre a personalidade e a doença na comparação das presentes populações estudadas é que constatou-se que o gênero masculino prevalece em ambas. Neste sentido fazemos um paralelo relativamente ao Brasil sobre a prevalencia de homens e Tço. Conscienciosidade com a discussão de Chan e colaboradores (2011). Os autores em sua revisão sistemática com a população renal dialítica identificaram que homens demonstraram confiar mais em crenças de autocontrolo e na capacidade de assumir ações, com autoestima mais alta, assim como a maior capacidade de lidar com a adversidade, fatos esses identificados no traço da conscienciosidade, predominante na amostra brasileira.

O sentido de vida foi semelhante para ambas as populações sem diferenças. De acordo com Steger e colaboradores (2009), o sentido de vida pode variar de acordo com as fases desenvolvimentais do ser humano, mas é semelhante para indivíduos da mesma fase, incluindo a meia-idade. No estudo apesentado, as idades são maioritariamente nessa faixa etária para as duas populações avaliadas, o que poderá explicar a semelhança de médias. A literatura é escassa na comparação de médias de sentido de vida entre culturas usando o mesmo instrumento, pelo que serão necessários mais estudos para verificar a semelhança desta variável entre Portugal e Brasil.

Relativamente à QoL, encontramos diferenças entre as populações sendo superior a qualidade de vida geral e social dos brasileiros relativamente aos portugueses. A Qol. Geral é avaliada por 2 questões e mais de caráter subjetivo relacionadas a como se perceciona a qualidade de vida e a satisfação com a saúde, onde novamente o otimismo do povo brasileiro poderá explicar a diferença. No que reporta a melhor Qol. Social dos brasileiros, acredita-se que vários fatores podem explicar essa diferença, se considerarmos por exemplo o traço de personalidade extroversão mais expressivo e a melhor apreciação corporal do brasileiro que devem contribuir

para uma maior socialização. Conforme Hunter (2013) descreveu em seu estudo sobre o conceito positivo de saúde, o facto da Qol. Social também ter como característica a motivação ao compromisso com a comunidade, e sendo este um fator comum conhecido dos brasileiros em termos de solidariedade, altruísmo, senso de coletividade, humanidade, pode ser este também um dos motivos a valer para ser o social o domínio mais alto da qualidade de vida dos brasileiros.

Por fim, uma vez que as amostras diferiam quanto à *duração da doença* e quanto à *situação profissional* fizemos correlações dessas variáveis com todas as dimensões da Qol nas duas populações (c.f. quadro 5). Como pode ser constatado, não houve nenhuma associação pelo que considerarmos que a Qol nestas amostras não seria influenciada por elas.

Após a discussão das diferenças encontradas nas variáveis estudadas entre as diferentes culturais, seguiremos para a análise mais pormenorizada, na população brasileira, das associações encontradas que favorecem a melhor Qol em cada dimensão.

Nomeadamente a representação do corpo, concordamos com Mattos & Maruyama (2010) quanto a perceção do corpo ser uma importante dimensão da vida humana, e consideramos que a imagem corporal seja um fator importante para a Qol dos doentes crônicos como os renais. No que se refere a imagem corporal positiva, evidenciou-se que o domínio da apreciação corporal [ICP-BAS] e o domínio da funcionalidade corporal [ICP-FAS] apresentaram impacto positivo nos domínios da Qol dos brasileiros.

Nas dimensões da ICP, a população brasileira, associou-se fortemente com todas as dimensões da Qol como fator de adaptação à DRC dos brasileiros, tanto na faceta da apreciação corporal quanto da funcionalidade corporal. Seja em termos estéticos seja quanto a liberdade, a autonomia e a valorização nos cuidados com o corpo, ou o reconhecimento do que o corpo é capaz de fazer, acreditamos que, os brasileiros aqui investigados, estejam a representar o respeito ao corpo como preconiza o conceito amplo da ICP, facto este que está a relacionar-se positivamente com ter qualidade de vida em todos seus domínios. Ou seja, concordamos com Ávalos e colaboradores (2005) e Tylka & Wood-Barcalow (2015a), no sentido de estarem os brasileiros com doença crônica renal a não tratar os aspetos negativos do corpo, mas de ativar os positivos, com uma representaçâo do corpo com mais valorização e aceitação e amor e o conceito de beleza mais adaptado à aparência. Trazemos esta explicação para os doentes renais brasileiros, cuja importância do corpo é cultural e estando essa população clínica com o corpo sob efeitos da doença como indicou Jones e colabordores (2017), diversas reações adversas no corpo como disseminou a NKF (2002) e a MFMER (1998-2021), a considerar as restrições alimentares conforme Baraz e colaboradores (2010) e Hagren e colaboradores (2005) e também o aumento da

autoimagem negativa demonstrado por Araujo Filho e colaboradores (2016), e ainda assim ter a população renal brasileira associado-se às facetas da ICP positivamente.

A faceta da ICP – nomeadamente a funcionalidade corporal dos brasileiros renais em hemodiálise demonstrou associações significativamente positivas com a maioria dos domínios da Qol, evidenciado-se que quando associado com o domínio da Qol. Psicológica, trouxe o maior efeito positivo entre todas as combinações associadas para a amostra brasileira. Com isso, para essa população estudada não conseguiremos concordar com Romano-Zelekha e colaboradores (2017), os quais sinalizaram que embora o tratamento de diálise traga uma carga negativa com significativo impacto emocional, o fator físico parece ter um efeito ainda maior neste sentido.

