

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

RAFAELA PIRES RODRIGUES DOS SANTOS

**AUTOEFICÁCIA E ADESÃO AO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA
RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

UBERLÂNDIA

2018

RAFAELA PIRES RODRIGUES DOS SANTOS

**AUTOEFICÁCIA E ADESÃO AO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA
RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso, a ser apresentado á banca examinadora como requisito parcial para obtenção do título de graduação em enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia.

Orientador: Prof^a Dra Cristiane Martins Cunha

Co-orientador: Prof^o Dr Clesnan M. Rodrigues

UBERLÂNDIA

2018

RAFAELA PIRES RODRIGUES DOS SANTOS

**AUTOEFICÁCIA E ADESÃO AO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA
RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso, a ser apresentado à banca examinadora como requisito parcial para obtenção do título de graduação em enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia.

Orientador: Prof^a Dra Cristiane Martins Cunha
Co-orientador: Prof^o Dr Clesnan M. Rodrigues

Uberlândia, 05 de dezembro de 2018.

Banca examinadora

Prof. Dra. Cristiane Martins Cunha

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho com todo amor e carinho:

Ao meu noivo,

Allisson, ao lado de quem eu divido todos os prazeres e agruras da vida.

*Ao meu filho **João Lucas**, uma das grandes razões do meu viver.*

*A minha mãe, **Maria** e meu irmão **Flávio**, minha avó **Almenia** pessoas a quem eu muito estimo.*

*Ao meu pai **Flávio**, de quem eu tenho um grande orgulho.*

*Em memória de **João Rodrigues**, meu avô.*

Todos à sua maneira contribuíram para a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

- Primeiramente agradeço a Deus por todas as bênçãos derramadas sobre a minha vida e por mais uma vitória alcançada.
- A minha orientadora **Dra. Cristiane Martins Cunha**, pelos seus conhecimentos no qual foram essenciais em todas as etapas deste trabalho. Agradeço imensamente por tão dedicada orientação.
- Ao meu co-orientador **Dr. Clesnan Mendes Rodrigues** agradeço pelo acolhimento em seu projeto de pesquisa e também por suas valiosas contribuições como co-orientador.
- Aos integrantes do Grupo de Pesquisas a minha sincera gratidão: a **Nadaby Maria e Gracyelly Ferreira** por terem me recebido no grupo com tanta simpatia e cordialidade;
- A minha amiga da Graduação, **Eliziane Santos**, pela colaboração nas coletas dos dados e apoio durante todo o trabalho;
- As minhas amigas e companheiras, **Ana Carolina, Monique e Victória** que apoiaram nos momentos de desespero e sempre me dando forças para prosseguir.
- Aos representantes das **Unidades de Hemodiálise** envolvidas neste estudo, por permitirem a realização das etapas da coleta de dados.
- Respeitosamente agradeço aos pacientes com doença renal crônica. Espero que este trabalho possa trazer alguma contribuição para melhorar a “Qualidade de Vida” de todos vocês. E que Deus os abençoe e lhes dê força no enfrentamento dessa doença.

RESUMO

SANTOS, Rafaela Pires Rodrigues dos. **Autoeficácia e adesão ao tratamento de indivíduos com doença renal crônica em tratamento hemodialítico**. 2018 46 f. Trabalho de conclusão de curso. Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Uberlândia, MG.

Introdução: A doença renal crônica (DRC) gera grandes repercussões negativas em diversos aspectos da vida do indivíduo e o tratamento dialítico intensifica esse impacto. É fundamental a participação do paciente em seu tratamento. **Objetivos:** Mensurar os níveis de autoeficácia e a adesão ao tratamento de pacientes com DRC e um grupo normativo e identificar os determinantes (sociais, demográficos e clínicos) que influenciam nesses constructos. **Método:** Estudo transversal, de caráter analítico e descritivo, de abordagem quantitativa, aprovado pelo comitê de ética local. Realizado em instituição pública e clínica privada de hemodiálise, em um município do interior de Minas Gerais. Participaram um grupo de estudo (indivíduos com DRC, em hemodiálise) e um grupo normativo (indivíduos saudáveis), os quais responderam o Questionário de caracterização sócio demográfico e clínico, a Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP) e a Medida de Adesão ao Tratamento (MAT). Para comparação do perfil dos dois grupos, foi aplicado o teste de Qui-Quadrado de independência com correção de continuidade e o teste de Mann-Whitney. Especificamente para o MAT, foi testada se a frequência de adesão pelo teste de Qui-Quadrado de aderência com correção de continuidade. Em relação à avaliação dos constructos autoeficácia e adesão ao tratamento, utilizamos a regressão linear múltipla. Para seleção das variáveis de importância nas dimensões do constructo, utilizamos o método *backward*, baseando-se no critério de exclusão do modelo com probabilidade maior que 10%. Em relação à avaliação do MAT (dicotomizado), foi utilizada a análise de regressão logística múltipla. Em seguida, calculamos o *Odds Ratio*, com intervalo de confiança de 95%. Os modelos de avaliação foram usados somente para descrever a população estudada numa perspectiva multivariada. Para todas as análises, adotamos o índice de significância de 0,05. **Resultados:** O escore da EAEGP do grupo de estudo foi 39,27 e do grupo normativo 39,24 ($p>0,05$). O escore do MAT evidenciou que 65% dos pacientes apresentaram boa adesão ao tratamento. Na comparação entre os dois grupos, a única variável que interferiu na autoeficácia foi o tempo de ensino formal ($Bi=-0,33$; $p<0,05$). As variáveis que influenciaram nos resultados de adesão ao tratamento foram a idade ($Bi=0,064$; $p=0,001$), o tempo de diagnóstico ($Bi=0,088$; $p=0,042$) e número de comorbidades ($Bi=-0,795$; $p=0,019$). O número de comorbidades foi um fator negativo ($OR=0,45$; $p=0,019$), ao passo que, a idade e tempo de diagnóstico tiveram um efeito positivo sob esse constructo ($OR=1,07$ e $1,09$, respectivamente; $p<0,05$). **Conclusão:** A autoeficácia dos pacientes com DRC, em hemodiálise, foi semelhante ao da população normativa e a maioria desses pacientes apresentou satisfatória adesão ao tratamento. Na comparação entre os dois grupos, o tempo de ensino formal interferiu na autoeficácia. Quanto à adesão ao tratamento, o número de comorbidades foi um fator negativo e a idade e tempo de diagnóstico tiveram um efeito positivo sob esse constructo.

Palavras chaves: Autoeficácia; Cooperação e adesão ao tratamento; Insuficiência renal crônica; Diálise renal.

ABSTRACT

SANTOS, Rafaela Pires Rodrigues dos. **Self-efficacy and adherence to treatment of individuals with chronic kidney disease under hemodialytic**. 2018. 46 f. Completion of course work. Graduation in Nursing of the Faculty of Medicine. Federal University of Uberlândia, Minas Gerais.

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) has great negative repercussions in many aspects of the individual's life, and dialysis treatment intensifies this impact. The participation of the patient in his treatment is fundamental. **Objectives:** To measure levels of self-efficacy and adherence to treatment of patients with CKD and a normative group and to identify the determinants (social, demographic and clinical) that influence these constructs. **Method:** Cross-sectional, analytical and descriptive study, with a quantitative approach, approved by the local ethics committee. Performed in a public institution and a private hemodialysis clinic, in a municipality in the interior of Minas Gerais. A study group (individuals with CKD on hemodialysis) and a normative group (healthy individuals), who answered the Social Demographic and Clinical Characterization Questionnaire, the Perceived General Self-Efficacy Scale (EAEGP) and the Treatment Adherence Measure (MAT). For the comparison of the profile of the two groups, the chi-square test of independence was applied with continuity correction and the Mann-Whitney test. Specifically for the MAT, it was tested whether the adherence frequency by the chi-square test of adherence with continuity correction. In relation to the evaluation of the constructs self efficacy and adherence to the treatment, we used multiple linear regression. To select the importance variables in the dimensions of the construct, we used the backward method, based on the criterion of exclusion of the model with probability less than 10%. Regarding the evaluation of MAT (dichotomized), multiple logistic regression analysis was used. Then we calculate the Odds Ratio, with 95% confidence interval. The evaluation models were used only to describe the studied population in a multivariate perspective. For all analyzes, we adopted a significance level of 0.05. **Results:** The EAEGP score of the study group was 39.27 and the normative group 39.24 ($p > 0.05$). The MAT score showed that 65% of the patients had good adherence to the treatment. In the comparison between the two groups, the only variable that interfered in self-efficacy was formal teaching time ($B_i = -0.33$, $p < 0.05$). The variables that influenced the results of adherence to treatment were age ($B_i = 0.064$, $p = 0.001$), diagnosis time ($B_i = 0.088$, $p = 0.042$) and number of comorbidities ($B_i = -0.795$, $p = 0.019$). The number of comorbidities was a protective factor ($OR = 0.45$, $p = 0.019$), whereas age and time of diagnosis had a negative effect under this construct ($OR = 1.07$ and 1.09 , respectively; ($p < 0.05$). **Conclusion:** The self-efficacy of patients with CKD on hemodialysis was similar to that of the normative population, and the majority of these patients presented satisfactory adherence to treatment. In the comparison between the two groups, formal teaching time interfered with self-efficacy. Regarding adherence to treatment, the number of comorbidities was a protective factor and the age and time of diagnosis had a negative effect under this construct.

