

ANA PAULA FERRARI PREGNOLATTO

ALEXITIMIA E SINTOMAS
PSICOPATOLÓGICOS EM PACIENTES COM
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

PUC-Campinas
2005

ANA PAULA FERRARI PREGNOLATTO

ALEXITIMIA E SINTOMAS
PSICOPATOLÓGICOS EM PACIENTES COM
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Dissertação apresentada ao
Curso de Pós-Graduação em Psicologia
do Centro de Ciências da Vida da
Pontifícia Universidade Católica de Campinas
como parte dos requisitos para a obtenção
do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida

PUC-Campinas

2005

AGRADECIMENTOS

Este trabalho tornou-se exequível pela participação de muitas pessoas cada qual com sua parcela de colaboração. Todos compartilharam nesta empreitada, deixaram suas contribuições, acrescentando à obra parte de suas experiências. Para não deixar de citar um nome sequer, agradeço a todos.

À Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida pela orientação segura, presente, incentivadora e afetuosa.

À Dra. Diana Tosello Lalon e Dra. Josiane M. Freitas Tonelotto pelas brilhantes e oportunas sugestões no Exame de Qualificação.

Ao Serviço de Hemodiálise do Hospital e Maternidade Celso Pierro, local da realização desta pesquisa.

Aos pacientes que tornaram possível este trabalho.

Ao amigo e nefrologista, Marcelo Hering Bissoli pelas brilhantes e oportunas sugestões.

Aos meus pais agradeço por terem me ensinado
a lutar pelos meus ideais e por proporcionarem
meu crescimento pessoal e profissional.
A minha filha Manoela, minha fonte de energia.
Ao Guilherme, meu companheiro de todas as horas
pela compreensão e incentivo.

A escolha é clara: ou não fazemos nada e permitimos que um futuro miserável e provavelmente catastrófico no alcance, ou usamos nosso conhecimento sobre o comportamento humano para criar um ambiente social no qual poderemos viver vidas produtivas e criativas, e fazemos isso, sem pôr em risco as chances de que aqueles que se seguirão a nós serão capazes de fazer o mesmo.

Skinner, B.F. (1978)

SUMÁRIO

ÍNDICE DE TABELAS.....	i
RESUMO.....	ii
ABSTRACT.....	iii
APRESENTAÇÃO.....	iv
INTRODUÇÃO.....	1
Aspectos psicológicos do paciente com IRC.....	6
Alexitimia.....	7
Instrumentos para avaliar Alexitimia.....	9
Sintomas Psicopatológicos.....	10
Instrumentos para medir os sintomas psicopatológicos.....	12
Objetivo Geral.....	14
Objetivos Específicos.....	14
MÉTODO.....	14
Participantes.....	14
Materiais.....	15
Instrumentos.....	15
Procedimento.....	16
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	17
REFERÊNCIAS.....	29
ANEXOS	
A Ficha de Identificação.....	34
B Consentimento livre e esclarecido.....	35

ÍNDICES DE TABELA

Tabela

1. Perfil Sócio Demográfico da Amostra.....	18
2. Escores médios (M) e desvios padrão (DP) da Escala de Alexitimia de Toronto (TAS), segundo cada uma das variáveis sócio demográficas.....	23
3. Escores médios (M) e desvios padrão (DP) da Escala de Avaliação de Sintomas (EAS-40), segundo cada uma das variáveis sócio demográficas.....	26
4. Correlação entre TAS e a EAS-40 para amostra total.....	27

RESUMO

Pregolato, A.P.F. (2005). Alexitimia e sintomas psicopatológicos em pacientes com insuficiência renal crônica. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo pp.iv+35.

A insuficiência renal crônica (IRC) é uma doença de instalação lenta, gradativa e irreversível das funções renais, levando o indivíduo a ter alterações físicas e emocionais. Estudos sobre os aspectos emocionais de pacientes em hemodiálise enfatizam que estes compõem um grupo especial entre os portadores de doença crônica, pois o tratamento, e a dependência dos equipamentos utilizados assume grande importância na vida da pessoa. Assim, estes aspectos podem acentuar características especiais na sua afetividade e no seu comportamento, salientando que a própria uremia pode produzir sintomas depressivos. Dentre as alterações e patologias relacionadas às emoções destaca-se a alexitimia, que designa a dificuldade de expressar afetos ou emoções. Considera-se que a alexitimia e os sintomas psicopatológicos podem influenciar no diagnóstico, no prognóstico e na forma de reação do sujeito à modalidade de tratar a insuficiência renal. Desta maneira a avaliação e identificação destes aspectos possibilitam uma melhor compreensão destes visando um tratamento psicológico mais adequado a esta população e um trabalho de prevenção e promoção da saúde mental com estes pacientes e também com a equipe. Para este estudo a amostra é composta de 48 pacientes em hemodiálise de um hospital escola no interior de São Paulo. Esta foi estratificada em função da doença renal apresentada. Os materiais utilizados foram ficha de Identificação, a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) e a Escala de Avaliação de Sintomas (EAS-40). Amostra ficou distribuída com um predomínio de: pacientes do sexo masculino (60,4%), casados (50%), na faixa etária entre 40 e 59 anos de idade (58,3%), com ensino básico (50%), aposentados ou afastados do trabalho (47,9%). Quanto ao diagnóstico, 41,6% têm hipertensão arterial sistêmica, 31,3% diabetes mellitus e 27,1% glomerulonefrite crônica. Quanto à alexitimia, observou-se que 52% dos participantes apresentaram pontuação igual ou maior que 74 e que 4,2% obtiveram escore igual ou inferior a 62. E, 43,8% dos sujeitos encontram-se na faixa de 63 a 73 pontos. Já a média geral da amostra foi 74 e DP 7,52. Verificou-se que pacientes submetidos a hemodiálise apresentam altos escores na TAS, independentemente do sexo, nível de escolaridade, estado civil, atividade profissional, idade e hipótese diagnóstica e que não houve diferenças significantes entre estas variáveis. Em relação aos sintomas psicopatológicos a pontuação média foi de 0,63 e DP 0,37 e também não houve diferenças significantes nas categorias segundo as variáveis sócio-demográficas. Em relação à associação entre alexitimia e sintomas psicopatológicos averiguou-se correlação significantes entre os escores totais da TAS e EAS-40 e entre o escore total da TAS e os fatores 1, 2 e 3 da EAS-40, que correspondem a expectativa teórica. Logo, os resultados deste trabalho confirmam que para esta população a alexitimia se associa com os sintomas psicopatológico e a necessidade de futuras pesquisas para conhecermos como estes aspectos se comportam em outras populações.

Palavras chave: Alexitimia, Sintomas psicopatológicos e hemodiálise.

ABSTRACT

Pregnoatto, A.P.F. (2005). Alexithymia and psychopathological symptoms in patients suffering from chronic renal failure. Master Dissertation. Pontifical Catholic University of Campinas. Campinas, São Paulo State, Brazil, pp.35.

The chronic renal failure is a disease that evolves slowly, gradually and irreversibly causing physical and emotional damage. Studies on the emotional aspects of patients undergoing hemodialysis procedures emphasize that they are a special group among chronic disease patients, because the procedure itself and the individual's dependence on the equipment involved assume great importance on the individual's life. These stressful aspects can, therefore, cause special effects on the emotions and behavior of these patients, overloading the depressive symptoms caused by uremia itself. Among the pathologies and conditions related to emotions, alexithymia stands out. The term has been applied to an individual's difficulty to express emotions and affection. Alexithymia and its psychopathological symptoms are considered to have influence on diagnosis, prognosis, and the way a patient can cope with the different forms of treating renal failure. That being so, the evaluation and identification of these aspects can provide a better understanding of them in order to identify and offer to these patients more adequate psychological treatment and a program of prevention and mental health involving patients and the health team. For this study the sample included 48 patients who have been receiving hemodialysis at the hospital of the University School of Medicine in the state of São Paulo, Brazil. The sample was stratified according to the type of renal disease presented. The tools used were Identification Form, The Toronto Alexithymia Scale (TAS) and the Symptoms Evaluation Scale (EAS-40). The sample was distributed like the following: men (60,4%); age between 40 and 59 years of age (58,3%); basic education (50%); retired or on sick – leave (47,9%). High blood pressure (41,6%); diabetes mellitus (31,3%); chronic glomerule nephritis (27,1%). Regarding alexithymia 52% of the patients presented scores equal or superior to 74, and 4,2% presented scores equal or inferior to 62. 43,8% of the subjects are on the range between 63 and 73 points. The average score of the sample was 74 and DP 7,52. The results show that patients undergoing hemodialysis present high scores on TAS, regardless of sex, level of education, marital status, occupation, age or diagnosis, and the differences between these variables were not significant. Concerning the psychopathological symptoms, the average score was 0,63 and DP 0,37, and there were no significant differences between the social and demographic variables. Regarding the association between alexithymia and psychopathological symptoms the results show significant relation between the total scores of TAS and EAS-40; and also between the total score of TAS and Factors 1, 2 and 3 of EAS-40, which fulfill the theoretical expectations. Although further research is needed to identify how these aspects behave in other groups, our findings confirm that alexithymia is related to psychopathological symptoms.

Key words: alexithymia, psychopathological, symptoms, hemodialysis

Os rins são órgãos duplos e têm um formato semelhante ao de um grão de feijão, pesam de 140 a 160 gramas, medindo de 11 a 12 cm, no adulto. Localizam-se na parte superior e posterior do abdômen, um de cada lado da coluna vertebral (Miranda, 1982; Tisher & Modsen, 2000).

Desempenham as seguintes funções no organismo:

- 1- Função Excretora: que tem por finalidade eliminar substâncias inúteis ou tóxicas, formadas durante o metabolismo do organismo.
- 2- Função Reguladora: é de grande importância, pela manutenção do volume de líquido no organismo, da osmolaridade e do pH do líquido extracelular.
- 3- Função de Conservar Substâncias: que tem por finalidade conservar o equilíbrio de substâncias essenciais para a sobrevivência como, por exemplo, água, aminoácidos, açúcar e outras (Cendoroglo, Sardemberg & Suassuna, 1998).

