

**MÁRCIA CALIXTO DOS SANTOS**

**EFICÁCIA ADAPTATIVA, SINTOMAS  
PSICOPATOLÓGICOS E NÍVEL DE *STRESS* EM  
PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS**

**PUC – CAMPINAS  
2013**

**MÁRCIA CALIXTO DOS SANTOS**

**EFICÁCIA ADAPTATIVA, SINTOMAS  
PSICOPATOLÓGICOS E NÍVEL DE *STRESS* EM  
PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS**

Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação *Stricto  
Sensu* em Psicologia do Centro de  
Ciências da Vida – PUC-Campinas,  
como requisito para obtenção do título  
de Mestre em Psicologia como  
Profissão e Ciência.

Orientadora: Profa. Dra. Elisa Medici Pizão  
Yoshida

**PUC-CAMPINAS  
2013**

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e  
Informação - SBI - PUC-Campinas

t157.9  
S237e

Santos, Márcia Calixto dos.

Eficácia adaptativa, sintomas psicopatológicos e nível de *stress* em pacientes renais crônicos / Márcia Calixto dos Santos. – Campinas: PUC-Campinas, 2013.  
66p.

Orientadora: Elisa Medici Pizão Yoshida.

Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui bibliografia.

1. Psicologia clínica. 2. Stress (Psicologia). 3. Rins - Doenças - Tratamento. 4. Hemodiálise - Aspectos psicológicos. I. Yoshida, Elisa Medici Pizão. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22. ed. CDD – t157.9

**MÁRCIA CALIXTO DOS SANTOS**

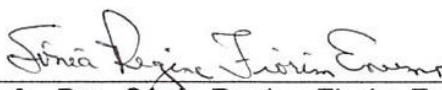
**EFICÁCIA ADAPTATIVA, SINTOMAS  
PSICOPATOLÓGICOS E NÍVEL DE *STRESS* EM  
PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS**

**BANCA EXAMINADORA**



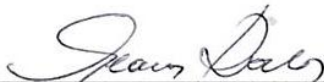
---

Presidente Profa. Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida



---

Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo



---

Profa. Dra. Glaucia Mitsuko Ataka da Rocha

## DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Cleide e Arlindo,  
dedico esse trabalho e agradeço por  
terem me ensinado, com toda sua  
simplicidade, o valor e a importância do  
conhecimento na vida de uma pessoa.*

## AGRADECIMENTOS

A *Deus* por me dar força para enfrentar todos os meus desafios.

À professora *Elisa Medici Pizão Yoshida* que me recebeu e acolheu em seu grupo de pesquisa e que, desde o início, acreditou na minha capacidade de realizar este estudo, orientando de forma enriquecedora cada passo necessário.

À amiga *Ana Paula Justo* por ter me incentivado a buscar esse sonho.

Aos pacientes renais crônicos do hospital no qual o estudo foi realizado, por aceitarem participar desta pesquisa e me receberem de forma tão gentil.

Às professoras *Karina Magalhães Brasio* e *Tatiana de Cássia Nakano Primi* pelas contribuições no exame de qualificação.

Aos colegas da pós-graduação, em especial à *Giovanna Honda, Eduardo Khater, Evandro Peixoto, Micheli Gomes, Queila Guise e Angela Tamyé Fujita* pela troca de conhecimentos e pelos momentos de apoio e descontração que enriqueceram esse percurso.

Ao meu companheiro *Breno Pierozzi*, por me apoiar e compreender minha ausência em muitos momentos.

À *CAPES* pelo apoio no financiamento dessa pesquisa.

## SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	ii
LISTA DE FIGURAS.....	iv
LISTA DE ANEXOS.....	v
RESUMO.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUÇÃO.....	1
Insuficiência Renal Crônica.....	1
Eficácia Adaptativa.....	8
Sintomas Psicopatológicos.....	12
<i>Stress</i> .....	14
HIPÓTESES.....	18
OBJETIVOS.....	18
MÉTODO.....	20
Participantes.....	20
Local de coleta de dados .....	22
Material.....	22
Instrumentos.....	23
Procedimento.....	29
Análise dos Resultados.....	30
RESULTADOS .....	32
DISCUSSÃO.....	43
CONCLUSÕES.....	50
REFERÊNCIAS.....	52
ANEXOS.....	61

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas (n=50) .....	21
Tabela 2. Distribuição da amostra de acordo com a eficácia da adaptação, segundo a EDAO-AR (n=50).....	32
Tabela 3. Distribuição da adequação da adaptação no setor Afetivo-Relacional da EDAO-AR para amostra total e segundo variáveis sociodemográficas (n=50).....	33
Tabela 4. Distribuição da adequação das respostas no setor Produtividade da EDAO-AR para amostra total e variáveis sociodemográficas (n=50).....	34
Tabela 5. Média (M) e desvio-padrão ( $\pm$ ) da EAS-40 total (IGS) e segundo as dimensões da EAS-40 (n=50).....	35
Tabela 6. Distribuição da amostra total (n=50) e de acordo com as variáveis sociodemográficas, segundo os sintomas psicopatológicos (EAS-40) divididos pela mediana (<32 vs $\geq$ 32).....	36
Tabela 7. Distribuição da amostra total e segundo variáveis sociodemográficas, de acordo com o ISSL (n=50).....	37
Tabela 8. Distribuição dos participantes com <i>stress</i> (n=22), segundo as fases medidas pelo ISSL.....	38



Tabela 9. Distribuição dos participantes <i>com stress</i> , de acordo com os sintomas psicológicos e físicos medidos pelo ISSL (n=22).....	38
Tabela 10. Correlação por postos de <i>Spearman</i> ( $\rho$ ) entre os escores por setor da EDAO-AR e EAS-40 para amostra total e segundo as dimensões (n=50)...	39
Tabela 11. Correlação por postos de <i>Spearman</i> ( $\rho$ ) entre os escores por setor da EDAO-AR e ISSL para amostra total (n=50).....	39
Tabela 12. Correlação por postos de <i>Spearman</i> ( $\rho$ ) entre os escores do ISSL e da EAS-40 para amostra total e por fatores (n=50).....	40

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Diagrama de caminhos, segundo a Modelagem de Equações Estruturais (MEE), do modelo teórico 1.....	41
Figura 2. Diagrama de caminhos, segundo a Modelagem de Equações Estruturais (MEE), do modelo teórico 2.....	41
Figura 3. Diagrama de caminhos, segundo a Modelagem de Equações Estruturais (MEE), das variáveis: sintoma psicopatológico, <i>stress</i> e eficácia adaptativa.....	42

**LISTA DE ANEXOS**

Anexo A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	62
Anexo B. Carta de autorização da instituição.....	63
Anexo C. Questionário Sociodemográfico.....	64
Anexo D. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....	65

## RESUMO

SANTOS, Márcia Calixto dos. (2013). *Eficácia Adaptativa, sintomas psicopatológicos e nível de stress em pacientes renais crônicos*. Dissertação (Mestrado em Psicologia como Profissão e Ciência) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, SP, pp. i – 66.

A insuficiência renal crônica (IRC) consiste na perda gradativa e progressiva das funções dos rins, o que pode causar restrições severas e impacto psicossocial ao indivíduo, ou até mesmo levá-lo à morte. Sua alta prevalência no contexto atual a define como um problema de saúde pública em nível mundial. O presente estudo teve como objetivo avaliar o grau de associação entre a eficácia adaptativa, os sintomas psicopatológicos e os níveis de *stress* de pacientes renais crônicos e verificar se estas variáveis poderiam prever a sua eficácia adaptativa. Adotou-se o conceito de eficácia adaptativa, de Ryad Simon, uma medida da qualidade das respostas do indivíduo às situações de seu dia-a-dia. A amostra ficou constituída por 50 pacientes com insuficiência renal crônica, de ambos os sexos, atendidos na unidade de hemodiálise de um hospital geral do interior de São Paulo. Os instrumentos de avaliação utilizados foram: EDAO-AR - *Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada de Autorrelato*, que permite avaliar a qualidade da eficácia adaptativa do setor Afetivo-Relacional (A-R) e Produtividade (Pr); EAS-40 - *Escala de Avaliação de Sintomas – 40*, que avalia a severidade de sintomas psicopatológicos segundo quatro dimensões: psicoticismo, obsessividade-compulsividade, somatização e ansiedade; ISSL – *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp*, que avalia a presença de sintomas de *stress* nos âmbitos psicológico e físico, além da fase do *stress* em que a pessoa se encontra. Os resultados apontaram que os participantes ficaram distribuídos em adaptação eficaz (76%) e adaptação ineficaz leve (24%). Quanto aos sintomas psicopatológicos, o escore médio foi de 0,41 ( $\pm 0,33$ ) (ponto de corte 1[E1]); 56% não apresentaram *stress* e 44% apresentaram *stress*, dos quais 34% na Fase de Resistência e com predomínio de sintomas psicológicos do *stress* (73%). As correlações por postos de *Spearman* ( $\rho$ ) confirmaram as hipóteses iniciais, indicando associações significantes e negativas entre sintomas psicopatológicos e eficácia adaptativa e entre *stress* e eficácia adaptativa; associação significativa positiva entre sintomas psicopatológicos e *stress*. A modelagem de equações estruturais (MEE) indicou que sintomas psicopatológicos predizem o *stress* psicológico e a eficácia adaptativa, entretanto o *stress* físico e as fases do *stress* não se configuram como preditores da eficácia adaptativa.

Palavras-chave: avaliação psicológica; adaptação; diálise renal.

## ABSTRACT

SANTOS, Marcia Calixto dos. (2013). *Adaptive efficacy, psychopathological symptoms and stress levels in renal chronic patients*. Dissertation (Masters in Psychology as Profession and Science) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, pp. i – 66.

Chronic renal failure (CRF) is the gradual and progressive loss of kidney functions, which can promote severe restrictions and psychosocial impact into the individual's life, even risking to lead her or him to death. Its high prevalence in the current context defines it as a worldwide public health problem. The present study aimed to evaluate the degree of association between adaptive efficacy, psychopathological symptoms and stress levels in chronic renal failure patients and verify whether these variables could predict their adaptive efficacy. We adopted the concept of adaptive efficacy, by Ryad Simon, a measure of the quality of the individual's responses to situations of their day-by-day. The sample was composed of 50 patients with chronic renal failure, of both sexes, attended hemodialysis unit of a general hospital inland city of São Paulo. The assessment instruments used were: EDAO-AR - Self-Report Scale of Adaptation, designed to evaluate the quality of the adaptation of the sector Affective-Relational (AR) and Productivity (Pr); EAS- 40 - Assessment Symptoms Scale-40, which assesses the severity of psychopathological symptoms according to four dimensions: psychoticism, obsessiveness-compulsiveness, somatization and anxiety; ISSL – Lipp Stress Symptoms Inventory, which assesses the symptoms of stress in the psychological and physical, besides the person's stress phase. The results suggested that the participants were divided into effectively adapted (76%) and poorly ineffectively adapted (24%). Regarding psychopathological symptoms, the average score was 0,41 ( $\pm 0,33$ ) (cutoff 1[E1]); 56% showed no stress and 44 % had stress, in the Resistance Phase (34%) with predominant psychological symptoms of stress (73%). The values of the Spearman Rank Correlation ( $\rho$ ) confirmed the initial hypotheses as they pointed to significant and negative associations between psychopathological symptoms and adaptive efficacy and between stress and adaptive efficacy; significant positive association between psychopathological symptoms and stress. The structural equations modeling (SEM) suggested that psychopathological symptoms predict psychological stress and adaptive efficacy, however physical stress and phases of stress are not depicted as predictors of adaptive efficacy.

Keywords : psychological assessment , adaptation , kidney dialysis.

## INTRODUÇÃO

É crescente a atenção que as doenças crônicas têm recebido na área da saúde, principalmente devido à relação com a mortalidade da população mundial. Entre essas doenças, a insuficiência renal crônica (IRC) é uma condição de impacto psicossocial para o indivíduo e corresponde a um problema de saúde pública, em especial por sua alta prevalência no contexto atual (Resende, Santos, Souza, & Marques, 2007).

Muitos países têm programas de vigilância para monitorar a insuficiência renal tratada por diálise e por transplante. Sua incidência e sua prevalência variam entre um país e outro, devido às diferenças na eficiência do acompanhamento das taxas das doenças subjacentes e à disponibilidade de tratamento patrocinado pelo governo. Atualmente, a incidência anual da doença é alta, com estimativa de 200 casos por milhão de habitantes em todos os países (Levey & Coresh, 2012). De acordo com dados do censo de diálise realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia em 2012 (disponível em <http://www.sbn.org.br/pdf/publico2012.pdf>), 97.586 pacientes encontravam-se em tratamento no país, número que tem aumentado progressivamente. Estima-se que a IRC afete em torno de 10 a 16% da população adulta do mundo todo e projeta-se que até o ano de 2015, cerca de 36 milhões de óbitos ocorrerão devido à IRC e doenças vasculares. Considera-se que a crescente incidência dessa doença esteja relacionada ao envelhecimento da população e à alta prevalência de pacientes portadores de diabetes mellitus e de hipertensão arterial, dois fatores de risco considerados mundialmente como os mais importantes (Romão, 2013).

A insuficiência renal crônica consiste na perda gradativa das funções renais, que ocorre de forma progressiva e pode chegar a ser terminal em alguns casos (Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez, & Fajardo, 2006). Thomas e Alchieri (2005) afirmam que a falência da função renal acarreta o impedimento da eliminação eficaz do organismo de seus produtos residuais metabólicos. Alguns estudos apontam que essa doença é decorrente de uma série de fatores e, geralmente, resulta de patologias que acometem os rins, sendo que sua progressão depende da doença que a originou e de causas agravantes, como hipertensão, infecção urinária, nefrite, gota e diabetes. Ainda segundo os autores, a IRC não contempla expectativa de cura, mas sim a manutenção do estado de cronicidade por meio do acompanhamento médico.