Relativamente a variável da personalidade associada a Qol como variável principal para adaptação à doença, este estudo constatou-se que de facto o Tço. Neuroticistia impacta negativamente em todos os domínios da Qol. Trazemos a discussão o estudo de Poppe e colaboradores (2013) que revelou que o *neuroticismo* está atribuído a um risco aumentado de doenças físicas, no que podemos incluir a doença renal. McCrae & Costa (1996) também já haviam evidenciado a relação do neuroticismo e a perceção da doença ao assinalar as queixas somáticas neste paralelismo, devido ao estilo enviesado de perceção de sintomas, mesmo quando estes não estão manifestados clínicamente. Tais afirmações fazem sentido pois que no presente estudo podemos complementar ao evidenciar que supostamente pela forma negativa de ver a vida aqueles brasileiros renais com Tço. Neuroticismo sofrem impacto negativo na Qol em todos os domínios. Entretanto, o contrário acontece com Tço. Extroversão, pois relacionaram-se positivamente com a Qol na maioria dos domínios exceto o ambiental. O dominio da Qol. Social este traço apresenta associação com impacto positivo maior, podendo se constatar que os brasileiros além de serem mais extrovertidos têm uma melhor Qol. Social, mostrando que a combinação destes fatores entre si apresenta-se como fortemente favorável. Para esta populção, uma maior adaptação a DRC, devido as suas características culturais, parece corresponder com o otimismo, o gosto pelas relações sociais, o senso de comunidade, atitude, facilidade de estimular-se com emoções alegres entre outros aspetos concernentes no perfil dos brasileiros, e que também são universais como o Tço. Extroversão e a Qol. Social segundo a WHO (1998).

Portanto, referente aos achados de Vilhena e colaboradores (2014), Goodwin & Engstrom (2002) e Ibrahim et al. (2015) os quais demostraram que os pacientes mais *extrovertidos* apresentam maior bem-estar físico, e que por serem mais otimistas, permanecem opostamente associado ao *neuroticismo*, complementamos os achados da literatura científica ao demonstrar que, para os doentes renais crônicos no Brasil, além de maior bem-estar físico evidenciado no impacto positivo deste traço em associação a Qol. Física, a população estudada apresenta também

na relação com a extroversão e a Qol, bom impacto na Qol. Geral, Qol. Psicológica e principalmente Qol. Social na adapatação à doença.

O Tço.Amabilidade também demonstrou associação positiva e moderada com os domínios da Qol. Social e da Qol. Ambiental. Visto que a *amabilidade* refere-se a características que levam a atitudes e a comportamentos pró-sociais, sendo esses indivíduos socialmente agradáveis, calorosos, generosos e leais, supõe-se que o resultado positivo nas combinações para estes domínios se deva novamente pelas características culturais do brasileiro em serem calorosos entre si independente das condições ambientais ideiais do Brasil, e que pelo traço ser pré-disposto com a vida de um modo geral, os renais crônicos no Brasil com Tço. Amabilidade, beneficiam-se das condições ambientais disponíveis de forma positiva para viverem com a doença.

Esperava-se que o Tço. Conscienciosidade, predominante na população brasileira estudada, se associasse a Qol, o que não ocorreu nem como fator positivo, nem como negativo. Desta forma não podemos confirmar alguns achados na literatura como por exemplo os identificados por Vilhena et el. (2014), Goodwin & Engstrom (2002) e Ibrahim et al. (2015) de que pacientes crônicos com o perfil de *conscienciosidade* mostram melhor dimensão mental, neste estudo a considerar pela Qol. Psicológica, permanecendo opostamente associados ao *neuroticismo*.

No presente estudo com a variável do Sentido de Vida [SV] foi de grande aposta na associação com a Qol ao que se confirmou em sua relação positiva com todos os domínios da Qol na população renal crônica brasileira. Guerra e colaboradores (2017) no estudo que buscou construir uma escala que medisse o SV em população clínica e geral identificou associação positiva com a Qol, além de outros fatores como a satisfação com a vida, o otimismo e o apoio social. Vale ressaltar que o SV já se mostrou relacionado, quase sempre como preditor, com a qualidade de vida em várias doenças crônicas como nos achados de Pinto & Guerra (2018) com a esclerose múltipla e nos achados de Reis e colaboradores (2020) com a Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida [SIDA].

Aspiramos que tal para a população renal crônica brasileira o SV possa estar relacionado com vários fatores. Um deles seria com os traços de personalidade destacados nesta amostra. Como postulou (Klinger, 1998), a existência e a busca de SV tendem advir de pessoas com um intenso interesse em compreender a importância do propósito da vida, e como nas constatações de Ekelund & Andersson (2009) que a sociabilidade e o apoio familiar parece ser considerado um propósito (um SV) para lidar com a doença, propomos que para os extrovertidos renais crônicos no Brasil, o otimismo de que a vida lhe seja boa e o gregarismo na relação com o outro sejam fatores que dêem significância ao sentido da vida. Novamente concordamos Yang (2017) em seu estudo com a população renal em hemodiálise de que o SV culturalmente também incorpora o

reconhecer ter um destino na vida, um propósito, uma perspetiva otimista e de esperança os quais os indivíduos se regem e amparam-se para seguir suas vidas. Tais características encontra-se em abundância na população brasileira, nomeadamente a extrovertida. Aos brasileiros com elevada consienciosidade, pela deliberação de suas vidas a desejarem dependerem de si, possa ser motivo para concordarmos com Steger e colaboradores (2008) e com Steger (2009) que defenderam que o SV está relacionado a indivíduos que alcançando uma compreensão de si mesmos, percecionam um mundo em como estão a conduzir suas vidas.