Pode-se verificar, portanto, que os rins são órgãos regulatórios, que excretam e conservam água, bem como muitos compostos químicos, tendo grande importância no equilíbrio interno do organismo (Boim & Schor, 1998). Quando este órgão apresenta problemas para desempenhar suas funções, denomina-se de insuficiência renal. Podendo ser aguda ou crônica.

A insuficiência renal aguda (IRA) é a diminuição súbita da função renal, verificada pela redução ou ausência da diurese, que se mantém por períodos variáveis. É um distúrbio funcional, que não causa lesão no órgão. Pode ser desencadeada por: politraumatismo, septicemia entre outras doenças (Távora, 1977). Porém, apesar de todo o avanço no conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos da IRA, ela ainda está associada a altos índices de mortalidade (Boim, Santos & Schor, 1998).

O sistema nervoso é o que menos tolera uma rápida redução da função renal. Como conseqüência, a encefalopatia urêmica é o distúrbio mais comum. Observam-se contínuos sinais de alterações sensoriais, motoras e quadros convulsivos. Dentre esses sinais, as

alterações intelectuais e de memória são as mais precoces. Posteriormente, surgem as alterações motoras e finalmente as convulsões (Andrade & Araújo, 1982).

A insuficiência renal crônica (IRC) é uma condição patológica de instalação lenta, gradativa e irreversível das funções renais, causando alterações na vida do indivíduo (Paolucci, 1977; Riella, 1980). Pode se denominar de síndrome urêmica ou urêmia (Paolucci, 1977; Boim & Schor, 1998).

A IRC caracteriza-se pela deterioração das funções bioquímicas e fisiológicas do organismo (Cendoroglo, Sardenberg & Suassuna, 1998).

A síndrome urêmica começa a se desenvolver quando os rins apresentam perdas de mais de 75% de suas funções, o que demonstra grande capacidade adaptativa do organismo. Outra característica importante é a tendência à progressão espontânea. Mesmo com o grande conhecimento desta doença, não se consegue romper de forma completa com o ciclo de progressão, apenas diminuir a velocidade deste (Cendoroglo, Sardenberg & Suassuna, 1998).

Os dois principais catabólicos sinalizantes da insuficiência renal são a uréia e a creatinina. A uréia é o principal catabólico encontrado na urina dos mamíferos. Sua excreção diária no homem varia entre 16 a 35 g/24h. Este componente é altamente solúvel em água e em fluídos biológicos. O termo urêmia significa urina no sangue, indica que certas substâncias, normalmente excretadas na urina, encontram-se em altas concentrações no sangue. Primeiramente, o nome dado à insuficiência renal foi síndrome urêmica, indicando uma supervalorização inicialmente conferida ao papel da uréia, nesta doença. Porém, atualmente admite-se que sua toxicidade é na verdade muito baixa, ainda que não nula (Paolucci, 1982).

A creatinina plasmática é o indicador mais fiel da função renal (Riella, 1980). Esta substância origina-se do fosfato de creatina abundante no tecido muscular. A quantidade de creatinina excretada nas 24 horas exibe notável constância para cada indivíduo dependendo da massa muscular e não da dieta, o que valoriza sua determinação como índice de capacidade funcional renal (Paolucci, 1982).

A IRC apresenta múltiplos sinais e sintomas decorrentes da incapacidade renal de manter a homeostase interna, mas não pode ser atribuída unicamente à retenção de componentes urinários. Pois, doenças originárias dos rins refletem-se sobre os demais

órgãos ou sistemas do organismo, do mesmo modo que patologias sistêmicas são capazes de gerar manifestações renais, assim tendo alterações endócrinas e metabólicas independentes dessa retenção (Riella, 1980; Távora, 1977).

As causas da IRC podem ser divididas em três grupos:

- 1- Doenças primárias dos rins: como por exemplo, a glomerulonefrite, rins policísticos e síndrome de Alport.
- 2- Doenças Sistêmicas: como por exemplo, a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, colagenoses, vasculites, mieloma múltiplo, gota, oxalose, cistinose e doença de Fabry.
- 3- Doenças Urológicas: como por exemplo, a nefrolitíase, obstruções urinárias, refluxo vesicouretral e válvula de uretra posterior (Cendoroglo, Sardnberg & Suassuna, 1998).

Verifica-se que existem alguns diagnósticos que apresentam maior probabilidade de levar o indivíduo à insuficiência renal crônica como a diabetes mellitus, hipertensão arterial sangüínea e as glomerulonefrites crônica; por isso a importância e a necessidade de pesquisas que estudem estes quadros, inclusive no que tange aos aspectos psicológicos eventualmente a eles associados.

O tratamento da IRC envolve aspectos da alimentação como a redução de proteínas, sal e fósforo, o controle da ingestão de líquidos, a medicação e a realização da diálise peritoneal ou da hemodiálise, procedimentos que substituem as funções dos rins ou até mesmo o transplante renal.

Os métodos de terapias de diálise são considerados como meios de sustentação de vida para pacientes com IRC (Fukunishi, 1993).

A diálise peritoneal é um processo terapêutico destinado a remover os catabólicos do organismo e a corrigir as alterações do seu meio interno. Ocorre através do peritônio, membrana semipermeável que tem cerca de 22.000 cm² (Andrade & Araújo, 1982).

Para a realização deste tratamento é necessária a instalação de um catéter especial dentro da cavidade abdominal, através do qual passa uma solução aquosa semelhante ao líquido extracelular, denominada de solução de diálise peritoneal ou banho, composta de: glicose, sódio, magnésio, cálcio, cloreto, lactato e ph 5,1 (Andrade, 1980).

Por esta cânula, a solução de diálise entra em contato com a membrana peritoneal que reveste toda a cavidade abdominal. Desta forma, anormalidades eletrolíticas no plasma são corrigidas de acordo com o gradiente de concentração entre sangue e líquido de diálise. Esta solução permanece dentro do organismo durante um período necessário para as trocas acontecerem e o sangue ser filtrado.

Este procedimento pode ser realizado durante a hospitalização, em ambulatório ou até mesmo em domicílio. Esta modalidade de tratamento pode ser usada durante anos, necessitando somente de um controle médico periódico (Andrade, 1980).

Outro tipo de tratamento, a hemodiálise, é o mais recomendado para os pacientes com insuficiência renal crônica avançada, pois promove o controle e a manutenção vital do organismo. Este procedimento tem por objetivo remover solutos urêmicos normalmente acumulados, excesso de água e restabelecer o equilíbrio eletrolítico e ácido-básico do organismo (Romão Junior & Araújo, 1998).

Em 1998, Romão Junior e Araújo, referiam que havia no Brasil mais de 33.000 pacientes com IRC mantidos em programas de hemodiálise crônica, com menor morbidade e mortalidade e altos índices de reabilitação.

O último censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia em 2002 apurou que no país havia 48.874 pacientes em hemodiálise e outros 5.649 pessoas em tratamento de diálise peritoneal.

Para a efetivação da hemodiálise, inicialmente é necessária a obtenção de uma via de acesso ao sangue, sendo esta via um vaso resistente e acessível que possa ser puncionado três vezes na semana.

O vaso sangüíneo com esta finalidade é obtido através de uma fístula arterial venosa (FAV), que é feita por um cirurgião vascular e tem por objetivo unir uma veia e uma artéria superficial do braço para que o fluxo sangüíneo seja de 250ml/minuto.

O método consiste essencialmente na circulação extracorpórea do sangue em tubos ou compartimentos feitos de uma membrana semipermeável e constantemente banhados por uma solução eletrolítica apropriada, denominada de solução de diálise ou banho. Esta solução é semelhante ao plasma sangüíneo, e composta de sódio, potássio, cálcio, magnésio, cloro, acetato e glicose, sendo que pode variar de paciente para paciente. A transferência pode se dar em dois sentidos do sangue para o banho e vice-versa. Assim, há

passagem de moléculas de soluto do compartimento mais concentrado para o menos concentrado (Romão Junior & Araújo, 1998).

O alto fluxo de sangue passa pelo rim artificial por um período de 4 horas onde o sangue é filtrado de acordo com o gradiente de concentração, de tal forma que as substâncias que estiverem em excesso no plasma passarão para o banho e as que estiverem em concentração insuficiente terão sua concentração normalizada (Romão Junior & Araújo, 1998).

A máquina de hemodiálise tem a capacidade de controlar a pressão do filtro, a velocidade e o volume sangüíneo nos capilares e no interior da máquina, sendo que soa um alarme para que correções sejam feitas, se ocorre qualquer problema durante o processo.

Segundo Gualda (1998, apud Lima 2000) a hemodiálise pode prolongar a vida indefinidamente, porém, não controla as alterações completamente, não cessa a evolução natural da doença e, em longo prazo, produz resultados imprevisíveis e inconstantes. Ainda de acordo com o autor, a hemodiálise, apesar de reduzir os sintomas e melhorar a condição física das pessoas, pode ocasionar incômodos e complicações, obrigando os pacientes a se submeterem a procedimentos médico-hospitalares freqüentes, esquemas terapêuticos rigorosos e exaustivos, além de levá-los a conviver com profissionais especializados num ambiente que, muitas vezes, lhes é estranho e hostil.

Neste sentido, a execução da hemodiálise requer dos profissionais constante observação dos sintomas apresentados pelo paciente, do funcionamento dos materiais e equipamentos utilizados, competência para fazer julgamentos e tomar decisões adequadas à resolução de ocorrências ou minimizar suas conseqüências, conforme sugere Lima (2000).

Por outro lado, Lima e Gualda (2000) salientam que não basta a utilização de bons recursos tecnológicos, é importante a valorização do paciente enquanto pessoa que tem sua forma singular de pensar, agir e sentir. Neste sentido, nos últimos anos já se verifica uma evolução na maneira de tratar o paciente com IRC, ainda que as pesquisas sobre os aspectos psicológicos estejam no início (Lima & Gualda, 2000; Levenson & Glocheski, 1991).

