

Adesão terapêutica e a doença crônica não transmissível

Therapeutic adherence and non-transmissible chronic illness

Alessandra Quadrado¹

Tânia Rudnicki²

Curso Psicologia, Ulbra

Resumo

Estudo exploratório-descritivo realizado com o objetivo de avaliar, através do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL), os fatores estressores entre quinze enfermos crônicos durante período de hospitalização em Hospital particular, Porto Alegre/RS. Em relação à enfermidade, 40% eram renais crônicos e se encontravam em tratamento de hemodiálise; 33% laringectomizados e 27% pacientes hematológicos. Do total, 73,3% apresentou sintomas de estresse, sendo que os hemodializados pontuaram 83,3%; os hematológicos 75% e, os laringectomizados 60%. No que se refere ao sexo, o percentual maior é de pacientes do sexo masculino (55,6%) e, 33% mulheres, sendo que a fase de resistência é o que predomina entre ambos.

Palavras-chave: Doente crônico; Sintomas de estresse; Hospitalização.

Abstract

This exploratory-descriptive study aimed to evaluate, through the Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL) stressors between fifteen chronically ill during hospitalization in particular Hospital, Porto Alegre / RS. In relation to the disease, 40% were chronic renal failure undergoing dialysis treatment, 33% and 27% total laryngectomy patients with hematological diseases. Of the total, 73.3% showed symptoms of stress, and the hemodialysis scored 83.3%, 75% of hematological and the laryngectomized 60%. With regard to sex, the greater percentage of male patients (55.6%) and 33% female, with the phase of resistance is predominant among them.

Keywords: Chronic Illness; Symptoms of stress; Hospitalization.

Introdução

Na área da saúde, alguns estudos vêm realizando importantes avanços na identificação de necessidades associadas a doenças crônicas como, problemas psicofisiológicos, sintomas médicos persistentes, sendo desenvolvidas avaliações válidas para medir resultados clínicos em várias culturas.

¹ Psicóloga. Egressa, Curso Psicologia, Ulbra, Canoas/RS.

² Psicóloga. Professora, Curso Psicologia, Ulbra, Canoas/RS.

Algumas das áreas examinadas falam da importância do sexo; da idade; da diversidade racial e étnica, a partir das mais variadas intervenções. O estudo de Nicassio, Meyerowitz e Kerns (2004) fazem referência à adaptação de tratamentos psicológicos, como intervenções destinadas a melhorar comportamentos de educação para a saúde, redução de estresse, bloqueio emocional, auto-regulação e auto-eficácia.

A doença crônica é incurável e de origem não contagiosa, caracterizada por um longo período de latência, curso prolongado, provocando incapacitação e com alguns fatores de risco bem conhecidos. Como a maioria das doenças crônicas é associada ou causada por uma combinação de fatores sociais, culturais, ambientais e comportamentais (McQueen, 2007).

Fatores de influência na doença, como sua duração; ambiente cultural; a própria pessoa, entre outros, são importantes e devem ser considerados como moderadores no desenvolvimento de variadas intervenções (Almeida, 2003; Coelho, Moysés Neto, Palhares, Cardoso, Geleilete, Nobre, 2005; Rocha, Moreira, Cipriano, 2007).

A utilização de diferentes técnicas de divulgação de informação e de promoção da adesão ao cumprimento terapêutico, aliadas a participação de diferentes profissionais no cuidado ao enfermo; na prevenção de complicações e de doenças, como na promoção da saúde, têm sido destacadas pela literatura. No entanto, sua efetiva implementação requer mudanças comportamentais e culturais importantes por parte dos diferentes atores envolvido neste processo (Fonseca, Mendonça, Nogueira & Marcon, 2000).

A adesão do enfermo ao tratamento depende de suas características, da doença e do regime terapêutico. O comportamento de saúde é determinado pela percepção do paciente sobre a sua susceptibilidade a doença, os benefícios e as barreiras ao tratamento. Para alguns deles, o número de medicamentos e a frequência de administração refletem a gravidade da doença (Ramalhinho, 1995).