Ainda sobre o SV, ao citarmos novamente Guerra e colaboradores (2017) nesta discussão que ao constatarem que indivíduos saudáveis e portadores de doença em geral lutam para encontrarem um SV para prosseguirem com seus objetivos, podemos certamente supor que os brasileiros, por terem um espírito de luta em superar as dificuldades e vulnerabilidades multifatoriais do país, estejam predispostos a encontrar SV em seus esforços, e estando este fator a contribuir para a adaptação à doença renal crônica. Corroboramos também com Pinquart e colaboradores (2009) que alegam que o SV convoca as pessoas a repensarem seus objetivos e expectativas de vida, o que no caso da população brasileira deve ser favorável, visto terem otimismo, sensações boas perante a vida, querem conduzir a própria vida e apreciarem o que são capazes de fazer com o corpo que tem.

Neste estudo associativo com a Qol o que se pôde constatar foi que os brasileiros com DRC com Tço. Neuroticista demonstraram sofrer impacto moderadamente negativo com todos os dominios da Qol, e que, de forma oposta, a variável do SV apresentou impacto significativamente positivo com todos os domínios da Qol.

Na **variável clínica** da *duração da doença*, apesar de não termos verificado nenhuma associação com a Qol identificamos que o grupo brasileiro encontra-se com menos tempo de doença desde o diagnóstico, tendo a mesma média de idade do grupo comparativo. Ao explorarmos a investigação deste aspeto verificamos também que a população renal brasileira está nos anos iniciais da doença e do tratamento. Entretanto, a duração da doença não se associou a nenhum domínio da Qol. Estando a maioria dos brasileiros renais estudados nos primeiros anos da doença, contrariamos Kaba e colaboradores (2007), Nunes & Lobo (2012), Rodriguez e colaboradores (2007) e Jones e colaboradores (2017) que constataram quanto ao tempo de tratamento dos renais crônicos ter impacto mais elevado na Qol nos anos iniciais, e nem podemos concordar com Ekelund & Andersson (2009) e Balaban et al. (2017) que concluíram que em estágios iniciais a DRC foi associada a uma melhor perceção física e a uma qualidade de vida relacionada a saúde mental. Portanto, conforme sustentada pelos autores acima, não confirmamos a hipótese 2 deste estudo para a população renal brasileira, pois evidenciou-se que os domínios da Qol não foram associados à duração da doença.

Em termos de resultados de saúde em relação a Qualidade de vida, em Wilson & Cleary (1995) entendeu-se que há uma ligação entre fatos clínicos que moderam-se com uma gama de fatores funcionais e psicológicos de cada indivíduo, e que estes fatores e a Qol co-existem em uma continuidade casual e hierárquica. Portanto consideramos discutir a variável clínica das *Horas de Hemodialise por semana* que indicou associação positiva com o domínio da Qol. Ambiental dos brasileiros. Este facto pode estar relacionado pelos brasileiros em hemodiálise desta amostra, serem mais extrovertidos e terem uma melhor Qol. Social, o que tendencia valorizarem envolver-se em atividades e oportuidades de lazer incorporadas no domínio da Qol. Ambiental segundo a WHO (1998). Esta análise suposta é proposta porque sabe-se com Jones e colaboradores (2017) que pacientes em hemodiálise costumam afetarem-se quanto a restrições de viagem (como exemplo de envolvimento com oportunidades de lazer da qualidade de vida ambiental), sentindo-se impotentes e vítimas do tratamento, muitos inclinando-se até a desistir do tratamento. Ou seja, a sensação de liberdade incorporada também no domínio da Qol, não demonstra sofrer impacto negativo mesmo estando os doentes renais estudados, semanalmente condicionados as abdicações do tempo e outras condições externas que envolva a permanência dentro da instituição que realizam a hemodiálise.

No seguimento de associações de variáveis clínicas que se relacionam a Qol evidenciou-se que as *implicações da doença ou tratamento em relação a funcionalidade* a variável demonstrou impacto negativo relativamente a Qol. Geral e Qol. Física e Qol. Social na amostra brasileira. Observamos com a NKF (2002) que para pacientes em hemodiálise ocorre a redução das atividades, funcionalidade e interatividade social, com DeOreo (1997) e Araujo Filho e colaboradores (2016) que há existencia de repercussões como a piora geral da saúde e menor vitalidade e com Romano-Zelekha e colaboradores (2017) que embora o tratamento de diálise traga uma carga de significativo impacto emocional, o fator físico parece ter um efeito maior

Das associações **mais fortes** com impacto na Qol do presente estudo com a população renal crônica brasileira, concluímos que: quanto aos traços de personalidade o Tço. Extroversão em relação a Qol. Social foi a associação mais forte entre os demais traços associados com os dominios Qol; a apreciação corporal da ICP teve com o domínio da Qol. Psicológica a mais forte associação entre os demais dominios da Qol; que a funcionalidade corporal da ICP em associação com a Qol.Psicológica foi, entre todas as combinações de variáveis com os domínios da Qol, a associação mais forte neste estudo.

Para concluirmos seguiremos com o que propusemos e se confirmou na hipótese sustentada por Vilhena e colaboradores (2014), Baptista (2018), Goodwin & Engstrom (2002),

Ibrahim e colaboradores (2015), Pinquart e colaboradores (2009), Chan e colaboradores (2011), Ekelund & Andersson (2009) e Yang (2017), de que pudessem existir algumas associações mais fortes que outras entre as variavéis do estudo e a Qol na adaptação à doença crônica, nomeadamente a DRC investigada neste estudo com os doentes brasileiros.

## 6. CONCLUSÃO

Quanto aos resultados **descritivos** mais fortes na caracterização e comparação entre a população clínica DRC do Brasil e de Portugal identificamos que: a Qol. Geral e Qol. Social é maior para os doentes renais crônicos brasileiros; que a personalidade com Tço. Extroversão é maior nos indivíduos renais brasileiros; que a personalidade com Tço. Conscienciosidade tem a maior média de todos os traços entre os dois grupos; e que a apreciação corporal da ICP é maior nos brasileiros.