Keywords: Self Efficacy; Treatment Adherence and Compliance; Renal Insufficiency, Chronic; Renal Dialysis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil social e demográfico dos indivíduos com doença renal crônica e a população normativa no Município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018. 20

Tabela 2 Escores da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP) e da Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico e de uma população normativa no Município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018. 22

Tabela 3 - Regressão linear múltipla para a Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP) e a Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico e de uma população normativa no Município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018. 23

Tabela 4 - Regressão logística múltipla para a Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico no Município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018. 24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------------|---|
| DP | Diálise peritoneal |
| DM | Diabetes Mellitus |
| DRC | Doença renal crônica |
| EAGP | Escala de autoeficácia Geral Percebida |
| EP | Erro Padrão |
| HAS | Hipertensão arterial sistêmica |
| HD | Hemodiálise |
| MAT | Medida de adesão ao tratamento |
| OR | Odds Ratio |
| TCLE | Termo de consentimento livre e esclarecido |
| UFU | Universidade Federal de Uberlândia |
| CAAE | Certificado de apresentação para Apreciação Ética |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 OBJETIVOS | 13 |
| 3 MÉTODOS | 14 |
| 3.1 Delineamento do estudo e considerações éticas | 14 |
| 3.2 Participantes | 14 |
| 3.3 Procedimentos | 14 |
| 3.4 Instrumentos de coleta de dados | 15 |
| 3.4.1 Instrumentos para caracterização social, demográfica e clínica | 15 |
| 3.4.2 Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP) | 16 |
| 3.4.3 Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) | 16 |
| 3.5 Tratamento estatístico | 17 |
| 4 RESULTADOS | 19 |
| 5 DISCUSSÃO | 25 |
| 6 CONCLUSÃO | 32 |
| REFERÊNCIAS | 33 |
| APENDICE A- Termo de consentimento livre e esclarecido | 39 |
| APENDICE B- Questionário de caracterização sócio-demográfica | 40 |
| APENDICE C- Questionário de caracterização clínica | 41 |
| ANEXO A- Capacidade discriminatória e de orientação psíquica mental | 42 |
| ANEXO B- Escala de autoeficácia geral percebida | 43 |
| ANEXO C- Medida de adesão ao tratamento | 44 |

1 INTRODUÇÃO

Os importantes avanços tecnológicos e científicos na área da saúde possibilitaram o aumento da sobrevivência de pessoas com condições crônicas (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2010). Estes avanços têm viabilizado o diagnóstico, antecipando a terapêutica adequada com vistas ao controle da evolução da doença (NIFA; RUDNICKI, 2010). Apesar desses avanços, verifica-se um grande número de pessoas com doenças crônicas, que necessitam de acompanhamento clínico constante durante toda sua vida (FREITAS; COSMO, 2010).

A doença crônica se caracteriza como transtornos de saúde que possuem um longo curso, por mais de três meses e que impõe limitações às funções do indivíduo em suas atividades diárias, podendo causar hospitalização ou visitas frequentes em unidades de saúde (CORREA, 2006). Ela gera alterações psicológicas irreversíveis com a necessidade de um longo processo de reabilitação, observação, controle e cuidados (RUDNICKI, 2014). Requer tratamento permanente e a colaboração do paciente, por meio de práticas e ações que promovam a consciência para o auto-cuidado (TADDEO et al., 2012).

Para o sucesso da terapêutica proposta, é imprescindível que haja, por parte do paciente, a adesão ao tratamento (GIROTTO et al., 2013). Nesse sentido, também é fundamental a autoeficácia individual, ou seja, as crenças e a autoconfiança do indivíduo sobre seu valor e suas potencialidades no desenvolvimento das habilidades para seu auto-cuidado (MALDANER et al., 2008).

Uma das doenças crônicas de maior destaque na literatura e que requer grande colaboração por parte do indivíduo é a doença renal crônica (REZENDE et al., 2007). A doença renal crônica (DRC) é um importante problema de saúde pública, e que sua incidência e a prevalência têm aumentado gradativamente a cada ano, no Brasil e no mundo, com elevadas taxas de morbimortalidade (MARINHO et al., 2017).

Do ponto de vista epidemiológico, ainda não há um sistema nacional de registro de dados que forneça informações confiáveis do quantitativo de pacientes em tratamento dialítico, apesar dos grandes esforços (SARMENTO et al., 2018). Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2016), o número estimado de indivíduos em tratamento dialítico, no Brasil neste ano, foi de 122.825, o que representa um aumento de 31,5 mil casos nos últimos cinco anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2016; SESSO et al., 2008).

A DRC é caracterizada pela perda sucessiva e irreversível da fisiologia renal ou pela redução da sua atividade, durante três meses ou mais (RIBEIRO, 2016). É provocada por

diversas patologias, tais como hipertensão arterial, diabetes mellitus, lúpus eritematoso sistêmico, doenças do sistema renal (tais como as lesões renais hereditárias (rim policístico), infecções urinárias recorrentes e cálculos renais) (SILVA et al., 2014), além do efeito medicamentoso, agentes tóxicos e ocupacionais dentre outras causas (GONÇALVES et al., 2015).

Uma das opções de tratamento para a doença renal crônica é a hemodiálise, a qual consiste na filtração extracorpórea do sangue por intermédio de uma máquina (TAKEMOTO et al., 2011). A hemodiálise é realizada em média três vezes por semana, num período de três a cinco horas por sessão, levando em consideração as necessidades individuais (KUSUMOTA; RODRIGUES; MARQUES, 2004). Esse tratamento é longo e doloroso e ocasiona uma série de eventualidades e prejuízos na vida do paciente, afetando não só aspectos físicos, mas também psicológicos, econômicos e sociais (REIS; GUIARDELLO; CAMPOS, 2008; PILGER et al., 2010; COUTINHO; COSTA, 2015;).

Segundo Ribeiro (2016), a doença renal crônica, especialmente nos pacientes em tratamento dialítico, requer do seu portador várias mudanças e adaptações no estilo de vida, com um longo processo de adequação a essa condição. A pessoa necessita identificar meios para enfrentar sua condição e todos seus desmembramentos e limitações consequentes da doença e do seu tratamento (SCHUSTER et al., 2015). Exige-se o uso correto das medicações, consultas médicas frequentes, adequação dos aparelhos, dependência financeira e do cuidado de outras pessoas, restrições hídricas e alimentares, comparecimento frequente nas sessões, etc (ASSIS et al., 2016). Diante de tantas atribuições e compromissos, é de fundamental importância que haja a colaboração do paciente para adesão do mesmo ao tratamento proposto. E isso está diretamente relacionado com o nível de autoeficácia do paciente (SANTOS; FARO, 2018). Autoeficácia é um domínio que se refere às convicções, confiança e habilidade da pessoa para enfrentar situações novas e estressantes (MARTINS; RIBEIRO, 2008).

Neste contexto, a condição crônica e o tratamento hemodialítico são fontes estressoras e podem gerar inúmeros problemas como isolamento social, perda do emprego, limitações de locomoção e lazer, diminuição da atividade física, alterações da imagem corporal e ainda, um sentimento incerto entre o medo de viver e de morrer.

Segundo Oliveira et al. (2015), a insuficiência renal crônica e o seu tratamento podem influenciar nas dimensões biológica, psicológica, econômica e social do paciente, além da qualidade de vida, que tende a ser inferior em pacientes renais crônicos. Neste cenário, mostra-se cada vez mais necessária a realização de estudos que contemplem os aspectos da

qualidade de vida comprometidos nesse grupo de pacientes, para que possam orientar intervenções visando melhorar o nível de saúde desta população. Conhecer os níveis de autoeficácia e de adesão ao tratamento de pacientes com DRC, em duas instituições de hemodiálise desse município do interior de Minas Gerais, pode auxiliar no diagnóstico situacional do estado de saúde e dos pontos mais comprometidos desses pacientes. Com esses dados será possível traçar estratégias para intervenções clínicas e de enfermagem que visem à melhora dos resultados em saúde, conforme as necessidades reais apresentadas nesses indivíduos.

Nesse sentido, o enfermeiro tem papel fundamental porque, apesar de a educação do cliente com DRC ser um compromisso de toda a equipe de saúde, esse profissional é o elemento da equipe que atua de modo mais constante e mais próximo dessa clientela. Portanto, ele está capacitado para identificar as necessidades dos clientes e intervir de forma eficaz (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2010).