Estresse é qualquer situação na qual uma demanda não específica exige que o indivíduo reaja e tome uma atitude. É uma situação tensa, fisiológica e/ou psicológica, que pode afetar a pessoa em todas as dimensões, principalmente no caso de uma doença orgânica. A resposta ao estresse é influenciada pela intensidade, duração e âmbito do estressor, além do número de estressores presentes no momento. Estes são definidos como estímulos precedentes ou precipitantes de mudança e podem ser classificados em internos, aqueles que se originam dentro da pessoa, como uma febre; ou externos aqueles que se originam fora da pessoa, como mudanças ambientais ou nas relações sociais (Góis & Dantas, 2004).

O estresse, quando persistente e exagerado, poderá ser danoso à saúde do indivíduo. Ele pode ser de natureza física, psicológica ou social, podendo desencadear um conjunto de reações fisiológicas, inclusive agravar uma patologia já existente, ou facilitar o seu aparecimento, desde que o indivíduo tenha uma predisponibilidade a desenvolver tal patologia (Castro & Scatena, 2004).

O presente artigo tem como objetivo avaliar fatores estressores de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis durante o período de hospitalização, assim como identificar os principais componentes do estresse relacionando-os a três enfermidades crônicas: renal crônico em tratamento de hemodiálise; hematológicos e laringectomizados.

Método

Este estudo trata de uma pesquisa exploratória de tipo descritiva que buscou verificar características dos participantes utilizando instrumento específico que aponta as fases do estresse. Participaram deste estudo quinze (15) pacientes com doença crônica não transmissível; hemodializados (40%); laringectomizados (33%) e hematológicos (27%), de ambos os sexos, internados em Hospital particular/RS. Os critérios utilizados para a inclusão foram ter idade superior a 18 anos; estar consciente, alerta e bem informado aceitar e participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumento

Foi utilizado o Inventário de Sintomas de Stress para adultos (ISSL) elaborado e validado por Lipp (1994), que tem sido utilizado em várias pesquisas e trabalhos clínicos na área do estresse (Pafaro, 2002). O referido instrumento permite avaliar nível de estresse, a fase em que se encontra e, se o estresse se manifesta por meio de sintomatologia na área física ou psicológica.

O ISSL é composto por três quadros que se referem as quatro fases do estresse, divididos de forma temporal em sintomas das: 24 horas (fase de alarme); última semana (fase de resistência e quase - exaustão) e último mês (fase de exaustão). A sintomatologia é dividida em física e psicológica, correspondentes às manifestações mais frequentes do estresse sentidas pelos sujeitos que vivenciam uma situação potencialmente estressora (Lipp, 2000). O diagnóstico positivo é dado a partir da soma dos sintomas de cada quadro do inventário, sendo que ao atingir o número limite para uma fase específica, concebe-se que o

sujeito apresenta estresse, esclarecendo qual a fase que ele se encontra e se pode estar evoluindo para estágios mais graves do estresse.

Procedimentos

A pesquisa obedeceu aos critérios éticos estabelecidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, garantido o sigilo bem como respeitando as normas de biossegurança. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Luterana do Brasil, sendo todos os sujeitos da pesquisa esclarecidos com relação aos procedimentos a serem realizados.

A aplicação do instrumento ocorreu durante os meses de setembro e outubro/2008; após a coleta de dados foram armazenados e analisados pelo programa *SPSS for Windows* (Versão 9.0) sendo os dados do ISSL analisado conforme orientação da autora.

Resultados e Discussão

Os resultados, no que se referem a variáveis sócio-demográficas foram distribuídas entre idade, sexo, doença crônica não transmissível, presença ou não de estresse, fase em que se encontra e os sintomas mais predominantes. Do total de 15 participantes, 60% são homens e 40% são mulheres. A idade variou entre 31 e 70 anos (60%). Em relação à enfermidade crônica, 40% são pacientes em tratamento de hemodiálise; 33% laringectomizados e 27% pacientes hematológicos. Do total, 73,3% apresenta estresse, sendo que os hemodializados pontuaram 83,3% de estresse, os hematológicos 75%, e os laringectomizados, 60%.

Entende-se o maior nível de estresse entre os hemodializados tendo em vista que a insuficiência renal crônica (IRC) é uma doença que vem crescendo significativamente e tem como co-responsáveis o aumento da incidência de hipertensão arterial sistêmica; diabetes melittus, neoplasias de próstata e colo de útero. Muitas pessoas desenvolvem a insuficiência renal pela falta de acompanhamento adequado e detecção precoce dessas doenças (Daugirdas, 2003).

