

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

ELABORAÇÃO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES COMPORTAMENTAIS DE
ADERÊNCIA AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Remerson Russel Martins

Natal (RN)

2008

Remerson Russel Martins

ELABORAÇÃO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES COMPORTAMENTAIS DE
ADERÊNCIA AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Dissertação elaborada sob orientação do Prof. Drº. João Carlos Alchieri e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Natal (RN)

2008

Catálogo da Publicação na Fonte, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Biblioteca Setorial Especializada do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA).

11/2011/10.1

Martins, Remerson Russel.

Elaboração e avaliação de indicadores comportamentais de aderência ao tratamento hemodialítico / Remerson Russel Martins. Natal, RN, 2008. 116 f.

Orientador: Prof. Dr. João Carlos Alchieri.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas Letras e Artes. Programa de Pós-graduação em Psicologia.

1. Psicologia da saúde – Dissertação. 2. Avaliação psicológica – Dissertação. 3. Aderência terapêutica – Dissertação. 4. Insuficiência renal crônica – Dissertação. 5. Hemodiálise – Dissertação. I. Alchieri, João Carlos. II. Universidade Federal do Rio Grande. III. Título.

RN/BSE-CCHLA

CDU 159.938.363.6

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A dissertação “**Elaboração e avaliação de indicadores comportamentais de aderência ao tratamento hemodialítico**” elaborada por **Remerson Russel Martins**, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Natal (RN), 11 de Julho de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. João Carlos Alchieri (UFRN, Orientador)

Prof. Dra. Eulália Maria Chaves Maia (UFRN, Membro)

Prof. Dr. Bartholomeu Torres Troccoli (UnB, Membro)

Dedicatória

À minha esposa, Joelma, e meus filhos, Lucas e Pedro.

Agradecimentos

À Deus, aos meus pais e irmãos.

À minha esposa Joelma por ter agüentado todo meu mal-humor, estresse e neurose.

Aos meus filhos, apesar de algumas vezes eles desligarem o estabilizador, mas pelo carinho e compreensão.

Aos meus amigos que ajudaram muito – Diego, Alysson, Hugo e Danilo – além de vários outros que de uma forma ou de outra deram aquela força.

Aos meus alunos da FARN e da UFRN, que me ajudaram na coleta de dados.

Aos pacientes renais que contribuíram enormemente para este trabalho e que espero que isso tudo possa significar algo de bom para eles.

Às clínicas de diálise Bireme e Pro-Rin pelo espaço cedido.

Às professoras, Dr^a. Eulália e Dr^a. Neuciane, pelo constante incentivo, apoio e oportunidades ao longo de mais de sete anos.

Ao prof^o Dr^o. Bartholomeu Torres Troccoli, por participar dessa banca.

À Cilene pela paciência.

A Dona Ana, que sempre fez o melhor café do laboratório.

Especialmente ao meu orientador, o professor Dr. João Carlos Alchieri, por acreditar em mim de forma como às vezes nem eu acreditaria.

Elaboração e avaliação de indicadores comportamentais de aderência ao tratamento hemodialítico

Introdução: Este trabalho busca caracterizar indicadores comportamentais de aderência ao tratamento hemodialítico por meio do Inventário Millon de Estilos de Personalidade em uma amostra de pacientes portadores de insuficiência renal crônica (IRC) na grande Natal/RN. A aderência terapêutica representa o grau de concordância entre o comportamento do paciente e as prescrições da equipe de saúde. A IRC é a perda progressiva e irreversível da função renal, sendo o tratamento hemodialítico uma importante alternativa para auxiliar ou substituir os rins. **Método:** A amostra consistiu de 80 pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico em dois centros clínicos localizados na região da grande Natal, RN. Utilizaram-se como instrumentos (a) um protocolo de coleta de dados clínicos, (b) o inventário Millon de estilos de personalidade (MIPS) e (c) um roteiro de entrevista semi-estruturada. **Resultados:** Os resultados mostram que houve equilíbrio entre os sexos (51% do sexo feminino e 48,8% do sexo masculino), idade média e tempo médio de diálise respectivamente iguais à 43,4 anos ($\pm 13,25$ anos) e 22,04 anos ($\pm 4,24$ anos). O estado civil de metade da amostra é casado, predominando o ensino fundamental (43,6%) e uma renda familiar até um salário mínimo (43,8%). Definiram-se seis indicadores clínico-laboratoriais para avaliar a aderência terapêutica, mais o uso da avaliação da equipe de saúde e do próprio paciente. Desse modo, observou-se uma aderência média em torno de 55,97% da amostra ($\pm 18,37\%$). Contudo apenas entre a auto-avaliação do paciente acerca da aderência e a avaliação feita através da pressão arterial pós-diálise indicou-se uma associação significativa ($p=0,029$, teste qui-quadrado). Por outro lado, houve uma associação significativa ($p<0,05$, teste qui-quadrado) entre os critérios de aderência ao tratamento e aspectos investigados na entrevista – a percepção da qualidade dos serviços de saúde prestados aos pacientes, as dificuldades no seguimento da dieta prescrita, a caracterização dos dias entre as sessões de diálise e a percepção dos pacientes acerca das sessões de diálise. Também se observou uma associação significativa ($p<0,05$, teste de Levene) entre a aderência terapêutica e as escalas que constituem o MIPS. A equipe de saúde caracterizou o comportamento do paciente mais aderente como uma postura de aceitação do tratamento, buscando ativamente pela sua realização, por informações e mais conhecimento, além de estabelecer uma comunicação positiva com a equipe e com os demais pacientes. Resultados semelhantes foram confirmados pela avaliação do MIPS. Segundo essa avaliação os pacientes mais aderentes adotam uma atitude mais otimista, buscando agir ou adaptar-se ao seu meio, processando cognitivamente tanto informações concretas e objetivas, como informações mais especulativas e simbólicas. Além de estabelecer um padrão de relacionamento interpessoal gregário, cooperativo, submisso e flexível às demandas sociais. Estas características conseguiram explicar 55,7% da variação da aderência definida segundo a equipe de saúde e 23,3% da variação da aderência segundo o indicador laboratorial CaxP. **Conclusões:** O MIPS demonstrou ser capaz de identificar os pacientes mais e menos aderentes. O uso de diferentes indicadores de aderência é importante para uma avaliação que abarque as diferentes facetas desse processo. Os níveis de aderência observados estão dentro do registrado pela literatura pertinente. Há a necessidade de outros estudos com uma amostra maior para aprofundar os dados achados nesse trabalho.

Palavras-chave: Avaliação psicológica, Psicologia da Saúde, Aderência terapêutica, Insuficiência Renal Crônica, Hemodiálise.

Elaboration and evaluation of behavioural indicators of the adherence to the hemodialytic treatment.

Introduction: This work intends to characterize behavioral indicators of tack to the hemodialysis treatment in a sample of carrying patients of chronic kidney failure (CKF) in the great Natal/RN. The therapeutical adherence represents the agreement degree between the patient behavior and the health team lapsings. The CKF is the gradual and irreversible loss of the renal function, being the hemodialysis treatment an important alternative to assist or to substitute the kidneys. **Method:** The sample consisted in 80 chronic kidney patients in hemodialysis treatment in two located clinical centers in the region of the great Natal, RN. It was used as instruments (a) a protocol of clinical data collection, (b) the Millon Index of Personality Styles (MIPS) and (c) a script of half-structuralized interview. **Results:** The results show a balance between the genders (51% of female and 48.8% of the male sex), average age and equal average time of dialysis respectively to the 43,4 years ($\pm 13,25$ years) and 22,04 years ($\pm 4,24$ years). The marital status of half of the sample is married, predominating basic education (43.6%) and a familiar income until a minimum wage (43.8%). It had been defined six physician-laboratorial indicators to evaluate the therapeutical adherence, further the use of the evaluation of the health team and the patient themselves. Thus, there was an average adherence around 55.97% of the sample ($\pm 18.37\%$). However only between self-assessment of the patients about the adherence and the assessment made by blood pressure post-dialysis indicated a significant association ($p=0,029$, qui-square test). On the other hand, there was a significant association ($p < 0.05$, chi-square test) among the criteria for treatment adherence and issues investigated in the interview - the perception on the quality of the health services provided to patients, the difficulties following the prescribed diet, the characterization of the days between dialysis sessions and the perception of patients about the dialysis sessions. It was also noted a significant association ($p < 0.05$, Levene test) between adherence to therapy and scales that constitute the MIPS. The health team characterized the patients more adherent behavior as an attitude of acceptance of the treatment, looking actively for their implementation, for more information and knowledge, and establishing a positive communication with the team and with other patients. Similar results were confirmed by the MIPS evaluation. According to that assessment the more compliant patients adopt a more optimistic attitude, trying to act or adapt themselves to their environment, processing cognitively both concrete and objective information, such as more speculative and symbolic information. In addition they establish a gregarious, cooperative, submissive and flexibly pattern of interpersonal relationships to social demands. These characteristics managed to explain 55.7% of the adherence variation according the health team and 23.3% of the variation according the CaxP laboratory indicator. **Conclusions:** The MIPS shown to be able to identify the most and least adherent to therapy patients. The use of different adherence indicators is important for an evaluation covering the different facets of this process. The adhesion levels are observed within registered by the relevant literature. There is need for further studies with a larger sample to deepen the data findings in this work.

Keywords: Psychological assessment, Health Psychology, Adherence therapy, Chronic Kindey Failure, Hemodialysis.

Índice

Lista de tabelas	11
Lista de Abreviaturas	13
Introdução	14
Capítulo I – A Insuficiência Renal Crônica e seu tratamento	15
1.1 A Insuficiência Renal Crônica	15
1.2 Epidemiologia da IRC	16
1.3 A Terapia Renal Substitutiva	19
Capítulo II – A Aderência Terapêutica	23
2.1 Sobre a Aderência Terapêutica	23
2.2 Multidimensionalidade da aderência terapêutica	24
2.3 Estratégias para avaliar a aderência terapêutica	27
Capítulo III – Personalidade, comportamento e saúde	29
3.1 Sobre o conceito de Saúde	29
3.2 Personalidade e Saúde	31
3.3 Comportamento e Aderência Terapêutica	35
Capítulo IV – Objetivos	37
4.1 Objetivo Geral	37
4.2 Objetivos Específicos	37
Capítulo V – O método	38
5.1 Desenho do estudo	38
5.2 Os centros de diálise na grande Natal/RN – Local do estudo	38
5.3 Amostra do estudo	39
5.4 Instrumentos	40
5.4.1 O Protocolo de coleta de dados clínicos	40
5.4.2 O Inventário Millon de Estilos de Personalidade	44

5.4.3 A Entrevista	46
5.5 Procedimentos de coleta de dados	47
5.6 Procedimentos de análise dos dados	47
Capítulo VI – Resultados	49
6.1 Dados demográficos	49
6.2. Aspectos clínico-laboratoriais	49
6. 3. Dados sobre a avaliação da aderência terapêutica	51
6.3.1 Indicadores clínico-laboratoriais	51
6.3.2 Indicadores da equipe de saúde	52
6.4. Dados das entrevistas	53
6.4.1. O trabalho	54
6.4.2. A família	55
6.4.3. A comunicação médico-paciente e a percepção da qualidade dos serviços de saúde prestados	56
6.4.4. As dificuldades descritas no tratamento hemodialítico	57
6.4.5. A auto-avaliação do paciente	62
6.4.6. A associação entre a aderência ao tratamento e a entrevista	64
6.5. Aspectos comportamentais avaliados	70
Capítulo VII – Discussão	78
7.1 Aspectos clínico-laboratoriais avaliados	78
7.2 Aderência terapêutica	80
7.2.1 A variação dos resultados	80
7.2.2 O papel do método	83
7.3 A entrevista	85
7.3.1 O Trabalho	85
7.3.2 A Família	86
7.3.3 A Comunicação médico-paciente	87

7.3.4 A Qualidade dos serviços de saúde	88
7.3.5 As Dificuldades	89
7.3.5.1 Obter e tomar o medicamento	89
7.3.5.2 Seguimento da dieta e restrição de líquidos	89
7.3.5.3 Realizar a diálise e o tempo de diálise	90
7.3.6 Principais dificuldades e seu manejo	91
7.4 O Inventário Millon de Estilos de Personalidade	91
7.4.1 As diferenças do MIPS entre os sexos	92
7.4.2 MIPS e a avaliação da equipe de saúde	94
7.4.2.1 O perfil dos pacientes	96
7.4.3 MIPS e os indicadores clínico-laboratoriais	97
7.4.4 MIPS e a auto-avaliação dos pacientes	101
7.4.5 Síntese do Inventário Millon de Estilos de Personalidade	102
Capítulo VIII – Conclusões	104
Referências Bibliográficas	107
ANEXO – Roteiro de entrevista	116

Lista de tabelas

Tabela 1: Média, desvio padrão e valores de referência das avaliações clínico-laboratoriais	50
Tabela 2: Distribuição do Kt/v e PRU por sexo	50
Tabela 3: Percentagem de pacientes mais e menos aderentes conforme os critérios da equipe de saúde e clínico-laboratoriais	52
Tabela 4: Relação entre a aderência ao tratamento segundo a equipe de saúde e a pressão arterial pré-diálise	52
Tabela 5: Características descritivas da aderência do Paciente Renal Crônico segundo a equipe de saúde	53
Tabela 6: Associação entre a situação profissional anterior à IRC e a situação profissional atual*. Freqüência (F) e percentagem (%)	55
Tabela 7: Associação entre a reação inicial da família e a reação atual frente ao tratamento hemodialítico	56
Tabela 8: Associação entre a avaliação do paciente acerca da comunicação médico-paciente e a qualidade dos serviços de saúde prestados	57
Tabela 9: Associação entre as dificuldades em obter o medicamento e as dificuldades em tomar o medicamento	58
Tabela 10: Associação entre as dificuldades em seguir a dieta e em restringir os líquidos	59
Tabela 11: Associação entre as dificuldades em realizar a diálise e a avaliação do tempo de diálise	60
Tabela 12: Principais dificuldades	61
Tabela 13: Manejo das dificuldades	62
Tabela 14: Auto-avaliação do paciente acerca de sua aderência ao tratamento	62
Tabela 15: Associação entre a auto-avaliação do paciente e os demais critérios acerca da aderência ao tratamento	63
Tabela 16: Associação entre a auto-avaliação do paciente acerca de sua aderência e a aderência segundo a equipe de saúde	63
Tabela 17: Associação entre a auto-avaliação do paciente acerca de sua aderência e a aderência segundo a pressão arterial pós-diálise	64

Tabela 18: Associação entre a aderência ao tratamento segundo o critério do Kt/v e a avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados	65
Tabela 19: Associação entre a aderência ao tratamento segundo a equipe de saúde e as dificuldades em seguir a dieta	65
Tabela 20: Associação entre a auto-avaliação da aderência ao tratamento e as dificuldades em seguir a dieta	66
Tabela 21: Associação entre a aderência ao tratamento segundo o critério do Kt/v e as dificuldades em seguir a dieta	67
Tabela 22: Associação entre a auto-avaliação da aderência ao tratamento e a caracterização do dia sem diálise	68
Tabela 23: Associação entre a aderência ao tratamento segundo a equipe de saúde e as dificuldades em realizar a diálise	68
Tabela 24: Associação entre a aderência ao tratamento segundo a equipe de saúde e a avaliação do tempo de diálise pelo paciente	69
Tabela 25: Associação entre a aderência ao tratamento segundo o critério do CaxP e as principais dificuldades relatadas pelo paciente no tratamento	70
Tabela 26: Distribuição do MIPS por sexo	71
Tabela 27: Avaliação da aderência ao tratamento segundo os critérios da equipe de saúde para o MIPS	72
Tabela 28: Avaliação da aderência ao tratamento segundo os critérios clínico-laboratoriais para o MIPS	74
Tabela 29: Avaliação da aderência ao tratamento segundo os critérios clínico-laboratoriais para o MIPS (pacientes do sexo masculino)	75
Tabela 30: Avaliação da aderência ao tratamento segundo os critérios clínico-laboratoriais para o MIPS (pacientes do sexo feminino)	76
Tabela 31: Avaliação da aderência ao tratamento segundo a auto-avaliação dos pacientes para o MIPS	76
Tabela 32: Regressão linear dos critérios de aderência ao tratamento com os fatores do MIPS	77

Lista de Abreviaturas

ABTO: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos

DPAC: Diálise Peritoneal Ambulatorial Continua

DPCC: Diálise Peritoneal Cíclica Continua

DPI: Diálise Peritoneal Intermitente

DRC: Doença Renal Crônica

IRC: Insuficiência Renal Crônica

HAS: Hipertensão arterial sistêmica

MIPS: Millon Index Personality Styles

OMS: Organização Mundial da Saúde

RFG: Ritmo de Filtração Glomerular

SBN: Sociedade Brasileira de Nefrologia

SUS: Sistema Único de Saúde

USRDS: United State of Renal Data Systems

Introdução:

Este trabalho busca caracterizar indicadores comportamentais de aderência ao tratamento hemodialítico em uma amostra de pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica (IRC) na grande Natal/RN. A dissertação está organizada em oito capítulos, visando uma exposição clara e objetiva de cada ponto aqui abordado.

No capítulo I apresenta-se a insuficiência renal crônica, suas características, epidemiologia e formas de tratamento atualmente disponíveis. No capítulo II aborda-se o fenômeno da aderência terapêutica, seus aspectos conceituais, variáveis determinantes e metodologias de avaliação. E no capítulo III discuti-se as relações entre personalidade, comportamento e saúde. Nesse capítulo busca-se clarificar um conceito de saúde, ressaltando suas implicações para a avaliação psicológica do comportamento humano e para o trabalho aqui desenvolvido. Estes três primeiros capítulos abarcam a revisão teórica do presente estudo.

No capítulo IV expõe-se os objetivos gerais e específicos. No capítulo V discuti-se os aspectos metodológicos, desenho do estudo, local e amostra, instrumentos, procedimentos de coleta e de análise dos dados. Nos capítulos VI e VII, respectivamente, busca-se expor e discutir os resultados obtidos nas análises e seus desdobramentos. Por fim no capítulo VIII elabora-se as conclusões desse estudo, sendo apresentadas as limitações e dificuldades desse trabalho, suas principais contribuições e ainda as possibilidades de estudos futuros.

Capítulo I – A Insuficiência Renal Crônica e seu tratamento

1.1 A Insuficiência Renal Crônica

A Doença Renal Crônica (DRC) constitui-se em uma perda irreversível da função renal. Em sua fase mais avançada, chamada de Insuficiência Renal Crônica (IRC), os rins perdem sua capacidade de manter a homeostasia, filtrando impurezas resultantes do metabolismo e minerais não aproveitados pelo corpo, estimulando a produção de hormônios e regulando a pressão sanguínea (Milhoransa, Berthollo & Comerlato, 2005; Romão Junior, 2004). Os rins exercem as funções de excreção dos produtos finais do metabolismo, através da filtração glomerular tubular, manutenção do volume e da composição extracelular, balanceando os níveis de Na e H₂O no organismo, manutenção do equilíbrio ácido-base, produção, excreção e metabolização de hormônios e enzimas (Draibe, 2002; Riella, 2003). Bastos et al (2004) aponta que os rins são órgãos de importância fundamental, visto que a perda da função renal, avaliada pela diminuição da filtração glomerular tubular, implica em perdas nas funções regulatórias, excretoras e endócrinas, comprometendo todos os outros órgãos do organismo.

Segundo o National Kidney Foundation (1997), a DRC é classificada em cinco estágios de acordo com o Ritmo de Filtração Glomerular (RFG), conforme é descrito abaixo:

- a) Estágio I: Lesão renal com RFG normal ou aumentado (RFG \geq 90 mL/min/1,73m²)
- b) Estágio II: Lesão renal com leve diminuição do RFG (60-89 mL/min/1,73m²)

- c) Estágio III: Lesão renal com moderada diminuição do RFG (30-59 mL/min/1,73m²)
- d) Estágio IV: Lesão renal com acentuada diminuição do RFG (15-29 mL/min/1,73m²)
- e) Estágio V: Falência renal funcional ou em Terapia Renal Substitutiva (RFG < 15 mL/min/1,73m²).

Bastos et al (2004) ressalta que esta proposta de classificação da DRC possibilita a uniformização da terminologia empregada, evitando ambigüidades e facilitando a comunicação entre profissionais e instituições.

Dentre as diversas enfermidades que acometem o rim, observa-se que algumas comprometem a função renal mais rapidamente, enquanto outras o fazem de uma maneira lenta e progressiva. O resultado final são múltiplos sinais e sintomas, que vão desde hálito urêmico, fraqueza muscular, edema, inapetência, convulsão, alterações do nível de consciência, podendo chegar até ao coma. Aponta-se como as principais causas da IRC a glomerulonefrite crônica, a angioesclerose e a diabetes mellitus (Riella, 2003; Romão Júnior, 2004)

1.2 Epidemiologia da IRC

A doença renal crônica constitui hoje em um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Conforme o último censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia em 2007, que contou com a participação de 87,9% dos centros de diálise do Brasil, existem 73.605 pacientes em tratamento dialítico, sendo que 54%

encontravam-se na região sudeste e 19% no nordeste, região com a segunda maior população de pacientes renais crônicos no Brasil (Sesso et al, 2007). O crescimento no número de novos casos tem aumentado anualmente numa média de 9% nos últimos seis anos anteriores a este censo, contudo no último ano observou-se uma tendência para redução dessa taxa de crescimento para 3,9%. Em 1994, existia cerca de 24.000 pacientes em terapia renal substitutiva, número 67% menor do que se observa atualmente (Romão Júnior, 2004; Sesso et al, 2007). Não se têm claro os motivos, mas acredita-se que os tratamentos de doenças cardíacas, hipertensivas, da diabetes mellitus e de outras doenças crônicas, acrescidas do acesso aos serviços de saúde contribuíram para que uma parcela maior da população pudesse ser atendida. A redução observada nesse último censo não pode ser explicada em definitivo, pela ausência de dados deste fenômeno no momento. Contudo, especula-se que uma diminuição do ritmo de entrada de novos pacientes no sistema de saúde pública seja a principal causa desse decréscimo (Sesso et al, 2007).