A variavel da Qol e seus domínios foi escolhida como a variável a representar a adaptação à doença renal crônica neste estudo. A Qol para analisar a adaptação a doença renal crônica deu-se por ser um conceito amplo e complexo que integra a saúde física e psicológica, social entre tantos outros fatores como o contexto da cultura e dos valores incorporados nos padrões dos indivíduos conforme preconiza a WHO (1997).

Portanto, na **Qualidade de Vida** entre as populações renais comparadas, o Brasil possui mais Qol.Geral e Qol.Social do que os portugueses, e a Qol. Física, Qol. Psicológica e Qol.Ambiental não há diferenças entre os grupos.

Dos domínios da Qol, todos tiveram associações com as variáveis de estudo na população brasileira.

Com a **Qol. Geral** associaram-se dois traços de personalidade. Ao facto do Tço. Neuroticista ter se associado negativamente com este domínio, enquanto o Tço. Extroversão ter se associado positivamente com o mesmo domínio, podemos propor a compreensão de que devido este domínio ser mais subjetivo, a visão negativa do perfil neuroticista e a visão otimista da vida no traço extrovertido, culturalmente potencializado no Brasil para este último traço, impactam tal e qual demonstrada nesta associação. Outra variável que associou-se positivamente com a Qol. Geral foram ambas as facetas estudadas da ICP, sendo que na apreciação corporal (BAS) teve maior peso positivo neste domínio do que a funcionalidade corporal (FAS).

Tal como se hipotetizou, confirmamos que na população brasileira deva dar-se pelo viés cultural de comprometimento com o corpo em diversos aspetos da vida, e que esta importância ao corpo aparece instrinscicamente nas representações diversas da vida. O SV também está

associado a Qol.Geral conduzindo a compreensão de que os brasileiros vêem sua vida com bom propósito.

Com o domínio da **Qol. Física**, associaram-se as mesmas variáveis e facetas anteriormente identificadas. O que podemos deduzir é que tamanha é a importância que tem o corpo para o brasileiro que ambas as facetas da ICP associaram-se importantemente com este domínio. Quanto a relação negativa do Tço.neuroticista com este domínio deva se dar por sua visão hostil consigo e com o mundo, inversamente na mesma proporção que a relação positiva que a personalidade extrovertida demonstra neste domínio. Quanto ao SV associado positivamente com este domínio, podemos inferir que pelo domínio da Qol. Física reger a qualidade de vida do corpo, a relação forte com o corpo por parte dos brasileiros renais estudados tende a explicar tal relação pelo entendimento do preservar o corpo para viver bem de acordo com suas crenças e propósitos.

O domínio da **Qol. Psicológica**, recebeu as mesmas associações das variáveis e facetas anteriores aos domínios mencionados. A associação negativa do Tço. Neuroticista supostamente está relacionada a este domínio da Qol referir-se justamente a capacidade contraria dos neuroticistas de ter sentimentos positivos, boa auto-estima, boa representação corporal e da aparência (WHO, 1998), motivo pelo qual entendemos que o domínio associa-se plenamente positivo com o Tço. Extroversão. Ao que corresponde a ter uma Qol. Psicológica como descrito pela WHO (1998), explica-se muito bem o motivo das facetas da ICP terem associado-se com este domínio tão fortemente de forma positiva, pois novamente mostra-nos o quanto a autoestima, a imagem corporal e da aparência, os sentimentos bons dos brasileiros por serem mais extrovertidos, predominam na Qol. Psicológica.

A **Qol. Social** além de ser melhor no grupo clínico brasileiro é o domínio que demonstra mais associações, incluindo além das anteriores o Tço. Amabilidade. Portanto, quanto a personalidade como variável de estudo relacionada com o domínio, os brasileiros com Tço. Neuroticista associaram-se negativamente como esperado neste domínio de suas vidas, mas o Tço. Extroversão e o Tço. Amabilidade demonstraram impacto positivo na adaptação a doença renal crônica por meio deste domínio, em destaque o Tço. Extroversão significativamente. Como o social é um âmbito valorizado na população brasileira, as características da confiança, do altruísmo, da sensibilidade do Tço. Amabilidade adaptado por Flores-Mendonza & Colon-Maranñon (2006) para a população brasileira, nos remete a analisar esta combinação como de facto como muito positiva. Estes apontamentos novamente nos convidam a constatar, juntamente com as facetas da ICP e o SV neste domínio fortemente e positivamente associado, o quão para os brasileiros, ser extrovertido e amável, apreciarem o corpo com respeito no que são capazes de fazer e ter um sentido para suas vidas, impacta em ter uma Qol. Social melhor na cultura do Brasil.

Quanto ao último domínio, o da **Qol. Ambiental**, o mesmo foi o que obteve menos associações entre as variáveis de estudo. A Qol. Ambiental associou-se negativamente com o Tço. Neuroticista supostamente pelo perfil mais negativo de explorar o ambiente e as oportunidades de vivê-lo. Quanto ao Tço. Amabilidade, a relação positiva com o domínio supostamente venhaa dar-se pelas características de modéstia e confiança projetadas as condições ambientais que lhes estão disponíveis. A faceta da apreciação corporal também impactou fortemente a boa Qol. Ambiental, facto que justifica que os brasileiros renais possam perceber o mundo externo a lhes facilitar em bem representar seus corpos, assim como o SV que sendo um objetivo, próposito ou missão na vida, parece estar, os brasileiros renais crônicos, a identificarem no ambiente uma qualidade positiva que os facilite neste sentido.

Relativamente às associações com os domínios da Qol para os pacientes renais crônicos brasileiros em hemodiálise. Viu-se que todas as variáveis do estudo (a personalidade, as facetas da ICP e o SV) associaram-se moderada e fortemente com a variável principal relativo à adaptação à doença.