É necessário, por exemplo, conhecer o perfil psicológico ou ao menos características psicológicas relevantes deste tipo de paciente para que o atendimento se dê de maneira adequada e necessária.

Aspectos psicológicos do paciente com IRC

Na literatura que focaliza as conseqüências da IRC sobre a vida dos pacientes, verifica-se que elas são de diversas ordens e natureza. Indo desde as de ordem fisiológica, passando pelas emocionais, cognitivas e relacionais, até as de ordem laboral e financeira. Sendo que cada uma delas, ou o seu conjunto pode ter graus variados de impacto sobre as rotinas e o bem estar dos indivíduos, com desdobramentos sobre sua saúde mental.

Saes (1999), por exemplo, salienta que as alterações no comportamento dos indivíduos com IRC estão relacionadas com problemas que surgem junto com o tratamento, tais como: a mudança de paladar nas refeições devido às restrições de sódio e potássio, a sede causada pela restrita ingestão de líquidos, as novas regras de vida, o estado clínico imprevisível, problemas financeiros, a dificuldade para se manter no emprego devido ao tratamento, desejo sexual diminuído, a impotência, as preocupações com o casamento, a procriação, o aspecto emocional por ter uma doença crônica, entre outros. Sintomas depressivos e a manifestação de raiva são comumente apresentado por esses pacientes, o que causa conseqüências negativas na vida do próprio paciente, de seus familiares e principalmente junto à equipe profissional.

Sweet, Rozensky e Tovian (1991) enfatizam que o tratamento e todas as mudanças na vida do indivíduo, provocados por essa doença, influenciam substancialmente no nível de ansiedade, depressão e outras dificuldades psicológicas dele e de seus familiares. Assim, reforçam a importância da atenção psicológica aos pacientes e seus familiares.

Barbosa (1993), em um estudo qualitativo com doentes renais crônicos, relata que ser doente renal crônico significa viver uma profunda mudança na vida, um pensar na morte, uma convivência com limitações e com o tratamento de hemodiálise que mesmo sendo doloroso e desgastante para o organismo é indispensável para a vida.

Reforçando este ponto de vista, Lima (2000) afirma que o indivíduo em tratamento de hemodiálise, é obrigado a viver diariamente com o fato de ter uma doença incurável; que o obriga a se submeter a um tratamento doloroso, de longa duração que gera alterações e limitações de grande repercussão na vida desses e de seus familiares.

Santináñez García, Santináñez García e Battilana Guanilo (1987) em estudo com o objetivo de reconhecer as condutas e atitudes assumidas em relação à enfermidade e o tratamento de hemodiálise, verificaram quais os transtornos emocionais presentes e qual o grau de reabilitação desta população. Estudaram 60 pacientes do programa de hemodiálise crônica do Centro de Diálise da Clínica de San Borja, no Peru. Inicialmente, verificaram que alguns pacientes apresentavam características depressivas enquanto outros eram mais destemidos no primeiro impacto da doença. Quando o tratamento teve um enfoque médico, social e psicológico, uma alta porcentagem de pacientes retornaram para suas atividades habituais dentro da limitação de tempo e da doença e os sintomas depressivos e ansiosos diminuíram. Concluíram que o tipo de tratamento oferecido, enfatizou e reforçou as condutas adaptativas e elevou a auto-estima dos pacientes para vencerem as frustrações inerentes ao tratamento. Além disto, afirmam que os aspectos psicológicos e os de personalidade juntos são importantes fatores que também influenciam na adaptação ao tratamento de hemodiálise.

E neste sentido, a saúde ou o estado mental do paciente podem se constituir tanto como fator positivo, quando ele dispõe de recursos cognitivos e emocionais adequados para fazer face às vicissitudes do tratamento, quanto atuar como um fator negativo, quando prevalecem déficit ou comprometimentos nestas áreas do funcionamento mental.

Dentre as inúmeras características psicológicas que podem ter relevância para a adaptação dos pacientes ao tratamento foram selecionados, como alvo desta pesquisa, a alexitimia e os sintomas psicopatológicos.

Sendo assim, passa-se a apresentar uma revisão sucinta da literatura referente a alexitimia e os sintomas psicopatológicos, para a seguir explicitar os objetivos da pesquisa.

Alexitimia

O termo Alexitimia, conforme referido, foi sugerido por Sifneos em 1972 ao se referir a certo tipo de paciente que tinha dificuldade de expressar seus afetos. Alexitimia é uma palavra em que o prefixo grego “a” corresponde a privativo, “lexis” significa palavra e “thymos” humor (Yoshida, 2000).

Este termo vem sendo utilizado para descrever certas características psicológicas que são observadas em pacientes que sofrem de alguma doença psicossomática, e também pacientes que não apresentam patologias (Sifneos, Apfel-Savitz & Frankel, 1977).

O paciente alexitímico quando apresenta sua queixa principal a descreve com muitos sintomas físicos. As queixas são ricas em referências a: tensão, irritabilidade, frustração, dores, incômodo, impaciência, agitação e nervosismo. Estes indivíduos têm uma vida de fantasia e emoção interna empobrecida. Apresentam dificuldade em usar palavras apropriadas para descrever sentimentos. São pacientes que choram raramente, porém o choro não apresenta relacionamento com sentimentos apropriados como a raiva e a tristeza. O afeto é inapropriado, pois têm dificuldade de identificar e descrever seus próprios sentimentos. As atividades têm uma tendência a ações impulsivas. Os relacionamentos interpessoais são precários com uma tendência à dependência ou a viverem sozinhos. São pessoas usualmente com posturas rígidas (Sifneos, Apfel-Savitz & Frankel, 1977; Apfel & Sifneos, 1979; Fava, Baldaro & Osti, 1980; Lesser, 1981; Taylor, Ryan & Bagby, 1985).

As pessoas consideradas alexitímicas têm emoções. Porém, têm dificuldade de identificá-las e descrevê-las podendo expressá-las no corpo. E, quando passam por fortes emoções são surpreendidas e têm dificuldade em como expressá-las.

Uma definição sucinta de alexitimia é sugerida por Silvia e Caldeira (1992), para quem alexitimia significa “ausência de palavras para nomear as emoções”. Efetivamente, esta é a característica mais evidente dos alexitímicos.

Desde então, inúmeras pesquisas realizadas sugerem que a alexitimia não necessariamente encontra-se relacionada a doenças psicossomáticas, mas a sua ocorrência pode ter influência considerável no resultado e no progresso dos tratamentos. No caso de pacientes em hemodiálise, por exemplo, Fukunishi (1990) no estudo sobre os aspectos psicossomáticos dos pacientes em hemodiálise ressalta que a alexitimia tem sido relacionada como uma influência considerável na habilidade dos pacientes em diálise no cuidado próprio, o qual é um importante fator prognóstico do tratamento.

Posteriormente, este mesmo autor realizou trabalho sobre a influência dos mecanismos de defesa sobre a alexitimia secundária em pacientes de hemodiálise (Fukunishi, 1992). Ao contrário da alexitimia primária, vista como “um fator predisponente à expressão de distúrbios psicopatológicos”, a alexitimia secundária “estaria ligada seja a

um traumatismo, seja a mecanismos de defesa caracterizados pelo uso excessivo da negação e da repressão dos afetos” (Taieb et al., 2002, p. 1552). A alexitimia secundária pode ocorrer em pacientes com doenças orgânicas primárias, como por exemplo, em pacientes com câncer terminal, paciente que esteve internado em uma unidade de terapia intensiva por um período de tempo e em terapia de hemodiálise. No estudo, Fukunishi verificou que a alexitimia secundária pode acontecer nos indivíduos não alexitímicos que apresentam mecanismo de defesa como a negação no início do tratamento de hemodiálise, suprimindo a manifestação dos conflitos e dificultando a aderência e adaptação ao tratamento.

Através destes trabalhos verifica-se que a alexitimia influencia no diagnóstico, no prognóstico e na forma de reação do sujeito à modalidade de tratar a insuficiência renal. Desta maneira a avaliação e identificação da alexitimia tem grande importância e pode trazer muitos benefícios tanto ao paciente quanto para a equipe, possibilitando a melhor compreensão das reações emocionais e comportamentais de cada paciente.

Instrumentos para avaliar Alexitimia

Para avaliar e medir alexitimia foram propostos vários instrumentos dentre os quais destacam-se os seguintes: Questionário Psicossomático do Hospital de Beth de Israel (Apfel & Sifneos, 1979), o Questionário Resposta Provocada de Alexitimia (Krystal, Giller & Cicchetti, 1986) e as seguintes escalas de auto-avaliação: Inventário de Personalidade Multifásico de Minnesota - MMPI (Kleiger & Kinsman, 1980), a Escala de Personalidade de Sifneos-Schalling – SSPS (Apfel & Sifneos, 1979) e a Escala de Alexitimia de Toronto - TAS (Taylor, Ryan & Bagby, 1985).

Dentre eles, tem merecido destaque na literatura internacional a última escala citada, a Escala de Alexitimia de Toronto - TAS (Taylor, Ryan & Bagby, 1985), que desde a sua versão original, demonstrou consistência interna e boa precisão de teste e reteste nos períodos de 1 semana a 12 semanas. Com relação aos estudos de validade de critério e validade de constructo apresentou maior consistência de constructo do que a SSPS (Morrison & Pihl, 1989).

A TAS já conta com versões em finlandês, francês, italiano, espanhol, inclusive em português (Yoshida, 2000). Em todas elas os resultados obtidos seguiram os resultados das pesquisas da versão original.

A versão em português da TAS já conta com uma pesquisa de validade de constructo junto a população de estudantes universitários (Yoshida, 2000) e está em processo de validação com pacientes hospitalares, para auxiliar no diagnóstico da alexitimia com esta população (Yoshida, 2003).