As taxas de incidência da DRC no Brasil são menores do que as observadas nos Estados Unidos, na Europa e na Oceania. Nos Estados Unidos registrou-se uma incidência de 347 pacientes por milhão de habitantes contra 181 pacientes observados no Brasil (Sesso et al, 2007; USRDS, 2008). Estes dados indicam uma forte possibilidade de sub-notificação de casos de DRC, o que está de acordo com a expectativa de que cerca de 1,4 milhões de brasileiros não sejam atendidos em suas necessidades, sendo que aproximadamente 70% dos brasileiros que possuem algum grau de deficiência na capacidade renal também estejam à margem dos serviços de terapia renal (Bastos et al, 2004; Romão Junior, 2004). Em 2007, observou-se que 44% dos pacientes renais em tratamento dialítico estavam inscritos em filas de espera para o

transplante renal. Entretanto, a Associação Brasileira para Transplante de Órgãos aponta que entre 2005 e 2006 ocorreu uma discreta redução no número de transplantes renais da ordem de 3% (ABTO, 2008).

Bastos et al (2004) ressalta que os principais fatores de risco para a perda da função renal envolvem a idade avançada, o tabagismo, a hipertensão e a diabetes. Romão Júnior (2004) destaca que além desses fatores a presença de histórico familiar de doença renal crônica também deve ser averiguada. O National Kidney Foundation (1997) aponta como fatores de risco elevado para a doença renal crônica a presença de hipertensão, diabetes e o histórico familiar de DRC. Como fatores de risco médio estão às enfermidades sistêmicas, as infecções urinárias de repetição, a litíase urinária repetida, uropatias, crianças com menos de 5 anos, adultos com mais de 60 anos e mulheres grávidas. Em um estudo conduzido por D'Ávilla et al (1999) com 316 pacientes no conjunto hospitalar de Sorocaba, registrou-se uma sobrevida dos pacientes em hemodiálise de 74% ao longo dos 12 primeiros meses de tratamento, diminuindo para 64,9% em 24 meses e 55,1% ao final de três anos de diálise.

Contudo, acredita-se que hoje em função de melhoras nas diretrizes de tratamento da DRC, avanços no acesso ao sistema de saúde pública e desenvolvimentos tecnológicos na atenção ao paciente renal, haja indicadores melhores de sobrevida do paciente do que o descrito por D'Ávilla et al (1999). A mortalidade de pacientes em diálise situa-se entre 30 e 40 pacientes por milhão de habitantes por ano no Brasil, contudo, a expectativa é de que esta mortalidade possa ser reduzida, com a melhora na qualidade dos serviços de terapia renal substitutiva (Sesso et al, 2007).

1.3 A Terapia Renal Substitutiva

Segundo Romão Júnior (2003), existe cinco possibilidades de terapia renal substitutiva no tratamento da DRC, escolhidas conforme avaliação médica. Estando disponíveis as opções da Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC), a Diálise Peritoneal Intermitente (DPI), a Diálise Peritoneal Cíclica Contínua (DPCC), a Hemodiálise e o Transplante Renal.

A Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua utiliza o peritônio, uma membrana serosa de parede dupla que forra a parede abdominal que é aproveitada nas modalidades de diálise peritoneal, onde uma solução para diálise ou uma solução salina contendo dextrose é infundida para dentro desta cavidade. Esta infusão possibilita a retirada de toxinas e líquido excedente do organismo através do processo de osmose. A DPAC consiste em quatro a cinco trocas diárias de bolsas de solução para diálise, com permanência de quatro a oito horas na cavidade peritoneal. É um tratamento auto-administrado, realizado pelo próprio paciente ou familiar, devidamente orientado e treinado (Riella, 2003).

A DPI é o procedimento de escolha para pacientes que apresentam doença aguda, exigindo um rápido restabelecimento do equilíbrio hidro-eletrolítico. O processo de infusão e drenagem do líquido é repetido cerca de vinte vezes por sessão, sendo realizado em duas ou três sessões semanais (Riella, 2003).

A DPCC é um método em que o paciente realiza a diálise em casa, através de uma máquina cicladora automática que realiza três trocas de líquido durante a noite e uma no período diurno, ao longo dos sete dias da semana. Esta modalidade de tratamento permite maior autonomia ao paciente, sendo recomendado nos caso onde há

grande dificuldade de locomoção ou de acesso aos serviços de terapia renal substitutiva (Riella, 2003).

Outra opção de tratamento da IRC com grande aceitação dos pacientes e da equipe de saúde é o transplante renal, com poucas contra-indicações, não existindo limites de idades. Mesmo em paciente com nefropatia lúpica é recomendado o transplante, desde que seja realizado na fase de inatividade dessa patologia. Normalmente, o transplante renal significa um incremento importante na expectativa de vida e na qualidade de vida do paciente renal.

A hemodiálise substitui parcialmente a função renal, onde a circulação e filtração do sangue são extracorpóreas. Atualmente é considerado o tratamento mais eficaz no enfrentamento da IRC e corresponde a 90,8% dos atendimentos de terapia renal substitutiva (Milhoransa, Berthollo & Comerlato, 2005; Sesso et al, 2007). O tratamento hemodialítico, alvo desse estudo, compreende três momentos importantes:

a) A realização de sessões de hemodiálise, normalmente sendo três sessões de quatro horas cada, alternadas ao longo da semana. A hemodiálise substitui a função renal perdida total ou parcialmente por meio de um sistema que faz o sangue circular externamente através de uma membrana semipermeável. Nos centros estudados há a adoção da membrana de polissufona, material que permite a separação do excesso de água, restos metabólicos e toxinas do sangue para uma solução dialisadora, especialmente preparada (Milhoransa, Berthollo & Comerlato, 2005).

b) O seguimento de uma dieta específica. Para o organismo, a insuficiência renal crônica representa um evento catabólico, sendo comum a ocorrência de desnutrição entre os pacientes renais (Bastos, 2004; Cardozo, Vieira & Campanella, 2006). Esse é

um aspecto importante, visto que a desnutrição sinaliza um mau prognóstico para o paciente, favorecendo quadros infecciosos, aumento do tempo de internação hospitalar, morbidade, mortalidade e prejuízos para a qualidade de vida (Teixeira Nunes et al, 2008).

c) O seguimento dos medicamentos prescritos. O equilíbrio homeostático da água, sais minerais (Na^+ , K^+ , Cl^- , P , Mg^{2+} , SO_4^{2-}) e a excreção da sobrecarga metabólica de íons hidrogênio fixos são impossibilitados na IRC. Produtos tóxicos resultantes do metabolismo do nitrogênio (uréia, creatinina, ácido úrico e outros) acumulam-se no sangue e tecidos. Sendo que o rim não é mais capaz de funcionar na produção de eritropoetina e 1,25-diidroxicolecalciferol (calcitriol). Os medicamentos normalmente prescritos nesses quadros buscam o adequado manejo dessas alterações, tentando corrigir deficiências vitamínicas e de cálcio, anemia decorrente da diminuição da eritropoetina, picos hipertensivos, a inibição da absorção do fósforo com uso de quelantes e o manejo de outros quadros co-mórbidos (Milhoransa, Bertholo & Comerlato, 2005).

A hemodiálise é o processo de filtração e depuração de substâncias indesejáveis do sangue como a creatinina e a uréia. Sendo realizada em pacientes portadores de insuficiência renal crônica ou aguda, já que nesses casos o organismo não consegue eliminar tais substâncias devido à falência dos mecanismos excretores renais. Basicamente a separação por diálise é um processo lento que depende das diferenças entre o tamanho das partículas (moléculas, proteínas e minerais a serem retirados) e entre os índices de difusão entre o sangue e o líquido utilizado para filtração (Milhoransa, Berthollo & Comerlato, 2005).

Na hemodiálise, o sangue é obtido de um acesso vascular, unindo uma veia e uma artéria superficial do braço (fístula arteriovenosa) e impulsionado por uma bomba até o filtro de diálise, também conhecido como dialisador. No dialisador, o sangue é exposto à solução de diálise (o dialisato) através de uma membrana semipermeável, permitindo assim, as trocas de substâncias entre o sangue e o dialisato. Após ser retirado do paciente e passado através do dialisador, o sangue filtrado é então devolvido ao paciente pelo acesso vascular (Riella, 2003). Uma sessão convencional de hemodiálise tem, em média, duração de 4 horas e frequência de 3 vezes por semana em dias alternados. Entretanto, de acordo com as necessidades de cada paciente, a sessão de hemodiálise pode durar 3 horas e meia ou até mesmo 5 horas, e a frequência pode variar de 2 vezes por semana até a hemodiálise diária.

Capítulo II – A Aderência Terapêutica

2.1 Sobre a Aderência Terapêutica:

Um dos problemas mais importantes para os profissionais de saúde atualmente é a não aderência por parte dos pacientes dos regimes terapêuticos prescritos (Camargo-Borges & Japur, 2008). Os modos como o paciente lida com a enfermidade, o regime terapêutico e as necessidades de mudanças em seus hábitos de vida representam um papel importante para o curso dessa enfermidade, evolução do tratamento e repercussões para a qualidade de vida (Martín Alfonso & Grau Abalo, 2005).

Na atualidade observa-se uma ampla diversidade de conceituações empregadas para definir o fenômeno do cumprimento ou não cumprimento das prescrições, cada uma refletindo qual a compreensão que seus autores possuem acerca do papel de cada envolvido nesse processo. Registra-se o emprego de termos como colaboração terapêutica, aliança terapêutica, seguimento, obediência, aderência, adesão, concordância (Leite & Vasconcelos, 2003; Martín Alfonso, 2004).

Historicamente, o termo mais antigo empregado na medicina moderna refere-se a expressão da língua inglesa *compliance*, que significa o grau em que o comportamento do paciente em relação à tomada do medicamento coincide com as instruções médicas (Martín Alfonso, 2004). Para Leite e Vasconcelos (2003) esse entendimento da aderência ao tratamento pressupõe um papel passivo do paciente em obedecer à prescrição médica, desconsiderando a sua capacidade de tomar decisões, de discutir sua enfermidade, a prescrição adotada e outros aspectos relevantes para si. Além disso, o termo *compliance* caracteriza a aderência limitada ao uso de medicamentos e restrito as orientações médicas (Martín Alfonso, 2004).

A OMS (2004) utiliza o termo aderência terapêutica e o define como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa – tomar o medicamento, realizar dieta ou mudanças nos hábitos de vida – e as prescrições da equipe de saúde. Esta definição busca ressaltar a complexidade desse fenômeno ao considerar como fatores determinantes da aderência a complexidade, duração, efeitos iatrogênicos e custos do tratamento, as características da enfermidade, do serviço de saúde e da interação profissional de saúde paciente, além da presença de variáveis sócio-demográficas, não se limitando à tomada de medicamentos e seguimento das orientações médicas. No presente trabalho emprega-se o termo aderência terapêutica ou aderência ao tratamento dentro dessa perspectiva exposta pela OMS e respaldada por diversos autores. (Martín Alfonso, Bayarre Vea & Grau Abalo, 2008; Martín Alfonso & Grau Abalo, 2005; OMS, 2004; OMS, 2003).

2.2 Multidimensionalidade da aderência terapêutica

Existem variáveis determinantes do grau de aderência do paciente ao tratamento. Ginarte Arias (2001) destaca quatro aspectos principais: a relação profissional de saúde e paciente, o regime terapêutico, as características da enfermidade e aspectos psicossociais do paciente. Martín Alfonso e Grau Abalo (2005) numa revisão mais sistemática e abrangente vem a confirmar tais variáveis, que também estão de acordo com os fatores determinantes da aderência destacados pela OMS (2004, 2003).

Dentro desse cenário, outro elemento em comum entre esses autores também se apresenta, a noção da aderência terapêutica como um fenômeno complexo e multideterminado, exibindo diversas dimensões a serem abordadas.

a) A interação profissional de saúde e paciente;

O tema da relação entre médico e pacientes não é novo, sendo amplamente aceito que uma interação melhor traz efeitos positivos para a qualidade dos serviços prestados, a satisfação e o estado de saúde do paciente (Caprara & Rodrigues, 2004). A comunicação entre profissional de saúde e paciente constitui-se em uma faceta da interação entre ambos, sendo um fator importante para promover a satisfação do paciente com o atendimento recebido e a compreensão do mesmo acerca da prescrição proposta, implicando em melhores níveis de aderência (Martin Alfonso & Grau Abalo, 2005).

Espiridião e Trad (2005) afirmam que apesar da grande variedade de conceituações acerca da satisfação do paciente, comumente a satisfação do paciente é entendida em termos das expectativas e da percepção que esses usuários têm dos serviços recebidos. Ginarte Arias (2001) acrescenta que a satisfação desde o ponto de vista afetivo está associado a um importante incremento da aderência terapêutica.

Segundo Oliveira e Gomes (2004) uma das estratégias mais eficazes para a promoção da aderência são os programas educativos, sendo a comunicação entre o profissional de saúde e a comunidade atendida uma dimensão relevante no sucesso desses programas. Acerca dessa comunicação, o profissional de saúde desempenha um papel fundamental de prover, além do suporte técnico-diagnóstico, o espaço de discussão acerca das percepções, valores e crenças do paciente, conhecendo sua realidade e desenvolvendo conjuntamente estratégias que facilitem sua adaptação aos novos hábitos de vida demandados pela enfermidade e tratamento (Caprara & Rodrigues, 2004).

b) As características do regime terapêutico;

Quanto maior o tempo de duração do tratamento, a quantidade de medicamentos a serem ingeridos, a variedade de horários desses medicamentos e as mudanças nos hábitos de vida do paciente menores serão os níveis de aderência obtidos (Ginarte Arias, 2001; Leite, Vieira & Veber, 2008; Martin Alfonso & Grau Abalo, 2005; OMS, 2003). No mesmo sentido, Horne et al (2005), considera que quanto mais complexo for o regime terapêutico, menores serão os índices de aderência observados. Leite e Vasconcelos (2003) chamam a atenção para as exigências de mudanças comportamentais que o tratamento requer, sendo que quanto maiores forem essas exigências por mudanças, maiores serão as dificuldades do paciente em executar-las e, conseqüentemente, menores serão os níveis de concordância entre suas ações e o esperado para o tratamento. Nesse sentido, Rocha et al (2008) traz um estudo com 466 idosos de Porto Alegre, RS, onde o índice de aderência á terapêutica medicamentosa foi de apenas 37,1%, subindo para 52% entre os sujeitos que usavam menos fármacos.

c) A natureza da enfermidade;

Doenças agudas, acompanhadas de dor e grandes perturbações, produzirão maiores taxas de aderências, do que enfermidades crônicas com uma sintomatologia pouco percebida e com poucas alterações nos hábitos do dia-a-dia ou limitações à vida do paciente (OMS, 2003). Nesse contexto, observam-se taxas de aderência ao tratamento das doenças agudas situadas em torno de 80%, enquanto que a aderência nas enfermidades crônicas oscilam entre 45 a 65% (Martin Alfonso & Grau Abalo, 2005).

d) Aspectos psicossociais;

As características do paciente têm sido alvo de vários estudos acerca da aderência terapêutica (OMS, 2004). Dentre os aspectos psicossociais mais importantes destacam-se as crenças e atitudes do paciente acerca de sua saúde e enfermidade, atribuições e locus de controle, a auto-eficácia percebida pelo paciente e o apoio social (Ginarte Arias, 2001).

Em meio a esses aspectos ressalta-se o apoio social e familiar ao considerar-se que outras pessoas significativas ao paciente podem contribuir para a execução das prescrições, ajudando no seguimento do regime terapêutico, incentivando e orientando as mudanças comportamentais esperadas (Martin Alfonso & Grau Abalo, 2005).

DiMatteo (2004), realiza um trabalho de revisão e meta-análise com 122 estudos publicados entre 1948 e 2001 acerca da relação entre suporte social e aderência terapêutica. Apesar das limitações desse tipo de trabalho, o autor coloca evidências sobre a relação direta e positiva entre melhores condições de suporte social e melhores níveis de aderência terapêutica.

2.3 Estratégias para avaliar a aderência terapêutica

Existem diversas estratégias e dificuldades na avaliação da aderência terapêutica, sobretudo em tratamento complexo e de longa duração ou para enfermidades crônicas. Diante dessas dificuldades, Delgado e Lima (2001) destacam a prática de duas estratégias metodológicas, acompanhadas de suas devidas ressalvas. Primeiramente, os métodos diretos e objetivos como o emprego de medições bioquímicas e clínicas como exames laboratoriais, tomando-se a utilização de valores de referência padrão para a caracterização da aderência terapêutica.

Em segundo lugar, os métodos indiretos e subjetivos representados pelo auto-relato do paciente, uso de entrevistas e também pela contagem do medicamento. Os métodos indiretos ou subjetivos estão sujeitos ao viés do entrevistador ou à imprecisão deliberada ou não do relato do paciente, além da ressalva de que a contagem do medicamento dentro do consumo esperado não representa necessariamente que o paciente realmente ingeriu o medicamento.

Já os métodos diretos e objetivos de medições bioquímicas são considerados estratégias diretas apenas por não serem mediados pela subjetividade de um profissional ou do paciente, mas também não representam uma relação direta e estreita entre aderência e resultados esperados. Observam-se dificuldades nesse tipo de medição, pois o paciente pode não aderir como esperado, mas obter a melhora em seu quadro clínico em função de outros fatores, além de também ser possível que mesmo que o paciente realize corretamente a terapêutica estabelecida não se observe os resultados esperados (Martin Alfonso & Grau Abalo, 2005).

Capítulo III – Personalidade, comportamento e saúde

3.1 Sobre o conceito de Saúde

O conceito de saúde, entendido em um sentido amplo, como o bem estar físico, psicológico e social vai além da tradição biomédica, abarcando a esfera individual e comportamental do ser humano (OMS, 2004). Esse é um conceito positivo, afirmando distintos graus de vitalidade e funcionamento, superando a idéia de saúde como a ausência de sintomas ou enfermidades. Do ponto de vista individual, esse conceito relaciona-se com o sentimento de bem estar vivenciado pelo sujeito, enquanto que da perspectiva objetiva observa-se sua capacidade de funcionamento adaptativo e salutogênico (Labiano, 2004).

Segundo Rey (2004, 1997), para se conceituar a saúde do ponto de vista do indivíduo deve-se considerar os seguintes aspectos: (a) normalidade e individualidade não coincidem, pois a saúde não é uma média; (b) a saúde não é um estado estático, mas sim, um processo, um contínuo, onde o indivíduo se insere como sujeito ativo e consciente; (c) há a combinação de fatores genético, congênitos, somato-funcionais, sociais e psicológicos em um sistema plurideterminado, onde a participação ativa do indivíduo torna-se um fator entre outros que estão além de seus esforços volitivos; e (d) as manifestações sintomatológicas das doenças são facetas da saúde que expressam o adequado funcionamento de suas funções e mecanismos.

Dessa forma, o conceito de saúde implica em um constructo articulado em diversos níveis e múltiplas interconexões, em uma noção ecológica do funcionamento do organismo humano (Labiano, 2004). A articulação das dimensões físicas, psicológicas e sociais e suas diversas manifestações (o meio ambiental do organismo, as

relações interpessoais, a rede de apoio social, as estratégias de enfrentamentos adotadas, os aspectos psicológicos, as políticas públicas de saúde, etc) em um sistema multicausal implica em considerar-se a saúde como um processo dinâmico e mutável. A noção de enfermidade passa a ter um espaço dentro da saúde, tendo o papel de prover informações sobre conflitos e desarmonias. Ela deixa de representar a ausência de saúde para passar a ser considerada como uma de suas facetas. Dentro do processo saúde-doença sinalizam-se os hábitos de vida como uma importante variável na determinação da qualidade desse processo. Conforme Labiano (2004), muitas das doenças crônicas são o resultado do acúmulo de condutas não salutogênicas e condições ambientais prejudiciais. Isso significa que crenças, atitudes, hábitos cotidianos, os comportamentos do sujeito assumem posição central na problemática do processo saúde-doença.

Para o conceito de saúde discutido até o momento a OMS (1983) destaca três pontos: (a) a participação ativa do sujeito, provido de responsabilidade individual e autonomia, no desenvolvimento de condutas salutogênicas, que busquem desenvolver seu funcionamento enquanto organismo e sua percepção de bem-estar enquanto sujeito, (b) a ação do profissional de saúde na melhoria da comunicação com a população atendida e (c) a intervenção da comunidade em uma perspectiva global do processo saúde-doença.

A postura tradicional da medicina baseava-se na descrição semiológica das doenças, conceituando a saúde como a ausência de sintomas. A subjetividade perdia espaço, quer seja através do paciente como sujeito passivo das intervenções, ou do próprio médico como utilizador neutro do conhecimento acumulado. A dimensão da individualidade e do comportamento dos agentes envolvidos no processo saúde-doença foi resgatada a partir de uma perspectiva mais qualitativa e multicausal desse fenômeno

(Rey, 2004). Nesse sentido destaca-se o modelo biopsicossocial, que se adéqua com os pontos discutidos até o momento e contribui enormemente como norte conceitual.

3.2 Personalidade e Saúde

Desde os primeiros trabalhos psicanalíticos acerca da histeria de conversão, passando pelas teorias psicossomáticas posteriores, até as pesquisas sobre traços de personalidade na década de 1980 e os trabalhos multidisciplinares mais atuais que vários questionamentos podem ser feitos a partir da relação entre o comportamento, personalidade e saúde (Fusté-Escolano, 2004; Labiano, 2004; Rey, 2004). Que tipo de influência os aspectos personológicos podem exercer sobre a manutenção da saúde, seu re-estabelecimento ou sua deterioração?

Existem vários modelos explicativos que procuram dar conta das relações entre personalidade e saúde. Segundo Fusté-Escolano (2004) pode-se destacar dois grupos explicativos. Um primeiro que enfatiza os aspectos cognitivos do processamento da informação na mediação entre os comportamentos do indivíduo e o processo saúde-doença. E um segundo modelo centrado nos traços de personalidade. Dentro desse primeiro grupo estão os modelos de crenças sobre a saúde, a teoria da utilidade subjetiva esperada, a teoria da motivação para a proteção e a teoria do comportamento planejado (Doll & Ajzen, 1992; Orbell & Hagger, 2006). Além do modelo das estratégias de enfrentamento destacado por Rey (2004), o qual ressalta a especial força dada ao aspecto valorativo do indivíduo acerca dos fatos ou situações que enfrenta, relegando as outras dimensões personológicas a um plano secundário.

Seguindo a postura de tais teorias, a resultante da relação comportamento e saúde dá-se a partir das capacidades de identificação e valoração de situações de risco e das habilidades de enfrentamento e manejo de tais situações. O que representa um momento importante da relação comportamento-saúde, mas que não a esgota por prender-se a dimensão do processamento cognitivo consciente sem articular-la com outras facetas da subjetividade humana (Rey, 2004).