O fator mais relevante diz respeito a própria doença e o tratamento. O paciente renal passa por graves mudanças na vida social, no trabalho, nos hábitos alimentares e na vida sexual, acarretando alterações na sua integridade física e emocional. Diante da doença, o

indivíduo sente-se ameaçado, inseguro por saber que sua vida vai ser modificada por causado tratamento (Rudnicki, 2006).

Quanto aos laringectomizados, podemos pensar, já que o câncer de laringe é uma doença que traz alterações físicas no próprio rosto, acarretando intensas emoções; causando transtornos para sua vida. É um tema que, apesar do grande avanço tecnológico precisa ser mais explorado quanto à assistência de enfermagem, alterações físicas e emocionais, estando inserido dentro de um contexto entendido pela sociedade como sinônimo de sofrimento e morte (Anders & Boemer, 1995).

É comum a associação do câncer hematológico com doença fatal, vergonhosa e comumente considerada como sinônimo de morte, o que contribui para que as pessoas mantenham sentimentos exclusivamente pessimistas sobre a doença (Ministério da Saúde, 1995).

Apesar dos avanços obtidos no conhecimento sobre esta patologia e seu tratamento, o simples fato de se utilizar à palavra câncer para designar um conjunto de patologias tumorais já indica a necessidade da integração entre os vértices psicológico e médico, pois se observa enorme conteúdo emocional ligado à idéia câncer (Ferreira, 1996).

Todo esse contexto da doença propriamente dita e do tratamento podem gerar estresse, trazendo sinais e sintomas como: apatia, depressão, desânimo, sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, raiva, ansiedade, irritabilidade (Lazarus & Folkman, 1984).

Tabela 1. Distribuição percentual da amostra por Doença e por Fase de Estresse.

Doença \ Fase	Fase			Total (%)
	Hemodiálise(%)	Hematologia(%)	Laringectomizados(%)	
Sem estresse	16,7	25,0	40,0	26,7
Alerta	16,7		20,0	6,7
Exaustão				6,7
Quase exaustão	16,7	25,0		13,3
Resistência	50,0	50,0	40,0	46,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Considerando a fase do estresse (Tabela 1) em que se encontrou o paciente renal em tratamento de hemodiálise e os hematológicos, predominou a Fase de Resistência (50%);

entre os laringectomizados, 40%. Em relação à fase de Quase Exaustão encontramos 25% entre os pacientes hematológicos.

O manejo da doença crônica também é caracterizado pela extensiva responsabilidade que envolve os pacientes. O envolvimento do paciente no seu cuidado é denominado autocuidado e tem sido definido como a habilidade do indivíduo no manejo dos sintomas, tratamento, conseqüências físicas e psicológicas e mudanças no estilo de vida inerentes a viver com uma condição crônica (Newman, Steed & Mulligan , 2004).

Infelizmente, para muitos indivíduos, o autocuidado adequado é difícil de ser atingido, como é demonstrado por reduzidas cifras de adesão ao tratamento, diminuição na qualidade de vida e no bem-estar psicológico entre os participantes deste estudo, que são freqüentemente relatadas nas doenças crônicas.

Estratégias têm sido desenvolvidas para aumentar o envolvimento dos pacientes em seus tratamentos (Newman, Steed & Mulligan, 2004). Algumas focalizam na prevenção de crises, reconhecendo e evitando os fatores desencadeantes, monitorização dos sintomas, ajuste e adesão às medicações, enquanto outras estratégias tendem a ser mais diversas, focalizando em assuntos como mudanças de estilo de vida e manejo do estresse.

O câncer hematológico é uma doença identificada com a morte, havendo muitas fantasias relacionadas a ela, não sendo claro o seu entendimento. Por isso há diversas explicações, voltadas para o plano psicológico e espiritual, no sentido de se entender as formas enfrentamento. Dentre os pacientes hematológicos (50%) se encontram na Fase de Resistência e 25% na Fase de Quase Exaustão onde o próprio tratamento pode ser entendido como uma ameaça, visto que pode afastar o indivíduo do convívio social, pelas freqüentes internações, levando muitas vezes ao abandono de parentes e amigos. A descoberta da doença e o tratamento podem gerar traumas emocionais, detectados sob a forma de depressão, melancolia, solidão, retraimento, desesperança, revolta, idéias de suicídio, entre outros. Os pacientes podem adotar uma postura fatalista ou se tornarem sugestionáveis em relação à cura (Ministério da Saúde, 1995).

