



escola superior de  
enfermagem  
de coimbra

---

**IX CURSO DE MESTRADO EM  
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**ADESÃO TERAPÊUTICA DAS PESSOAS DOENTES RENAIIS CRÓNICAS  
EM PROGRAMA REGULAR DE HEMODIÁLISE**

Hélia José Trindade Ascenso

Coimbra, fevereiro de 2021





escola superior de  
enfermagem  
de coimbra

---

**IX CURSO DE MESTRADO EM  
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**ADESÃO TERAPÊUTICA DAS PESSOAS DOENTES RENAIS CRÓNICAS  
EM PROGRAMA REGULAR DE HEMODIÁLISE**

Hélia José Trindade Ascenso

Orientador: Professor Doutor Pedro Miguel Lopes de Sousa

Co-Orientadora: Professora Doutora Maria Isabel Domingues Fernandes

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, fevereiro de 2021



Nunca deixe que lhe digam que não vale a pena acreditar no sonho que se tem, ou que seus planos nunca vão dar certo, ou que você nunca vai ser alguém... quem acredita sempre alcança. (Renato Russo)

No início foi um sonho. Durante foi perseverança. Hoje é realidade e realização.



## DEDICATÓRIA

A todos aqueles que me acompanharam ao longo desta etapa.

A todos aqueles que me apoiaram incondicionalmente.

A todos aqueles que acreditam em mim.

Em memória da avó Lurdes ... “espero que te sintas orgulhosa de mim onde quer que estejas...”

A todos que à sua maneira contribuíram para a realização deste trabalho.



## **AGRADECIMENTOS**

Aos professores que me acompanharam nesta caminhada, Professora Doutora Isabel Fernandes e Professor Pedro Sousa pela orientação, confiança, sugestões, conselhos e ilimitada disponibilidade e compreensão. Agradeço por terem confiado que seria capaz de levar a bom rumo este desafio.

A todos os participantes e demais pessoas com doença renal crónica em tratamento de hemodiálise que contatei durante este percurso, agradeço a sua vontade em participar e o terem compreendido o contributo deste trabalho para a compreensão da sua doença e do seu tratamento.

A todos os colegas e amigos que de forma direta ou indireta participaram e tornaram possível este projeto de vida e que sofreram silenciosamente com a minha ausência. Todos acreditaram e acreditam que poderemos fazer mais e melhor.

A todos os que se cruzaram no meu caminho e que me apoiaram em momentos de descrença e quase abandono deste caminho, que somente foi facilitado pela vossa presença e apoio.

Um agradecimento sem fim ao amigo, companheiro e namorado, que é o meu pilar e que está e vai lá estar sempre, independentemente do que virá.

A todos um muito sincero Obrigado!



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AV** – Acesso Vascular

**CKD** – *Chronic Kidney Disease*

**CVC** – Cateter Venoso Central

**DC** – Doença Crónica

**DGS** – Direção-Geral de Saúde

**DRC** – Doença Renal Crónica

**DRCT** – Doença Renal Crónica Terminal

**FAV** – Fístula Arteriovenosa

**HD** – Hemodiálise

**HDF** – Hemodiafiltração

**HTA** – Hipertensão Arterial

**ICN** – *International Council of Nurses*

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**p.** – página

**PESRD-AQ** – *Portuguese End-Stage Renal Disease Questionnaire*

**pmp** – milhão por população

**RL** – Revisão da Literatura

**RT** – Regime Terapêutico

**SPN** – Sociedade Portuguesa Nefrologia

**TFG** – Taxa de Filtração Glomerular

**TSFR** – Técnicas de Substituição da Função Renal

**UF** – Ultrafiltração

**WHO** – *World Health Organization*



## RESUMO

A Doença Renal Crónica (DRC) é considerada um problema de saúde pública a nível mundial. O culminar no estadio 5, implica uma Técnica de Substituição da Função Renal para manutenção de vida, sendo a hemodiálise (HD) a mais comum. A adesão ao tratamento é decisiva na redução de complicações intradialíticas, manutenção do bem-estar físico, social e psicológico e na redução da mortalidade e comorbilidades.

São objetivos da investigação, avaliar a adesão ao regime terapêutico da pessoa com DRC em programa regular de Hemodiálise e identificar os factores que influenciam a adesão ao regime terapêutico, em programa regular de Hemodiálise. Realizou-se um estudo descritivo-correlacional e transversal de natureza quantitativa onde participaram 87 pessoas com DRC em programa regular de HD numa clínica de diálise da região centro, com idade média de 69,44, sendo 64,4% do sexo masculino.

Para a colheita de dados recorreu-se à elaboração de um questionário, que incluiu variáveis sociodemográficas, clínicas e variáveis relacionadas com o regime nutricional. Aplicou-se o *Portuguese End-Stage Renal Disease Questionnaire* (PESRD-AQ) que permitiu avaliar a adesão terapêutica.

Os resultados revelaram, quanto ao índice total de adesão terapêutica, uma prevalência de 88,5% de não adesão e 11,5% de adesão. As habilitações literárias, o local de residência e o nível de conhecimento sobre a sua doença renal foram preditivos de melhor adesão ao regime terapêutico da pessoa com DRC em programa regular de hemodiálise.

Concluiu-se que a intervenção dos enfermeiros na promoção da adesão é de extrema importância. A promoção de comportamentos de adesão, constitui uma necessidade e uma excelente oportunidade de desenvolvimento de cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Doença Renal Crónica, Hemodiálise, Adesão, Regime terapêutico, Enfermagem



## **ABSTRACT**

Chronic Kidney Disease (CKD) is currently considered a public health problem worldwide. The culmination in stage 5 implies a Renal Function Replacement Technique for maintaining life, with hemodialysis (HD) being the most common. Adherence to treatment is decisive in reducing intradialytic complications, maintaining physical, social and psychological well-being, and in reducing mortality and comorbidities.

The objectives of the study are to assess adherence to the therapeutic regime of people with CKD in a regular Hemodialysis program and to identify the factors that influence adherence to the therapeutic regimen in a regular Hemodialysis program. A descriptive-correlational and cross-sectional study of a quantitative nature was carried out, involving 87 people with CKD in a regular HD program in a dialysis clinic in the central region, with an average age of 69.44, 64.4% of whom were male.

For data collection a questionnaire was used, which included sociodemographic, clinical and variables related to the nutritional regime. The Portuguese End-Stage Renal Disease Questionnaire (PESRD-AQ) was applied to assess therapeutic adherence.

The results revealed, regarding the total index of therapeutic adherence, a prevalence of 88.5% of non-adherence and 11.5% of adherence. The educational qualifications, the place of residence and the level of knowledge about their kidney disease were predictive of better adherence to the therapeutic regimen of the person with CKD in a regular hemodialysis program.

It was concluded that the nurses' intervention in promoting adherence is extremely important. The promotion of adherence behaviours is a necessity and an excellent opportunity to develop nursing care.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Hemodialysis, Adherence, Therapeutic regime, Nursing



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Classificação da DRC.....	28
<b>Tabela 2</b> – Factores potenciais de adesão.....	37
<b>Tabela 3</b> – Artigos selecionados na revisão literária.....	38
<b>Tabela 4</b> – Factores que interferem na adesão ao RT, de acordo com a revisão literária.....	40
<b>Tabela 5</b> – Tipos de intervenções para aumentar a adesão à terapêutica - intervenções educacionais.....	44
<b>Tabela 6</b> – Tipos de intervenções para aumentar a adesão à terapêutica – intervenções comportamentais.....	44
<b>Tabela 7</b> – Resultados do teste de normalidade para a escala de adesão terapêutica (PESRD-AQ).....	57
<b>Tabela 8</b> – Distribuição dos indivíduos segundo o sexo, a idade e as habilitações literárias.....	60
<b>Tabela 9</b> – Distribuição dos indivíduos segundo o agregado familiar, local de residência, situação laboral e condições económicas.....	61
<b>Tabela 10</b> – Distribuição dos indivíduos segundo a distância domicílio/CD, transporte e acompanhamento na diálise.....	62
<b>Tabela 11</b> – Distribuição dos indivíduos segundo os meses, dias da semana e tempo por sessão de diálise.....	63
<b>Tabela 12</b> – Distribuição dos indivíduos segundo se realizaram diálise peritoneal e transplantação renal.....	63
<b>Tabela 13</b> – Frequência das causas da doença renal.....	64
<b>Tabela 14</b> – Frequência das doenças associadas a DRC.....	64
<b>Tabela 15</b> – Distribuição dos indivíduos segundo os conhecimentos sobre a doença.....	65
<b>Tabela 16</b> – Distribuição dos indivíduos segundo a sua perceção da interação com o profissional de saúde.....	66
<b>Tabela 17</b> – Estatística descritiva referente à adesão terapêutica.....	67
<b>Tabela 18</b> – Distribuição dos indivíduos segundo a adesão terapêutica.....	67
<b>Tabela 19</b> – Distribuição dos indivíduos segundo a sua perceção da importância e da razão de seguir o seu esquema de hemodiálise.....	68
<b>Tabela 20</b> – Distribuição dos indivíduos segundo a sua perceção da importância e da razão de tomar a medicação corretamente.....	68

<b>Tabela 21</b> – Distribuição dos indivíduos segundo a sua percepção da importância e da razão de limitar a ingestão de líquidos .....	69
<b>Tabela 22</b> – Distribuição dos indivíduos segundo a sua percepção da importância e da razão do cuidado com a alimentação.....	70
<b>Tabela 23</b> – Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de <i>Spearman</i> , a idade, e a adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DRC em programa regular de HD .....	71
<b>Tabela 24</b> – Resultado da aplicação do teste de <i>Mann-Whitney</i> , relativamente ao sexo, e à adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DRC em programa regular de HD .....	72
<b>Tabela 25</b> – Resultado da aplicação do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> , relativamente as habilitações literárias e a adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DRC em programa regular de HD .....	72
<b>Tabela 26</b> – Resultado da aplicação do teste de <i>Mann-Whitney</i> , relativamente ao local de residência e a adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DRC em programa regular de HD .....	73
<b>Tabela 27</b> – Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de <i>Spearman</i> , aos níveis de conhecimentos sobre a doença renal e a adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DRC em programa regular de HD.....	74
<b>Tabela 28</b> – Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de <i>Spearman</i> , ao tempo de permanência em hemodiálise e a adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DRC em programa regular de HD .....	74

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b> .....	<b>25</b>
<b>1 – A PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA</b> .....	<b>27</b>
1.1 – A DOENÇA RENAL CRÓNICA .....	28
1.2 – TÉCNICAS DE SUBSTITUIÇÃO DA FUNÇÃO RENAL .....	29
<b>1.2.1 – Acessos Vasculares para Hemodiálise</b> .....	<b>31</b>
1.3 – O REGIME TERAPÊUTICO: IMPLICAÇÕES NOS HÁBITOS DE VIDA .....	32
<b>2 – ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA PESSOA EM HEMODIÁLISE</b> .....	<b>35</b>
2.1 – CONCEITO DE ADESÃO .....	35
2.2 – FACTORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO .....	36
2.3 – ADESÃO DO DOENTE RENAL CRÓNICO AO REGIME TERAPÊUTICO – UMA REVISÃO DA LITERATURA .....	37
2.4 – INTERVENÇÕES PARA PROMOVER A ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO .....	43
<b>II – ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	<b>47</b>
<b>1 – METODOLOGIA</b> .....	<b>49</b>
1.1 – PROBLEMÁTICA EM INVESTIGAÇÃO .....	49
1.2 – OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO .....	51
1.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	51
1.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	52
1.5 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS .....	54
1.6 – PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS PARA A RECOLHA DE DADOS .....	55
1.7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DE DADOS .....	56
<b>2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	<b>59</b>
2.1 – CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA .....	59
2.2 – CARATERIZAÇÃO CLÍNICA DA AMOSTRA .....	62
2.3 – CARATERIZAÇÃO DA ADESÃO TERAPÊUTICA .....	66
<b>3 – ANÁLISE INFERENCIAL</b> .....	<b>71</b>

<b>4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>77</b>
4.1 – PREVALÊNCIA DA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO .....	77
4.2 – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E A ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO .....	80
4.3 – VARIÁVEIS CLÍNICAS E ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO.....	84
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>999</b>

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E INTERAÇÃO DOENTE-PROFISSIONAL DE SAÚDE.

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO DE ADESÃO TERAPÊUTICA PARA DOENTES RENAIIS TERMINAIS (PESRD-AQ)

APÊNDICE III – PEDIDO DE PARECER E APRECIÇÃO ÉTICA DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE DIÁLISE

APÊNDICE IV – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIREÇÃO CLÍNICA DA UNIDADE DE DIÁLISE

APÊNDICE V – INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E CONSENTIMENTO INFORMADO

## **ANEXOS**

ANEXO I – DEFERIMENTO DA UNIDADE DE DIÁLISE

## INTRODUÇÃO

---



## INTRODUÇÃO

A última metade do século XX ficou marcada por grandes progressos ocorridos na tecnologia e na medicina. O desenvolvimento de técnicas médicas, que permitiram prolongar a vida e melhorar a sua qualidade, proporcionou tratamento a doenças e situações anteriormente fatais (Macário et al., 2017).

Fruto da evolução técnica e científica, das condições de vida das populações e da respetiva evolução na prestação de cuidados de saúde, assistiu-se a um aumento da esperança de vida e do número de pessoas com patologia crónica. Simultaneamente, verifica-se aumento das necessidades de cuidados de saúde, da complexidade dos regimes terapêuticos e das exigências na manutenção da qualidade de vida destas pessoas, como relatam Macário et al. (2017).

Uma percentagem significativa da população mundial depara-se com a necessidade de tomar medicação e de adotar medidas para controlar e tratar, tanto as patologias agudas como as crónicas (Dias et al., 2011).

O acréscimo de pessoas com doença crónica (DC) é uma realidade cada vez mais expressiva, a nível nacional e internacional. Bugalho e Carneiro (2004) tinham previsto que a nível mundial o impacto económico das doenças crónicas continuasse a aumentar até 2020, representando cerca de 65% das despesas globais com a saúde em todo o mundo. No que se refere à União Europeia, cerca de 40% das pessoas com mais de 15 anos, declararam, pelo menos, uma doença crónica (Macário et al., 2017).

A Doença Renal Crónica (DRC) integra este grupo de doenças, sendo das que mais se destaca no cenário mundial, principalmente por ser de carácter progressivo e irreversível, necessitando de um diagnóstico precoce para um melhor prognóstico da doença, como salientam Macário et al. (2017).

A prevalência da DRC é uma questão importante que afeta os Estados Unidos da América (EUA) e também os países europeus, e é reconhecida como um problema global de saúde pública. Nos EUA, estima-se que cerca de 9,6% dos adultos não institucionalizados tenham DRC, situação que é confirmada por vários estudos realizados na Europa, Austrália e Ásia conforme Macário et al. (2017) documentam. O número de doentes com DRC estadio 5 está a aumentar nos países desenvolvidos, assim como os que se encontram em vias de desenvolvimento (Macário et al., 2017).

A prevalência de doentes em TSFR tem vindo a aumentar nos últimos anos, sendo que na faixa etária >65 anos aumentou de 796.6 em 1992 para 1880.4/milhão (de população na mesma faixa etária) em 2005 (Macário et al. 2017). Segundo o relatório de acompanhamento de atividade (hemodiálise 2011-2013), a incidência de Doença Renal Crónica Terminal (DRCT) em Portugal era de 205 por milhão de habitantes.

Autores como Macário et al. (2017, p.3) mencionam ainda que “Portugal enfrenta uma tendência de crescimento anual de DRCT (doença renal crónica no estadio 5 em diálise ou transplantação) superior à média dos países da OCDE, apresentando das taxas mais elevadas de incidência e prevalência de DRCT na Europa (226,7 por milhão de habitantes (pmp) e 1824,4 pmp, respetivamente em 2015). A nível mundial, a prevalência de DRC sob terapêutica substitutiva da função renal é apenas superada pela que se regista na Tailândia, Japão, Singapura e nos EUA.”

No relatório anual da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) de 2018, Macário et al. (2017) defendem que existem vários factores que podem justificar os valores elevados da prevalência da DRC estadio 5 sob TSFR em Portugal, tais como: melhoria na prestação de cuidados de saúde em geral; disponibilidade de recursos para prestar atendimento a todas as pessoas com doença renal; aumento da esperança de vida e da acessibilidade à diálise; elevada taxa de transplantação renal incluindo doentes mais idosos; elevada prevalência no país de diabetes (3ª a nível europeu) e de hipertensão (causas fundamentais determinantes de progressão para DRCT); e, finalmente, aumento da sobrevivência de pessoas com doenças cardiovasculares e neoplásicas que desenvolvem DRC grave.

Ainda, de acordo com os dados relatados, entre os factores que explicam a incidência da DRC, estadio 5, sob tratamento por TSFR em Portugal, destacam-se o envelhecimento da população e o aumento da esperança de vida. Cerca de 60-62% dos doentes com DRC estadio 5, em Portugal, que são tratados por TSFR encontram-se na faixa etária acima dos 65 anos e 19,3% acima dos 80 anos (Macário, et al., 2017).

O fenómeno da adesão ao regime terapêutico, definido como o grau ou a extensão em que o comportamento da pessoa, no que se refere à toma de medicação, ao seguimento de uma dieta ou à alteração de hábitos e estilos de vida, entre outros, corresponde ao que lhe é recomendado pelos profissionais de saúde, tem sido amplamente estudado nos últimos anos, também devido à magnitude do problema da não adesão e à sua importância nos cuidados de saúde (Dias et al., 2011).

Percebendo a importância da adesão e principalmente a importância que assume o problema da não adesão, a nível económico, social e de qualidade de vida das pessoas com DRC em programa regular de HD, com as quais tem desempenhado funções como Enfermeira numa clínica de diálise, emergiu o interesse em conhecer melhor esta problemática da adesão ao regime terapêutico.

A opção no presente estudo de olhar o fenómeno da adesão resulta desta experiência profissional e das inquietações e constrangimentos que foram surgindo, tanto na implementação de um plano potencialmente promotor de adesão ao regime terapêutico, como no reconhecimento que os enfermeiros assumem uma posição estratégica no processo de monitorização e promoção da adesão ao regime terapêutico da pessoa com DRC em programa regular de HD.

Nesta perspetiva, o tema central deste estudo é a **“Adesão Terapêutica das Pessoas Doentes Renais Crónicas em Programa Regular de Hemodiálise”**. Este estudo descritivo-correlacional insere-se numa abordagem quantitativa e teve como questão de investigação inicial: **“Quais os factores que promovem a adesão ao regime terapêutico das pessoas com Doença Renal Crónica terminal em programa regular de Hemodiálise?”**. Pretendeu dar resposta aos seguintes objetivos:

- ✓ Avaliar a adesão ao regime terapêutico da pessoa com DRC em programa regular de Hemodiálise;
- ✓ Identificar os factores que influenciam a adesão ao regime terapêutico das pessoas com DRC em programa regular de Hemodiálise.

Pretende-se, assim, contribuir para o desenvolvimento de linhas orientadoras da intervenção dos enfermeiros junto das pessoas DRC em programa regular de hemodiálise, de forma a promover a adoção de comportamentos de adesão ao regime terapêutico da pessoa em HD.

O percurso desta dissertação partiu do conhecimento produzido neste domínio, tendo sido realizada em janeiro de 2019 uma revisão da literatura (RL) nas bases de dados *Medline* e *CINAHL* através da plataforma *EBSCO host*, a partir da frase booleana: AB (kidney disease OR chronic disease) AND AB (adherence OR adherence factors) AND AB hemodialysis) NOT AB (children or adolescents).

Foram incluídos artigos publicados entre janeiro de 2014 e dezembro de 2018 que relacionavam a adesão das pessoas com DRC em hemodiálise e os factores interferem com a adesão. Após o processo de seleção e análise da revisão literária

dos 65 artigos encontrados, resultaram 7 (sete) para a recolha destas evidências. A análise dos resultados desta investigação serviu de base para a fundamentação da problemática a estudar.

A presente dissertação encontra-se estruturada em três partes. A **primeira** apresenta o enquadramento concetual, que está distribuído por dois capítulos: o primeiro, onde a partir de contributos de múltiplos autores se caracteriza a pessoa com DRC e o regime terapêutico a que esta está sujeita. O segundo capítulo incide sobre o processo de adesão ao regime terapêutico, abordando os factores influentes na adesão. Evidenciam-se ainda, neste capítulo, as intervenções de enfermagem para a adesão ao regime terapêutico.

A **segunda** parte explicita o estudo empírico que suportou e orientou o desenvolvimento da investigação e integra no seu desenvolvimento quatro capítulos. O primeiro, a problemática e questão de investigação, os objetivos, a caracterização dos participantes, os procedimentos e as técnicas na recolha de dados, as considerações éticas e formais contempladas na investigação e os procedimentos usados na análise dos mesmos, assim como as orientações e autores seguidos. No segundo capítulo do estudo procede-se à apresentação dos dados colhidos. No terceiro capítulo apresenta-se toda a análise inferencial efetuada. Por último, o quarto capítulo é alusivo à discussão dos resultados, em que estes são confrontados com os de outras investigações na mesma área temática, assim como às limitações do estudo.

A dissertação culmina com uma referência às conclusões do estudo, nas quais se tecem considerações relativas aos resultados obtidos, e à apresentação de possíveis linhas de investigação a explorar dentro desta temática no futuro profissional.

## **I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

---



## 1 – A PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA

No presente capítulo apresentar-se-á a revisão da literatura que fundamenta a investigação – **Adesão terapêutica das pessoas doentes renais crónicas em programa regular de hemodiálise**. Serão explorados os temas da pessoa com Doença Renal Crónica (DRC) e da adesão ao regime terapêutico (RT) na pessoa que está em programa regular de hemodiálise (HD). O principal enfoque recairá na problemática da adesão, tema que sustenta a finalidade desta investigação.

Do total das doenças registadas em Portugal, cerca de 85% correspondem a doenças crónicas, 9% a lesões e 6% a outras condições de saúde (Direção-Geral de Saúde (DGS), 2015).

A doença crónica (DC) é considerada atualmente como um dos maiores flagelos que a medicina e as ciências da saúde enfrentam e “um dos principais responsáveis pelo desfasamento entre a curva da mortalidade e de morbilidade, ou seja, o afastamento entre a esperança de vida e a qualidade de vida” (SPN, 2018, p.13). A tipologia psicossocial da doença é descrita por Pereira e Smith (2006), que nesta identificam as respostas e reações familiares, baseadas no impacte psicológico às diferentes características e etapas da DC. Os autores reconhecem ainda, a fase de crise (inicial), a fase crónica (adaptação) e a fase terminal (perda) como as três fases major na história natural da DC.

As patologias crónicas, nomeadamente a DRC, têm sido alvo de atenção por parte dos profissionais de saúde nas últimas décadas, devido ao seu acentuado crescimento em Portugal e a nível mundial (SPN, 2018). De acordo com esta sociedade “afecta 10% da população mundial e estima-se que cerca de 1,1 milhões de doentes com Doença Renal Crónica Terminal necessitam de diálise” (SPN, 2018, p. 20). Portugal acompanha esta tendência estimando-se “que cerca de 800000 pessoas possam sofrer de DRC e que anualmente, cerca de 2000 pessoas iniciam técnicas de substituição renal” (Machado, 2009, p. 29).

Secundário a variadas patologias ou agressões externas, o rim pode perder a sua capacidade para o cumprimento de todas as suas funções orgânicas, evoluindo gradualmente para uma situação de DRC, e posteriormente para DRCT. Esta é uma

progressão de doença, muitas vezes silenciosa, com recurso tardio aos serviços de saúde, já sem qualquer possibilidade de recuperação da função renal.

## 1.1 – A DOENÇA RENAL CRÓNICA

A DRC caracteriza-se pela falência do rim que sucede à destruição progressiva e irreversível do parênquima renal, comprometendo a regulação do equilíbrio hidroeletrólítico do organismo. Pode ser definida como “um síndrome provocado por uma variedade de nefropatias que, devido à sua evolução progressiva, determinam de modo gradativo e quase sempre inexorável uma redução global das múltiplas funções renais, isto é, glomerulares, tubulares e endócrinas” (Terra et al., 2010, p. 119). A agressão continuada do rim, leva à destruição de nefrónios e à sobrecarga funcional dos restantes, contribuindo para a sua progressiva deterioração e destruição, surgindo um conjunto de manifestações clínicas associadas à perda progressiva da taxa de filtração glomerular (Marchão et al., 2011). Aquela agressão decorre da evolução de patologias distintas, nomeadamente hipertensão arterial, diabetes, glomerulonefrite, pielonefrite, doença poliquística, mieloma múltiplo, cálculos renais e reações a algumas drogas (ex: paracetamol e anti-inflamatórios não esteroides). A evolução da lesão renal foi descrita por Chamney (2007), em cinco estadios. Entre o estadio 1 e o 3 raramente surgem sintomas, a doença passa despercebida, ou é detetada casualmente quando se fazem exames laboratoriais por outros motivos. Nos estádios 4 e 5, os produtos tóxicos acumulam-se no organismo, causando náuseas, vómitos, prurido, dificuldade respiratória, edemas, sintomas de anemia e osteodistrofia renal.