Segundo Romão (2013), os critérios que definem o diagnóstico da IRC independem de sua causa e são baseados na orientação proposta em 2002 pela Fundação Nacional do Rim, dos Estados Unidos, aceita em nível mundial, e que considera a presença de alterações estruturais renais e a redução da taxa de filtração glomerular (primeira etapa na formação da urina). Segundo o autor, as alterações funcionais e estruturais mais importantes são: anormalidades na composição do sangue (elevação de ureia e de creatinina sérica); anormalidades na composição da urina (níveis elevados de proteinúria estão relacionados com a progressão mais acelerada de perda da função renal); anormalidades em exames de imagem (por exemplo: ultrassonografia apresentando redução de massa renal, cistos, cicatrizes, obstruções urinárias, etc.) e anormalidades histopatológicas (observadas na análise de biópsia renal).

Para James, Hemmelgarn e Tonelli (2010) a identificação precoce da doença pode ser realizada por meio de testes laboratoriais, permitindo que intervenções sejam implementadas para reduzir o risco de eventos cardiovasculares ou a sua rápida progressão. Silva, Silveira, Fernandes, Lunardi, e Backes (2011) afirmam que o diagnóstico precoce dessa doença é fundamental para que não ocorra o comprometimento total da função renal e, conseqüentemente, a necessidade de realização do tratamento hemodialítico. Geralmente, o diagnóstico tardio ocorre em função da falta de conhecimento da população quanto à prevenção e também devido à insuficiência nas informações disponibilizadas pelos profissionais de saúde. As autoras destacam que, na maioria das vezes, os primeiros sinais do problema são: edema dos olhos, pés e pernas; diurese espumosa; anemia intensa; cansaço; sensação de fraqueza e aumento da pressão arterial.

Os tratamentos da IRC podem impedir o seu desenvolvimento, diminuir a sua rápida progressão, reduzir as complicações da diminuição da taxa de filtração glomerular, reduzir o risco de doença cardiovascular e melhorar tanto a sobrevivência quanto a qualidade de vida do paciente (Levey & Coresh, 2012; Harada & Santos, 2013; Baria & Cuppari, 2013; Ernandes & Abensur, 2013). Por outro lado, os tratamentos são invasivos e envolvem alto custo para o paciente, sua família e a sociedade. Dentre estes estão, o transplante renal, a diálise peritoneal e a hemodiálise. Mais especificamente, a hemodiálise corresponde a um procedimento que promove a circulação do sangue fora do organismo, por meio de um acesso vascular, com a função de limpá-lo e filtrá-lo, ajudando a controlar a pressão arterial e a manter o equilíbrio orgânico quanto a substâncias químicas como sódio, potássio e cloretos. Esse



procedimento é realizado por meio de uma máquina de diálise e ocorre em três sessões semanais de 4 horas, exigindo que a pessoa se desloque para uma unidade de tratamento com muita frequência (Freitas & Cosmo, 2010). Kao et al. (2009) ressaltam que a sobrevivência dos pacientes renais crônicos, em tratamento de hemodiálise ou de diálise peritoneal, pode estar associada ao progresso da medicina, à tecnologia avançada e ao melhor atendimento ao paciente.

A hemodiálise é um procedimento bastante complexo, sendo que, durante sua realização, podem ocorrer emergências e óbitos. O paciente fica sujeito a complicações tanto técnicas (ruptura da membrana, coagulação nas alças de hélice, líquido dialisador inadequado, água contaminada) quanto clínicas (hipotensão, hipertensão, câimbras, cefaléia, vômitos, convulsões, acidentes vasculares cerebrais, etc) (Valle, Souza, & Ribeiro, 2013). Ser portador de uma doença crônica como a IRC implica em um grande desafio diante da necessidade de mudanças de hábitos de vida relacionados à dieta, atividade física, uso frequente de medicações e à dependência de pessoas e de aparelhos para sua adaptação a um novo modo de funcionar na vida (Barbosa & Valadares, 2009). Como consequência, o cotidiano do portador é marcado por inúmeras perdas, que ultrapassam a perda da função renal, pois perde parte de sua energia e de sua capacidade física (Freitas & Cosmo, 2010).

Do ponto de vista psicológico, observam-se sentimentos negativos, como medo do prognóstico, da incapacidade, da dependência econômica e da mudança da autoimagem. Nesse sentido, é possível esperar que as mudanças promovidas pelo tratamento sejam marcantes, podendo ser consideradas como fontes de *stress*, que determinam a necessidade de adaptação do paciente

(Thomas & Alchieri, 2005; Campos & Turato, 2010) e também de seus familiares (Bertolin, Pace, Kusumota, & Haas, 2011).

Ainda que a necessidade de realizar hemodiálise possa ser encarada pelo paciente como uma adversidade, que promove sofrimento físico e psicológico, muitas vezes ela pode ser vista como uma forma de melhorar sua qualidade de vida e possibilitar a espera por um transplante renal. Efetivamente, Silva et al. (2011) observaram, em estudo com pacientes submetidos à hemodiálise, que os sentimentos apresentados por eles eram ambíguos, oscilando entre aceitação e revolta, pois ao mesmo tempo em que o tratamento corresponde a uma questão de sobrevivência, torna a pessoa sua dependente. Bertolin, Pace, Kusumota, e Ribeiro (2008) apontam estudos que indicam como principais fatores estressores decorrentes da IRC e do tratamento hemodialítico: restrição de líquidos e alimentos, câibras musculares, incerteza sobre o futuro, interferência na atividade laboral, mudanças na estrutura familiar, medo de ficar sozinho e distúrbios do sono.

Nifa e Rudnicki (2010) realizaram um estudo com 30 pacientes renais crônicos em processo de hemodiálise, visando avaliar nível de depressão por meio do Inventário de Depressão de Beck (BDI). Os resultados apontaram que 66,7% dos pacientes apresentavam nível mínimo de sintomas depressivos, 23,3% apresentavam nível leve e 10% nível moderado. Outra pesquisa, com 168 pacientes renais crônicos, avaliou a qualidade de vida, o apoio social e fatores estressores da hemodiálise (Rudnicki, 2007). Quanto à qualidade de vida, o sexo configurou-se como um preditor, sendo que os homens apresentaram melhores índices. Com relação aos fatores estressores em hemodiálise, as mulheres apresentaram maior número de estressores,

destacando-se a interferência do tratamento no trabalho, o cansaço e o tempo prolongado de tratamento. Os homens apresentaram como estressores mais frequentes a limitação das atividades, alterações na aparência física e a perda da função corporal. O apoio social também se apresentou como um preditor para a qualidade de vida, no que se refere à importância atribuída pelo paciente ao tamanho da sua rede de apoio social e ao quanto as pessoas ou os recursos de suporte cumprem de fato o seu papel.

Outro aspecto estressor decorrente do tratamento da IRC é o impacto cognitivo. Condé et al. (2010) realizaram um estudo comparativo com pacientes em diálise peritoneal, em hemodiálise e em pré-diálise com hipertensão, identificando que os hemodialíticos apresentaram pior desempenho nos testes de avaliação cognitiva relacionados à função executiva, memória e atenção, provavelmente devido ao uso freqüente de muitos medicamentos que podem afetar a cognição. Embora os autores afirmem esse resultado, ressaltam a necessidade da realização de estudos que avaliem a influência da hemodiálise no declínio cognitivo.

Quanto à forma como ocorre a adaptação às adversidades, observa-se que pode variar de indivíduo para indivíduo. Sobre esse aspecto, Resende et al. (2007) afirmam que, frente a eventos negativos, as pessoas podem reagir de forma não passiva e apresentar comportamentos que aumentem o seu bem-estar. Para Bertolin et al. (2008) o enfrentamento dependerá de como a pessoa avalia o estressor e, conseqüentemente, a saúde em uma condição crônica dependerá do resultado desse processo de enfrentamento.

O estudo realizado por Madeiro, Machado, Bonfim, Braqueais, e Lima (2010) constatou que o paciente adere ao tratamento por uma questão de

sobrevivência, mas muitos não conseguem se adaptar. Os autores identificaram que os principais fatores que promovem a adesão ao tratamento hemodialítico são: medo da morte, fé em Deus e esperança de transplante, acomodação, relações familiares, profissionais da hemodiálise e manutenção de atividade de trabalho.

Embora a IRC seja uma enfermidade relevante quanto à sua prevalência e o impacto psicológico sofrido pelo paciente (Nifa & Rudnicki, 2010; Paschoal et al., 2009), no que tange à Psicologia, são restritos os estudos que abordam essa realidade. Num estudo de revisão de literatura, com enfoque em aspectos psicológicos do enfrentamento do paciente, envolvendo vários países, Bertolin et al. (2008) não encontraram artigos brasileiros, sendo que os que foram analisados, provenientes de outros países, haviam sido escritos por enfermeiros e médicos apenas. Por outro lado, Slomka (2011) afirma que há muito tempo as fragilidades e limitações impostas pela IRC ao paciente são estudadas, entretanto, pouco ainda foi estudado sobre a capacidade e recursos de enfrentamento do indivíduo diante dessa adversidade.

Com relação ao processo de enfrentamento, um conceito relevante é o de *coping*, definido como o conjunto de esforços cognitivos, emocionais e comportamentais usado pela pessoa para lidar com demandas específicas, que surgem em situações estressoras e que são avaliadas como sobrecarga em relação aos recursos pessoais (Folkman & Lazarus, 1980). Outro conceito relacionado ao processo de enfrentamento é o de eficácia adaptativa (Simon, 1983/1989). Enquanto o *coping* refere-se aos esforços cognitivos, emocionais e comportamentais da pessoa para lidar com situações estressoras, a eficácia adaptativa corresponde ao seu resultado final, englobando a qualidade de toda

e qualquer resposta para a solução de situações do dia-a-dia da pessoa, mesmo as que não geram *stress*. Dada a centralidade desse conceito para este estudo, ele será aprofundado a seguir.

### **Eficácia Adaptativa**

Simon (1983/1989, p.14) define adaptação como “conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida”. Esse conceito é compreendido pelo autor a partir de três premissas básicas: (1) a adaptação permite apreciar o funcionamento de um organismo em relação a si mesmo e ao ambiente; (2) todo comportamento pode ser encarado segundo um significado adaptativo, objetivando um fim e (3) para que o indivíduo alcance seus fins adaptativos, seria necessária a integração de seus diversos sistemas de funcionamento.

A partir da necessidade de qualificar o conceito de adaptação, nos anos 70, Simon (1983/1989) passou a considerá-lo quanto à sua adequação. Dessa maneira, formulou o conceito de eficácia adaptativa. Para isso, apresentou critérios para se verificar a adequação das respostas dadas pela pessoa, frente às situações-problema: 1º) se resolve o problema; 2º) se traz satisfação, gratificação e/ou prazer e 3º) se a solução está relativamente isenta de conflitos intrapsíquicos ou com o ambiente.

Considerando esses critérios, o autor definiu três tipos de adequação das respostas adaptativas: *adequado* - quando a resposta atende aos três critérios: resolve, gratifica, não gera conflitos; *pouco adequado* – atende a dois dos critérios: a) resolve, insatisfatório, mas sem conflitos; ou b) resolve, satisfatório,

mas com conflito; *pouquíssimo adequado*: se a resposta resolve, mas não é satisfatória e gera conflito interno e/ou ambiental. Assim, segundo o autor, a eficácia adaptativa corresponde à maneira como a pessoa manifesta, por meio de comportamentos, os seus recursos adaptativos para enfrentar as adversidades da vida.

Diante da necessidade de desenvolver um sistema de avaliação da eficácia adaptativa, Simon (1983/1989) formulou a *EDAO – Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada*. Desde a sua concepção, esta escala passou por várias reformulações, com foco em seu aperfeiçoamento, e tem sido utilizada como instrumento de avaliação em vários contextos e em pesquisas de áreas diversificadas (Yoshida, Enéas, & Santeiro, 2010).

A *EDAO* consistia na proposta de avaliar a eficácia adaptativa como resultado da combinação das respostas do indivíduo a quatro setores da personalidade: *Afetivo-Relacional (A-R)*: correspondente às esferas interpessoal e intrapessoal; *Produtividade (Pr)*: referente à principal atividade do indivíduo no período avaliado (laboral, artística, filosófica, religiosa); *Sociocultural (S-C)*: relacionado ao contexto social, valores e costumes da cultura em que está inserido e *Orgânico (Or)*: correspondente ao funcionamento e cuidados com o próprio corpo, sono, atividade sexual e indumentária (Simon, 1983/1989). As evidências da prática clínica conferiram maior relevância aos setores A-R e Pr, culminando, posteriormente, com o desenvolvimento de uma nova versão, *EDAO-R – Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida* (Simon, 1997). Nesta nova versão, a avaliação é feita com atribuições dos escores para cada setor da seguinte maneira: *Setor A-R*: escore 3 para adequado, 2 para pouco adequado e 1 para

pouquíssimo adequado; *Setor Pr*: escore 2 para adequado, 1 para pouco adequado e 0,5 para pouquíssimo adequado; os *setores S-C e Or* têm caráter mais qualitativo, auxiliando no diagnóstico discriminativo.

Tanto a EDAO quanto a EDAO-R têm sido, ao longo dos anos, amplamente utilizadas em diversos estudos, comprovando sua validade na avaliação da eficácia adaptativa em diferentes estratos da população, como por exemplo, com pacientes idosos com câncer (Brandão, Aranha, Chiba, Quayle, & Lucia, 2004); pacientes com câncer de mama (Gandini, 2010); pacientes com depressão (Gioia-Martins, Medeiros, & Hamzeh, 2009); com doença de Crohn e retocolite ulcerativa (Guimarães & Yoshida, 2008); doentes crônicos em atendimento domiciliar (Laham, Satake, Chiba, Benute, & Lucia, 2009); entre outros.