O primeiro estudo da *Toronto Alexithymia Scale*: precisão e validade da versão em português teve por objetivo avaliar a precisão e a validade de constructo além de comparar a estrutura fatorial com a versão em espanhol. A amostra constituiu-se de 581 estudantes universitários dos cursos de Psicologia e Engenharia de uma universidade privada do estado de São Paulo.

Os resultados demonstraram que não houve diferenças significantes em relação ao sexo. A precisão interna foi considerada boa com alfas variando entre 0,70 e 0,72, sendo estes dados compatíveis com os da pesquisa na versão em espanhol. A precisão de teste e reteste, com intervalo de uma semana ($r=0,72, p<0,0001$), confirmou muita boa estabilidade para a medida, mesmo que inferior ao resultado obtido na versão em espanhol com uma amostra de 76 sujeitos ($r=0,83, p<0,0001$). A análise fatorial indicou quatro fatores, sendo que o Fator 1, que explica 16,3% reflete a habilidade de identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais. O Fator 2, que explica 9,3% refere-se à capacidade de fantasiar. O Fator 3, que explica 7,9% aponta a necessidade de focalizar eventos externos em vez de internos. O Fator 4, representa 7,6 % da variância e demonstra a habilidade de expressar e compreender os sentimentos e emoções. Os resultados confirmam que a TAS mede adequadamente alexitimia como sugerida por Sifneos (Yoshida, 2000).

Sintomas Psicopatológicos

Palombini, Manfro e Kopstein (1985) em estudo sobre os aspectos emocionais de pacientes em hemodiálise enfatizam que estes sujeitos compõem um grupo especial entre os portadores de doença crônica, pois vivem em constante stress e o risco do tratamento

acentua a ansiedade e a cronicidade desta, faz com que se tornem deprimidos. Relatam que o convívio com o tratamento, a dependência deste e os equipamentos utilizados assumem grande importância na vida da pessoa assim, estes aspectos acentuam características especiais na sua afetividade e no seu comportamento. Sugerem ainda que a depressão é uma das complicações psiquiátricas mais frequentes nesta população, salientando que a própria uremia pode produzir sintomas depressivos. Os autores enfatizam que os aspectos psiquiátricos devem ser cada vez mais considerados, já que a estabilidade emocional é fundamental para o sucesso do tratamento.

Conforme já referido, Santiváñez García, Santiváñez García e Battilana Guanillo (1987) em estudo com o objetivo de verificar as reações emocionais no tratamento, avaliaram as atitudes e condutas durante o procedimento, situações estressantes e a reabilitação ao trabalho, no início do tratamento e três meses ou 1 ano após. A amostra estudada foi composta por 60 pacientes da unidade de diálise do serviço de nefrologia da clínica de San Borja. Verificaram que os sintomas psicossomáticos tiveram efeitos imediatos na conduta dos pacientes, que fatores psicológicos e de personalidade foram importantes no favorecimento ou não do ajuste adequado ao tratamento. Os sintomas depressivos diminuíram com o passar do tempo mas foram frequentes de forma leve. Os dados apresentados mostram a diminuição dos sintomas psiquiátricos ao longo do tempo porém, reconheceram que a depressão, ansiedade e outras patologias podem emergir frente a situações estressantes comprometendo a adaptação alcançada pelo paciente. Os autores enfatizam que o manejo do temperamento e o tratamento dos sintomas psiquiátricos e/ou psicológicos podem evitar atitudes inadequadas frente ao tratamento com prolongação da vida.

DiMatteo; Lepper e Croghan (2000) referem que a depressão é um fator de risco quanto a não aderência aos tratamentos médicos. Eles fizeram um levantamento das pesquisas na literatura científica e afirmam que a depressão e a ansiedade são comuns nos pacientes e estão associadas com a diminuição do status de saúde e o aumento da utilização do cuidado médico.

A partir desses dados, verifica-se a importância de avaliar os sintomas psicopatológicos dos pacientes com IRC e principalmente na população aqui a ser estudada.

Pois, os dados apresentados demonstram a importância e a influência destes no tratamento e na vida desses indivíduos.

Instrumentos para medir os sintomas psicopatológicos

Dentre os instrumentos desenvolvidos para a avaliação de sintomas psicopatológicos, o mais utilizado na literatura internacional é o A Symptom Checklist – 90 – Revised (Derogatis, 1994). Trata-se de um inventário multidimensional de auto avaliação de sintomas com o objetivo de avaliar um amplo espectro de problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos, não sendo uma medida de personalidade.

Esta escala é composta de 90 itens, com respostas de tipo Likert graduada de 5 pontos que visam verificar o padrão psicológico dos respondentes. Os itens da escala compõem 9 dimensões primárias de sintomas, sendo estas: somatização, obsessividade-compulsividade, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, idéias paranóicas e psicoticismo.

Esta escala vem sendo utilizada em diferentes áreas da saúde mental; por psicólogos clínicos e psiquiatras; em ambientes médicos, na educação e em pesquisas, pois reflete o nível de sintomas psicopatológicos de pacientes psiquiátricos, pacientes clínicos e indivíduos da comunidade em geral (Laloni, 2001).

Laloni (2001), com o estudo de adaptação, precisão e validade da SCL-90-R junto a pacientes hospitalares no Brasil, verificou boa confiabilidade através da análise da consistência interna para as nove dimensões e pelos coeficientes do teste e reteste. Os resultados encontrados são semelhantes aos obtidos na versão original do instrumento.

O estudo de validade de constructo com amostra brasileira indicou que a escala mede adequadamente quatro grandes fatores e não nove dimensões como propostas na versão original do instrumento.

A validade de critério indicou uma significativa diferença entre os grupos de pacientes da saúde mental e dos pacientes de enfermaria geral confirmando a validade do instrumento.

Como consequência a autora sugere que a escala brasileira SCL-90-R seja de 40 itens, distribuídos em 4 dimensões :

- 1- Psicoticismo, um contínuo entre psicose e depressão com sintomas de hostilidade e idéias paranóides.
- 2- Obsessividade-Compulsividade, conjunto de sintomas de pensamentos e ações, repetidos acompanhados de desconforto nas relações interpessoais.
- 3- Somatização, compreende sintomas comuns aos transtornos somáticos e somatoformes.
- 4- Ansiedade, conjunto de sintomas desde a ansiedade generalizada até a ansiedade fóbica dirigida a situações ou objetos. (Laloni, 2001, p 119).

A versão brasileira, denominada Escala da Avaliação de Sintomas – 40 – EAS-40, avalia o quanto a pessoa está preocupada ou angustiada durante os últimos sete dias com o problema ou a situação descrita no item. As respostas aos itens são dadas segundo uma escala de tipo Likert de três pontos (0= nenhum, 1= um pouco e 2= muito) que avaliam como são percebidos os diferentes níveis de severidade dos sintomas (Laloni, 2001).

A utilização deste instrumento é recomendada para triagem e atuação clínica por ser uma escala capaz de classificar os pacientes em grau do mais leve aos mais grave e indicar o tipo de transtorno. Por esses aspectos, este instrumento foi selecionado para avaliar os sintomas psicopatológicos nessa população.

Tendo em vista as observações já realizadas na literatura, de que os pacientes em hemodiálise tendem a apresentar sintomas psicopatológicos de depressão, ansiedade e reações de stress, e que a alexitimia pode comprometer os resultados do tratamento, considerou-se importante estudar como estas variáveis estariam relacionadas entre si e que tipo de associação pode ser observada em relação à causa da IRC. Esperando-se que venha a ser uma contribuição para a orientação dos tratamentos, incluindo entre eles, a assistência psicológica.

Este trabalho visa possibilitar uma melhor compreensão desses aspectos psicológicos nesses pacientes, tornando possível um tratamento mais adequado e também um trabalho de prevenção e promoção da saúde mental para esta população.

Assim seguem os objetivos do presente estudo:

Objetivos

Objetivo Geral

Avaliar o paciente com IRC quanto ao grau de alexitimia e sintomas psicopatológicos e a associação entre elas.

Objetivos Específicos

1. Avaliar: o grau de Alexitimia e de sintomas psicopatológicos em pacientes com IRC.
2. Avaliar o grau de associação entre Alexitimia e Sintomas Psicopatológicos, e patologia que teria levado o paciente a desenvolver IRC: diabetes mellitus, hipertensão arterial sangüínea e glomerunefrite crônica.
3. Avaliar o grau de associação entre alexitimia e sintomas psicopatológicos.

Método

Participantes

A amostra foi estratificada proporcionalmente em função das doenças renais presentes na população em tratamento de hemodiálise de hospital geral de cidade do interior do estado de São Paulo, com idade mínima de 18 anos, de ambos os sexos, independente do grau de escolaridade.

No momento da coleta, a população em hemodiálise era de 101 pacientes, distribuídos como se segue: 26 com diabetes mellitus, 16 com glomerunefrite crônica, 42 com hipertensão arterial sangüínea, quatro com lupus eritematoso, um com rim único e 12 com diferentes causas. Definiu-se que a amostra deveria ser composta por 50% dos pacientes dos principais grupos de doenças, ficando portanto assim constituída: 13 pacientes com diabetes mellitus, oito com glomerunefrite crônica, sendo que neste grupo foram incorporados ainda, um caso com rim único e três casos com lupus eritematoso

sistêmico, conforme orientação do nefrologista Marcelo Hering Bissoli e 21 com hipertensão arterial sangüínea. Num total de 48 pacientes.

Critérios de exclusão: pacientes que não estavam em condições para compreender o sentido da tarefa por alteração de consciência devido ao efeito de medicamentos, ou condição psicopatológica grave.

Materiais

Os materiais utilizados foram a Ficha de Identificação (Anexo A), Termo de Consentimento (Anexo B) e os formulários dos instrumentos de avaliação: TAS e EAS-40.