A evolução da lesão renal foi descrita/quantificada por Jenkins (2007), em função da Taxa de Filtração Glomerular (TFG). Também a National Kidney Foundation (2006), tendo por base a TFG, definiu 5 estadios de evolução da lesão renal (**tabela 1**), continuando a ser esta fundação a apresentar as mais atuais *guidelines* no âmbito da Nefrologia - KDOQI: *Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease*:

**Tabela 1** – Classificação da DRC

Estadio	Descrição	TFG (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )
1	Dano renal com função renal Normal ↑ GFR	≥ 90
2	Dano renal Leve ↓ da TFR	60-89
3	Moderada ↓ da TFR	30-59
4	Severa ↓ da GFR	15-29
5	Falência renal - Doença Renal Terminal	<15 (ou diálise)

Fonte: National Kidney Foundation (2002).

Na fase inicial da doença, a intervenção terapêutica centra-se no retardar da evolução da doença renal, a partir de uma dieta hipoproteica e do controlo da tensão arterial. Numa fase posterior, iniciam-se medidas terapêuticas com o objetivo de manter o equilíbrio interno dentro de intervalos aceitáveis e diminuir os distúrbios causados pela doença renal crónica nos diversos órgãos.

A sintomatologia, pelos motivos já apresentados, surge geralmente numa fase muito avançada de degradação da função renal e nem todas as pessoas com DRC apresentam uma doença com tendência para progredir para DRCT, podendo nunca necessitar de iniciar TSFR, desde que a doença seja diagnosticada precocemente e atempadamente se inicie o tratamento (Marchão et al., 2011).

A pessoa com DRC sofre também um profundo impacto emocional e social, assim que os primeiros sintomas da doença são identificados (Frazão et al., 2014). Na perspetiva do referido autor, a vida da pessoa com DRC em tratamento dialítico sofre uma transformação radical, uma vez que o tratamento pode trazer grandes mudanças na vida quotidiana, tanto da pessoa como dos seus familiares. A deslocação à unidade de tratamento, as restrições hídricas e alimentares, as mudanças na rotina diária, os hábitos de trabalho e sociais, são algumas das grandes mudanças que a pessoa tem de integrar no seu dia-a-dia.

## 1.2 – TÉCNICAS DE SUBSTITUIÇÃO DA FUNÇÃO RENAL

De acordo com a norma nº 017/2011 da DGS entende-se por tratamento médico conservador da DRC, o conjunto de medidas e tratamentos não invasivos com vista a eliminar ou atenuar os sintomas da doença, proporcionando o maior bem-estar e o menor sofrimento possíveis. Este integra medidas farmacológicas e apoio não diferenciado (acompanhamento, alimentação, higiene pessoal, manutenção do domicílio) quando pertinente.

Quando a DRC evolui para DRCT, a função renal tem de ser substituída na sua vertente reguladora do meio interno, excretora e endócrina, por uma das técnicas de substituição renal disponíveis: HD, diálise peritoneal ou transplante renal.

Atualmente, segundo dados publicados pela Sociedade Portuguesa Nefrologia (SPN, 2018), todos os anos surgem mais de dois mil novos casos de pessoas em falência renal. Em Portugal existem atualmente cerca de 16 mil pessoas em tratamento substitutivo da função renal (cerca de 2/3 em diálise e 1/3 já transplantados), e cerca de 2 mil aguardam em lista de espera a possibilidade de um transplante renal.

O tratamento da DRCT prolonga com êxito a sobrevivência de pessoas com doença renal, no entanto exige-lhes que lidem frequentemente com alterações na sua saúde e vida. Alguns dos sintomas apresentados pelas pessoas que realizam regularmente hemodiálise, manifestam-se em múltiplas limitações, nomeadamente físicas, de condições de trabalho e emocionais (Santos, Rocha, & Berardinelli, 2010).

Apesar dos importantes avanços tecnológicos no tratamento da DRC e do aumento de sobrevida destas pessoas, nenhuma das modalidades existentes é curativa.

No âmbito da diálise, a HD e a diálise peritoneal (DP) são técnicas terapêuticas que assentam num mecanismo físico comum. Não obstante, a DP tem uma aplicação mais limitada em comparação com a hemodiálise convencional, registando-se em Portugal, nos últimos anos, numa adesão crescente a esta técnica (Macário et al., 2017).

Hemodiálise, a técnica de substituição renal mais utilizada a nível mundial, consiste num “processo terapêutico capaz de remover catabólitos do organismo e corrigir as modificações do meio interno por meio da circulação do sangue em máquina idealizada para este fim.” (Terra et al., 2010, p. 121).

A designação de HD descreve um procedimento extracorporal de filtração de substâncias urémicas do sangue de pessoas com DRC, exigindo este processo de depuração a utilização de uma membrana semipermeável (Fresenius Medical Care, 2011). Esta TSFR tem vantagens, na medida em que permite uma grande eficácia na remoção de pequenas moléculas, como é o exemplo das toxinas urémicas de baixo peso molecular. No entanto, as desvantagens também estão presentes, porque ao existir uma maior restrição dietética e de líquidos, e a necessidade de anticoagulação, podem surgir complicações interdialíticas como a hipotensão, cefaleias, câibras musculares, vômitos e náuseas, disritmias cardíacas, hipertensão, pré-cordialgia, bem como reações de hipersensibilidade (Fresenius Medical Care, 2011).

A hemodiálise é uma técnica realizada por uma equipa de enfermagem devidamente treinada, sob prescrição de um médico nefrologista, num hospital central ou numa unidade (clínica) de diálise convencional, em média, três vezes por semana, quatro horas por sessão. Apesar dos avanços tecnológicos descritos, a pessoa pode ainda, durante o tratamento, experimentar uma série de agressores fisiológicos, que incluem quedas bruscas da tensão arterial, hemorragia no local das punções do acesso vascular, náuseas, câibras, cefaleias e fadiga aumentada (Fresenius Medical Care, 2011).

O Transplante Renal é a técnica de eleição para tratamento da maioria das pessoas com DRC, contudo apesar dos recentes avanços da terapêutica imunossupressora

ainda se registam taxas de rejeição. O número de transplantes de dador vivo tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, o que minimiza aquela situação. O transplante de rins de cadáver ainda é o mais frequente (Macário et al., 2017).

No final de 2017, de acordo com dados do Registo Nacional da Doença Renal Crónica da SPN, existiam, em Portugal, em tratamento substitutivo da função renal 13268 casos: 11985 em hemodiálise, 756 em diálise peritoneal e 527 transplantados renais. Estes números colocam Portugal como um dos países europeus com maior prevalência de doentes em tratamento renal (Macário et al., 2017) e evidenciam que a transplantação ainda se situa em taxas baixas face às necessidades.

De entre as TSFR, a HD é a mais comum. No ano de 2017 e segundo o Registo Nacional da Doença Renal Crónica, das 2341 pessoas que iniciaram uma TSFR, 2113 iniciou por HD (Macário et al., 2017).

A SPN publicou, no seu relatório anual, que, em 2018, existiam cerca de 20730 doentes dependentes do tratamento de substituição da função renal, sendo dois terços em diálise e um terço com transplante renal, sendo os mais afetados as pessoas com idades acima dos 65 anos (SPN, 2019).

### **1.2.1 – Acessos Vasculares para Hemodiálise**

O Acesso Vascular (AV) é fundamental para a realização do tratamento de HD. Este pode ser de três tipos: cateter venoso central (CVC) temporário ou definitivo (veia jugular ou subclávia), fístula arteriovenosa (FAV) ou prótese arteriovenosa (implante de prótese sintética). O AV de eleição é a FAV e os CVC, sendo estes utilizados em último recurso ou apenas temporariamente pelo elevado risco de infeção (Machado, 2009).

As *guidelines* da National Kidney Foundation (2006) na área dos acessos vasculares de HD preconizam a construção preferencial de FAV em detrimento das próteses vasculares e a restrição máxima de cateteres de longa duração (Carvalho et al., 2011).

A importância dos acessos vasculares em pessoas que cumprem tratamento por HD, é inequívoca. Assim, no cuidado a estas pessoas, o enfermeiro tem uma intervenção relevante tanto no cuidado direto como na promoção do conhecimento da pessoa para a otimização e avaliação dos AV. A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2016) salienta a importância do AV na prestação de cuidados à pessoa com necessidade de terapia de

substituição da função renal (hemodiálise), considerando-a um factor determinante no sucesso dos cuidados e na eficácia do tratamento.

A vigilância do AV inicia-se na sessão de HD, com a intervenção dos enfermeiros, na avaliação e manipulação do mesmo, orientando a sua observação para o reconhecimento de sinais e sintomas sugestivos de complicações locais e, também, deve precocemente focar a sua atenção na identificação das potencialidades individuais de cada pessoa, para a gestão dos cuidados com a FAV implementando ações de promoção de autocuidado (OE, 2016).

Os profissionais de saúde têm ainda de capacitar a pessoa para o cuidado com a FAV, o que é essencial para a sobrevivência do AV e para o seu conforto.

O envolvimento da pessoa doente na gestão da sua situação de saúde é fundamental, promovendo uma melhor adaptação e gestão da doença, contribuindo para que existam menos agudizações e menos perdas funcionais, promovendo o bem-estar e diminuindo os gastos em saúde. Neste sentido, a promoção do autocuidado da pessoa doente é fundamental na obtenção de ganhos em saúde.

### 1.3 – O REGIME TERAPÊUTICO: IMPLICAÇÕES NOS HÁBITOS DE VIDA

A HD mantém a vida, alivia sintomas, previne complicações, mas não impede a evolução da doença cardiovascular, o isolamento social, a perda do emprego, a dependência da Segurança Social, a diminuição da atividade física, a necessidade de adaptação à perda da autonomia, as alterações da imagem corporal, as alterações alimentares ou o aparecimento de um sentimento ambíguo entre o medo de viver e de morrer.

No âmbito das doenças crónicas, o entendimento do fenómeno da gestão do regime terapêutico envolve conhecer os diversos modelos conceptuais existentes, assim como analisar os seus pressupostos teóricos, no sentido de procurar explicar e identificar os factores que determinam a predisposição das pessoas para aderirem às recomendações dos profissionais de saúde (Dias et al., 2011). A gestão do regime terapêutico é um comportamento de autocuidado, um foco da prática de enfermagem que pode ser definido como a «capacidade para gerir o regime» (OE, 2011, p. 42). Através da compreensão das atitudes, crenças e valores das pessoas, é viável planear terapêuticas de enfermagem para alterar a sua conduta e consequentemente, promover a saúde (Dias et al., 2011).

O significado de conviver diariamente com a hemodiálise, as crenças culturais, as alterações no *status* económico (provocado pelas mudanças na atividade profissional, limitações no horário provocados pelas sessões de diálise, gastos com a saúde, deslocação à clínica de hemodiálise e realização de exames complementares de diagnóstico) e a importância de se estar disposto a aumentar o conhecimento e habilidades para poder lidar com as novas exigências, são factores intrínsecos à pessoa e que se relacionam com a percepção de todo o processo da transição que experiencia (Meleis et al., 2010).

O regime terapêutico da pessoa com DRC em programa regular de HD inclui: a comparência aos tratamentos, em média quatro horas, três vezes por semana, seguir o regime medicamentoso e cumprir um plano alimentar e de controlo na ingestão de líquidos. É um regime exigente e difícil de compreender dado ser rigoroso e diferente do que é habitualmente considerado saudável para a população em geral. É multifacetado, não é fácil de gerir e impõe mudanças e adaptações nos hábitos de vida da pessoa e da família/conviventes (OE, 2016).

Realizar tratamentos implica que a pessoa se desloque a um centro de diálise, num horário pré-estabelecido, três vezes por semana. A frequência dos tratamentos, por vezes, é difícil de conciliar com a atividade profissional da pessoa e a organização familiar. Frequentemente perturba as férias e as atividades de lazer (OE, 2016).

O regime medicamentoso é variável, contudo, frequentemente, inclui vitaminas, cálcio e captadores de fósforo. Alguns destes, devido aos efeitos secundários são frequentemente mal tolerados (Dias, 2006).

O autor supracitado refere que o regime alimentar inclui a diminuição da ingestão diária de potássio, de sódio e de fósforo. A ingestão diária deve ser de 20 a 30 mEq/dia de sódio, 70 a 80 mEq/dia de potássio e 600 a 1000mg/dia de fósforo (Dias, 2006).

De acordo com Dias (2006), o esquema alimentar é ajustado às características, hábitos e necessidades individuais, sendo definido com a pessoa e com a sua família /convivente, pois é muito importante implicar todos no processo de tratamento para tentar obter o seu apoio e colaboração.

Os aspetos relacionados com a alimentação assumem uma importância fulcral no tratamento da pessoa com DRC tendo uma influência decisiva no regime terapêutico. De acordo com Silva et al. (2011), a intervenção nutricional com as pessoas com DRCT em hemodiálise, apresenta como principais objetivos a minimização da toxicidade urémica e a prevenção da desnutrição.

Face ao exposto, na gestão do regime terapêutico, o principal ator é o doente. Para uma eficaz promoção dos regimes terapêuticos, os cuidados de enfermagem devem abranger cuidados ao nível físico, psicológico, comportamental, sociocultural, ambiental e espiritual, já que o “sucesso da intervenção dos profissionais de saúde também depende da forma deste ser capaz de perceber o significado que as transições têm para o sujeito e a sua capacidade para lidar com as mudanças verificadas” (Abreu, 2011, p. 128). Uma alteração num desses domínios, provoca alterações nos demais (ex.: o comprometimento da autonomia, poderá provocar sofrimento físico e psicológico).

## 2 – ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA PESSOA EM HEMODIÁLISE

Adesão ao RT, adesão terapêutica ou ainda adesão ao tratamento, são diferentes modos de nomear a mesma entidade. Estima-se que 30 a 50% dos doentes, independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não adiram ao regime terapêutico (Dias et al., 2011).

Um elevado número de estudos aponta para taxas de adesão, em pessoas com doença crónica, na ordem dos 50%. Contudo, estes são resultados para países desenvolvidos, pois em países pobres estima-se que a magnitude e o impacto da não adesão sejam ainda maiores (WHO, 2003).

### 2.1 – CONCEITO DE ADESÃO

A adesão refere-se ao grau de conformidade entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto (Dias et al., 2011).

Na literatura, em língua inglesa, encontramos frequentemente dois termos distintos para adesão, *compliance* e *adherence*, muitas vezes utilizados indiferentemente. O primeiro sugere passividade e submissão da pessoa às prescrições, atribuindo todo o poder a quem prescreve, enquanto o segundo sugere uma participação ativa da pessoa no processo de decisão, incorporando os conceitos de concordância, cooperação e parceria entre a pessoa e o prestador de cuidados de saúde (Vermeire et al., 2001).

De acordo com Vermeire et al. (2001), todas as definições de adesão assumem que o tratamento prescrito pelos profissionais de saúde é o mais adequado para a pessoa, por isso o comportamento racionalmente mais adequado é seguir essas recomendações.

Na perspetiva de Dias et al. (2011) a adesão ao regime terapêutico define-se como o grau de concordância entre as recomendações dos prestadores de cuidados de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto.

Também nesta linha, o *adherence project* da Organização Mundial de Saúde (OMS), no âmbito das doenças crónicas e da adesão a tratamentos de longa duração, adotou

a seguinte definição “the extent to which a person’s behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a Health care provider” (WHO, 2003, p. 3). Esta definição enfatiza a importância da ligação da pessoa com as recomendações dos prestadores de cuidados de saúde, sejam eles, médicos, enfermeiros ou outros técnicos (WHO, 2003).

## 2.2 – FACTORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO

A adesão “a regimes terapêuticos de longa duração é um fenómeno dinâmico e multidimensional determinado, tal como a saúde em geral, por factores com influência variável, que interagem entre si”. É influenciada por factores sociais, económicos e culturais, relativos aos serviços de saúde aos profissionais de saúde, à doença, ao tratamento e à pessoa doente (Machado, 2009, p. 28).

Os problemas da adesão verificam-se em todas as situações em que existe autoadministração do tratamento, independentemente do tipo de doença, da qualidade e/ou acessibilidade aos recursos de saúde. Assim, existem diversos factores que afetam o comportamento e a capacidade de adesão da pessoa ao tratamento (Bugalho & Carneiro, 2004; WHO, 2003).

Devido ao impacto que a gestão ineficaz do RT tem na vida e qualidade de vida dos doentes crónicos, é essencial identificar os factores que estão na sua génese, podendo assim intervir na sua minimização e contribuir para a obtenção de indicadores positivos. O documento elaborado pela OMS (WHO, 2003) descreve cinco grupos de factores que contribuem para a diminuição da adesão dos doentes crónicos: sociais, económicos e culturais; factores relacionados com os profissionais e os serviços de saúde; relacionados com a doença de base e co-morbilidades; relacionados com a terapêutica prescrita; e individuais, relativos ao cliente. De seguida apresenta-se uma tabela resumo (**tabela 2**) que evidencia as características de cada factor mencionado.

**Tabela 2** – Factores potenciais de adesão

CATEGORIA	FACTORES
<b>Sociodemográficos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Idade</li><li>● Raça</li><li>● Sexo</li><li>● Ocupação</li><li>● Nível de educação</li><li>● Educação para Saúde</li></ul>
<b>Clínicos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Tipo de doença</li><li>● Gravidade e duração da doença</li><li>● Número de doenças associadas</li><li>● Frequência do uso dos serviços de saúde</li><li>● Satisfação dos doentes com o serviço de saúde</li><li>● Qualidade dos cuidados</li></ul>
<b>Medicação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Regime de doses</li><li>● Tipo de medicamentos</li><li>● Número de medicamentos</li><li>● Tipo de embalagem</li><li>● Sistema de distribuição medicamentosa</li><li>● Uso de ajudas de adesão</li><li>● Regime terapêutico</li><li>● Reações adversas</li></ul>
<b>Comportamentais</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Interação doente-profissional de saúde</li><li>● Conhecimento do doente, compreensão e crenças face à doença ou doenças e medicamentos</li><li>● Conhecimento e crenças do cuidador</li></ul>
<b>Económicos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Interação doente-profissional de saúde</li><li>● Conhecimento do doente, compreensão e crenças face à doença ou doenças e medicamentos</li><li>● Conhecimento e crenças do cuidador</li></ul>

Fonte: Henriques, M.(2006). Adesão ao regime terapêutico em idosos. Lisboa: Universidade de Lisboa.

O avanço quantitativo de doentes crónicos no mundo, incluindo a DRC, faz com que o cumprimento do tratamento seja um desafio a ser vencido pelos profissionais de saúde. Como refere Maldaner (2008, p. 648), a adesão ao tratamento “requer trabalho de equipa, envolvendo o esforço dos profissionais de saúde e a utilização da tecnologia disponível, mas principalmente, requer a colaboração e o envolvimento da pessoa portadora da patologia no cuidado de si”.

### 2.3 – ADESÃO DO DOENTE RENAL CRÓNICO AO REGIME TERAPÊUTICO – UMA REVISÃO DA LITERATURA

O conhecimento ou a compreensão mais abrangente de um determinado fenómeno, neste caso a adesão ao tratamento da pessoa com DRC, pode ser obtido a partir de uma das metodologias de síntese da ciência, neste caso uma revisão da literatura. Apresentam-se aqui os seus elementos mais significativos. Esta parte de uma questão

de investigação que integra no seu enunciado os participantes, o fenómeno de interesse e o contexto. Na presente investigação, a pessoa com DRC (**P – participantes**), a adesão ao regime terapêutico (**P/I – o fenómeno de interesse**) e Hemodiálise (**Co – Contexto**). A pergunta de investigação serviu para orientar a pesquisa na base de dados.

A pesquisa foi realizada em janeiro de 2019, nas bases de dados *Medline*, *CINAHL* e através da plataforma *EBSCO host*, a partir da frase booleana: AB (kidney disease OR chronic disease) AND AB (adherence OR adherence factors) AND AB hemodialysis) NOT AB (children or adolescents).

Foram incluídos artigos publicados entre janeiro de 2014 e dezembro de 2018, com idioma português e inglês, que relacionassem a adesão das pessoas com DRC em hemodiálise e os seus factores, e estivessem disponíveis em texto integral. Após a leitura dos títulos e resumos dos 65 artigos encontrados (excluindo-se 14 artigos repetidos) foram seleccionados 7 (sete) artigos. Os referidos artigos encontram-se descritos em tabela abaixo (**tabela 3**) encontrando-se identificados com nomenclatura A, B, C, D, E, F, G.

**Tabela 3** – Artigos seleccionados na revisão literária

ARTIGO	AUTORES	ANO	TÍTULO	OBJETIVOS	REVISTA
<b>A</b>	Garcia, E. R.; López, L. I. L.; Ramirez, A. D.; Montero, R. C; Laguna, J. L. S	2016	Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes em hemodiálise.	Avaliar o grau de adesão à terapêutica nos doentes em hemodiálise.	Nefrologia Enfermagem
<b>B</b>	Gonzalez, J. C. S; Martínez, C. M.: Fernández, D. B.; Pablos, M. L.	2015	Avaliação do conhecimento que os pacientes em hemodiálise têm sobre seu tratamento.	Analisar o grau de informação e conhecimento que os pacientes em programa de hemodiálise possuem sobre a técnica em si, a dieta, os medicamentos que devem tomar e o acesso vascular.	Enfermería Nefrológica

**Tabela 3** – Artigos selecionados na revisão literária (*Continuação*)

ARTIGO	AUTORES	ANO	TÍTULO	OBJETIVOS	REVISTA
<b>C</b>	Maciel, C. G; Ferraz, R.; França, V.; Frazão, I. S.; Borba, A.	2015	Adesão ao Tratamento Hemodialítico: percepção dos pacientes renais crônicos nos doentes renais crônicos	Identificar os factores que interferem na adesão ao tratamento HD	Cogitare Enfermagem
<b>D</b>	Prezotto, K. H; Abreu, I.S.	2014	O Paciente Renal Crónico e a Adesão ao Tratamento Hemodialítico	Compreender a perspetiva dos doentes renais e factores que favorecem a adesão ao tratamento da insuficiência renal crónica	Revista de Enfermagem UFPE Online
<b>E</b>	Martins, M. V.; Mata, A. M. L.; Camerini, D. M.; Murta, A. R.	2017	Factores que influenciam a adesão ao tratamento de hemodiálise para a doença renal crónica	Identificar os principais factores que influenciam a adesão ao tratamento HD	Revista Científica da Faminas
<b>F</b>	Bampi, S. C; Leal, L. F.; Falavigna, M.; Araujo, L. P. R; Eick, R.; Kuhmmer, R.; Guterres, C. M.; Gnatta, D	2015	Avaliação da Adesão Medicamentosa em Pacientes Portadores de Insuficiência Renal Crónica Submetidos à Hemodiálise	Avaliar a adesão medicamentosa dos doentes renais crónicos submetidos a HD.	Revista Brasileira de Farmacologia
<b>G</b>	Lins, S. M. B; Leite, J. L.; Godoy, S.; Tavares, J. M. A. B; Rocha, R. G.; Silva, F. V.	2018	Adesão de portadores de doença renal crónica em hemodiálise ao tratamento estabelecido	Observar o comportamento do doente renal crónico ao regime terapêutico nas suas quatro dimensões: HD, medicamentos, dieta, e restrição hídrica.	Acta Paulista de Enfermagem

Os resultados da revisão literária referentes aos factores que influenciam a adesão terapêutica da pessoa com DRC em programa regular em HD dos artigos analisados são apresentados na **tabela 4**.

A par com a revisão literária foi efetuado um paralelismo com pesquisa efetuada e bibliografia consultada.

**Tabela 4** – Factores que interferem na adesão ao RT, de acordo com a revisão literária

Artigos	A	B	C	D	E	F	G
Sexo	x			x	x		
Idade	x	x		x	x		
Estado Civil	x			x			
Escolaridade				x	x		
Situação Laboral	x						
Défice de Conhecimentos		x	x	x			
Regime Medicamentoso	x					x	
Regime Nutricional						x	
Restrição Hídrica							x
Frequência de sessões/duração do tratamento					x		
Relação utente-profissional de saúde	x	x		x	x		

Da análise efetuada constata-se que as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade) interferem na adesão ao regime terapêutico. Como referem Prezotto e Abreu (2014), existe uma maior adesão nas mulheres. Este facto justifica-se devido aos elementos do sexo masculino serem menos vulneráveis, o que os leva a cuidarem menos da sua saúde, expondo-se mais a situações de risco.