2 OBJETIVOS

- Mensurar a autoeficácia e a adesão ao tratamento de pacientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva;
- Comparar se há diferença nos escores de autoeficácia entre esses em relação a uma população normativa (indivíduos saudáveis);
- Identificar os determinantes (sociais, demográficos e clínicos) que se associam com estes constructos.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo e considerações éticas

Estudo transversal, analítico e descritivo, com abordagem quantitativa correlacional e comparativa. Este estudo advém de um projeto de pesquisa amplo (eixo temático), intitulado de “*Associação de medidas de constructos subjetivos na autogestão em saúde de pacientes com doença renal crônica*” e que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, sob número CAAE 67009117.0.0000.5152. Foi executado em uma instituição pública e uma clínica Privada de hemodiálise, ambos situados em um município do interior do estado de Minas Gerais.

3.2 Participantes

Nesse estudo, tivemos dois tipos de participantes, um grupo de estudo e um grupo normativo. A amostra foi não probabilística, por conveniência e do tipo consecutiva. Após a apresentação dos objetivos do estudo aos potenciais participantes e mediante os devidos esclarecimentos, foi solicitado o consentimento, o qual foi efetivado com a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

O grupo de estudo foi composto por indivíduos com idade entre 18 anos a 80 anos, com diagnóstico de doença renal crônica, em terapia renal substitutiva (hemodiálise) em um período maior que 6 meses. Os pacientes deveriam ter o estado cognitivo preservado e estarem em acompanhamento clínico ambulatorial. Foram excluídos do estudo, os indivíduos com história de internação prévia, nos últimos 30 dias, com terapia renal substitutiva há menos de 6 meses e que faziam diálise peritoneal.

O grupo normativo foi composto por indivíduos sem doenças crônicas, maiores de 18 anos e com preservação do estado cognitivo. Foram excluídos indivíduos com história de internação e diagnóstico de doença infecciosa nos últimos 30 dias.

3.3 Procedimentos

O período de coleta de dados ocorreu entre Outubro de 2017 a Março de 2018. Pela técnica de entrevista, foram aplicados os questionários avaliativos em ambos os grupos do

estudo, depois de obtida a aptidão psíquica e mental do participante, a qual foi avaliada conforme os critérios descritos por Pfeifer (1975) (ANEXO A).

Os questionários avaliativos foram: 1- Questionário de caracterização social e demográfica (sexo, idade, procedência, estado civil, escolaridade, renda familiar, quantidade de pessoas que vivem na residência, instituição de origem, tipo de trabalho e se exerce alguma atividade remunerada (APÊNDICE B); 2- Questionário de avaliação clínica (diagnóstico médico e etiologia da doença renal crônica, comorbidades, tempo, duração da sessão e a frequência semanal da hemodiálise, complicações e hábitos de vida) e 3- versão validada para uso no Brasil da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP) (SCHWARZER; JERUSALÉM, 1995) e a Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) (DELGADO; LIMA, 2001).

3.4 Instrumentos de coleta de dados

3.4.1 Instrumentos para caracterização social, demográfica e clínica.

Obtivemos as informações sociais, demográficas e clínicas dos participantes por meio do instrumento elaborado pelos pesquisadores do estudo, mediante informações baseadas em estudos prévios e conforme os objetivos desse estudo.

O instrumento com informações sociais e demográficas foi composto pelos seguintes itens: data da entrevista, duração da entrevista, sexo, data de nascimento e idade, procedência (município de origem), estado civil, escolaridade (por categorias e em anos de estudo), renda familiar (salários mínimos e renda bruta em reais), quantidade de pessoas que vivem na mesma residência e profissão do participante (tipo de trabalho e se naquele momento estava exercendo alguma atividade remunerada, ou seja, se estava ativo ou inativo) (APÊNDICE B).

O instrumento com informações clínicas foi composto por dados autorreferidos (tipos de doenças e medicamentos utilizados pelo participante, se fuma, se faz atividade física regular, hábitos alimentares semanais e quais fontes de informação ele utiliza para se informar sobre sua saúde) e ainda por dados obtidos em consulta aos seus prontuários (instituição de 27 origens, diagnóstico médico principal e outros diagnósticos assinalados no prontuário e a quantidade de doenças crônicas diagnosticadas e que estão informadas nos prontuários). Além disso, solicitamos informações sobre o tempo de duração da sessão e a frequência da terapia renal substitutiva e se o paciente já apresentou algum tipo de complicação ou hospitalização decorrente da DRC (APÊNDICE C).

3.4.2 Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP)

A Escala de Autoeficácia Geral Percebida é um instrumento que avalia a percepção da autoeficácia, ou seja, a opinião que a pessoa pode ter a respeito de si mesma e a capacidade dela em superar as dificuldades diárias e sua adaptação após experimentar eventos estressantes. Foi criada para avaliar um senso geral de Autoeficácia visando prever a capacidade de superar as dificuldades diárias como também a adaptação depois de experimentar todos os tipos de eventos estressantes da vida.

Atualmente é um instrumento muito utilizado e foi traduzido em várias línguas. Para a população brasileira, foi validada e adaptada por Sbicigo, Teixeira, Dias e Dell`Aglia (2012), apresentando adequados níveis de validade e de confiabilidade (consistência interna apresentou alpha de Cronbach de 0,85).

É constituída por 10 itens, em uma escala de Likert com quatro opções de resposta que varia entre 1 (não é verdade) a 4 (sempre é verdade). Cada item refere-se ao alcance de metas e indica uma atribuição interna estável do sucesso, sendo que, quanto maior o resultado, maior percepção da autoeficácia. A somatória de pontos varia entre 10 a 40 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior o sentimento de autoeficácia (ANEXO B).

3.4.3 Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

A Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) é composta por sete itens e avalia a adesão do paciente em relação ao uso diário dos medicamentos.

A versão original foi elaborada e aplicada em indivíduos com condições crônicas em Portugal (DELGADO; LIMA, 2001) e, posteriormente aplicada em estudos na população brasileira (GIMENES; ZANETTI; HAAS, 2009; SILVA, 2011). A versão brasileira desse instrumento foi validada e adaptada culturalmente por Delgado e Lima, apresentando adequados níveis de validade e de confiabilidade (consistência interna apresentou alpha de Cronbach de 0,75).

Seus itens estão dispostos em uma escala ordinal de seis pontos que varia de sempre (1 ponto) a nunca (6 pontos). Os valores obtidos com as respostas aos sete itens são somados e divididos pelo número de itens, ou seja, variam de 1 a 6. Posteriormente, os valores 5 e 6 são computados como um (o que na escala original corresponde a aderente) e os demais são computados como zero (não aderentes na escala original), finalizando em uma escala dicotômica sim/não (aderente/não aderente) (ANEXO C).

3.5 Tratamento estatístico

Os dados coletados foram digitados em uma planilha eletrônica (Microsoft Office Excel) e posteriormente transportados para os softwares IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0, ambos executados em ambiente Windows®. Para todas as análises, adotamos o índice de significância de 0,05.

Para tratamento estatístico, todos os dados contínuos foram testados quanto à normalidade pelo teste de Kolmogorov Smirnov Lilliefors.

Como algumas das variáveis qualitativas com múltiplos níveis apresentavam amostra muito baixa (pouca representatividade das mesmas), optamos pela dicotomização das variáveis. As classificações adotadas para dicotomização foram: procedência (1- município local; 0- outras cidades); estado civil (1- com companheiro; 0- sem companheiro); escolaridade (1- ensino médio completo ou maior; 0- ensino médio ou menos); ambulatório origem (1- público; 0- privado); sexo (1- feminino; 0- masculino).

Os dados das variáveis foram apresentados na forma de frequência absoluta, relativa ou como média, erro padrão, mínimo, máximo e a mediana (dependendo da distribuição).

Para a comparação do perfil dos dois grupos, os dados dicotomizados do perfil foram comparados como teste de Qui-Quadrado de independência com correção de continuidade. Para os dados contínuos, não pareados, que não mostraram normalidade, na sua maioria, foi aplicado o teste de Mann-Whitney. Especificamente para o MAT, foi testada se a frequência de adesão foi diferente da proporção 1:1, pelo teste de Qui-Quadrado de aderência com correção de continuidade.

Em relação à avaliação dos constructos Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP) e Medida de adesão ao tratamento (MAT), os quais são multifatoriais, utilizamos a regressão linear múltipla, pelo método dos mínimos quadrados, para avaliar o efeito da hemodiálise no constructo autoeficácia nos pacientes em hemodiálise (código 1) e na grupo normativo (código 0) (modelo 1). Para o MAT considerou apenas a população de hemodiálise (código 1). Para seleção das variáveis de importância nas dimensões do constructo avaliado, foi utilizado o método *backward*, baseando-se no critério de exclusão do modelo, a probabilidade menor que 10%. Essa análise também foi realizada para os indivíduos em hemodiálise, acrescentando-se as variáveis específicas desses pacientes ao modelo completo (modelo 2). Como os modelos não foram construídos com o intuito de predição, mas para descrever os indivíduos estudados. Os pressupostos dos modelos não foram testados.