Instrumentos

- Versão em Português da Escala de Alexitimia de Toronto – TAS (Taylor e cols, 1985; Yoshida, 2000) é uma escala de auto-avaliação, de 26 itens, com respostas de tipo Likert, de 1 (discordo inteiramente) a 5 (concordo plenamente), e que visa medir o grau de alexitimia. Os escores variam de 26 a 130, sendo que quando é igual ou acima de 74 o indivíduo é considerado alexitímico e quando abaixo de 62 é não alexitímico (Taylor e cols., 1988).

- Escala da Avaliação de Sintomas – 40 – EAS-40 (Laloni, 2001) é um instrumento multidimensional de auto-relato composto de 40 itens que avaliam sintomas psicopatológicos segundo quatro dimensões: psicoticismo (F1), obsessividade-compulsividade (F2), somatização (F3), e ansiedade (F4). Sendo que o fator Psicoticismo corresponde a um contínuo entre psicose e depressão com sintomas de hostilidade e idéias paranóides; O fator Obsessividade Compulsividade, a um conjunto de sintomas de pensamentos e ações, repetidos acompanhados de desconforto nas relações interpessoais; o de Somatização, compreende sintomas comuns aos transtornos somáticos e somatoformes; e o fator Ansiedade, a um conjunto de sintomas desde a ansiedade generalizada até a ansiedade fóbica

dirigida a situações ou objetos. Esta escala é uma adaptação do *Symptom Checklist – 90 – Revised* (SCL-90-R) (Derogatis, 1994), para pacientes de hospitais gerais brasileiros. A versão brasileira avalia a intensidade do sintoma através de 3 níveis, sendo: 0= nenhum, 1= pouco e 2 = muito, já a SCL-R-90 avalia 9 dimensões numa escala tipo Likert de 5 pontos.

Procedimento

1. Solicitação da autorização para o responsável pelo serviço de Hemodiálise do Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP) da PUC-Campinas, para a execução da coleta de dados neste serviço (Autorização, Anexo E)
2. Submissão do projeto ao “Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas”, após o Exame de qualificação.
3. Após a aprovação do projeto a amostra foi extraída, conforme referido acima. E em seguida, deu-se início à etapa de coleta dos dados)
4. Primeiramente, a pesquisa entrou em contato com cada paciente durante o processo de hemodiálise no próprio hospital (HMCP) para convidá-lo a participar da pesquisa. Certificou-se de que o paciente se encontrava em condições de realizar as tarefas necessárias. Isto é, apresentava-se consciente e em bom estado geral, pois o nível de dor e as altas taxas de uréia no sangue podem impedi-lo de responder adequadamente ao instrumento. Para isto, estabeleceu um breve *rapport* com o participante, apresentou-se como aluna de mestrado em psicologia clínica, interessou-se pelo seu estado geral, perguntando sobre questões de sua vida e somente quando estava certa de que o paciente tinha condições para responder às escalas, consultou-o quanto ao interesse em participar da pesquisa. A seguir explicou os objetivos, o que se esperava dele, a possibilidade de desistência a qualquer momento e garantiu-lhe o sigilo. Diante da concordância do participante, a pesquisadora solicitou a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo B), que foi previamente lido em voz alta por ela. Só então, iniciou-se a aplicação assistida do protocolo de pesquisa, iniciando-se pela Ficha de Identificação (Anexo A) e em seguida os instrumentos acima citados.

Resultados e Discussão

Este trabalho foi realizado em um serviço de hemodiálise de um hospital universitário de uma cidade do interior do Estado de São Paulo.

Para a composição da amostra foi inicialmente realizado um levantamento, através dos prontuários, da população do serviço de hemodiálise, quanto às seguintes variáveis: sexo, idade, hipótese diagnóstica, estado civil, tempo de diagnóstico, tempo em hemodiálise, grau de escolaridade, medicação e atividade profissional. Foram identificados 101 pacientes.

Em relação à categoria hipóteses diagnóstica, a amostra foi dividida em três grupos: pacientes com diabetes mellitus, hipertensão arterial sangüínea e glomerunefrites, que conforme referido na introdução, correspondem aos diagnósticos que levam com maior frequência à insuficiência renal crônica.

Dos pacientes averiguados foram selecionados 48 participantes, acima de 18 anos. Desta maneira, a amostra estudada corresponde a 47,52% da população desta unidade.

Na análise de distribuição dos dados sócio demográficos, conforme a Tabela 1, a amostra ficou distribuída com um predomínio de: pacientes do sexo masculino (60,4%),

casados (50%), na faixa etária entre 40 e 59 anos de idade (58,3%), com ensino básico (50%), aposentados ou afastados do trabalho (47,9%).

Quanto à doença que teria levado o indivíduo à hemodiálise, 41,6% têm hipertensão arterial sangüínea, 31,3% diabetes mellitus e 27,1%, glomerunefrite crônica. Ou seja, todas elas doenças crônicas, progressivas que restringem a vida do indivíduo, possivelmente com conseqüências negativas tanto na vida social, econômica e emocional dele e de seus familiares.

O tempo em hemodiálise variou de 1 a 348 meses, com média de 46,45 meses. Quanto à medicação, as mais freqüentemente prescritas foram: o carbonato de cálcio, o complexo B e o ácido fólico.

Tabela - 1 Perfil Sócio Demográfico da Amostra (N=48)

Sexo	Freqüência	Porcentagem
Feminino	19	39,6%
Masculino	29	60,4%
Estado Civil		
Casado	24	50%
Separado	03	6,3%
Solteiro	08	16,6%
Viúvo	03	6,3%
Total	38	79,2%
Sem resposta	10	20,8
Idade		
18 a 19	01	2,1%
20 a 39	09	18,8%
40 a 59	28	58,3%
> 59	10	20,8%
Total	48	100%
Média	49,72	

Grau de Escolaridade

Analfabeto	0	0
Ensino Básico	24	50%
Ensino Médio	04	8,3%
Ensino Superior	01	2,1%
Total	29	60,4%
Sem resposta	19	39,6%

Trabalho

Aposentado/Afastado	23	47,9%
Trabalha	6	12,5%
Total	29	60,4%
Sem resposta	19	39,6%

Diagnósticos

Hipertensão Arterial Sanguínea	20	41,6%
Diabetes Mellitus	15	31,3%
Glomerunefrite Crônica	13	27,1%
Total	48	100%

Quanto à alexitimia, avaliada pela Escala de Alexitimia de Toronto, observou-se que 52% dos participantes apresentaram pontuação igual ou maior que 74 e que apenas 4,2% obtiveram escore igual ou inferior a 62. E, 43,8% dos sujeitos encontram-se na faixa de 63 a 73 pontos. Segundo Taylor e cols (1988), escores iguais ou superiores a 74 indicam alexitimia, inferiores a 62, ausência de alexitimia, e na faixa entre 63 e 73 pontos, não é possível a avaliação da alexitimia. Entretanto, no Brasil ainda não dispomos dos valores de corte, ainda que algumas pesquisas já tenham fornecido algumas indicações (por exemplo, Maciel, 2005; Picolli, 2005).

Conforme os dados apresentados na Tabela 2, a média geral da amostra foi 74 e DP 7,52, um valor médio bem mais alto do que o encontrado na primeira pesquisa de validação da versão em português da TAS, realizada com população de estudantes universitários (N= 581), em que a média foi de 63,13 e DP 10,12 (Yoshida, 2000). Esta diferença constitui um indicador da sensibilidade da escala a populações com perfis diferentes, e, portanto da validade do instrumento.

Quando comparadas às médias dos participantes divididos segundo o gênero, tem-se que para o sexo feminino a média foi de 73,15 e DP 9,25 e para o masculino 75,55 e DP 5,80. Ou seja, não houve diferença significativa entre eles [t (46)= 0,27, p >0,05].

Quanto à atividade profissional, excluindo-se os 19 que não forneceram esta informação, a média de 73,43 e DP 5,01 para os participantes aposentados ou afastados e a de 75,5 e DP 13,75 para os indivíduos que trabalham, também não indica diferença entre eles [t(27)= 0,55, p > 0,05].

Em relação ao grau de escolaridade, observa-se que não houve diferença significativa entre os escores médios dos indivíduos com ensino básico e os com ensino médio [t (26)= 0,80, p >0,05]. Quanto ao ensino superior, não é possível estabelecer comparações, já que neste nível só havia um sujeito na amostra.

Não foram igualmente observadas diferenças significantes em relação aos escores médios dos participantes divididos segundo as doenças renais: hipertensão arterial (M 73,9 e DP 8,12), glomerunefrite (M 75,92 e DP 8,62) e diabetes melittus (M 73,06 e DP 5,33).

Em relação à idade, verificou-se que os indivíduos da faixa etária de 18 a 39 anos tiveram escore médio 78,7 e DP 7,78 e os indivíduos com mais de 60, que apresentaram escores médios mais baixos, apresentaram média 74 e DP 4,47. Não houve, contudo diferença significativa [t(18) 0,14, p >0,05].

Quanto ao estado civil a categoria dos solteiros teve escore de 81,33, pontuação esta que foi a mais alta de todas as variáveis estudadas, 73,04 para os casados [t(30) 0,60, p >0,05], já os separados obtiveram escore médio de 71,66 e os viúvos de 77,33 [t(4) 0,27, p >0,05].

Pode-se dizer, portanto que pacientes submetidos à hemodiálise apresentam altos escores na TAS, independentemente do sexo, nível de escolaridade, estado civil, atividade profissional, idade e hipótese diagnóstica.

Estes dados coincidem com os de Fukunishi, Maeda, Kubota, Tomino e Rahe (1995), que utilizaram a TAS para avaliar 72 pacientes de diálise peritoneal e um grupo controle formado por 73 voluntários. Na primeira avaliação, o grupo caso apresentou escore médio de 68,6, enquanto o controle 64,2. Após 03 anos no follow-up, mesmo com amostra reduzida, os dados foram reproduzidos com 18 pacientes em que o escore médio foi de 68,8 (Fukunishi, Maeda, Kubota, Tomino & Rahe, 1995).