Para Gonzalez e Ribeiro (2004), as abordagens sócio-cognitivas, demasiadamente em moda, enfatizam muitas vezes o papel da informação na formação de atitudes e na mudança de comportamentos, mas as ações relativas ao desenvolvimento da saúde não consistem simplesmente na escolha informada predita por fatores sócio-cognitivos. Mas sendo um processo muito mais complexo, com componentes emocionais e motivacionais profundamente enraizados em traços de personalidade.

No segundo grupo explicativo acerca da relação personalidade e saúde, estão os modelos centrados nos traços de personalidade. Na década de 1980, aumentaram significativamente os trabalhos orientados por esse enfoque na investigação da mediatização de sistemas personológicos e o processo saúde-doença (Rey, 2004; Solano, Casullo & Pérez, 2004).

Fusté-Escolano (2004) e Gonzalez e Ribeiro (2004) fornecem um síntese de três grandes caminhos pelos quais as disposições de personalidade poderiam está associados ao processo saúde-doença. Primeiramente, o modelo de hiper-atividade induzida pela personalidade sugere que certas pessoas, devido à tendência para avaliar as situações como mais estressantes que o apropriado, ou, por comportamentos que resultam em respostas neuroendócrinas elevadas, têm predisposição para responder aos estressores

com atividade fisiológica exacerbada, o que, se for elevado em intensidade e/ou frequência, pode aumentar o risco de doenças. Em segundo lugar, o modelo da predisposição constitucional diz que, as disposições de personalidade associadas com o risco de doenças, podem simplesmente ser marcas de alguma debilidade física congênita ou anormalidade do sistema orgânico, que aumenta a suscetibilidade à doenças e, nesta linha, o estilo de personalidade em si mesmo pode não ter qualquer efeito adverso na saúde física. E, por último, o modelo da personalidade como preditor de comportamentos de risco sugere que os traços de personalidade conferem maior risco de doenças de forma indireta, nomeadamente, por exporem o indivíduo a situações inerentemente mais arriscadas, na medida em que, certas disposições de personalidade conduzem à escolhas de situações que aumentam a reatividade, facilitam a entrada em comportamentos prejudiciais e/ou desencorajam os comportamentos preventivos de saúde.

Modelos mais clássicos de análise do processo de aderência terapêutica relacionavam-na a aspectos das teorias da personalidade, buscando avaliar a aderência entre determinados perfis de personalidade e concebendo a aderência como mais uma característica tipológica estável e de difícil modificação. Esses modelos não lograram êxito por não abarcarem a complexidade e dinamicidade da personalidade e da aderência terapêutica (Martín Alfonso & Grau Abalo, 2005).

Neste trabalho considera-se a personalidade como

um padrão de funcionamento, uma forma intrínseca de agir, que resulta de uma matriz de variáveis determinadas pelo desenvolvimento biopsicológico. O desenvolvimento da personalidade recebe a influência dos fatores biológicos e dos fatores psicológicos, que passam a interagir

como em uma espiral sem fim, onde cada giro desta se constrói sobre as interações prévias, criando, assim, novas bases para as próximas interações. (Alchieri, Cervo & Nuñez, 2005, p.177)

Esta concepção de personalidade, desenvolvida a partir da obra de Theodore Millon, é marcada pelo seu aspecto integrador dentro da Psicologia ao articular coerentemente constructos desenvolvidos em diferentes escolas como o comportamentalismo, a psicodinâmica e a psicologia evolutiva. A idéia de que fatores biológicos e psicológicos interagem entre si em uma espiral sem fim traz a noção de fluidez e dinamicidade da personalidade normal, que se expressa de forma plástica e adaptativa as necessidades do meio. Esta idéia contrapõe-se a perspectiva tradicional da personalidade, marcada por características tipológicas cristalizadas. A plasticidade comportamental observada ocorre dentro de uma matriz de funcionamento em constante desenvolvimento nas quais as idéias de personalidade normal e patológica se dão em um contínuo, onde pouca plasticidade comportamental, respostas rígidas, baixa tolerância ao estresse marcam o pólo patológico da personalidade (Alchieri, 2007; Alchieri, Cervo & Nuñez, 2005). Nesse contexto, ressalta-se o modo como o indivíduo lida com as exigências do dia-a-dia, sua tomada de decisões, suas ações e seu modo de enfrentamento como estando mediado pelo seu padrão de funcionamento, pelo desenvolvimento de sua personalidade.

Atualmente, considera-se o processo saúde-doença como um fenômeno multifatorial que deve ser abordado a partir de uma perspectiva multidisciplinar. Desse ponto de vista, não se deve considerar os três modelos apontados por Fusté-Escolano (2004) e Gonzalez e Ribeiro (2004) como explicações individualizadas, mas em relações bidirecionais e de influência recíproca. Nesse sentido, Fusté-Escolano (2004)

cita a situação em que uma predisposição genética para uma infecção pode desenvolver um estilo cognitivo pessimista, o qual por sua vez, pode levar ao engajamento em comportamentos de risco.

3.3 Comportamento e Aderência Terapêutica

Uma vez que se diagnostica uma enfermidade se produz a necessidade do paciente adotar uma série de mudanças em função de suas demandas e deveres enquanto enfermo, assumindo, pois, um rol de enfermo (Galán Rodrigues, Picabia & San Gregório, 2000; Martín Alfonso, 2003). Dentro deste rol de enfermo, a aceitação de sua adoção implica em conseqüências e demandas importantes para o manejo e recuperação da enfermidade, assim como para a aderência terapêutica.

Na atualidade o tema da aderência terapêutica tem ganhado grande atenção devido a uma série de comportamentos de risco e problemas de saúde que requerem necessariamente a adoção de determinados comportamentos, quer seja na mudança do estilo de vida, ou na realização das recomendações terapêuticas (Martín Alfonso, 2004). Segundo Martín Alfonso (2003), existe comportamentos que caracterizam os problemas de aderência aos tratamentos: dificuldades para seu início, suspensão prematura do tratamento, cumprimento incompleto ou deficiente das indicações, como omissões ou esquecimentos de medicamentos, faltas as consultas ou retornos agendados, automedicação, ausência de modificação no estilo de vida ou hábitos necessários para a recuperação da enfermidade.

A aderência terapêutica é parte do comportamento humano, implica na saúde e é expressão da responsabilidade dos indivíduos com os cuidados e manutenção da

mesma. É o paciente quem executa ou não o consumo dos medicamentos e de outras indicações médicas, como seguir a dieta ou praticar exercícios. É ele quem decide em última instância como e quando tomará tais atitudes (Martín Alfonso, 2006).

Aspectos personológicos como motivação, crenças e cognições, estilos de personalidade, estratégias de enfrentamento, são elementos que contribuem para essa tomada de decisões do paciente acerca de sua saúde. São elementos mediadores do indivíduo com o meio, as políticas públicas de saúde, campanhas educativas, o relacionamento com a equipe de saúde e com a própria família. Estes demais aspectos do seu meio ajudam a completar o quadro de relações do indivíduo com sua saúde, dando um contexto mais amplo e concreto onde deve ser inserido o conjunto formado pela personalidade e a saúde.

Entre as exigências do dia-a-dia, encontra-se no caso do paciente em tratamento hemodialítico, a necessidade de lidar eficazmente com as demandas impostas pelo tratamento, com as mudanças comportamentais em seu estilo de vida, com os choques com seu conjunto de crenças e valores e, resultando em tudo isso, com a aderência ao tratamento renal. O problema de pesquisa levantado por este trabalho constitui-se na indagação da forma como o paciente renal se comporta, lidando com essas exigências e manejando sua aderência ao tratamento hemodialítico.

Capítulo IV – Objetivos

4.1 Objetivo Geral:

Investigar a aderência ao tratamento hemodialítico entre uma amostra de pacientes portadores de insuficiência renal crônica da grande Natal/RN, identificando as principais características comportamentais desses pacientes.

4.2 Objetivos Específicos:

- a) Caracterizar a aderência ao tratamento segundo indicadores da equipe de saúde e clínico-laboratoriais;
- b) Identificar características da amostra que possam estar relacionadas ao processo de aderência;
- c) Caracterizar aspectos motivacionais, cognitivos e interpessoais dos pacientes investigados relacionados ao processo de aderência.

Capítulo V – O Método

5.1 Desenho do estudo:

Este foi um estudo analítico transversal que empregou técnicas para investigação de indicadores comportamentais e estratégias de investigação do processo de aderência ao tratamento hemodialítico. Foi realizado com pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico a pelo menos seis meses, entre os períodos de agosto de 2007 e janeiro de 2008, alocados em dois dos quatro centros clínicos de diálise que oferecem este serviço na região da grande Natal/RN.

5.2 Os Centros Clínicos de Diálise na grande Natal/RN – Local do estudo:

A pesquisa foi realizada em dois centros clínicos de diálise situados na região da grande Natal/RN, onde são atendidos regularmente cerca de 350 pacientes (250 pacientes no centro clínico de diálise, localizado no bairro da Ribeira no município de Natal e, 100 pacientes no centro clínico de diálise, situado no centro da cidade de Parnamirim). Estes representam entidades particulares, conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) para realizarem a prestação do serviço de hemodiálise aos pacientes portadores de IRC.

Estes pacientes estão distribuídos em uma relação de dias pares (segunda, quarta e sexta-feira) e dias ímpares (terça, quinta-feira e sábado) e entre um dos três turnos de cada dia (manhã, tarde ou noite). Cada turno possui um horário fixo de início e final, o turno da manhã ocorre das 6h às 10h, o turno da tarde, das 10h30 às 14h30 e o turno da noite iniciam-se às 15h e termina às 19h. Ocorrem pequenas variações nestes horários no sentido de melhor atender as necessidades do paciente, conforme avaliação médica

que indique a demanda por um tempo superior à quatro horas de diálise. Ou conforme solicitação do paciente em realizar menos do que às quatro horas previstas. Nesse caso, o médico plantonista é notificado do desejo do paciente em diminuir o tempo de diálise, enquanto o paciente assina um termo de responsabilidade, expressando ter ciência da necessidade do tempo mínimo de quatro horas de diálise e do prejuízo representado por uma sessão com duração inferior. Procura-se uma distribuição sistemática e regular dos pacientes, alocando-os em dias e horários predefinidos para a realização de sua sessão de hemodiálise.

Cada centro de diálise conta com a participação de médicos nefrologistas, enfermeiros e auxiliares de enfermagem capacitados especificamente em procedimentos de hemodiálise, além de assistente social, nutricionista e psicólogo. A estrutura física de cada centro é composta por salas de diálise com capacidade entre 10 a 12 pacientes por sala por turno, mais uma sala de emergências, plantão médico, sala da enfermagem, sala do serviço social, da nutrição e da psicologia, além de copa, recepção e espaço administrativo. Para a escolha destes dois centros de diálise como campo de estudo considerou-se a possibilidade de acesso aos pacientes, equipe de saúde e prontuários, assegurados por estes dois locais, dando a abertura necessária para a realização deste trabalho.

5.3 Amostra do estudo:

Os participantes desta pesquisa são portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico a pelo menos seis meses, alocados nos centros de diálise

descritos para esta pesquisa. Considera-se como critérios de inclusão para o paciente participar deste trabalho:

- a) Ser portador de insuficiência renal crônica e está em tratamento hemodialítico regular a pelo menos seis meses;
- b) Ser maior de idade e possuir autonomia de decisão acerca de si mesmo;
- c) Realizar diálise regulamente nos centros clínicos escolhidos e não apenas como paciente em permanência temporária na clínica;
- d) Aceitar de modo livre e esclarecido participar deste estudo.

5.4 Instrumentos:

Utilizou-se como instrumentos um protocolo de coleta de dados clínicos, elaborado a partir deste trabalho, objetivando fornecer parâmetros para a avaliação da aderência ao tratamento hemodialítico. Somado a esse protocolo, o Inventário Millon de Estilos de Personalidade como estratégia para identificarem-se aspectos comportamentais dos pacientes. Para complementar o processo de coleta de dados, elaborou-se um roteiro de entrevista semi-estruturada a fim de investigarem-se aspectos específicos da relação do paciente com o tratamento hemodialítico e a IRC.

5.4.1 O Protocolo de coleta de dados clínicos:

Foi elaborado um protocolo de coleta de dados clínicos que possibilitou destacar indicadores clínico-laboratoriais para níveis de cumprimento do tratamento prescrito. A elaboração deste protocolo ocorreu a partir da (a) revisão de trabalhos que se

propunham avaliar a aderência ao tratamento hemodialítico utilizando-se indicadores médicos e da (b) avaliação da adequação dos indicadores observados na literatura por juízes de reconhecida experiência em nefrologia e diálise. Desse modo, estabeleceu-se com base na literatura especializada que as medições dos últimos seis meses do *clearance* de uréia (Kt/v), do percentual de redução da uréia (PRU), o produto cálcio-fósforo (CaxP), o ganho de peso interdialítico (GPI) e a pressão arterial pré e pós diálise (PA pré/pós) seriam indicadores dos níveis de aderência do paciente.

O *clearance* de uréia (Kt/v) corresponde a um indicador amplamente utilizado para se avaliar a qualidade das sessões de diálise oferecidas ao paciente. O Kt/v da uréia representa a capacidade do processo de diálise em depurar a uréia durante o tempo de duração de cada sessão. Adota-se como conversão que valores de Kt/v medidos a partir da fórmula logarítmica natural (Daugirdas II) iguais ou maiores que 1,2 representam uma dose apropriada de diálise ao paciente, sendo que esta medida ocorre em valores absolutos (Draibe, Cendoroglo & Nadaletto, 2000; Homsy, Filho, Marson, Neto, Amad & Salati, 1995; National Kidney Foundation, 1997). Existem outras formas de medir o Kt/v da uréia, contudo a fórmula Daugirdas II foi adotada e recomendada pelo Dialysis Outcomes Quality Initiative do National Kidney Foundation e endossado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (Draibe et al, 2000; National Kidney Foundation, 1997), a fórmula consiste de:

$$Kt/v = -\ln(R - 0,008.t) + (4-3,5.R).UF/peso$$

Onde ln = logaritmo natural; R = relação da concentração de uréia pós/pré diálise; t = duração da hemodiálise (horas), UF = ultrafiltração (diferença entre peso pós/pré diálise) e o peso do paciente em Kg.

Os valores da uréia no organismo refletem a qualidade da diálise oferecida, o estado nutricional do paciente, a ingestão de proteína – principalmente proteína animal – e o catabolismo de proteínas endógenas (Milhoransa, Berthollo & Comerlato, 2005). Medidas dos valores séricos da uréia realizadas imediatamente antes do paciente começar a dialisar e imediatamente após o termino da sessão de diálise permite o calculo do Percentual de Redução da Uréia (PRU). Dessa forma, o PRU consiste na obtenção do percentual de queda da concentração de uréia durante o procedimento dialítico, conforme a seguinte fórmula (Draibe et al, 2000):

$$\text{PRU (\%)} = 100 \times (1 - \text{Uréia pré-diálise} / \text{Uréia pós-diálise})$$

Os rins são também responsáveis pela eliminação do excesso de fósforo. O ideal é a manutenção do equilíbrio das quantidades de cálcio (8,8 a 11,0 mg/dl) e fósforo (2,5 a 4,8 mg/dl) no sangue, onde o produto da multiplicação do cálcio pelo fósforo não deve exceder 55 mg^2/dl^2 . Porém, com a perda da função renal, a absorção do cálcio nos intestinos é reduzida. Ocorrendo também menor eliminação de fósforo, havendo um desequilíbrio que resulta em osteodistrofia renal, manifestada por dores e fraturas. Nesse sentido, estabelece-se como meio eficaz para o controle do produto CaxP a realização sistemática das sessões de diálise, o uso de quelantes de fósforo¹ durante as refeições e o controle na ingestão destes minerais. Na medida em que o paciente compreende a importância dessas medidas, aceita realizar esse controle e cumpre com essas indicações pode-se afirmar que ele está aderindo ao tratamento (Sesso & Ferraz, 2003; Teixeira Nunes et al, 2008).

¹ Os quelantes de fósforo são medicamentos amplamente empregados para reduzir a quantidade de fósforo absorvido pelo aparelho gastrointestinal durante a alimentação. Seu uso deve ocorrer concomitante a ingestão dos alimentos, especialmente nos alimentos ricos em fósforo. (Sesso & Ferraz, 2003)

Um ganho de peso entre cada sessão de diálise superior à 5% do peso seco do paciente, ou superior à 2,5Kg, ocorre a partir da ingestão de líquidos em quantidade superior ao recomendado, descumprindo assim esse parâmetro estabelecido para o seu tratamento (Kaveh & Kimmel, 2001). O peso seco refere-se ao peso ideal onde o paciente não apresentar excessos de líquidos no corpo e se identificar uma maior quantidade de sensações de bem-estar, ou redução de sensações desagradáveis (p.e. câimbras, mal-estar ou desmaios). Além disso, o peso seco representa um ponto adequado de equilíbrio do meio interno do organismo que consegue alcançar homeostasia hídrica. Pinheiro e Alves (2003) apontam que a ocorrência de hipertensão arterial no paciente renal se dá a partir da ação de uma série de fatores, sendo que o ganho de peso interdialítico é o mais significativo deles. O que por sua vez implica em taxas maiores da pressão arterial pré e pós-diálise, funcionando como indicadores de má aderência ao tratamento. O ganho de peso interdialítico é medido a partir do uso de uma balança digital devidamente regulada, onde o paciente irá medir o próprio peso antes de iniciar a diálise e após o seu término. A diferença de peso entre cada sessão representa o GPI de cada paciente.

A hipertensão arterial é o principal fator de risco associado à morbi-mortalidade em hemodialisados crônicos, estando seu controle associado a medidas como a restrição do consumo de cloreto de sódio, da ingestão hídrica, retirada desse excesso de líquidos através da diálise e o uso de medicamentos apropriados (Castro, 1996; Oliveira, 1997; Salomão Filho, Barbosa, Andrade, Santos, Santos & Silva, 2004). A pressão arterial média superior a 130x90 mmHg indica a necessidade de se implementar essas medidas de controle, a fim de evitar quadros de hipertensão arterial (Praxedes, 2004).

5.4.2 O Inventário Millon de Estilos de Personalidade:

Para Millon (Millon & Davis, 2004) a personalidade é um padrão de funcionamento do indivíduo a partir de uma matriz de variáveis perceptuais e comportamentais determinadas em seu desenvolvimento. Theodore Millon integrou diferentes modelos teóricos da personalidade e da psicologia em uma teoria de aprendizagem biopsicossocial da personalidade, integrando os planos biológicos, psicológicos, sociais e culturais nessa teoria (Alchieri, Cervo & Nuñez, 2005).

Como instrumento para identificar e avaliar esse padrão de funcionamento utilizou-se o Inventário Millon de Estilos de Personalidade (Alchieri, 2007; Alchieri, Cervo & Nuñez, 2005; Weiss, 2002), composto por 180 itens respondidos como verdadeiro ou falso. Estes itens estão distribuídos em torno das dimensões *metas motivacionais, modos cognitivos e relações interpessoais*, sendo que cada dimensão é composta por fatores que se agrupam pares.

Adiante realiza-se uma descrição de cada fator, situando-o em seus pares e dimensões (López, 2000).

Metas motivacionais

Abertura/Preservação: avalia a tendência do sujeito de adotar uma postura otimista ou pessimista em relação aos eventos de sua vida.

Modificação/Acomodação: intenção do sujeito em agir ativamente sobre o seu meio ou de se acomodar ao mesmo.

Individualismo/Proteção: tendência do sujeito em considerar a si próprio em suas decisões ou em levar em conta as demais pessoas.

Modos cognitivos

Extroversão/Introversão: medida em que o sujeito busca informação em seu meio exterior ou em seu meio interior.

Sensação/Intuição: medida em que o sujeito busca informações objetivas, concretas e tangíveis ou procura informações subjetivas, simbólicas e especulativas.

Reflexão/Afetividade: forma de processamento da informação a partir de esquemas lógicos e racionais ou a partir de esquemas subjetivos e afetivos.

Sistematização/Inovação: forma de processamento da informação a partir de esquemas prévios de conhecimento ou a partir da produção de novas estruturas para a assimilação do conhecimento.

Relações interpessoais:

Retraimento/Comunicabilidade: padrão de conduta interpessoal baseado na indiferença e falta de emotividade ou baseado numa postura de gregarismo social, obtendo estimulação, excitação e atenção nesse meio.

Dúvida/Segurança: padrão de dúvida e insegura ou de auto-afirmação nos relacionamentos sociais.

Discrepância/Conformismo: estilo de relacionamento interpessoal marcado pela independência ou pelo cooperativismo.

Submetimento/Controle: conduta representada pela submissão ao demais ou pelo domínio nas situações sociais.

Insatisfação/Concordância: padrão de interação interpessoal passivo-agressivo ou receptivo e flexível.

É importante destacar que os fatores que compõem cada par não estabelecem entre si uma relação de excludência, mas de complementaridade. Não há oposição no sentido psicométrico, mas no nível teórico, onde cada fator representa um extremo em seu par, formando pólos (López, 2000). Isso significa que uma baixa pontuação no fator abertura não implica em uma elevada pontuação no outro fator desse par.

A teoria de personalidade de Theodore Millon busca incorporar diferentes propostas e disciplinas no campo da Psicologia. Traz constantemente a noção do ser humano como um sistema ecológico em integração permanente com suas diversas dimensões (Alchieri, Cervo & Nuñez, 2005; Casullo, 2000; Sanchez, 2005).

5.4.3 A Entrevista:

Adotou-se como parte da estratégia metodológica de coleta de dados o emprego de um roteiro de entrevista semi-estruturada. Esse roteiro de entrevista desenvolveu-se a partir da análise do conceito de aderência terapêutica (OMS, 2004, 2003) de modo a ressaltarem-se fatores relevantes na composição desse conceito segundo a literatura pertinente. Dessa forma, a partir desses fatores definiram-se os seguintes eixos temáticos a serem explorados na entrevista através de um roteiro próprio:

- a) Qualidade da comunicação com a equipe de saúde;
- b) Dificuldades percebidas pelo paciente em modificar seus hábitos de vida;
- c) Sintomas percebidos;

d) Apoio familiar percebido.

A partir desses eixos temáticos e revisão após aplicação piloto, elaborou-se o roteiro de entrevista individual semi-estruturado que consta no Anexo I.