Em estudo que utilizou a EDAO como instrumento de avaliação, realizado com 30 pacientes portadores de Diabetes Tipo II, doença crônica, Heleno (2000) observou que os pacientes classificados pela escala como Gr.1 (adaptação eficaz) realizavam bom controle glicêmico, elaboravam e superavam as dificuldades decorrentes da enfermidade. Já os pacientes classificados como Gr.2 (adaptação ineficaz leve) apresentavam menos esperança e mais dificuldades quanto ao controle glicêmico. Tamagnini (2009) utilizou a EDAO em estudo qualitativo com sete pacientes, do sexo feminino, indicadas para transplante cardíaco. A autora identificou que as pacientes apresentaram adaptação ineficaz moderada, severa e grave, concluindo que em virtude do setor orgânico (*Or*) influenciar as respostas atribuídas aos setores *A-R* e *Pr* (centrais na análise), as soluções apresentadas pelas pacientes não poderiam ser adequadas.

Numa pesquisa com o objetivo de estimar a precisão e a validade da EDAO-R com pessoas idosas, Rocha (2002) obteve resultados que indicaram que a escala é uma medida precisa e válida da eficácia adaptativa aplicada a idosos que frequentam atividades em grupos de terceira idade. Os resultados apontaram associações estatisticamente significantes, de acordo com o teste de Correlação por Postos de *Spearman* entre a EDAO-R e idade ( $\rho = -0,21$ ,  $p < 0,01$ ) e, por meio do Teste de Contingência, entre a EDAO-R e a condição ocupacional ( $c = 0,468$ ,  $p < 0,05$ ). O coeficiente de precisão obtido para eficácia adaptativa geral foi  $k = 0,503$ . Avaliada por setor, Afetivo-Relacional obteve  $k = 0,551$ ; Produtividade obteve  $k = 0,459$ , Orgânico resultou  $k = 0,612$  e Sociocultural  $k = 0,650$ , coeficientes considerados de moderados a bons.

Medeiros (2007) realizou um estudo com 23 mulheres diagnosticadas com insuficiência renal crônica, com o objetivo de investigar as repercussões do adoecimento sobre o desejo da maternidade. Aplicou a EDAO, sendo que os resultados indicaram que todas as participantes encontravam-se com adaptação ineficaz, sendo 18% com adaptação ineficaz leve, 39% com adaptação ineficaz moderada e 43% com adaptação ineficaz severa. Os setores Or, A-R e Pr estavam comprometidos. Quanto ao setor Orgânico, as mudanças físicas como: mal estar frequente, pele escurecida e dependência da máquina de hemodiálise são responsáveis por insatisfação e sensação de impotência. No setor da Produtividade, a dificuldade de exercer uma atividade remunerada e a indisponibilidade física para realizar atividades domésticas definem soluções insatisfatórias para adaptação eficaz. Já no setor Afetivo-Relacional, os vínculos estabelecidos geralmente não sustentam suas demandas.



Atualmente, encontra-se em processo de desenvolvimento e validação a *EDAO-AR* (Yoshida, 2012), uma versão de autorrelato, que já conta com evidências de validade junto à amostra de pacientes ambulatoriais (Yoshida, 2013). Esta última versão atende à necessidade de aplicação da escala para um número maior de pessoas e para quando não é possível proceder a entrevistas clínicas individuais. De forma resumida, a *EDAO-AR* tem como objetivo avaliar a adequação das respostas adaptativas frente às diferentes situações enfrentadas no âmbito dos relacionamentos interpessoais (A-R) e da produtividade (Pr). A adaptação do indivíduo envolve as condições de seu funcionamento psíquico, os recursos que apresenta para integrar seus sistemas e permanecer organizado, o que se traduz em sua configuração adaptativa (Simon, 2005).

A configuração adaptativa não corresponde a um conceito estático, pode sofrer alterações no percurso de vida, passando por períodos estáveis e por períodos críticos, segundo influência de fatores internos e/ou externos ao organismo (Simon, 2005). Dessa forma, considera-se que a presença de sintomas psicopatológicos e de *stress* são fatores que poderiam influenciar de maneira expressiva a qualidade da configuração adaptativa.

### **Sintomas Psicopatológicos**

Conforme referido anteriormente, pessoas portadoras de IRC são diariamente confrontadas com inúmeras pressões psicológicas, dentre elas a presença de sintomas psicopatológicos e de *stress*, que atuam como fontes de sofrimento. Nesse sentido, considerou-se relevante utilizar uma medida da severidade de eventuais sintomas psicopatológicos. Para isso, recorreu-se à

Escala de Avaliação de Sintomas/EAS-40 (Laloni, 2001), instrumento de avaliação que vem sendo utilizado em pesquisas nacionais e que demonstrou evidências de validade, inclusive em pacientes com insuficiência renal crônica (Pregnoatto, 2005).

A EAS-40 foi adaptada e validada por Laloni (2001), a partir do *SCL-90-R – Symptom Check-List-90-Revised* (Derogatis, 1994). Corresponde a um inventário multidimensional de autoavaliação de sintomas, desenvolvido para avaliar um amplo espectro de problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos, não sendo uma medida de personalidade. Originalmente, a escala era composta por 90 itens, segundo nove dimensões: somatização, obsessividade-compulsividade, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideias paranóides e psicoticismo. No estudo de adaptação conduzido por Laloni (2001), dos 90 itens, 40 apresentaram carga fatorial mínima de 0,30 nos respectivos fatores, sugerindo que fossem retidos para a adaptação e versão em português. Os itens foram distribuídos em quatro dimensões: psicoticismo, obsessividade-compulsividade, somatização e ansiedade.

O estudo de Pregnoatto (2005), com pacientes renais crônicos, teve como objetivo avaliar alexitimia (por meio da Toronto Alexithymia Scale – TAS), sintomas psicopatológicos (por meio da EAS-40) e a associação entre essas variáveis. Participaram da pesquisa 48 pacientes com insuficiência renal crônica do setor de hemodiálise, do mesmo hospital universitário em que foram coletados os dados para a presente pesquisa. A pontuação média de sintomas psicopatológicos daquela amostra foi de 0,63 ( $\pm$  0,37), sendo que, na dimensão psicoticismo, a média foi de 0,45 ( $\pm$  0,40); na dimensão obsessividade-

compulsividade, a média foi 0,71 ( $\pm$  0,41); na dimensão somatização, o escore médio foi 0,77 ( $\pm$  0,46) e, na dimensão ansiedade, a média foi 0,58 ( $\pm$  0,48). A autora comparou os dados obtidos em sua pesquisa com os dados referentes ao estudo de Tombolato (2005), que utilizou a mesma escala de avaliação, realizado com estudantes universitários, trabalhadores e não trabalhadores, observando que os escores médios relacionados aos universitários ( $M = 0,48$ ;  $M = 0,42$ , respectivamente) foram inferiores ao da população de pacientes de hemodiálise ( $M = 0,63$ ). Dessa forma, considerou que este instrumento apresenta boa sensibilidade para discriminar populações com perfis diferentes em relação a sintomas psicopatológicos.

Dependendo da intensidade dos sintomas psicopatológicos, acredita-se que eles podem influenciar a incidência de *stress* e, por sua vez, o nível de *stress* pode corresponder a um elemento de repercussão significativa sobre a configuração adaptativa. Em face da existência da possível associação entre essas variáveis, cabe definir mais precisamente o conceito de *stress* utilizado nesta pesquisa e a sua forma de avaliação.

### **Stress**

Bertolin et al. (2008) apontam para o fato de que as doenças crônicas, além de serem altamente estressantes, são elas mesmas, fontes de vários estressores, como: regime de tratamento, mudanças de estilo de vida, alterações na energia e aparência pessoal.

O *stress* é definido como uma reação psicofisiológica complexa que ocorre quando o organismo necessita enfrentar algo que ameace sua homeostase interna, podendo ocorrer diante de uma situação que irrite, cause

medo, excite, confunda ou promova felicidade. Não se trata de uma reação única, mas sim de um processo, pois no momento em que a pessoa está sujeita a uma fonte estressora, um longo processo bioquímico se instala em seu organismo (Lipp, 2003a). Fatores internos, como o modo como se interpreta determinadas situações de vida, podem gerar e até piorar o estado de *stress* (Alcino, 2003). Sobre este aspecto, Lipp (2007) afirma que a percepção e a interpretação que a pessoa faz do ambiente e das situações são fatores preponderantes para definir qual reação ela terá.

As fontes que promovem *stress* podem ser tanto internas quanto externas. Lipp (2007) aponta como fontes externas do *stress*, eventos do cotidiano e experiências que envolvam mudanças, tais como: problemas de relacionamento, perdas, dificuldades financeiras, diagnóstico de uma doença, trabalho em excesso, expectativas da sociedade, entre outras. Quanto às fontes internas de *stress*, a autora ressalta que elas estão relacionadas ao estilo de personalidade e à forma como o indivíduo interpreta as situações, sendo que essas interpretações são influenciadas principalmente pelos valores e crenças, como por exemplo: o perfeccionismo, o pessimismo, o conflito de papéis, etc.

Em 2000, foi proposto por Lipp, o modelo quadrifásico do *stress*, segundo o qual, este processo se desenvolve em quatro fases distintas: **Fase de Alerta:** iniciada para que o organismo enfrente a situação desafiadora, corresponde a um estágio no qual o organismo ativa a produção de noradrenalina e adrenalina. Essas mudanças hormonais são responsáveis por aumentar a motivação e energia, gerando condições para o enfrentamento necessário; **Fase de Resistência:** neste estágio, há uma busca pelo reequilíbrio,

promovendo uma grande utilização de energia e podendo causar desgaste expressivo do organismo. Caso o organismo consiga adaptar-se satisfatoriamente ao estressor, o processo de *stress* se interrompe sem causar maiores danos; **Fase de Quase-Exaustão:** nesta fase, as defesas do organismo estão comprometidas e há a impossibilidade de restabelecer a homeostase. Algumas doenças surgem indicando que a resistência já não está mais eficaz; **Fase de Exaustão:** neste momento do processo, há uma quebra total da resistência, ocorrendo aumento das estruturas linfáticas, exaustão psicológica configurando depressão e exaustão física determinando doenças (Lipp, 2003b).

Lipp (2000) desenvolveu o *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*, que avalia o *stress* em quatro fases: Fase de Alerta, Fase de Resistência, Fase de Quase-Exaustão e Fase de Exaustão, indicando a fase em que a pessoa se encontra e qual a predominância de sintomas, física ou psicológica. Este instrumento é utilizado amplamente tanto no contexto clínico quanto em pesquisas, com diversos estratos da população: pacientes com doenças cardiovasculares (Bussoletto, 2012); mulheres com cefaléia tensional (Mascella, 2011); cuidadores de pacientes oncológicos (Guimarães, 2010); entre outros. Dentre estudos recentes, numa pesquisa realizada com 20 pacientes com Síndrome Metabólica, Castelli (2010) aplicou o ISSL e observou que a maioria da amostra apresentou nível de *stress* elevado, em Fase de Exaustão, correspondendo a 75% do total. A autora ressalta que a predominância de sintomas de *stress* na área psicológica pode indicar que o manejo inadequado dos aspectos emocionais prejudica os aspectos físicos desses pacientes. Os resultados de outro estudo que utilizou o ISSL com 20

mulheres com Alopecia Androgenética, distúrbio para o qual não há cura no momento, indicaram que a maioria (85%) apresentava *stress* com predominância de sintomas psicológicos, (60%) do total da amostra (Kleinhans, 2012). Conforme esses estudos relatam, o ISSL permitiu avaliar o *stress* dos participantes, confirmando as hipóteses iniciais de que essas populações o apresentariam.

O estudo de Valle et al. (2013) avaliou o nível de *stress* e de ansiedade de pacientes renais crônicos, por meio do ISSL – Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (Lipp, 2000) e do IDATE – Inventário de Ansiedade Traço-Estado (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970), respectivamente. Identificou-se que 71% dos participantes apresentaram *stress*, com maior escore na fase de resistência (47%) e com predomínio de sintomas psicológicos (55%). A ansiedade foi apresentada por todos os participantes, sendo distribuídos em ansiedade moderada (66%) e ansiedade alta (34%).

Por outro lado, Aldwin (2009) destaca a importância de considerar que, de um modo geral, as pesquisas indicam que as relações entre *stress* e resultados de saúde, embora abrangentes, são relativamente modestas em tamanhos de efeito (0,20 a 0,40). No geral, este é um resultado positivo, pois sugere que o ser humano é bastante resistente ao *stress*. Segundo a autora, a relação relativamente modesta entre *stress* e saúde aumenta a dificuldade em estabelecer uma relação causal definitiva entre um estressor e determinada doença, porque nem todo mundo que experimenta *stress* desenvolverá uma doença e, caso desenvolva, o tipo de enfermidade dependerá do grau de exposição a agentes patogênicos, propensão genética, estado nutricional, etc.

## HIPÓTESES DE PESQUISA

Foi proposta como hipótese inicial que os sintomas psicopatológicos e o *stress* estariam associados negativamente à qualidade da eficácia adaptativa em pacientes renais crônicos, ou seja, que as medidas da EDAO-AR se correlacionariam negativamente, tanto com as medidas da EAS-40, quanto com as do ISSL; e que os resultados do ISSL se correlacionariam positivamente com os da EAS-40. Além disso, hipotetizou-se que os sintomas psicopatológicos e o *stress* seriam preditores da eficácia adaptativa. Foram então estabelecidos os seguintes objetivos:

## OBJETIVOS

### Objetivo Geral

Verificar a existência de associação entre a eficácia adaptativa, sintomas psicopatológicos e níveis de *stress* em pacientes renais crônicos e se os sintomas psicopatológicos e o *stress* podem predizer a eficácia adaptativa desses pacientes.