Em outro estudo, Fukunishi, Maeda, Kubota e Tomino (1997) apresentam comparação entre pacientes de diálise peritoneal (n=63) e um grupo de voluntários (n=61), tendo por objetivo verificar o grau de associação entre alexitimia e utilização e percepção do suporte social. O escore médio da TAS foi de 50,5 para o grupo caso e 45,1 para o grupo controle. Além disto, maiores índices de alexitimia foram associados com menores escores da utilização e percepção do suporte social no grupo caso, que também apresentou escores significativamente mais alto que o grupo controle.

Embora os escores médios relatados por Fukunishi e cols (1995) e Fukunishi e cols (1997) para os grupos de pacientes de diálise peritoneal tenham sido considerados altos, deve-se notar que eles são bem menores do que os obtidos neste trabalho (M= 74 e DP= 7,52). É possível que estas diferenças se devam às formas como japoneses e brasileiros lidam e expressam suas emoções. Estando implicados aí, fatores de ordem cultural.

Corroborando esta argumentação há, por exemplo, pesquisa recentemente concluída em nosso meio (Maciel, 2005), em que os escores médios da TAS, observados num grupo de alcoolistas (n=20) em acompanhamento num serviço especializado foram comparados quanto aos de homens da comunidade (n=20), não dependentes de álcool. As médias encontradas foram: grupo caso M= 78,65 e DP= 7,99 e no grupo comparativo M= 69,15 e DP= 8,68. Embora tenha sido encontrada diferença significativa entre eles, nos dois casos médias foram bem altas. E no caso dos alcoolistas a média foi ainda maior do que para os pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise, que participaram da presente pesquisa.

Assim, indicando que o instrumento é sensível, mas que os índices são muito superiores aos encontrados na literatura internacional. Mesmo quando se considera os escores médios de estudantes universitários, como indicado por Yoshida (2000) (M 63,13 e DP 10,12), ou ainda no estudo sobre qualidade de vida (WHOQOL) e alexitimia (TAS) com estudantes de curso técnico (n=90), em que a pontuação média obtida foi 66. (Picolli, 2005). Sugerindo com isto, que o ponto de corte para a população brasileira, deverá ser mais elevado do que os 62, usualmente empregado em outros contextos.

Em relação aos fatores avaliados pela TAS, o F1, que corresponde à dificuldade de descrever sentimentos (Yoshida, 2000), obteve a maior média (32,29 e DP 6). Em segundo lugar, aparece o F3 (17,33 e DP 2,19) que se refere à tendência para focalizar em eventos

externos (Yoshida, 2000). Quanto aos outros dois fatores, F4 e F2, tiveram médias de escores baixas. Respectivamente, 12,90 e 11,90. Assim, verifica-se que para esta população, a dificuldade de descrever os sentimentos e a tendência para focalizar os eventos externos são as características mais proeminentes da alexitimia.

Quanto aos fatores avaliados pela TAS, Fukunishi, Maeda, Kubota, Tomino e Rahe (1995), no estudo com 72 pacientes de diálise peritonial o fator que obteve maior média foi F1 28,8. Em seguida, F2 que teve pontuação média de 21, seguido de F4 com 15,1 e por último F3 foi 13. Estes dados corroboram os resultados obtidos neste trabalho. Após 03 anos no follow-up, mesmo com amostra reduzida (n=18), os resultados indicavam que a ordem dos fatores não se alterou. Foram obtidas as seguintes médias: para o F1, 26,8; seguido de 20,8 para F2, 16,7 escore médio para F4 e 13,5 foi a pontuação média para F3. Dados este que confirma a ordem de resultados da primeira para fase do estudo e se assemelham aos achados atuais.

Para avaliar adequadamente a expressão do fator, é necessário todavia obter-se o valor médio dos escores, uma vez que os valores aqui apresentados, assim como os de Fukunishi e cols (1995), correspondem ao valor médio do somatório dos escores de cada fator. Ocorre que o número de itens de cada fator é diferente, e neste sentido, por exemplo, o F1 sempre terá maior escore, porque é composto de 11 itens, enquanto que o F2, por exemplo é composto de 4 itens, o F3, por 6 e o F4, por 5.

Desta maneira, os valores médios obtidos neste trabalho foram F2 com a maior pontuação 2,97, o fator 1 com 2,93, seguido do F3 com score médio de 2,88 e por último F4 (2,58). A partir daí, verifica-se uma diferença em relação a ordem dos fatores na composição do escore total da TAS. Além disto, os valores dos fatores ficam mais próximos mostrando um equilíbrio para a determinação do grau de alexitimia.

Utilizando os valores médios dos fatores, em estudo com alcoolistas, Maciel (2005) verificou que o F1 apresentava maior média no grupo caso (N=20) (M=3,2), seguido pelo F2 com pontuação média 2,99. O F4 com score médio de 2,91 e F3 com média 2,83. Desta forma, pode-se afirmar que para os alcoolistas o fator com maior pontuação foi o 1, seguido do F2, enquanto que na amostra de doentes renais a ordem foi invertida, além de um pouco inferiores.

Picolli (2005), que avaliou estudantes de curso técnico (N=90), verificou que dois fatores obtiveram pontuação semelhante, sendo estes o F1 (M=3), o qual corresponde à dificuldade de descrever sentimentos, e o F4 (M=3) que se refere a habilidade de identificar e expressar sentimentos e emoções (Yoshida, 2000). Os fatores 2 e 3 também alcançaram médias similares (M=2). Quando se compara estes dados com os da pesquisa atual verifica-se que as dimensões com maiores valores médios também tiveram valores superiores aos dos doentes renais e que o F4 que também teve média elevada no estudo com os estudantes de curso técnico foi o fator a com menor média entre os pacientes em hemodiálise.

As diferenças observadas podem estar expressando diferenças existentes entre as populações, assim como características específicas das amostras estudadas. Sendo necessária, novas pesquisas para uma definição mais clara do perfil de cada uma delas, quanto aos índices de alexitimia. E também, porque a literatura científica ainda não tem claro se a alexitimia é um traço de personalidade ou uma reação do indivíduo.

Tabela 2 – Escores médios (M) e desvios padrão (DP) da Escala de Alexitimia de Toronto (TAS), segundo cada uma das variáveis sócio demográficas (N=48)

	TOTAL		F1		F2		F3		F4	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Amostra										
Total	74	7,52	32,29	6,0	11,90	2,49	17,33	2,19	12,90	2,75
Gênero										
F	73,15	9,25	31,84	7,60	12,05	3,22	16,89	2,80	12,89	2,84
M	75,55	5,80	32,48	4,83	12,34	1,96	12,34	1,67	17,68	2,47
Faixa Etária										
18 a 39 anos	78,7	7,78	35,8	7,31	11,60	2,91	17,5	1,71	13,8	2,48
40 a 59 anos	73,21	7,70	32,32	5,56	12,10	1,93	17,35	2,51	12,42	2,68
> 60 anos	74	4,47	31,2	4,93	12,20	3,32	17,3	1,82	13,7	2,26
Condição Trabalho										
Aposentado	73,43	5,01	30,6	5,11	11,69	3,44	17,08	2,21	13,21	2,62
Na ativa	75,5	13,75	31,33	10,59	12,66	3,07	17,5	2,25	14	3,03
Escolaridade										
Ens. Básico	74,66	7,80	31,66	6,08	12,12	2,75	17,66	2,16	13,37	2,77

Ens.Médio.	72,75	2,98	31	7,07	11,25	2,21	15,75	1,25	14,75	2,5
Ens Superior*	64		26		10		16		12	
Estado Civil										
Casado.	73,04	6,92	31,25	5,57	11,75	1,98	17,29	1,15	12,75	2,30
Solteiro	81,33	11,93	37,33	11,23	13,33	5,03	19	3	11,66	5,13
Separado	71,66	2,08	31,66	3,21	12,66	1,15	15,33	1,15	12	2
Viúvo	77,33	7,50	33,33	1,15	10,66	4,61	17,66	0,57	15,66	5,13
Patologia										
HAS ¹	73,9	8,12	31,95	5,70	12,4	1,90	17,25	2,38	12,05	2,52
DM ²	73,06	5,33	30,46	5,37	11,93	2,78	17,46	2,47	13,2	2,33
GC ³	75,92	8,62	33,76	6,75	11,46	2,78	17,15	2,07	13,53	3,04

*Categoria com apenas um participante

1 - HAS- Hipertensão Arterial Sangüínea; 2 - D.M.- Diabetes Mellitus; 3- G.C.- Glomerunefrite Crônica

Em relação aos sintomas psicopatológicos, avaliados pela Escala de Sintomas – 40 (EAS-40), a pontuação média desta amostra foi de 0,63 e DP 0,37, conforme a Tabela 03.

Para o F1 a média foi de 0,45 e DP 0,40; 0,71 foi a média do F2 e DP 0,41; para o F3 a média foi de 0,77 e DP 0,46 e o escore médio 0,58 foi para F4 e DP 0,48.

Quanto ao gênero o escore médio para o grupo feminino foi 0,69 e DP 0,39 e para o sexo masculino a média foi 0,59 e DP 0,37 [t(46) 0,41, p>0,05], não existindo portanto diferenças significantes entre eles.

Em relação à faixa etária, o grupo de indivíduos de 18 a 39 anos apresentou a maior média (0,70) e o grupo de 40 a 59 anos a menor (0,59). Todavia a diferença entre eles não foi significativa [t(36) 0,44, p>0,05]. Quanto os com mais de 60 anos, a média foi de 0,66, um valor intermediário.

No aspecto escolaridade, excluindo-se os 19 que não forneceram esta informação, os indivíduos com ensino básico alcançaram 0,59 de pontos na média e o grupo do ensino médio 0,29, média esta menor de todas obtidas em relação ao total da escala [t(26) 0,10, p>0,05].