5.5 Procedimentos de coleta de dados:

A coleta de dados ocorreu em dois centros clínicos particulares conveniados ao Sistema Único de Saúde como prestadores do serviço de hemodiálise, localizados na região da grande Natal/RN. Foram utilizados como instrumentos (a) um protocolo de coleta de dados clínicos, (b) o inventário Millon de Estilos de Personalidade e (c) roteiro de entrevista semi-estruturada.

5.6 Procedimentos de análise dos dados:

Para a avaliação dos níveis de aderência ao tratamento hemodialítico utilizou-se uma abordagem metodológica mista, composta por avaliações diretas (uso de indicadores clínicos e laboratoriais – protocolo de coleta de dados clínicos) e por avaliações indiretas (avaliação da equipe de saúde) conforme prever Delgado e Lima (2001). Além disso, solicitou-se à equipe de saúde que (a) descreve-se as características do paciente renal crônico mais aderente e as características do paciente menos aderente e (b) avalia-se, conforme sua experiência profissional, uma lista de paciente identificando-os quem seria mais ou menos aderente ao tratamento hemodialítico.

Em um segundo momento a avaliação da equipe de saúde foi confrontada entre os profissionais participantes a fim de se obter uma lista consensual acerca de (a)

características da aderência e (b) quais pacientes evidenciavam essas características ou não. A partir desse momento cruzaram-se os resultados obtidos na avaliação da equipe de saúde com os resultados observados pelo protocolo de coleta de dados clínicos para assim definir dentro da amostra avaliada, os pacientes mais e menos aderentes.

Junto a esses dois grupos de pacientes da amostra, realizou-se a avaliação dos escores pontuados no Inventário Millon de Estilos de Personalidade e de outros aspectos relevantes através do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 15.0 para Windows.

Capítulo VI – Resultados:

6.1 Dados demográficos:

Foram avaliados 80 pacientes, 51,3% do sexo feminino e 48,8% do sexo masculino, com idade mínima de 19 anos e máxima de 78 anos, sendo a média igual à 43,4 anos e desvio padrão de 13,25 anos. Quanto ao tempo de diálise observou-se um mínimo de seis meses de tratamento e um máximo de 22,07 anos ($\pm 4,24$ anos). Cinquenta por cento dos pacientes são casados, quarenta por cento são solteiros e dez por cento são divorciados ou viúvos. Em relação à escolaridade, 17,5% não tinham escolaridade, 43,6% têm o ensino fundamental, 31,3% possuem o ensino médio e 5,1% estão cursando (n=3) ou concluíram o ensino superior (n=1). Acerca da renda, 43,8% dos pacientes entrevistados ganham até um salário mínimo proveniente de aposentadoria ou benefício saúde, sendo que 85% dos pacientes possuem rendimentos abaixo de quatro salários mínimos. Assim, 15% dos pacientes possuem renda entre quatro e dez salários mínimos.

6.2. Aspectos clínico-laboratoriais:

Quanto ao protocolo de coleta de dados observou-se o Kt/v, o CaxP e o GPI dentro dos valores padrão de referência, enquanto que o PRU encontrava-se abaixo do recomendado e os valores da pressão arterial pré e pós diálise situaram-se foram dos níveis esperados.

Tabela 33: Média, desvio padrão e valores de referência das avaliações clínico-laboratoriais

	Média e desvio padrão	Valores de referência
Kt/v	1,24±0,26	≥ 1,2
PRU	59,67±8,08	≥ 65%
CaxP	50,28±15,70	≤ 55 ml ² /dl ²
GPI	1,28±1,40	≤ 2,5 Kg
PA Pré-diálise	137,75±14,44 x 89,02±7,76	< 130 x 90 mmHg
PA Pós-diálise	132,55±16,45 x 83,82±7,59	< 130 x 90 mmHg

O Kt/v e o PRU demonstraram uma distribuição significativa em relação ao sexo, sendo que os resultados foram mais positivos para o sexo feminino.

Tabela 34: Distribuição do Kt/v e PRU por sexo

Distribuição do Kt/v e PRU por sexo			
	Feminino	Masculino	p*
Kt/v	1,33±0,26	1,14±0,24	0,002
PRU	62,55±7,31	56,63±7,82	0,001

*Teste de Levene

Também se observou uma relação significativa ($p < 0,005$) destes dois indicadores com o tempo de diálise ($p = 0,000$ para ambos), a escolaridade ($p = 0,003$ para o Kt/v e $p = 0,001$ para o PRU) e a renda ($p = 0,039$ para o Kt/v e $p = 0,043$ para o PRU). Quanto maior a escolaridade e a renda do paciente, menores foram os resultados observados, indicando menor aderência ao tratamento. O tempo de diálise, a

escolaridade, a renda e o sexo explicaram 40,6% da variância do PRU e 38,7% da variância do Kt/v.

Igualmente foi observado uma relação significativa do produto cálcio vezes fósforo (CaxP) com a renda ($p = 0,001$), contudo, cabe ressaltar que a renda explica menos de 2% da variância dos resultados. O ganho de peso interdialítico (GPI) apresentou significância em relação ao tempo de diálise ($p = 0,013$) e teve 11,6% de sua variância explicada por esse item.

6.3. Avaliação da aderência terapêutica:

6.3.1 Indicadores clínico-laboratoriais:

A tabela 3 mostra a distribuição percentual da aderência conforme cada critério avaliado. Observam-se amplas variações na percentagem de pacientes que conseguem alcançar o valor de referência para cada critério. Nesse sentido, apenas 26,2% dos pacientes obtiveram PRU acima de 65%. Por outro lado, 78,8% dos pacientes apresentaram GPI inferior a 2,5Kg. Segundo a equipe de saúde 42,5% dos pacientes cumprem com as recomendações médicas, seguem regularmente o tratamento hemodialítico e as restrições dietéticas. A média da avaliação sobre a aderência terapêutica ficou em 55,97% para a amostra investigada.

Tabela 35: Percentagem de pacientes mais e menos aderentes conforme os critérios da equipe de saúde e clínico-laboratoriais

	Equipe de Saúde	Kt/v	PRU	CaxP	GPI	PA Pré	PA Pós	Média
Mais aderentes	42,5	51,2	26,2	67,5	78,8	53,15	72,5	55,97±18,37
Menos aderentes	57,5	48,8	73,8	32,5	21,2	46,85	27,5	44,02±18,37

Os dados referentes à avaliação da aderência pela equipe de saúde e na avaliação bioquímica evidenciaram relação significativa apenas acerca do item pressão arterial pré-diálise ($p < 0,05$). Os demais itens da avaliação bioquímica não demonstraram relação significativa com a avaliação da equipe de saúde (Tabela 1).

Tabela 36: Relação entre a aderência ao tratamento segundo a equipe de saúde e a pressão arterial pré-diálise

	Mais aderentes	Menos aderentes	p*
PA Max pré	134,96±13,10	141,53±15,48	0,04
PA min. Pré	87,57±7,9	90,98±7,17	0,05

*Teste de Levene

6.3.2 Indicadores da equipe de saúde:

As características do paciente renal crônico mais e menos aderente foram obtidas junto à equipe de saúde por meio de entrevistas até a saturação dos relatos, quando as respostas dos profissionais entrevistados começaram a repetir-se ou a assemelhar-se demasiadamente, não acrescentando nenhuma nova informação aos relatos anteriores. Desse modo, podem-se categorizar os relatos em cinco grandes grupos de respostas acerca das características do paciente mais e menos aderente. Essa categorização da aderência foi re-avaliada pelos profissionais entrevistados a fim de se verificar sua adequação e possíveis reformulações. O resultado final é expresso pela tabela 5.

Tabela 37: Características descritivas da aderência do Paciente Renal Crônico segundo a equipe de saúde

Grupo de respostas	Mais Aderência	Menos Aderência
A	Aceitar o tratamento (duração, fluxo de diálise, dieta, medicamentos), a prescrição médica, sendo assíduo e participativo	Não aceitar o tratamento, a prescrição médica, o tempo de diálise, faltando freqüentemente, sendo resistente e rebelde
B	Procurar informações acerca da patologia e do tratamento	Possui pouco conhecimento sobre a patologia e o tratamento
C	Comunicação positiva com o profissional de saúde. Confia na equipe de saúde.	Pouca confiança na equipe de saúde.
D	Menos intercorrências, complicações, ganho de peso e anemia, além da pressão arterial e do produto cálcio-fósforo controlado.	Mais queixas, sintomas e complicações, além de maior índice de desnutrição.
E	Extrovertido conversa com a equipe e com os demais pacientes.	Isolado. Sem apoio familiar.

6.4. Dados das entrevistas:

Todos os pacientes participantes deste trabalho foram entrevistados segundo um roteiro semi-estruturado. Este roteiro de entrevista estava organizado nos tópicos: (a) trabalho (situação laboral antes e após o início do tratamento hemodialítico), (b) família (reação inicial e atual da família), (c) comunicação médico-paciente e avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados, (d) dificuldades com o tratamento (dificuldades acerca do medicamento, da dieta e ingestão de líquidos e da diálise, além da ordenação das principais dificuldades e alternativas de manejo das mesmas) e (e) auto-avaliação da aderência. A seguir encontra-se explicitado os resultados obtidos por meio da entrevista com os pacientes.

6.4.1. O Trabalho:

Nenhum dos pacientes abordados encontrava-se aposentado ou sob regime de benefício saúde anterior ao quadro de insuficiência renal crônica. Contudo, após o início do tratamento hemodialítico observa-se que 40 pacientes (50%) estão aposentados ou em benefício saúde. Vinte e quatro por cento dos pacientes continuam trabalhando em empresas privadas ou instituições públicas, dado inferior aos 61% dos pacientes que trabalhavam desse modo antes do tratamento hemodialítico. No mesmo sentido, observa-se uma redução na frequência de pacientes que trabalhavam como autônomos antes da diálise (23%) para o número de pacientes que continuam executando uma atividade autônoma (8%). A quantidade de desempregados antes e depois do tratamento para a IRC praticamente dobra ao pular de 6% para 13% atualmente, enquanto que o número de donas de casa se mantém estável em 1%. Anteriormente à hemodiálise 9% dos pacientes se caracterizavam como estudantes, valor que reduz para 5% após o desenvolvimento dessa patologia (tabela 6).

Tabela 38: Associação entre a situação profissional anterior à IRC e a situação profissional atual*.
 Freqüência (F) e percentagem (%)

		Situação profissional atual													
		Autônomo		Aposentado/Benefício Saúde		Trabalho em instituições privadas ou públicas		Dona de casa		Desempregado		Estudante		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Profissão anterior à IRC	Autônomo	3	4	11	14	1	1	0	0	2	3	1	1	18	23
	Aposentado/Benefício Saúde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Trabalho em instituições privadas ou públicas	3	4	23	29	17	21	1	1	5	6	0	0	49	61
	Dona de casa	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
	Desempregado	0	0	3	4	0	0	0	0	2	3	0	0	5	6
	Estudante	0	0	3	4	0	0	0	0	1	1	3	4	7	9
	Total	6	8	40	50	19	24	1	1	10	13	4	5	80	100

*p = 0,003. Teste Qui-Quadrado

6.4.2. A Família:

Todos os pacientes entrevistados foram solicitados a descreverem a reação inicial de sua família ao diagnóstico de IRC e início do tratamento hemodialítico, além da reação e forma de acompanhamento atual de sua família ao seu tratamento. Apenas uma paciente recusou-se a responder esses itens da entrevista. Conforme se observa na tabela 7, quarenta e um por cento dos pacientes restantes descrevem a reação inicial de sua família como sofrimento, contudo apenas 4% referiram a continuação de uma reação de inconformismo ao tratamento e à IRC. Atualmente, 82% dos entrevistados descrevem a reação da família como uma postura de acompanhamento ativo, participando constantemente do tratamento e incentivando a adesão ao mesmo.

Tabela 39: Associação entre a reação inicial da família e a reação atual frente ao tratamento hemodialítico*

		Reação atual da família							
		Acompanham ativamente		Mantêm-se distantes		Inconformados		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Reação inicial da família	Apoiou normalmente	20	25	3	4	0	0	23	29
	Sofreram	32	41	2	3	3	4	37	47
	Mantiveram-se distantes	5	6	5	6	0	0	10	13
	Conformaram- se no início	8	10	1	1	0	0	9	11
	Total	65	82	11	14	3	4	79	100

*p = 0,013. Teste Qui-Quadrado

6.4.3. A comunicação médico-paciente e a percepção da qualidade dos serviços de saúde prestados:

Verificou-se que 68,4% dos pacientes entrevistados avaliam como boa a comunicação com o seu médico e a qualidade dos serviços de saúde prestados para si. Em oposição, apenas 5,1% descreveram como ruim esses aspectos. Uma paciente não respondeu a estes itens. Três entrevistados declararam não utilizar serviços de saúde como posto de saúde, hospitais ou os recursos disponibilizados pelas clínicas de hemodiálise.

Tabela 40: Associação entre a avaliação do paciente acerca da comunicação médico-paciente e a qualidade dos serviços de saúde prestados*.

		Comunicação com o médico							
		Boa		Razoável		Ruim		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Serviços de Saúde	Bom	54	68,4	6	7,6	2	2,5	62	78
	Não utiliza	2	2,5	0	0,0	1	1,3	3	4
	Ruim	8	10,1	2	2,5	4	5,1	14	18
	Total	64	81,0	8	10,1	7	8,9	79	100

p = 0,015. Teste Qui-Quadrado

6.4.4. As dificuldades no tratamento hemodialítico:

Constatou-se que 91% dos pacientes referem não haver dificuldades em obter o medicamento, pois esta é normalmente distribuída pelo centro de diálise a partir de recursos dos SUS. Contudo, cinco pacientes afirmam haver dificuldades em obter seu medicamento, pois seu quadro clínico co-mórbido exige uma quantidade maior de medicamentos, além dos usualmente fornecidos pelo SUS. Oitenta por cento dos pacientes declaram não haver dificuldades nem em obter o medicamento, nem em sua tomada. Dois pacientes destacaram haver muita dificuldade na tomada do medicamento, normalmente não ocorrendo problemas na sua aquisição.

Tabela 41: Associação entre as dificuldades em obter o medicamento e as dificuldades em tomar o medicamento*

		Dificuldades em tomar o medicamento									
		Sem dificuldades		Dificuldade parcial		Com dificuldades		Muita dificuldade		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Dificuldades em obter o medicamento	Sem dificuldades	64	80	3	4	5	6	1	1	73	91
	Dificuldade parcial	1	1	0	0	0	0	1	1	2	3
	Com dificuldades	3	4	0	0	2	3	0	0	5	6
	Total	68	85	3	4	7	9	2	3	80	100

*p=0,000. Teste Qui-Quadrado

Quarenta e três por cento dos pacientes referem não haver dificuldades nem em restringir a ingestão de líquidos, nem no seguimento da dieta prescrita. Entretanto, 19% deles afirmam ocorrer dificuldades nesses dois itens. Valor próximo aos 18% que colocam não ter dificuldade na restrição de líquidos, mas que apresentam dificuldades no seguimento da dieta. Inversamente, os pacientes que não sentem dificuldades com a dieta, mas sim com a restrição hídrica representam apenas 8% (Tabela 10).

Tabela 42: Associação entre as dificuldades em seguir a dieta e em restringir os líquidos*

		Dificuldades em restringir os líquidos						Total	
		Sem dificuldades		Dificuldade parcial		Com dificuldades			
		F	%	F	%	F	%	F	%
Dificuldades em seguir a dieta	Sem dificuldades	34	43	1	1	6	8	41	51
	Dificuldade parcial	5	6	1	1	4	5	10	13
	Com dificuldades	14	18	0	0	15	19	29	36
	Total	53	66	2	3	25	31	80	100

*p=0,01. Teste Qui-Quadrado

Aproximadamente metades dos entrevistados (52%) afirmam não ter dificuldades em realizar a diálise e avaliam o tempo de realização de cada sessão também sem dificuldades. De uma forma mais ampla, 70% dos pacientes descrevem não haver dificuldades em realizar a diálise e 62% avaliam o tempo de diálise como sem dificuldades. Em oposição a esses dados, 25% dos entrevistados ressaltam as dificuldades com as sessões de tratamento. A avaliação do tempo de diálise é descrita por 62% dos pacientes como um momento sem dificuldades e por 5% como um momento para distrair-se, contudo os demais entrevistados (33%) caracterizam o tempo de diálise de uma forma negativa, como um momento demorado (13%), ruim (11%), difícil (4%) ou marcado por problemas interpessoais (1%).

Tabela 43: Associação entre as dificuldades em realizar a diálise e a avaliação do tempo de diálise*.

		Avaliação do tempo de diálise												Total	
		Sem dificuldades		Demorado		Ruim		Com problemas interpessoais		Momento para distrair-se		Momento difícil			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Dificuldades em realizar a diálise	Sem dificuldades	41	52	7	9	2	3	1	1	4	5	0	0	55	70
	Dificuldade parcial	3	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5
	Com dificuldades	5	6	5	6	7	9	0	0	0	0	3	4	20	25
	Total	49	62	13	16	9	11	1	1	4	5	3	4	79	100

*p=0,00. Teste Qui-Quadrado

Segundo a tabela 12, a diálise, a dieta e a restrição de líquidos correspondem às principais dificuldades referidas pelos pacientes no tratamento, representando conjuntamente 63,8% das dificuldades. Em seguida, observa-se as dificuldades associadas a incômodos físicos tais como câimbras, sensação de mal-estar, a punção da fistula, permanecer quatro horas sentado, correspondendo à 11,3% das dificuldades. Os problemas resultantes do traslado para o tratamento, desentendimentos interpessoais durante a diálise, as restrições impostas pelo tratamento e o seu custo representam as demais dificuldades relatadas pelos entrevistados, mas em uma frequência menor. 13,8% dos pacientes afirmam não ocorrer dificuldades com o tratamento ou em nenhum dos aspectos referidos pelos demais pacientes.

Tabela 44: Principais dificuldades

	F	%
Diálise	27	33,8
Dieta e a restrição de líquidos	24	30,0
Sem dificuldades	11	13,8
Incômodos físicos	9	11,3
Translado para o tratamento	5	6,3
Problemas interpessoais	2	2,5
Acostumar-se as restrições	1	1,3
Custo do tratamento	1	1,3
Total	80	100,0

Novamente 13,8% dos pacientes reafirmam não ocorrer dificuldades com o tratamento. Enquanto que 33,8% afirmam procurar enfrentar diretamente o tratamento como forma de manejo de suas dificuldades. 20% procuram se distrair como forma de lidar com as dificuldades associadas à diálise e 10% buscam alternativas da dieta prescrita (chupar gelo, escovar os dentes varias vezes ao dia, variar a forma de preparo dos alimentos segundo recomendações da nutricionista, etc) como uma maneira de manejar as restrições dietéticas e hídricas. Observa-se também em uma frequência menor o uso da religiosidade, a procura em não exceder limites, a estimulação da fístula e a busca de apoio familiar como outras opções para lidar com as dificuldades do tratamento. Ao mesmo tempo registra-se a ocorrência de alternativas como procurar não seguir a dieta, chorar e enfrentar parcialmente o tratamento como opções relatadas por alguns pacientes.

Tabela 45: Manejo das dificuldades

	F	%
Procura enfrentar o tratamento	27	33,8
Procura distrair-se	16	20,0
Sem dificuldades	11	13,8
Alternativas da dieta	8	10,0
Uso da religiosidade	5	6,3
Procura não exceder limites	3	3,8
Estimular a fistula	3	3,8
Apoio da família	3	3,8
Não segue a dieta	2	2,5
Chora	1	1,3
Procura enfrentar parcialmente o tratamento	1	1,3
Total	80	100,0

6.4.5. A auto-avaliação do paciente

Primeiramente, observa-se que 65% dos pacientes avaliam positivamente sua aderência ao tratamento, contrapondo-se aos 35% que apontam para uma aderência menos efetiva.

Tabela 46: Auto-avaliação do paciente acerca de sua aderência ao tratamento

	Freqüência	Porcentagem
Menos aderente	28	35,0
Mais aderente	52	65,0
Total	80	100,0

Em segundo lugar, destaca-se a baixa significância indicada pelo teste Qui-Quadrado ($p < 0,05$) entre a auto-avaliação do paciente sobre sua aderência e a avaliação realizada com base nos critérios clínico-laboratoriais e da equipe de saúde. Apenas a avaliação da equipe de saúde acerca da aderência do paciente aproxima-se de um $p < 0,05$ e a avaliação com base no critério da pressão arterial pós-diálise apresenta uma associação significativa ($p = 0,029$).

Tabela 47: Associação entre a auto-avaliação do paciente e os demais critérios acerca da aderência ao tratamento

Critérios de aderência	p*
Equipe de Saúde	0,052
Kt/v	0,981
PRU	0,156
CaxP	0,960
GPI	0,977
PA Pré	0,368
PA Pós	0,029

*Teste Qui-Quadrado

Ao considerar-se a associação entre a auto-avaliação do paciente e a avaliação da equipe de saúde acerca da aderência ao tratamento observa-se que 43% dos pacientes se avaliam e são avaliados pela equipe de saúde como mais aderentes ao tratamento. Enquanto que 20% satisfazem simultaneamente os critérios de auto-avaliação e de avaliação pela equipe para menos aderência.

Tabela 48: Associação entre a auto-avaliação do paciente acerca de sua aderência e a aderência segundo a equipe de saúde*.

		Aderência segundo a Equipe de Saúde					
		Menos aderente		Mais aderente		Total	
		F	%	F	%	F	%
Auto-avaliação da aderência	Menos aderente	16	20	12	15	28	35
	Mais aderente	18	23	34	43	52	65
	Total	34	43	46	58	80	100

*p=0,052. Teste Qui-Quadrado.

De maneira semelhante, ao investigar-se a associação entre a auto-avaliação do paciente e a aderência definida pelo critério da pressão arterial pós-diálise (PA < 130x90 mmHg) encontra-se que 46% e 19% dos pacientes respectivamente satisfazem os dois critérios para mais aderência e menos aderência.

Tabela 49: Associação entre a auto-avaliação do paciente acerca de sua aderência e a aderência segundo a pressão arterial pós-diálise*.