Os pacientes laringectomizados (40%) se encontram na Fase de Resistência (tabela1) onde o câncer de laringe, como uma neoplasia comum de cabeça e pescoço, representa cerca de 25% dos tumores malignos desta região, pode ser, também, considerado doença rara, já que a sua incidência equivale a aproximadamente 1% de todas as lesões malignas do organismo humano (DeVita, Hellmann, Rosemberg, Noronha & Dias, 1997). Justifica-se a

fase pelo tipo de tratamento de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, incluindo o câncer de laringe, que frequentemente necessita de cirurgia, radiação e quimioterapia associadas ou não, implicando muitas vezes em procedimentos agressivos e em um período de cuidados prolongado (List, Rudtheford, Stacks, Haraf, Kies, & Vokes, 2002). O renal crônico enfrenta situações complexas inerentes a cronicidade da doença e à complexidade do tratamento. Os pacientes hemodializados (50%) se encontram na Fase de Resistência sendo que esse paciente luta diariamente pela sobrevivência e o bem-estar físico, mental e social, que representam dimensões dinâmicas e integradas do processo saúde-doença.

Nesse sentido, a doença renal traz impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde. Esta constatação é confirmada mediante os avanços tecnológicos e terapêuticos na área de diálise que possibilitam aumento de sobrevivência dos renais crônicos, porém, sem lhes possibilitar o retorno à vida em relação aos aspectos qualitativos (Unruh, 2003).

Tabela 2. Distribuição da amostra por Doença e por Sintomas de Estresse

Doença / Sintomas	Hemodiálise (%)	Hematologia (%)	Laringectomizados (%)	Total (%)
Sem estresse	16,7	25,0	40,0	26,7
Físico	50,0		20,0	26,7
Físico e Psicológico		25,0	20,0	13,3
Físicos	16,7		20,0	13,3
Psicológico	16,7	50,0		20,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Quanto aos sintomas (Tabela 2), os hemodializados aparecem com 50% de sintomas físicos; os hematológicos com 50% de sintomas psicológicos, e os laringectomizados, com 20% físicos. Os hematológicos mostram sintomas físicos e psicológicos (25%). Pode-se pensar que, pelo enfermo renal crônico necessitar, para sobreviver, realizar uma terapia substitutiva, neste caso, a hemodiálise, como alternativa para manter suas funções vitais, circunstância que deve ocorrer durante todo o curso da doença, ou enquanto aguarda pelo transplante renal, seja o fator preponderante pelo nível de estresse que apareceu no grupo (Rudnicki, 2007).

O que predomina nos pacientes em hemodiálise (Tabela 2) são os sintomas físicos (50%). Acredita-se que por esses pacientes na sua maioria utilizarem a máquina três vezes por semana, durante quatro horas diárias, isso lhe causa um desconforto físico intenso.

A hemodiálise é um tratamento substitutivo da função renal, utilizado para remover líquidos e produtos do metabolismo do corpo quando os rins são incapazes de fazê-lo (Wright & Grenyer, 1999; Riella, 2000). Por esse motivo, muitas vezes perdem seus empregos, tendo que se reorganizar para uma outra atividade ou viver da aposentadoria, precisando reconhecer a gravidade da doença e do tratamento; suas conseqüências, como: efeito do tratamento, limites nos hábitos alimentares e na vida social, dentre outras situações adversas que provocam medo, dúvidas e insegurança quanto à cura e à possibilidade de viver.

Os pacientes hematológicos apresentam 50% de sintomas psicológicos (Tabela 2). O câncer hematológico é uma doença que provoca grande impacto psicológico, pois representa uma caminhada dolorosa e progressiva para a mutilação e a morte. A atitude do paciente frente ao câncer tem influência de fatores culturais, étnicos, sociais, econômicos, educacionais dentre outros (Fundação Onocentro, 1998).