Sendo assim, conformamos as hipóteses de que há diferenças culturais entre as populações clínicas quanto a caracterização de perfis de personalidade e quanto a apreciação corporal da ICP e os domínios da Qualidade de Vida. Defendemos a relevância em estudar populações distintas quanto suas características em relação aos impactos na adaptação à doença, como o presente estudo se propôs com o Brasil. Tais contributos certamente irão colaborar com os profissionais de saúde para melhorar estratégias de intervenção na adaptação à doença, com foco na culturalização e personalização dos estilos e visões de vida dos doentes renais crônicos.

A partir da discussão do SV na adaptação a doença e suas outras prováveis influências quando a relacionarem-se entre si, como a personalidade e a imagem corporal positiva, fica a sugestão de novas investigações que possam explorar qualitativamente e testar, além de mediações, também a predição de adaptação à doença em relação a estas variáveis, e relativamente a populações cuturalmente distintas.

Concluímos este estudo, portanto, convidando a comunidade científica a olhar para novas direções a partir das presentes confirmações investigadas e a desdobrar novos estudos que explorem as suposições que foram eliciadas no cruzamento destas variáveis entre si e de outras combinações relacionáveis a adaptação à doença crônica em diferentes culturas.

## Referências


Alleva, J. M., Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2017). The Functionality Appreciation Scale (FAS): Development and psychometric evaluation in U.S. community women and men. *Body Image*, 23, 28–44. http://dx.doi.org/10. 1016/j.bodyim.2017.07.008

Alleva, J. M., Tylka, T. L., & Van Diest, A. M. K. (2017). The Functionality Appreciation Scale (FAS): Development and psychometric evaluation in US community women and men. Body Image, 23, 28-44. DOI: 10.1016/j.bodyim.2017.07.008

Alleva, J. M. & Tylka, T. L. (2021). Body functionality: A review of the literature. *Body Image*. Mar; 36. Ppages: 149-171. doi: https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.11.006

Anderson-Fye. (2011). Body images in non-Western cultures. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 244–252). The Guilford Press.

Andrade, S. d. S. (2003). Saúde e beleza do corpo feminino – algumas representações no Brasil do século XX. *Movimento (ESEFID/UFRGS)* v. 9, n. 1, p. 119–143, DOI: 10.22456/1982-8918.2665.

Araújo Filho, J. C., Amorim, C. T., Brito, A. C. N. L., Oliveira, D. S., Lemos, A. & Marinho, P. E. M. (2016). Nível de atividade física de pacientes em hemodiálise: um estudo de corte transversal. [Physical activity level of patients on hemodialysis: a cross-sectional study]. Universidade Federal de Pernanbuco. Brazil. https://doi.org/10.1590/1809-2950/14160723032016

Avalos, L., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005). The body appreciation scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*. Vol. 2. Pages: 285–297. http://dx. doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.06.002

Bailey, K. A., Gammage, K. L., Van Ingen, C., & Ditor, D. S. (2015). "It's all about acceptance": A qualitative study exploring a model of positive body image for people with spinal cord injury. *Body Image*. V. 15. Pages: 24–34. http://dx.doi.org/10. 1016/j.bodyim.2015.04.010

Balaban, O. D., Aydin, E., Keyvan, A., Yazar, M. S., Tuna, O. & Özgüven, H. D. (2017). Psychiatric Comorbidity, Sexual Dysfunction, and Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis: A Case-Control Study. *Arch Neuropsychiatry*. 54: 137-142. Instanbul. Turkiye. https://doi.org/10.1186/s43045-020-0018-3.

Baptista, S. L. M. P. (2018). Sofrimento na doença: influências da espiritualidade e personalidade na pessoa com doença crónica. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. *Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.* https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/111586

Baraz, S., Parvardeh, S., Mohammadi, E., & Broumand, B. (2010). Dietary and fluid compliance: An educational intervention for patients having haemodialysis. *Journal of Advanced Nursing*, p. 193-204. https://doi. org/10.1111/j.1365-2648.2009.05142.x

Bertoquini, V. & Pais Ribeiro, J. L. (2006) Estudo de formas muito reduzidas do Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade. Psychologica 43, 193-210.

Chan, R., Brooks, R., Steel, Z., Heung, T., Erlich, J., Chow, J. & Suranyi, M. (2011). The psychosocial correlates of quality of life in the dialysis population: a systematic review and meta-regression analysis. *Qual Life Res*. (2012) 21(4):563-80. doi: 10.1007/s11136-011-9973-9. PMID: 21805367.

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Academic Press.

Cohen, K., & Cairns, D. (2012). Is searching for meaning in life associated with reduced subjective well-being? Confirmation and possible moderators. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being, 13*(2), 313–331. https://doi.org/10.1007/s10902-011-9265-7

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology. V. 38(4).* p. 668–678. https://doi.org/10.1037/0022-3514.38.4.668

DeOreo, P. B. (1997). Hemodialysis patient-assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization, and dialysis-attendance compliance. *Am J Kidney Dis*. Vol.30(2). Pages: 204-12. doi: https://doi.org/10.1016/s0272-6386(97)90053-6. PMID: 9261030.