As doenças crónicas atingem com mais frequência os indivíduos com idade mais avançada. De acordo com a análise dos artigos, a idade prevê padrões de adesão, sendo os jovens os menos aderentes. Esta não aderência justifica-se pela interferência do tratamento no seu estilo de vida (Garcia et al., 2016). Pessoas adultas ou idosas têm maior adesão ao RT, em relação aos mais jovens, o que se justifica pela questão da maturidade e da maior responsabilidade em relação a si próprio e ao tratamento (Prezotto & Abreu, 2014).

O estado civil não interfere diretamente na adesão ao RT, contudo, os autores supracitados, salientam que o apoio recebido e a qualidade das relações familiares, influenciam positivamente a adesão ao RT.

Ainda integrada nas variáveis sociodemográficas, a escolaridade também interfere na adesão ao RT. De acordo com o artigo de Prezotto e Abreu (2014), quanto mais baixo for o nível de escolaridade, maior é a probabilidade de abandono do RT. Segundo o estudo efetuado sobre os factores que influenciam a adesão ao tratamento de hemodiálise para a doença renal crónica, a qualidade de vida das pessoas em HD, apresentam uma relação positiva entre os aspetos emocionais e a escolaridade, sugerindo que as pessoas com maior escolaridade têm recursos intelectuais capazes

de gerar melhor adaptação emocional às consequências da DRC e da HD (Martins et al., 2017).

A DRC é uma patologia crónica e insidiosa que compromete mais do que as funções vitais, debilitando e impondo restrições físicas e psicológicas ao exigir um grande esforço dos doentes para tolerarem e se adaptarem às mudanças de vida e à potencial perda de qualidade de vida (Cerqueira, 2014).

Na perspetiva destes autores, o doente a partir do momento em que entra num programa de HD, fica dependente de um tratamento onde abundam dificuldades e limitações, até ao fim dos seus dias ou até ser submetido a um transplante. Perante uma doença crónica, a adesão terapêutica é um fenómeno que envolve diferentes vertentes, pois envolve muitas variáveis difíceis de mensurar.

No caso do doente com DRCT, o RT é complexo e multifacetado envolvendo diferentes componentes, nomeadamente o regime alimentar, o regime medicamentoso, o controlo dos líquidos ingeridos, a comparência aos tratamentos e a manutenção do acesso vascular.

A existência de redes de apoio ajuda o indivíduo a enfrentar os sintomas da doença, encorajando-o a seguir a terapia com confiança e esperança, ajudando-o a sentir-se melhor. O envolvimento dos familiares fortalece o doente renal crónico, pois a dor é compartilhada, diluída. (Maldaner et al., 2008, p. 649).

Nos regimes medicamentosos complexos a adesão das pessoas ao tratamento pode estar dificultada (Garcia et al., 2016). A quantidade de medicamentos prescritos e a complexidade do esquema terapêutico são factores que conduzem a um aumento de probabilidade de erro na toma de medicação e na adesão ao RT (Bampi et al., 2015).

O tratamento medicamentoso e dietético, complementar à hemodiálise, é efetuado pelo indivíduo com DRCT ou pelo seu cuidador. “O indivíduo é responsável pela sua aderência ao tratamento, no entanto, o processo de aderência deve envolver a equipe de profissionais, familiares, amigos implicados direta ou indiretamente no tratamento” (Maldaner et al., 2008, p. 649).

O mesmo autor menciona que a probabilidade do indivíduo não aderir às orientações aumenta com a complexidade do tratamento. Tal como mencionado, por vezes, a pessoa com DRC tem múltiplas patologias associadas e está polimedicado, factor que vai condicionar a sua adesão.

De acordo com Terra et al. (2010), as pessoas com DRC já interromperam por conta próprio o uso de medicamentos, alegando principalmente presença de reações adversas.

O autor refere que:

fatores como a quantidade de medicamentos, as reações adversas, a incompatibilidade entre os fármacos, a dificuldade na compreensão das metas da terapia e da implicação do seu uso inadequado contribuem para dificultar a adesão ao tratamento medicamentoso de doentes renais crônicos submetidos à hemodiálise. (Terra et al., 2010, p.120)

No que concerne ao déficit de conhecimentos, a revisão da literatura evidencia que o déficit de conhecimentos influencia negativamente o processo de adesão, uma vez que um grande número de pessoas inicia a HD sem conhecimento e entendimento real do tratamento, o que gera dificuldade na adesão (Martins et al. 2017).

As pessoas em HD apresentam limitações impostas pela doença, que influenciam a adesão ao RT, sendo as principais limitações, o lazer, a aceitação da doença, a interferência profissional no trabalho, a restrição hídrica, o déficit de conhecimentos sobre a doença, o horário e a duração do tratamento de HD (Martins et al., 2017).

Pode-se afirmar que a não adesão terapêutica implica consequências negativas no evoluir da doença e o aumento dos gastos com a saúde. Tal como refere Machado (2009), uma baixa adesão tem implicações no agravamento do estado de saúde geral da pessoa, no aparecimento de um maior número de complicações e de maior gravidade, condicionando a possibilidade de transplante e a necessidade de maior frequência e duração dos tratamentos de hemodiálise (Machado, 2009).

Contrariamente, “a efetivação da adesão ao tratamento da DRC favorece ao indivíduo uma sessão de hemodiálise com menor risco de intercorrências e na manutenção e no aprimoramento do bem-estar físico, social e psicológico” (Maldaner et al., 2008, p. 649).

Sintetizando, a hemodiálise consiste num tratamento exigente e duro para a pessoa em situação de maior vulnerabilidade, na medida em que, para além de todos os reajustes, obriga, subtilmente, a uma nova adaptação ao seu próprio corpo. Emerge assim, a necessidade da elaboração de estratégias educativas que promovam a adesão às novas condições de vida.

## 2.4 – INTERVENÇÕES PARA PROMOVER A ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Um conhecimento mais alargado sobre a doença e o seu tratamento proporcionam à pessoa com DRC compreensão e contribuem para a aceitação, promovendo comportamentos de autocuidado, uma gestão eficaz das terapêuticas de enfermagem prescritas, diminuição das intercorrências durante o tratamento de hemodiálise e naturalmente, promoção da sua qualidade de vida, mesmo convivendo com a doença (Dias et al., 2011).

A adesão requer o acordo do doente para com as recomendações do profissional de saúde, sendo este um parceiro ativo com a sua própria saúde. Segundo a OMS (WHO, 2003), exige-se uma boa comunicação entre o doente e o profissional de saúde para uma prática clínica eficaz com ganhos em saúde.

A não adesão ou uma débil adesão ao tratamento estará associada a complicações físicas e psicológicas, à redução da qualidade de vida, probabilidade de aumento da resistência aos fármacos e ao desperdício de recursos, comprometendo os esforços do sistema de saúde na melhoria da saúde da população (International Council of Nurses [ICN], 2009).

No estudo realizado por Dias et al. (2011), os comportamentos relacionados com a não adesão ocorrem em pessoas de todas as idades, classes sociais, grupos étnicos, assintomáticos e sintomáticos, leve ou gravemente doentes e podem comprometer todos os tipos de tratamento. O autor salienta, ainda, que a não adesão pode ser acidental, quando o doente tem o conhecimento necessário à realização da conduta, e não acidental, quando o mesmo não compreende ou não apresenta condições de cumprir as prescrições.

O mesmo autor refere que os métodos para aumentar a adesão ao regime terapêutico podem ser agrupados em quatro categorias principais: a educação do doente; a comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e doente; a posologia e o tipo de fármaco; e a disponibilidade dos serviços de saúde em atender o doente.

Para melhorar a adesão à terapêutica, o profissional de saúde deve estabelecer um vínculo com o doente e com o prestador informal de cuidados, pela escuta ativa e relação empática, não descurando as características socioculturais e a necessidade de apoio psicossocial (Machado, 2009).

Existem dois tipos de intervenção, apresentados por Bugalho e Carneiro (2004), para melhorar a adesão terapêutica, os educacionais e os comportamentais que são caracterizadas nas tabelas seguintes:

**Tabela 5** – Tipos de intervenções para aumentar a adesão à terapêutica - intervenções educacionais

INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administração de informação</li> <li>• Oral</li> <li>• Escrita</li> <li>• Audiovisual e/ou informática</li> <li>• Programas educacionais individuais</li> <li>• Programas educacionais em formato de grupo</li> </ul>

Fonte: Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas.

Para Bugalho e Carneiro (2004), a grande maioria dos programas para promover a adesão ao regime terapêutico inclui informações apropriadas a cada doente e família sobre a etiologia, cronicidade, prognóstico da doença e sobre a necessidade de monitorização e de tratamento de manutenção. São medidas educativas simples e vitais em qualquer intervenção, mas menos eficazes quando utilizadas isoladamente.

**Tabela 6** – Tipos de intervenções para aumentar a adesão à terapêutica – intervenções comportamentais

INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS
<p><b>Aumento da comunicação e aconselhamento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direto (por exemplo em consulta médica)</li> <li>• Seguimento direto por via telefónica</li> <li>• Mensagens telefónicas automáticas</li> <li>• Mensagens geradas automaticamente por computador</li> <li>• Intervenção familiar</li> </ul>
<p><b>Simplificação dos esquemas terapêuticos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição do número de doses medicamentosas</li> <li>• Diminuição do número total de fármacos</li> <li>• Fornecimento da medicação no local de trabalho (saúde ocupacional, medicina do trabalho)</li> </ul>
<p><b>Envolvimento dos doentes no seu tratamento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Automonitorização da doença (por exemplo: glicémia, tensão arterial, função respiratória)</li> <li>• Autoadministração do tratamento</li> </ul>
<p><b>Memorandos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Embalagens especiais (por exemplo o empacotamento da medicação em embalagens individuais com a inscrição do dia da semana e horário)</li> <li>• Informação visual sobre a toma da medicação</li> <li>• Caixas de contagem e distribuição da medicação</li> <li>• Alertas para a adesão a consultas médicas e à terapêutica</li> <li>• Alertas para a aquisição de receituário para manutenção do esquema proposto (carta, oral, telefónico, computador)</li> </ul>
<p><b>Reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação e resultados terapêuticos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução da frequência das consultas médicas</li> <li>• Incentivos monetários</li> <li>• Facilitação da aquisição de bens (por exemplo: esfigmomanómetro em doentes com HTA)</li> </ul>

Fonte: Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas.

A mudança de paradigma nos serviços de saúde descentrando os cuidados dos profissionais e centrando-os no doente, levou ao aumento da sua participação no seu tratamento, consciencializando-o da sua condição de doente crónico, levando-o a aceitar a doença, para que desenvolva capacidades para a sua gestão (Bugalho & Carneiro, 2004). Presentemente, reconhece-se que o envolvimento da pessoa no tratamento é decisivo na promoção da saúde, prevenção, ou tratamento das doenças.

Através de uma abordagem multidisciplinar, recorrendo a intervenções combinadas (educacionais e comportamentais) e ajudas eletrónicas, MacLaughlin et al. (2005) citado por Henriques (2006), constataram 70 a 90% de adesão, enquanto Bugalho e Carneiro, (2004) referem um aumento da taxa de adesão de 4 a 11% com a utilização de cada um dos vários tipos de intervenções de forma isolada.

Devido aos múltiplos factores que contribuem para a baixa adesão ao regime terapêutico, é necessária uma abordagem multifactorial, uma vez que uma única abordagem não será eficaz para todos os doentes (Henriques, 2006).

Embora não exista um método infalível que leve à adesão terapêutica, o facto de se conhecerem os factores que a condicionam, permite delinear intervenções de enfermagem tendo como objetivo final promover a adesão ao RT e ao autocuidado traduzindo-se em ganhos para a saúde.

Finalizando, a adaptação a um novo estilo de vida conduz uma série de mudanças na rotina destas pessoas em virtude das necessidades que a DRC impõe, o que pode dificultar a sua adesão ao tratamento. Neste sentido, a construção de uma abordagem educativa deve ser evidenciada, como estratégia para estimular a adesão destes pacientes, diminuindo a morbilidade e mortalidade durante o tratamento da doença renal.



## **II – ESTUDO EMPÍRICO**

---



## **1 – METODOLOGIA**

A Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso, que procura fomentar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas em benefício das pessoas, famílias e comunidades. Pode ter como objeto de estudo todos os aspetos da saúde que são de interesse para a Enfermagem. Assim, pode incluir a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, o cuidado associado a problemas de saúde ou ao fim de vida (OE, 2006).

O conhecimento produzido na investigação em Enfermagem desenvolve a prática baseada na evidência, melhora a qualidade dos cuidados e otimiza os resultados em saúde. É a partir destes contributos que a “importância da investigação é reconhecida em vários domínios: no desenvolvimento contínuo da profissão; na tomada de decisão adequada para a prestação dos melhores cuidados; no alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência; e na demonstração dos fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática”. Assim, a investigação em enfermagem dá um forte contributo para a sua visibilidade social (Martins, 2008, p. 62).

Assim sendo, neste enquadramento metodológico será apresentado o tipo de estudo, objetivos, questão de investigação, população e amostra, critérios de exclusão e inclusão, e os instrumentos a utilizar na colheita de dados. Será ainda explicitado o processo de recolha de dados, a forma de tratamento dos mesmos e, por fim, as considerações formais e éticas atendidas no decurso da investigação.

Consciente das necessidades em cuidados de enfermagem das pessoas com DRC, no que se refere à adesão / gestão do regime terapêutico, e nesta perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, planeou-se a presente investigação de forma a permitir aos profissionais de enfermagem influenciar positivamente a adoção de comportamentos de adesão, por parte das pessoas com DRC em programa regular de hemodiálise.

### **1.1 – PROBLEMÁTICA EM INVESTIGAÇÃO**

Consciente das necessidades em cuidados de enfermagem das pessoas com DRC, no que se refere à adesão do RT, e numa perspetiva de melhoria contínua da

qualidade dos cuidados prestados, surge a presente investigação que tem como finalidade identificar o conjunto de factores que interferem na adesão ao RT das pessoas com DRC em programa regular de HD. Para tal, organizou-se e conduziu-se um **estudo descritivo-correlacional e transversal de natureza quantitativa**.

É um estudo descritivo-correlacional uma vez que se identificam e descrevemos factores que estão envolvidos na adoção de comportamentos de adesão da amostra em estudo, num momento delimitado. A investigação exploratória-descritiva consiste em descrever, nomear ou caracterizar um dado fenómeno, uma situação ou um acontecimento referente a uma população (Fortin, 2003). É transversal, uma vez que as variáveis dependentes e independentes foram medidas na mesma ocasião, possibilitando assim uma recolha única de dados (Reigelman, 2009), e correlacional, uma vez que foram estudadas relações entre variáveis (Fortin, 2003), com o intuito de se perceber o que influencia a adesão ao RT da pessoa que realiza HD.

A problemática da adesão ao tratamento tem tido nas últimas décadas importância crescente quando se equaciona o controlo das doenças crónicas. Vários estudos foram realizados sobre esta temática e chegaram a resultados preocupantes pois identificaram taxas de não adesão ao tratamento elevadas e consequentes repercussões no progresso da doença. Esses resultados associam também insucessos das práticas profissionais e gastos em saúde muito elevados, pois, como na perspetiva de Machado (2009), o problema da adesão ao tratamento é um indicador central de avaliação da qualidade em qualquer sistema de saúde que se queira moderno e eficaz.

O problema que resulta da fraca ou da não adesão à terapêutica foi descurado durante bastante tempo, mas, ultimamente, está a ser alvo de atenção crescente da comunidade científica, dos profissionais de saúde, políticos e dirigentes, devido ao impacto negativo que acarreta para a saúde (Macário et al., 2017).

Face ao exposto, desenvolveu-se uma investigação a partir da **questão**:

- ✓ **Quais os factores que promovem a adesão ao regime terapêutico das pessoas com Doença Renal Crónica terminal em programa regular de Hemodiálise?**

As avaliações do comportamento de adesão ao tratamento são necessárias para um planeamento eficiente e eficaz. Tendo por base a elaboração da questão de investigação supracitada, são apresentados no subcapítulo seguinte os objetivos do estudo.

## 1.2 – OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Partindo-se do pressuposto que a formulação do objetivo de um trabalho de investigação é um processo que possibilita ao investigador explorar, identificar, descrever ou, ainda, explicar e predizer um determinado fenómeno, conforme argumenta Fortin (2009), devendo ser formulado com grande economia de palavras, este processo implica definir objetivos.

A investigação foi desenvolvida na pretensão de responder aos **objetivos**:

- ✓ Avaliar a adesão ao regime terapêutico da pessoa com DRC em programa regular de Hemodiálise;
- ✓ Identificar os factores que influenciam a adesão ao regime terapêutico das pessoas com DRC em programa regular de Hemodiálise.

Para complementar a concretização da investigação, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

- ✓ **H1** – Há relação entre a idade, e a adesão ao regime terapêutico das pessoas com DRC em programa regular de HD;
- ✓ **H2** – Há relação entre o sexo, e a adesão ao regime terapêutico das pessoas com DRC em programa regular de HD;
- ✓ **H3** – Há relação entre as habilitações literárias, e a adesão ao regime terapêutico das pessoas com DRC em programa regular de HD;
- ✓ **H4** – Há relação entre o local de residência, e a adesão ao regime terapêutico das pessoas com DRC em programa regular de HD;
- ✓ **H5** – As pessoas com melhores níveis de conhecimentos sobre a sua doença renal têm níveis de adesão ao regime terapêutico mais elevados;
- ✓ **H6** – Há relação entre o tempo de permanência em hemodiálise e a adesão ao regime terapêutico das pessoas com DRC em programa regular de HD.

## 1.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A partir da questão e objetivos de investigação definiu-se uma população para se proceder à colheita de dados. Assim, e dado que é nossa pretensão conhecer o fenómeno em estudo num contexto específico, procedeu-se a uma **amostragem accidental**. Os participantes no estudo são todas as pessoas com DRC em programa regular de HD numa clínica de diálise da região centro disponíveis para o estudo

naquele determinado momento. A **população** foi assim constituída por todos as pessoas com DRC em programa dialítico que, no período de tempo estipulado, estavam a realizar um programa regular de HD, e que reuniam os seguintes **critérios de inclusão**:

- ✓ idade superior ou igual a 18 anos em tratamento hemodialítico;
- ✓ no momento da colheita de dados não evidenciavam distúrbios/perturbações cognitivas que comprometessem a resposta ao questionário;
- ✓ que aceitaram participar no estudo assinando o Consentimento Livre e Informado.

Foram considerados **critérios de exclusão** todas as pessoas que:

- ✓ estavam institucionalizadas;
- ✓ que se mostraram incapazes (por alguma deficiência ou dificuldade cognitiva) de compreender as perguntas efetuadas e/ou não apresentavam capacidade de responder de forma verbal, clara e consistente.

A **amostra da população** foi recolhida numa Clínica de Diálise da região centro, englobando o maior número de pessoas em programa regular de HD, sendo a pretensão da investigadora abranger o maior número de casos” que reuniam os critérios de inclusão.

A escolha da população supracitada prendeu-se com a maior facilidade na recolha de dados, com o menor dispêndio de tempo, mas, fundamentalmente, como interesse em compreender a dimensão do fenómeno naqueles contextos, pois a investigadora principal exerce aí a sua atividade profissional.

É de referir que a avaliação das capacidades cognitivas dos participantes foi realizada por uma apreciação subjetiva e sustentada no conhecimento e experiência da investigadora enquanto profissional de enfermagem.

#### 1.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para a concretização de um trabalho de investigação, de acordo com os objetivos do mesmo, é fulcral a elaboração de um instrumento de colheita de dados, através do qual o investigador recolhe a informação necessária e pertinente à resolução do problema abordado (Fortin, 2009). O investigador deve selecionar o instrumento mais adequado ao estudo que empreendeu e às questões de investigação que elaborou.

De modo a atingir os objetivos que inicialmente foram propostos, elaborou-se a um **questionário** como instrumento de recolha de dados (**Apêndice I**). Este incluiu:

- ✓ **Variáveis sociodemográficas** – incluiu questões que permitiram identificar as características dos sujeitos da amostra, nomeadamente idade, sexo, área de residência, co-habitação, habilitações literárias, situação laboral e rendimento mensal;
- ✓ **Variáveis clínicas** – tempo de permanência em hemodiálise, a etiologia da DRC, se houve transplante renal prévio, doenças associadas, conhecimentos do doente acerca da doença e interação doente-profissional de saúde.
- ✓ **Variáveis relacionadas com o regime nutricional** – conhecimento sobre recomendações relativas a dieta e hidratação,

De forma a avaliar a adesão terapêutica, recorreu-se ao *Portuguese End-Stage Renal Disease Questionnaire* (PESRD-AQ) de Poveda et al. (2016) que avalia o comportamento de adesão em quatro dimensões do plano terapêutico do doente com DRC em hemodiálise: hemodiálise, medicação, restrição hídrica e dieta. Igualmente, avalia a perceção do indivíduo sobre a adesão e as razões para o comportamento de aderente/não aderente que o mesmo assume (**Apêndice II**).

O instrumento PESRD-AQ está dividido em cinco seções e compreende 46 itens: os primeiros cinco itens recolhem dados sobre informação geral e clínica do indivíduo; 14 itens sobre a frequência do tratamento de HD; nove itens referem-se à medicação prescrita; 10 itens questionam sobre restrições de fluidos; e os últimos oito itens refletem questões sobre a dieta. O questionário é composto por questões com resposta na escala tipo *Likert*, outras de escolha múltipla e outras, ainda, de resposta binária sim/não. A adesão é avaliada em seis das questões das últimas quatro sessões da escala (14, 17, 18, 26, 31, e 46), nas quais os indivíduos recebem uma pontuação de acordo com a resposta apresentada: a pontuação mais alta representa maior adesão, sendo que as questões que avaliam a adesão têm pontuações entre 300 e 0. Paralelamente, outras oito questões indagam sobre a perceção e o conhecimento acerca do tratamento (11, 12, 22, 23, 32, 33, 41 e 42) (Poveda et al., 2016).

Segundo o autor mencionado, foram considerados como aderentes ao tratamento os indivíduos que responderam “No último mês não faltou a nenhuma sessão de HD” e “No último mês não diminui a duração do tempo de tratamento da sessão de HD”, no que concerne às questões 14,17,18, relativas à adesão. Na questão 26, referente à medicação, foram considerados como aderentes ao tratamento, os indivíduos que

responderam “Não última semana tomei sempre a medicação”. Relativamente às restrições hídricas os indivíduos que responderam à questão 31 “Na última semana seguiu sempre as recomendações de restrição de líquidos” foram considerados como aderentes. Na dimensão ingesta alimentar, os indivíduos foram intitulados como aderentes os que responderam à questão 46 “Na semana passada seguiu sempre as recomendações sobre a alimentação”.

Especificando, os scores e os pontos de corte, a adesão ao tratamento de hemodiálise resultou da média dos itens 14,17 e 18 da escala PESRD-AQ. Uns itens variavam do 0-100, outros do 0-200 e outros do 0-300. De facto a adesão à hemodiálise irá variar entre 0-200 porque reflete a média desses três itens. Contudo, existe apenas um item que varia entre 0 e 300 (questão 14), mas relativamente ao cálculo da pontuação média das dimensões de adesão estas variam entre 0 e 200. Desta forma, os indivíduos que alcançaram a pontuação total máxima de 1200 no PESRD-AQ foram considerados globalmente como aderentes.

## 1.5 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

Qualquer investigação deve ser acompanhada por princípios éticos, uma vez que estes não só protegem os indivíduos sujeitos ao estudo científico, como também certificam que o estudo é consistente do ponto de vista ético e moral (Sequeira, 2011).

*Énoncé de politique des conseils* de 1998 constitui a norma ética da investigação com sujeitos humanos. Apresenta princípios éticos em torno do respeito pela dignidade humana, e, em particular, pela integridade corporal, psicológica ou cultural. Estes princípios éticos têm de ser tidos em consideração ao longo das investigações biopsicossociais, e são enunciados por Fortin (2009): “...respeito pelo consentimento livre e esclarecido; respeito pelos grupos vulneráveis; respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; respeito pela justiça e equidade; equilíbrio entre as vantagens e inconvenientes; redução dos inconvenientes; e otimização das vantagens.” (p.136)

Assim, e tal como já referido, a colheita de dados realizou-se numa unidade de diálise da região centro. Para tal antes do início da colheita de informação, o projeto em estudo foi submetido à análise da Comissão de Ética da instituição, tendo obtido parecer favorável (**Apêndice III**).

Igualmente foi efetuado um pedido formal de autorização à Direção Clínica e respetiva Enfermeira Chefe da Unidade de Diálise, onde se efetuou a colheita de dados, com

vista a obter a autorização (**Apêndice IV**). De forma similar, foi apresentado um pedido de parecer, sobre o cumprimento dos princípios éticos em investigação, à Comissão de Ética da Instituição a que a Unidade de Hemodiálise pertence, sendo que ambos foram deferidos (**Anexo I**).