A grande maioria dos pacientes portadores de câncer de laringe apresentará algum sintoma de estresse emocional, especialmente no momento do diagnóstico. Com frequência são observados sentimentos de choque ou de descrença, seguidos por período turbulento no qual são aparentes sintomas como ansiedade, tristeza, irritabilidade, alteração do sono e mudança de apetite. Como 20% destes pacientes apresentam sintomas físicos, acredita-se que seja difícil conviver com uma alteração no esquema corporal, uma mutilação. Esses pacientes podem ser acometidos por uma série de receios, incluindo a incapacitação, a perda do estatus social, de alteração na imagem corporal e de dependência ou de perda de controle (Croyle & Rowland, 2003).

Tabela 3. Distribuição da amostra por sexo X fase do estresse.

Sexo / Fase	Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)
Sem Estresse	22,2	33,3	26,7
Alerta	11,1		6,7
Exaustão		16,7	6,7
Quase exaustão	11,1	16,7	13,3
Resistência	55,6	33,3	46,7
Total	100,0	100,0	100,0

No sexo feminino, os sintomas físicos aparecem com 50%. Na fase em que se encontram os pacientes, entre os homens (55,6%) e as mulheres (33,3%) predomina a Fase de Resistência ao estresse (Tabela 3)

O estresse e as repercussões que pode causar na vida das pessoas deve ser analisado em um contexto multicausal, assim como todo processo de adoecimento pode ser compreendido. Quando o estressor causa problemas significativos na vida do enfermo, as diferenças individuais referentes à vulnerabilidade orgânica e à forma de avaliar e enfrentar a situação inadequadamente contribuem para seu desequilíbrio (Silva, Muller & Bonamigo, 2006).

A fase de resistência em que se encontram as maiorias dos participantes pode levar-nos a pensar que existe uma tentativa automática de manter a homeostase interna. Se os fatores estressantes persistirem em frequência ou intensidade poderá haver uma quebra da resistência, podendo o paciente passar para uma fase mais grave de estresse (Lipp, 2000).

No que se refere ao sexo, o presente estudo mostra um percentual maior de pacientes do sexo masculino (55,6%) (Tabela 3) do que no sexo feminino (33,3%), onde o que predomina é a Fase de Resistência. Desta forma pode-se pensar que o organismo tenta uma adaptação devido à sua tendência a procurar a homeostase interna (Lipp & Malagris, 2001).

Isso nos leva a considerar, que os participantes do sexo masculino tendem a enfrentar o momento de hospitalização de forma diferenciada, seus sentimentos onipotentes estão abalados, devido a imposições do ambiente hospitalar, como dependência e falta de privacidade, justificando os dados levantados.

As mulheres se encontram com 16,7% na Fase de Quase Exaustão (Tabela 3), onde há o surgimento de patologias graves mostrando que o organismo não mais consegue resistir à ação contínua do estressor, dando espaço para que a fase de exaustão seja instalada (Lipp, 2000).

Considerações Finais

Sabemos das limitações do presente estudo pelo reduzido número de participantes. Novas pesquisas precisam ser realizadas com o objetivo de identificar possíveis variáveis psicológicas que interferem na adesão de enfermos crônicos ao tratamento, onde cada paciente tem um modo particular de enfrentar sua doença e o tratamento.

O estudo mostra que os homens tendem a enfrentar o momento de hospitalização de forma diferenciada em relação ao estresse e, apesar das dificuldades encontradas na execução deste estudo, tendo em vista o reduzido número de participantes, esse tipo de trabalho pode

auxiliar enfermos crônicos a se conhecerem melhor e a procurar o tratamento devido, e conseqüentemente auxiliar em sua busca pela qualidade de vida.