Dezutter, J., Casalin, S., Wachholtz, A., Luyckx, K., Hekking, J., & Vandewiele, W. (2013). Meaning in life: an important factor for the psychological well-being of chronically ill patients? *Rehabilitation psychology*, *58*(4), 334–341. https://doi.org/10.1037/a0034393

Edmonds, A. (2010). Pretty Modern: Beauty, Sex, and Plastic Surgery in Brazil. Duke University Press. https://doi.org/10.2307/j.ctv11312gv

Ekelund M. L. & Andersson, S. I. (2009) "I need to lead my own life in any case": a study of patients in dialysis with or without a partner. *Patient Education and Counseling*. 81 (2010) 30–36. Lund, Sweden. https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.025

Faria, C. S., Meireles, S. M. D. O., Nunes, B. E. R. P., Almeida, M., Campos, P. F., & Neves, C. M. (2020). Adaptação transcultural e análise psicométrica da Functionality Appreciation Scale (FAS) para jovens universitários brasileiros. [Motricidade] vol. 16, n. S1. p. 124-135. doi: https://orcid.org/0000-0002-6975-1756

Ferreira, M. E. C., Amaral, A. C. S., Fortes, L. S., Conti, M. A., Carvalho, P. H. B. & Miranda, V. P. N. (2014). Imagem Corporal: Contexto Histórico e Atual. In: M. E. C. Ferreira, Castro, M. R. & Morgado, F. F. R. *Imagem Corporal: reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa.* pp. 15-49. 1 ed. Editora UFJF, Juiz de Fora.

Flores-Mendonza, C. E. (2007). Inventário de personalidade NEO-Revisado. Manual técnico. São Paulo: Vetor Editora.

Frankl, V. E. (1963). Man's search for meaning: An introduction to logotherapy. New York. Washington Square Press.

Franzoi, S. L. (1995). The body-as-object versus the body-as-process: Gender differences and gender considerations. *Sex Roles*. 33(5–6). Pages: 417–437. http://dx. doi.org/10.1007/BF01954577.

Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*. 21(2). Pages: 173–206. http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6402. 1997.tb00108.x

Fukuhara, S., Lopes, A. A., Bragg-Gresham, J. L., Kurokawa, K., Mapes, D. L., Akizawa, T., Bommer, J., Canaud, B. J., Port, F. K. & Held, P. J. (2003). Health-related quality of life among dialysis patients on three continents: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Kidney International, Vol. 64*. pp. 1903–1910. doi: https://doi.org/10.1046/j.1523-1755.2003.00289.x

Godbold, N. (2013). Listening to bodies and watching machines: Developing health information skills, tools and services for people living with chronic kidney disease. *Australian Academic & Research Libraries*. 44:1. Pages: 14-28. https://doi.org/10.1080/00048623.2013.773859

Goodwin, R., & Engstrom, G. (2002). Personalidade e percepção de saúde na população em geral. *Psychological Medicine*, 32 (2), 325-332. doi: 10.1017 / S0033291701005104

Guerra, M. P., Lencastre, L., Silva, E. & Teixeira, P. M. (2017). Meaning in life in medical settings: A new measure correlating with psychological variables in disease. *CogentPsychology*.4:1. https://doi.org/10.1080/23311908.2017.1286747

Hagren, B., Pettersen, I. M., Severinsson, E., Luetzen, K., & Clyne, N. (2005). Maintenance haemodialysis: Patients' experiences of their life situation. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 294–300. Estocolmo. Sweden. https://doi.org/10. 1111/j.1365-2702.2004.01036.x

Hunter, J., Marshall, J., Corcoran, K., Leeder, S. & Phelps, K., (2013). Um conceito positivo de saúde - Entrevistas com pacientes e praticantes de uma clínica de medicina integrativa. *Terapias complementares na prática clínica*. Volume 19: 197-203. Austrália. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2013.07.001

Hutz, C. S. & Nunes, C. H. (2001). Escala fatorial de ajustamento emocional/ Neuroticismo EFN. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ibrahim, N., Teo, S. S., Che Din, N., Abdul Gafor, A. H. & Ismail, R. (2015). The Role of Personality and Social Support in Health-Related Quality of Life in Chronic Kidney Disease Patients. *PLoS One*. 1;10(7). p. e0129015. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129015

John, O. P. & Srivastava, S. (1999) The Big Five Trait Taxonomy: History, Measurement and Theoretical Perspectives. In: Pervin, LA e John, OP Eds., *Handbook of Personality: Theory and Research*, Vol. 2, Guilford Press, New York.

Jonasson, K., & Gustafsson, L-K. (2017). You live as much as you have time to: The experience of patients living with hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, vol. 44(1). Pages: 35-41. PMID: 29237107

Jones, D. J. W., Harvey, K., Harris, J. P., Butler, L. T. & Vaux, E. C. (2017). Understanding the impact of haemodialysis on UK National Health Service patients' wellbeing: A qualitative investigation. *J Clin Nurs*. 2018;27: 193– 204. Malaysia. https://doi.org/10.1111/jocn.13871

Junqueira, A. C. P. (2020). Adaptação transcultural e características psicométricas de dois instrumentos de avaliação da imagem corporal positiva para o Brasil [Tese de Doutoramento. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto]. *Repositório Institucional Universidade de São Paulo. Recuperado de https://http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v14n1/v14n1a14.pdf ww.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59134/tde-06112020-113445/

Klinger, E. (1998). The Search for Meaning in Evolutionary Perspective and Its Clinical Implications. In P. T. P. Wong, & P. S. Fry (Eds.) *The Human Quest for Meaning: A Handbook of Psychological Research and Clinical Application* (pp. 27-50). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Korevaar, J. C., Jansen, M. A., Merkus, M. P., Dekker, F. W., Boeschoten, E. W. & Krediet, R T. (2000). Quality of life in predialysis end-stage renal disease patients at the initiation of dialysis therapy. *The NECOSAD Study Group*. *Perit Dial Int.* v. 20(1):69-75. PMID: 10716587. Doi: 10.1177 / 089686080002000113

Lemoine, J.E., Konradsen, H., Lunde Jensen, A., Roland-Lévy, C., Ny, P., Khalaf, A., & Torres, S. (2018). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 among adolescents and young adults in Danish, Portuguese, and Swedish. Body Image, 26, 1-9. DOI: 10.1016/j.bodyim.2018.04.004