### Objetivos Específicos

- a) Verificar a eficácia adaptativa de pacientes renais crônicos e a qualidade da adaptação nos setores A-R e Pr;
- b) Verificar sintomas psicopatológicos de pacientes renais crônicos;
- c) Verificar o nível de *stress* de pacientes renais crônicos;
- d) Identificar o grau de associação entre a severidade dos sintomas psicopatológicos e a eficácia adaptativa;

- e) Identificar o grau de associação entre o nível de *stress* e a eficácia adaptativa;
- f) Identificar o grau de associação entre o nível de *stress* e os sintomas psicopatológicos.
- g) Verificar o grau de influência de cada variável (sintomas psicopatológicos e nível de *stress*) sobre a eficácia adaptativa de pacientes renais crônicos;
- h) Estudar a direção dos relacionamentos entre as variáveis, tendo como resultado a eficácia adaptativa.



## MÉTODO

### Participantes

A amostra de conveniência foi composta por 50 pacientes renais, de ambos os sexos, que realizam tratamento no Serviço de Nefrologia - Unidade de Hemodiálise, de um hospital universitário, localizado no interior de São Paulo, independente da doença de base que tenha conduzido ao tratamento.

O tempo médio de tratamento dos participantes foi de 4 anos ( $\pm 3,52$ ), com variação entre 8 meses e 15 anos para amostra total. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos dados sociodemográficos. Indica que a amostra ficou equilibrada quanto a sexo [ $\chi^2(1gl) = 0,32, 0,50 < p < 0,70$ ], com predomínio de casados [ $\chi^2(3gl) = 23,44, p < 0,001$ ], com idade média de 53 anos ( $\pm 16,31$ ), baixa escolaridade (64% com Ensino Fundamental completo ou menos) e, sem atividade laboral, devido à aposentadoria, afastamento do trabalho ou por estar desempregado (total 90%).

- **Critérios de inclusão da amostra:** ter idade mínima de 18 anos; estar em tratamento de hemodiálise no Serviço de Nefrologia, devido à insuficiência renal crônica; aceitar colaborar voluntariamente com a pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

- **Critérios de exclusão da amostra:** foram excluídos pacientes que não demonstraram possibilidade de responder aos instrumentos de avaliação, por apresentar nível insuficiente de compreensão; devido à manifestação de mal estar durante a sessão de hemodiálise ou alterações de estado de consciência devida à medicação; pacientes que fariam transplante renal em curto prazo, por

estarem em condição diferenciada dos que não têm essa perspectiva, podendo corresponder a uma variável que compromettesse os dados.

Tabela 1. *Distribuição da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas (n = 50)*

<b>Variável</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	27	54
Feminino	23	46
<b>Estado Civil</b>		
Casado	27	54
Divorciado/Separado	10	20
Solteiro	8	16
Viúvo	5	10
<b>Idade</b>		
18 a 20	1	2
21 a 30	6	12
31 a 40	2	4
41 a 50	12	24
51 a 60	12	24
≥ 61	17	34
Média	53,06	
Desvio Padrão	16,31	
Mediana	54	
<b>Nível de Escolaridade</b>		
Analfabeto	2	4
Ensino fundamental incompleto	16	32
Ensino fundamental completo	14	28
Ensino médio incompleto	2	4
Ensino médio completo	10	20
Superior incompleto	1	2
Superior completo	5	10
<b>Situação Profissional</b>		
Aposentado	22	44
Afastado	14	28
Desempregado	9	18
Trabalha	5	10

### **Local de coleta de dados**

Trata-se de uma instituição privada e filantrópica que conta, no total, com 340 leitos, sendo 240 destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e 100 a convênios privados. Além disso, oferece diversas especialidades e serviços: pronto socorro, ginecologia/obstetrícia, angiologia, cardiologia, clínica geral, psiquiatria, dermatologia, serviço de UTI adulto/pediátrica/neonatal, entre outros. O serviço de Nefrologia é responsável pelas unidades de hemodiálise, diálise peritoneal, ambulatório de nefrologia, serviço de consultas e do programa de transplante renal. A amostra corresponde a aproximadamente 50% do total de pacientes atendidos nesta unidade. Quanto ao setor de hemodiálise, conta com equipe multidisciplinar, ambiente e recursos de tratamento adequados, funcionando em três turnos distintos para atender a demanda de pacientes.

### **Material**

**Carta de Autorização da Instituição** (Anexo B): A carta seguiu as normas previstas na Resolução do Conselho Federal de Psicologia e da Resolução 466/12 do Ministério da Saúde, que estabelece as normas éticas para Pesquisas com Seres Humanos. Contou com a declaração de ciência e autorização do coordenador do local onde foi conduzido o estudo.

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE** (Anexo A): Contemplou os esclarecimentos sobre o estudo, a condição de participação voluntária do sujeito, bem como a possibilidade de recusa na participação ou mesmo a retirada do consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem

penalização ou prejuízo ao mesmo. Indicou os riscos e benefícios do desenvolvimento do estudo e também garantiu esclarecimentos pela pesquisadora, antes e durante o desenrolar da pesquisa. O termo também esclareceu sobre o sigilo e privacidade das informações. Este instrumento foi elaborado de acordo com as normas do Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicada em dezembro de 2000 e a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi assinado em duas vias pelo participante, sendo que uma delas ficou com o mesmo e a outra em poder da pesquisadora.

**Questionário Sociodemográfico** (Anexo C): este instrumento foi elaborado e utilizado para obter informações sociodemográficas de cada participante, como: idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, bem como informação sobre o tempo de tratamento de hemodiálise.

### **Instrumentos**

***Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada de Autorrelato – EDAO-AR*** (Yoshida, 2012): corresponde a um instrumento, em processo de construção e validação, adaptado da versão clínica desenvolvida por Simon (1983/1989). É uma escala utilizada para avaliar a qualidade da eficácia adaptativa do sujeito frente às adversidades da vida. É constituída por 45 itens divididos em duas escalas independentes, uma de 24 itens para avaliar a qualidade da eficácia adaptativa do setor Afetivo Relacional (A-R) e uma de 21 itens para o setor da Produtividade (Pr). Ambas as escalas, A-R e Pr, são compostas por três fatores. Na escala A-R, os fatores recebem a seguinte nomenclatura: Fator 1 - respostas adaptativas frente às necessidades de afeto

e a relevância do outro para a solução da situação problema. O foco é o relacionamento interpessoal ou o outro; Fator 2 - respostas adaptativas frente a situações adversas e que demandam tolerância à frustração e reconhecimento dos próprios limites. O foco é a situação a ser enfrentada; Fator 3 - respostas adaptativas do sujeito no enfrentamento de situações sociais e de necessidades afetivas. Envolve o controle de seus impulsos e como ele se posiciona em relação ao outro. O foco é o eu. Para a escala Pr, a nomenclatura dos fatores é a seguinte: Fator 1 - refere-se a respostas adaptativas frente a situações adversas no contexto profissional e que demandam tolerância à frustração. Implica no reconhecimento do outro - colegas de trabalho ou de estudo e superiores (chefe ou professor) - para a solução da situação problema. O foco é a relação interpessoal ou o outro; Fator 2 - itens relacionados a uma avaliação cognitiva dos sentimentos e necessidades do sujeito no contexto profissional. O foco é a situação enfrentada; Fator 3 - congrega os itens relacionados à satisfação e confiança em suas habilidades profissionais. O foco é o eu.

As respostas são classificadas de acordo com níveis da qualidade adaptativa: adequado, pouco-adequado ou pouquíssimo adequado. No setor A-R, os itens são pontuados respectivamente com escores, 3, 2 e 1; e no setor Pr, 2, 1 e 0,5. O escore médio em cada caso indica a adequação da adaptação do setor. Isto é, em relação ao setor A-R, escores médios entre 2,61 e 3,0, indicam adaptação adequada; entre 2,00 e 2,60 pouco-adequada e entre 1 e 1,99, pouquíssimo adequada. Em relação ao setor Pr, escores médios entre 1,61 e 2,00 indicam adaptação adequada; entre 1,00 e 1,60, pouco adequada e entre 0 e 0,99, pouquíssimo adequada.

Para proceder ao diagnóstico final, Simon (2005) aponta a seguinte classificação por grupos: Grupo 1. **Adaptação eficaz**: AR e Pr são adequados (soma 5,0); Grupo 2. **Adaptação ineficaz leve**: quando um dos setores é adequado e o outro é pouco adequado (soma 4,0); Grupo 3. **Adaptação ineficaz moderada**: ambos são pouco adequados (soma 3,0), ou um é adequado e o outro pouquíssimo adequado (soma 3,5 ou 3,0); Grupo 4. **Adaptação ineficaz severa**: quando um setor é pouco e o outro pouquíssimo adequado (soma 2,0 ou 2,5); Grupo 5. **Adaptação ineficaz grave**: ambos são pouquíssimo adequados (soma 1,5).

A avaliação da escala geral é resultante da somatória dos escores das escalas A-R e Pr. São os seguintes os escores (x) correspondentes a cada grupo de eficácia da adaptação: Gr1. Adaptação Eficaz (A-R e Pr adequados),  $x \geq 4,22$ ; Gr2. Adaptação Ineficaz Leve (um setor adequado e outro pouco-adequado),  $3,61 \leq x < 4,22$ ; Gr.3 Adaptação Ineficaz Moderada (os dois setores com adaptação pouco adequada, ou um é pouquíssimo adequado e o outro adequado),  $2,61 \leq x < 3,61$ ; Gr.4 Adaptação Ineficaz Severa (um setor pouco adequado e o outro pouquíssimo adequado),  $2,00 \leq x < 2,61$  e Gr.5 Adaptação Ineficaz Grave (ambos pouquíssimo adequados),  $1 \leq x < 2,00$ .

Estudo realizado recentemente (Yoshida, 2013) indicou boa consistência interna para a escala A-R ( $\alpha = 0,81$ ) e para a escala Pr ( $\alpha = 0,80$ ). Quanto à estrutura interna, ambas avaliam a eficácia adaptativa de acordo com três dimensões: foco na situação problema, foco na relação interpessoal e foco no eu. Com índice de consistência de cada fator entre 0,53 e 0,81. Obtiveram-se evidências de validade de critério que demonstraram associações negativas entre a EDAO-AR e a severidade de sintomas psicopatológicos, medidos com

a Escala de Avaliação de Sintomas- 40 (EAS-40) (Laloni, 2001). Foram ainda obtidas evidências de validade de construto, por meio de análise fatorial exploratória e análise de conglomerados.

**Escala de Avaliação de Sintomas - EAS-40** (Laloni, 2001): instrumento adaptado do *Symptom Checklist – 90 – Revised – SCL-90-R* (Derogatis, citado por Laloni, 2001) voltado para a avaliação de sintomas psicopatológicos em uma população clínica. Os sintomas psicológicos são avaliados segundo quatro dimensões: *psicoticismo* (corresponde a um contínuo entre psicose e depressão, com sintomas de hostilidade e ideias paranóides), *obsessividade-compulsividade* (relaciona-se a um conjunto de sintomas, pensamentos e ações repetidos, acompanhados de desconforto nas relações interpessoais), *somatização* (corresponde a sintomas comuns aos transtornos somáticos e somatoformes) e *ansiedade* (compreende um conjunto de sintomas, desde a ansiedade generalizada até a ansiedade fóbica dirigida a situações e objetos específicos). Cada dimensão é composta por dez itens, sendo que as respostas possibilitam verificar três níveis de intensidade dos sintomas: nenhum sintoma (0), poucos sintomas (1), muitos sintomas (2). A avaliação do instrumento é realizada pela média aritmética dos escores de cada dimensão e pelo escore total, ou Índice Geral de Sintomas (IGS). De acordo com pesquisas nacionais, a escala apresenta boa consistência interna, com coeficientes  $\alpha$  que variaram entre 0,73 a 0,88 para pacientes de hospital geral (Laloni, 2001) e 0,80 a 0,93 em amostras de estudantes universitários (Yoshida & Silva, 2007). O escore 1 foi apontado como ponto de corte da escala total e para cada uma das dimensões (Yoshida, 2008).

***Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp*** (Lipp, 2000): utilizado para avaliar a presença e o nível de *stress* em adultos. É composto por três quadros que se referem às quatro fases do *stress* (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão), sendo que o Quadro 2 avalia duas fases (resistência e quase-exaustão). Cada quadro é composto por sintomas físicos e psicológicos. O Quadro 1 apresenta 12 sintomas físicos (mãos e pés frios, boca seca, nó no estômago, aumento de sudorese, tensão muscular, aperto da mandíbula/ranger os dentes, diarreia passageira, insônia, taquicardia, hiperventilação, hipertensão arterial súbita e passageira, mudança de apetite) e três psicológicos (aumento súbito de motivação, entusiasmo súbito, vontade súbita de iniciar novos projetos) experimentados nas últimas 24 horas; o Quadro 2 apresenta dez sintomas físicos (problemas com a memória, mal estar generalizado sem causa específica, formigamento das extremidades, sensação de desgaste físico constante, mudança de apetite, aparecimento de problemas dermatológicos, hipertensão arterial, cansaço constante, aparecimento de úlcera e tontura/sensação de estar flutuando) e cinco psicológicos (sensibilidade emotiva excessiva, dúvida quanto a si próprio, pensar constantemente em um só assunto, irritabilidade excessiva, diminuição da libido) sentidos na última semana e o Quadro 3 é composto por 12 sintomas físicos (diarreia frequente, dificuldades sexuais, insônia, náusea, tiques, hipertensão arterial continuada, problemas dermatológicos prolongados, mudança extrema de apetite, excesso de gases, tontura frequente, úlcera e infarto) e 11 psicológicos (impossibilidade de trabalhar, pesadelos, sensação de incompetência em todas as áreas, vontade de fugir de tudo, apatia/depressão/raiva prolongada, cansaço excessivo, pensar constantemente



em um só assunto, irritabilidade sem causa aparente, angustia/ansiedade diária, hipersensibilidade emotiva, perda do senso de humor) experimentados no último mês. Permite determinar em que fase do *stress* a pessoa se encontra e se a predominância de sintomas é maior na área física ou psicológica.