Quanto ao estado civil, excluindo-se 10 participantes que não concederam esta informação, os indivíduos solteiros tiveram a menor média de 0,50 e os indivíduos casados a maior média de 0,64. Mas também esta diferença não é estatisticamente significativa [t(30) 0,35, p>0,05].

Em relação à atividade profissional, os aposentados/afastados obtiveram 0,56 de média, já os pacientes que trabalham 0,46 [t(27) 0,50, p>0,05].

Em relação ao diagnóstico, os pacientes com diabetes mellitus apresentaram maior média (M 0,70) do que os pacientes com glomerulonefrite crônica e hipertensão arterial sistêmica.

Resumindo, pode-se dizer que os dados não apresentam diferenças significativas quanto às variáveis sócio demográficas estudadas. Porém, quando se observa os dados em relação a patologia verifica-se que os pacientes com diabetes mellitus apresentam maiores médias nos fatores F3 somatização (M 0,87) e F4 ansiedade (M 0,55). Dado este que se confirma em observação clínica, pois são pacientes com maiores restrições para o tratamento.

Em relação aos escores médios dos fatores, verifica-se que a pontuação mais elevada ocorreu no terceiro que se refere à somatização (M 0,77 e DP 0,46), e que compreende, conforme referido, sintomas comuns aos transtornos somáticos e somatoformes. Ao escore médio em somatização, segue-se o do fator obsessividade compulsividade (M= 0,71, DP= 0,41) que se refere a um conjunto de sintomas de pensamentos e ações, repetidos acompanhados de desconforto nas relações interpessoais. Em seguida, o fator de ansiedade (M= 0,58, DP= 0,48) definido por um conjunto de sintomas desde a ansiedade generalizada até a ansiedade fóbica dirigida a situações ou objetos. E por fim o do fator psicoticismo (M=0,45, DP=0,40) que corresponde a um contínuo entre psicose e depressão com sintomas de hostilidade e idéias paranóides. Estes resultados são compatíveis com o esperado para pacientes em hemodiálise, constituindo-se portanto em mais uma evidência de validação da escala.

Na pesquisa, de validade simultânea da escala de avaliação de sintomas (EAS-40) com estudantes universitários (n=113), a média obtida foi de 21,21 para o sexo masculino (n=14) e 23,99 para o grupo feminino (n=99) (Silva, 2005). Para estes dois grupos, conforme o esperado, as médias foram inferiores aos obtidos neste trabalho.

Em, outro estudo também com universitários, em que comparou estudantes universitários trabalhadores (n=122) e não trabalhadores (n=18) quanto ao nível de qualidade de vida (WHOQOL) e os sintomas psicopatológicos (EAS-40), Tombolato (2005) obteve escore médio para o grupo caso, igual a 0,48 e para o grupo não caso 0,42. Tratam-se, nos dois casos, de escores inferiores ao encontrado neste trabalho, para a amostra total (M=0,63). Desta maneira, confirma-se a sensibilidade deste instrumento em

discriminar populações com perfis diferentes em relação à sintomatologia psicopatológica. Constituído-se portanto em mais um indicador de validade deste instrumento.

Tabela 3 – Escores médios (M) e desvios padrão (DP) da Escala de Avaliação de Sintomas (EAS-40), segundo cada uma das variáveis sócio demográficas (N=48)

Variáveis sócio Demográficas	IGS		F 1 psicoticismo		F 2 Obsessividade-compulsividade		F 3 somatização		F 4 ansiedade	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Amostra										
Total	0,63	0,37	0,45	0,40	0,71	0,41	0,77	0,46	0,58	0,48
Gênero										
F	0,69	0,39	0,51	0,45	0,74	0,38	0,81	0,46	0,67	0,55
M	0,59	0,37	0,41	0,36	0,7	0,44	0,75	0,47	0,52	0,42
Faixa Etária										
18 a 39 anos	0,70	0,36	0,65	0,49	0,79	0,38	0,84	0,49	0,54	0,35

40 a 59 anos	0,59	0,39	0,38	0,36	0,68	0,43	0,74	0,46	0,57	0,53
> 60 anos	0,66	0,37	0,45	0,37	0,75	0,43	0,82	0,50	0,63	0,44
Condição Trabalho										
Aposentado	0,56	0,27	0,37	0,34	0,63	0,32	0,76	0,39	0,5	0,40
Na ativa	0,46	0,49	0,33	0,45	0,7	0,51	0,53	0,68	0,3	0,45
Escolaridade										
Ens. Básico	0,59	0,32	0,39	0,35	0,69	0,38	0,77	0,45	0,52	0,41
Ens.Médio	0,29	0,32	0,3	0,53	0,45	0,41	0,3	0,21	0,12	0,18
Ens Superior*	0,2		0,78		1		1		0,9	
Estado Civil										
Casado.	0,64	0,37	0,4	0,38	0,72	0,38	0,85	0,52	0,59	0,47
Solteiro	0,50	0,33	0,45	0,48	0,56	0,43	0,67	0,42	0,31	0,26
Separado	0,51	0,41	0,3	0,26	0,56	0,49	0,7	0,45	0,46	0,50
Viúvo	0,61	0,32	0,56	0,40	0,7	0,2	0,66	0,40	0,5	0,45
Patologia										
HAS ¹	0,55	0,33	0,34	0,28	0,67	0,41	0,70	0,47	0,48	0,40
DM ²	0,70	0,38	0,43	0,37	0,71	0,39	0,87	0,43	0,77	0,55
GC ³	0,68	0,44	0,64	0,51	0,79	0,48	0,79	0,52	0,50	0,46

*Categoria com apenas um participante

1 - HAS- Hipertensão Arterial Sangüínea; 2 - D.M.- Diabetes Melittus; 3- G.C.- Glomerunefrite Crônica

Tabela 4 – Coeficientes de Correlação de Pearson (r) entre TAS e a EAS-40 para amostra total (N=48)

EAS-40	Total	F 1	F 2	F 3	F 4
TAS					
Total	0,37*	0,42*	0,39*	0,307*	0,18
F1	0,06	0,18	0,19	-0,08	-0,04
F2	0,08	0,09	0,21	-0,06	0,05
F3	-0,16	-0,21	-0,09	-0,14	-0,12
F4	-0,17	- 0,17	-0,02	-0,02	-0,36*

* $p < 0,05$

No estudo do grau de associação entre alexitimia e os sintomas psicopatológicos foram encontrados os coeficientes indicados na Tabela 4. Observando os valores verifica-se que houve correlações significantes positivas e negativas.

Averiguou-se correlação significativa entre o total da TAS e da EAS-40 (0,37), indicando, conforme o esperado, que efetivamente há associação entre o grau de alexitimia e os sintomas psicopatológicos.

O fator 1 da EAS-40 que se refere ao psicoticismo apresentou correlação significativa com o valor total da TAS ($r=0,42$). Este fator é definido como “um contínuo entre psicose e depressão com sintomas de hostilidade e idéias paranóides” (Laloni, 2001, p. 119).

Entre o valor total da TAS e o F2 da EAS-40 ($r=0,39$) verificou-se correlação significativa. O F2 da EAS-40 se refere à dimensão de obsessividade-compulsividade, o qual Laloni define como “um conjunto de sintomas, pensamentos e ações, repetidos acompanhados de desconforto nas relações interpessoais” (p.119).

Quanto ao valor total da TAS e o F3 da EAS-40 ($r=0,30$) também houve correlação significativa. Este fator corresponde à somatização, o qual foi definido como “compreendendo sintomas comuns aos transtornos somáticos e somatoformes” (Laloni, 2001, p.119). Nos transtornos somáticos e somatoformes, verifica-se a dificuldade em identificar e expressar emoções que são expressas através do corpo como “dores” ou “males”. Desta maneira, confirma-se a expectativa teórica, segundo a qual a alexitimia, se associaria com a ausência de palavras para humor e o dimensão 3 da EAS-40.

A dimensão de ansiedade (F4) da EAS-40 não apresentou correlação significativa com o total da TAS ($r=0,16$). Pode-se dizer, que este dado corrobora a expectativa teórica, pois a dificuldade de identificar as emoções, deve comprometer a percepção da ansiedade pelo indivíduo.

Entre o F4 da TAS que corresponde à habilidade de identificar emoções e F4 da EAS-40 que se refere ansiedade que é definida por um conjunto de sintomas desde a ansiedade generalizada até a ansiedade fóbica dirigida a situações ou objetos verificou-se correlação significativa negativa ($r=-0,36$), corroborando a interpretação acima e constituindo-se em mais um indicador de validade e sensibilidade dos instrumentos.

Com relação aos demais domínios da TAS e da EAS-40, os coeficientes de correlação foram próximos de zero indicando que nada pode ser dito da associação entre eles.

Com base nos resultados deste trabalho pode-se dizer que pacientes com insuficiência renal em hemodiálise apresentam altos escores de alexitimia avaliados pela TAS, independentemente das variáveis sócio demográficas. Em relação aos sintomas psicopatológicos, os domínios com maior pontuação foram especialmente relacionados à somatização e obsessividade-compulsividade; a sintomatologia psicopatológica independe do sexo, do nível de escolaridade, do estado civil, da atividade profissional, da idade. Agora quanto à hipótese diagnóstica verifica-se que os pacientes com diabetes mellitus apresentaram maiores médias que os outros dois grupos. Quanto à correlação entre estes dois aspectos, verifica-se a associação entre eles. A alexitimia se associa especialmente às dimensões psicoticismo, obsessividade compulsividade e somatização dos sintomas psicopatológicos, mas não se encontra relacionada aos sintomas ligados à ansiedade, provavelmente pela dificuldade dos indivíduos em reconhecerem esta expressão das emoções. Todavia há a necessidade de futuras pesquisas para se conhecer como estes aspectos se comportam em outras populações.

Referências

- Apfel, R. J., & Sifneos, P. (1979). Alexithymia: concept and measurement. Psychoterapy and Psychosomatics, 32, 180-190.
- Andrade, D. F. (1977). Diálise artificial. In A.A. Palouci (Org), Nefrologia (pp. 347 a 169). Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan,.