Além da autorização formal da instituição, foi necessário também obter consentimento, dos participantes na investigação. Para tal, os participantes do estudo devem, de acordo com Fortin (1999, p. 128), receber informação por parte do investigador que contenha “ (...) as finalidades e objetivos do estudo, os riscos incorridos, a relação riscos benefícios que o investigador atribui à sua participação”.

De forma a cumprir os critérios acima mencionados, elaborou-se um documento informativo, que incluiu como já referido, o tema, a questão e os objetivos da mesma, de forma a esclarecer e informar os participantes, garantindo-lhe a confidencialidade e o anonimato dos dados fornecidos (**Apêndice V**). A participação neste estudo foi efetuada de forma voluntária por cada sujeito que constitui a amostra.

Aquando da aplicação do questionário de caracterização dos participantes e da PESRD-AQ, cada participante deu, antecipadamente, o seu consentimento explícito (**Apêndice V**).

No que se reporta à essência do presente estudo, este baseia-se, para além do respeito integral pelos valores e opções pessoais dos participantes, no consentimento livre e informado, na manutenção da confidencialidade, do sigilo e do anonimato.

## 1.6 – PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS PARA A RECOLHA DE DADOS

Após obtidas todas as autorizações dos pedidos efetuados, procedeu-se à colheita de dados nos meses de junho a outubro de 2019.

A colheita de dados, como já foi mencionado, foi efetuada através da aplicação de um questionário na sala de espera, antes do início do tratamento e na sala de tratamento aquando da realização do mesmo, ao longo das 4 horas de tratamento, nos turnos que existem na unidade de diálise.

A investigadora optou pelo preenchimento dos instrumentos da colheita de dados, preferencialmente, durante o tratamento, para que os utentes não despendessem mais tempo na unidade de tratamento. Considerou-se que, assim, se levantariam menos constrangimentos à pessoa em hemodiálise que aceitou participar, e, conseqüentemente, se conseguiria uma maior adesão à participação na investigação.

Contudo, apesar de se encontrarem várias pessoas na mesma sala de diálise foi estabelecida a máxima privacidade ao utente.

Todo este processo teve início com a apresentação da investigadora na abordagem ao utente, com a distribuição do questionário e explicação do preenchimento do mesmo. Após o preenchimento do questionário, o mesmo foi dobrado e colocado numa caixa que se encontrava disponível no secretariado da unidade, de forma a garantir o anonimato e sigilo.

## 1.7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DE DADOS

O tratamento estatístico iniciou-se com a colheita dos dados, até à análise e interpretação dos resultados. O propósito do tratamento e da análise dos dados é impor alguma ordem sobre um corpo de informações, de modo a que se possam ser tiradas conclusões gerais.

O tratamento dos dados foi realizado através do programa estatístico IBM-SPSS versão 23.0. A decisão dos designs estatísticos (paramétricos ou não paramétricos) a utilizar para o tratamento e análise de dados, adequaram-se em função dos seguintes critérios: o valor de simetria, obtido através do quociente entre o valor estatístico da *Skewness* pelo erro padrão da medida; o valor de achatamento, obtido através do quociente entre o valor estatístico da *Kurtosis* pelo seu valor do erro padrão; a avaliação da aderência à normalidade, através da utilização do teste estatístico de *Kolmogorov-Smirnov* (quando  $p > 0,05$ , as variáveis em estudo possuem uma distribuição normal).

A leitura dos coeficientes de simetria e achatamento (curtose) permitiu constatar que a distribuição é assimétrica e leptocúrtica. Esta análise e os valores encontrados no teste de *Kolmogorov-Smirnov* com a Correção de *Lilliefors* (**tabela 7**) permitiram concluir que a amostra segue uma distribuição muito diferente da normal, pelo que se utilizaram testes estatísticos não paramétricos.

Foram aplicadas como medidas descritivas: estatísticas de frequência (absolutas e relativas), medidas de localização (média, moda de mediana), e medidas de dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação, mínimo e máximo).

Recorreram-se aos seguintes testes: *Mann-Whitney*, *Kruskal-Wallis* e Correlação de *Spearman*. A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de  $\alpha = 0,05$  com um intervalo de confiança de 95%. Como critérios na testagem de hipóteses estatísticas definiram-se: para um  $\alpha$  significativo ( $p \leq 0,05$ )

observam-se diferenças/associações entre os grupos; para um  $p > 0,05$  não se observam diferenças/associações significativas entre os grupos.

**Tabela 7** – Resultados do teste de normalidade para a escala de adesão terapêutica (PESRD-AQ)

	<b>Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup></b>	<b>Nível de Significância</b>
Tratamento de diálise	0,439	0,000
Medicação	0,302	0,000
Restrição de líquidos	0,297	0,000
Restrição alimentar	0,480	0,000
<b>Total PESRD-AQ</b>	0,229	0,000

Face ao exposto segue-se a apresentação e análise dos resultados do estudo resultantes da aplicação do instrumento de colheita de dados. Os resultados foram apresentados sob a forma de texto e tabelas, de modo a realçar e sistematizar a informação mais relevante, com maior significado e diretamente relacionada com os objetivos da investigação.



## 2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo sucede-se a apresentação e análise descritiva e inferencial dos dados referentes às pessoas com doença renal crónica terminal, participantes no estudo, tendo em conta as variáveis sociodemográficas, clínicas e da adesão ao regime terapêutico evidenciada pela escala utilizada na colheita de dados, a *Portuguese End-Stage Renal Disease Questionnaire* (PESRD-AQ). A fase empírica propriamente dita é reservada à análise descritiva e inferencial dos dados recolhidos junto dos participantes por meio de métodos de colheita de dados (Fortin, 2009).

De acordo com o supracitado segue-se a apresentação e análise dos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados. Os dados serão exibidos através de tabelas, de forma a organizar e sistematizar a informação. Recorreu-se à estatística descritiva para sumariar os dados obtidos e, assim, permitir uma leitura clara e objetiva dos mesmos, e recorreu-se à estatística inferencial para analisar as relações entre as variáveis.

### 2.1 – CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Participaram no estudo 87 indivíduos com DRC em programa regular de hemodiálise. Relativamente ao sexo, a distribuição dos indivíduos em estudo foi heterogénea, 64,4% do sexo masculino e 35,6% do sexo feminino.

No que respeita à idade (**tabela 8**), esta variou entre os 34 e os 90 anos, a média encontrada foi de 69,44 anos, com um desvio padrão de 13,58, sendo a moda e a mediana de 72 anos. Observou-se que a maior parte dos indivíduos se situava no grupo etário dos 71 aos 80 anos (33,3%), seguindo-se aqueles do grupo etário dos 61 aos 70 anos (24,1%). De salientar que 21,8% dos indivíduos tinha 81 ou mais anos.

No que concerne às habilitações literárias (**tabela 8**), constatou-se que a grande maioria (71,3%) possuía o 1º ciclo/4ª classe e 2,3% possuía formação ao nível do ensino superior.

**Tabela 8** – Distribuição dos indivíduos segundo o sexo, a idade e as habilitações literárias

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	56	64,4
Feminino	31	35,6
<b>Grupo etário</b>		
31 - 40 anos	4	4,6
41 - 50 anos	6	6,9
51 - 60 anos	8	9,2
61 - 70 anos	21	24,1
71 - 80 anos	29	33,3
≥ 81 anos	19	21,8
<b>Habilitações literárias</b>		
1º ciclo/4º ano	62	71,3
2º ciclo/6º ano	8	9,2
3º ciclo / 9º ano	11	12,6
12º ano	4	4,6
Ensino superior	2	2,3
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>

n – Frequência, % – Percentagem

A totalidade dos indivíduos em estudo demonstrou ser de nacionalidade portuguesa. Em relação ao agregado familiar (**tabela 9**), a maioria (63,2%) residia com o cônjuge/companheiro, seguindo-se 13,8% com a família restrita (cônjuge e filhos), sendo que 6,9% vivia sozinho. Já no que concerne ao local de residência, constatou-se que a maioria (58,6%) residia em meio rural e 41,4% em meio urbano. Quanto à situação laboral, a grande maioria (90,8%) era reformada e apenas 6,9% estavam empregados.

Relativamente às condições económicas, averiguou-se que a maioria dos indivíduos (51,7%) as considerava boas. De referir que 9,2% considerava-as como baixas e apenas 4,6% excelentes

**Tabela 9** – Distribuição dos indivíduos segundo o agregado familiar, local de residência, situação laboral e condições económicas.

	n	%
<b>Agregado familiar</b>		
Cônjuge/companheiro(a)	55	63,2
Família restrita	12	13,8
Família alargada	1	1,1
Sozinho(a)	6	6,9
Residência de idosos	2	2,3
Outro	11	12,6
<b>Local residência</b>		
Rural	51	58,6
Urbano	36	41,4
<b>Situação Laboral</b>		
Ativo	6	6,9
Desempregado	2	2,3
Reformado	79	90,8
<b>Condições económicas</b>		
Baixas	8	9,2
Razoáveis	16	18,4
Boas	45	51,7
Muito boas	14	16,1
Excelentes	4	4,6
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>

n – Frequência, % – Percentagem

Em relação à distância entre o domicílio dos indivíduos e a clínica de diálise onde realizavam os tratamentos, verificou-se que a média era de 11,9Km, sendo a mediana de 10 e a moda de 1Km. A distância oscilou entre um mínimo de 1 Km e o máximo de 46 Km. A maior parte (33,3%) dos indivíduos residia a cinco ou menos Km do centro onde realizavam diálise. De salientar que apenas 16,1% dos indivíduos residia a mais de 20 Km do centro de diálise.

Em relação ao transporte utilizado para se deslocar até ao centro de diálise, averiguou-se que a grande maioria (83,9%) ia de ambulância. De referir que 9,2% iam de transporte próprio e 6,9% de táxi.

Quando questionados acerca do acompanhamento às sessões de diálise (**tabela 10**), a grande maioria (94,3%) referiu que ia sozinho.

**Tabela 10** – Distribuição dos indivíduos segundo a distância domicílio/CD, transporte e acompanhamento na diálise

	n	%
<b>Distância domicílio/CD</b>		
≤ 5 Km	29	33,3
6 - 10 Km	19	21,8
11 - 15 Km	10	11,5
16 – 20 Km	15	17,2
≥ 21 Km	14	16,1
<b>Transporte</b>		
Ambulância	73	83,9
Transporte próprio	8	9,2
Táxi	6	6,9
<b>Acompanhamento</b>		
Sozinho	82	94,3
Familiar	1	1,1
Esposa(o)	1	1,1
Filha(o)	1	1,1
Outros	2	2,3
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>

n – Frequência, % – Percentagem

## 2.2 – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA AMOSTRA

Em relação ao tempo de diálise (**tabela 11**), constatou-se que a média era de 54,11 meses, sendo a mediana de 37 e a moda de 23 meses. O tempo em diálise oscilou entre um mínimo de dois e o máximo de 291 meses. A maioria (51,7%) dos indivíduos realizava diálise há mais de um ano e menos de cinco anos. De salientar que 16,1% dos indivíduos faziam diálise há um ano ou menos.

A grande maioria (92%) dos indivíduos em estudo efetuava tratamento de diálise três vezes por semana. Quando questionados acerca do tempo que passavam em cada sessão de diálise, constatou-se que a grande maioria (92%) ficava quatro horas por sessão.

**Tabela 11** – Distribuição dos indivíduos segundo os meses, dias da semana e tempo por sessão de diálise

	n	%
<b>Meses em diálise</b>		
≤ 12 Meses	14	16,1
13 – 60 Meses	45	51,7
61 - 120 Meses	19	21,8
121 – 240 Meses	8	9,2
≥ 241 Meses	1	1,1
<b>Dias semana/diálise</b>		
3 dias	80	92,0
4 dias	7	8,0
<b>Tempo sessão diálise</b>		
< 3 horas	1	1,1
3 horas	2	2,3
3h.30 minutos	1	1,1
3h.45 minutos	1	1,1
4 horas	80	92,0
> 4 horas	2	2,3
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>

n – Frequência, % – Percentagem

Quando questionados se tinham feito anteriormente tratamento com diálise peritoneal (**tabela 12**), a grande maioria respondeu negativamente (97,7%).

Relativamente ao transplante renal, constatou-se que a grande maioria (88,5%) não o realizou.

**Tabela 12** – Distribuição dos indivíduos segundo se realizaram diálise peritoneal e transplantação renal

	n	%
<b>Diálise peritoneal</b>		
Sim	2	2,3
Não	85	97,7
<b>Transplante renal</b>		
Sim	10	11,5
Não	77	88,5
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>

n – Frequência, % – Percentagem

Quando questionados acerca da causa da sua doença renal crónica (**tabela 13**), a maior parte (37,9%) referiram desconhecer a causa, seguindo-se 26,4% que mencionaram diabetes, 16,1% HTA e 16,1% doença renal poliquística.

**Tabela 13** – Frequência das causas da doença renal

Causa doença renal	n	%
Desconhecida	33	37,9
Diabetes	23	26,4
HTA	14	16,1
Doença renal poliquística	14	16,1
Doença autoimune	3	3,4
Pielonefrite	3	3,4
Amilóidese	2	2,3
Perda traumática	1	1,1
Nefropatia membranosa	1	1,1
Uso anti-inflamatórios	1	1,1

n – Frequência, % – Percentagem

Quando questionados se tinham doenças associadas, a maioria dos indivíduos (83,9%) respondeu afirmativamente.

Dos 73 indivíduos que referiram ter outras doenças associadas à DRC, a HTA era aquela em que se registou maior frequência (65,8%), seguindo-se a patologia cardíaca (39,7%) e a diabetes (17,8%). De referir que foram indicadas outras doenças num total de 28, todas com frequência de um caso (**tabela 14**).

**Tabela 14** – Frequência das doenças associadas a DRC

Quais doenças associadas	N	%
HTA	48	65,8
Patologia cardíaca	29	39,7
Diabetes	13	17,8
DPOC	6	8,2
Patologia Tiróide	5	6,8
Anemia	4	5,5
AVC	3	4,1
Depressão	2	2,7
Outras	28	38,3

n – Frequência, % – Percentagem

A análise da **tabela 15**, referente a questões que tinham por finalidade avaliar o conhecimento acerca da doença por parte dos indivíduos em estudo, permitiu constatar que 88,5% sabiam que a doença renal era para toda a vida e 79,3% que o tratamento da doença renal também era para toda a vida.

A grande maioria (80,5%) sabia que o tratamento de diálise não podia ser feito sem medicação. Para 59,8% dos indivíduos, o tratamento de hemodiálise não tinha influência no seu desempenho laboral.

A quase totalidade (96,6%) concordou que um bom regime alimentar trazia benefícios para a sua situação de doença renal, sendo que igual percentagem sabia que a hemodiálise era um procedimento para substituir a função do rim. Contudo, 48,3% responderam que era necessário diminuir a ingestão de proteínas na alimentação da pessoa em hemodiálise e 70,1% consideravam que a ingestão de líquidos nos doentes renais, em tratamento de hemodiálise, não era ilimitada.

De referir, que 58,6% sabiam que deviam moderar a ingesta de alimentos ricos em potássio. A grande maioria (88,5%) sabia que não podia interromper os tratamentos de hemodiálise sem consequências.

**Tabela 15** – Distribuição dos indivíduos segundo os conhecimentos sobre a doença

Conhecimento acerca da doença	Sim	Não	Não sabe	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
A Doença Renal é para toda a vida	77 (88,5%)	3 (3,4%)	7 (8,0%)	87 100,0%
O tratamento da doença renal é para toda a vida	69 (79,3%)	7 (8,0%)	11 (12,6%)	87 100,0%
Pode ser tratada sem medicação	10 (11,5%)	70 (80,5%)	7 (8,0%)	87 100,0%
O tratamento de hemodiálise tem influência no seu desempenho laboral	35 (40,2%)	52 (59,8%)	- (0,0%)	87 100,0%
Um bom regime alimentar no meu dia a dia traz benefícios para a sua situação de doença renal	84 (96,6%)	2 (2,3%)	1 (1,1%)	87 100,0%
A hemodiálise é um procedimento para substituir a função do rim	83 (95,2%)	2 (2,3%)	2 (2,3%)	87 100,0%
É necessário diminuir o nível ingestão de proteínas na alimentação da pessoa em hemodiálise	42 (48,3%)	11 (12,6%)	34 (39,1%)	87 100,0%
A ingestão de líquidos nos doentes renais em tratamento de hemodiálise é ilimitada	21 (24,1%)	61 (70,1%)	5 (5,7%)	87 100,0%
Deve moderar a ingesta de alimentos ricos em potássio	51 (58,6%)	4 (4,6%)	32 (36,8%)	87 100,0%

n – Frequência, % – Percentagem

No que concerne à perceção da interação utente-profissional de saúde (**tabela 16**), verificou-se que a quase totalidade (97,7%) dos indivíduos em estudo considerava que a equipa de profissionais de saúde que o acompanha esclarecia as suas dúvidas

quando o solicitava. Contudo, apenas 69% afirmaram que foram informados das opções de tratamento, de forma a escolher a que melhor se adaptasse à sua situação. Igual percentagem (96,6%) de indivíduos reconheceu que quando tinha dificuldades em seguir o tratamento, a equipa de saúde ouvia o seu problema e tentava minorá-lo, sentindo-se motivados pela equipa para seguir o tratamento.

**Tabela 16** – Distribuição dos indivíduos segundo a sua perceção da interação com o profissional de saúde

Interação utente profissional de saúde	Sim n (%)	Não n (%)	Às vezes n (%)	Total n (%)
A equipa de profissionais de saúde que o acompanha esclarece as suas dúvidas, quando o solicita?	85 (97,7%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	87 100,0%
Foi informado das opções de tratamento, de forma a escolher a que melhor se adaptasse à sua situação?	60 (69,0%)	27 (31,0%)	- (0,0%)	87 100,0%
Quando tem dificuldades em seguir o tratamento, a equipa de saúde ouve o seu problema e tenta minorá-lo?	84 (96,6%)	3 (3,4%)	- (0,0%)	87 100,0%
Sente-se motivado pela equipa para seguir o tratamento?	84 (96,6%)	1 (1,1%)	2 (2,3%)	87 100,0%

n – Frequência, % – Percentagem

### 2.3 – CARATERIZAÇÃO DA ADESÃO TERAPÊUTICA

Para avaliar a adesão terapêutica recorreu-se ao *Portuguese End-Stage Renal Disease Questionnaire* (PESRD-AQ). A adesão foi avaliada por seis questões podendo os valores oscilar entre o mínimo de zero e 1200 para o global. Assim, a análise da **tabela 17** permitiu verificar que a média era de 1052,58 com um desvio padrão de 147,31, sendo a mediana e a moda de 1100, o mínimo observado foi de 250 e o máximo de 1200.

No que concerne às suas dimensões, constatou-se que o índice de adesão era mais elevado no “tratamento de diálise” ( $\bar{X} = 191,09 \pm 24,76$ ), seguindo-se a adesão à “medicação” ( $\bar{X} = 183,33 \pm 31,13$ ). Por outro lado, o índice de adesão era mais limitado na “restrição alimentar” ( $\bar{X} = 143,67 \pm 40,92$ ) e na “restrição de líquidos” ( $\bar{X} = 152,30 \pm 36,49$ ).

**Tabela 17** – Estatística descritiva referente à adesão terapêutica

	$\bar{X}$	DP	Mo	Md	Mínimo	Máximo
Tratamento de diálise	191,09	24,76	200	200	50	200
Medicação	183,33	31,13	200	200	50	200
Restrição de líquidos	152,30	36,49	150	150	50	200
Restrição alimentar	143,67	40,92	150	150	50	200
<b>Total PESRD-AQ</b>	1052,58	147,31	1100	1100	250	1200

$\bar{X}$  – Média aritmética, DP – Desvio padrão, Mo – Moda, Md – Mediana

Quanto a categorização da adesão terapêutica proposta pelos autores da PESRD-AQ (**tabela 18**), verificou-se que a grande maioria dos indivíduos em estudo (88,5%) não eram aderentes ao regime terapêutico (PESRD-AQ <1200) e 11,5% apresentaram-se como aderentes ao regime terapêutico.

Na sua análise por dimensões, apurou-se a existência aderentes em relação ao tratamento de diálise para 83,9% dos indivíduos, sendo 73,6% em relação à medicação, 25,3% na restrição de líquidos e 20,7% na restrição alimentar.

**Tabela 18** – Distribuição dos indivíduos segundo a adesão terapêutica

Adesão terapêutica	Aderentes n (%)	Não Aderentes n (%)
Tratamento de diálise	73 (83,9%)	14 (16,1%)
Medicação	64 (73,6%)	23 (26,4%)
Restrição de líquidos	22 (25,3%)	65 (74,7%)
Restrição alimentar	18 (20,7%)	69 (79,3%)
<b>Total PESRD-AQ</b>	10 (11,5%)	77 (88,5%)

n – Frequência, % – Percentagem

A PESRD-AQ possibilitou ainda avaliar o conhecimento dos indivíduos sobre o tratamento da doença. Assim, os indivíduos em estudo, quando questionados se consideravam importante seguir o seu esquema de hemodiálise (**tabela 19**), a maioria (74,7%) considerou muito importante e 23% extremamente importante.

Quanto à percepção dos indivíduos da razão da importância em seguir o seu esquema de hemodiálise, a maioria (69%) entendeu que a sua doença renal necessitava do tratamento de hemodiálise. De referir que 1,1% referiram não pensar que seguir o esquema de hemodiálise fosse muito importante para si.

**Tabela 19** – Distribuição dos indivíduos segundo a sua percepção da importância e da razão de seguir o seu esquema de hemodiálise

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Importância hemodiálise</b>		
Extremamente importante	20	23,0
Muito importante	65	74,7
Moderadamente importante	1	1,1
Pouco importante	1	1,1
<b>Razão da importância</b>		
Porque entendo que com a minha doença renal necessito do tratamento de hemodiálise	60	69,0
Porque seguir o esquema hemodiálise é importante para manter o meu corpo saudável	19	21,8
Porque os profissionais de saúde me disseram que era importante	7	8,0
Não penso que seguir o esquema de hemodiálise seja muito importante para mim	1	1,1
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>

n – Frequência, % – Percentagem

Quando questionados acerca da importância de tomar a medicação corretamente (**tabela 20**), a grande maioria (96,5%) referiu ser muitíssimo/muito importante e apenas 1,1% pouco importante.

Entre os motivos apontados pelos indivíduos para a importância de cumprir corretamente as prescrições terapêuticas/medicamentosas, 67,8% referiram que a sua doença renal exigia que tomassem a medicação corretamente, enquanto 8% referiram as orientações dos profissionais de saúde e 1,1% referiram que não pensavam que os medicamentos fossem muito importantes para si.

**Tabela 20** – Distribuição dos indivíduos segundo a sua percepção da importância e da razão de tomar a medicação corretamente

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Importância medicação</b>		
Muitíssimo importante	19	21,8
Muito importante	65	74,7
Moderadamente importante	2	2,3
Pouco importante	1	1,1
<b>Razão importância</b>		
Porque entendo que a minha doença renal exige que tome a medicação corretamente	59	67,8
Porque tomar medicação corretamente é importante para manter o meu corpo saudável	20	23,0
Porque os profissionais de saúde (médico, enfermeira, nutricionista ou pessoal da clínica) me disseram para o fazer	7	8,0
Não penso que os medicamentos sejam muito importantes para mim	1	1,1
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>

n – Frequência, % – Percentagem

Quando solicitado aos indivíduos em estudo que se pronunciassem acerca da importância de limitar a ingestão de líquidos (**tabela 21**), a grande maioria (94,3%) referiu ser muitíssimo/muito importante e apenas 1,1% como sendo pouco importante.

No que concerne à percepção dos indivíduos sobre a razão da importância de limitar a ingestão de líquidos, a maioria (66,7%) entendeu que a sua doença renal exigia essa limitação. De referir que 14,9% referiram o aconselhamento dos profissionais de saúde e 1,1% referiram ter sido hospitalizados após terem bebido muitos líquidos, e igual percentagem mencionou que a limitação de ingestão de líquidos não era muito importante para si.

**Tabela 21** – Distribuição dos indivíduos segundo a sua percepção da importância e da razão de limitar a ingestão de líquidos

	n	%
<b>Importância limitar líquidos</b>		
Muitíssimo importante	16	18,4
Muito importante	66	75,9
Moderadamente importante	4	4,6
Pouco importante	1	1,1
<b>Razão importância</b>		
Porque entendo que a minha doença renal exige que limite a ingestão de líquidos	58	66,7
Porque uma ingestão de líquidos correta é importante para manter o meu corpo saudável	14	16,1
Porque os profissionais de saúde (médico, enfermeira, nutricionista ou pessoal da clínica) me disseram para o fazer	13	14,9
Porque tenho a experiência de ter sido hospitalizado após ter bebido muitos líquidos	1	1,1
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>

n – Frequência, % – Percentagem

Quando questionados sobre a importância da sua alimentação diária na sua doença (**tabela 22**), a grande maioria (94,2%) referiu ser muitíssimo/muito importante e apenas 1,1% como sendo pouco importante.