Em relação à avaliação do instrumento Medida de adesão ao tratamento (MAT) dicotomizado, foi utilizada a análise de regressão logística múltipla. Para isso, utilizamos o método de seleção de variáveis *backward*, baseando-se no critério de exclusão do modelo (considerando a probabilidade do teste de Wald maior que 10%). Realizados os ajustes, calculamos o *Odds Ratio*, considerando um intervalo de confiança de 95% (*Odds Ratio* ajustado).

4 RESULTADOS

Participaram do estudo 200 indivíduos (grupo de estudo=100; grupo normativo=100). Quanto às características dos participantes do grupo de estudo, verificamos que houve predominância do sexo masculino 59%, em 68% tinham nível educacional de ensino médio incompleto, 55% referiram não viver conjugalmente com alguma companhia. A maioria, 53% era proveniente de instituição privada e 57% referiram ter apresentado algum tipo de complicação decorrente da DRC. Já em relação às características gerais do grupo normativo, verificamos que houve predominância do sexo feminino 54%, em 56% tinham nível educacional de ensino médio completo/superior e 62% referiram viver conjugalmente. Verificamos, portanto, que apenas as variáveis, estado civil e escolaridade, tiveram diferença estatística entre os grupos avaliados ($p < 0,05$). No que se refere às variáveis contínuas, verificamos que o grupo de estudo era mais velho (média=53,59 anos) comparado ao grupo normativo (47,79 anos) ($p = 0,004$). Em todas as outras variáveis avaliadas, o grupo normativo tinha característica superior ao grupo de estudo, no que se refere em nível de instrução, renda individual e familiar ($p < 0,05$) (tabela 1).

Tabela 1. Perfil social e demográfico de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e de uma população normativa (n=100 cada grupo, exceto variáveis de renda com 99 para a população normativa).

| Variável | Estrato | Grupo n (%) | | p-valor ¹ |
|--------------------|------------------|-------------|-----------|----------------------|
| | | Hemodiálise | Normativa | |
| Sexo | Masculino | 59 (59) | 46 (46) | 0,089 |
| | Feminino | 41 (41) | 54 (54) | |
| Estado Civil | Sem companheiro | 55 (55) | 38 (38) | 0,023 |
| | Com companheiro | 45 (45) | 62 (62) | |
| Escolaridade | Médio incompleto | 68 (68) | 44 (44) | 0,001 |
| | Médio completo | 32 (32) | 56 (56) | |
| Tabagismo | Não | 86 (86) | 93 (93) | 0,166 |
| | Sim | 14 (14) | 7 (7) | |
| Atividade Física | Não | 71 (71) | 63 (63) | 0,229 |
| | Sim | 29 (29) | 37 (37) | |
| Ambulatório origem | Público | 47 (47) | | |
| | Privado | 53 (53) | | |
| Complicações | Não | 43 (43) | | |
| | Sim | 57 (57) | | |
| Comorbidades | Não | 16 (16) | | |
| | Sim | 84 (84) | | |

| Variável | Hemodiálise | | Normativa | | p-valor ² |
|---------------------------|------------------|--------------------|-----------------|--------------------|----------------------|
| | Média ± EP | Mín-Máx (Mediana) | Média ± EP | Mín-Máx (Mediana) | |
| Idade (anos) | 53,59 ± 1,47 | 21 - 81 (54) | 47,79 ± 1,52 | 20 - 82 (47) | 0,004 |
| Tempo de instrução (anos) | 8,41 ± 0,39 | 0 - 17 (9,5) | 9,92 ± 0,36 | 2 - 20 (11) | 0,003 |
| Renda individual (reais) | 1584,56 ± 150,17 | 800 - 10000 (980) | 1842,88 ± 151,9 | 0 - 8000 (1300) | 0,018 |
| Renda familiar (reais) | 2712,52 ± 220,78 | 900 - 11000 (1980) | 3441,6 ± 272,2 | 900 - 22000 (2800) | 0,001 |
| Salários mínimos | 2,52 ± 0,13 | 1 - 6 (2) | 2,96 ± 0,12 | 1 - 6 (3) | 0,004 |
| Número de moradores | 2,6 ± 0,15 | 0 - 7 (2) | 2,82 ± 0,15 | 0 - 6 (3) | 0,187 |
| Tempo sessão (min) | 220,25 ± 2,29 | 150 - 270 (225) | | | |
| Tempo Terapia (meses) | 5,05 ± 0,43 | 1 - 19 (4) | | | |
| Tempo Diagnóstico (meses) | 7,16 ± 0,68 | 1 - 40 (5) | | | |
| Comorbidades (número) | 1,57 ± 0,1 | 0 - 4 (1,5) | | | |

Legenda: EP - erro padrão; Mín - mínimo; Máx - máximo.

¹p-valor teste de Qui-Quadrado com correção de continuidade. ²p-valor teste de Mann-Whitney.

Quanto aos escores da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP), verificou que o grupo de estudo (Média= 39,27; Mediana= 40) apresentou pontuação equivalente ao da população normativa (Média=39,24; Mediana= 40) ($p>0,005$). A pontuação média da Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) foi de 5,06 pontos (EP= $\pm 0,09$), sendo que em 65% da população do grupo estudo mostraram-se aderentes. ($p<0,005$) (Tabela 2).

Tabela 2. Escores da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP) e da Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico e de uma população normativa (n = 100 pacientes por grupo) no Município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018.

| Grupo | Estatística | EAGP | MAT |
|-------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Hemodiálise | Média \pm EP | 39,27 \pm 0,66 | 5,06 \pm 0,09 |
| Normativa | | 39,24 \pm 0,70 | |
| Hemodiálise | Mín-Máx (Mediana) | 23,0 – 50,0 (40) | 2,71 – 6,0 (5,29) |
| Normativa | | 19,0 – 50,0 (40) | |
| | p^1 | 0,846 | |
| | | Prevalência n (%) | |
| Hemodiálise | | < 5 pontos | 35,0 (35,00) |
| | | \geq 5 pontos | 65,0 (65,00) |
| | p^2 | | 0,0037 |

Legenda: EP- erro padrão; Mín- mínimo; Máx- máximo;

¹ p probabilidade baseada na comparação das medianas pelo teste de Mann-Whitney;

² p probabilidade baseada na comparação das frequências pelo teste de Qui-Quadrado de aderência para proporções esperadas iguais.

Na tabela 3 analisamos a influência de variáveis sociais, demográficas e clínicas sob a autoeficácia no grupo de estudo e na população normativa. A variável que influenciou na autoeficácia foi o tempo de ensino formal ($Bi = -0,33$; $p = 0,007$). Da mesma forma, quando consideramos apenas o grupo de estudo, a variável que influenciou nos escores de autoeficácia foi o tempo de ensino formal ($Bi = -0,564$; $p = 0,002$). No que se refere a adesão ao tratamento, as variáveis que influenciaram nesse constructo foram a idade ($Bi = 0,017$; $p = 0,003$), tabagismo ($Bi = -0,45$; $p = 0,051$) e a autoeficácia do paciente ($Bi = -0,026$; $p = 0,035$).

Tabela 3. Regressão linear múltipla para a Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP) e a Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico e de uma população normativa no município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018.

| Hemodiálise versus Normativa | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------|-----------|----------|----------|
| Escala | Variável¹ | Bi | EP | T | P |
| EAGP | Constante | 39,04 | 1,82 | 21,47 | <0,001 |
| | Procedência | 2,80 | 1,45 | 1,93 | 0,055 |
| | Estado Civil | 1,59 | 0,96 | 1,66 | 0,099 |
| | Tempo de ensino formal (anos) | -0,33 | 0,12 | -2,7 | 0,007 |
| Hemodiálise | | | | | |
| Escala | Variável¹ | Bi | EP | T | P |
| EAGP | Constante | 40,85 | 1,83 | 22,35 | < 0,001 |
| | Procedência | 2,93 | 1,74 | 1,68 | 0,096 |
| | Atividade física | 2,52 | 1,43 | 1,76 | 0,082 |
| | Tempo de ensino formal (anos) | -0,564 | 0,17 | -3,25 | 0,002 |
| MAT | Constante | 3,50 | 0,54 | 6,41 | < 0,001 |
| | Tabagismo | -0,45 | 0,22 | -1,97 | 0,051 |
| | Idade (anos) | 0,017 | 0,006 | 3,05 | 0,003 |
| | Comorbidades (número) | -0,19 | 0,08 | -2,36 | 0,02 |
| | EAGP | 0,026 | 0,012 | 2,14 | 0,035 |

Legenda: *Bi*: i-ésima estimativa dos parâmetros do modelo, *t*- estatística pelo teste *t* de Student para a estimativa; *EP*- erro padrão; *p*- probabilidade. ¹Codificação das variáveis: Procedência (1- município local; 0- outras cidades); Estado Civil (1- com companheiro; 0- sem companheiro); Tabagismo (1- sim; 0- não); Atividade Física (1- sim, 0- não).