Sua validação foi realizada com 1843 adultos recrutados em quiosques montados em shoppings, colégios e universidades do Estado de São Paulo, Paraíba e Rio de Janeiro. Do total de participantes, 64% era do sexo feminino e 36% era do sexo masculino, sendo que a faixa etária variou de 15 a 75 anos. Na análise estatística, obteve-se o coeficiente alpha de 0,9121, o que indica alta confiabilidade do instrumento, ou seja, os itens refletem o verdadeiro valor para o conceito *stress*. A análise fatorial dos itens foi realizada pelo método de correspondências múltiplas, identificando-se dois eixos fatoriais para determinar a relação dos itens: fator psicológico e fator físico. Foi possível comparar os sintomas, estabelecendo quatro grupos e definindo as fases do *stress* (Lipp, 2000).

Na análise qualitativa dos quadros de sintomas, observou-se uma diferença substancial entre as pessoas que possuíam alguns sintomas e as que estavam com um número mais elevado de sinais de *stress*. Duas pessoas na fase de resistência poderiam estar com mais ou menos sintomas, pois é uma fase bastante ampla. Deduziu-se que uma nota baixa na Fase de Resistência poderia indicar um estágio inicial de *stress* enquanto uma nota mais alta provavelmente indicaria uma situação mais grave, mas que ainda não corresponderia à Fase de Exaustão. Assim, realizou-se uma análise de agrupamento dos itens (análise de “clustrers”) para comparar os sintomas assinalados por participantes dentro da Fase de Resistência. Nesta análise,

duas classes foram encontradas, sendo designadas como Fase de Resistência e Fase de Quase-Exaustão, sendo que a segunda representa um quadro de *stress* clinicamente mais grave (Lipp, 2000).

Este teste é autorizado para uso exclusivo de psicólogos, pelo Conselho Federal de Psicologia (<http://www2.pol.org.br/satepsi/sistema/admin.cfm>).

## **Procedimento**

A coleta de dados foi realizada a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas, com o parecer de número 189.614, aprovado em 28 de janeiro de 2013 (Anexo D). Foi realizado contato com o profissional responsável técnico do Serviço de Nefrologia do hospital para verificar a viabilidade da coleta de dados junto aos pacientes e obteve-se sua autorização para a realização da pesquisa (Anexo B).

Mediante as devidas aprovações, a pesquisadora realizou contato com os pacientes durante o procedimento de hemodiálise, no próprio setor de Nefrologia do hospital. Os pacientes dessa unidade são divididos em três turnos de atendimento diários, sendo que foram convidados para participação na pesquisa pacientes pertencentes a todos os turnos. O contato foi realizado individualmente, durante o processo de hemodiálise, pois a maioria utiliza o transporte público e, portanto, não teria tempo extra para responder à pesquisa fora do horário do tratamento. Após apresentar-se, a pesquisadora convidou o paciente para participar da pesquisa, informando-o dos objetivos do estudo e consultando-o sobre seu interesse. Para os pacientes que demonstraram interesse em participar, a pesquisadora leu previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitando que o assinassem e

fornecendo-lhes uma cópia. No total, 77 pessoas foram convidadas, sendo que 50, com idade acima de 18 anos, concordaram em participar.

Na sequência, a pesquisadora aplicou os instrumentos, Questionário Sociodemográfico, EDAO-AR, EAS-40 e ISSL, lendo cada questão, porém sem influenciar nas respostas. A aplicação foi feita dessa forma, considerando que durante a sessão de hemodiálise o participante encontra-se em posição inadequada para escrever e, muitas vezes, a fístula arteriovenosa presente em seu braço, tipo comum de acesso vascular para a realização da hemodiálise, dificulta a atividade motora. O procedimento de coleta de dados de cada participante demandou cerca de uma hora. Foi assegurada a confidencialidade e garantido que as informações não seriam utilizadas em prejuízo dos sujeitos. Muitas vezes, houve a necessidade de interromper a coleta de dados devido a complicações clínicas apresentadas pelos participantes durante o procedimento hemodialítico, como por exemplo, queda de pressão, dores de cabeça, náusea, etc.

### **Análise dos Resultados**

Foram realizadas estatísticas descritivas para análise do perfil da amostra em relação aos resultados da EDAO-AR, ISSL e EAS-40. Foram consideradas as variáveis categóricas (sexo, escolaridade, estado civil e situação profissional) e numéricas (idade, tempo de tratamento e escores das escalas) em termos de frequência (absoluta e relativa), e, quando cabíveis, por meio da média, desvio-padrão e mediana.

Para comparar as variáveis categóricas, foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson ou o Teste Exato de Fisher, na presença de valores

esperados menores que cinco. Na comparação das variáveis numéricas entre dois grupos, foi utilizado o Teste de Mann-Whitney e, entre três ou mais grupos, o Teste de Kruskal-Wallis, devido à ausência de distribuição normal das variáveis.

Para analisar a relação entre as variáveis numéricas, foi utilizado o Coeficiente de Correlação por Postos de *Spearman*.

Para estudar os fatores preditores relacionados com a eficácia adaptativa, foi utilizada a Modelagem de Equações Estruturais (MEE).

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja,  $p < 0.05$ .

## RESULTADOS

Inicialmente, foi avaliada a eficácia adaptativa, de acordo com a EDAO-AR, da amostra total e distribuída segundo as variáveis sócio-demográficas (Tabela 2). Observa-se que os participantes se distribuíram entre adaptação eficaz (Gr.1) e adaptação ineficaz leve (Gr.2), sendo que, tanto para a amostra total quanto para a amostra masculina, houve predomínio de adaptação eficaz ( $p < 0,005$ ). Em relação às mulheres, a diferença não foi significativa ( $p < 0,10$ ).

Tabela 2. Distribuição da amostra de acordo com a eficácia da adaptação, segundo a EDAO-AR\* ( $n = 50$ )

Variável	Adaptação Eficaz - Gr.1		Adaptação Ineficaz Leve - Gr.2	
	f	%	f	%
<b>Sexo</b>				
Mulheres	16	70	7	30
Homens	22	81	5	19
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>76</b>	<b>12</b>	<b>24</b>
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro	5	63	3	37
Casado	22	81	5	19
Divorc/Separado	6	60	4	40
Viúvo	5	100	0	0
<b>Escolaridade</b>				
≤ Ensino Fund.	26	81	6	19
Ensino Médio	7	58	5	42
≥ Ensino Superior	5	84	1	16
<b>Situação Profissional</b>				
Aposentado	18	81	4	19
Afastado	11	79	3	21
Desempregado	7	78	2	22
Trabalha	2	40	3	60

\*EDAO-AR – Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada de Autorrelato

A média de idade dos participantes que apresentaram adaptação eficaz foi de 56 anos ( $\pm 15,58$ ) e a Md = 59 e dos que apresentaram adaptação ineficaz leve foi de 42 anos ( $\pm 13,59$ ) e a Md = 44. Quanto ao tempo de tratamento de hemodiálise, a média dos participantes com adaptação eficaz foi de 4 anos ( $\pm 2,93$ ); Md = 3,75 e dos com adaptação ineficaz leve foi de 6 anos ( $\pm 4,84$ ) e Md = 6,50.

As distribuições da qualidade da adaptação no setor A-R (Afetivo-Relacional) para amostra total e segundo as variáveis sociodemográficas estão apresentadas na Tabela 3. Houve predomínio de adaptação adequada tanto para amostra total quanto para as amostras por sexo ( $p < 0,005$ ).

Tabela 3. *Distribuição da adequação da adaptação no setor Afetivo-Relacional da EDAO-AR\* para amostra total e segundo variáveis sociodemográficas (n = 50)*

Variável	Adequada		Pouco Adequada	
	f	%	f	%
<b>Sexo</b>				
Mulheres	19	83	4	17
Homens	23	85	4	15
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>84</b>	<b>8</b>	<b>16</b>
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro	8	100	0	0
Casado	23	85	4	15
Divorc/Separado	6	60	4	40
Viúvo	5	100	0	0
<b>Escolaridade</b>				
≤ Ensino Fund.	26	81	6	19
Ensino Médio	10	83	2	17
≥ Ensino Superior	6	100	0	0
<b>Situação Profissional</b>				
Aposentado	19	86	3	14
Afastado	12	86	2	14
Não trabalha	8	89	1	11
Trabalha	3	60	2	40

\*EDAO-AR – Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada de Autorrelato

A Tabela 4 apresenta as distribuições da qualidade da adaptação no setor da Pr (Produtividade) para amostra total e segundo as variáveis sociodemográficas. Neste setor, também houve predomínio de adaptação adequada na amostra total e nas amostras por sexo ( $p < 0,001$ ).

Tabela 4. *Distribuição da adequação das respostas no setor Produtividade da EDAO-AR\* para amostra total e variáveis sociodemográficas (n = 50)*

Variável	Adequada		Pouco Adequado	
	f	%	f	%
<b>Sexo</b>				
Mulheres	20	87	3	13
Homens	26	96	1	4
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>92</b>	<b>4</b>	<b>8</b>
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro	5	63	3	37
Casado	26	96	1	4
Divorc/Separado	10	100	0	0
Viúvo	5	100	0	0
<b>Escolaridade</b>				
≤ Ensino Fund.	32	100	0	0
Ensino Médio	9	75	3	25
≥ Ensino Superior	5	84	1	16
<b>Situação Profissional</b>				
Aposentado	21	95	1	5
Afastado	13	93	1	7
Não trabalha	8	89	1	11
Trabalha	4	80	1	20

\*EDAO-AR – Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada de Autorrelato

Em relação à ocorrência de sintomas psicopatológicos, avaliados pela Escala de Avaliação de Sintomas-40 (EAS-40), o IGS médio foi de 0,41 ( $\pm 0,33$ ) (mínimo=0 e máximo=1,6).

A Tabela 5 apresenta os escores médios e desvios-padrão dos sintomas psicopatológicos para amostra total e de acordo com as dimensões F1 – psicoticismo, F2 – obsessividade-compulsividade, F3 – somatização e F4 – ansiedade da EAS-40. Observa-se maior escore na dimensão somatização.

Tabela 5. Média (*M*) e desvio-padrão ( $\pm$ ) da EAS-40 total e segundo as dimensões da EAS-40\* (*n* = 50)

<b>Dimensão</b>	<b>M</b>	<b><math>\pm</math></b>
<b>Índice Geral de Sintomas</b>	0,41	0,33
<b>F1- Psicoticismo</b>	0,31	0,32
<b>F2- Obsessividade-compulsividade</b>	0,47	0,41
<b>F3 – Somatização</b>	0,55	0,47
<b>F4 – Ansiedade</b>	0,33	0,41

\*Escala de Avaliação de Sintomas-40

A Tabela 6 apresenta as distribuições para amostra total e de acordo com as variáveis sociodemográficas, divididas pela mediana (< 0,32 vs  $\geq$  0,32).



Tabela 6. *Distribuição da amostra total (n = 50) e de acordo com as variáveis sócio-demográficas, segundo os sintomas psicopatológicos (EAS-40\*) divididos pela mediana (<0,32 vs ≥ 0,32)*

Variável	EAS-40			
	< 0,32		≥ 0,32	
	f	%	f	%
<b>Sexo</b>				
Mulheres	5	22	18	78
Homens	17	63	10	37
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>44</b>	<b>28</b>	<b>56</b>
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro	3	37	5	63
Casado	11	41	16	59
Divorc/Separado	7	70	3	30
Viúvo	1	20	4	80
<b>Escolaridade</b>				
≤ Ensino Fund.	16	50	16	50
Ensino Médio	4	33	8	67
≥ Ensino Superior	2	33	4	67
<b>Situação Profissional</b>				
Aposentado	11	50	11	50
Afastado	7	50	7	50
Não trabalha	2	22	7	78
Trabalha	2	40	3	60

\*Escala de Avaliação de Sintomas-40

Houve diferença significativa apenas em relação à severidade dos sintomas em função do sexo ( $\chi^2(1gl) = 8,57$ ;  $p = 0,003$ ), com um número significativo de mulheres com escores acima da mediana (Tabela 6). Com relação às demais variáveis, não houve diferenças significantes.

Os resultados (Tabela 6) indicaram que os domínios com maiores escores foram os relativos à somatização e à obsessividade-compulsividade. Na dimensão somatização, a severidade dos sintomas psicopatológicos mostrou-se independente das variáveis: sexo ( $\chi^2(1gl) = 2,98$ ;  $p = 0,084$ ),

escolaridade ( $p = 0,369$ ), estado civil ( $p = 0,176$ ) e situação profissional ( $p = 0,929$ ). Na dimensão obsessividade-compulsividade a mesma característica ocorreu: sexo ( $\chi^2(1gl) = 2,01$ ;  $p = 0,156$ ), escolaridade ( $p = 0,101$ ), estado civil ( $p = 0,292$ ) e situação profissional ( $p = 0,649$ ).

A Tabela 7 demonstra a incidência de *stress* para a amostra total e segundo as variáveis sociodemográficas. Na amostra total, observa-se maior percentual de pacientes que não apresentaram *stress* (56%).

Tabela 7. Distribuição da amostra total e segundo variáveis sociodemográficas, de acordo com o ISSL\* ( $n = 50$ )

Variável	Com stress		Sem stress	
	f	%	f	%
<b>Sexo</b>				
Mulheres	11	48	12	52
Homens	11	41	16	59
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>44</b>	<b>28</b>	<b>56</b>
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro	4	50	4	50
Casado	13	48	14	52
Divorc/Separado	2	20	8	80
Viúvo	3	60	2	40
<b>Escolaridade</b>				
≤ Ensino Fund.	11	34	21	66
Ensino Médio	8	67	4	33
≥ Ensino Superior	3	50	3	50
<b>Situação Profissional</b>				
Aposentado	8	36	14	64
Afastado	6	43	8	57
Não trabalha	5	56	4	44
Trabalha	3	60	2	40

\* ISSL- Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp

Quanto à classificação por fases do *stress*, os dados da Tabela 8 indicam que os participantes com *stress* (n = 22) ficaram, em sua maioria, na Fase de Resistência (34%).