Relativamente aos motivos a adoção de precauções alimentares, 70,1% mencionaram ter consciência que a sua doença renal exigia que tivessem cuidado com a mesma. De referir que 12,6% apontaram as orientações dos profissionais de saúde como motivação e apenas 1,1% referiram não considerar importante ter cuidado com a alimentação.

**Tabela 22** – Distribuição dos indivíduos segundo a sua percepção da importância e da razão do cuidado com a alimentação

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Importância alimentação</b>		
Muitíssimo importante	13	14,9
Muito importante	69	79,3
Moderadamente importante	4	4,6
Pouco importante	1	1,1
<b>Razão da importância</b>		
Porque entendo que a minha doença renal exige que tenha cuidado com a alimentação	61	70,1
Porque a minha alimentação é importante para manter o meu corpo saudável	14	16,1
Porque os profissionais de saúde que trabalham na clínica me disseram para o fazer	11	12,6
Não penso que ter cuidado com a minha alimentação seja muito importante para mim	1	1,1
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>

n – Frequência, % – Percentagem

### 3 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, segue-se à abordagem inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Procede-se, assim, à verificação da validade das hipóteses de investigação, associando algumas das variáveis em estudo, à variável dependente.

**H1** – *Há relação entre a idade e a adesão ao regime terapêutico das pessoas com DRC em programa regular de HD.*

Ao relacionar a idade e a adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DRC em programa regular de HD (correlação de *Spearman*), verificou-se que a correlação não era estatisticamente significativa para o total PESRD-AQ nem para as suas dimensões ( $p > 0,05$ ). Assim, não foi possível confirmar a primeira hipótese de investigação (**tabela 23**).

**Tabela 23** – Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de *Spearman*, a idade, e a adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DRC em programa regular de HD

IDADE	$r_s$	p
Tratamento de diálise	0,059	0,585
Medicação	-0,044	0,685
Restrição de líquidos	-0,169	0,117
Restrição alimentar	-0,123	0,256
<b>Total PESRD-AQ</b>	-0,152	0,159

$r_s$  – Correlação de *Spearman*, p – Significância

**H2** – *Há relação entre o sexo e a adesão ao regime terapêutico das pessoas com DRC em programa regular de HD.*

Avaliou-se a forma como o sexo influencia a adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DRC em programa regular de HD (**tabela 24**), aplicando-se o teste de *Mann-Whitney*. A análise dos dados não permitiu confirmar a segunda hipótese de investigação, nem para o total PESRD-AQ nem para as suas dimensões ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 24** – Resultado da aplicação do teste de *Mann-Whitney*, relativamente ao sexo, e à adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DRC em programa regular de HD

Sexo	Masculino (n=56)		Feminino (n=31)		U	p
	$\bar{X}$	DP	$\bar{X}$	DP		
Tratamento de diálise	190,62	27,85	191,94	18,32	832,50	0,623
Medicação	182,14	33,61	185,48	26,44	850,50	0,840
Restrição de líquidos	152,68	37,44	151,61	35,32	849,00	0,850
Restrição alimentar	141,96	41,32	146,77	40,69	810,00	0,574
<b>Total PESRD-AQ</b>	1048,66	162,40	1059,68	117,38	845,50	0,840

$\bar{X}$  – Média aritmética, DP – Desvio padrão, U – *Mann-Whitney*, p – Significância

**H3** – Há relação entre as habilitações literárias e a adesão ao regime terapêutico das pessoas com DRC em programa regular de HD.

Pela leitura e análise da **tabela 25**, que compara as habilitações literárias dos indivíduos com a sua adesão ao regime terapêutico, verificou-se que existe uma tendência dos indivíduos com habilitações literárias mais elevadas para apresentarem melhor adesão ao regime terapêutico (médias mais elevadas). Contudo, o teste de *Kruskal-Wallis* apenas identificou a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,004$ ) para a adesão à “restrição de líquidos”. Assim, considerou-se parcialmente a terceira hipótese de investigação, nomeadamente na adesão à restrição de líquidos das pessoas com DRC em programa regular de HD.

**Tabela 25** – Resultado da aplicação do teste de *Kruskal-Wallis*, relativamente as habilitações literárias e a adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DRC em programa regular de HD

Habilitações literárias	1º Ciclo (n=62)		2º Ciclo (n=8)		3º Ciclo (n=11)		≥12º Ano (n=6)		H	p
	$\bar{X}$	DP	$\bar{X}$	DP	$\bar{X}$	DP	$\bar{X}$	DP		
Tratamento de diálise	190,72	26,78	189,58	19,795	189,39	23,89	200,00	0,000	1,536	0,674
Medicação	185,48	29,18	168,75	37,201	177,27	41,01	191,67	20,41	2,934	0,402
<b>Restrição de líquidos</b>	<b>145,97</b>	<b>33,02</b>	<b>150,00</b>	<b>46,291</b>	<b>168,18</b>	<b>40,452</b>	<b>191,67</b>	<b>20,41</b>	<b>13,258</b>	<b>0,004</b>
Restrição alimentar	141,93	39,66	131,25	45,801	154,54	35,032	158,33	58,45	2,921	0,404
<b>Total PESRD-AQ</b>	1045,56	147,41	1018,75	166,77	1068,18	160,11	1141,67	73,60	5,672	0,129

$\bar{X}$  – Média aritmética, DP – Desvio padrão, H – *Kruskal-Wallis*, p – Significância

**H4** – Há relação entre o local de residência e a adesão ao regime terapêutico das pessoas com DRC em programa regular de HD.

No estudo conjunto da informação referente ao local de residência e à adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DRC em programa regular de HD (**tabela 26**), constatou-se que os indivíduos residentes em meio urbano obtiveram médias mais elevadas no total PESRD-AQ e em todas as suas dimensões, comparativamente àqueles que vivem em meio rural. Para verificar se essas diferenças eram estatisticamente significativas aplicou-se o teste de *Mann-Whitney*. Este teste permitiu verificar que as diferenças são significativas no total PESRD-AQ ( $p=0,040$ ) e nas dimensões “restrição de líquidos” ( $p=0,039$ ) e “restrição alimentar” ( $p=0,030$ ). Estes resultados permitiram concluir que existe relação entre o local de residência e a adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DRC em programa regular de HD, nomeadamente nas dimensões “restrição de fluidos” e “restrição alimentar”.

**Tabela 26** – Resultado da aplicação do teste de *Mann-Whitney*, relativamente ao local de residência e a adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DRC em programa regular de HD

Local residência	Rural (n=51)		Urbano (n=36)		U	p
	$\bar{X}$	DP	$\bar{X}$	DP		
Tratamento de diálise	187,42	29,97	196,30	13,28	792,00	0,090
Medicação	180,39	36,16	187,50	21,96	873,00	0,615
<b>Restrição de líquidos</b>	<b>145,10</b>	<b>39,06</b>	<b>162,50</b>	<b>30,18</b>	705,00	<b>0,039</b>
<b>Restrição alimentar</b>	<b>136,27</b>	<b>38,83</b>	<b>154,17</b>	<b>42,05</b>	687,50	<b>0,030</b>
<b>Total PESRD-AQ</b>	<b>1024,02</b>	<b>171,46</b>	<b>1093,06</b>	<b>91,93</b>	683,00	<b>0,040</b>

$\bar{X}$  – Média aritmética, DP – Desvio padrão, U – *Mann-Whitney*, p – Significância

**H5** – As pessoas com melhores conhecimentos sobre a sua doença renal têm níveis de adesão ao regime terapêutico mais elevados.

A fim de determinar o nível de conhecimentos sobre a sua doença renal, foram elaboradas 10 questões, sendo cotadas as respostas certas com um e as erradas e “não sei” com zero, obtendo-se assim um *score* final entre zero e dez para avaliar esse conhecimento.

Verificou-se a correlação do conhecimento com os níveis de adesão ao regime terapêutico, aplicando-se o coeficiente de correlação de *Spearman* (**tabela 27**). Os resultados da análise estatística efetuada permitiram verificar que a correlação é positiva (exceção para “tratamento de diálise), ou seja, consoante aumentam os

conhecimentos sobre a doença renal, os indivíduos tendem a evidenciar maior adesão ao regime terapêutico. Contudo as diferenças encontradas apenas são estatisticamente significativas na dimensão “restrição alimentar” ( $p=0,016$ ). Assim, confirmou-se parcialmente a quinta hipótese de investigação, no que concerne à adesão às restrições alimentares.

**Tabela 27** – Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de *Spearman*, aos níveis de conhecimentos sobre a doença renal e a adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DRC em programa regular de HD

Conhecimentos sobre doença renal	$r_s$	p
Tratamento de diálise	-0,009	0,932
Medicação	0,199	0,065
Restrição de líquidos	0,207	0,055
<b>Restrição alimentar</b>	<b>0,258</b>	<b>0,016</b>
<b>Total PESRD-AQ</b>	0,155	0,152

$r_s$  – Correlação de *Spearman*, p – Significância

**H6** – Há relação entre o tempo de permanência em hemodiálise e a adesão ao regime terapêutico das pessoas com DRC em programa regular de HD.

Ao relacionar-se o tempo de permanência em hemodiálise e a adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DRC em programa regular de HD (correlação de *Spearman*), verificou-se que a correlação não era estatisticamente significativa quanto ao índice global de adesão, nem às suas dimensões ( $p>0,05$ ). Assim sendo, não foi possível confirmar a sexta hipótese de investigação.

**Tabela 28** – Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de *Spearman*, ao tempo de permanência em hemodiálise e a adesão ao regime terapêutico dos indivíduos com DRC em programa regular de HD

Tempo em diálise	$r_s$	p
Tratamento de diálise	-0,103	0,342
Medicação	0,110	0,311
Restrição de líquidos	-0,156	0,149
Restrição alimentar	0,097	0,373
<b>Total PESRD-AQ</b>	-0,024	0,828

$r_s$  – Correlação de *Spearman*, p – Significância

Após ter sido concretizada a apresentação e análise dos resultados, procede-se de seguida à discussão dos resultados e as implicações que os mesmos terão na prática

dos cuidados de enfermagem. Quais os factores que promovem a adesão ao regime terapêutico das pessoas com doença renal crónica terminal em programa regular de Hemodiálise, foi a questão base desta investigação, daí considerar-se importante reforçar o que determinou esta investigação no seguimento do capítulo seguinte.



## 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados, a fase da discussão de um estudo científico permite refletir sobre a investigação realizada, enfatiza os dados mais significativos e o seu confronto com a literatura científica. Serão destacados os resultados mais relevantes procurando, sempre que possível, uma compreensão integradora e justificada, confrontando-os com o quadro teórico de referência e com os resultados de outras investigações realizadas no mesmo domínio temático.

Recorrendo à análise dos factores que poderão influenciar a adesão, encontraram-se algumas respostas para este facto, sendo o mesmo consolidado por diversos autores.

### 4.1 – PREVALÊNCIA DA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Os resultados referentes ao comportamento global de adesão dos 87 participantes remeteram para a não aderência ao RT, tendo-se verificado pela categorização da escala PESRD-AQ que 88,5% dos indivíduos em estudo revelaram-se como não aderentes (PESRD-AQ <1200), e 11,5% como aderentes. A escala supracitada permitiu analisar a adesão nas dimensões: “tratamento de diálise”, “medicação”, “restrição de líquidos” e “restrição alimentar”. Observou-se que as dimensões “tratamento de diálise” e “medicação” obtiveram o valor percentual mais elevado de adesão. Em contrapartida, as dimensões “restrição de líquidos” e “restrição alimentar” apresentaram percentagens de adesão mais diminutas.

Os níveis de adesão elevados na dimensão “tratamento de diálise” podem ser justificados pelos valores extraídos da escala utilizada, no que diz respeito ao conhecimento acerca do tratamento da doença, uma vez que 74,7% considerou ser importante seguir o seu esquema de HD, e 69% referiu ter consciência que a sua doença renal necessita de tratamento de HD. Analogamente, no que se refere à toma de medicação, 96,5% considerava ser muitíssimo importante/muito importante o cumprimento da medicação, alegando que o seu cumprimento era importante para a sua doença renal (67,8%).

Noutros estudos sobre adesão de pessoas com DRCT, os casos de não adesão variam entre 0-77% (Poveda, 2019). A dispersão destes valores poderá ser atribuída ao uso de distintas escalas ou marcadores que avaliam um só aspeto da adesão ao

plano terapêutico, por oposição a metodologias complexas que combinam vários indicadores de não adesão ao plano terapêutico (Tamura et al., 2019 citado por Poveda, 2019).

Face ao exposto, a maioria das pessoas com DRC consegue um equilíbrio nas dimensões da adesão ao “tratamento dialítico” e “medicamentos”, devido ao facto de, após um período inicial de agudização dos sintomas, apresentarem uma significativa melhoria clínica com alívio dos mesmos, tendo a perceção de que a melhoria sintomática está relacionada com o cumprimento das indicações terapêuticas, esforçam-se pelo cumprimento das mesmas (Maldaner et al., 2008).

Por outro lado, quando as pessoas com DRC não cumprem as restrições nutricionais e hídricas, há um agravamento sintomático e a ocorrência de mal-estar durante o tratamento dialítico, daí os níveis de adesão serem mais baixos nestas dimensões. Quando isto acontece, a pessoa tem mais dificuldade em aceitar a sua doença, conseqüentemente, fica mais renitente ao tratamento medicamentoso que deveria cumprir no domicílio. Estes dados vão ao encontro do defendido por Santos et al. (2016), quando refere que a perceção da eficácia da medicação, a confiança das pessoas relativamente ao efeito de determinado medicamento contribui para a adesão ao RT.

Neste âmbito, é possível recordar um estudo realizado com 490 doentes com DRCT que avaliou os resultados da substituição de quelantes orais de fósforo por oxihidróxidosucroférico, verificando que eram precisos menos comprimidos para manter os níveis de fosfato sérico controlados (Poveda, 2019). O autor concluiu que as intervenções educativas aumentavam o conhecimento sobre a doença renal e evidenciavam uma correlação positiva entre a qualidade de vida e a adesão às restrições de fluidos, contudo, em geral, não modificavam os resultados da adesão (Poveda, 2019).

No presente estudo através da determinação de correlação de *Spearman*, verificou-se que a correlação era positiva (exceto na dimensão “tratamento de diálise”), confirmando-se que, à medida que os conhecimentos sobre a doença renal aumentam, os doentes tendem a apresentar melhor adesão ao RT.

Noutro estudo com doentes não aderentes às restrições de líquidos, foi implementada uma intervenção de modificação comportamental focada na diminuição de ganho de peso intradialítico excessivo, com resultados modestos no controlo desse ganho (Howren et al., 2016 citado por Poveda, 2019).

A adesão ao tratamento de HD é considerada bastante desgastante, pela limitação, exigências e restrições que o tratamento impõe, que impossibilita a prática de atividades de vida antes exercidas (Martins et al., 2017).

Um dos desfechos desta pesquisa refere-se aos resultados advindos da PESRD-AQ que não foram maioritariamente significativos, podendo esta situação estar relacionada com a resiliência das pessoas com DRC.

A resiliência no tratamento hemodialítico consiste na adaptação da pessoa com DRC às limitações impostas por esta terapia (Silva et al., 2016). O enfermeiro pode ser um facilitador desse processo, contribuindo para a compreensão da doença, ajustando e estimulando para o autocuidado, orientando e esclarecendo dúvidas, sobretudo relacionadas com a mudança de comportamento e de estilo de vida (Silva et al., 2016).

A adesão da pessoa com DRC ao tratamento depende das características da doença e do regime terapêutico (Dias et al., 2011). De acordo com Moreira et al. (2008), o adequado grau de conhecimento das pessoas com DRC em relação aos medicamentos é apontado como um factor fundamental para a adesão ao tratamento farmacológico.

A pessoa com DRC em tratamento de HD apresenta elevadas taxas de não aderentes ao regime terapêutico, tal como foi evidenciado no presente estudo. Segundo Sgnaolin e Figueiredo (2011), factores como: idade, sexo, tabagismo, duração da HD e comorbilidades determinam o processo de não adesão. Contudo, constatou-se que o conhecimento da doença pode influenciar positivamente a adesão ao tratamento.

O impacto da reduzida adesão à terapêutica revela genericamente um aumento de mortalidade, à medida que as doenças crónicas também têm essa evolução em todo o mundo, sendo o desenvolvimento da resistência às terapias, um assunto de saúde pública relacionado com a pobre adesão à terapêutica e outros factores (Oliveira et al., 2015).

Ainda de acordo com o mesmo autor, os anos de vida perdidos em consequência de uma mortalidade precoce, e os custos na saúde atribuídos à morbilidade passível de prevenção, são exemplos de consequências da reduzida adesão terapêutica.

Efetuando uma análise global sobre a prevalência da adesão ao regime terapêutico, constatou-se que a pessoa com DRC em tratamento de HD necessita de mudar hábitos relacionados com as dietas, tratamentos, e dependência de outros. A sua adaptação é um processo complexo, com implicações pessoais, como seja a limitação de atividades e a restrição de horários.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais interagem e contatam com as pessoas em tratamento dialítico, assumindo um papel decisivo no acompanhamento e no processo formativo da pessoa, utilizando para isso os saberes obtidos da experiência clínica diária e da evidência científica. Deste modo ajudam no estabelecimento de um programa de vida, na desmitificação de medos e crenças geradoras de ansiedade e depressão, assim como, nos conhecimentos que a pessoa necessita para ser autónoma no seu tratamento e autocuidado para o bem-estar (Cavalcante et al., 2015).

#### 4.2 – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E A ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

As pessoas com DRC em HD compreendem, maioritariamente, uma população envelhecida, atendendo a que os dados encontrados demonstraram que a **idade** mínima era de 34 anos e a máxima 90 anos, o que correspondia a uma idade média de 69,44, com um desvio padrão de 13,58.

Na análise inferencial, constatou-se que não existia uma relação estatisticamente significativa entre a idade e a adesão ao RT das pessoas em programa regular de HD, assim como para todas as suas dimensões (tratamento de diálise, medicação, restrição de fluidos, restrição alimentares) refutando-se a primeira hipótese de investigação.

Aquele valor médio pode ser analisado à luz do referido por Cabral e Silva (2010), quando considera que, com o avançar dos anos, a não adesão tende a agudizar-se, o que ajuda à compreensão dos resultados da presente investigação. Este facto está associado à existência de comorbilidades, que determinam regimes terapêuticos múltiplos e/ou prolongados, ou, ainda, à diminuição de algumas capacidades cognitivas comunicacionais. O autor refere ainda que a eventual presença de alterações psiquiátricas, as limitações de mobilidade ou outras incapacidades também podem condicionar o acesso e até o manuseamento dos medicamentos (Cabral & Silva, 2010).

Em contrapartida, Tavares et al. (2013) justificam que a maior adesão ao tratamento, por pessoas com idade mais avançada, relaciona-se com o medo da doença se agravar, a vontade de viver e a necessidade de realizar o tratamento. Estes aumentam a motivação para cumprir o regime terapêutico medicamentoso. De acordo com Silva

(2013), os indivíduos com mais idade tendem a ser mais dependentes e a precisar de maior apoio familiar (ou de outro cuidador), que os ampare nas atividades diárias.

Igualmente nas pessoas idosas, a associação entre os problemas psicológicos (depressão ou declínio cognitivo) e os problemas físicos (fragilidade física) é frequente. Embora o declínio cognitivo seja definido como défice de um ou vários domínios da cognição, com a preservação das capacidades funcionais e a independência do indivíduo, existem evidências que demonstram que o declínio cognitivo está frequentemente associado a outros problemas como a malnutrição, fragilidade e diminuição da adesão terapêutica nas pessoas idosas (Poveda, 2019).

Relativamente ao **sexo**, a amostra era predominantemente constituída por indivíduos do sexo masculino (64,4%) e apenas 35,6% do sexo feminino. Da pesquisa bibliográfica efetuada, os autores consideram que existe um maior nível de adesão nas mulheres, devido ao facto das pessoas do sexo masculino serem mais vulneráveis, cuidarem menos da sua saúde e exporem-se a mais situações de risco (Prezotto & Abreu, 2014). Os homens parecem ser mais vulneráveis às doenças crónicas, entre elas a hipertensão arterial e *diabetes mellitus*, principais factores de risco para desenvolver a DRC (Oliveira et al., 2015).

No cruzamento entre o sexo e a adesão ao RT dos indivíduos com DRC em programa regular de HD, através da aplicação do teste de *Mann-Whitney* constatou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas. Este resultado corrobora os de Cabral e Silva (2010), em que o sexo não é uma variável preditora de adesão à terapêutica.

Avaliar o nível de escolaridade é muito importante, visto que essa variável pode interferir com o prognóstico e sobrevida do indivíduo. Assim no que diz respeito às **habilitações literárias**, verificou-se que a maioria da amostra possuía o 1º ciclo (71,3%), enquanto apenas 2,3% apresentavam habilitações de nível superior. Na perspetiva de Dias (2006 citado por Martins et al., 2017), quanto mais baixo é o nível de escolaridade, maior é a probabilidade de existência de baixa adesão terapêutica.

A qualidade de vida das pessoas em tratamento dialítico possui uma relação positiva entre os aspetos emocionais e a escolaridade o que sugere, de acordo com Martins et al. (2017), que as pessoas com maior escolaridade apresentam recursos intelectuais capazes de gerar melhor adaptação às consequências da DRC e da HD.

A baixa escolaridade é apresentada por Martins et al. (2017), como podendo comprometer a aprendizagem e conseqüentemente o nível de adesão, pois a

complexidade da terapêutica exige das pessoas habilidades cognitivas muitas vezes não alcançadas por eles.

O exposto valida que indivíduos com nível de escolaridade menor apresentam maior dificuldade em compreender a importância do tratamento e dos cuidados a ter. Destaca-se ainda que a falta de informação e falta de conhecimento em relação à hemodiálise são factores de stress, mencionados pelos indivíduos no início de tratamento hemodialítico (Martins et al., 2017).

Na perspetiva de Guanaré et al. (2016), os indivíduos com menor nível de escolaridade apresentam menor adesão ao tratamento, satisfação terapêutica e empenho em relação ao estado de saúde. O autor reforça a ideia de que um nível de escolaridade baixo, pode interferir com o prognóstico do seu tratamento. Igualmente, Martins et al. (2017) defendem que um maior nível de instrução facilita a compreensão sobre a importância do tratamento e dos cuidados que uma pessoa com doença renal deve ter.

Deste modo, pessoas com menor nível de escolaridade, podem sentir, com mais intensidade, o impacto da DRC nas atividades diárias, ou ainda, podem não aderir ao tratamento ou realizá-lo inadequadamente. O baixo nível educacional dificulta o empenho e a participação social, podendo refletir-se na autonomia e na tomada de decisão da pessoa com doença renal (Pereira et al., 2017).

Os resultados obtidos na estatística inferencial, comprovaram que os indivíduos com habilitações literárias mais elevadas eram os que apresentavam melhor adesão global ao RT. Ao recorrer-se ao teste *Kruskal-Wallis*, verificou-se a existência de diferença significativa ( $p=0,004$ ) para adesão ao RT na dimensão “restrição de fluidos”, pelo que se pode aceitar parcialmente a terceira hipótese de investigação. Reforça-se, assim, a ideia de que a escolaridade é um factor importante na adesão ao RT, pois influencia o modo de assimilação e a compreensão da doença e das informações recebidas, podendo beneficiar a adesão da pessoa com doença renal ao tratamento (Silva et al., 2016).

Após a análise dos factores **agregado familiar, local de residência, situação laboral e condições económicas**, reconheceu-se que a maioria dos indivíduos era casada (63,2%), residia em meio rural (58,6%), era não ativa (93,1%) e considerava apresentar boas condições económicas (51,7%).

Os dados supracitados estão em consonância com os encontrados por Anes e Ferreira (2009), tendo em conta que a sua amostra era constituída na maioria por pessoas casadas/união de facto, com um baixo nível de escolaridade, com

rendimentos mensais elevado se a maioria residentes em meio rural. Os resultados deste estudo corroboram, uma vez mais, os apurados por estes autores, segundo os quais, as pessoas inquiridas viviam com cônjuge/companheiro(a), que se assume como um suporte social imprescindível, tendo em conta as implicações desta doença no quotidiano das pessoas com DRC em HD.

Deste modo, a DRC e o seu tratamento não afetam apenas o doente, mas também os seus familiares e as outras pessoas da sua rede social (Ferreira & Silva Filho, 2011). Segundo Cavalcante et al. (2015), a estrutura familiar é modificada pela necessidade de se adaptar às exigências da condição crónica do seu familiar e aprender a conviver com a nova realidade advinda desta patologia.

De acordo com o estudo realizado por Silva et al. (2011), o apoio familiar é decisivo na perceção das pessoas com DRC para suportar e manter o tratamento dialítico.