		Aderência PA Pós-Diálise					
		Menos aderência		Mais aderência		Total	
		F	%	F	%	F	%
Auto-avaliação	Menos aderente	15	19	13	16	28	35
	Mais aderente	15	19	37	46	52	65
	Total	30	38	50	63	80	100

*p=0,029. Teste Qui-Quadrado

6.4.6. A associação entre a aderência ao tratamento e a entrevista

Neste trabalho compreender-se a aderência ao tratamento como um fenômeno multidimensional e, em virtude disso, acredita-se na necessidade de uma avaliação desenvolvida através de vários critérios. Desse modo, emprega-se para definir o maior ou menor grau de aderência do paciente ao tratamento a avaliação da equipe de saúde acerca do comportamento desses pacientes, os resultados de suas medições clínico-laboratoriais e sua auto-avaliação sobre sua aderência ao tratamento.

Empregando-se o Kt/v para avaliar a aderência ao tratamento, o paciente será considerado mais aderente quando obtiver um valor igual ou acima de 1,2 e menos aderente quando esse indicador for inferior a esse valor. Nesse contexto, observa-se que 43% dos pacientes com Kt/v inferior a 1,2 avaliam positivamente a qualidade dos serviços de saúde recebidos por ele no centro de diálise, posto de saúde e hospitais. Um pouco abaixo disso, 36% dos pacientes com Kt/v igual ou superior a 1,2 também avaliam de maneira positiva a qualidade dos serviços de saúde recebidos. Mas 14% desse mesmo grupo de pacientes mais aderentes destacam a qualidade dos serviços avaliados como ruim, enquanto que apenas 4% dos pacientes menos aderentes concordam com essa avaliação.

Tabela 50: Associação entre a aderência ao tratamento segundo o critério do Kt/v e a avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados*.

		Avaliação da qualidade dos serviços de saúde recebidos							
		Bom		Não utiliza		Ruim		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Aderência segundo o Kt/v	Menos aderência	34	43	0	0	3	4	37	46
	Mais aderência	29	36	3	4	11	14	43	54
	Total	63	79	3	4	14	18	80	100

*p=0,023. Teste Qui-Quadrado.

Acerca das dificuldades no seguimento da dieta entre os pacientes mais e menos aderentes conforme os critérios da equipe de saúde, da auto-avaliação e do kt/v pode-se perceber que os pacientes ditos mais aderentes pela equipe de saúde são também os que mais afirmam não haver dificuldades em seguir a dieta – 34% dos pacientes mais aderentes em oposição à apenas 18% dos menos aderentes. Inversamente, entre os pacientes que relatam mais dificuldades 23% estão entre os menos aderentes e 14% estão ente os mais aderentes.

Tabela 51: Associação entre a aderência ao tratamento segundo a equipe de saúde e as dificuldades em seguir a dieta*.

		Dificuldades em seguir a dieta						Total	
		Sem dificuldades		Dificuldade parcial		Com dificuldades		F	%
		F	%	F	%	F	%	F	%
Aderência segundo a Equipe de Saúde	Menos aderência	14	18	2	3	18	23	34	43
	Mais aderência	27	34	8	10	11	14	46	58
	Total	41	51	10	13	29	36	80	100

p=0,034. Teste Qui-Quadrado.

Ao considerar-se a aderência ao tratamento segundo a própria avaliação do paciente observa-se um dado semelhante ao encontrado na tabela anterior. Os 41% dos

pacientes mais aderentes relatam não haver dificuldades no seguimento da dieta, enquanto que os pacientes menos aderentes apenas 10% concordam com essa afirmação. Por outro lado, entre os pacientes que referem haver dificuldades, 18% e 19% estão respectivamente entre os mais aderentes e os menos aderentes.

Tabela 52: Associação entre a auto-avaliação da aderência ao tratamento e as dificuldades em seguir a dieta*.

		Dificuldades em seguir a dieta						Total	
		Sem dificuldades		Dificuldade parcial		Com dificuldades		F	%
		F	%	F	%	F	%	F	%
Auto-avaliação da aderência	Menos aderente	8	10	5	6	15	19	28	35
	Mais aderente	33	41	5	6	14	18	52	65
Total		41	51	10	13	29	36	80	100

*p=0,012. Teste Qui-Quadrado.

Contudo, ao tomar-se como referencia o *clearance* da uréia (Kt/v) como indicador da aderência ao tratamento, obtêm-se um dado diferente do registrado anteriormente acerca das dificuldades no seguimento da dieta prescrita. Primeiramente, 26% dos pacientes mais aderentes relatam não haver dificuldades com a dieta e, de forma muito próxima, 25% entre os menos aderentes concordam com esse item. Em segundo lugar, 10% dos pacientes menos aderentes referem haver dificuldade parcial no seguimento da dieta, enquanto que apenas 3% dos mais aderentes afirmam isso. Observando-se, por último, que 25% dos mais aderentes afirmam haver dificuldades com a dieta, dado superior aos 11% dos pacientes menos aderentes que expressão essa dificuldade.

Tabela 53: Associação entre a aderência ao tratamento segundo o critério do Kt/v e as dificuldades em seguir a dieta*.

		Dificuldades em seguir a dieta							
		Sem dificuldades		Dificuldade parcial		Com dificuldades		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Aderência Kt/v	Menos aderência	20	25	8	10	9	11	37	46
	Mais aderência	21	26	2	3	20	25	43	54
	Total	41	51	10	13	29	36	80	100

*p=0,018. Teste Qui-Quadrado.

Foi solicitado durante a entrevista que o paciente descrevesse como normalmente são os dias entre as sessões de diálise. Após a tabulação das respostas, observaram-se cinco eixos temáticos principais norteando a caracterização do cotidiano do paciente entre os dias em que ocorrem as sessões de diálise. Estes eixos caracterizam os dias sem diálise como “um dia ruim”, “um dia para realizar atividades”, “um dia normal”, “um dia para ficar em casa” e “um dia para descansar”. Primeiramente, os pacientes mais aderentes estão entre os que mais caracterizam o dia sem diálise como um dia ruim, para realizar atividades, para ficar em casa e para descansar. De forma mais evidente, ressalta-se a percentagem maior dos pacientes mais aderentes que descrevem esse dia como um momento para realizar atividades (41%), em oposição aos 19% dos indivíduos menos aderentes que caracterizam esse dia desse modo. Em outro sentido, 10% dos pacientes menos aderentes afirmam esse ser um dia normal, percentagem maior que os 4% dos pacientes mais aderentes que falam dessa forma.

Tabela 54: Associação entre a auto-avaliação da aderência ao tratamento e a caracterização do dia sem diálise*.

		Dia sem diálise										Total	
		Ruim		Realiza atividades		Normal		Fica em casa		Descansar			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Auto-avaliação da aderência	Menos aderente	1	1	15	19	8	10	0	0	4	5	28	35
	Mais aderente	5	6	33	41	3	4	3	4	8	10	52	65
Total		6	8	48	60	11	14	3	4	12	15	80	100

*p=0,046. Teste Qui-Quadrado.

Entre os dias sem diálise há as sessões de tratamento hemodialítico, um momento em que o paciente deve permanecer por quatro horas sentadas em uma poltrona enquanto o processo de filtração do sangue é realizado. 46% dos indivíduos mais aderentes – conforme avaliação da equipe de saúde – lida com esse momento sem dificuldades, enquanto que somente 23% dos pacientes menos aderentes caracterizam a diálise desse modo. Há um numero maior de pacientes menos aderentes que lidam com a diálise com dificuldades (16%), na medida em que apenas 9% dos pacientes mais aderentes afirmam dificuldades com esse aspecto do tratamento.

Tabela 55: Associação entre a aderência ao tratamento segundo a equipe de saúde e as dificuldades em realizar a diálise*.

		Dificuldades em realizar a diálise							
		Sem dificuldades		Dificuldade parcial		Com dificuldades		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Aderência Equipe	Menos aderente	18	23	3	4	13	16	34	43
	Mais aderente	37	46	2	3	7	9	46	58
Total		55	69	5	6	20	25	80	100

*p=0,033. Teste Qui-Quadrado.

Foi pedido ao paciente para descrever às quatro horas de duração da sessão de hemodiálise. Após análise das respostas definiu-se seis eixos temáticos principais norteadores do discurso do paciente. Primeiramente, a afirmação de que não há dificuldades em realizar a diálise, seguido pela descrição como “um momento

demorado”, “um momento ruim”, “um momento com problemas interpessoais”, “um momento para distrair-se” e “um momento difícil”. Observa-se que 62% dos pacientes – independente do nível de aderência – caracterizam esse momento como não havendo dificuldades, dado um pouco inferior ao registrado na tabela anterior, onde 69% afirmam não haver dificuldades. 44% dos pacientes mais aderentes referem não haver problemas com a diálise, enquanto que menos da metade disso (18% dos pacientes menos aderentes) concordam com essa colocação. Ao se considerar as descrições “um momento demorado”, “um momento ruim”, “um momento com problemas interpessoais” e “um momento difícil” irá se perceber que 22% dos pacientes menos aderentes concordam com essas descrições, enquanto que apenas 12% dos mais aderentes estão de acordo com esses itens.

Tabela 56: Associação entre a aderência ao tratamento segundo a equipe de saúde e a avaliação do tempo de diálise pelo paciente*.

		Avaliação do tempo de diálise													
		Sem dificuldades		Demorado		Ruim		Problemas interpessoais		Momento para distrair-se		Momento difícil		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Aderência Equipe	Menos aderente	14	18	6	8	7	9	1	1	2	3	3	4	34	43
	Mais aderente	35	44	7	9	2	3	0	0	2	3	0	0	46	58
	Total	49	62	13	16	9	11	1	1	4	5	3	4	79	100

*p=0,017. Teste Qui-Quadrado.

A partir da associação do Produto Cálcio vezes Fósforo (Caxp), como um indicador clínico-laboratorial da aderência ao tratamento, com o relato dos pacientes acerca das principais dificuldades no tratamento hemodialítico por meio do teste Qui-Quadrado ($p < 0,05$) pode-se observar o seguinte: 30% e 22%, respectivamente, dos pacientes mais aderentes têm dificuldades com a diálise e a dieta e a restrição de líquidos. Inversamente, apenas 7% e 11%, respectivamente, dos sujeitos menos

aderentes referem estas mesmas dificuldades. Apenas 7% dos pacientes referem não haver dificuldades com o tratamento, sendo 5% mais aderente e 1% menos aderente. 12% dos pacientes afirmam que os incômodos físicos são as principais dificuldades no tratamento (7% entre os mais aderentes e 5% entre os menos aderentes). As dificuldades “problemas interpessoais” (3%), “acostumar-se às restrições” (1%) e “custo do tratamento” (1%) são observadas apenas entre os pacientes mais aderentes. Enquanto que a dificuldade de “translado para o tratamento” (7%) é referida somente entre os pacientes menos aderentes.

Tabela 57: Associação entre a aderência ao tratamento segundo o critério do CaxP e as principais dificuldades relatadas pelo paciente no tratamento*.

		Principais dificuldades																	
		Diálise		Dieta e a restrição de líquidos		Sem dificuldades		Incômodos físicos		Problemas interpessoais		Translado para o tratamento		Acostumar-se as restrições		Custo do tratamento		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Aderência a CaxP	Menos aderência	5	7	8	11	1	1	4	5	0	0	5	7	0	0	0	0	26	35
	Mais aderência	22	30	16	22	4	5	5	7	2	3	0	0	1	1	1	1	54	73
	Total	27	36	24	32	5	7	9	12	2	3	5	7	1	1	1	1	74	100

*p=0,036. Teste Qui-Quadrado.

6.5. Aspectos comportamentais avaliados:

O Inventário Millon de Estilos de Personalidade é composto por três dimensões e vinte e quatro fatores distribuídos entre essas dimensões. Desses fatores, seis demonstraram relação significativa na distribuição dos pacientes por sexo, o que permite traçar um perfil inicial para os pacientes do sexo feminino e masculino diante dos escores observados na tabela abaixo:

Tabela 58: Distribuição do MIPS por sexo

Dimensões	Fatores	Feminino	Masculino	p*
Metas Motivacionais	Individualismo	27,04±9,08	28,61±6,48	0,014
	Introversão	17,90±7,54	18,12±5,38	0,016
Modos Cognitivos	Afetividade	35,04±5,75	33,69±7,22	0,044
	Sistematização	43,19±5,70	40,35±8,46	0,019
Relações Interpessoais	Retraimento	23,53±9,17	25,41±6,64	0,042
	Conformismo	50,19±5,40	49,38±8,15	0,029

*p<0,05. Teste de Levene

Considerando a distribuição dos resultados do MIPS conforme o critério de avaliação da equipe de saúde para os pacientes mais aderentes e menos aderentes pode-se compor a tabela 27. Distribuindo-se os pacientes entre feminino, masculino e ambos os sexos pode-se perceber que a dimensão relações interpessoais está sempre presente e dentro dessa dimensão, o fator insatisfação. Este fator apresenta sempre um escore mais elevado entre os pacientes menos aderentes do que nos mais aderentes, independente do sexo. Para a comparação entre os pacientes menos aderentes e mais aderente do sexo feminino pode-se discriminar que os menos aderentes apresentam um escore menor na meta motivacional proteção, que se refere ao grau em que o indivíduo toma em consideração as demais pessoas em sua tomada de decisões, e um escore maior no modo cognitivo sensação, tomada de dados concretos e tangíveis como fonte de informação. Ainda nessa comparação, observa-se maior discrepância – característica interpessoal marcada pela independência – e insatisfação – aspecto interpessoal associado a atitudes passivo-agressivas e labilidade afetiva – entre os pacientes menos aderentes, assim como menor concordância – ou seja, característica de receptividade e desenvolvimento de bons vínculos interpessoais. Entre os pacientes do sexo masculino ocorre de modo semelhante acerca do fator insatisfação, apresentando um escore mais elevado no grupo de pacientes menos aderentes. No mesmo sentido, dentro da dimensão relações

interpessoais, outros três fatores – retraimento, submetimento e controle – apresentam escores mais elevados para esse grupo do que para os pacientes mais aderentes. Entretanto, a diferença entre os escores em retraimento apontam para uma conduta baseado em indiferença e apatia social no grupo menos aderente, enquanto que os pacientes mais aderentes são caracterizados por uma postura mais participativa e vivaz nas interações sociais.

Considerando ambos os sexos, observa-se um perfil semelhante ao que já foi descrito. Primeiramente, um predomínio da dimensão relações interpessoais, especialmente do fator insatisfação. Em segundo lugar, escores mais elevados nos pacientes menos aderentes acerca dos fatores sensação, retraimento, discrepância, submetimento, controle e insatisfação do que o registrado nos pacientes mais aderentes. Apenas o fator concordância apresentou um escore menor para o grupo menos aderente do que o observado entre os mais aderentes.

Tabela 59: Avaliação da aderência ao tratamento segundo os critérios da equipe de saúde para o MIPS

Sexo	Dimensões	Fatores	F	p*	Menos Aderente	Mais Aderente
Feminino	Metas Motivacionais	Proteção	5,723	0,022	32,05±1,19	35,79±1,00
		Modos Cognitivos	Sensação	5,962	0,019	22,58±1,08
	Relações Interpessoais	Discrepância	12,814	0,001	37,64±1,87	28,87±1,57
		Insatisfação	6,889	0,012	35,29±1,79	29,12±1,51
		Concordância	8,446	0,006	30,23±1,80	37,08±1,51
		Retraimento	6,826	0,013	28,35±1,50	23,13±1,31
Masculino	Relações Interpessoais	Submetimento	6,241	0,017	27,05±1,74	21,27±1,52
		Controle	6,241	0,017	27,05±1,74	21,27±1,52
		Insatisfação	4,871	0,034	34,29±2,42	27,18±2,12
		Modos Cognitivos	Sensação	7,515	0,008	22,08±0,72
Ambos os sexos	Relações Interpessoais	Retraimento	5,297	0,024	26,79±1,34	22,71±1,15
		Discrepância	11,942	0,001	36,70±1,51	29,80±1,30
		Submetimento	8,755	0,004	26,26±1,21	21,52±1,04
		Controle	8,755	0,004	26,26±1,21	21,52±1,05
		Insatisfação	11,290	0,001	34,79±1,48	28,19±1,28
		Concordância	9,629	0,003	30,85±1,19	35,76±1,03

*p < 0,05. Teste de Levene

A tabela 28 apresenta os dados acerca da avaliação da aderência ao tratamento segundo os critérios clínico-laboratoriais e dos aspectos comportamentais do Inventário Millon de Estilos de Personalidade para ambos os sexos. A partir do Kt/v observa-se que o modo cognitivo extroversão e o fator comunicabilidade – dentro da dimensão relações interpessoais – apresentam resultados bastante próximos entre os grupos de pacientes menos e mais aderentes. Com escores levemente inferiores entre os pacientes menos aderentes. Contudo, os fatores afetividade, vacilação e conformismo apresentam valores claramente inferiores entre os sujeitos menos aderentes do que o observado entre os mais aderentes.

Ainda na tabela 28, ao se identificar o PRU, observam-se os fatores extroversão e comunicabilidade, pertencentes as dimensões modos cognitivos e relações interpessoais respectivamente, apresentarem um comportamento semelhante ao registrado junto ao Kt/v: escores inferiores para os pacientes menos aderentes. Além desse itens, um fator firmeza – caracterizado pela auto-afirmação nas relações interpessoais – se apresenta com escores bastante próximos entre os grupos de aderência, mas levemente superior entre os pacientes menos aderentes.

O produto cálcio vezes fósforo (CaxP), a pressão arterial pré-diálise (PA Pré) e pós-diálise (PA Pós) trazem uma relação significativa ($p > 0,05$) com um fator cada. Extroversão junto ao CaxP e firmeza a partir da pressão arterial pré-diálise reaparecem como já havia acontecido com o Kt/v e o PRU. Contudo, o fator firmeza observado agora traz um resultado inverso com um escore claramente inferior para o grupo de pacientes menos aderentes. Já o fator extroversão apresenta o mesmo comportamento anterior. O critério clínico pressão arterial pós-diálise traz um fator novo, o modo

cognitivo intuição que apresentam um escore superior para os menos aderentes do que o resultado dos sujeitos mais aderentes.

Tabela 60: Avaliação da aderência ao tratamento segundo os critérios clínico-laboratoriais para o MIPS

Critérios clínico-laboratoriais	Dimensões	Fatores	F	p*	Menos aderência	Mais aderência
kt/v	Modos cognitivos	Extroversão	12,046	0,001	27,32±7,68	27,81±5,40
		Afetividade	4,506	0,037	33,32±7,34	35,30±5,62
	Relações Interpessoais	Comunicabilidade	4,171	0,045	40,08±10,62	40,16±8,29
		Vacilação	7,86	0,006	21,84±10,49	25,40±7,73
		Conformismo	13,188	0,001	48,68±8,75	50,77±4,54
PRU	Modos cognitivos	Extroversão	8,319	0,005	27,05±7,08	29,00±4,58
	Relações Interpessoais	Comunicabilidade	8,427	0,005	39,88±10,35	40,77±6,30
		Firmeza	5,682	0,020	34,84±8,73	34,77±5,09
CaxP	Modos cognitivos	Extroversão	10,802	0,002	27,15±8,14	27,80±5,65
PA Pré	Relações Interpessoais	Firmeza	4,691	0,033	33,86±8,74	36,11±6,38
PA Pós	Modos cognitivos	Intuição	4,622	0,035	26,47±7,14	26,18±8,79

*p<0,05. Teste de Levene

A avaliação da aderência ao tratamento segundo os critérios clínico-laboratoriais para os pacientes do sexo masculino é demonstrada na tabela 29 e na tabela 30 para os pacientes do sexo feminino. Primeiramente, percebe-se o fator extroversão ser evocado pelo Kt/v e PRU ($p<0,05$) em ambos os sexos e pelo produto cálcio vezes fósforo (CaxP) no sexo masculino apresentando em todas as circunstâncias o mesmo comportamento. Um escore menor entre os pacientes menos aderentes do que os valores registrados entre os sujeitos mais aderentes. Ao mesmo tempo, o fator introversão observado no sexo feminino (tabela 30) e significativo em relação ao critério da pressão arterial pré diálise ($p<0,05$), demonstrou um resultado inverso, ou seja, a pontuação média foi maior entre os sujeitos menos aderentes do que entre os mais aderentes. Nesse contexto, vale ressaltar a relação de polaridade entre os fatores extroversão e introversão dentro dos modos cognitivos.

Dentro da dimensão das metas motivacionais observa-se que apenas o fator acomodação não aparece entre nenhum dos dois sexos, os fatores abertura e proteção ocorrem nas duas tabelas (Tabela 29 e 30), o fator modificação ocorre apenas entre os pacientes do sexo masculino e os fatores preservação e individualismo ocorre entre o sexo feminino. Entre os pacientes menos aderentes de ambos os sexos os fatores abertura e proteção evidenciaram um escore mais baixo do que entre os sujeitos mais aderentes. No mesmo sentido, entre os pacientes menos aderentes do sexo feminino, observam-se escores maiores nos fatores preservação e individualismo, respectivamente complementares aos fatores abertura e proteção (tabela 30). Os pacientes menos aderentes do sexo masculino apresentaram ainda uma pontuação menor no fator modificação (tabela 29).