Os resultados da regressão logística múltipla para a Medida de Adesão ao Tratamento nos pacientes com doença renal crônica que influenciaram na adesão ao tratamento foram a idade ($Bi=0,064$; $p= 0,001$), o tempo de diagnóstico ($Bi=0,088$; $p= 0,042$) e o número de comorbidades ($Bi= -0,795$; $p= 0,019$). Além disso, podemos observar que o número de comorbidades foi um fator negativo para a adesão ao tratamento ($OR=0,45$; $p=0,019$), ao passo que, a idade e tempo de diagnóstico tiveram um efeito positivo sob esse constructo ($OR=1,07$ e $1,09$ respectivamente; $p<0,05$) (Tabela 4).

Tabela 4. Regressão logística múltipla para a Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico no município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018.

| Variável ¹ | <i>Bi</i> | <i>P</i> | <i>Odds-Ratio</i> | <i>LI</i> | <i>LS</i> |
|------------------------------|------------------|-----------------|--------------------------|------------------|------------------|
| Idade (anos) | 0,064 | 0,001 | 1,07 | 1,025 | 1,109 |
| Tempo de diagnóstico (anos) | 0,088 | 0,042 | 1,09 | 1,003 | 1,188 |
| Comorbidades (número) | -0,795 | 0,019 | 0,45 | 0,232 | 0,879 |
| Tabagismo | -1,319 | 0,077 | 0,27 | 0,062 | 1,152 |
| Atividade física | 1,029 | 0,084 | 2,80 | 0,870 | 9,000 |
| Presença de comorbidades | 1,550 | 0,081 | 4,71 | 0,825 | 26,933 |
| Estado Civil | 1,034 | 0,056 | 2,81 | 0,976 | 8,099 |
| EAGP | 0,068 | 0,085 | 1,07 | 0,991 | 1,158 |
| Constante | -6,525 | 0,002 | 0,001 | | |

Legenda: *Bi*: i-ésima estimativa dos parâmetros do modelo; *p*: probabilidade pelo teste de Wald; *LI* e *LS*- limite inferior e superior, respectivamente, do intervalo de confiança do *Odds-Ratio* a 95%. ¹Codificação das variáveis: Estado Civil (1- com companheiro; 0- sem companheiro); Tabagismo (1- sim; 0- não); Atividade Física (1- sim; 0- não).

5 DISCUSSÃO

Este estudo mensurou a autoeficácia e a adesão ao tratamento dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico e avaliou a influência de diferentes variáveis sociais, demográficas e clínicas sobre a autoeficácia do grupo estudo em relação a um grupo normativo e os determinantes de adesão ao tratamento dos pacientes renais crônicos.

A DRC e seu tratamento exigem mudanças no estilo de vida da pessoa e que geram perturbações e impactos negativos em vários aspectos da vida, na maneira de ser, de pensar e de agir do indivíduo (CALDERAN et al., 2013). Todas essas mudanças geram estresse e desencadeiam sentimentos de revolta e conflito nessas pessoas, os quais interferem na adesão à sua terapia (PACHECO; SANTOS; BREGMAN, 2007). O apoio familiar e dos profissionais de saúde são fundamentais no enfrentamento dessa condição (SILVA et al., 2011). As mudanças observadas no cotidiano dessas pessoas são variadas, dentre elas podemos citar os cuidados com a dieta, o controle da ingestão de líquidos, cuidados com a fístula arteriovenosa, além da necessidade de seguir um programa terapêutico delimitado por uma escala, cujos dias aprazados é imprescindível seu comparecimento e adesão ao tratamento proposto (SOUZA; SOUZA; DIONÍZIO, 2018).

A implementação de um programa educativo, que visa orientar o autocuidado do paciente e torná-lo membro ativo nesse processo, diminui sua ansiedade, capacita-o para o tratamento e gera maior adesão ao tratamento (PACHECO; SANTOS; BREGMAN, 2007). Essa estratégia vai de encontro com as crenças e princípios da autoeficácia, a qual foi definida em 1997, por Albert Bandura, como sendo crenças que as pessoas têm sobre si mesmo e sobre sua capacidade e habilidade para executar ações (RABELO; CARDOSO, 2007).

Em relação à caracterização de nossa amostra, evidenciamos que houve predominância do sexo masculino. No que se refere ao nível de escolaridade constatamos que a maioria possuía nível de instrução mediano. Além disso, observamos que com relação a variável estado civil, a maioria dos pacientes com DRC viviam sem companhia conjugal.

Sobre a variável gênero, nosso achado se assemelha ao estudo de Castro et al. (2003) e Ribeiro et al. (2013), os quais encontraram predominância do sexo masculino. Segundo o Ministério da Saúde, os homens são mais vulneráveis às doenças crônicas, dentre elas a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), principais fatores de risco para desenvolver a DRC (OLIVEIRA et al., 2015).

No que se refere ao tempo de ensino formal, podemos observar que o grupo estudo apresentou tempo de formação inferior em relação ao grupo normativo. O estudo de Silva et

al. (2016), corrobora com o nosso estudo, o qual apresenta que os pacientes possuem menos de 8 anos de estudo (65,5%). Já o estudo de Guerrero, Alvarado e Espina (2012), a média do tempo de estudo formal foi de 7,84 anos.

Avaliar o nível de escolaridade é muito importante, visto que essa variável pode interferir com o prognóstico e sobrevida do paciente. Acredita-se que indivíduos com nível de escolaridade menor apresentam maior dificuldade em compreender a importância do tratamento e dos cuidados que se devem ter (AZEVEDO; SIQUEIRA; MANHÃES, 2015). Destaca-se ainda que a falta de informação e o desconhecimento a respeito da hemodiálise são fatores estressores, mencionados pelos clientes no início de tratamento hemodialítico (MADEIRO et al., 2010).

Estudos demonstram que o nível de escolaridade de pacientes com DRC geralmente é baixo (AZEVEDO; SIQUEIRA; MANHÃES, 2015; OTTAVIANI et al., 2016). A escolaridade é um fator importante, pois reflete no modo de assimilação e na compreensão a respeito da doença e das informações recebidas pelo paciente, o que pode prejudicar na adesão ao tratamento (SILVA et al., 2016).

No que se refere à situação econômica, a renda individual e familiar foi diferente nos dois grupos, visto que no grupo normativo a renda foi superior ao grupo hemodiálise. Em um estudo realizado no Rio de Janeiro por Lata et al. (2008), verificou que a renda familiar variou entre 1 a 5 salários mínimos, sendo que a maioria apresentava faixa de 1 a 2,5 salários. Outro estudo realizado por Coutinho e Tavares (2011) verificou que a maioria dos entrevistados informaram receber de 1 a 2 salários. Os dados que encontramos em nosso estudo foram semelhantes aos da literatura.

Das implicações econômicas acarretadas pela DRC, destacamos a dificuldade para entrar e se manter no mercado de trabalho, a redução das horas de trabalho, a aposentadoria precoce e o desemprego (MARTÍNEZ et al., 2011). Além disso, o estudo de Frazão, Ramos e Lira (2011), ressaltam que, devido à redução dos rendimentos, outras dificuldades são apontadas nos DRC, tais como a dificuldade no acesso ao serviço de saúde, à nutrição adequada, ao transporte, ao tratamento farmacológico e dialítico, favorecendo uma sobrevida que, muitas vezes, é considerada indigna.

No que se refere ao aspecto conjugal, observamos a maior predominância de pacientes com DRC sem companhias conjugais. Nossos achados divergiram em relação a estudos prévios, os quais descreveram que a maioria dos pacientes com DRC convivia com parceiros conjugais (MARTINS; CESARINO, 2005; MARINHO et al., 2017;).

O suporte emocional afeta diferentemente a saúde das pessoas, já que o fato possuir companheiro constantemente tem produzido melhores condições de saúde física e mental entre os pacientes renais crônicos, considerando-se os recursos emocionais que dela se obtém, melhorando assim seus estados de humor depressivo (FERREIRA; SILVA FILHO, 2011).

A DRC e seu tratamento não afetam apenas o doente, mas também seus familiares e as outras pessoas de sua rede social (CARREIRA; MARCON, 2003). A estrutura familiar é modificada, pois é necessário se adaptar às exigências da condição crônica de seu ente querido e aprender a conviver com a nova realidade advinda desta patologia (CAVALCANTE et al., 2015).

De acordo com o estudo realizado por Silva et al. (2011), o apoio familiar é decisivo na percepção dos pacientes para o enfrentamento e manutenção do tratamento da doença crônica. Nesta perspectiva, apesar do diagnóstico da DRC e do tratamento dialítico ocasionar grande angústia em todo o círculo social do paciente, a família possui um papel de destaque, pois possibilita que o paciente se sinta protegido, menos inseguro, amado e significativo, sentimentos que, na maior parte, exercem como estímulos positivos para o enfrentamento da doença e do seu tratamento. Segundo Abrunheiro (2005), o suporte social e familiar é um verdadeiro aliado para a recuperação do paciente, sobretudo em situações de estresse ou crise.

Os achados do estudo de Silva et al. (2016) citam que o apoio familiar configura-se como importante ferramenta de adaptação psicológica aos eventos estressores decorrentes da terapêutica hemodialítica. A família, quando está próxima, busca ajudar seus membros em todos os momentos, surgindo como meio principal para auxiliar os DRC a enfrentarem as dificuldades, minimizando perdas e frustrações impostas pela patologia, o que favorece o enfrentamento da doença e de seu tratamento.