O mesmo autor refere que apesar do diagnóstico da DRC e do tratamento dialítico ocasionar grande angústia em todo o círculo social da pessoa, a família possui um papel de destaque, pois possibilita que a pessoa se sinta protegida, menos insegura e significativa, sentimentos que, na maior parte, são estímulos positivos para enfrentar a situação de doença e adesão ao seu tratamento (Silva et al., 2011).

Os resultados destes autores reforçam que o apoio familiar se configura como uma importante ferramenta de adaptação psicológica aos eventos de stress decorrentes da terapêutica hemodialítica. A família surge como meio principal para auxiliar a pessoa com DRC a enfrentar as dificuldades, minimizando perdas e frustrações impostas pela patologia, o que favorece o otimismo para enfrentar a doença e o seu tratamento (Silva et al., 2016).

No que diz respeito à **situação laboral**, evidenciou-se uma grande percentagem de pessoas reformadas (90,8%). Os autores Martins et al. (2017) salientam que a DRC e os tratamentos não constituem impedimento direto e absoluto ao trabalho, mas causam limitações importantes às pessoas com DRC em tratamento dialítico, muitas vezes ocasionando afastamentos e reformas decorrentes da doença.

Através da análise inferencial, verifica-se que os indivíduos residentes em meio urbano obtiveram médias mais elevadas no total PESRD-AQ. Ao aplicar o teste de *Mann-Whitney*, reconheceu-se que as diferenças eram estatisticamente significativas no total PESRD-AQ ( $p=0,004$ ) e nas dimensões “restrição de fluidos” ( $p=0,039$ ) e “restrição alimentar” ( $p=0,030$ ), o que permitiu confirmar a quarta hipótese de investigação, ou seja, que existe uma relação entre o local de residência e a adesão ao RT dos

indivíduos com DRC em programa regular de HD, especificamente na restrição de fluidos e alimentar.

#### 4.3 – VARIÁVEIS CLÍNICAS E ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

A maioria dos indivíduos efetuava o tratamento de HD há mais de um ano e menos de cinco (51,7%), enquanto 16,1% realizava HD há um ano ou menos. De referir que uma percentagem elevada, 92% dos indivíduos, realizam o tratamento de HD três dias por semana durante 4 horas por sessão.

A pessoa com DRC em tratamento dialítico submete-se a um tratamento doloroso, de **longa duração** que pode gerar um sentimento de improdutividade pelos constrangimentos ao desempenho laboral sem restrições, e pelas mudanças de grande impacto que se repercutem na sua vida, dos seus familiares e amigos. Como consequência, aderir ao tratamento é um processo complexo, considerando que a hemodiálise limita as suas atividades, comprometendo a sua liberdade (Silva et al., 2019).

A condição de estar cronicamente debilitado e de fazer o tratamento hemodialítico traz, segundo Silva et al. (2019), uma série de desvantagens, uma vez que o indivíduo sente muitas alterações na sua vida. Os portadores de doença renal começam o seu percurso de tratamento já cientes da irreversibilidade da sua doença, e, ao longo deste, deparam-se com múltiplas perdas (Silva et al., 2019). Estas limitações à adesão ao tratamento vão ao encontro dos resultados que se obtiveram pela avaliação da PESRD-AQ, através da qual se verificou que a grande maioria dos indivíduos em estudo (88,5%) apresentam uma baixa adesão.

Outro aspeto defendido pelo autor que interfere na adesão refere-se à perda de autonomia provocada pelas sessões de hemodiálise que configuram uma relação de dependência do tratamento para a manutenção da vida. A dependência de uma máquina para sobreviver interfere de forma avassaladora nos desejos da pessoa e na possibilidade de ter uma vida normal e realizaras suas atividades de vida habituais (Silva et al., 2019).

Igualmente, o longo **tempo de permanência em hemodiálise** explica-se pelo facto de não existir cura para a DRCT, sendo a diálise e o transplante as opções de substituição da função renal, que permitem salvar a vida destas pessoas, embora o seu custo seja muito elevado (Liyanage et al., 2015). Estes dados reforçam os encontrados em relação a esquemas terapêuticos prolongados e complexos que

revelam que os níveis de adesão podem também ser alterados pela cronicidade e complexidade da doença, ausência de sintomas ou existência concomitante de várias patologias (Cabra e Silva, 2010). Também Terra et al. (2010) defende que a duração prolongada da terapêutica contribui para um menor cumprimento do tratamento.

Surgiu deste modo a sexta hipótese de investigação, “Há relação entre o tempo de permanência em HD e a adesão ao regime terapêutico das pessoas com DRC em programa regular de HD”. Após o seu estudo, constatou-se que a correlação não era estatisticamente significativa, nem para o no total PESRD-AQ, nem para as suas dimensões.

A dificuldade na adesão ao tratamento dialítico é relevante. Apesar dos benefícios que a hemodiálise proporciona à pessoa com DRC, é importante salientar que não conduz à recuperação integral da sua saúde, ocasionando desgaste físico, stress mental e emocional, devido à dependência de um tratamento sistemático e às consequências incertas. A HD é um tratamento rigoroso e debilitante por exigir sessões semanais de algumas horas e técnicas invasivas. Logo, a pessoa em tratamento por HD pode sofrer limitações físicas, laborais e perdas sociais importantes (Portal da Diálise, 2016).

A maioria dos inquiridos nunca realizou **transplante renal** (88,5%). Estes resultados corroboram os encontrados por Machado (2009), que demonstram que o universo das pessoas com DRC contempladas com transplante é um número manifestamente reduzido. Neste contexto, salienta-se que as TSFR surgem somente no último estágio da doença renal crónica, sendo este um recurso para substituir a função renal na sua vertente reguladora do meio interno, excretora e endócrina.

Confirmou-se que as **causas mais frequentes de DRC** são desconhecidas (37,9%), seguindo-se a *diabetes mellitus* com uma percentagem de 26,4%. Verificou-se igualmente que a HTA e a doença renal poliquística também são frequentes (16,1%). As infeções recidivantes, as exacerbações de nefrites, a obstrução das vias urinárias e a destruição dos vasos sanguíneos secundária à *diabetes mellitus* e à hipertensão arterial, são co-factores da formação de cicatrizes no tecido renal, que desencadeiam a progressiva perda da funcionalidade dos rins (Rodrigues, 2010).

O número de comorbidades é um factor negativo para a adesão ao tratamento. A coexistência de diferentes patologias piora o estado de saúde e reduz a capacidade funcional, a qualidade de vida desses indivíduos e a disposição para lutar contra a situação acometida (Negri et al., 2016)

Ao avaliar os **conhecimentos sobre a doença**, constatou-se que uma elevada percentagem da amostra (88,5%) tem noção que a doença renal é para toda a vida,

assim como igual percentagem sabe que não pode interromper os tratamentos de HD sem consequências.

O nível de conhecimento sobre a DRC e o tratamento de HD, na perspectiva de Prezotto e Abreu (2014) é entendido como potenciador do comportamento de adesão.

Pela análise inferencial constatou-se que consoante aumentam os conhecimentos sobre a doença renal, maior adesão ao regime terapêutico é evidenciada pelos indivíduos (correlação positiva).

Face ao exposto, o papel que a equipa de saúde assume para com as pessoas em programa regular de hemodiálise é de extrema importância. Não basta monitorizar os parâmetros vitais, as análises laboratoriais, o peso, entre outros. É necessário focar a atenção na pessoa como um todo, avaliando o seu contexto, as suas dificuldades e forças, o que ela pode conquistar e o que deve mudar. O reforço positivo, uma visão otimista, tempo de qualidade para responder a todas as dúvidas e segurança na educação para saúde, são essenciais no acompanhamento destas pessoas (Portal da Diálise, 2016).

A capacidade que o indivíduo tem de **percecionar a condição da sua doença** é determinante para a adesão à terapêutica. Na perspectiva de Cabral e Silva (2010) esta perceção está relacionada com a gravidade dos sintomas, o nível de deficiência (física, psicológica, social e profissional), a taxa de progressão e gravidade da doença, bem como a disponibilidade efetiva para a terapêutica.

Os doentes crónicos assintomáticos frequentemente não aderem à medicação, justificando assim a elevada taxa de adesão nas doenças agudas face a uma menor adesão nas doenças crónicas. Os níveis de adesão podem também ser alterados por: cronicidade da doença, ausência de sintomas ou existência concomitante de várias patologias (Cabral & Silva, 2010).

Averiguou-se, no que diz respeito à **perceção da interação utente-profissional de saúde**, que a maioria dos indivíduos (97,7%) considera que a equipa de profissionais de saúde que a acompanha esclarece as suas dúvidas. Estes resultados reforçam a ideia de que a relação utente-profissional de saúde é preditiva da adesão, sendo considerada por alguns autores como a “espinha dorsal” de todo o tratamento a que estão sujeitos (Machado, 2009).

A construção de uma relação entre a pessoa e o profissional de saúde, numa base de confiança, respeito e empatia, permite que as pessoas se sintam mais abertas a compreender a sua doença e o seu tratamento. Esta relação de confiança e motivação

foi evidenciada por uma grande maioria de indivíduos (96,6%), que referiu sentir-se motivada pela equipa para seguir o tratamento.

Salienta-se o facto de mais de metade dos participantes (84,1%) ter admitido que as suas dúvidas eram esclarecidas pelos profissionais. A maioria dos participantes (86,8%) concordou que foi informada acerca das opções de tratamento, bem como uma percentagem significativa sente que a equipa de saúde ouve os seus problemas (76,8%). Em relação à motivação, registou-se um valor expressivo para o grupo de participantes que referiu sentir-se motivado pelos profissionais de saúde (81,4%). Estes resultados reforçam a ideia de que a cooperação da pessoa com doença crónica depende, muitas vezes, da sua avaliação acerca dos cuidados recebidos.

A interação entre o profissional de saúde e o doente são factores que também podem predizer uma melhor adesão terapêutica. O suporte psicológico dado à pessoa com DRC em tratamento dialítico constitui uma ferramenta imprescindível no que se refere à manutenção do tratamento, sendo essencial uma avaliação psicológica direcionada para os efeitos psíquicos e físicos resultantes da doença (Sousa, 2012).

Neste âmbito, o mesmo autor refere que apesar da satisfação poder abarcar diversas componentes dos cuidados, estas indicam que as pessoas com DRC enfatizam a empatia e a comunicação na relação interpessoal, atribuindo-lhes mais valor do que às próprias perícias técnicas.

Como tal, o tipo de comportamentos que os profissionais de saúde revelam pode influenciar os comportamentos de autocontrolo da pessoa, na medida em que se ela não receber instruções específicas e não se sentir apoiada, terá menor probabilidade de adesão à terapêutica (Simão, 2009).

A adesão ao tratamento é considerada um processo multifactorial, fundamentado na parceria entre quem cuida e quem é cuidado, através da qual se estabelece uma aproximação que possibilita uma abertura para o diálogo (Silva et al., 2016).

Ainda de acordo com Silva et al. (2016), o enfermeiro deve ter a capacidade de captar a subjetividade de cada ser, proporcionar um suporte emocional e esclarecimento em relação à patologia, indicar caminhos para que a pessoa consiga manter a sua qualidade de vida e desenvolver um vínculo de confiança.

A DRC e o tratamento dialítico promovem profundas transformações físicas e emocionais, além de modificações no convívio social das pessoas com DRC, já que possuem limitações na sua alimentação, redução e controle dos líquidos ingeridos, necessidade de medicações controladas e periodicidade do tratamento dialítico. Desta

forma, é essencial que o enfermeiro adote ações de Educação para a Saúde que contribuam para a consciencialização e promoção de saúde, proporcionando uma melhor adequação da pessoa ao tratamento, garantindo assim uma melhor qualidade de vida (Silva et al., 2019).

Em conformidade com os resultados apresentados, poder-se-á dizer que se alcançaram os objetivos delineados. Ao finalizar um trabalho de investigação é inevitável a reflexão sobre as **limitações do estudo** que a poderão ter condicionado assim como as suas conclusões.

Em primeiro lugar destaca-se o facto de a investigadora fazer parte da equipa de saúde e do contexto onde os dados foram colhidos, o que independentemente dos esforços feitos para manter a maior distância e neutralidade no processo, poderá ter de algum modo condicionado os resultados obtidos. Saliencia-se, no entanto, que este constrangimento poderá também ser analisado como uma potencialidade, pois esta proximidade ao campo foi facilitadora de todo o processo de colheita de dados, o que é evidenciado no número de questionários respondidos.

O facto de o tema ser complexo e a técnica de colheita de dados, exigente, associados à falta de experiência em investigação foram causadores de momentos de incerteza, receios e preocupações. Estes foram superados pela análise rigorosa e fundamentada dos resultados.

A dimensão da amostra (87 casos) é, com toda a certeza, outro aspeto que se soma às limitações do estudo. Saliencia-se que, uma parte significativa dos nossos participantes evidenciava níveis de escolaridade baixa, factor que, mesmo num questionário, introduz alguma complexidade.

A utilização de um instrumento de colheita de dados, com grande número de páginas para responder, poderá ter desmotivado alguns dos potenciais participantes, que não querendo mostrar-se «incumpridores», podem não ter sido rigorosos nas suas respostas, condicionando os resultados obtidos. O tempo de preenchimento do questionário esteve condicionado ao horário da sessão dialítica, resultando numa limitação ao estudo.

Consciente de que como investigadora ainda existe um longo caminho a percorrer, estas limitações assumem-se como momentos de aprendizagem para projetos futuros.

Apesar das potenciais limitações na análise destes resultados, acredita-se que forneceram importantes contributos para a prática profissional relativamente à promoção da adesão ao regime terapêutico da pessoa com doença renal crónica em

programa regular de hemodiálise. Assim, neste contexto de prática profissional será importante continuar a apostar e a desenvolver parcerias com a família, envolvendo-a no processo educativo da pessoa com doença renal crónica em início de hemodiálise, que poderá ser determinante para o seu bem-estar e na sua adaptação funcional.



## **CONCLUSÃO**

---



## **CONCLUSÃO**

A Investigação em Enfermagem desempenha cada vez mais um papel fundamental, pois a procura e obtenção de novos conhecimentos trazem benefícios para o desenvolvimento da profissão e para as pessoas que necessitam e recebem cuidados de enfermagem, pela atualização de saberes e conseqüente contributo para uma prestação de cuidados qualitativamente diferenciada e ajustada às necessidades dos indivíduos.

Estudar a adesão ao regime terapêutico prescrito foi, o modo de percebermos como é que os indivíduos gerem a sua saúde e a doença e como os enfermeiros podem contribuir para a gestão adequada da doença.

A adesão ao regime terapêutico assume grande importância no mundo atual, representando uma enorme preocupação para as políticas de saúde. O envelhecimento progressivo da população e o aumento das doenças crónicas traduz-se num aumento exponencial dos gastos com a saúde.

A pessoa com DRC é detentora de uma doença crónica e progressiva que se tornou num grave problema de saúde pública em todo o mundo. A não adesão ao regime terapêutico torna este problema ainda mais grave, porque para além da DRC provocar uma sensível perda da qualidade de vida resultando em reformas precoces, acarreta um maior número de dias de internamento e aumenta os custos socioeconómicos.

A consciencialização e a capacitação da pessoa com DRC com informação que lhe permita ser um agente acidental de mudanças comportamentais e de estilos de vida no interesse da sua saúde é um pilar fundamental no processo de adesão ao regime terapêutico.

O regime terapêutico da pessoa com DRC, submetida à hemodiálise, caracteriza-se pela sua complexidade e pelas variadas vertentes. Além do tratamento dialítico, há que ter em conta o regime alimentar, o controlo da ingestão hídrica e o regime medicamentoso.

Com este estudo pretendeu-se avaliar a prevalência da adesão ao regime terapêutico das pessoas com DRC e relacionar a influência de diversos factores sociodemográficos, e clínicos, na adesão ao tratamento. Dando resposta a estes

objetivos verificou-se que somente 11,5% (n=10) dos participantes apresentaram-se como aderentes.

Verificou-se que, por norma, a pessoa com DRC em tratamento dialítico cumpre o plano dialítico com a frequência e as durações prescritas. Contudo, apresenta dificuldades significativas de adesão às indicações terapêuticas como a restrição de líquidos e a restrição alimentar, sendo estas as dimensões onde a adesão é mais difícil de ser alcançada o que reforça a importância da abordagem multidisciplinar educativa destas pessoas.

As pessoas com DRC devem ser incluídas no processo clínico, de forma a obterem mais informação e exigindo uma maior interação com os profissionais de saúde. Como tal, é necessária uma abordagem biopsicossocial que encare as pessoas como parceiros ativos no percurso terapêutico. Assim, os comportamentos de não adesão devem ser entendidos como respostas dos indivíduos à falta de coincidência entre as suas ideias e práticas e as dos profissionais de saúde relativamente aos seus problemas e/ou tratamentos.

A falta de adesão ocorre, portanto, quando o comportamento da pessoa não coincide com as recomendações do profissional de saúde, não se circunscrevendo a definição do conceito apenas a desvios na aplicação do regime terapêutico tal como foi prescrito, mas também ao facto de não seguir as indicações relativas a alterações nos hábitos de saúde e estilos de vida no sentido de adotar práticas saudáveis, bem como interromper a medicação prescrita.

À pessoa com DRC em programa regular de diálise é exigida a mudança de hábitos relacionados com as dietas, tratamentos, e dependência de outros. A sua adaptação é um processo complexo, com implicações pessoais como seja a limitação de atividades e a restrição de horários.

A nível das variáveis preditivas da adesão ao regime terapêutico, apenas as habilitações literárias, o local de residência e o nível de conhecimento sobre a sua doença renal foram preditivos de melhor adesão ao regime terapêutico da pessoa com DRC em programa regular de hemodiálise.

Com base na parte empírica desta investigação, verificou-se que as pessoas com DRC em programa regular de hemodiálise, da amostra em estudo, têm em média 69,44 anos de idade. Apurou-se que a maioria dos participantes é do sexo masculino, casada ou em união de facto, bem como sobressaíram as pessoas residentes em meio rural. A maioria das pessoas em estudo possui o ensino primário e está reformada. Quanto ao tempo de permanência dos participantes em hemodiálise, os

dados demonstram uma média de 54,11 meses. Confirmou-se que as causas mais frequentes de DRC são desconhecidas, seguindo-se a *diabetes mellitus*, as quais se inserem nas comorbilidades mais frequentes, bem como a HTA, as doenças cardíacas e da tiróide. Concluiu-se também que a maioria dos inquiridos não realizou transplante renal prévio. Quase todos os participantes consideraram que o tratamento da doença renal é para toda a vida e que o tratamento sem medicação não é possível.

A idade elevada e o baixo índice de escolaridade aumentam as dificuldades de compreensão dos aspetos envolvidos no tratamento por parte da população em estudo, ficando evidente a necessidade de se continuar a implementar estratégias de educação em saúde. Tais factores interferem na compreensão, mas, também, na própria atuação destas pessoas no seu tratamento, visto que muitos apresentam algumas comorbilidades limitantes, implicando o uso de uma vasta gama de medicação, no comparecimento as consultas, entre outros aspetos.

Outro resultado de destaque, prende-se com o facto de mais de metade das pessoas do estudo confirmarem que as suas dúvidas eram esclarecidas pelos profissionais de saúde, tendo admitido serem informados acerca das opções de tratamento e indicando que a equipa de saúde ouve os seus problemas. Em relação à motivação, registou-se um valor significativo para o grupo (96,6%).

Face ao exposto, os ganhos em saúde da adesão ao regime terapêutico resultam do contributo de todos os profissionais envolvidos, em que cada um deve dar o seu contributo particular. No que diz respeito aos enfermeiros, estes, pela natureza das terapêuticas de enfermagem, são um recurso facilitador na promoção das disposições individuais necessárias à mudança e à consciencialização para que as pessoas possam vivenciar aspetos significativos da sua vida/saúde, de forma o mais saudável possível.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que contactam continuamente com as pessoas no início do seu programa de diálise, tendo um papel decisivo no acompanhamento e no processo formativo da pessoa, utilizando para isso os saberes obtidos da experiência clínica diária e das evidências científicas. Os enfermeiros ao conhecerem as respostas das pessoas no seu processo de transição, e ao estabelecerem, conjuntamente com estas, um plano de cuidados individualizado e holístico vão ter uma intervenção fundamental na preparação da pessoa para o início do tratamento dialítico e nos seus resultados.

Os resultados encontrados são evidências para que os profissionais de saúde englobem a avaliação de construtos subjetivos na avaliação clínica das pessoas com

DRC em tratamento dialítico e, assim, diligenciem estratégias para detetar os níveis de autoeficácia para melhorar a adesão ao tratamento das pessoas com DRC em tratamento dialítico. Todas essas estratégias visam ganhos pelo envolvimento da pessoa com DRC, baseados no seu autocuidado, na maior disposição e na aptidão do indivíduo na autogestão da sua condição crónica a fim de obterem melhores resultados em saúde.

Os cuidados de enfermagem devem estar alicerçados numa relação de reciprocidade, de troca de informações, em princípios éticos e humanísticos, e numa parceria entre doente, família e profissional da saúde.

Ciente de que nesta investigação não foram estudados factores importantes como a qualidade de vida, os mecanismos de *coping*, a autoeficácia, programas de intervenção a nível multidimensional, analisando o seu custo-benefício, entre outros, sugere-se a sua abordagem em futuras investigações.

Cuidar de pessoas com esta situação de saúde tornou-se um desafio constante a nível pessoal como enfermeira, sendo que a prática profissional desenvolvida junto de pessoas com DRC auxilia o contato com as suas reais necessidades. Apreender como vivenciam os seus processos de doença e tratamento são o passo para o desenvolvimento de uma enfermagem assente no cuidado humano baseado na evidência científica, com reais contributos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Como **contributos para a prática profissional e para o futuro**, os dados encontrados facultarão valiosos auxílios para a prática profissional, como sejam: o desenvolvimento do projeto de uma consulta de enfermagem pré-diálise que envolva e integre a pessoa e o familiar de referência previamente ao início do seu tratamento; a continuidade de consultas periódicas para tratar aspetos familiares, sociais e profissionais, isto é que vá além da avaliação de parâmetros, onde se fomente a partilha e o debate de dúvidas e receios que comprometam o seu tratamento. Através do planeamento antecipado, pretender-se-á promover a adesão da pessoa ao programa de diálise, reduzir os níveis de ansiedade e melhorar a adaptação à doença e ao tratamento, melhorar a qualidade do processo formativo promovendo os seus conhecimentos para que obtenham a melhor adaptação à sua vida quotidiana.

Espera-se que a identificação das principais dificuldades de adesão das pessoas com DRC ao tratamento dialítico, bem como a verificação das estratégias de adesão, contribuam para uma assistência mais segura e mais gratificante, facilitando o

planeamento do trabalho da equipa e auxiliando na adaptação das pessoas ao tratamento hemodialítico.

Pretende-se igualmente potenciar os factores facilitadores e desdramatizar ou ajudar a ultrapassar as respostas desfavoráveis das pessoas com DRC em programa regular de HD, com o desenvolvimento de instrumentos que permitam a avaliação e a monitorização da adesão e da gestão terapêutica em HD e o apoio das pessoas na reconstrução dos seus novos projetos de vida possibilitando-lhes apoio e orientação.

No futuro, esperamos fomentar a elaboração de mais programas de ensino e de educação da pessoa com DRC em programa regular de HD e contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico em enfermagem, pela continuidade de investigação que nos propomos realizar no acompanhamento da implementação de algumas destas medidas, avaliando os seus resultados.

A doença impõe à pessoa um conjunto de novas adaptações e novas perspetivas de vida, como seja, a realização de um tratamento enfrentando uma doença crónica terminal. O acompanhamento profissional, integrado e individualizado, por parte do enfermeiro permite que a pessoa se sinta apoiada na difícil jornada de encarar a doença e o tratamento como um processo de vida.

Em síntese, este estudo pode orientar futuras investigações que procurem dar resposta às questões identificadas e que potenciem o desenvolvimento de programas de intervenção em enfermagem, de modo a contribuir para a obtenção de ganhos em saúde na adesão da pessoa com DRC em programa regular de HD. O desenvolvimento de um estudo de carácter multidisciplinar possibilitaria chegar a conclusões mais esclarecedoras acerca das insuficiências que ainda se verificam no acompanhamento destes doentes e da forma como organizar uma oferta de cuidados multidisciplinares mais eficientes.

Inserido num quadro futuro de evolução profissional e pessoal e atendendo ao facto de pretender vir a concluir este Mestrado, será objetivo pessoal retomar este tema, com tempo mais alargado de forma a estudar uma amostra de maiores dimensões. De igual forma, outros estudos podem vir a ser realizados com a ideia de se avaliar a adesão ao regime terapêutico, por meio de técnicas muito diferentes, nomeadamente, monitorização de diminuição/ganho peso intradialítico, a monitorização da renovação da receita e a avaliação de marcadores biológicos e bioquímicos.