Tabela 61: Avaliação da aderência ao tratamento segundo os critérios clínico-laboratoriais para o MIPS (pacientes do sexo masculino)

Critérios clínico-laboratoriais	Dimensões	Fatores	F	p*	Menos aderência	Mais aderência	
Kt/v	Modos cognitivos	Extroversão	9,020	0,005	27,64±6,69	27,29±4,06	
		Conformismo	12,985	0,001	48,36±10,24	50,71±4,13	
	Relações interpessoais	Insatisfação	5,898	0,020	27,23±11,67	34,24±7,24	
PRU	Modos cognitivos	Extroversão	5,947	0,020	27,18±6,02	29,17±2,32	
CaxP	Metas motivacionais	Modificação	7,157	0,011	29,62±9,87	34,62±5,93	
		Proteção	7,102	0,011	30,15±10,23	35,08±6,22	
	Modos cognitivos	Extroversão	8,048	0,007	24,46±6,72	29,00±4,41	
		Relações interpessoais	Comunicabilidade	13,615	0,001	35,77±11,46	42,00±6,37
			Firmeza	5,048	0,031	32,15±9,00	36,15±6,28
GPI	Metas motivacionais	Preservação	7,328	0,010	24,00±4,78	23,29±9,77	
	Modos cognitivos	Introversão	4,141	0,049	18,13±3,31	18,13±5,85	
		Vacilação	9,205	0,004	27,25±4,06	23,03±9,05	
	Relações interpessoais	Submetimento	6,867	0,013	24,75±4,20	23,55±8,35	
		Controle	6,867	0,013	24,75±4,20	23,55±8,35	
PA Pré	Metas motivacionais	Abertura	4,136	0,049	23,79±5,15	24,07±7,28	
PA Pós	Modos cognitivos	Intuição	4,220	0,047	25,41±7,90	26,09±10,04	
		Reflexão	5,839	0,021	31,94±3,77	27,91±7,28	

*p<0,05. Teste de Levene

Tabela 62: Avaliação da aderência ao tratamento segundo os critérios clínico-laboratoriais para o MIPS (pacientes do sexo feminino)

Critérios clínico-laboratoriais	Dimensões	Fatores	F	p*	Menos aderência	Mais aderência
kt/v	Modos cognitivos	Extroversão	6,922	0,012	26,87±9,17	28,15±6,18
		Sensação	4,416	0,042	20,40±6,66	20,65±3,33
		Sistematização	4,151	0,048	41,20±7,50	44,35±4,09
PRU	Relações interpessoais	Vacilação	8,595	0,006	21,87±12,83	24,62±8,14
		Metas motivacionais	Abertura	5,574	0,023	23,20±8,60
	Modos cognitivos	Preservação	6,168	0,017	22,40±12,06	21,19±7,77
		Extroversão	6,307	0,016	26,88±8,40	28,94±5,25
	Relações interpessoais	Comunicabilidade	13,831	0,001	39,88±12,07	41,00±5,83
		Vacilação	6,348	0,016	23,96±11,84	23,06±6,64
CaxP	Metas motivacionais	Firmeza	5,145	0,029	34,68±9,85	35,06±5,56
		Individualismo	5,202	0,028	27,92±7,23	26,64±9,92
GPI	Metas motivacionais	Proteção	4,339	0,044	34,15±3,05	34,29±6,00
		Abertura	5,115	0,029	24,22±10,84	24,28±6,18
PA Pré	Modos cognitivos	Introversão	6,381	0,016	18,09±8,90	17,68±5,83
		Relações interpessoais	Submetimento	4,511	0,040	24,36±8,35
	PA Pós	Modos cognitivos	Controle	4,511	0,040	24,36±8,35
Afetividade			5,981	0,019	35,69±3,92	34,75±6,47

*p<0,05. Teste de Levene

A auto-avaliação dos pacientes acerca de sua aderência ao tratamento demonstrou uma relação significativa ($p<0,05$) com os fatores do MIPS apenas a partir da separação por sexo (Tabela 31). Nessa condição observa-se o fator acomodação como sendo significativo ($p=0,033$) entre as pacientes do sexo feminino e o fator proteção para os pacientes masculinos ($p=0,025$). Ambos os fatores representam aspectos motivacionais.

Tabela 63: Avaliação da aderência ao tratamento segundo a auto-avaliação dos pacientes para o MIPS

Sexo	Dimensões	Fatores	F	p*	Menos Aderente	Mais Aderente
Feminino	Metas Motivacionais	Acomodação	4,927	0,033	24,00±6,63	28,92±6,29
		Metas Motivacionais	Proteção	5,416	0,025	32,00±5,97

*p<0,05. Teste de Levene

Por último, a tabela 32 destaca os resultados da regressão linear dos critérios de aderência utilizados em relação aos fatores do Inventário Millon de Estilos de Personalidade.

Tabela 64: Regressão linear dos critérios de aderência ao tratamento com os fatores do MIPS

Critérios de Aderência	R	R quadrado	R quadrado corrigido	Erro típico de estimação
Equipe de Saúde	,746(a)	0,557	0,375	0,39323
PA Pré	,615(a)	0,379	0,124	0,46570
GPI	,576(a)	0,332	0,057	0,39971
PA Pós	,550(a)	0,302	0,016	0,48335
Auto-avaliação	,533(a)	0,285	-0,009	0,48218
Kt/v	,524(a)	0,275	-0,023	0,50756
PRU	,521(a)	0,272	-0,027	0,45545
CaxP	,482(a)	0,233	-0,083	0,49039

a. Variável dependente: (Constante), Concordância, Extroversão, Sensação, Afetividade, Acomodação, Reflexão, Controle, Sistematização, Retraimento, Abertura, Proteção, Firmeza, Discrepância, Conformismo, Insatisfação, Introversão, Individualismo, Preservação, Intuição, Modificação, Comunicabilidade, Inovação, Vacilação

A tabela 32, a partir da maior proporção da variabilidade entre os critérios de aderência ao tratamento, observa-se que 55,7% da avaliação da equipe de saúde é explicada pelo conjunto de fatores do Inventário Millon de Estilos de Personalidade. Logo em seguida, esse conjunto de fatores explica entre 37,9% à 23,3% variabilidade dos demais critérios de aderência.

Capítulo VII – Discussão

7.1 Aspectos clínico-laboratoriais:

Sesso et al (2007) conforme resultado do Censo 2007 da Sociedade Brasileira de Nefrologia, apontam que 78% dos pacientes renais da região nordeste possuem kt/v ou PRU inferiores à 1,2 ou à 65% respectivamente. Enquanto que Manente, Thomé e Manfro (2004) conduziram um estudo com 43 pacientes renais clinicamente estáveis a fim de avaliar a adequação da dose de hemodiálise e apresentam uma variação de Kt/v e PRU respectivamente entre $1,30 \pm 0,24$ a $1,31 \pm 0,23$ e $65,5 \pm 6,5\%$ a $66,2 \pm 6,1\%$. As médias descritas na tabela 1 são inferiores a esses valores, especialmente para o PRU, e inferiores ao observado por outros autores (Cheung et al, 2002; Matos et al, 2006; Morsch, Gonçalves & Barros, 2005). Contudo, conforme a tabela 2, pode-se observar melhores resultados de Kt/v e PRU para o sexo feminino, apesar do PRU ainda se situar abaixo do valor de referencia e do indicado pela literatura.

Sesso e Feraz (2003) ressaltam que a elevação do produto CaxP está associado à uma elevação do risco de mortalidade entre os pacientes renais. Segundo esses autores, a mortalidade aumentada pode ser secundária a calcificação de artérias coronárias, infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca. Mafra (2003) aponta que um produto CaxP acima de $55 \text{ ml}^2/\text{dl}^2$, mesmo que os níveis séricos de cálcio permaneçam normais, podem contribuir para a calcificação de diversos tecidos moles. O controle adequado do produto CaxP envolve o uso regular de quelantes de fósforo e dietas hiposfosfatêmicas. Considerando esse cenário, o valor observado do produto CaxP na tabela 1 encontra-se dentro do esperado.

Oliveira (1997) destaca que um ganho de peso interdialítico (GPI) não superior à 2,5Kg é eficaz no controle da pressão arterial. No mesmo sentido, Pinheiro e Alves (2003) colocam que o GPI acima desse valor está associado a ocorrência de HAS pré-diálise no paciente renal. Na tabela 1, observa-se que o valor médio do GPI (1,28Kg) encontra-se dentro do valor de referência adotado ($\leq 2,5\text{Kg}$), contudo essa média está acompanhada de um elevado desvio padrão ($\pm 1,40\text{Kg}$). Apesar disso, 78,8% dos pacientes conseguiram alcançar valores dentro do esperado (tabela 3). É necessário ressaltar ainda que não se observou associação significativa ($p < 0,05$. Teste qui-quadrado) entre os valores do GPI e as medições da pressão arterial pré ou pós-diálise.

A hipertensão arterial é altamente prevalente entre os pacientes em diálise, estimando-se uma incidência em torno de 60 a 80% (Pinheiro & Alves, 2003). Contudo, as metas de controle para a pressão arterial é de valores inferiores à 130x80 mmHg (Praxedes, 2004). Tal valor não é observado na tabela 1, nem para a pressão arterial pré ou pós-diálise. Este dado é relevante, pois constitui-se em um importante indicador de aderência ao tratamento e de mortalidade do paciente renal (Wuerzner, Hassler & Burnier, 2003).

À guisa de uma conclusão parcial pode-se dizer que o valor médio do kt/v, um importante indicador da qualidade da diálise (Milhoransa et al, 2005; Draibe et al, 2000), encontra-se dentro do desejado. Assim como o observado no GPI. Contudo, outros indicadores importantes do tratamento hemodialítico não apresentaram médias dentro dos valores de referência esperados (tabela 1).

7.2 Aderência terapêutica

7.2.1 A amplitude de resultados

Registra-se na literatura uma grande amplitude nas estimativas acerca da aderência terapêutica. Delgado e Lima (2001), traz dados que apontam a aderência oscilando entre 4% a 92%, mas mais tipicamente variando dentro da faixa de 30% a 60%. No mesmo sentido, Martin Alfonso e Grau Abalo (2005) apontam para uma variação entre 33% e 82% dos pacientes que não seguem corretamente a prescrição medicamentosa. Um pouco mais atual, Kripalani, Yao e Haynes (2007), situam a não aderência entre 20% à 50% dos pacientes. E especificamente no contexto da IRC, Leggart Junior (2005) coloca que a taxa de não aderência pode variar entre apenas 2% à 100% dos pacientes, dependendo da definição do termo aderência empregado e das estratégias de medição utilizados. O que está de acordo com Delgado e Lima (2001) que apontam essa grande amplitude nas estimativas em função das dificuldades metodológicas na avaliação da aderência.

Utiliza-se neste trabalho o termo aderência terapêutica, ou aderência ao tratamento, conforme a definição da OMS (2004), como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa – tomar o medicamento, realizar dieta ou mudanças nos hábitos de vida – e as prescrições da equipe de saúde. E emprega-se estratégias diretas e indiretas de avaliação da aderência de acordo com o colocado por Delgado e Lima (2001) e conforme o contexto específico da IRC ressaltado por Leggart Junior (2005).

Diante disso, pode-se destacar que os resultados observados na tabela 3 acerca da aderência ao tratamento conforme os critérios clínico-laboratoriais e da avaliação da equipe de saúde refletem a grande amplitude de resultados destacados na literatura.

Observa-se nessa tabela que para o ganho de peso interdialítico, 78,8% dos pacientes alcançam os resultados esperados ($GPI < 2,5$ Kg entre cada sessão). Mas para o percentual de redução da uréia apenas 26,2% dos pacientes avaliados satisfazem a condição desejada ($PRU \geq 65\%$).

O resultado médio de todos os critérios descritos na tabela 3 aponta para uma aderência em torno de 55,97% ($dp = 18,37$). Dado que está de acordo com o registrado pela literatura internacional, pois ao lado das estimativas mínimas e máximas acerca da aderência, também se observam estimativas sobre a aderência média para diversas situações. Para Martin Alfonso e Grau Abalo (2005) a aderência média às enfermidades agudas situa-se em torno de 80%, enquanto que nas enfermidades crônicas aproximam-se de 55%. A OMS (2003) afirma que em média 50% dos pacientes crônicos cumprem adequadamente o tratamento, e Delgado e Lima (2001) trazem ainda uma média em torno de 40%.

Entretanto, a auto-avaliação dos pacientes acerca de sua aderência ao tratamento (tabela 14) mostra que 65% dos pacientes entrevistados consideram-se como aderentes. Esse valor se situa acima da média descrita na literatura anteriormente citada e na tabela 3, além de aproxima-se das estimativas mais positivas sobre aderência ao tratamento. Tal dado é positivo, pois Resende, Santos, Souza e Marques (2007) relatam que uma avaliação positiva do paciente renal acerca de sua capacidade de lidar satisfatoriamente com as demandas do tratamento hemodialítico está diretamente relacionada com uma melhor aderência ao tratamento. No mesmo sentido, Curtin et al (2008) em um estudo com 174 pacientes renais crônicos, apontam que essa auto-avaliação positiva associa-se a um maior comprometimento do paciente com o tratamento, especialmente na aderência medicamentosa.

O cruzamento da aderência ao tratamento segundo a equipe de saúde com os valores médios dos indicadores clínico-laboratoriais, através do teste de Levene, apontou relação significativa ($p < 0,05$) apenas com a pressão arterial pré-diálise (tabela 4). Ao mesmo tempo, o teste qui-quadrado apontou associação significativa ($p < 0,05$) da auto-avaliação dos pacientes com a avaliação da equipe e com o critério de aderência conforme a pressão arterial pós-diálise (tabela 7). Diante desses dados vale destacar dois questionamentos. Primeiro, a associação entre a auto-avaliação do pacientes e a avaliação da equipe de saúde, considerando os critérios da equipe conforme a tabela 5, se baseiam em critérios semelhantes? E em segundo lugar, a associação entre a auto-avaliação dos pacientes e a pressão arterial pós-diálise se baseia na percepção das reações do organismo ao estado pressórico na finalização da sessão de diálise?

O primeiro questionamento pode ser parcialmente respondido ao se remeter à discussão dos resultados do Inventário Millon de Estilos de Personalidade no item 7.4 deste capítulo, sendo necessário também outros estudos que dêem mais voz ao paciente acerca de seu próprio processo de aderência à exemplo de Carmargo-Borges e Japur (2008).

Para responder o segundo questionamento é necessário se remeter à Brito et al (2008), que ao estudar a qualidade de vida e a percepção da doença em 113 pacientes portadores de hipertensão arterial, registrou que tipicamente esses pacientes baseavam sua aderência ao tratamento à percepção de sintomas físicos desencadeados pela HAS. Considerando-se esse cenário, coloca-se a possibilidade da auto-avaliação do paciente acerca de sua aderência estar associada à sintomatologia percebida ao final de cada sessão de diálise.

Por fim, acerca da relação significativa apontada entre a avaliação da equipe de saúde e a pressão arterial pré-diálise (tabela 4), não se encontrou na literatura dados que fizessem referência a essa situação, contudo vale destacar que a pressão arterial elevada – como o observado entre os pacientes menos aderentes na tabela 4 – está associada a cefaléia, mal-estar, enjôo, vômito e outras complicações clínicas no processo de diálise (Lemos et al, 2008; Pinheiro & Alves, 2003). E essa ocorrência maior de sintomas e complicações clínicas esta entre os critérios que compõem a avaliação da equipe de saúde (tabela 5).

7.2.2 O papel do método

Como já foi colocado anteriormente, Delgado e Lima (2001) ressaltam as dificuldades metodológicas relativas ao processo de avaliação da aderência terapêutica. Isso se refere à ausência de parâmetros precisos e consensuais acerca de como proceder a essa avaliação, pois o fenômeno em si a ser avaliado – a aderência terapêutica – varia de acordo com o tipo de doença, o regime terapêutico e conforme o próprio método de avaliação. Leggart Junior (2005), afirma que a avaliação da aderência terapêutica do paciente renal tem frustrado diversos profissionais, não havendo critérios claramente aceitos para realizar tal tarefa.

Conforme essa situação considerou-se sensato neste trabalho proceder conforme foi descrito no item 5.4.1 do capítulo “método”, optando-se pelo emprego conjunto de estratégias variadas na avaliação da aderência terapêutica. Greene (2004), numa revisão da literatura médica acerca do termo *noncompliance* (não-aderência) entre os períodos de 1955 a 1975, ressalta a variedade de aspectos a serem avaliados e a necessidade do

uso de estratégias diversas nessa avaliação a fim de se abarcar alguns desses aspectos. Isso está de acordo com o que Delgado e Lima (2001) já destacavam especificamente acerca da variedade e complexidade dos comportamentos envolvidos na aderência terapêutica.

Nesse sentido, vale trazer à tona os dados referentes à tabela 5, sobre as características descritas pela equipe de saúde acerca dos comportamentos dos pacientes mais e menos aderentes. As características do paciente mais aderente referem-se à aceitação ativa do tratamento, à procura de informações, ao estabelecimento de uma comunicação positiva com a equipe de saúde e com os demais pacientes e, conseqüentemente, menos intercorrências e complicações clínicas. Estas características estão de acordo com o descrito na literatura acerca da definição dos aspectos que constituem a aderência terapêutica (Greene, 2004; Martin Alfonso & Grau Abalo, 2005; O'Connor, Jardine & Millar, 2008; OMS, 2004; Patel & David, 2007).

Ao mesmo tempo, as características descritas pela equipe de saúde acerca dos pacientes menos aderentes – dentro de uma relação de bipolaridade e oposição com as características relatadas anteriormente – referem-se ao perfil de não aceitação do tratamento, pouco conhecimento sobre o mesmo, pouca confiança na equipe e uma postura de maior isolamento, além de um maior número de queixas, sintomas e complicações. Estas características também estão de acordo com o relatado pela literatura internacional, sendo importante destacar ainda que a não-aceitação ao tratamento, a ausência ou pouca informação acerca do tratamento, dificuldades na interação profissional-paciente e a falta de apoio familiar/social são características fortemente associadas a um nível menor de aderência (Ginarte Arias, 2001; Martin Alfonso, 2006; Martin Alfonso & Grau Abalo, 2005).

Diante desse cenário pode-se caracterizar a aderência ao tratamento hemodialítico partindo-se de três pontos. Primeiro, a conceituação do processo de aderência ao tratamento como um fenômeno complexo, envolvendo múltiplas dimensões – crenças e comportamentos do paciente, sua rede de apoio social e familiar, seu estilo de vida e hábitos cotidianos, a qualidade da interação profissional de saúde-paciente, as características da enfermidade e do regime terapêutico, as características do sistema de saúde, etc.

Em segundo lugar, a adoção de uma estratégia de avaliação centrada em múltiplos indicadores, utilizando dados clínico-laboratoriais de fácil mensuração, mas também empregando o relato dos sujeitos envolvidos nesse processo – profissionais de saúde, pacientes e seus familiares.

E por último, a noção da limitação metodológica e conceitual envolvida nesse processo. A própria complexidade do fenômeno a ser avaliado torna necessário ter claras as limitações existentes nessa tarefa.

7.3 A entrevista

7.3.1 O Trabalho

Os dados registrados acerca da relação do paciente com o trabalho (tabela 6) estão entre os observados por Abreu (2005) e Bezerra (2006). Enquanto que Abreu (2005) investigou 60 pacientes renais crônicos no município de Guarapuava, PR, e relatou que 87% deles afirmam não desenvolver quaisquer atividades significativas. Bezerra (2006) conduziu um estudo com 68 pacientes renais crônicos na região de Ribeirão Preto, SP, e observou que 70,5% dos pacientes desempenhavam alguma atividade laboral. No presente estudo, reporta-se que 50% dos pacientes são

aposentados ou estão em regime de benefício saúde e negam o envolvimento em quaisquer atividades produtivas, juntamente com 13% dos pacientes que estão desempregados, somando 63% da amostra. Acrescentando-se 1% relativo a pacientes como donas de casa e os 5% referentes aos pacientes que têm o estudo como atividade principal tem-se que 69% dos pacientes entrevistados não se caracterizam como população economicamente ativa. É importante ressaltar que essa discussão diz respeito a comparação entre pequenas amostras de três regiões distintas do país, sendo necessário um levantamento mais amplo afim de se possuir dados mais precisos acerca da situação profissional do paciente renal crônico e como essa variável afeta sua qualidade de vida, saúde mental e evolução clínica.

7.3.2 A Família

Para que haja condições propícias ao desenvolvimento da aderência terapêutica é necessário, entre outros fatores, o apoio e participação da família do paciente (OMS, 2003). DiMatteo (2004) realiza uma meta-análise com 122 estudos publicados entre 1948 e 2001 e reafirma a importância do suporte social e familiar para a aderência apropriada do paciente. Apesar disso, nenhum dos critérios de aderência empregados neste trabalho demonstrou associação significativa com a reação inicial ou atual da família ao tratamento ($p < 0,05$. Teste Qui-Quadrado). Na tabela 7 pode-se observar que 47% dos entrevistados relatam que a reação de sofrimento foi a reação inicial de suas famílias, sendo que atualmente 82% desses pacientes afirmam que suas famílias acompanham ativamente seu tratamento. Nisso pode-se afirmar a troca de uma postura marcadamente afetiva para uma postura mais pró-ativa da família junto ao paciente renal. Contudo, a ausência de associação significativa com o nível de aderência ao tratamento como o esperado pela literatura pertinente, traz a tona dois pontos. Primeiro,

problemas metodológicos tais como a inadequação dos critérios de aderência selecionados para avaliar a relação paciente-família-tratamento, a inadequação desses itens de entrevista para alcançar o objetivo desejado – avaliar a reação inicial e atual da família junto ao paciente em tratamento hemodialítico, e a inadequação do auto-relato do paciente para avaliar as reações de sua família. E além desses problemas metodológico, também se pode pontuar dificuldades relacionadas ao próprio acompanhamento familiar. Ou seja, a efetividade desse acompanhamento, a capacidade dos familiares orientarem o paciente e incentivarem o correto seguimento do tratamento e a qualidade do relacionamento desses familiares com a equipe de saúde. Todos esses elementos merecem serem aprofundados, a fim de se realizar uma análise apropriada da relação paciente-família-tratamento.

7.3.3 A Comunicação médico-paciente

Segundo Hornes et al (2005) a boa aderência terapêutica é mediada pelas crenças, expectativas e preferências do paciente quando são adequadamente discutidas pelo profissional de saúde. Para que isso ocorra é necessária uma comunicação satisfatória entre os profissionais de saúde e o paciente. Conforme a tabela 8, oitenta e um por cento dos pacientes consideram ter uma boa comunicação especificamente com seu médico, cumulativamente mais de 90% dos pacientes avaliam essa comunicação como boa ou razoável. Enquanto que apenas 8,9% consideram a qualidade da comunicação médico-paciente como ruim. Esses dados, porém, não demonstraram associação significativa ($p < 0.05$. teste qui-quadrado) com quaisquer dos critérios de aderência ao tratamento. Diante disso, assim como na discussão acerca da relação paciente-família-tratamento, chama-se a atenção para o aspecto metodológico envolvido

nessa avaliação, especialmente diante dos apontamentos de Uchimura e Bosi (2002) e Silvia e Formigli (1994) acerca das dificuldades e imprecisões da avaliação em saúde.