Tabela 8. *Distribuição dos participantes com stress (n = 22), segundo as fases medidas pelo ISSL\**

<b>Fase</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Resistência	17	34
Quase Exaustão	2	4
Exaustão	3	6
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>44</b>

\*ISSL – Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp

A distribuição dos sintomas psicológicos e físicos dos participantes com *stress* e alguns dos sintomas com maior frequência, de acordo com o ISSL, estão demonstrados na Tabela 9. Observa-se maior frequência de sintomas psicológicos (73%).

Tabela 9. *Distribuição dos participantes com stress, de acordo com os sintomas psicológicos e físicos medidos pelo ISSL\* (n = 22)*

<b>Sintomas</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>Sintomas com maiores frequências</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Psicológicos</b>	16	73	Sensibilidade emotiva excessiva	19	86
			Vontade de fugir de tudo	19	86
			Dúvida quanto a si próprio	20	90
			Angustia/Ansiedade diária	22	100
<b>Físicos</b>	6	27	Sensação de desgaste físico constante	22	100
			Insônia (dificuldade para dormir)	19	86
			Náusea	16	73
			Dificuldades sexuais	17	77
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>			

\*ISSL – Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp

Para analisar o grau de associação entre os escores dos instrumentos de avaliação psicológica, foi utilizado o Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman ( $\rho$ ). A Tabela 10 apresenta os Coeficientes entre os escores da EDAO-AR e EAS-40, para a amostra total e segundo as dimensões: psicoticismo, obsessividade-compulsividade, somatização e ansiedade.

Tabela 10. Correlação por postos de Spearman ( $\rho$ ) entre os escores por setor da EDAO-AR<sup>1</sup> e EAS-40<sup>2</sup> para amostra total e segundo as dimensões (n = 50)

EDAO-AR	EAS-40							
	F1 <sup>3</sup>		F2 <sup>4</sup>		F3 <sup>5</sup>		F4 <sup>6</sup>	
	$\rho$	P	$\rho$	P	$\rho$	P	$\rho$	P
A-R <sup>7</sup>	-0,49	0,00	-0,44	0,00	-0,22	0,13	-0,41	0,00
Pr <sup>8</sup>	-0,31	0,03	-0,38	0,01	-0,28	0,04	-0,19	0,19

<sup>1</sup> = Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada de Autorrelato; <sup>2</sup> = Escala de Avaliação de Sintomas-40; <sup>3</sup> = psicoticismo; <sup>4</sup> = obsessividade-compulsividade; <sup>5</sup> = somatização; <sup>6</sup> = ansiedade; <sup>7</sup> = Afetivo-Relacional; <sup>8</sup> = Produtividade.

Na Tabela 11, são apresentados os coeficientes  $\rho$  entre a EDAO-AR e o ISSL para amostra total.

Tabela 11. Correlação por Postos de Spearman ( $\rho$ ) entre os escores por setor da EDAO-AR<sup>1</sup> e ISSL<sup>2</sup> para amostra total (n = 50)

EDAO-AR	ISSL Total	
	$\rho$	P
A-R <sup>3</sup>	-0,40	0,00
Pr <sup>4</sup>	-0,34	0,01

<sup>1</sup> = Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada de Autorrelato; <sup>2</sup> = Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp; <sup>3</sup> = Afetivo-Relacional; <sup>4</sup> = Produtividade.

A Tabela 12 apresenta os coeficientes de correlação entre os escores totais do ISSL e da EAS-40, para amostra total.

Tabela 12. *Correlação por postos de Spearman ( $\rho$ ) entre os escores do ISSL<sup>1</sup> e da EAS-40<sup>2</sup> para amostra total e por fatores (n = 50)*

	<b>EAS-40</b>	<b>F1<sup>3</sup></b>	<b>F2<sup>4</sup></b>	<b>F3<sup>5</sup></b>	<b>F4<sup>6</sup></b>
	<b>Total</b>				
<b>ISSL</b>	0,81*	0,73*	0,79*	0,64*	0,49*
<b>Total</b>					

<sup>1</sup>= Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp; <sup>2</sup>= Escala de Avaliação de Sintomas-40; <sup>3</sup>= psicoticismo; <sup>4</sup>= obsessividade-compulsividade; <sup>5</sup>= somatização; <sup>6</sup>= ansiedade; \*  $p < 0,01$

Para verificar o grau de influência de cada uma das variáveis estudadas sobre a eficácia adaptativa e identificar a direção dos relacionamentos (caminhos) entre as variáveis, foi realizada uma Modelagem de Equações Estruturais (MEE). Essa técnica corresponde a um tipo de análise multivariada, que permite verificar múltiplas relações de dependência entre variáveis, de forma simultânea (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2009). Baseando-se na teoria e nas hipóteses iniciais do estudo, foram definidos modelos teóricos para serem testados a partir dessa técnica, conforme Figura 1, 2 e 3.

Os resultados da MEE, referentes ao primeiro modelo teórico testado (Figura1), e considerando os caminhos significantes para ( $p < 0,05$ ), indicaram que a severidade dos sintomas psicopatológicos tem influência direta sobre o *stress* psicológico, que, por sua vez, tem influência sobre a eficácia adaptativa. Porém, o mesmo não pode ser dito em relação ao *stress* físico. Quanto aos sintomas psicopatológicos, os resultados apontaram que eles podem ser considerados preditores da eficácia adaptativa.

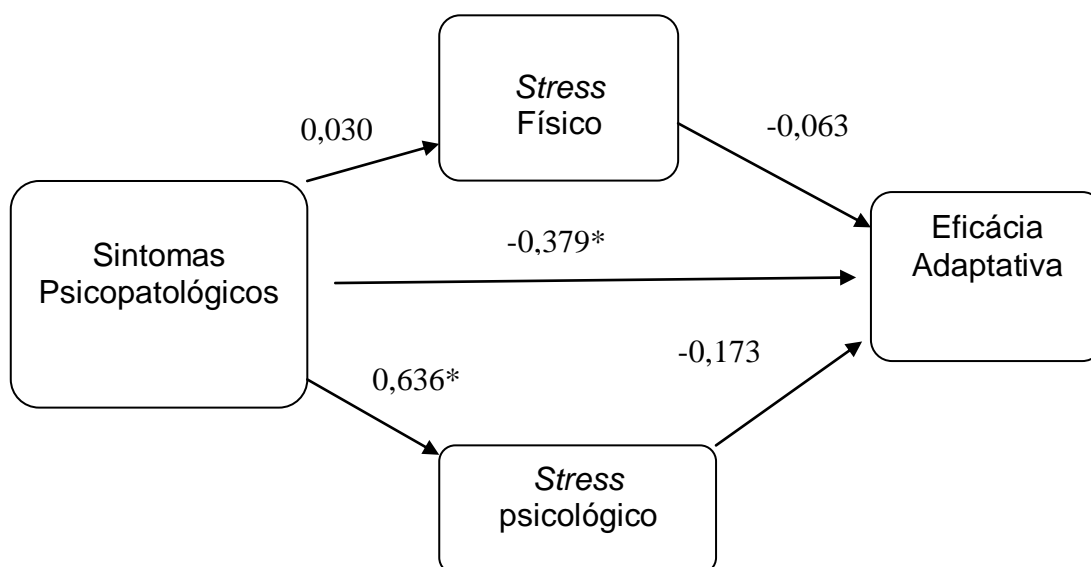


Figura 1. Diagrama de caminhos, segundo a Modelagem de Equações Estruturais (MEE), do modelo teórico 1.

Os resultados da MEE, referentes ao segundo modelo teórico (Figura 2) e ao diagrama de direcionamentos (caminhos) das relações entre as variáveis em estudo (Figura 3), indicaram que os sintomas psicopatológicos predizem as fases do *stress* e a eficácia adaptativa, entretanto, as fases do *stress* não predizem a eficácia adaptativa.

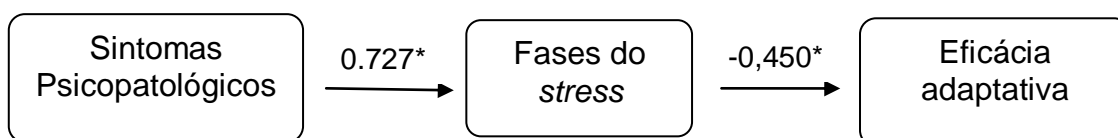


Figura 2. Diagrama de caminhos, segundo a Modelagem de Equações Estruturais (MEE), do modelo teórico 2.

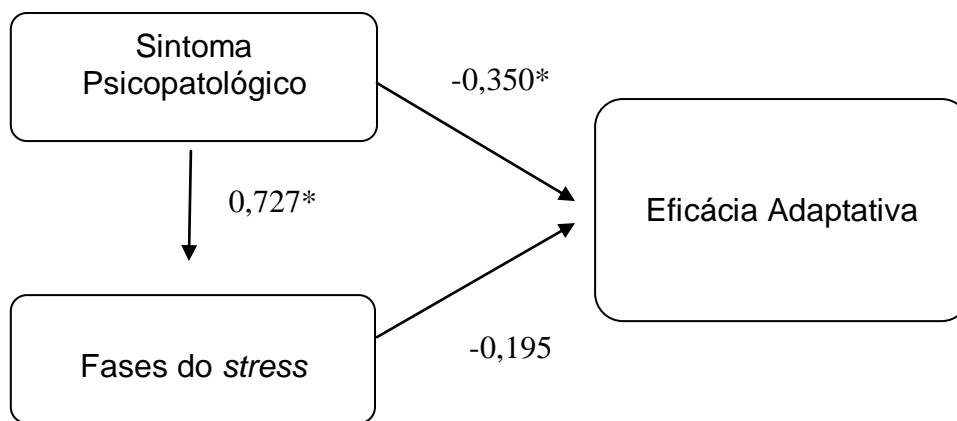


Figura 3. Diagrama de caminhos, segundo a Modelagem de Equações Estruturais (MEE), das variáveis: Sintoma Psicopatológico, *Stress* e Eficácia Adaptativa.

## DISCUSSÃO

Conforme referido na Introdução, a IRC é uma doença crônica, que atinge tanto homens quanto mulheres e que demanda tratamentos invasivos, como a hemodiálise. Conseqüentemente, o paciente precisa dispor de longos e frequentes períodos de tempo para realizar o processo de hemodiálise, fatores que em princípio, prejudicam sua atividade pessoal e laboral. No entanto, contrariando as expectativas, os resultados da avaliação da eficácia adaptativa apontaram que a maioria dos participantes apresentou adaptação eficaz (Gr.1), o que corresponde à adaptação adequada tanto no setor A-R quanto da Pr, dado corroborado pelas análises realizadas para cada setor.

É possível que esses resultados tenham sido influenciados pelo fato dos participantes já se encontrarem há muito tempo em tratamento de hemodiálise. Como verificado, o tempo mínimo de tratamento foi de 8 meses e o tempo médio de 4 anos, ou seja, a amostra ficou composta predominantemente por pessoas que já teriam superado o período crítico do início do tratamento e encontrado respostas adaptativas para enfrentar os desconfortos decorrentes.

Sobre este assunto, Barbosa e Valadares (2009), num estudo de abordagem qualitativa, verificaram que apesar dos inúmeros estressores envolvidos na hemodiálise, muitos pacientes se adaptam bem à rotina imposta pelo tratamento, experimentando sintomas negativos somente no contexto inicial de adaptação. Por outro lado, Morsch, Gonçalves e Barros (2005) acompanharam um grupo de pacientes renais crônicos durante 12 meses e verificaram que o tempo de tratamento correspondeu a um importante fator, tanto no surgimento quanto no agravamento de comorbidades da IRC.



Portanto, embora os dados obtidos indiquem que os participantes do presente estudo tenham encontrado respostas adaptativas adequadas no decorrer do tratamento, observa-se que os que apresentaram adaptação ineficaz leve tinham maior tempo de tratamento ( $M = 6$  anos) quando comparados aos com adaptação eficaz ( $M = 4$  anos), o que sugere que o prolongamento do tratamento pode influenciar a qualidade da eficácia adaptativa.

Especificamente em relação ao setor da Pr (Produtividade), tanto para a amostra total quanto segundo as variáveis sociodemográficas, houve maior frequência de respostas adequadas, embora somente 10% dos participantes exerça atividade laboral formal no momento. Considerando como Simon (1983/1989) definiu o setor da Pr, ou seja, relacionado à principal atividade do indivíduo no período avaliado (laboral, artística, filosófica, religiosa), observa-se que a maioria dos participantes, apesar de estar aposentada, afastada ou desempregada, realiza atividades informais, sem haver prejuízo do setor da Pr. Essa é todavia uma ilação que deverá ser corroborada em futuras pesquisas, quando uma investigação mais minuciosa das atividades realizadas por essa população sejam investigadas.

Com relação à severidade dos sintomas psicopatológicos, o valor médio do Índice Geral de Sintomas (IGS) da EAS-40 ( $0,41; \pm 0,33$ ), ficou bem abaixo do ponto de corte apontado por Yoshida (2008) para populações clínicas, e também, abaixo do IGS médio ( $0,63; \pm 0,37$ ) registrado por Pregnoatto (2005) em amostra constituída por pacientes renais crônicos, da mesma instituição. Ou seja, os resultados sugerem que, mesmo diante de doença crônica grave e submetidos a tratamento prolongado, os participantes apresentavam baixos índices de sintomas psicopatológicos. Em relação aos escores médios das

dimensões da EAS-40, a pontuação mais elevada ocorreu na dimensão somatização ( $M = 0,55; \pm 0,47$ ), definida por Laloni (2001) como distúrbios provenientes da percepção da disfunção corporal, sendo que as queixas são relativas ao sistema cardiovascular, a problemas gastrointestinais, a dificuldades respiratórias, a dores, etc. A segunda dimensão com maior pontuação foi a obsessividade-compulsividade ( $M = 0,47; \pm 0,41$ ), relacionada a pensamentos, impulsos e ações repetitivas, irresistíveis, indesejáveis, acompanhados de desconforto nas interações interpessoais (Laloni, 2001).