Trabalhar com e para a saúde, exige da parte de todos os enfermeiros uma atitude de respeito para com os que nos são confiados.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anes, E., & Ferreira, P. (2009). Qualidade de vida em diálise. *Revista de Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 67-82.
- Abreu, W. C (2011). *Transições e Contextos multiculturais: Contributos para a Anamnese e Recurso aos Cuidadores Informais* (2ª ed). Lisboa: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Bampi, S. C., Leal, L. F., Falavigna, M., Araujo, L. P. R., Eick, R., Kuhmmer, R., & Gnatta, D.(2015). Avaliação da adesão medicamentosa em pacientes portadores de insuficiência renal crónica submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde São Paulo*, 6(4), 12-17.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas*. Lisboa, Portugal: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.
- Chamney, J. M., & Saraiva, M. (2007). *Competency Framework*. Hergiswil, Switzerland: EDTNA/ERCA. Recuperado de <http://www.edtnaerca.org/pdf/education/CompetencyBook.pdf>
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. (2010). *A Adesão à Terapêutica em Portugal: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa perante as Prescrições Médicas*. Lisboa, Portugal: Imprensa de Ciências Sociais.
- Carvalho, T. F., Ponce, P., Jorge, G. L., Videira, L., Santos, A., & Morais, J. A. (2011). Acessos Vasculares. In Fresenius Medical Care (Org.), *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (pp.121-149). Lisboa, Portugal: Almedina.
- Cerqueira, M. (2014). Qualidade de vida dos doentes renais crónicos que realizam hemodiálise (Dissertação de Mestrado). Atualiza Cursos, Salvador, Brasil. Recuperado de <http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/EN/EN05/CERQUEIRA-mariana.PDF>
- Cavalcante, M. C. V., Lamy, Z. C., Santos, E. C., & Costa, J. M. (2015). Portadores de doença renal crónica em fase produtiva: percepção sobre limitações resultantes do adoecimento. *Revista Médica de Minas Gerais*, 25(4), 484-492.doi: 10.5935/2238-3182.20150112

- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., & Silva, A (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da Literatura. *Millenium*, 40(16), 201-219. Recuperado de <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8228>
- Dias, C.(2006). *Aeiu para uma dieta saudável de um doente em hemodiálise* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Fresenius Medical Care.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015). *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ferreira, R. C, & Silva Filho, C. R (2011). Qualidade de vida dos pacientes renais crónicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 33(2), 129-135.
- Fresenius Medical Care. (2011). *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (Vols. 1-5).Coimbra, Portugal: Almedina.
- Fortin, M. F.(2003). *O Processo de Investigação: da conceção à realização* (3ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Frazão, C., Delgado, M. F., Araújo, M. G. A., Lima e Silva, F. B. B., Sá, J. D.,& Lira, A. L. B. C.(2014). Cuidados de enfermagem ao paciente renal crónico em hemodiálise. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15(4), 701-709.Recuperado de <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/1113/1072>
- Garcia, E. R., López, L. I. L., Ramirez, A. D., Montero, R. C, & Laguna, J. L. S.(2016). A adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes em hemodiálise. *Nefrologia Enfermagem*, 19(3), 232-241.
- Gonzalez, J. C. S., Martínez, C. M., Fernández, D. B., &López, M. P.(2015). Valoración de los conocimientos que tienen los pacientes en hemodiálisis acerca de sutratamiento. *Revista Enfermagem Nefrologia*,18(1), 23-30.
- Guanaré, V., C. C. S., Maranhão, K. M. P., França, A. K. T. C., & Cavalcante, M. C. V. (2016). Factores associados à função cognitiva de pacientes com Doença Renal Crónica. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 24(2), 1-10.
- Henriques, M. A. P. (2006). *Adesão ao Regime Terapêutico em Idosos* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

- Hicks, C. M. (2006). *Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos: Conceção de Projetos de Aplicação e Análise*(3ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas.
- International Council of Nurses [ICN]. (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento: Catálogo da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®)*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Lins, S. M. S. B., Leite, J. L., Godoy, S., Tavares, J. M. A. B., Rocha, R. G., & Silva, F. V. C. (2018). Adesão de portadores de doença renal crónica em hemodiálise ao tratamento estabelecido. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(1), 54-60.
- Liyanaige, T., Ninomiya, T., Jha, V., Neal, B., Patrice, H. M., Okpechi, I., & Perkovic, V. (2015). Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review. *Lancet*, 385(9981), 1975-1982. doi:10.1016/S01406736(14)61601-9
- Machado, M. (2009). *Adesão ao regime terapêutico – representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Maldaner, C. R., Beuter, M., Brondani, C. M., Budó, M. L. D., & Pauletto, M. R. (2008). Factores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crónica: o doente em terapia hemodialítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(4), 647-653.
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns Apontamentos sobre a Dimensão Ética. *Revista Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66.
- Macário, F., Filipe, R., Carvalho, M., Galvão, A., Amoedo, M., Lopes, J., & Silva, G., (2018). *Tratamento substitutivo renal da doença renal crónica em Portugal*. Lisboa, Portugal: Gabinete de registo da doença renal crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19845/guia\\_di%C3%A1lise-peritoneal-um-passo-para-a-autonomia-da-pessoa.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19845/guia_di%C3%A1lise-peritoneal-um-passo-para-a-autonomia-da-pessoa.pdf)
- Moreira, L, Fernandes P., Monte, F. S., Galvão, R. I., & Martins, A. C. (2008). Conhecimento sobre o tratamento farmacológico em pacientes com doença renal crónica. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 44(2), 315-325. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n2/a17.pdf>
- Martins, M. V., Mata, A. M. L. L., Camerini, D. M., & Murta, A. R. (2017). Factores que influenciam a adesão ao tratamento de hemodiálise para a doença renal crónica. *Revista Científica de Faminas*, 12(1),5-15.

- Maciel, C. G., Ferraz, R. N., Borba, A. K. O. T., Frazão, I. S., & França, V. V. (2015). Adesão ao tratamento hemodialítico: percepção dos pacientes renais crônicos. *Cogitare Enfermagem*, 20(3), 540-547. doi: 10.5380/ce.v20i3.41112
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York, United States of America: Springer Publishing Company.
- National Kidney Foundation (2002). K/DOKI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *American Journal Kidney Disease*, 39(Suppl.2), 1-246.
- National Kidney Foundation (2006). *K/DOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for 2006 Updates: Hemodialysis Adequacy, Peritoneal Dialysis Adequacy and Vascular Access*. Nova Iorque, United States of America: Autor.
- Negri, E. C., Sampaio, A. C. L., Silva, A. P. C, Paulo, H. M., Costa, L. B., & Souza, N. F. H. (2016). Qualidade de vida do paciente com insuficiência renal crônica submetido à hemodiálise. *Colloquium Vitae*, 8(2), 32-36. 2016. doi: 10.5747/cv.2016.v08.n2.v165
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Sintra, Portugal: Lusodidata.
- Ordem dos enfermeiros [OE] (2016). *Guia orientador de boa prática: cuidados à pessoa com doença renal crônica terminal em hemodiálise*. Lisboa: Autor.
- Pereira, G., & Smith, T. (2006). Evolution of the Biopsychosocial Model in the Practice of Family Therapy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 455-467. Recuperado de [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-187.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-187.pdf)
- Pereira, R. M. P., Batista, M. A., Meira, A. S., Oliveira, M. P., & Kusumota, L. (2017). Qualidade de vida de idosos com doença renal crônica em tratamento conservador. *Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]*, 70(4), 851-859. doi:1590/0034-7167-2017-0103
- Poveda, V., Amado, L., Filgueiras, M., Teixeira, L., Miranda, V., Santos-Silva, A., ...Costa, E. (2016). End-stage renal disease adherence questionnaire: translation and validation to the portuguese language. *Renal Failure*, 38(10), 1633-1638. doi: 10.1080/0886022X.2016.1209063

- Portal da Diálise (2016). *Nutrição em diálise*. Recuperado de <https://www.portaldadialise.com/portal/nutricao-em-hemodialise>.
- Poveda, A.P. (2019). *Problemáticas de saúde no doente em diálise: fragilidade, depressão e adesão* (Tese de doutoramento). Universidade do Porto, Porto, Portugal. Recuperado de [file:///C:/Users/Asus/Desktop/TESE%20DE%20MESTRADO/tese%202020/TESE\\_2019\\_FINAL.pdf](file:///C:/Users/Asus/Desktop/TESE%20DE%20MESTRADO/tese%202020/TESE_2019_FINAL.pdf)
- Prezotto, K. H, & Abreu, I.S. (2014). O paciente renal crónico e a adesão ao tratamento hemodialítico. *Revista de Enfermagem UFPE Online*,8(3), 600-605.
- Reigelman, S. (2009). *Terminologia mais frequente em Bioestatística*. Espanha: Wolters Kluwer Health. España.
- Rodrigues, A. (2011). *Diálise Peritoneal – uma diálise feita em casa: para quando a opção?* Lisboa, Portugal: Lidel.
- Santos, I., Rocha, R. P. F, & Berardinelli, L. M. M. (2010). Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), 335-342. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a18v64n2.pdf>
- Santos, B. P., Oliveira, V.A., Soares, M. C., & Schwart, E. (2017). Doença renal crónica: relação dos pacientes com a hemodiálise. *ABCS Health Sciences*, 42(1), 8-14. doi:10.7322/abcshs.v42i1.943
- Sequeira, E. (2011). *Os perfis de autocuidado dos clientes dependentes: estudo exploratório numa unidade de saúde familiar* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Escola Superior de Biotecnologia, Porto, Portugal.
- Silva, G., Araújo, M., Perez, F., & Souza, J. (2011). Qualidade de vida do paciente renal crónico em tratamento hemodialítico em Dourados. *Psicólogo in Formação*, 15(15), 99-109. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14158809201100010007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14158809201100010007&lng=pt&nrm=iso)
- Silva, K. G. N. (2013). *Qualidade de vida de idosos pacientes de insuficiência renal crónica submetidos ao tratamento de hemodiálise* (Trabalho de Conclusão de Curso - Graduação em Enfermagem). Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

- Silva, M. J. S., Santos, J. S., Lima, E. B., & Santos, J. S. (2019). O impacto do tratamento hemodialítico no portador de insuficiência renal crónica. *Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer - Goiânia*, 16(30),419-433. doi: 10.18677/EnciBio\_2019B42
- Silva, R. A. R., Souza, V. L., Oliveira, G. J. N., Silva, B. C. O., Rocha, C. C. T., & Holanda, J. R. R.(2016). Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. *Escola Anna Nery*, 20(1), 147-154.doi: 10.5935/1414-8145.20160020.
- Sgnaolin, V., Prado, A.E., & Figueiredo, L. (2011). Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 34(2), 109-119.
- Sociedade Portuguesa de Nefrologia [SPN] (2018). *Relatório Anual 2017*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Sociedade Portuguesa de Nefrologia [SPN] (2019) *Relatório do Gabinete de Registo da Doença Renal Crónica da SPN*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.bbg01.com/cdn/rsc/spnefro/gabreg/305/RelatriosAnuais2018.pdf>.
- Sousa, M. E. P. (2012). *Adesão ao Tratamento Medicamentoso da Pessoa portadora de Insuficiência Renal Crónica em Hemodiálise* (Dissertação de Mestrado).Instituto Politécnico de Viseu, Viseu. Portugal.
- Terra, F. S., Costa, A. M. D. D., Figueiredo, E. T.,Morais, A.M.,Costa, M. D., & Costa, R. D.(2010). Adesão ao tratamento farmacológico de uso diário de pacientes renais crónicos submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira Clínica Médica*,8(2), 119-124.
- Tavares, N. U. L., Bertoldi, A. D., Thumé, E., Facchini, L. A., França, G. V. A., & Mengue,S. S.(2013). Factores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 47(6), 1092-1101.doi: 10.1590/S0034-8910.2013047004834
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. Acomprehensive review. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 26(5), 331-342.doi: 10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x
- World Health Organization [WHO] (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: Autor.



# APÊNDICES

---



## APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO DE CARATERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA, CLÍNICA E INTERAÇÃO DOENTE-PROFISSIONAL DE SAÚDE.

O presente questionário surge no âmbito da colheita de dados para o desenvolvimento do trabalho de investigação com a temática “**Adesão Terapêutica das Pessoas Doentes Renais Crónicas em Programa Regular de Hemodiálise**”. Garante o anonimato.

### I – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

1 - Idade: \_\_\_\_ anos

2 - Sexo:  Masculino  Feminino

3 - Nacionalidade:

Portuguesa

Outra (Qual?) \_\_\_\_\_

4 - Residência:  Meio rural  Meio Urbano

4.1 - Qual a distância da sua residência à Clínica de Diálise? \_\_\_\_\_

5 - Agregado familiar (com que vive):

Cônjuge/Companheiro(a)

Família restrita (marido, esposa e filhos)

Família alargada (filhos, marido, esposa, pais, sogros)

Sozinho(a)

Residência de Idosos

Outros. Quem? \_\_\_\_\_

6 - Habilitações literárias:

1º Ciclo / 4º ano

3º Ciclo / 9 ano

2º Ciclo /6º ano

12º Ano

Ensino Superior

7 - Situação laboral:

Ativo  Desempregado  Baixa médica  Estudante  Reformado

8 - Quais as condições económicas para enfrentar o seu dia-a-dia?

Baixas  Razoáveis  Boas  Muito Boas  Excelentes

## II – VARIÁVEIS CLÍNICAS

1 - O que causou a sua doença renal crónica:

Hipertensão Arterial  Doença autoimune  
 Diabetes  Uso de anti-inflamatórios  
 Doença renal poliquística  Desconhecida  
 Outra \_\_\_\_\_

2 - Já foi submetido a transplante renal:  Sim  Não

3 - Tem outras doenças associadas?  Sim  Não

Se sim, quais?

Diabetes Mellitus  Obesidade  
 Hipertensão Arterial  Problemas ósseos  
 Doença Cardíaca  Doença da paratiróide  
 Anemia  Outra \_\_\_\_\_

4 - Conhecimento acerca da doença:

4.1 - A Doença Renal é para toda a vida.  Sim  Não  Não Sei

4.2 - O tratamento da doença renal é para toda a vida.  Sim  Não  Não Sei

4.3 - Pode ser tratada sem medicação.  Sim  Não  Não Sei

4.4 - O tratamento de hemodiálise tem influência no seu desempenho laboral

Sim  Não  Não Sei

4.5 - Um bom regime alimentar no meu dia a dia traz benefícios para a sua situação de doença renal.  Sim  Não  Não Sei

4.6 - A hemodiálise é um procedimento para substituir a função do rim.

Sim  Não  Não Sei

4.7 - É necessário diminuir o nível ingestão de proteínas na alimentação da pessoa em hemodiálise.  Sim  Não  Não Sei

4.8 - A ingestão de líquidos nos doentes renais em tratamento de hemodiálise é ilimitada.  Sim  Não  Não Sei

4.9 - Deve moderar a ingesta de alimentos ricos em potássio.  Sim  Não  Não Sei

4.10 - Pode interromper os tratamentos de hemodiálise sem consequências.

Sim  Não  Não Sei

### III – INTERAÇÃO DOENTE-PROFISSIONAL DE SAÚDE:

1 - A equipe de profissionais de saúde que o acompanha esclarece as suas dúvidas, quando o solicita?  Sim  Não  Às vezes

2 - Foi informado das opções de tratamento, de forma a escolher a que melhor se adaptasse à sua situação?  Sim  Não

3 - Quando tem dificuldades em seguir o tratamento, a equipe de saúde ouve o seu problema e tenta minorá-lo?  Sim  Não  Às vezes

4 - Sente-se motivado pela equipe para seguir o tratamento?

Sim  Não  Às vezes



## APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO DE ADESÃO TERAPÊUTICA PARA DOENTES RENAIIS TERMINAIS (PESRD-AQ)

Este questionário destina-se a obter a sua opinião sobre a forma como segue a seu tratamento de diálise e sobre as recomendações médicas relativas à medicação, dieta e ingestão de líquidos. Esta informação poderá ser útil na ajuda à compreensão das dificuldades em seguir: o tratamento de diálise; o regime terapêutico; as restrições de líquidos; e a dieta recomendada. Por favor, responda ao questionário colocando uma cruz na resposta mais apropriada. Se tiver dúvidas, escolha a resposta que melhor se aplica a si.

INFORMAÇÃO GERAL	doentes
1. Quando iniciou ou reiniciou a hemodiálise?	Data início(mês/ano): ____ / ____  Data reinício, se interrompeu (mês/ano): ____ / ____
2. Fez anteriormente algum tratamento de diálise peritoneal?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Fez diálise peritoneal de (mês/ano): ____ / ____ a ____ / ____
3. Fez anteriormente algum transplante renal?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Por favor responda às questões seguintes): Fez um transplante de rim (mês/ano): ____ / ____ a ____ / ____ ou Sim duas vezes de (mês/ano) ____ / ____ a ____ / ____ e ____ / ____ a ____ / ____ Se fez mais de dois transplantes indique as duas últimas vezes.
4. Que tipo de transporte usa para vir fazer hemodiálise?	<input type="checkbox"/> Transporte próprio <input type="checkbox"/> Autocarro <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Ambulância <input type="checkbox"/> Outro. Especifique _____
5. Quem o acompanha ao tratamento?	<input type="checkbox"/> Venhosozinho <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Esposa(o) <input type="checkbox"/> Filha (o)

	<input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Outros _____
<b>TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE</b>	
6. Quantos dias por semana vêm fazer hemodiálise?	<input type="checkbox"/> 2 dias ou menos <input type="checkbox"/> 3 dias <input type="checkbox"/> 4 dias <input type="checkbox"/> Mais de 4 dias <input type="checkbox"/> Mais de 5 dias
7. Quanto tempo passa em cada sessão de hemodiálise?	<input type="checkbox"/> Menos de 3 horas <input type="checkbox"/> 3 horas <input type="checkbox"/> 3 horas e 15 minutos <input type="checkbox"/> 3 horas e 30 minutos <input type="checkbox"/> 3 horas e 45 minutos <input type="checkbox"/> 4 horas <input type="checkbox"/> Mais de 4 horas <input type="checkbox"/> Outro. Especifique as horas _____
8. O seu esquema de hemodiálise é conveniente para si? (escolha a opção que melhor se adequa a si)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, pois tenho de vir para o tratamento muito cedo <input type="checkbox"/> Não, pois tenho de vir para o tratamento muito tarde <input type="checkbox"/> Não, devido ao meu trabalho <input type="checkbox"/> Não, pois venho fazer o tratamento na hora da refeição e tenho fome durante o tratamento <input type="checkbox"/> Não, pois é na hora de tomar a minha medicação/insulina <input type="checkbox"/> Não, porque (Outra opção) _____
9. Quando foi a última vez que algum profissional da clínica (médico, enfermeira, nutricionista ou pessoal da clínica) falaram consigo da importância de não faltar à hemodiálise?	<input type="checkbox"/> Esta semana <input type="checkbox"/> A semana passada <input type="checkbox"/> Um mês atrás <input type="checkbox"/> Mais de um mês <input type="checkbox"/> Quando iniciei a hemodiálise <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Outro. Especifique _____
10. Quando foi a última vez que algum profissional da clínica (médico, enfermeira, nutricionista ou pessoal da clínica) falou consigo da importância de fazer a hemodiálise até ao final da sessão?	<input type="checkbox"/> Em todas as sessões de hemodiálise <input type="checkbox"/> Todas as semanas <input type="checkbox"/> Todos os meses <input type="checkbox"/> Cada 2 a 3 meses <input type="checkbox"/> Cada 4 a 6 meses <input type="checkbox"/> Quando tenho alterações nos valores analíticos ou

	<p>utros</p> <p><input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Especifique _____</p>
11. Acha importante seguir o seu esquema de hemodiálise?	<p><input type="checkbox"/> Extremamente importante</p> <p><input type="checkbox"/> Muito importante</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente importante</p> <p><input type="checkbox"/> Pouco importante</p> <p><input type="checkbox"/> Não importante</p>
12. Porque acha importante seguir o seu esquema de hemodiálise?	<p><input type="checkbox"/> Porque entendo que com a minha doença renal necessito do tratamento de hemodiálise.</p> <p><input type="checkbox"/> Porque seguir o esquema de hemodiálise é importante para manter o meu corpo saudável.</p> <p><input type="checkbox"/> Porque os profissionais de saúde me disseram que era importante</p> <p><input type="checkbox"/> Porque faltei a uma sessão de hemodiálise e fiquei doente</p> <p><input type="checkbox"/> Porque faltei a uma sessão de hemodiálise e tive de ser hospitalizado</p> <p><input type="checkbox"/> Não penso que seguir o esquema de hemodiálise seja muito importante para mim</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Especifique _____</p>
13. É muito difícil cumprir todo o tempo de hemodiálise indicado pelo médico?	<p><input type="checkbox"/> Não é difícil</p> <p><input type="checkbox"/> Pouco difícil</p> <p><input type="checkbox"/> Difícil</p> <p><input type="checkbox"/> Muito difícil</p> <p><input type="checkbox"/> Extremamente difícil</p>
14. No último mês a quantas sessões de hemodiálise faltou?	<p><input type="checkbox"/> Nenhuma</p> <p><input type="checkbox"/> Uma sessão</p> <p><input type="checkbox"/> Duas sessões</p> <p><input type="checkbox"/> Três sessões</p> <p><input type="checkbox"/> Quatro ou mais sessões</p>
15. Qual a principal razão para faltar às sessões de hemodiálise no último mês?	<p><input type="checkbox"/> Não aplicável: Não faltou ao tratamento</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas com transportes</p> <p><input type="checkbox"/> Tenho outras coisas que fazer. Quais?</p> <p><input type="checkbox"/> O acesso vascular coagulou (prótese, fistula ou cateter)</p> <p><input type="checkbox"/> Fui a outra consulta médica</p> <p><input type="checkbox"/> Fui às urgências</p> <p><input type="checkbox"/> Fui hospitalizado</p>

	<input type="checkbox"/> Esqueci-me <input type="checkbox"/> Não me apeteeceirounãopudeir(respondaà pergunta16) <input type="checkbox"/> Outra razão. Especifique _____
<p>16. (Responda a esta pergunta, apenas se respondeu “Não me apeteeceirounãopudeir”) Porque não lhe apeteeceirã hemodiálise? (Escolha a resposta que melhor se aplica a si).</p>	<input type="checkbox"/> Porque a hemodiálise me põe ansioso) <input type="checkbox"/> Porque tive diarreia/vômitos <input type="checkbox"/> Porque estive com gripe <input type="checkbox"/> Porque fico cheio de fome durante o tratamento <input type="checkbox"/> Porque me sinto fisicamente desconfortável Especifique a sua condição _____ <input type="checkbox"/> Porque tenho estado doente. Especifique a sua condição _____ <input type="checkbox"/> Porque me sinto deprimido <input type="checkbox"/> Outra _____
<p>17. No último mês, quantas vezes diminuiu o tempo da sessão de hemodiálise?</p>	<input type="checkbox"/> Não aplicável: não diminuí a duração da hemodiálise <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Duas vezes <input type="checkbox"/> Três vezes <input type="checkbox"/> Quatro ou cinco vezes <input type="checkbox"/> Outro _____
<p>18. Durante o último mês, quando diminuiu a duração do tratamento, quantos minutos fez menos de hemodiálise?</p>	<input type="checkbox"/> Não aplicável: não diminuí a duração da hemodiálise <input type="checkbox"/> 10 minutos ou menos <input type="checkbox"/> 11 a 20 minutos <input type="checkbox"/> 21 a 30 minutos <input type="checkbox"/> Mais de 31 minutos <input type="checkbox"/> Outro. Especifique _____
<p>19. Qual a principal razão para diminuir o tempo da sessão de hemodiálise?</p>	<input type="checkbox"/> Não aplicável: não diminuí a duração da hemodiálise <input type="checkbox"/> Gripe <input type="checkbox"/> Ida à casa de banho <input type="checkbox"/> Fique nervoso <input type="checkbox"/> Baixa pressão arterial <input type="checkbox"/> Acesso vascular entupiram <input type="checkbox"/> Consulta médica <input type="checkbox"/> Assunto ou emergência pessoal <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Problemas no transporte <input type="checkbox"/> Decisão dos profissionais da clínica (especifique) (Por exemplo: má circulação sanguínea, coagulação do dialisador, mau funcionamento da máquina) _____