Andrade, D. F., & Araújo, J.C.O. (1982) Diálise artificial. In A.A. Palouci (org.), Nefrologia(pp. 338 a 361). Rio de Janeiro:Ed. Guanabara Koogan.

Barbosa, J.C. (1993). Compreendendo o ser doente renal crônico. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Boim, M., & Schor, N. (1998). Função renal. In N. Schor & M Srougi (coords.), Nefrologia, urologia clínica (pp.03 a 10).São Paulo: Ed. Sarvier.

Boim, M , Santos, O. F. P., & Schor, N. (1998). Insuficiência renal aguda: etiologia, diagnóstico e tratamento. In N. Schor e M. Srougi M., Nefrologia, urologia clínica.(pp. 20 a 28). São Paulo: Ed. Sarvier.

Cendoroglo, M., Sardemberg, C., & Suassuna, P. (1998). Insuficiência renal crônica: etiologia, diagnóstico e tratamento. In N. Schor e M. Srougi (coord.), Nefrologia, urologia clínica (pp. 29 a 33). São Paulo: Ed. Sarvier.

DiMatteo, M.R., Lepper, H.S. & Croghan. T.W. (2000) Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. Archives of Internal Medicine, 160, July, 24, 2101-2106.

Fava, G.A., Baldaro, B., & Osti, .R.M.A. (1980).Towards a self-rating scale for alexithymia. Psychotherapy. Psychosomatic, 34, 34-39.

Fukunishi I.(1990). Psychosomatic aspects of patients on hemodialysis. The relationship between quality of live and alexithymia. Psychotherapy. Psychosomatic, 54(4), 221-8.

Fukunishi I, Saito, S., & Ozaki, S. (1992). The influencia of defense mechanisms on secondary alexithymia in hemodialysis patients. Psychotherapy. Psychosomatic, 57 (1-2), 50-6.

Honkalampi, K., Hintikka, J., Saarinen, P., Lehtonen, J., & Viinaamaki, H. (2000). Is alexithymia a permanent feature in depressed patients? Psychotherapy and Psychosomatics, 69, 303-308.

Kleiger, J.H., & Kinsman, R.A.(1980) The development of an MMPI alexithymia scale. Psychoterapy. Psychosomatic., 34: 17-27.

Laloni, D.T (2001). Escala de avaliação de sintomas – 90 – R: adaptação, precisão e validade. Tese de doutorado não publicada, PUC-Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

Lesser, I.M. (1981). A review of the alexithymia concept. Psychosomatic. Medicine, 43 (6), 531-541.

Lima, A.F.C. (2000). O significado da hemodiálise para o paciente renal crônico: a busca por uma melhor qualidade de vida. Dissertação de mestrado não publicada, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Lima, A.F.C, & Gualda, D.M.R. (2000). Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido a hemodiálise. Nursing, 20-22, Nov.

Levenson, J.L., & Glochski, S. (1991). Psychological factors affecting end-stage renal disease. Psychosomatics, 32 (4), 382-389.

Maciel, M. J. (2005). Avaliação da alexitimia, neuriticismo e depressão em dependentes de álcool. Dissertação de Mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

McCallum, M., Piper, W.E., Ogradniczuk, J. S., & Joyce, A. S. (2003). Relationship among psychological mindedness, alexithymia and outcome in four forms of short-term psychotherapy. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 76, 133-144.

Miranda, D. (1982). Anatomia e embriologia. In A.A. Palouci (coord.), Nefrologia, (pp.1 a 14). Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan

Morrison, S.L., & Phil, R.O. (1989). Psychometrics of the Schaling-Sifneos and Toronto Alexithymia Scales. Psychoterapy. Psychosomatic, 51, 83-90.

Palombini, D.V., Manfro, R.C., & Kopstein, J. (1985). Aspectos emocionais dos pacientes em hemodiálise crônica. Revista da Associação Médica, 31(5/6), 81-4.

Paolucci A.A. (1977). A. Insuficiência renal crônica. In A.A. Paolucci, Nefrologia (pp.180 a 203). Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan.

Paolucci A.A. (1982). Insuficiência renal crônica In A.A. Paolucci., Nefrologia (pp. 155 a 193). Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan.

Piccoli, A. P. B. (2005). Qualidade de vida e alexitimia em estudantes de cursos técnicos. Dissertação de Mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

Riella, M.C. (1980). Anatomia. In M.C. Riella (Org), Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos (pp 1 a 19). Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan.

Riella, M.C (1980) Insuficiência renal crônica. In M.C. Riella(Org), Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos (pp.360 a 401). Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan.

Romão Junior, J.E., & Araújo, M.R.T. (1998). Hemodiálise. In N. Schor & M. Srougi (coord.), Nefrologia, urologia clínica (pp.37 a 41). São Paulo: Ed. Sarvier.

Saes, S.C. (1999). Alterações comportamentais em renais crônicos. Nursing, 17-19, Mai.

Santiváñez García, Y., Santiváñez García, V., & Battilana Guanilo, C.A.(1987). Transtornos emocionales más frecuentes en pacientes en hemodiálisis crónica. Diagnóstico (Peru); 19 (2), 37-45.

Sweet, J.J., Rozensky, R.H., & Tavian, S. M. (1991) Integration of Clinical Psychology into Hemodialysis Programs. In J.J Sweet, R.H. Rozensky, & S. M . Tavian, (Eds.), Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings. New York. Plenum Press.

Siegel, S. (1975). Estatística não-paramétrica. São Paulo: Mc Graw - Hill.

Sifneos, P.E., Apfel-Savitz, R., & Frankel, F.H. (1977). The phenomenon of "alexithymia". Psychotherapy. Psychosomatic, 28, 47-57.

Silva, A.F.R., & Caldeira, G. (1992). Alexitimia e pensamento operatório. A questão do afeto na psicossomática. In J. Mello Filho (Org), Psicossomática Hoje (pp. 113 a 118). Porto Alegre: Artes Médicas.

Silva, F.R.C.S. (2004). Validade Simultânea da escala de avaliação de sintomas – EAS-40 com estudantes Universitários. Projeto de pesquisa. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas (manuscrito).

Sociedade Brasileira de Nefrologia. (2002). Censo- Dezembro/2002 Censo. São Paulo. Site: www.sbn.org.br .

Taieb, O., Corcos, M., Loas, G., Speranza, M. Guilbaud, O. , Perez-Diaz, F., Halfon, O., Lang, F., Bizouard, P., Venisse, J-l., Flamet, M., & Jeammet, P. (2002). Alexithymie et dépendance à l'alcool. Annuel de Médecine Interne, 153, Suplemento ao nº 3, 1S51-1S60.

Távora, E.R.F. (1977). Fisiologia Renal. In A.A Paolucci, Nefrologia (pp. 18 a 25). Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S. A..

Távora, E.R.F. (1977). Propedêutica das nefropatias: generalidades. In A.A Paolucci, Nefrologia (pp 26 a 40). Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A.

Taylor, G.J., Ryan, D., & Bagby, R.M. (1985) Toward the development of a new self-report alexithymia scale. Psychotherapy Psychosomatic, 44, 191-199.

Tisher, C.C.E, & Modsen, K.M. (2000). Anatomy of Kidney. In Brener & Rechon, The Kidney (pp 03 a 67), (Vol 1). Ed. Barry M.Brenner.

Tombolato, M. C. R. (2005). Qualidade de vida e sintomas psicopatológicos do estudante universitário trabalhador. Dissertação de Mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

Yoshida, E.M.P. (2000). Toronto Alexithya Scale – TAS: Precisão e Validade da versão em Português. Psicologia: Teoria e Prática, 2 (1), 59-74.

Yoshida, E.M. P. (2004). Validade da versão em português da Toronto Alexitimia Scale- TAS com população clínica. Projeto de pesquisa. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas (manuscrito).

Ficha de Identificação

Idade: _____ Data: _____

Sexo: _____

Data de Nascimento: _____

Anexo

Estado Civil: _____

Você trabalha? () Não () Sim Se sim, qual o período? _____

Você estuda? () Não () Sim

Escolaridade: _____

Diagnóstico: _____

Causa da IRC: _____

Tempo de diagnóstico: _____

Tempo de tratamento em hemodiálise: _____

Necessidade de medicação? () Não () Sim Se sim, qual (is)? _____

Outras Doenças: _____

Anexo B

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa que você está sendo solicitado a participar visa avaliar alexitimia e sintomas psicopatológicos para conhecer estas características nos pacientes com insuficiência renal crônica do Hospital e Maternidade Celso Pierro. Alexitimia corresponde à dificuldade de expressar emoções e afetos e os sintomas psicopatológicos são indicadores de que a pessoa pode apresentar algum tipo de problema psicológico.

A pesquisa está sendo realizada pela psicóloga Ana Paula Ferrari Pregnotatto, aluna de mestrado em Psicologia Clínica do Instituto de Pós Graduação em Psicologia da PUC-Campinas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da PUC-Campinas, telefone: (19) 3729-8303.

Nesta pesquisa você responderá a dois testes, sendo o primeiro teste a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) e o segundo a Escala de Avaliação de Sintomas (EAS-40).

A aplicação dos testes será feita pela própria aluna.

Todos os dados que você fornecer serão tratados com a máxima confidencialidade pela pesquisadora. Em nenhum momento seu nome será vinculado às suas respostas. Todos os dados serão apresentados em termos de grupos. Se você tiver interesse, poderá solicitar à aluna que seja marcado um horário para conversar sobre os resultados dos seus testes.

Saiba que sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária e que você é totalmente livre para abandoná-la a qualquer momento sem nenhuma penalidade por isto. Além disto, você poderá solicitar que se retire dela qualquer contribuição que você já tenha eventualmente prestado.

Ana Paula Ferrari Pregnotatto
Psicóloga Clínica e mestranda
Tel: (19)32438855 – Cel: (19)91039611

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: _____

Assinatura: _____

Data: _____