No que se refere à variável idade, verificamos que o grupo de estudo era mais velho que o grupo normativo. Neste quesito, o grupo de estudo apresentou a faixa etária média de 53,59 anos, semelhante a outros estudos (GUERRERO; ALVARADO; ESPINA, 2012; OLIVEIRA et al., 2016). Guerrero, Alvarado e Espina (2012) identificaram idade média de 58,82 anos. Já Oliveira et al. (2016), encontraram 54,71 anos. Todos esses achados estão em acordo com os dados do censo brasileiro de diálise, o qual designa que a faixa etária predominante está entre 19 a 64 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2016). A taxa de filtração glomerular reduz a partir dos 40 anos, o que acarreta uma perda do equilíbrio interno dos rins, levando à maior predisposição ao comprometimento renal (OLIVEIRA et al., 2015).

No que se referem à variável complicação, mais da metade dos participantes do grupo de estudo apresentaram algum tipo de complicação devido à DRC e/ou à hemodiálise, semelhante ao estudo de Terra (2010). Esse pesquisador destacou a predominância de complicações cardiovasculares, vômito, tonturas, cefaléia, entre outros.

Um dos desfechos desta pesquisa refere-se aos resultados advindos da Escala de autoeficácia geral percebida (EAEGP). Nossos resultados não foram significativos, pois o grupo de DRC e o grupo normativo apresentaram pontuações equivalentes. Acreditamos que esse achado pode estar relacionado à resiliência desses indivíduos. A resiliência no tratamento hemodialítico consiste na adaptação do renal crônico as limitações impostas devido à terapia hemodialítica (SILVA et al., 2016). O profissional da enfermagem pode ser um facilitador desse processo, contribuindo para a compreensão da doença, pactuando e estimulando seu autocuidado, orientando e esclarecendo dúvidas, sobretudo relacionado à mudança de comportamento e de seu estilo de vida (CARDOSO; SADE, 2012).

De acordo com o estudo de Castro, Ponciano e Pinto (2010), os resultados obtidos das correlações entre autoeficácia e qualidade de vida mostraram relações importantes entre essas duas variáveis, indicando que aqueles indivíduos que possuem maior autoeficácia são também aqueles que possuem mais alta qualidade de vida (CASTRO; PONCIANO; PINTO, 2010). Além disso, os indivíduos com melhor autoeficácia são menos estressados e deprimidos e usam melhores estratégias de enfrentamento do que aqueles com baixa autoeficácia (RABELO; CARDOSO, 2007). Do mesmo modo, Salvetti et al. (2006) verificaram que pacientes com adequado nível de autoeficácia tendem apresentar menos incapacidade, poucos sintomas depressivos e melhores respostas ao tratamento. Outro estudo apontou que níveis elevados de autoeficácia associam-se com melhor estado de humor e de saúde, maior aderência à restrição de fluidos, menos distúrbios psicológicos, maior cumprimento das prescrições e mais comprometimento com o tratamento (CONTRERAS; ESPINOSA; ESGUERRA, 2008).

O estudo de Taal et al. (1993), avaliou o estado de saúde e a adesão as recomendações médicas, a autoeficácia e o apoio social em adultos irlandeses com artrite reumatóide. Os autores demonstraram melhora na autogestão da saúde conforme o aumento da autoeficácia e do apoio social e emocional referidos pelos pacientes.

Em relação à medida de adesão ao tratamento, verificamos que a maior parte do grupo estudo possui uma boa e satisfatória adesão ao tratamento. Segundo Oliveira e Gomes (2004), a adesão é expressa na medida em que o comportamento do paciente correspondente à

opinião, à informação ou ao cuidado médico, seguindo instruções para medicações, dietas e/ou fisioterapia.

A adesão do enfermo ao tratamento depende das características da doença e do regime terapêutico (DIAS et al., 2011). De acordo com Moreira et al (2008), o adequado grau de conhecimento dos pacientes em relação aos medicamentos que é apontado como um fator fundamental para a adesão ao tratamento farmacológico. Para alguns deles, o número de medicamentos e a frequência de administração refletem a gravidade da doença (QUADRADO; RUDNICKI, 2009). No estudo de Moreira et al. (2008), 18,5% dos pacientes foram considerados não-aderentes ao tratamento farmacológico e os principais motivos alegados pelos pacientes foram à incapacidade de adquirir o medicamento, esquecimento e ocorrência de reação desagradável. Segundo o estudo de Maldaner et al. (2008) os fatores que influenciam na adesão ao tratamento de indivíduos com doenças crônicas são a confiança na equipe, redes de apoio, nível de escolaridade, aceitação da doença, efeitos colaterais da terapêutica, falta de acesso aos medicamentos, tratamento longo, esquema terapêutico complexo e ausência de sintomas.

O adequado grau de conhecimento dos pacientes em relação aos medicamentos que é apontado como um fator fundamental para a adesão ao tratamento farmacológico (MOREIRA et al., 2008).

A adesão à terapia medicamentosa e todo o esquema terapêutico é fundamental para o manejo clínico e efetivo dos pacientes com DRC e em diálise. O seu descumprimento impede que os pacientes atinjam os benefícios propostos, além de associar ao aumento da mortalidade e de hospitalizações (NAGASAWA et al., 2018). De acordo com o estudo de SCHMID et al. (2009), as taxas de não adesão a medicamentos orais em pacientes crônicos em hemodiálise variaram de 3 a 80%. Em nosso estudo, verificamos que a idade e o tempo de diagnóstico foram associados à uma alta adesão ao tratamento. Além disso, nossos achados evidenciaram que a autoeficácia relacionou diretamente com a adesão ao tratamento. O estudo desenvolvido por Seidl et al. (2007) com pacientes que faziam seu tratamento em dois serviços especializados de HIV/AIDS, de uma rede pública de saúde, concluiu que pessoas com maior expectativa de autoeficácia em relação ao tratamento aderem melhor aos esquemas terapêuticos. O estudo de Santos e Faro (2018) citou que a elevada autoeficácia associa-se a maior satisfação com o tratamento.

Em relação aos resultados da análise da regressão linear múltipla, identificamos que a única variável que influenciou negativamente na autoeficácia do grupo normativo em relação ao grupo estudo foi tempo de ensino formal. E isso também aconteceu ao analisarmos apenas

o grupo de estudo. Os pacientes, com o nível escolar baixo, apresentam menor conhecimento sobre a doença, o tratamento e as mudanças na rotina e atividades de vida diária. Guanaré et al. (2016), demonstraram que os pacientes com menor nível de escolaridade apresentam menor adesão ao tratamento, satisfação terapêutica e engajamento com o estado de saúde.

A maioria dos participantes deste estudo apresentou nível de escolaridade mediano para baixo, o que pode interferir com o bom prognóstico do tratamento, pois se acredita que maior nível de instrução facilita a compreensão sobre a importância do tratamento e dos cuidados que um paciente renal deve ter (AZEVEDO; SIQUEIRA; MANHÃES, 2015). Esses achados coincidiram com o estudo de Marinho et al. (2017). Em contrapartida, o estudo de Santos et al. (2014) mostrou que a escolaridade parece não influenciar na evolução da DRC.

O estudo de Cavalcante et al. (2013) descreveu que pessoas com menor nível de escolaridade, podem sentir, com mais intensidade, o impacto da DRC em suas atividades diárias, ou ainda, podem não aderir ao tratamento ou realizá-lo inadequadamente. O baixo nível educacional dificulta o empoderamento e a participação social, podendo refletir na autonomia e na tomada de decisão do paciente (PEREIRA et al., 2017).

No que se refere às variáveis que contribuíram positivamente para a adesão ao tratamento, destacamos a idade. O estudo de Tavares et al. (2013) justifica que a maior adesão ao tratamento, por indivíduos com mais idade, relaciona-se ao medo da doença se agravar, à vontade de viver e à necessidade de realizar o tratamento. Tudo isso aumenta a motivação para cumprir o regime de terapêutica medicamentosa.

Parcias et al. (2014) constataram que o impacto da HD em aposentados é menor em relação as pessoas em idade produtiva. De acordo com Silva, (2013) e Martins e Cesarino (2005), pessoas com mais idade tendem a ser mais dependentes e precisar de maior apoio familiar (ou de outro cuidador), que o ampare nas atividades diárias. Sendo assim, podemos inferir que estratégias de educação em saúde podem ser mais efetivas e fáceis, em indivíduos com mais idade. O estudo de Borges e Porto (2014) citam que, a simples concordância do paciente frente ao tratamento, implicará no autocuidado, melhorando sua saúde por meio da redução dos sinais e sintomas da doença.