Quanto à maior pontuação na dimensão somatização da EAS-40, trata-se de resultado esperado nessa população, uma vez que a IRC está ligada a diversas consequências para a saúde de um modo geral, como por exemplo, elevado risco de doenças cardiovasculares (Harada & Santos, 2013; Romão, 2013), distúrbios nutricionais (Baria & Cuppari, 2013), anemia (Ernandes & Abensur, 2013), entre outras. Quanto à pontuação na dimensão obsessividade-compulsividade, esta pode ser explicada considerando os sintomas que a constituem, já que muitos deles são comuns nessa população, como por exemplo, dificuldades de concentração, tensão, sentir que tudo é um esforço, sentir-se muito acanhado ou preocupado com os outros, entre outros (Condé et al., 2010; Silva et al., 2011; Thomas & Alchieri, 2005).

Há, todavia, que se observar que, apesar de serem esperados maiores escores nas dimensões somatização e obsessividade-compulsividade, os valores médios foram inferiores aos de Tombolato (2005) (respectivamente, 0,77 e 0,71), reforçando a ideia de que, apesar da gravidade da doença nefrológica e de estar submetida há um longo período ao tratamento de

hemodiálise, a amostra da presente pesquisa apresentava baixos índices de severidade em relação aos sintomas psicopatológicos.

Quanto à incidência de *stress*, apenas 44% dos participantes apresentou *stress*, contrariando a expectativa teórica de que a IRC é marcada por altos níveis de *stress*. Também não foram verificadas diferenças nos níveis de *stress* em relação às variáveis sócio-demográficas estudadas. Se de um lado esses resultados contradizem estudos que identificaram altos índices de *stress* em portadores de IRC (por exemplo, Valle et al., 2013), eles estão de acordo com os resultados das avaliações dos sintomas psicopatológicos e da eficácia adaptativa nesta amostra e corroboram os dados apontados por Aldwin (2009), que indicam que as relações entre *stress* e resultados de saúde seriam consideradas relativamente modestas em tamanhos de efeito (0,20 a 0,40), o que sugere que o ser humano é bastante resiliente ao *stress*.

Quanto à classificação por fases do *stress*, os participantes com *stress* ( $n = 22$ ) distribuíram-se, em sua maioria, na Fase de Resistência (34%), seguida da Fase de Exaustão (6%) e da Fase de Quase-Exaustão (4%), sendo que não houve frequência na Fase de Alerta. Esses resultados coincidem com os de Valle et al. (2013), cujo estudo também apontou maior concentração de participantes na Fase de Resistência (47%). Segundo Lipp (2003b), a Fase de Resistência é a segunda fase do *stress* e, embora o organismo se desgaste buscando o reequilíbrio, é possível que se adapte ao estressor e o processo de *stress* se interrompa sem causar danos significativos.

Em relação à natureza dos sintomas apresentados pelos participantes com *stress* ( $n = 22$ ), físicos ou psicológicos, houve maior frequência de sintomas psicológicos (73%), corroborando os dados obtidos por Valle et al.

(2013) que indicaram predomínio de sintomas psicológicos na amostra estudada (55%). É importante ressaltar que, a maioria dos sintomas psicológicos e físicos mais frequentes nos participantes, é citada nas pesquisas que enfocam aspectos envolvidos tanto na IRC quanto no próprio tratamento hemodialítico (Contreras et al., 2006; Valle et al., 2013). Por sua vez, a predominância de sintomas psicológicos pode indicar maior vulnerabilidade na área psicológica (Lipp, 2000), embora sintomas físicos também tenham sido encontrados e sejam frequentes nos pacientes renais crônicos.

Apesar de não terem sido registrados altos níveis de sintomas psicopatológicos e nem de *stress*, as relações entre essas variáveis e a eficácia adaptativa, confirmaram a expectativa teórica de que elas seriam negativas e significantes. Ademais, esses resultados podem ser tomados como evidências de validade da EDAO-AR, que conforme referido, trata-se de um instrumento de avaliação psicológica em desenvolvimento.

O modelo teórico, referente à primeira hipótese testada pela MEE, pressupunha que os sintomas psicopatológicos prediriam o *stress* nos âmbitos físico e psicológico, o qual, por sua vez, prediria a eficácia adaptativa. Além disso, testou-se se os sintomas psicopatológicos, por si só, poderiam predizer a eficácia adaptativa. Os resultados indicaram que os sintomas psicopatológicos predizem o *stress* psicológico, o qual influencia a eficácia adaptativa, porém o *stress* físico não. Por sua vez, os sintomas psicopatológicos mostraram-se preditores da eficácia adaptativa. Uma explicação possível para esse resultado é a de que ao se avaliar a eficácia da adaptação por meio da EDAO-AR (Yoshida, 2012), privilegiam-se as situações psicológicas relacionadas à esfera Afetivo-Relacional e da Produtividade. Quanto às situações de natureza física,

estas estariam mais ligadas às respostas do setor Orgânico, que como se observou, deixou de ser avaliado quantitativamente na versão revisada da EDAO (Simon, 1997), da qual a EDAO-AR (Yoshida, 2012) derivou. Consequentemente, o impacto dos sintomas físicos do *stress* sobre a eficácia adaptativa, pode estar sendo insuficientemente contemplado no caso da avaliação de pacientes com doenças físicas crônicas, como é o caso da IRC. Essa ilação é reforçada pelas observações de Canaverde (2011) e Silva (2011), que avaliaram a eficácia adaptativa de mulheres com câncer de mama e verificaram que a EDAO original (que avalia a eficácia adaptativa segundo os quatro setores: A-R, Pr, Or e S-C) foi mais adequada do que a EDAO-R (que avalia quantitativamente apenas os setores A-R e Pr) para investigar os limites orgânicos impostos pela enfermidade.

Ainda que a EDAO-AR não contemple o setor orgânico, essa versão foi utilizada na presente pesquisa devido ao fato de se tratar do único instrumento de autorrelato que avalia a eficácia adaptativa. Conforme apontado por Yoshida (2013), instrumentos de autorrelato são mais adequados para situações em que entrevistas são inviáveis, devido à falta de privacidade para a sua realização, ou ainda, em situações em que um grande número de pessoas precisa ser avaliado e não se dispõe de tempo para isso. Frente às condições da pesquisa, em que a coleta de dados ocorreu durante a hemodiálise, a primeira situação foi contemplada.

O segundo modelo testado pela MEE, pressupunha que os sintomas psicopatológicos influenciariam diretamente as fases do *stress* e a eficácia adaptativa; as fases do *stress* influenciariam diretamente a eficácia adaptativa. No entanto, quando se separa o impacto dos sintomas psicopatológicos sobre

as fases do *stress*, verifica-se que os sintomas psicopatológicos são preditores das fases do *stress*, mas essas, por sua vez, não predizem a eficácia adaptativa. Ou seja, o que de fato permite predizer a eficácia adaptativa é a severidade dos sintomas psicopatológicos e não as fases de *stress*. Porém, é preciso lembrar que houve uma grande concentração de participantes na fase de Resistência, uma das primeiras etapas do *stress*, em que as defesas do indivíduo ainda estão operando de forma relativamente satisfatória, de maneira a manter a qualidade da adaptação em níveis satisfatórios.

## CONCLUSÕES

Esta pesquisa visou a ampliar os conhecimentos sobre os aspectos psicológicos envolvidos no processo de adaptação dos pacientes renais crônicos. Comparada aos estudos existentes sobre o assunto, buscou ir além e estudar as relações de causa e efeito entre as variáveis, por meio da Modelagem de Equações Estruturais.

Os resultados desta pesquisa indicam que a partir do momento em que os sintomas psicopatológicos estão presentes, maiores níveis de *stress* serão observados e, conseqüentemente, a eficácia adaptativa do paciente será afetada. Considerando que a IRC e o tratamento de hemodiálise envolvem uma série de cuidados especiais e repercussões psicológicas constantes, este estudo atende à necessidade dos profissionais de saúde de aprofundar o conhecimento sobre as relações entre os aspectos psicológicos dos pacientes e a sua adaptação, com relação à doença e ao tratamento.

Ao verificar os resultados obtidos neste estudo, acredita-se que o tratamento adequado, provido pela instituição em que os participantes realizam a hemodiálise, possa ser um fator positivo que os ajuda a superar e a desenvolver menos sintomas psicopatológicos, baixo nível de *stress*, e, por conseguinte, manter bons níveis de eficácia adaptativa, corroborando o estudo de Kao et al. (2009). As relações de amizade estabelecidas com os outros pacientes e com a equipe de atendimento, dados constatados durante a pesquisa, também podem ter contribuído com estes resultados.

Embora este estudo traga implicações clínicas importantes para os pacientes renais crônicos, apresenta algumas limitações que podem ser

exploradas em estudos futuros. Uma delas refere-se ao fato de a pesquisa ter sido realizada com uma amostra relativamente pequena, o que pode ter colaborado para a limitação do espectro observado, de níveis de sintomas psicopatológicos, *stress* e de eficácia adaptativa. Outra limitação está relacionada ao fato de a EDAO-AR não permitir avaliar especificamente as respostas adaptativas do setor Orgânico, fundamentais em populações que apresentam doenças crônicas de ordem física.

Sugere-se a realização de novas pesquisas para testar, por meio da MEE, outros modelos teóricos envolvendo as variáveis de estudo e para desenvolver uma versão da EDAO-AR, em que sejam criados itens para a avaliação da adequação da adaptação no setor Or.



## REFERÊNCIAS

- Alcino, A. B. (2003). Criando *stress* com o pensamento. In M. E. N. Lipp, *O stress está dentro de você*. São Paulo: Contexto.
- Aldwin, C. M. (2009). *Stress, coping and development: an integrative perspective*. New York: The Guilford Press.
- Barbosa, G. S., & Valadares, G. V. (2009). Hemodiálise: estilo de vida e a adaptação do paciente. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 524-527.
- Baria, F., & Cuppari, L. (2013). Diagnóstico e tratamento dos distúrbios nutricionais no paciente com doença renal crônica. In M. E. F. Canziani & G. M. Kirsztajn (Orgs.). *Doença renal crônica: manual prático*, (pp. 161-176). São Paulo: Livraria Balieiro.
- Bertolin, D. C., Pace, A. E., Kusumota, L., & Ribeiro, R. C. H. M. (2008). Modos de enfrentamento dos estressores de pessoas em tratamento hemodialítico: revisão integrativa da literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21, 179-186.
- Bertolin, D. C., Pace, A. E., Kusumota, L., & Haas, V. (2011). Associação entre os modos de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas de pessoas em hemodiálise crônica. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1070-1076.
- Brandão, C. L. C., Aranha, V. C., Chiba, T., Quayle, J., & Lucia, M. C. S. (2004). A imagem corporal do idoso com câncer atendido no ambulatório de cuidados paliativos do ICHC-FMUSP. *Psicologia Hospitalar*, 2(2), 0-0.
- Bussoletto, G. M. (2012). *Stress pós infarto: avaliação evolutiva e adesão à mudança de hábitos*. (Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade

Católica de Campinas). Recuperado de: [www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=736](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=736).

Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2010). Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(5), 799-805.

Canaverde, N. R. (2011). *Metástase de câncer de mama: eficácia adaptativa e funcionamento global*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia). Recuperado de: <http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/1605/1/MetastaseCancerMama.pdf>.

Castelli, A. C. C. (2010). *Stress e raiva em mulheres com síndrome metabólica*. (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas). Recuperado de: [http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=591](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=591).

Censo de Diálise da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2012). Disponível em: <http://www.sbn.org.br/pdf/publico2012.pdf>.

Condé, S. A. L., Fernandes, N., Santos, F. R., Chouab, A., Mota, M. M. E. P., & Bastos, M. G. (2010). Declínio cognitivo, depressão e qualidade de vida em pacientes de diferentes estágios da doença renal crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 32(2), 242-248.

Contreras, F., Esguerra, G. Espinosa, J.C., Gutiérrez, C., & Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, 5(3), 487-499.

- Enéas, M. L. E., & Yoshida, E. M. P. (2012). Psicoterapia breve psicodinâmica de adultos. In M. E. N. Lipp, & E. M. P. Yoshida (Orgs.), *Psicoterapias breves nos diferentes estágios evolutivos* (pp.153-176). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ernandes, M. Neto, & Abensur, H. (2013). Anemia da doença renal crônica. In M. E. F. Canziani & G. M. Kirsztajn (Orgs.). *Doença renal crônica: manual prático*, (pp. 95-106). São Paulo: Livraria Balieiro.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Freitas, A. R., & Yoshida, E. M. P. (2012). Self-report Scale of effectiveness of Adaptation (EDAO-AR): development and validation. *Abstracts* (p.145). Society for Psychotherapy Research. 43<sup>rd</sup>. International Meeting. Virginia Beach, Virginia, USA.
- Freitas, P. P. W., & Cosmo, M. (2010). Atuação do psicólogo em hemodiálise. *Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13(1), 19-32.
- Gandini, R. C. (2010). Câncer de mama: consequências da mastectomia na produtividade. *Temas em Psicologia*, 18(2), 449-456.
- Gioia-Martins, D. F., Medeiros, P. C. S., & Hamzeh, S. A. (2009). Avaliação psicológica de depressão em pacientes internados em enfermaria de hospital geral. *Psicologia: teoria e prática*, 11(1), 128-141.
- Guimarães, C. A. (2010). *Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos em cuidados paliativos*. (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas). Recuperado de: [www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=647](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=647).