7.3.4 A Qualidade dos serviços de saúde:

A OMS (2004) destaca entre os determinantes da aderência aspectos relacionados ao sistema de saúde. Buscou-se avaliar a percepção dos pacientes acerca da qualidade desse sistema. E foi possível observar que a qualidade dos serviços de saúde prestados ao paciente foi considerada boa por 78% dos pacientes, mas há ainda outro dado a ser discutido. A associação significativa ($p = 0,023$. Teste qui-quadrado) com a aderência ao tratamento segundo o critério do kt/v (tabela 18). Observa-se que os pacientes menos aderentes avaliaram melhor a qualidade dos serviços prestados, enquanto que os sujeitos mais aderentes foram os que mais avaliaram esses serviços como ruins. Vale destacar que a dinâmica do kt/v envolve aspectos relacionados ao tempo de duração de cada sessão, ao volume de líquido filtrado pela diálise, à ingestão de proteína e aos níveis de uréia no sangue antes e após a diálise (Draibe et al, 2000; Milhoransa et al, 2005). Desse modo, é fundamental a participação do paciente nos vários momentos que compõem o tratamento a fim de se obter um kt/v adequado. Pois a resistência do paciente em realizar às quatro horas de diálise prescritas e a ingestão de líquidos e de proteínas além dos níveis recomendados tendem a implicar em valores menores de kt/v (Cardozo et al, 2006; Matos et al, 2006; Teixeira Nunes et al, 2008). Diante desse contexto, faz-se o seguinte questionamento, porque os pacientes que estão menos implicados com o tratamento, tendo menores valores de kt/v e sendo menos aderentes, avaliam melhor a qualidade dos serviços de saúde? Enquanto que os pacientes mais aderentes, que cumprem melhor alguns aspectos do tratamento e com isso alcançam melhores resultados de kt/v , avaliam pior esses mesmos serviços?

7.3.5 As Dificuldades

7.3.5.1 Obter e tomar o medicamento

Segundo Patel e David (2007), o acesso aos medicamentos, a quantidade de medicamentos, o horário de tomada dos mesmos, são alguns dos elementos relacionados à aderência ao tratamento medicamentoso, que irá implicar, em última instância, na ingestão correta dos fármacos prescritos. Conforme o observado na tabela 9, oitenta por cento dos pacientes entrevistados afirmaram não haver dificuldades nem na aquisição do medicamento, nem em sua correta ingestão. Contudo, esse dado constitui-se em uma medida de avaliação da aderência baseada no auto-relato do paciente, que sugere um bom nível de aderência medicamentosa, mas que não demonstrou associação significativa com quaisquer dos indicadores de aderência aos tratamentos utilizados.

7.3.5.2 Seguimento da dieta e restrição de líquidos

Mello, Azevedo, Zelmanovitz e Gross (2005) chamam a atenção para a dificuldade na aderência aos aspectos dietéticos e hídricos do tratamento dialítico. O seguimento inadequado das orientações dietéticas durante o tratamento dialítico está fortemente associado à maiores índices de desnutrição e mortalidade (Cabral, Diniz & Arruda, 2005; Cardozo, Vieira & Campanella, 2006; Teixeira Nunes et al, 2008), assim como o controle hídrico inadequado está associado à elevação do peso interdialítico, da pressão arterial e do número de complicações clínicas durante a diálise (Matos et al, 2006; Oliveira, 1997; Pinheiro & Alves, 2003).

Diante desses dados é importante ressaltar que, segundo a avaliação da equipe de saúde e a auto-avaliação dos pacientes (tabelas 19 e 20), os pacientes mais aderentes foram também os que mais afirmaram não haver dificuldades com a dieta. Ao todo,

observa-se uma associação significativa ($p < 0,05$. Teste qui-quadrado) entre as dificuldades com a dieta e três critérios de aderência – avaliação da equipe (tabela 19), auto-avaliação do paciente (tabela 20) e avaliação segundo o kt/v (tabela 21), enquanto que o mesmo não ocorre em relação à restrição de líquidos.

7.3.5.3 Realizar a diálise e o tempo de diálise

De acordo com Rudnick (2006), durante a sessão de hemodiálise, o paciente passa de uma postura ativa para uma situação de dependência em relação à equipe de saúde e à máquina de diálise, sendo essa situação um importante problema a ser lidado pelo paciente. Em outro estudo envolvendo 168 pacientes renais crônicos da cidade Porto Alegre, RS, Rudnick (2007), pontua o aspecto estressor da sessão de hemodiálise e sua repercussão negativa para a qualidade de vida do paciente. A forma como o paciente vivencia a sessão de hemodiálise, suas dificuldades e desafios, esta relacionada com a sua qualidade de vida, a eficácia de suas estratégias de enfrentamento e sua aderência ao tratamento (Lopes et al, 2007; O'Connor, Jardine & Millar, 2008; Resende et al, 2007; Rudnick, 2007; Vázquez et al, 2005).

A tabela 23 mostra que os pacientes mais aderentes – segundo a equipe de saúde – são também os que mais afirmam não haver dificuldades em realizar a diálise, enquanto que inversamente, os sujeitos menos aderentes são os que mais referem dificuldades. No mesmo sentido, na tabela 24, os pacientes mais aderentes são os que mais referem não haver dificuldades também. Ainda dentro dessa tabela, nas caracterizações eminentemente negativas – “ruim”, “problemas interpessoais” e “momento difícil” – predominam os pacientes menos aderentes.

7.3.6 Principais dificuldades e seu manejo

Velloso (2001) conduziu um estudo com 14 pacientes renais crônicos em Salvador, BA, e destaca a perda como elemento principal no discurso desses sujeitos. Perda de liberdade, de possibilidades de trabalho, de comer e beber o que desejar, de ir e vir. Esse relato amarra-se com o que já foi pontuado por Rudnick (2006) acerca da relação de dependência do paciente com a diálise e se conforma ao observado na tabela 12. A realização da diálise, a dieta e a restrição de líquidos são as três principais dificuldades relatadas pelos pacientes entrevistados. Retomam mais claramente que quaisquer outros elementos relatados na tabela 12 a característica da mudança e da restrição no estilo de vida do paciente renal crônico. Diante do exposto pode-se apontar como características da amostra, que estão relacionadas à melhores níveis de aderência, uma percepção mais negativa acerca da qualidade dos serviços de saúde prestados, o relato de menos dificuldades no seguimento da dieta, no cotidiano e na diálise.

7.4 O Inventário Millon de Estilos de Personalidade

A discussão dos dados obtidos por meio do Inventário Millon de Estilos de Personalidade está organizada em torno de quatro perfis – os perfis definidos a partir das diferenças entre sexo, mais os três perfis definidos conforme os níveis de aderência segundo a equipe de saúde, os indicadores clínico-laboratoriais e a auto-avaliação do paciente. Cada perfil está dividido nas três dimensões constituintes do MIPS – metas motivacionais, modos cognitivos e relações interpessoais. Por fim expõe-se uma síntese desses dados.

7.4.1 As diferenças do MIPS entre os sexos

Metas motivacionais

Dentro da dimensão metas motivacionais (tabela 26), evidencia-se o paciente masculino como mais individualista, procurando satisfazer suas próprias necessidades e desejos em primeiro lugar. Enquanto que o grupo feminino demonstra um grau mais moderado de individualismo, buscando satisfazer suas preferências e necessidades, mas sem deixar de lado os interesses dos demais.

Modos Cognitivos

Os dois grupos apresentaram escores elevados nos fatores introversão e afetividade da dimensão modos cognitivos. Segundo Weiss (2002) o fator introversão significando a preferência em utilizar os próprios pensamentos e sentimentos como recursos e fonte de estimulação. Já o fator afetividade representa pessoas que formam seus julgamentos, tomando principalmente em consideração suas reações afetivas e avaliando subjetivamente as conseqüências de seus atos. Mesmo os dois grupos de pacientes obtendo uma pontuação elevada nos dois fatores se observam valores maiores para o grupo dos pacientes masculinos, apontando para os modos cognitivos mais fortemente marcados pela introversão e pela afetividade.

Contudo, ainda dentro da dimensão modos cognitivos, observa-se que para o fator sistematização há diferença entre os escores dos dois grupos. As pacientes femininas demonstraram ser organizadas e previsíveis em sua maneira de abordar as experiências da vida, transformando os novos conhecimentos ao já conhecido. Sendo cuidadosas, minuciosas e eficientes em seu modo de avaliar o mundo.

Por outro lado, os pacientes masculinos obtiveram um escore mais moderado acerca do fator sistematização, que representa um cuidado pela organização e o planejamento das atividades, sem que isto se caracterize como uma expressão marcada de seu estilo de ser nas atividades. A necessidade de agir sobre estes aspectos não é constantemente percebida ou revestida de maior importância.

Relações Interpessoais

Na dimensão relações interpessoais, observou-se em ambos os grupos um baixo escore para o fator retraimento e um escore elevado para o fator conformismo. Esse baixo escore em retraimento significa um indivíduo voltado para a busca de estimulação, adotando uma postura ativa e vivaz diante das situações com pessoas e grupos e buscando contatos frequentes em círculos sociais. Este fator mostrou-se ainda mais para o grupo dos pacientes masculinos.

O escore elevado no fator conformismo representa um indivíduo atento em sua conduta frente às demais pessoas, resguardando-se em formalidades e ações pautadas pelo bom senso e etiqueta. Não evidencia maiores expressões sobre si mesmo, nem tampouco demonstra espontaneamente o que sente. No contato com autoridade é zeloso e subordinado, caracterizando-se numa atitude de respeito. Este fator mostrou-se ainda mais para o grupo de pacientes do sexo feminino.

7.4.2 MIPS e a avaliação da equipe de saúde

Metas Motivacionais

Primeiramente, destaca-se que apenas entre os pacientes do sexo feminino evidenciou-se a dimensão metas motivacionais, por meio do fator proteção ($p < 0,022$), relacionado ao grau em que o sujeito toma em conta as demais pessoas em suas decisões, sendo portanto um aspecto de proteção aos demais, não à si (López, 2000).

Modos Cognitivos

Brito et al, (2008) coloca em seu estudo que pacientes portadores de HAS que estão mais focados nas suas reações sintomatológicas mais imediatas deixam de aderir ao tratamento quando deixam de sentir quaisquer sintomas no momento presente. Este dado se coaduna com o exposto por Martin Alfonso et al, (2007) e Matos, Martin Alfonso e Vea (2007). Indo além do contexto da HAS, Martin Alfonso e Grau Abalo (2005) afirmam claramente que as enfermidades assintomáticas ou com sintomas mais brandos estão associadas a um menor nível de aderência ao tratamento.

Dentro desse cenário, traz-se a característica do pensamento voltado para o dado concreto, tangível e imediato do fator Sensação (tabela 27) associado aos pacientes menos aderentes. O fator Sensação dentro da dimensão Modos Cognitivos representa um aspecto relacionado a fonte de coleta de informações, sendo uma coleta orientada a busca no concreto, tangível e imediato (Alchieri, 2007). Este fator é complementar ao fator Intuição, onde a busca de informação é voltada para o subjetivo, simbólico e especulativo, não se fixando no aqui-agora (Millon, 1994). A partir desse ponto faz-se o seguinte questionamento, como busca informações concretas e tangíveis no aqui-agora

acerca de uma enfermidade assintomática? Dentro do estilo de pensamento representado pelo fator Sensação foca-se nas reações imediatas, atendo-se ao aqui-agora. Tal modo de pensar é incompatível com o aspecto processual e contínuo da aderência aos tratamentos das enfermidades crônicas, que requer a perspectiva do comportamento a longo prazo (Martin Alfonso & Grau Abalo, 2005).

Relações Interpessoais

Alguns aspectos da aderência terapêutica dizem respeito diretamente à dimensão interpessoal, a comunicação médico-paciente ou, num sentido mais amplo, a interação do profissional de saúde com o paciente, o apoio social e familiar (Camargo-Borges & Japur, 2008; Ginarte Arias, 2001; OMS, 2004). A OMS (2004) destaca explicitamente as características comportamentais do profissional de saúde como determinante do nível de aderência ao tratamento, ao lado das características do sistema de saúde e das características do paciente (sexo, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, etc), mas sem enfatizar os aspectos comportamentais desse paciente. Contudo, a discussão dos dados presentes nas tabelas 5 e 27 remete a se considerar especialmente a comunicação médico-paciente ou a interação profissional de saúde-paciente como dentro da dualidade que caracteriza toda relação interpessoal (Coelho Júnior & Figueiredo, 2004). Ou seja, considerar as características interpessoais dos pacientes que influenciem na qualidade de sua aderência ao tratamento, pois tais características vão repercutir diretamente na qualidade do relacionamento com a equipe de saúde.

7.4.2.1 O perfil dos pacientes

Conforme já foi anteriormente descrito – ver item 5 do capítulo “Resultados” – os pacientes mais aderentes de ambos os sexos são caracterizados com menores escores em Sensação, Retraimento, Discrepância, Submetimento, Controle e Insatisfação e maior escore em Concordância do que os sujeitos menos aderentes (tabela 27). Isto significa que esses pacientes mais aderentes têm o pensamento menos voltado para o dado concreto, mais orientados para a busca de contato interpessoal, cooperativos, porém menos dados a posturas passivas frente aos demais, adotando uma atitude mais ativa, mas flexível e socialmente agradável (López, 2000).

Paralelamente, a tabela 5 destaca que os pacientes mais aderentes segundo a equipe de saúde são sujeitos que aceitam o tratamento, agem ativamente acerca do mesmo e de sua enfermidade, possuem um bom relacionamento com interpessoal, principalmente com a própria equipe e, como consequência, manifesta mesmos complicações e intercorrências.

Ainda de acordo com a tabela 5, o paciente menos aderente é mais resistente ao tratamento, possui pouca informa sobre a diálise e a IRC, o relacionamento interpessoal é de menor qualidade e apresenta mais complicações e intercorrências. E conforme os dados da tabela 27, esses pacientes também é mais orientado cognitivamente para o dado tangível e concreto, mais indiferente socialmente, independente e pouco cooperativo, adotando uma postura marcadamente passivo-agressiva (López, 2000).

7.4.3 MIPS e os indicadores clínico-laboratoriais

Aspectos Motivacionais

Os aspectos motivacionais só são discerníveis diante da divisão da amostra por sexo (tabelas 29 e 30), sendo possível identificar esses aspectos apenas a partir dos indicadores PRU, CaxP e da PA pré-diálise. Esses aspectos motivacionais segundo López (2000) se referem a uma postura otimista, pró-ativa e socialmente orientada nos pacientes mais aderentes. Por outro lado, os pacientes menos aderentes se mostraram mais pessimistas, passivos e individualistas em suas decisões. Thomas e Alchieri (2005) encontraram dados semelhantes e acrescentando que os pacientes por eles avaliados como não-aderentes obtiveram uma pontuação maior no Inventário Beck de Depressão (IBD). Almeida e Meleiros (2000) apontam que a depressão é a complicação psiquiátrica mais comum entre os pacientes renais crônicos, sendo fortemente associada à baixa aderência ao tratamento, perda de qualidade de vida e menor sobrevida. Esses autores destacam ainda que a percepção negativa do estado de saúde é influenciada por quadros depressivos e de ansiedade do que pela gravidade da doença. Há ainda a pontuação de um ciclo vicioso, onde a depressão leve a não-aderência, resultando num agravamento no estado de saúde, que por sua vez, exacerba o quadro depressivo. Alchieri (2004) aponta para uma relação negativa entre o fator Abertura e os escores do IBD. Desse modo, discuti-se a importância de aspectos motivacionais salutogênicos, ou seja, voltados para uma postura mais otimista e ativa, implicando em melhores níveis de aderência ao tratamento.

Solano, Casullo e Pérez (2004) conduziram um estudo onde foram avaliados através do MIPS, 130 pacientes com transtornos orgânicos. Tomou-se como grupo controle um sub-grupo da amostra de padronização do MIPS para a Argentina. Esses autores

apontam que foi possível diferenciar os pacientes com transtornos orgânicos da população geral, destacando-se o fator Abertura entre as Metas Motivacionais. Esse dado é semelhante ao encontrado aqui para os pacientes mais aderentes, fazendo-se a ressalva de enquanto Solano, Casullo e Pérez (2004) comparam grupos de pacientes com transtornos orgânicos com a população geral, no presente trabalho a comparação é feita com pacientes renais crônicos entre si, conforme o grau de aderência ao tratamento.

Aspectos Cognitivos

Ao se analisar as tabelas 28, 39 e 30 é possível perceber que a dimensão modos cognitivos entre os pacientes mais aderentes está marcada pela busca de informação voltada predominantemente para o meio externo (fator Extroversão), assimilando dados tangíveis (fator Sensação) e especialmente dados intangíveis (fator Intuição). Contudo, o caráter processual dos modos cognitivos aparece de forma um pouco imprecisa. Primeiramente, observa-se uma oscilação entre o processamento lógico-racional e o processamento subjetivo-afetivo, embora tendenciosamente para o pólo Afetividade. Apesar disso, observa-se na tabela 30 a presença forte do fator sistematização entre as pacientes mais aderentes do sexo feminino.

No trabalho de Solano, Casullo e Pérez (2004) pode-se destacar na dimensão modos cognitivos o predomínio dos fatores Introversão, Sensação e Afetividade entre os pacientes com transtornos orgânicos. Esses dados implicam, dentro do aspecto cognitivo, num sujeito voltado para seu meio interno e para dados concretos, processando-os mediante parâmetros subjetivos e afetivos. Retomando-se a tabela 26

podem-se observar claramente os fatores Introversão, contudo sem a contraparte Extroversão, e Afetividade/Sistematização. Posteriormente nas tabelas 28, 29 e 30 o fator Extroversão irá se sobressair, demonstrando relação significativa ($p < 0,05$) com três critérios clínico-laboratoriais de aderência (kt/v, PRU e CaxP).

Aspectos Interpessoais

Dentre os pacientes avaliados (tabela 28, 29 e 30), uma primeira característica que chama a atenção nos pacientes mais aderentes é o fator Comunicabilidade, que representa um padrão de gregarismo social, busca de estimulação, excitação e atenção no meio social (Casullo, 2000). Esse item somado ao fator Conformismo – estilo interpessoal cooperativo (Casullo, 2000) – que também apresentou um escore maior entre os mais aderentes, estão de acordo com um estilo interpessoal mais positivo, contribuindo para maior qualidade nesses relacionamentos (Millon & Davis, 2004; Sanchez, 2003; Weiss, 2002).

Diversos estudos apontam para a importância do suporte social no processo de aderência terapêutica (DiMatteo, 2004; OMS, 2004). Discutir-se então a consonância entre a ocorrência de apoio social e estas características de comportamento entre os pacientes renais. Os sujeitos menos aderentes foram também os que obtiveram menores escores nesses dois fatores da dimensão interpessoal. Solano, Casullo e Pérez (2004) ressaltam que os pacientes orgânicos avaliados por eles apresentaram um escore maior no fator Retraimento do que a população geral. Esse fator representa o pólo oposto ao fator Comunicabilidade e significa um padrão de relacionamento mais isolacionista e

pouco emotivo nas interações sociais (Casullo, 2000). Apesar disso não se observou relação significativa ($p < 0,05$) desse fator com o grupo de pacientes menos aderentes.

Além disso, outros fatores também podem ser observados nas tabelas 28, 29 e 30 acerca da dimensão Relações Interpessoais. O par de fatores Firmeza e Vacilação – respectivamente segurança e auto-afirmação nos relacionamentos sociais e insegurança e isolamento nas interações sociais (Weiss, 2002) – apresenta um comportamento impreciso. Primeiramente na tabela 28 – ambos os sexos – o fator Firmeza apresenta valores bastante semelhantes entre os grupos de pacientes mais e menos aderentes, enquanto que o fator Vacilação mostra um escore mais elevado para os pacientes mais aderentes. Em um segundo momento na tabela 29 para o sexo masculino os pacientes mais aderentes apresentam uma pontuação menor em Vacilação e maior para o fator Firmeza. E por último na tabela 30 – sexo feminino – as pacientes mais aderentes obtiveram um escore um pouco maior em Firmeza, mas em dois critérios diferentes de aderência, o Kt/v e o PRU, apresentaram escores maiores e menores respectivamente em Vacilação. Entre os pacientes do sexo masculino há mais claramente uma definição entre um estilo interpessoal marcado pela auto-afirmação e segurança nas interações sociais. Entretanto também marcado por um padrão de comportamento passivo-agressivo – fator Insatisfação, tabela 29. Na tabela 29 e 30 também se observa o outro par de fatores Submetimento e Controle – respectivamente submissão e domínio social (Weiss, 2002) – ambos com pontuações inferiores do que as registradas entre os pacientes menos aderentes. Esse dado remete há uma oscilação entre o comportamento submisso e controlador nas interações sociais.

Estes últimos dados chamam a atenção para a necessidade de maiores investigações acerca das estratégias de interações interpessoais e suas conseqüências para a adesão ao tratamento hemodialítico.

7.4.4 MIPS e a auto-avaliação dos pacientes

A aderência dos pacientes conforme sua própria avaliação evidenciou uma relação significativa ($p < 0,05$) com os fatores acomodação entre o sexo feminino e proteção entre o sexo masculino, ambos os fatores pertencentes as metas motivacionais. Segundo López (2000) o fator acomodação compõe o par modificação/acomodação, que representa na medida em que o sujeito está disposto a agir sobre seu meio ou a acomodar-se a ele. Enquanto que o par individualismo/proteção relaciona-se na medida em que o sujeito se sente motivado por metas acerca de si, individualista, ou acerca dos outros, buscando sua proteção.

Os sujeitos que se avaliam mais aderentes são aqueles que buscam se adequar mais ao seu meio – pacientes do sexo feminino, ou que mais consideram os demais em suas decisões – pacientes masculinos. É importante cruzar esses dados com o descrito na tabela 22 acerca da caracterização do paciente sobre os dias entre as sessões de diálise, pois esse foi um item que demonstrou relação significativa ($p < 0,05$) com a aderência conforme a auto-avaliação dos pacientes. 41% dos pacientes, sendo eles mais aderentes ao tratamento, caracterizam os dias sem sessões de diálise como momentos para realizarem-se atividades (tabela 22). Diante disso, questiona-se a medida em que essas atividades possam se relacionar às características das metas motivacionais de desenvolvimento de estratégias de auto-preservação e de cuidado com os outros, de

busca de realização pessoal e de reforço em seu meio (Alchieri, Cervo & Núñez, 2005; López, 2000).

7.4.5 Síntese do Inventário Millon de Estilos de Personalidade

Metas motivacionais

A partir dos aspectos motivacionais pode-se afirmar que os pacientes os mais aderentes são mais otimistas, sendo que os homens tendem a agir mais sobre seu meio, enquanto as mulheres buscam acomodarem-se mais a situação. Dessas características destaca-se a postura otimista para ambos os sexos e particularmente a motivação para a ação no homem, podendo remeter ao papel social do homem como provedor. E a motivação para a acomodação na mulher, entendido como uma busca por aceitação e adaptação às novas circunstâncias vivenciadas pelo sujeito.