Referências

- Anders J.C, Boemer M.R. (1995). O contexto de um setor de radioterapia sob a perspectiva da literatura. *Revista Gaúcha de enfermagem*, 16(1/2), 88-93.
- Castro, A.P, & Scatena, M.C.M. (2004). Manifestação emocional de estresse do paciente hipertenso. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(6), 859-65.
- Coelho, E.B., Neto, M.M., Palhares, R., Cardoso, M.C..M., Geleilate, T.J.M., & Nobre, F. (2005). Relação entre Assiduidade as Consultas Ambulatoriais e o Controle de Pressão Arterial em Pacientes Hipertensos *Arquivos Brasileiro de Cardiologia*, 85(3), 234-238.
- Crowle, R.T. ;Rowland,J.H.(2003). Mood Disorders and Cancer : a National Cancer Institute Perspective. *Biological Psychiatry*, 54, 191-4.
- Daurgirdas, J.T. (2003). *Manual de diálise*. 3. ed. Minas Gerais: Medse.
- Devita, V. T. J.; Hellmann, S. & Rosemberg, S. A.,(1997). *Cancer: Principles & Practice of Oncology*.Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Noronha, M. J. R. & Dias, F. L., (1997). Epidemiologia-Etiopatologia e fatores etiológicos do câncer da laringe – Potencial para quimioprevenção. (pp. 4- 7). Em M. J. R. Noronha, F. L. Dias, (org.). *Câncer da Laringe: Uma Abordagem Multidisciplinar* Rio de Janeiro: Revinter.
- Ferreira, N.M.L.A. (1996). O câncer e o doente oncológico segundo a visão dos enfermeiros. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 42(3): 161-70.4.
- Fundação Oncocentro (SP) (1998). *Manual de oncologia clínica*. São Paulo: Springer-Verlag.
- Fonseca, A.R.O., Mendonça, F.F, Nogueira, L. A, & Marcon, S.S (2000). *Impacto da Doença Crônica no Cotidiano Familiar*.
- Góis, C.F.L, & Dantas, R.A.S. (2004). Estressores em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(1), 22-27.
- Lazarus, RS, Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. NewYork (USA): Springer Publishing
- Lipp, M.E.N. (2002). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para adultos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M.E.N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp*. Sao Paulo: Casa do Psicologo.

- Lipp, M.E.N., & Malagris, L.N (2001). *O Stress Emocional e seu tratamento*. Em Bernard Rangé (org). São Paulo: Artes Médicas.
- Lipp, M.E.N., & Guevara, A.J.H (1994). *Validação Empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS)*. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 43-9.
- List, M. A.; Rutherford, J. L.; Stacks, J.; Haraf, D.; Kies, M. S., & Vokes, E. E. (2002). *An Exploration of the Pretreatment Coping Strategies of Patients with Carcinoma of the Head and Neck*. *American Cancer Society*, 1 (95), 98-104.
- Ministério da Saúde (BR) (1995). *Ações de enfermagem para o controle do câncer*. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde.
- Newman, S., Steed, L., & Mulligan, K. (2004). Self- management interventions for chronic illness. *Lancet*, 364 (9444), 1523-37.
- Nicassio, P. M., Meyerowitz, B. E., & Kerns, R. D. (2004). The Future of Health Psychology. *Health Psychology*, 23(2), 132-137.
- Pafaro, R.C. (2002). *Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas*. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas.
- Ramalhinho, I.M.P.S. (1995). *Adesão à terapêutica farmacológica*. *Revista Portuguesa de Farmacologia*, 45(4), 141-146.
- Riella, M.C. (2000). *Princípios de nefrologia e distúrbios hidro-eletrolítico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Rocha, P.A, Moreira, R.M.M., & Cipriano, S.L (2007). *Verificação do Perfil Farmacoterapêutico e Avaliação de Aderência ao Tratamento de Pacientes Idosos Obesos Após Intervenção Farmacêutica*. *Revista da Sociedade de Cardiologia*, 17 (supl.3 a), 14-20.
- Rudnicki, T. (2006). Sol de invierno: aspectos emocionales del paciente renal crónico. *Diversitas: perspectivas en Psicología*, 2(2), 279-288.
- Rudnicki, T. (2007). Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. *Estudos de Psicologia*, 24(3), 343-351.
- Silva, J.D.T., Muller, M.C., & Bonamigo, R.R. (2006). Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. *Revista Brasileira de Dermatologia*, 81(2), 143-149.
- Unruh, M.I. (2003). Sleep quality and clinical correlates in patients on maintenance dialysis. *Clinical of Nephrology*, 59, (4), 280-288.
- Wright, Y., & Grenyer, B.F.S. (1999). The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patients and their partners. *Journal of Advertising Nursing*, 30 (1), 312-320.