	<input type="checkbox"/> Não sentia vontade de ficar <input type="checkbox"/> Outro. Especifique _____
<b>MEDICAÇÃO</b>	
20. Quando foi a última vez que os profissionais de saúde da clínica (médico, enfermeira, nutricionista ou pessoal da clínica) falaram consigo sobre a sua medicação?	<input type="checkbox"/> Esta semana <input type="checkbox"/> A semana passada <input type="checkbox"/> Mês passado <input type="checkbox"/> Mais de um mês <input type="checkbox"/> Quando iniciei o tratamento de hemodiálise <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Outro. Especifique _____
21. Com que frequência é que os profissionais de saúde da clínica (médico, enfermeira, nutricionista ou pessoal da clínica) falaram consigo sobre a importância de tomar a medicação corretamente?	<input type="checkbox"/> Todas as sessões de hemodiálise) <input type="checkbox"/> Todas as semanas <input type="checkbox"/> Todos os meses <input type="checkbox"/> Cada 2 a 3 meses <input type="checkbox"/> Cada 4 a 6 meses <input type="checkbox"/> Quando tenho alterações nos valores analíticos ou outros. Como por exemplo pressão sanguínea, resultados analíticos) <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Irregularmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Outro Especifique _____
22. Acha importante tomar a medicação corretamente?	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO importante <input type="checkbox"/> Muito importante <input type="checkbox"/> Moderadamente importante <input type="checkbox"/> Pouco importante <input type="checkbox"/> Nada importante
23. Porque acha importante tomar a medicação corretamente?	<input type="checkbox"/> Porque entendo que a minha doença renal exige que tome a medicação corretamente) <input type="checkbox"/> Porque tomar a medicação corretamente é importante para manter o meu corpo saudável) <input type="checkbox"/> Porque os profissionais de saúde (médico, enfermeira, nutricionista ou pessoal da clínica) disseram para fazer <input type="checkbox"/> Porque tenho experiência de ficar doente após não ter tomado os medicamentos) <input type="checkbox"/> Porque tenho experiência de ter sido hospitalizado após não ter tomado os medicamentos <input type="checkbox"/> Não penso que os medicamentos sejam muito importantes para mim <input type="checkbox"/> Outra. Especifique _____
24. Tem alguma dificuldade em	<input type="checkbox"/> Não

tomar a medicação?	<input type="checkbox"/> Sim
25. Que grau de dificuldade teve ao tomar a medicação que lhe foi prescrita?	<input type="checkbox"/> Nada difícil <input type="checkbox"/> Pouco difícil <input type="checkbox"/> Moderadamente difícil <input type="checkbox"/> Bastante difícil <input type="checkbox"/> Extremamente difícil
26. Na última semana, quantas vezes não tomou a medicação?	<input type="checkbox"/> Tomei sempre a medicação <input type="checkbox"/> Muito raramente <input type="checkbox"/> Cerca de metade das vezes <input type="checkbox"/> A maior parte das vezes <input type="checkbox"/> Sempre
27. Qual a principal razão para não ter tomado a medicação corretamente, na última semana?	<input type="checkbox"/> Não aplicável: tomei sempre a medicação <input type="checkbox"/> Esqueci-me de tomar <input type="checkbox"/> Esqueci-me de ir comprar os medicamentos <input type="checkbox"/> Não tinha dinheiro para comprar os medicamentos <input type="checkbox"/> Não me deu jeito <input type="checkbox"/> Estive internado no hospital <input type="checkbox"/> Os medicamentos têm efeitos laterais (se seleccionar esta resposta, vá de seguida para a pergunta 28) <input type="checkbox"/> Outro _____
28. (responda a esta pergunta, apenas se respondeu “Os medicamentos têm efeitos laterais” na pergunta 27). Que tipo de efeito lateral teve com a medicação? (escolha a opção que melhor se adequa a si)	<input type="checkbox"/> Falta de apetite <input type="checkbox"/> Náuseas/vômitos/diarreia/obstipação <input type="checkbox"/> Dor de estômago <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Dor de cabeça <input type="checkbox"/> Comichão/problemas de pele <input type="checkbox"/> Outro. Especifique os sintomas _____
<b>FLUIDOS</b>	
29. Quando foi a última vez que os profissionais de saúde da clínica (médico, enfermeira, nutricionista ou pessoal da clínica) falaram consigo sobre as restrições aos líquidos?	<input type="checkbox"/> Esta semana <input type="checkbox"/> A semana passada <input type="checkbox"/> Mês passado <input type="checkbox"/> Mais de um mês <input type="checkbox"/> Quando iniciou o tratamento de hemodiálise <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Outro. Especifique _____
30. Com que frequência é que os profissionais de saúde da clínica	<input type="checkbox"/> Em todos os tratamentos <input type="checkbox"/> Todas as semanas

<p>(médico, enfermeira, nutricionista ou pessoal da clínica) falam consigo sobre a importância da restrição aos líquidos?</p>	<p><input type="checkbox"/> Todos os meses</p> <p><input type="checkbox"/> Cada 2 a 3 meses</p> <p><input type="checkbox"/> Cada 4 a 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> Quando tenho alterações nos valores analíticos ou outros. Como por exemplo pressão sanguínea, resultados analíticos)</p> <p><input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> Irregularmente</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Especifique</p> <p>_____</p>
<p>31. Na última semana, seguiu as recomendações de restrição aos líquidos?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sempre</p> <p><input type="checkbox"/> Às vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Cerca de metade do tempo</p> <p><input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> Nenhumavez</p>
<p>32. Acha importante limitar a ingestão de líquidos?</p>	<p><input type="checkbox"/> Muito importante</p> <p><input type="checkbox"/> Muito importante</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente importante</p> <p><input type="checkbox"/> Pouco importante</p> <p><input type="checkbox"/> Nada importante</p>
<p>33. Porque acha importante limitar a ingestão de líquidos?</p>	<p><input type="checkbox"/> Porque entendo que a minha doença exige que limite a ingestão de líquidos)</p> <p><input type="checkbox"/> Porque a ingestão de líquidos correta é importante para manter o meu corpo saudável</p> <p><input type="checkbox"/> Porque os profissionais de saúde que trabalham na clínica (médico, enfermeira, nutricionista ou pessoal da clínica) me disseram para o fazer</p> <p><input type="checkbox"/> Porque tenho experiência de ficar doente após ter bebido muitos líquidos</p> <p><input type="checkbox"/> Porque tenho experiência de ter sido hospitalizado após ter bebido muitos líquidos</p> <p><input type="checkbox"/> Não penso que a limitação de ingestão de líquidos seja muito importante para mim</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Especifique</p> <p>_____</p>
<p>34. Tem dificuldade em controlar a ingestão de líquidos?</p>	<p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p>
<p>35. Acha muito difícil seguir as recomendações sobre as restrições de líquidos?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nada difícil</p> <p><input type="checkbox"/> Um pouco difícil</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente difícil</p>

	<input type="checkbox"/> Bastante difícil <input type="checkbox"/> Não sou capaz de seguir qualquer recomendação
36. Sete vezes de dificuldade em seguir as recomendações sobre a ingestão de líquidos, que tipo de dificuldade teve?	<input type="checkbox"/> Não tive dificuldade <input type="checkbox"/> Não estou interessado <input type="checkbox"/> Sinto-me incapaz de controlar a ingestão de líquidos <input type="checkbox"/> Não percebo como seguir as recomendações para restringir a ingestão de líquidos <input type="checkbox"/> Outro _____
37. Na última semana, quantas vezes se pesou em casa (forada clínica)?	<input type="checkbox"/> Mais de 3 vezes <input type="checkbox"/> 3 vezes <input type="checkbox"/> Duas vezes <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Nenhuma vez <input type="checkbox"/> Outro _____ -
38. Acha importante pesar-se diariamente?	<input type="checkbox"/> Muito importante <input type="checkbox"/> Muito importante <input type="checkbox"/> Moderadamente importante <input type="checkbox"/> Pouco importante <input type="checkbox"/> Nada importante
<b>ALIMENTAÇÃO</b>	
39. Quando foi a última vez que profissionais de saúde da clínica (médico, enfermeira, nutricionista ou pessoal da clínica) falaram consigo sobre sua alimentação?	<input type="checkbox"/> Esta semana <input type="checkbox"/> A semana passada <input type="checkbox"/> Mês passado <input type="checkbox"/> Mais de um mês <input type="checkbox"/> Quando iniciou o tratamento de hemodiálise <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Outro. Especifique _____
40. Com que frequência é que os profissionais de saúde da clínica (médico, enfermeira, nutricionista ou pessoal da clínica) falam consigo sobre a importância de uma alimentação adequada?	<input type="checkbox"/> Em todos os tratamentos <input type="checkbox"/> Todas as semanas <input type="checkbox"/> Todos os meses <input type="checkbox"/> Cada 2 a 3 meses <input type="checkbox"/> Cada 4 a 6 meses <input type="checkbox"/> Quando tenho alterações nos valores analíticos ou outros. Como por exemplo pressão sanguínea, resultados dos testes analíticos) <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Irregularmente <input type="checkbox"/> Nunca

	<input type="checkbox"/> Outro. Especifique <hr/>
41. Acha importante ter atenção ao que come diariamente?	<input type="checkbox"/> Muito importante <input type="checkbox"/> Moderadamente importante <input type="checkbox"/> Pouco importante <input type="checkbox"/> Nada importante
42. Porque acha importante ter cuidado com a alimentação?	<input type="checkbox"/> Porque entendo que em minha doença renal exige que tenha cuidado com a alimentação <input type="checkbox"/> Porque a minha alimentação é importante para manter meu corpo saudável <input type="checkbox"/> Porque os profissionais de saúde que trabalham na clínica (médico, enfermeira, nutricionista) me disseram para fazer <input type="checkbox"/> Porque tenho experiência de ficar doente após ter ingerido alguns alimentos <input type="checkbox"/> Porque tenho experiência de ter sido hospitalizado após ter ingerido alguns alimentos <input type="checkbox"/> Não penso que ter cuidado com a alimentação seja muito importante para mim <input type="checkbox"/> Outro. Especifique <hr/>
43. Tem dificuldade em controlar sua alimentação?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
44. Acha muito difícil seguir as recomendações sobre a alimentação?	<input type="checkbox"/> Nada difícil <input type="checkbox"/> Pouco difícil <input type="checkbox"/> Moderadamente difícil <input type="checkbox"/> Bastante difícil <input type="checkbox"/> Não sou capaz de seguir qualquer recomendação
45. Que tipo de dificuldade teve em seguir as recomendações sobre a sua alimentação?	<input type="checkbox"/> Não aplicável. Não tive dificuldade <input type="checkbox"/> Não estou disposto a controlar os alimentos que ingiro <input type="checkbox"/> Sinto-me incapaz de controlar e não comer alguns alimentos <input type="checkbox"/> Não percebo que tipo de dieta devo seguir <input type="checkbox"/> Outro. Especifique <hr/>
46. Na última semana, quantas vezes eguiu as recomendações sobre a alimentação?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> A maiorias vezes <input type="checkbox"/> Cerca de metade do tempo <input type="checkbox"/> Muito raramente <input type="checkbox"/> Nunca



## **APÊNDICE III –PEDIDO DE PARECER E APRECIÇÃO ÉTICA DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE DIÁLISE**

Exmº Sr. Presidente da Comissão de Ética da Unidade de Diálise X

### **Assunto: Pedido de autorização para colheita de dados**

Hélia José Trindade Ascenso, aluna do IX Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem por este meio solicitar a análise e parecer da comissão que Vossa Ex<sup>a</sup> preside sobre o projeto de investigação (em anexo) intitulado “Adesão Terapêutica das Pessoas Doentes Renais Crónicas em Programa Regular de Hemodiálise”. Informa que se trata de uma investigação a realizar no âmbito da dissertação de mestrado sob a orientação do Professor Doutor Pedro Sousa e, que é pretensão realizar colheita de dados nas pessoas em programa regular de hemodiálise na Clínica de Diálise (X). Trata-se de um estudo descritivo-correlacional e transversal com uma abordagem quantitativa, tendo como objetivos: avaliar a adesão ao regime terapêutico da pessoa com DRC em programa regular de Hemodiálise; identificar os factores que são determinantes na adesão ao regime terapêutico das pessoas com DRC em programa regular de Hemodiálise. Os dados recolhidos são confidenciais e, em momento algum, os participantes são identificados, a sua participação é voluntária e após esclarecimento dos objetivos da investigação e da assinatura de consentimento informado. Assegura-se, ainda, sob compromisso de honra que o funcionamento do serviço não será posto em causa.

Desde já agradeço a atenção concedida.

Anexa os seguintes documentos.

Documentos em anexo:

- Instrumentos de Colheita de Dados
- Projeto de Investigação

Figueira da Foz, 2019

Hélia José Trindade Ascenso



## **APÊNDICE IV – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIREÇÃO CLÍNICA DA UNIDADE DE DIÁLISE**

### **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À INSTITUIÇÃO**

Exma. Sra. Enfermeira Chefe da Clínica de Diálise

Assunto: Pedido de autorização para a realização do trabalho de Dissertação de Mestrado com a temática: “Adesão Terapêutica das Pessoas Doentes Renais Crónicas em Programa Regular de Hemodiálise”

Hélia José Trindade Ascenso, Enfermeira Graduada do Serviço de Medicina do Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E., estudante do IX Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a realizar a dissertação de Mestrado (“Adesão Terapêutica das Pessoas Doentes Renais Crónicas em Programa Regular de Hemodiálise”) sob a orientação do Professor Pedro Sousa, com os objetivos: avaliar a adesão ao regime terapêutico da pessoa com DRC em programa regular de Hemodiálise; identificar os factores que são determinantes na adesão ao regime terapêutico das pessoas com DRC em programa regular de Hemodiálise, vem por este meio, solicitar a V. Ex<sup>a</sup> autorização para efetuar a recolha de dados para este trabalho de investigação junto dos utentes com Doença Renal Crónica em programa de hemodiálise na clínica supracitada. Os participantes deverão ser todos os utentes em programa regular de hemodiálise e que manifestem interesse em participar no estudo, após a leitura e aceitação do consentimento informado. A colheita de dados ocorrerá de acordo com a disponibilidade e marcação prévia. Os dados colhidos serão apenas utilizados no trabalho acima referido. Mais informo, que será igualmente realizado o pedido de autorização formal ao Exmo. Sr. Diretor Clínico da Clínica de Diálise Diaverum da respetiva clínica inserida na investigação.

Anexa os seguintes documentos:

- Instrumentos de Colheita de Dados
- Projeto de Investigação

Com os melhores cumprimentos pede deferimento,

Hélia José Trindade Ascenso

## **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À INSTITUIÇÃO**

Exmo. Sr. Diretor Clínico da Clínica de Diálise

Assunto: Pedido de autorização para a realização do trabalho de Dissertação de Mestrado com a temática: “Adesão Terapêutica das Pessoas Doentes Renais Crónicas em Programa Regular de Hemodiálise”

Hélia José Trindade Ascenso, Enfermeira Graduada do Serviço de Medicina do Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E., estudante do IX Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a realizar a dissertação de Mestrado (“**Adesão Terapêutica das Pessoas Doentes Renais Crónicas em Programa Regular de Hemodiálise**”) sob a orientação do Professor Pedro Sousa, com os objetivos: avaliar a adesão ao regime terapêutico da pessoa com DRC em programa regular de Hemodiálise; identificar os factores que são determinantes na adesão ao regime terapêutico das pessoas com DRC em programa regular de Hemodiálise, vem por este meio, solicitar a V. Ex<sup>a</sup> autorização para efetuar a recolha de dados para este trabalho de investigação junto dos utentes com Doença Renal Crónica em programa de hemodiálise na clínica supracitada. Os participantes deverão ser todos os utentes em programa regular de hemodiálise e que manifestem interesse em participar no estudo, após a leitura e aceitação do consentimento informado. A colheita de dados ocorrerá de acordo com a disponibilidade e marcação prévia. Os dados colhidos serão apenas utilizados no trabalho acima referido. Mais informo, que será igualmente realizado o pedido de autorização formal Sra. Enfermeira Chefe da Diaverum da respetiva clínica inserida na investigação.

Anexa os seguintes documentos:

- Instrumentos de Colheita de Dados
- Projeto de Investigação

Com os melhores cumprimentos pede deferimento,

Hélia José Trindade Ascenso

## **APÊNDICE V –INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E CONSENTIMENTO INFORMADO**

### **FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE**

#### **TÍTULO DO ESTUDO: Adesão Terapêutica das Pessoas Doentes Renais Crónicas em Programa Regular de Hemodiálise**

##### **INTRODUÇÃO**

Como investigadora responsável pela investigação supracitada inserida IX Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, venho convidá-la(o) a participar num estudo sobre a adesão terapêutica das pessoas com Doença Renal Crónica em programa regular de hemodiálise.

Antes de decidir se quer ou não participar neste estudo, é importante que compreenda porque está a ser efetuada esta investigação, assim como o que ela vai abranger. Leia cuidadosamente a informação que se segue e não hesite em perguntar em caso de dúvidas, ou se necessitar de mais informação.

**OBJETIVOS DO ESTUDO:** O objetivo deste estudo é investigar e analisar quais os factores que promovem a adesão ao regime terapêutico das pessoas com Doença Renal Crónica terminal em programa regular de Hemodiálise.

##### **PORQUE FUI ESCOLHIDA(O) PARA PARTICIPAR NESTE ESTUDO?**

Este estudo irá envolver uma amostra representativa de pessoas em programa regular de hemodiálise com Doença Renal Crónica.

**PARTICIPAÇÃO:** A sua participação no estudo é voluntária, como tal pode decidir participar ou não nesta investigação. Se decidir participar será pedido que responda a algumas questões, contudo pode desistir a qualquer altura, sem se sentir obrigado a dar qualquer justificação. A sua participação no estudo é anónima e não remunerada, sendo que dados recolhidos neste estudo, que não a(o) identificam individualmente, serão guardados e processados em computador.

**RESULTADOS DO ESTUDO:** Com os resultados deste estudo, será feita uma Dissertação de Mestrado. Não será identificada(o) em nenhuma publicação ou relatório.

Obrigado pelo tempo que despendeu a ler esta Informação e a ponderar a sua participação neste estudo. Se desejar participar, deve assinar e datar o Consentimento Informado.

## **CONSENTIMENTO INFORMADO**

**TÍTULO:**“Adesão Terapêutica das Pessoas Doentes Renais Crónicas em Programa Regular de Hemodiálise”

**INVESTIGADORA:**Hélia José Trindade Ascenso, aluna do IX Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

**ORIENTADOR:** Pedro Sousa, Professor na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

### **OBJETIVOS DO ESTUDO:**

- ✓ Avaliar adesão ao regime terapêutico da pessoa com DRC em programa regular de Hemodiálise;
- ✓ Identificar os factores que influenciam a adesão ao regime terapêutico das pessoas com DRC em programa regular de Hemodiálise;

**PROCEDIMENTO:** a participação nesta pesquisa far-se-á através de preenchimento de um questionário, sendo que a informação recolhida é para uso exclusivamente pedagógico. A participação do estudo é de carácter voluntário, podendo a qualquer momento negar o consentimento. A aluna responsável pela elaboração do trabalho compromete-se a divulgar os resultados do mesmo, diretamente, a todas as pessoas que colaboraram.

\_\_\_\_\_ A destacar \_\_\_\_\_

Declaro ter percebido a informação que me foi dada sobre a natureza do estudo. Compreendo os procedimentos a realizar, pelo que consinto participar voluntariamente no trabalho de investigação supracitado.

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

O participante, \_\_\_\_\_

A Investigadora, \_\_\_\_\_



## **ANEXOS**

---



## ANEXO I - DEFERIMENTO DA UNIDADE DE DIÁLISE

De: D M <[domingossilveiramachado@gmail.com](mailto:domingossilveiramachado@gmail.com)><<mailto:domingossilveiramachado@gmail.com>>

Enviado: 1 de agosto de 2019 10:28

Para: Antonio Filipe Amaral De Jesus Cristovao <[acristovao@esel.pt](mailto:acristovao@esel.pt)><<mailto:acristovao@esel.pt>>; António Pedro Mesquita <[apmesquita@netcabo.pt](mailto:apmesquita@netcabo.pt)><<mailto:apmesquita@netcabo.pt>>; Armando Carreira <[armando.carreira@sapo.pt](mailto:armando.carreira@sapo.pt)><<mailto:armando.carreira@sapo.pt>>; Profª Graça André <[gandre@net.sapo.pt](mailto:gandre@net.sapo.pt)><<mailto:gandre@net.sapo.pt>>

Assunto: Fwd: FW: Pedidos de Autorização para colheita de dados - Tese "Adesão terapêutica dos doentes com LRC em programa regular de HD"

Caros Colegas da Comissão de Ética da Diaverum,  
Junto envio pedido de parecer sobre trabalho de investigação.  
Parece-me mt interessante este projecto.  
Desejando-lhes um bom verão, envio um abraço.  
D.M.  
Caro Dr. Domingos Machado  
Digníssimo Presidente da Comissão de Ética da Diaverum,

Agradeça o parecer da Comissão de Ética a que preside sobre esta proposta de investigação da Enf. Hélia Ascenso da Clínica de Diálise Diaverum Figueira da Foz.

Com os melhores cumprimentos,

Fernando Macário

SVP, Chief Medical Officer

[Diaverum\_horizontal\_32mm\_98dp]

Visiting address: Trollebergsvägen 5<<https://www.google.com/maps/search/Trollebergsv%C3%A4gen+5?entryqmail&sourceqg>>, 3rd floor

\*\*\*

---

----- Mensagem encaminhada -----

From: Antonio Filipe Amaral De Jesus Cristovao <[acristovao@esel.pt](mailto:acristovao@esel.pt)><<mailto:acristovao@esel.pt>>

Data: qua, 7/08/2019 às 18:42

Assunto: RE: FW: Pedidos de Autorização para colheita de dados - Tese "Adesão terapêutica dos doentes com LRC em programa regular de HD"

Para: D M <[domingossilveiramachado@gmail.com](mailto:domingossilveiramachado@gmail.com)><<mailto:domingossilveiramachado@gmail.com>>; António Pedro Mesquita <[apmesquita@netcabo.pt](mailto:apmesquita@netcabo.pt)><<mailto:apmesquita@netcabo.pt>>; Armando Carreira <[armando.carreira@sapo.pt](mailto:armando.carreira@sapo.pt)><<mailto:armando.carreira@sapo.pt>>; Profª Graça André <[gandre@net.sapo.pt](mailto:gandre@net.sapo.pt)><<mailto:gandre@net.sapo.pt>>

Caros Membros da Comissão de Ética:

Concordo com as observações avançadas.

Gostaria de deixar as seguintes sugestões à Vossa consideração:

1. Como se selecionam os sujeitos do estudo? Há desigualdade na escolha dos participantes?
2. Seria conveniente a autora esclarecer que se trata de um questionário é autopreenchido.
3. Como se garante a privacidade ao aplicar o questionário na sala de espera, antes dos sujeitos iniciarem as sessões de hemodiálise?
4. Em que medida a colaboração no estudo não prejudica o tratamento? A resposta é interrompida em caso de haver alguma complicação intradiálitica? O questionário é aplicado ao ligar ou desligar o doente? Será aplicado durante a diálise excluindo a primeira e a última meia hora do tratamento?
5. Na pergunta 4 do grupo I, qual a relevância de conhecer o estado civil dos sujeitos? Não bastaria conhecer o agregado familiar?
6. Os sujeitos deveriam ser informados sobre o tempo médio consumido na resposta ao questionário.
7. Será que todos os sujeitos sabem responder às perguntas nº 2 e 4 do grupo II e à pergunta 1 do grupo IV, do Apêndice I? Caso necessário os sujeitos deveriam ser informados a necessidade de recolher dados pessoais do seu processo clínico.
8. O termo de consentimento informado não deveria incluir o contacto da autora do estudo, para eventual desistência após ter iniciado o estudo.
9. Proporia preencher o termo de consentimento em duplicado, com cópia para o doente.

Com os meus cumprimentos,

Filipe Cristóvão

Professor Coordenador, RN, MD, PhD

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Pólo C, Gulbenkian

[acristovao@esel.pt](mailto:acristovao@esel.pt)<<mailto:acristovao@esel.pt>>

Ascenso, Hélia <[Helia.Ascenso@diaverum.com](mailto:Helia.Ascenso@diaverum.com)>

para eu ▼

ter, 13 de ago 15:31



De: Tavares, Maria Arminda

Enviado: 12 de agosto de 2019 13:18:17

Para: Ascenso, Hélia

Assunto: FW: FW: Pedidos de Autorização para colheita de dados - Tese "Adesão terapêutica dos doentes com LRC em programa regular de HD"

Bom dia Enfermeira Hélia,

Envio mensagem reencaminhada da comissão de ética, que coloca algumas sugestões ao projecto.

Em anexo remeto o parecer da Coordenadora dos Serviços Farmacêuticos.

Com os melhores cumprimentos,

Arminda Tavares

Enfermeira Chefe

[diaverum]

Unidade da Figueira da Foz

Phone: +351 233436610

Mobile: +351 917290833

[www.diaverum.com](http://www.diaverum.com)<<http://www.diaverum.com>>

De: D M <[domingossilveiramachado@gmail.com](mailto:domingossilveiramachado@gmail.com)>

Enviada: 9 de agosto de 2019 15:53

Para: Tavares, Maria Arminda <[MariaArminda.Tavares@diaverum.com](mailto:MariaArminda.Tavares@diaverum.com)>

Assunto: Fwd: FW: Pedidos de Autorização para colheita de dados - Tese "Adesão terapêutica dos doentes com LRC em programa regular de HD"