Nossos resultados constataram que o tempo de diagnóstico teve impacto positivo sobre a adesão ao tratamento e isso corrobora com os achados de Costa et al. (2009). Com o passar do tempo, para conviver com a doença, os pacientes buscam estratégias para normalizar seu estilo de vida. É necessário um conjunto de ações e interpretações, as quais dependem dos valores e percepções dos envolvidos (ROSA; LOURES, 2013). Deste modo, Negri et al. (2016), nos mostram que com o passar do tempo de tratamento, os pacientes tendem a

melhorar a sua capacidade física, mental e social de enfrentar a doença, fazendo ainda que estes indivíduos com DRC se ajustem às exigências da doença, com sentimentos de conformismo e de aceitação acerca o seu estado de saúde.

Além disso, o nosso estudo verificou que o número de comorbidades foi um fator negativo para a adesão ao tratamento. Alguns estudos avaliam que a coexistência de diferentes patologias piora o estado de saúde e reduz a capacidade funcional, a qualidade de vida desses indivíduos e a disposição para lutar contra a situação acometida (NEGRI et al., 2016; SILVA et al., 2011).

Alguns estudos comprovam que o regime terapêutico da DRC apresenta grandes taxas de não adesão ao tratamento. Segundo Sagnaolin e Figueiredo (2011), fatores como: idade, gênero, tabagismo, duração da HD e comorbidades determinam o processo da má adesão.

No campo científico e clínico, ainda há muito a ser feito pelos pacientes com DRC em hemodiálise. Na literatura, há poucos estudos que relacionam a autoeficácia e adesão ao tratamento. Sendo assim, é necessário que cresça a preocupação por parte dos profissionais em desenvolver pesquisas acerca deste tema para que possamos subsidiar aos pacientes não somente visando ao autocuidado, mas também acreditando que o conhecimento da doença possa influenciar positivamente na adesão ao tratamento e promover evidências para futuros estudos relacionadas ao tema.

Apesar de esse estudo ter atingido os objetivos propostos, reconhecemos a existência de algumas limitações (tamanho da amostra pequeno, falta de intervenção clínica para mensurar os efeitos das intervenções e a necessidade de avaliação clínica mais objetiva, baseando-se em variáveis clínicas e resultados de exames propedêuticos ou laboratoriais específicos).

Por outro lado, essas limitações podem ser superadas com a realização de novos estudos, preferencialmente longitudinais, baseando-se na aplicação de intervenções em saúde específicas para essas condições de saúde. Mesmo assim, constatamos que nossos resultados são bastante importantes, pois agregam novos indícios na literatura, que até então eram desconhecidos pela comunidade científica.

Os resultados encontrados são evidências para que os profissionais de saúde englobem a avaliação desses constructos subjetivos na avaliação clínica dos pacientes com DRC, e assim busquem estratégias para detectar os níveis de autoeficácia para melhorar a adesão ao tratamento desses pacientes. Todas essas estratégias visam ganhos na ativação do indivíduo com DRC, baseados no seu autocuidado, na maior disposição e na aptidão do indivíduo na autogestão de sua condição crônica a fim de obterem melhores resultados em saúde.

6 CONCLUSÃO

A vida dos pacientes com de DRC é marcada por ruptura e imposição de severas limitações ao cotidiano, gerando modificações de seus hábitos e estilos de vida. Com os resultados desse estudo podemos constatar que:

- O grupo de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise apresentou pontuação da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP) equivalente ao da população normativa.
- A pontuação da Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) revelou que a maioria dos participantes do grupo de estudo era aderente ao tratamento.
- Na avaliação da influência de variáveis sociais, demográficas e clínicas sob a autoeficácia, de ambos os grupos, a única variável que influenciou nesses escores foi o tempo de ensino formal.
- As variáveis que influenciaram na adesão ao tratamento foram idade e a autoeficácia do paciente.
- Das variáveis sociais, demográficas e clínicas, as que influenciaram na medida de adesão ao tratamento dos pacientes do grupo de estudo foi o número de comorbidades, o qual foi considerado um fator negativo e a idade e tempo de diagnóstico tiveram um efeito positivo sob esse constructo.
- O enfermeiro deve levar em conta as variáveis que podem interferir na autoeficácia do paciente, o que pode representar maior vulnerabilidade e menor adesão ao tratamento. Isso é importante para prestar uma assistência mais individualizada e integral do paciente.

REFERÊNCIAS

- ABRUNHEIRO, L. M. M. (2005). A satisfação com o suporte social e a qualidade de vida no doente após transplante hepático. **Psicologia.com.pt**. Acessado em 25/10/18.
- ASSIS, B. M. de. et al. Mudanças na vida cotidiana de pacientes em terapia renal substitutiva. **Revista Científica Faesa**, v. 12, n. 1, p. 59-62, 2016.
- AZEVEDO, S. M.; SIQUEIRA, A. S. de; MANHÃES, L. S. P. Insuficiência Renal Crônica: Análise do binômio enfermeiro-portador de IRC. **Biológicas & Saúde**, v. 5, n. 19, p. 11-34, 2015.
- BORGES, S. A. C.; PORTO, P. N. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. **Saúde em debate**, v. 38, n. 101, p. 338-346, 2014.
- CALDERAN, C. et al. Práticas de autocuidado de pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise peritoneal ambulatorial contínua. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental Online**, v. 5, n. 1, p. 3394-02, 2013.
- CARDOSO, L. B.; SADE, P. M. C. O enfermeiro frente ao processo de resiliência do paciente em tratamento hemodialítico. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná**, v. 2, n. 1, p. 2-10, 2012.
- CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 823-31, 2003.
- CASTRO, E. K.; PONCIANO, C. F.; PINTO, D. W. Autoeficácia e qualidade de vida de jovens adultos com doenças crônicas. **Aletheia**, v. 31 p. 137-148, 2010.
- CASTRO, M. de. et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 3, set.2003.
- CAVALCANTE, M. C. et al. Fatores associados à qualidade de vida de adultos submetidos à hemodiálise em uma cidade do nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 35, n. 2, p. 79-86, 2013.
- CAVALCANTE, M. C. V. et al. Portadores de doença renal crônica em fase produtiva: percepção sobre limitações resultantes do adoecimento. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p. 484-492, 2015.
- CONTRERAS, F.; ESPINOSA, J. C.; ESGUERRA, G.A. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodialisis. **Psicología y Salud.**, v. 18, n. 2, p. 165+, 2008.
- CORREA, F. M. S. et al. Doença crônica na infância: vivência do familiar na hospitalização da criança. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 18-23, 2006.

COSTA, F. A. P. et al. Cotidiano de pacientes de doença renal crônica – Percepções sobre a doença. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 19 n. 4 Supl 2: S12-17, 2009.

COUTINHO, N. P. S.; TAVARES, M. C. H. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, p. 232-239, 2011.

COUTINHO, M. da P. de L.; COSTA, F. G. Depressão e insuficiência renal crônica: uma análise psicossociológica. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 449-459, 2015.

DIAS, A. M. et al. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura: Revisão da Literatura. **Millenium**, v. 40, s/n, p. 201-219, 2011.

DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 2, n. 2, p. 81-100, 2001.

FERREIRA, R. C.; SILVA FILHO, C. R da. Qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 33, n. 2, p. 129-135, 2011.

FRAZÃO, C. M. F. de Q.; RAMOS, V. P.; LIRA, A. L. B. de C. Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. **Revista enfermagem UERJ**, v. 19, n. 4, p. 577-82, 2011.

FREITAS, P. P. W. de; COSMO, M. Atuação do Psicólogo em Hemodiálise. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 13 n. 1, s/p, 2010.

GIMENES, H. T.; ZANETTI, M. L.; HAAS, V. J. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 46-51, 2009.

GIROTTO, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013.

GONÇALVES, F. A. et al. Quality of life in chronic renal patients on hemodialysis or peritoneal dialysis: a comparative study in a referral service of Curitiba-PR. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 37, n. 4, p. 467-474, 2015.

GUANARÉ, V. da C. C. S. et al. Fatores associados à função cognitiva de pacientes com Doença Renal Crônica. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 24, n. 2, p. 1-10, 2016.

GUERRERO, V. G.; ALVARADO, O. S.; ESPINA, M. C. Qualidade de vida de pessoas em hemodiálise crônica: relação com variáveis sociodemográficas, médico-clínicas e de laboratório. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 5. p. 1-9, 2012.

KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 525-32, 2004.