Modos cognitivos

Os homens oscilam mais entre as fontes internas e externas de informação, buscando um pouco mais os dados subjetivos e especulativos acerca de seu meio. Enquanto que as mulheres baseiam-se mais nos dados externos, mas oscilando entre o concreto e o subjetivo. Ambos também oscilam entre as formas de processamento desses dados, entre o modo de pensar mais lógico e racional e a forma de pensar orientada pela afetividade e subjetividade. Apenas entre as mulheres observou-se uma característica a mais da sistematização desse pensamento, tentando enquadrar-lo em esquemas prévios de conhecimento.

Relações interpessoais

Os pacientes mais aderentes estão marcados por um estilo interpessoal gregário, mais seguros de si, percebendo-se como cooperativos e submissos e sendo mais receptivos e flexíveis às demandas sociais. Estas características de relacionamento interpessoais se conformam com um relacionamento mais saudável, fortalecendo a rede de apoio social e minimizando conflitos.

Essas características que compõem o perfil descrito do paciente acerca de sua aderência conseguem explicar até 55,7% da aderência definida segundo a equipe de saúde (tabela 32). Este valor é bem superior ao encontrado por Solano, Casullo e Pérez (2004) que obtiveram uma função discriminante capaz de explicar 36% da variação de sua amostra.

Capítulo VIII – Conclusões

Diante do exposto pelo presente estudo é possível apontam-se as seguintes conclusões:

Os pacientes investigados apresentaram um grau de aderência ao tratamento hemodialítico de acordo com o registrado na literatura pertinente acerca das enfermidades crônicas. Contudo a IRC e o tratamento hemodialítico trazem grandes mudanças à rotina do paciente (Riella, 2003). Exemplo disso é a necessidade de comparecimento constante as sessões de diálise, as dificuldades que isso implica para uma jornada de trabalho ou para o livre deslocamento do paciente – não podendo se ausentar de sua cidade por mais de dois dias, ou tendo que solicitar vaga temporária numa clínica de diálise em sua cidade de destino. As modificações nos hábitos alimentares, oscilando entre a evitação de alguns alimentos e a evitação da desnutrição – amplamente associada ao aumento do risco de mortalidade (Cabral, Diniz & Arruda, 2005). Além do uso diário de um conjunto de medicamentos, das restrições hídricas e do convívio com outras patologias. Todos esses aspectos remetem-se as dificuldades envolvidas na aderência ao tratamento hemodialítico e à diversidade de dimensões em que essa aderência deve ocorrer. Ou seja, a aderência ao tratamento hemodialítico implica em aderência medicamentosa, dietética, hídrica e em assiduidade às sessões de diálise. Diante desse cenário, é importante buscar sempre novas e mais atuais formas de avaliar esses diversos aspectos para esta população.

O uso de estratégias distintas e paralelas na avaliação da aderência ao tratamento hemodialítico mostra-se como uma alternativa de se abarcar de forma mais global o fenômeno da aderência terapêutica. Entre estas estratégias há as contribuições da avaliação psicológica como uma útil ferramenta nessa investigação. Fernández-

Ballesteros (1996) destaca a importância da avaliação psicológica no campo da saúde como uma estratégia auxiliar na promoção da saúde e prevenção de enfermidades, por meio da identificação de variáveis comportamentais relevantes. Nesse sentido, o processo de investigação psicológica da aderência terapêutica objetivaria complementar outras estratégias de avaliação por meio da identificação de aspectos comportamentais, cognitivos e motivacionais pertinentes. Dentro dessa perspectiva, a avaliação psicológica traria subsídios para uma investigação prognóstica da aderência do paciente, apontando pontos a serem trabalhados e avaliando a evolução do paciente, a eficácia das intervenções realizadas junto ao mesmo e complementando outras avaliações da equipe de saúde.

O Inventário Millon de Estilos de Personalidade foi capaz de identificar características comportamentais – entre aspectos motivacionais, cognitivos e interpessoais – distintas em meio aos pacientes mais e menos aderentes. Solano, Casullo e Pérez (2004) afirmam que “los pacientes que sufren de alguna dolencia médica obtienen puntuaciones diferenciales en el MIPS” (p.135). Esses autores se remetem ao uso do MIPS como instrumento auxiliar na avaliação de estilos de comportamentos pertinentes à avaliação da saúde do paciente. Desse modo, relacionado o uso desse instrumento de avaliação psicológica com outras estratégias de avaliação médica ou dos demais profissionais de saúde.

São necessários ainda outros estudos a fim de validarem-se as características aqui descritas acerca do perfil do paciente renal mais aderente ao tratamento, verificarem os resultados obtidos em uma avaliação longitudinal dos pacientes e ampliar ainda mais estes resultados. O seguimento dessas investigações em estudos posteriores possibilitaria uma discussão mais ampla desses resultados, além da discussão de novas

hipóteses pertinentes como a possibilidade e utilidade da avaliação psicológica na complementação de dados prognósticos sobre a aderência terapêutica.

Referências bibliográficas

- Abreu, I. S. (2005). *Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava-PR*. Dissertação de mestrado não-publicada. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- ABTO (2008) Gráficos de transplante no Brasil. Obtido em Janeiro de 2008 de <http://www.abto.org.br/profissionais/profissionais.asp>
- Alchieri, A.C., Cervo, C.S. & Núñez, J.C. (2005). Avaliação de estilos de personalidade segundo a proposta de Theodore Millon. *Psico*, 36(2): 175-179.
- Alchieri, J. C. (2007). Avaliação da personalidade através do modelo teórico de estilos de personalidade de Millon In: Alchieri, J. C. (Org.) *Avaliação Psicológica: perspectivas e contextos* (pp. 195-200). São Paulo: Vetor Editora Psicopedagógica.
- Alchieri, J.C. (2004). *Modelo dos estilos de personalidade de Millon: adaptação do Inventário Millon de Estilos de Personalidade*. Tese de Doutorado não-publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Almeida, A. M. & Meleiro, A. M. A. S. (2000). Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. *Jornal Brasileira de Nefrologia*, 22(1), 192-200.
- Bastos, M. G. (2004). Avaliação do estado nutricional. *Jornal Brasileira de Nefrologia*, 26(3), 42-43.
- Bastos, M.G., Carmo, W.B. do, Abrita, R.R., Almeida, E.C. de, Mafra, D., Costa, D.M.N. da, Gonçalves, J. de A. G., Oliveira, L.A. de, Santos, F.R. & Paula, R.B. de (2004). Doença renal crônica: problemas e soluções. *Jornal Brasileira de Nefrologia*, 26(4), 202-215.
- Bezerra, K. V. (2006). *Estudo do cotidiano e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica (IRC), em hemodiálise*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Brito, D.M.S., Araujo, T.L. de, Galvão, M.T.G., Moreira, T.M.M. & Lopes, M.V. de O. (2008). Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), 933-940.

- Cabral, P.C., Diniz, A. da S. & Arruda, I.K.G de (2005). Avaliação nutricional de pacientes em hemodiálise. *Revista de Nutrição*, 18(1), 29-40.
- Camargo-Borges, C. & Japur, M. (2008). Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do auto-cuidado. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(1), 64-71.
- Caprara, A. & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médica-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1), 139-146.
- Cardozo, M.T., Vieira, I. de O. & Campanella, L.C. de A. (2006). Alterações nutricionais em pacientes renais crônicos em programa de hemodiálise. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 21(4), 284-289.
- Castro, M. C. M. de (1996). Hipertensão arterial na insuficiência renal crônica. *Jornal Brasileira de Nefrologia*, 18(2), 169-174.
- Cheung, A.K., Yan, G., Greene, T., Daugirdas, J.T., Dwyer, J.T., Levin, N.W., Ornt, D.B., Schulman, G., Eknoyan, G & Hemodialysis Study Group. (2002). Seasonal Variations in clinical and laboratory variables among chronic hemodialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 13(4), 2345-2352.
- Coelho Júnior, N. E. & Figueiredo, L. C. (2004). Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade. *Interações*, 9(17), 9-28.
- Curtin, R.B., Walters, B.A.J., Schatell, D., Pennell, P., Wise, M. & Klicko, K. (2008). Self-efficacy and self-management behaviors in patients with chronic kidney disease. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 15(2), 191-205.
- D'Ávila, R., Guerra, E.M.M., Rodrigues, C.I.S., Fernandes, F.A., Cadaval, R.A.M. & Almeida, F.A. (1999). Sobrevida de pacientes renais crônicos em diálise peritoneal e hemodiálise. *Jornal Brasileira de Nefrologia*, 21(1), 13-21.
- Delgado, A. B. & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(2), 81-100.
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health psychology*, 23(2), 207-218.

- Draibe, S.A., Cendoroglo, M. & Nadaletto, M.A. (2000). Atualização em Diálise: Adequação em hemodiálise crônica. *Jornal Brasileira de Nefrologia*, 22(3), 169-175.
- Esperidião, M. & Trad, L. A. B. (2005). Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(Suplemento 1), 306-312.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). Evaluación en psicología de la salud: algunos problemas metodológicos. In Casullo, M.M. (Org.) *Evaluación psicológica en el campo de la salud* (pp. 39-89). Barcelona: Paidós.
- Fusté-Escolano, A. (2004). Comportamiento y salud. In L. A. Oblitas (Org.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 24-56). México: Thomson.
- Galán Rodríguez, A., Picabia, A. B. & San Gregório, M.A.P. (2000). Análisis del concepto de conducta de enfermedad: un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. *Anales de psicología*, 16(2), 157-166.
- Ginarte Arias, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 17(5), 502-505.
- Gonzalez, B. & Ribeiro, J.L.P. (2004). Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em jovens estudantes universitárias. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(1), 107-127.
- Greene, J. A. (2004). "Noncompliance" enters the medical literature, 1955-1975. *Social History of Medicine*, 17(3), 327-343.
- Homsí, E., Alves Filho, G., Marson, O., Stabile Neto, C., Amad, M. & Salati, M.I. (1995). Cinética de uréia e creatinina na avaliação de pacientes em diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD). *Jornal Brasileira de Nefrologia*, 17(3), 171-176.
- Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliot, R. & Morgan, M. (2005). *Concordance, Adherence and Compliance in medicine taking*. Brighthon: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization.
- Hossain, E.C.M., Goyber, J.R. & El Nahas, A.M. (2007). Does area socioeconomic status (SES) predict incidence and rate of progression of chronic kidney disease (CKD): a pilot study based on a clinic population. *Epidemiology of CKD*, 6(1), 45-46.

- Kaveh, K. & Kimmel, P. (2001). Compliance in Hemodialysis Patients: multidimensional measures in search of a gold standard. *American Journal of Kidney Diseases*, 37(2), 244-266.
- Kripalani, S., Yao, X. & Haynes, R.B. (2008). Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. *Arch Intern Med*, 167, 540-550.
- Labiano, M. (2004). Introducción a la psicología de la salud. In L. A. Oblitas (Org.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 4-21). Mexico: Thomson.
- Leggat Junior, J. E. (2005). Adherence with dialysis: a focus on mortality risk. *Seminars in dialysis*, 18(2), 137-141.
- Leite, S. N. & Vasconcellos, M. da P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(3), 775-782.
- Leite, S.N., Vieira, M. & Veber, A.P. (2008). Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13 (Suplemento 1), 793-802.
- Lemos, M.M., Pedrosa, A.C., Tavares, A.P., Góes, M.A., Draibe, S.A. & Sesso, R. (2008). Divergences in antihypertensive therapy in special situations in nephrology. *Jornal da Associação Paulista de Medicina*, 126(1), 34-40.
- Lopes, A.A., Bragg-Gresham, J.L., Goodkin, D.A., Fukuhara, S., Mapes, D.L., Young, E.W., Gillespie, B.W., Akizawa, T., Greenwood, R.N., Andreucci, V.E., Akiba, T., Held, P.J. & Port, F.K. (2007). Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS. *Quality of Life Res*, 16, 545-557.
- López, M. del P.S. (2000). El MIPS (Millon Index of Personality Styles), como medida de los estilos de personalidad. In López, M. del P.S. & Casullo, M.M. (Org.), *Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana* (p. 35-44). Madrid: Miño y Dávila.
- Mafra, D. (2003). Minerais e doença renal crônica. *Jornal Brasileira de Nefrologia*, 25(1), 17-24.
- Manente, M., Thomé, F.S. & Manfro, R.C. (2004). Reprodutibilidade dos parâmetros de adequação da hemodiálise crônica. *Jornal Brasileira de Nefrologia*, 26(4), 181-189.

- Martín Alfonso, L. & Grau Ábalo, J. (2005). La adherencia terapéutica como um problema de la psicología de la salud. In Meléndez, E. H. & J. G. Ábalo (Org.). *Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones*. (p. 567-589) Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Martín Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Rev Cubana Salud Pública*, 3(29), 275-281.
- Martín Alfonso, L. (2004). Acerca del concepto de adherência terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*, 30(4).
- Martín Alfonso, L. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cubana Salud Pública*, 32(3).
- Martin alfonso, L., Bayarre Veá, H. & Grau Abalo, J.A. (2008). Validation of MBG Questionnaire (Martin-Bayarre-Grau) for the evaluation of therapy adherence in blood hypertension patients. *Rev. cub. salud pública*, 34 (1).
- Martín Alfonso, L., Veá, H.B., Matos, Y.L.R., Araña, M.C.O., Anaya, J.R., Iznaga, F.V. & González, M.A. (2007). Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Rev Cubana Salud Pública*, 33(3).
- Matos, J.P.S. de, Leite, M.A.P., D'Almeida Filho, E.J., Vasconcelos, M.S.F. de, Velarde, L.G.C., Hoette, M. & Ruzany, F. (2006). Associação entre dose de diálise e risco de mortalidade: um estudo multicêntrico brasileiro. *Jornal Brasileira de Nefrologia*, 28(1) 151-160.
- Mello, V.D.F. de, Azevedo, M.J. de, Zelmanovitz, T. & Gross, J.L. (2005). Papel da dieta como fator de risco e progressão da nefropatia diabética. *Arquivos Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo*, 49(4), 485-495.
- Milhoransa, P., Bertholo, L.C. & Comerlato, L. (2005). Importância da uréia na adequação de diálise. *RBAC*, 37(2), 87-90.
- Millon, T. & Davis, R. (2004). *Transtornos de la personalidad en la vida moderna*. Baelona: Masson.

- Morsch, C., Gonçalves, L.F. & Barros, E. (2005). Índice de gravidade da doença renal, indicadores assistenciais e mortalidade em pacientes em hemodiálise. *Rev Assoc Med Bras*, 51(5), 296-300.
- National Kidney Foundation (1997). Clinical Practice Guidelines for Hemodialysis Adequacy. *American Journal of Kindey Diseases*, 50(Suplemento 2), 15-66.
- O'Connor, S.M., Jardine, A.G. & Millar, K. (2008). The prediction of self-care behaviors in end-stage renal disease patients using Leventhal's Self-Regulatory Model. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(1) 278-289.
- Oliveira, J. M. F. de (1997). Hipertensão arterial em hemodialisados. Fatores relacionados ao seu controle adequado ou inadequado e tratamento. *Jornal Brasileira de Nefrologia*, 19(2), 212-214.
- Oliveira, V. Z. de & Gomes, W. B. (2004). Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 459-469.
- OMS (2003). Poor adherence to long-term treatment of chronic diseases is a worldwide problem. *Rev Panam Salud Publica*, 14(3), 218-221.
- OMS (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra: OMS.
- OMS. (1983): Informe de un comité de expertos de la OMS: Nuevos Métodos de Educación Sanitaria en Atención Primaria de Salud. Ginebra. OMS.
- Orbell, S. & Hagger, M. (2006). "When no means no": can reactance augment the theory of planned behavior. *Health psychology*, 25(5), 586-594.
- Patel, M. X. & David, A. S. (2007). Medication adherence: predictive factors and enhancement strategies. *Psychiatry*, 6(9), 357-361.
- Pinheiro, M. E. & Alves, C. M. (2003). Hipertensão arterial na diálise e no transplante renal. *Jornal Brasileira de Nefrologia*, 25(3), 142-148.

- Praxedes, J. N. (2004). Diretrizes sobre hipertensão arterial e uso de anti-hipertensivos na doença renal crônica. *Jornal Brasileira de Nefrologia*, 26(3), 44-46.
- Resende, M.C. de, Santos, F.A. dos, Souza, M.M. de & Marques, T.P. (2007). Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. *Psicologia Clínica*, 19(2) 87-99
- Rey, F. G. (1997). Psicologia e saúde: desafios atuais. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 10(2) 275-288.
- Rey, F.G. (2004). *Personalidade, saúde e modo de vida*. São Paulo: Thomson.
- Riella, M.C. (2003). *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Rocha, C.H., Oliveira, A.P.S., Ferreira, C., Faggiani, F.T., Schoeter, G., Souza, A.C.A. de, DeCarli, G.A., Morrone, F.B. & Werlang, M.C. (2008). Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(Suplemento 1), 703-710.
- Romão Júnior, J. E. (2004). Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. *Jornal Brasileira de Nefrologia*, 26(3), 1-3.
- Romão Júnior, J.E., Pinto, S.W.L., Canziani, M.E., Praxedes, J.N., Santello, J.L. & Moreira, J.C.M. (2003). Censo SBN 2002: informações epidemiológicas das unidades de diálise do Brasil. *Jornal Brasileira de Nefrologia*, 25(4), 188-199.
- Rudnicki, T. (2006). Sol de invierno: aspectos emocionales del paciente renal crónico. *Revista Diversitas Perspectivas en Psicología*, 2(2) 279-288.
- Rudnicki, T. (2007). Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. *Estudos de Psicologia*, 24(3), 343-351.
- Salomão Filho, A., Barbosa, L. F., Andrade, D.A.P., Santos, A.O., Santos, A.V. e Silva, L.G. (2004). Análise da influência do ganho de peso interdialítico sobre a pressão arterial e hipertrofia ventricular esquerda em pacientes sob tratamento hemodialítico. *Rev Port Nefrol Hipert*, 18(4), 227-233.

- Sánchez, R. O. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-USF*, 8(2), 163-173.
- Sesso, R. & Ferraz, M. B. (2003). Avaliação crítica do sevelamer no tratamento da hiperfostatemia em pacientes com insuficiência renal crônica. *Rev Assoc Med Bras*, 49(1), 103-108.
- Sesso, R., Lopes, A.A., Thomé, F.S., Bevilacqua, J.L., Romão Júnior, J.E. & Lugon, J. (2007). Resultados do censo de diálise da SBN, 2007. *Jornal Brasileira de Nefrologia*, 29(4), 197-202.
- Silva, L. M. V. da & Formigli, V. L. A. (1994). Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1), 80-91.
- Solano, A.C., Casullo, M.M. & Pérez, M.A. (2004). *Aplicaciones del MIPS en los ámbitos laboral, educativo y médico*. Buenos Aires: Paidós.
- Teixeira Nunes, F., Campos, Gianine de, Paula, S.M.X de, Merhi, V.A.L., Portero-McLellan, K.C., Motta, D.G. da & Oliveira, M.R.M. de. (2008). Dialysis adequacy and nutritional status of hemodialysis patients. *Hemodialysis International*, 12, 45-51.
- Thomas, C. V. & Alchieri, J. C. (2005). Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à Hemodiálise. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 57-64.
- U.S.R.D.S. (2008). Annual Data Report. Bethesda: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and kidney Diseases. Obtido em abril de 2008, de <http://www.usrds.org/>
- Uchimura, K. Y. & Bosi, M. L. M. (2002). Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(6), 1561-1569.
- Vázquez, I., Valderrábano, F., Fort, J., Jofré, R., López-Gómez, J.M., Moreno, F. & Sanz-Guajardo, D. (2005). Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Quality of Life Res*, 14, 179-190.
- Velloso, R. L. M. (2001). *Efeitos da hemodiálise no campo subjetivo dos pacientes renais crônicos*. *Cogito*, 3(1) 73-82.

Weiss, L.G. (2002). Essentials of MIPS assessment. In Strack, S. (Org.) *Essentials of Millon Inventories Assessment*. (224-268). New York: John Wiley & Sons, Inc.

ANEXO – Roteiro de entrevista

1.1 PACIENTE:

1.2 DN: ___/___/___

1.3 SEXO: () MASC () FEM

1.4 EC () CASADO

1.5 ESCOLARIDADE () SEM ESCOLARIDADE

() COMPLETO

() SOLTEIRO

() ENSINO FUNDAMENTAL

() INCOMPLETO

() DIVORCIADO

() ENSINO MÉDIO

() VIUVO

() ENSINO SUPERIOR

1.6 RENDA FAMILIAR EM SALÁRIOS MÍNIMOS:**2.1 PROFISSÃO ANTES DA IRC:****2.2 SITUAÇÃO PROFISSIONAL ATUAL:****2.3 OCUPAÇÕES DO DIA-A-DIA:**

2.3.1 Como você descreveria um dia de diálise?

2.3.2 Como você descreveria um dia entre as diálises?

3.1 NÚCLEO FAMILIAR (Pessoas da sua família ou íntimas que convivem contigo):

MÃE:

PAI:

IRMÃOS (Nº):

ESPOSO (A):

FILHOS (Nº):

SOGRO (A):

OUTROS (Nº e especificar):

3.2 Como a sua família reagiu quando você iniciou o tratamento hemodialítico?

3.3 Como a sua família acompanha seu tratamento atualmente?

4 ENFRENTAMENTO DO TRATAMENTO

4.1 Como é o seu acesso aos serviços de saúde (Hospitais, postos de saúde, etc)?

4.2 Você consegue esclarecer suas dúvidas com o seu médico?

4.3 Você sente dificuldades em:

4.3.1 Obter os medicamentos prescritos?

4.3.2 Tomar os medicamentos prescritos?

4.3.3 Seguir a dieta recomendada?

4.3.4 Controlar a quantidade de água bebida?

4.3.5 Realizar as quatro horas de diálise?

4.4 Como você descreveria as quatro horas de diálise.

4.5 Quais seriam as principais dificuldades entre estas que foram relatadas?

4.6 Como você lida com elas?

5 ADERÊNCIA AO TRATAMENTO

5.1 Como você avalia a sua aderência ao tratamento hemodialítico?

5.1.1 O quanto que você decide seguir o tratamento (medicamentos, sessões de diálise, dieta, etc)?

5.1.2 O quanto que você consegue tornar real isso que é decidido acerca do tratamento?