- Guimarães, L. P. M., & Yoshida, E. M. P. (2008). Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica: alexitimia e adaptação. *Psicologia: teoria e prática*, 10(1), 52-63.
- Hair, J. F., Jr., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). Trad. A. S. Sant'ana. *Análise multivariada de dados*. 6ª ed. Porto Alegre: Bookman.
- Harada, P. H., & Santos, R. D. (2013). Diagnóstico e tratamento da dislipidemia no paciente com doença renal crônica. In M. E. F. Canziani & G. M. Kirsztajn (Orgs.). *Doença renal crônica: manual prático*, (pp. 124-135). São Paulo: Livraria Balieiro.
- Helena, M. G. V. (2000). *Organizações patológicas e equilíbrio psíquico em pacientes diabéticos tipo II*. (Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo). Recuperado de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-20012011-111355/pt-br.php>.
- James, M., Hemmelgarn, B. R., & Tonelli, M. (2010). *Lancet*, 375, 1296-1309.
- Kao, T. W., Lai, M., Tsai, T., Jan, C., Chie, W., & Chen, W. (2009). Economic, social, and psychological factors associated with health-related quality of life of chronic hemodialysis patients in Northern Taiwan: A multicenter study. *Artificial Organs*, 33(1), 61-68.
- Kleinhans, A. C. S. (2012). *Stress e raiva em mulheres com alopecia androgenética*. (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas). Recuperado de: [http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=733](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=733).

- Laham, C. F., Satake, P. S., Chiba, T., Benute, G. R. G., & Lucia, M. C. S. (2009). O uso da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) no domicílio: um estudo descritivo. *Psicologia Hospitalar*, 7(1), 68-87.
- Laloni, D. T. (2001). *Escala de Avaliação de Sintomas-90-SCL-90-R: adaptação, precisão e validade*. (Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas). Recuperado de: [www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde/arquivos/6/TDE-2007-08-17T045523Z-1364/Publico](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde/arquivos/6/TDE-2007-08-17T045523Z-1364/Publico).
- Levey, A. S., & Coresh, J. (2012). Chronic kidney disease. *Lancet*, 379(9811), 165-180. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60178-5.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2003a). *O stress está dentro de você*. São Paulo: Contexto.
- Lipp, M. E. N. (Org.) (2003b). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2007). *Stress ao longo da vida*. São Paulo: Ícone.
- Madeiro, A. C., Machado, P. D. L. C., Bonfim, I. M., Braqueais, A. R., & Lima, F. E. T. (2010). Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(4), 546-551.
- Mascella, V. (2011). *Stress, sintomas de ansiedade e depressão na migrânea e cefaléia tensional*. (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas). Recuperado de: [www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=722](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=722).

- Medeiros, G. A. (2007). *Gestação em mulheres em tratamento hemodialítico: repercussões do adoecimento sobre o desejo pela maternidade*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade São Paulo). Recuperado de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5148/tde-17022009-110254/pt-br.php>.
- Morsch, C., Gonçalves, L. F. e Barros, E. (2005). Índice de gravidade da doença renal, indicadores assistenciais e mortalidade de pacientes em hemodiálise. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 51(5), 296-300. doi: 10.1590/S0104-4230200500023.
- Nifa, S., & Rudnicki, T. (2010). Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13(1), 64-75.
- Pascoal, M., Kioroglo, P. S., Bruscato, W. L., Miorin, L. A., Sens, Y. A. S., & Jabur, P. (2009). A importância da assistência psicológica junto ao paciente em hemodiálise. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 12(2), 2-11.
- Petrovski, V., & Dall'Agnol, C. M. (2006). Situações significativas no espaço-contexto da hemodiálise: o que dizem os usuários de um serviço? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 630-635.
- Pregnoatto, A. P. F. (2005). *Alexitimia e Sintomas Psicopatológicos em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica*. (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas). Recuperado de: [http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_arquivos/6/TDE-2007-06-15T065826Z-1331/Publico](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_arquivos/6/TDE-2007-06-15T065826Z-1331/Publico).

- Resende, M. C., Santos, F. A., Souza, M. M., & Marques, T. P. (2007). Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. *Psicologia Clínica*, 9(2), 87-99.
- Rocha, G. M. A. (2002). *Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – Redefinida: precisão e validade*. (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas). Recuperado de: [http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_arquivos/6/TDE-2007-09-27T081639Z-1371/Publico](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_arquivos/6/TDE-2007-09-27T081639Z-1371/Publico).
- Romão, J. E., Jr. (2013). Conceituação, classificação e epidemiologia. In M. E. F. Canziani & G. M. Kirsztajn (Orgs.). *Doença renal crônica: manual prático*, (pp. 1-26). São Paulo: Livraria Balieiro.
- Rudnicki, T. (2007). Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. *Estudos de Psicologia*, 24(3), 343-351.
- Silva, A. S., Silveira, R. S., Fernandes, G. F. M., Lunardi, V. L., & Backes, V. M. S. (2011). Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 839-844.
- Silva, C. J. (2011). *Eficácia adaptativa e funcionamento global de mulheres idosas com câncer de mama*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia). Recuperado de: <http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/1499/1/Efic%C3%A1ciaAdaptativaFuncionamento.pdf>.
- Simon, R. (1989). *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Paulo: EPU. (original publicado em 1983, pela Ed. Vetor).

- Simon, R. (1997). Proposta de redefinição da EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada). *Boletim de Psicologia*, 47(107), 85-93.
- Simon, R. (2005). *Psicoterapia breve operacionalizada: teoria e técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Slomka, L. (2011). Associação entre o nível de resiliência e o estado clínico de pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Barbarói*, 34, 23-37.
- Tamagnini, E. J. G. (2009). *Transplante cardíaco: sistema tensional inconsciente dominante e diagnóstico adaptativo operacionalizado de mulheres candidatas ao enxerto*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo). Recuperado de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-04122009-05237/pt-br.php>
- Thomas, C. V., & Alchieri, J. C. (2005). Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 57-64.
- Tombolato, M. C. R. (2005). *Qualidade de vida e sintomas psicopatológicos do estudante universitário trabalhador*. (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas). Recuperado de: [http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_arquivos/6/TDE-2010-10-14T084335Z-1639/Publico](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_arquivos/6/TDE-2010-10-14T084335Z-1639/Publico).
- Valle, L. S., Souza, V. F., & Ribeiro, A. M. (2013). Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Estudos de Psicologia*, 30(1), 131-138.



- Yoshida, E. M. P. (1999). EDAO-R: precisão e validade. *Mudanças: psicoterapia e estudos psicossociais*, 7(11), 189-213.
- Yoshida, E. M. P. (2008). Significância clínica de mudança em processo de psicoterapia psicodinâmica breve. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 18(40), 305-316. doi:10.1590/S0103-863X2008000200008.
- Yoshida, E. M. P. (2011). *Construção e validação de versão de autorrelato da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – Revisada*. Relatório parcial de pesquisa. PUC- Campinas. (manuscrito).
- Yoshida, E. M. P. (2012). *Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada de Auto-Relato (EDAO-AR) (2ª versão)*. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Yoshida, E. M. P. (2013). Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada de Autorrelato-EDAO-AR. *Paidéia*, 23(54), 83-91. doi:10.1590/1982-4372354201310.
- Yoshida, E. M. P., Enéas, M. L. E., & Santeiro, T. V. (2010). Escala diagnóstica adaptativa operacionalizada (EDAO): Avaliação da qualidade da eficácia adaptativa. In A. A. A. Santos, E. Boruchovitch, E. Nascimento, & F. F. Sisto (Orgs.), *Perspectivas em avaliação psicológica*. (pp. 211-228). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Yoshida, E. M. P., & Silva, F. R. C. S. (2007). Escala de Avaliação de Sintomas – 40 (EAS-40): validade e precisão em amostra não clínica. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 11(1), 89-99.

## **ANEXOS**

## **Anexo A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

A pesquisa a que você está sendo convidado a participar está sob a responsabilidade da psicóloga Márcia Calixto dos Santos, aluna do Programa de Pós Graduação em Psicologia da PUC-Campinas. A pesquisa tem como objetivo avaliar aspectos psicológicos que interferem na eficácia adaptativa de pacientes renais crônicos. A eficácia adaptativa refere-se à forma como as pessoas enfrentam os problemas e as dificuldades da vida. Nesta pesquisa você responderá a três testes, permitindo a comparação dos resultados.

Todos os dados que você fornecer serão tratados com a máxima confidencialidade pela pesquisadora. Em nenhum momento seu nome será divulgado. Todos os dados serão analisados em termos de grupos. Se você tiver interesse, poderá solicitar que seja marcado um horário para conversar sobre os resultados dos seus testes. Saiba que sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, não havendo nenhuma remuneração por ela. Se você aceitar participar, saiba que você é totalmente livre para abandoná-la a qualquer momento. Além disto, você poderá solicitar que se retire dela qualquer contribuição que você já tenha prestado.

Com esta pesquisa, espera-se contribuir com os estudos voltados para a dimensão psicológica da insuficiência renal crônica. Em princípio, este estudo traz um risco mínimo aos participantes. No entanto, em alguns casos, as respostas aos testes trazem recordações ou emoções pessoais que podem não ser agradáveis. Em caso de você se sentir desconfortável ou com qualquer mal estar psicológico devido à sua participação na pesquisa, você será atendido pela psicóloga responsável, que lhe prestará, sem custos, o atendimento psicológico necessário, mesmo depois de terminada a sua participação na pesquisa.

Em caso de você concordar em participar deverá assinar e datar este Termo de Consentimento, do qual uma cópia será fornecida a você.

Se você tiver dúvidas durante sua participação na pesquisa, ou mesmo depois dela ter se encerrado, poderá entrar em contato para esclarecê-las com a psicóloga Márcia Calixto dos Santos: (19) 92153466. Questões de ordem ética podem ser esclarecidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humano da PUC-Campinas, que aprovou esta pesquisa. Endereço: Rod. Dom Pedro I, Km 136 – Pq. das Universidades-Campinas–SP – CEP: 13.086-900; telefone/fax: (19) 3343-6777; e-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br.

\_\_\_\_\_  
Márcia Calixto dos Santos

**Eu declaro ter sido informado e compreendido a natureza e objetivo da pesquisa e eu livremente concordo em participar. Declaro ainda ser maior de 18 anos.**

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## Anexo B. Carta de Autorização da Instituição

### Declaração de ciência e autorização do responsável da instituição

Eu, Dr. Wande Liparizi Filho, Responsável Técnico do Serviço de Nefrologia, declaro estar informado dos objetivos do projeto de pesquisa, ***Eficácia Adaptativa, Sintomas Psicopatológicos e Nível de Stress em Pacientes Renais Crônicos***, e de que os procedimentos para a sua realização oferecem um risco mínimo aos participantes, devido a constituir-se da aplicação de instrumentos de avaliação psicológica, validados junto a pacientes de hospital geral. Entretanto a psicóloga responsável estará à disposição, caso qualquer desconforto de ordem psicológica seja apresentado por algum participante, prestando-lhe o devido atendimento. Declaro, outrossim, autorizar a coleta de dados e prover as condições necessárias para tal.

Data: 19, 10, 12

Dr. Wande Liparizi Filho

Assinatura do responsável/instituição: \_\_\_\_\_



Dr. Wande Liparizi Filho  
Nefrologista  
CRM-SP 106378

Carimbo (obrigatório)

**Anexo C. Questionário Sociodemográfico**

Identificação: .....

Profissão: .....

Trabalha atualmente:.....

Tempo de tratamento:.....

Data:    /    /

## Anexo D. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Eficácia Adaptativa, Sintomas Psicopatológicos e Nível de Stress em Pacientes Renais Crônicos

**Pesquisador:** Márcia Calixto dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 11262712.0.0000.5481

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 189.614

**Data da Relatoria:** 28/01/2013

#### Apresentação do Projeto:

O projeto é um estudo de delineamento correlacional, realizado com amostra selecionada por conveniência, com cerca de 50 participantes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, portadores de insuficiência renal crônica, atendidos em um hospital universitário de nível terciário. Tem como objetivo avaliar o grau de associação entre a eficácia

daptativa, sintomas psicopatológicos e níveis de stress em pacientes renais crônicos e verificar se essas variáveis podem prever a eficácia adaptativa desses pacientes. A eficácia adaptativa refere-se à forma como as pessoas enfrentam os problemas e as dificuldades da vida.

#### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o grau de associação entre a eficácia adaptativa, sintomas psicopatológicos e níveis de stress em pacientes renais crônicos e verificar se essas variáveis podem prever a eficácia adaptativa desses pacientes.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto apresenta uma adequada avaliação de riscos e benefícios.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto encontra-se devidamente caracterizado.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE, a folha de rosto e as autorizações fazem parte do projeto.

**Endereço:** Rodovia Dom Pedro I, Km 136  
**Bairro:** Parque das Universidades **CEP:** 13.086-900  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br

**Recomendações:**

Recomenda-se que a pesquisadora inclua dois campos no Questionário Sócio Demográfico: identificação e data de preenchimento.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto encontra-se adequadamente planejado, sem pendências ou inadequações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Encaminhar parecer à pesquisadora.

CAMPINAS, 28 de Janeiro de 2013

Assinador por:

DBSMP T: 8 MCFSDF: [8UP000  
)Dppsef obeps\*

Foef sí p; SpewjblEpn lQf esp!MLn l247  
Cbjssp; Qbsvf lebf lVojwf d jebef t DFQ; 24/197.: 11  
VQ TQ NvojdQjpp; DBNQBDBT  
Ul rhpof; j2: \*4454.7888 Gby; j2: \*4454.7888 F.n bjm dpn jdf ef f jdbA qvd.dbn qjobt ff ev/cs