Liem, Y. S., Bosch, J. L., Arends, L. R., Heijenbrok-Kal, M.H. & Hunink, M. G. (2007). Quality of life assessed with the Medical Outcomes Study Short Form 36-Item Health Survey of patients on renal replacement therapy: a systematic review and meta-analysis. *Value Health*. *Vol. 10*. Ediction 5. Pages 390-7. https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00193.x

Mapes, D. L., Bragg-Gresham, J. L., Bommer, J., Fukuhara, S., McKevitt, P., Wikström, B. & Lopes, A. A. (2004). Health-related quality of life in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Am J Kidney Dis*. volume 44 (5 Suppl 2). Pages: 54-60. https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2004.08.012

Mattos, M. d., & Maruyama, S. A. (2010). A experiência de uma pessoa com doença renal crônica em hemodiálise. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. v. 31, n. 3. pp. 428-434. https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000300004.

Mayo Foundation for Medical Education and Research - MFMER. (1998-2021). Chronic kidney disease. *Patient Care & Health Information. Diseases & Conditions*. Medical editors. Available in: https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/chronic-kidney-disease/symptoms-causes/syc-20354521

McCrae, R. R. & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *J Pers*. 60(2):175-215. Doi: https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x

McCrae, R., & Costa, P. (1996). Toward a new generation of personality theories: theorethical contexts for the five-factor model. *The Five Factor Model of Personality – Theoretical perspectives*. New York: The Guilford Press.

McCrae, R., & Costa, P. (1997). Estrutura de traços de personalidade como um universal humano. *The American psychologist, 52 5*, 509-16. https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.5.509

Mccrae, R. R (2006). O que é personalidade? In C. Flores-Mendoza & R. Colom-Marañon (Orgs.). *Introdução à Psicologia das Diferenças Individuais* (pp. 203-218). Artmed. Porto Alegre.

Medeiros, M. S. F. (2004). Imagens, percepções e significados do corpo as classes populares. Sociedade e estado, v. 19, n. 2, pp. 409-439. Doi: ISSN 1980-5462. https://doi.org/10.1590/S0102-69922004000200011

Meneses, L., Torres, S., Miller, K. M. & Barbosa, M. R. (2019). Extending the use of the Body Appreciation Scale -2 in older adults: A Portuguese validation study. *Body Image.* Vol. 29. Page: 74-81. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.02.011

National Kidney Foundation. (2002). K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. *Am J Kidney Dis* 39:S1-S266. ISBN 1-931472-10-6. New York.

National Kidney Foundation. (2006). Hemodialysis Access: What You Need to Know. *Awareness. Prevention. Tratment*. New York. Avaliable: https://www.kidney.org/sites/default/files/11-50-0216_va.pdf

National Kidney Foundation. (2015a). Hemodiálise. *Tratamentos e suporte*. Revisado em 01.06.2021. Disponível em https://www.kidney.org/atoz/content/hemodialysis

National Kidney Foundation. (2015b). Acesso para a hemodiálise. *Tratamentos e suporte*. Revisado em 03.02.2017. Disponível em https://www.kidney.org/atoz/content/hemoaccess

National Kidney Foundation. (2016). Doença Renal Crônica. Disponível em https://www.kidney.org/es/atoz/content/la-enfermedad-renal-cr%C3%B3nica-0

National Kidney Foundation. (2021a). Como funcionam seus rins. Nova York. Disponível em https://www.kidney.org/kidneydisease/howkidneyswrk

National Kidney Foundation. (2021b). História. Nova York. Disponível em https://www.kidney.org/about/history

Neves, P. D. M. M., Sesso, R. C. C., Thomé, F. S., Lugon, J. R.& Nasicmento, M. M. (2020). Censo Brasileiro de Diálise: análise dos dados da década de 2009-2018. *Soc. Bras. Nefr*. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. 42 (2), 191-200. https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2019-0234

Ng, S.K., Barron, D., & Swami, V. (2015). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale among adults in Hong Kong. *Body Image*. Vol. 13, 1–8. http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.10.009

Nunes, C. & Lobo, A. (2012). Estudo das dimensões da qualidade de vida nos pacientes hemodialisados. *Revista de Enfermagem Referência*, III (8), 39-45. ISSN: 0874-0283. Coimbra. Portugal. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239967009

Nunes, C. H. & Hutz, C. S. (2007). Escala Fatorial de Extroversão - EFEx: Manual de aplicação. São Paulo: Casapsi Livraria, Editora e Gráfica Ltda.

Oliveira, R. C d., Rossini, J. C. e Lopes, R. F. F. (2020). Otimismo Disposicional, Afetos e Personalidade em Pacientes com Doença Renal Crônica. *Psicologia: Ciência e Profissão*. v. 40. ISSN 1982-3703. https://doi.org/10.1590/1982-3703003209637.

Park, N., Park, M., & Peterson, C. (2010). When is the search for meaning related to life satisfaction? *Applied Psychology: Health and Well-being*, 2, 1–13. doi:10.1111/j.1758-0854.2009.01024.x

Passos, M. F. D., & Laros, J. A. (2015). Construção de uma escala reduzida de cinco grandes fatores de personalidade. Avaliação Psicológica, 14(1). Recuperado http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v14n1/v14n1a14.pdf

Pinquart, M., Silbereisen, R. K. & Fröhlich, C. (2009). Objetivos de vida e propósito na vida em pacientes com câncer. *Support Care Cancer. Vol. 17*. p.p 253–259. https://doi.org/10.1007/s00520-008-0450-0

Pinto, C.R & Guerra, M. (2018) A influência do sentido de vida e de fatores psicossociais na qualidade de vida de doentes com esclerose múltipla. *Análise Psicológica,* 4 (36): 439-453. Doi: 10. 14417/ap 1394

Poppe, C., Crombez, G., Hanoulle, I., Vogelaers, D. & Petrovic, M. (2013). Improving quality of life in patients with chronic kidney disease: influence of acceptance and personality. *Nephrol Dial Transplant.* Jan;28(1):116-21 https://doi.org/10.1093/ndt/gfs151

Reis, A., Lencastre, L., Jonsson, C. & Guerra, M.P. (2020) Treatment adherence, meaning in life and affects in quality of life of HIV/AIDS patients. *Journal of Happiness Studies*. 21(7): 2405-2417. https://doi.org/10.1007/s10902-019-00182-y

Rodriguez, R. A., Sen, S., Mehta, K., Moody-Ayers, S., Bacchetti, P., & O'Hare, A. M. (2007). Geography matters: Relationships among urban residential segregation, dialysis facilities, and patient outcomes. *Annals of Internal Medicine*, 146(7), 493–501. https://doi.org/10. 7326/0003-4819-146-7-200704030-00005

Romano-Zelekha, O., Golan, E., Ifrah, A., Weinstein, T. & Shohat, T. (2017). Differences in quality of life between Jewish and Arab patients on hemodialysis. *Qual Life Res*. 26(12): 3343-3352. https://doi.org/10.1007/s11136-017-1661-y

Rostami Z, Einollahi B, Lessan-Pezeshki M, Soleimani Najaf Abadi A, Mohammadi Kebar S., Shahbazian, H., Makhlough, A., Makhdoomi, K., Salesi, M. & Jalalzadeh, M., (2013). Health-Related Quality of Life in Hemodialysis Patients: An Iranian Multi-Center Study, *Nephro-Urology Monthly*. 5(4):901-912. doi: 10.5812/numonthly.12485.

Santos, P. R., (2006). Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Revista da Associação Médica Brasileira* [online]. 2006, v. 52, n. 5 pp. 356-359. https://doi.org/10.1590/S0104-42302006000500026

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4(3),* 219-247. https://doi:10.1037/0278-6133.4.3.219

Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. Psiquiatria Clínica, 27(1), 41-49.

Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). Psicologia positiva: Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas. Porto Alegre, RS: Artmed.

Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2021). Dia Mundial do Rim 2021. Disponível em: https://www.spnefro.pt/dia_mundial_do_rim/dia_mundial_do_rim_2021

Steger, M. F. (2009). Meaning in life. In Lopez, S. J. &. Snyder, C. R (Eds.) *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 679-687). Imprensa da Universidade de Oxford.

Steger, M. F., Oishi, S., & Kashdan, T. B. (2009). Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood. The Journal of Positive Psychology, 4, 43–52. doi:10.1080/17439760802303127

Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology, 53*(1), 80–93. https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80

Steger, M. F., Kashdan, T. B., Sullivan, B. A. & Lorentz, D. (2008). Understanding the search for meaning in life: personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *J Pers*. 76(2). Pages: 199-228. doi: https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2007.00484.x

Thomas, E. V., Warren-Findlow, J., Webb, J. B., Quinlan, M. M., Laditka, S. B. & Reeve, C. L. (2019). "It's very valuable to me that I appear capable": A qualitative study exploring relationships between body functionality and appearance among women with visible physical disabilities. *Body Image,* 30. Pages: 81–92. http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.05.007

Tiggemann, M. (2011). Sociocultural perspectives on human appearance and body image. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 12–19). The Guilford Press.

Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015a). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, pages 118–129. http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001

Tylka, T., & Wood-Barcalow, N. (2015b).The Body Appreciation Scale-2: Itemrefinement and psychometric evaluation.Body Image,12,53-67.https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.006

Unruh, M., Miskulin, D., Yan, G., Hays, R. D., Benz, R., Kusek, J. W. & Meyer, K. B. (2004). Racial differences in health-related quality of life among hemodialysis patients. *HEMO Study Group*. *Kidney Internacional*. Volume 65. Pages:1482-91. doi: https://doi.org/10.1111/j.1523-1755.2004.00529.x

Vilhena, E., Ribeiro, J. P., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R. F., Cardoso, H., Silva, A. M. & Mendonça, D. (2014). Optimism on quality of life in Portuguese chronic patients: moderator/mediator? *Revista da Associação Médica Brasileira* [online]. V. 60, n. 4 https://doi.org/10.1590/1806-9282.60.04.017.

Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 273(1), 59–65. https://doi.org/10.1001/jama.273.1.59

Wood-Barcalow, N. L., Tylka, T.L. & Augustus-Horvath, C.L. (2010). "But I Like My Body": Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*. Vol. 7(2). Pg. 106-16. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.01.001

World Health Organization (2001). Mental Health: New Understanding, New Hope. *The World Health Report 2001.* 1.ª edição da tradução portuguesa. 2002. Copyrigth. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa.

World Health Organization. (1946). Constitution of the World Health Organization. *Internacional health conferece.* United Nations General Secretariat. New York.

World Health Organization. (1997). WHOQOL: measuring quality of life. *Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.* World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/63482

Wourld Health Organization. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *The WHOQOL Group. Psychol Med*. 28(3):551-8. doi: 10.1017/s0033291798006667. PMID: 9626712.

Yang, J. (2017). An alternative view of living well: Survival trajectory of Korean patients with kidney failure on hemodialysis. *American Nephrology Nursing Journal*, 44(3), 219-228, 249. PMID: 29165953.

Zimpel, R. R., Panzini, R. G., Bandeira, D. R., Fleck, M. P., Da Rocha, N. S. (2019). Psychometric properties of the WHOQOL-SRPB BREF, Brazilian Portuguese version. v. 41, n. 5. Brazilian Journal of Psychiatry. doi: https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0083