- LATA, A. G. B. et al. Diagnósticos de enfermagem em adultos em tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, s/n, p. 160-163, 2008.
- MADEIRO, A. C. et al. Adesão de pacientes de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 546-551, 2010.
- MALDANER, C. R. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 29, n. 4, p. 647-53, 2008.
- MARINHO, A. W. G. B. et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 379-388, 2017.
- MARINHO, C. L. A. et al. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. **Revista da Rede de enfermagem do nordeste**, v. 18, n. 3, p. 396-493, 2017.
- MARTINS, A. C.; RIBEIRO, J. L. P. Desenvolvimento e validação da Escala de Auto-Eficácia para Utilizadores de Cadeira de Rodas. *Análise Psicológica*, v. 1, n. 26, p. 135-145, 2008.
- MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 5, p. 670-6, 2005.
- MARTÍNEZ, B. B. et al. Desigualdade social em pacientes renais crônicos. **Revista Brasileira Clínica Médica**, v. 9, n. 3, p. 195-9, 2011.
- MOREIRA, L. B. et al. Adesão ao Tratamento Farmacológico em Pacientes com Doença Renal Crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 30, n. 2, p. 113-9, 2008.
- NAGASAWA, H. et al. The Effect of Quality of Life on Medication Compliance Among Dialysis Patients. **Frontiers in Pharmacolog**, v. 9, s/n, s/p, 2018.
- NEGRI, E. C. et al. Qualidade de vida do paciente com insuficiência renal crônica submetido à hemodiálise. **Colloquium Vitae**, v. 8, n. 2, p. 32-36, 2016.
- NIFA, S.; RUDNICKI, T. Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 13, n. 1, p. 64-75, 2010.
- OLIVEIRA, A. P. B. et al. Quality of life in hemodialysis patients and the relationship with mortality, hospitalizations and poor treatment adherence. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 38, n. 4, p. 411-420, 2016.
- OLIVEIRA, C. G. et al. Avaliação do impacto da insuficiência renal crônica na qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 33 n. 2, p. 151-5, 2015.
- OLIVEIRA, C. S. et al. Perfil dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 42-49, 2015.

- OLIVEIRA, V. Z. de O.; GOMES, W. B. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes pacientes de doenças orgânicas crônicas. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 3, p. 459-469, 2004.
- OTTAVIANI, A. C. et al. Associação entre ansiedade e depressão e a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 1-8, 2016.
- PARCIAS, S. R. et al. Qualidade de vida e sintomas depressivos em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 24, n. 1, p. 16-20, 2014.
- PACHECO, G. de S.; SANTOS, I. dos; BREGMAN, R. Clientes com doença renal crônica: avaliação de enfermagem sobre a competência para o autocuidado. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** v. 11, n. 1, p. 44-51, 2007.
- PILGER, C. et al. Hemodiálise: seu significado e impacto para a vida do idoso. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 677-683, 2010.
- PEREIRA, R. M. de P. et al. Qualidade de vida de idosos com doença renal crônica em tratamento conservador. **Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]**, v. 70, n. 4, p. 887-95, 2017.
- PFEIFFER, E. Um questionário de estado mental portátil curto para a avaliação do déficit cerebral orgânico em pacientes idosos. **Jornal da American Geriatrics Society**, v. 23 p. 433-441, 1975.
- QUADRADO, A.; RUDNICKI, T. Adesão terapêutica e a doença crônica não transmissível. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 12 n. 2, 2009.
- RABELO, D. F.; CARDOSO, Crystiane Mendonça. Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. **Psico-USF**, v. 12, n. 1, p. 75-81, 2007.
- REIS, C. K. dos.; GUIRARDELLO, E. de B.; CAMPOS, C. J. G. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 3, p. 336-41, 2008.
- REZENDE, M. C. de et al. Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. **Psicologia Clínica**, v. 19, n. 2, p. 87-99, 2007.
- RIBEIRO, C. D. S. et al. Percepção do portador de doença renal crônica sobre o tratamento hemodialítico. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 3, p. 36-44, 2013.
- RIBEIRO, K. R. A. Cuidados de enfermagem aos pacientes com insuficiência renal crônica no ambiente hospitalar. **Revista Científica de Enfermagem**, v. 6, n. 18, p. 26-35, 2016.
- ROSA, K. R., LOURES, M. C. L. Qualidade de vida de idosos em hemodiálise: enfermagem e o lúdico. **Revista Estudos**, v. 40, n. 4, p. 419-446, 2013.
- RUDNICKI, T. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. **Contextos Clínicos**, v. 7, n. 1, p. 105-116, 2014.

SGNAOLIN, V.; FIGUEIREDO, A. E. P. L.. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 34, n. 2, p. 109-116, 2012.

SALVETTI, M. de G. et al. Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 3, p. 111-117, 2007.

SANTOS, C. M. de J.; FARO, A. Autoeficácia, locus de controle e adesão ao tratamento em pacientes com diabetes tipo 2. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 21, n. 1, 2018.

SANTOS, G. D. et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise na cidade de Mogi das Cruzes. **Diagnóstico e Tratamento**. v. 19, n. 1, p. 3-9, 2014.

SANTOS, I. dos; ROCHA, R. de P. F.; BERARDINELLI, L. M. M. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 335-42, 2010.

SARMENTO, L. R. et al. Prevalência das causas primárias de doença renal crônica terminal (DRCT) validadas clinicamente em uma capital do Nordeste brasileiro. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 40, n. 2, p. 130-135, 2018.

SBICIGO, J. B; TEIXEIRA, M. A. P.; DIAS, A. C. G.; DELL'AGLIO, D. D. Propriedades psicométricas da versão traduzida para o português da Escala de Autoeficácia Geral Percebida de Ralph Schwarzer. In: Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica. Resumos do II Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica. 2005.

SESSO R. et al. Relatório do censo brasileiro de diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 30, n. 4, p. 233-8, 2008.

SCHMID H., HARTMANN, B., SCHIFFL, H. Adesão à medicação oral prescrita em pacientes adultos em hemodiálise crônica: uma revisão crítica da literatura. **Journal of Medical Research**. v. 14, p. 185-190, 2009.

SILVA, A. S. da et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 839-44, 2011.

SILVA, G. E. et al. Qualidade de vida do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico em Dourados – MS. **Psicólogo inFormação**, v. 15, n. 15, 2011.

SILVA, R. A. R. da et al. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 147-154, 2016.

SILVA, A. R. da et al. Perdas Físicas e Emocionais de Pacientes Renais Crônicos Durante o Tratamento Hemodialítico. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 1, n. 2, p. 52, 2014.

SILVA, K. G. N. da. **Qualidade de vida de idosos pacientes de insuficiência renal crônica submetidos ao tratamento de hemodiálise**. 2013. 62 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

SILVA, G. D. et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: análise de fatores associados. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 8, n. 3, 2016.

SILVA, R. A. R. da et al. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Escola Anna Nery**, v. 20 n. 1 p. 247-154, 2016.

SILVEIRA, C. B. et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém – Pará. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 32 n. 1 p. 39-44, 2010.

SCHUSTER, J. T. et al. Avaliação de sintomas depressivos em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise em Tubarão–Santa Catarina–Brasil. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, v. 59, n. 1, p. 15-19, 2015.

SCHWARZER, R.; JERUSALEM, M. Generalized Self-Efficacy Scale. In Weinman, J., Wright, S., & Johnston, M. Measures in health psychology: A user's portfolio Causal and control beliefs. Windsor, UK: Nfer-Nelson, 1999. Disponível em <https://userpage.fu-berlin.de/health/engscal.htm> Acesso em: 13/07/2018.

SEIDL, E. M. F. et al. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2305-2316, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo de diálise SBN 2016. Disponível em: <http://www.censo-sbn.org.br/inicio> Acesso em 10 de outubro 2018.

SOUZA, F. dos S.L. de; SOUZA, J.F. de; DIONÍZIO, R.A. Atenção da enfermagem ao paciente portador de doença renal crônica em uso de método dialético por fístula arteriovenosa. **Revista Educação Meio ambiente e Saúde**, v. 8, n. 2, p. 59-83, 2018.

TAAL, E.; RASKER, J.J.; SEYDEL, E.R; WIEGMAN, O. Health status, adherence with health recommendations, self-efficacy and social support in patients with reumathoid arthrits. **Patient Education and Counseling**, v. 20, p. 63-76, 1993.

TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 17, v. 11, p. 2923-2930, 2012.

TAKEMOTO A. Y et al. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 256-62, 2011

TAVARES, N. U. L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1092-101, 2013.

TERRA, F. de S. et al. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 8, n. 3, p. 187-92, 2010.

APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Eliziane Santos Medeiros, Nadaby Maria de Jesus, Gracielly Ferreira de Souza e Rafaela Pires Rodrigues dos Santos**, acadêmicas do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, gostaríamos de convidar o (a) senhor (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa com o título “**Associação entre medidas de constructos subjetivos na autogestão em saúde de pacientes com doença renal crônica**”, sob a responsabilidade e orientação da **Prof^a Dra Cristiane Martins Cunha**.

Nesta pesquisa queremos conhecer como está sua autoestima, sua autoeficácia, a intensidade de sinais e sintomas de ansiedade e depressão e sua qualidade de vida. Além disso, queremos avaliar como e quais fatores influenciam no autocuidado ou autogestão de sua saúde.

Caso aceite participar do nosso estudo, iremos aplicar, por entrevista, uma sequência de questionários avaliativos. Salientamos também, que poderemos consultar o seu prontuário, para levantar algumas informações, caso o (a) senhor (a) não souber nos informar. Mas antes de tudo, precisamos da sua assinatura, nesse termo de consentimento Livre e Esclarecido, para formalizar o seu consentimento. Uma cópia deste Termo de Consentimento ficará com você e outra, com o responsável pela pesquisa. Em qualquer fase da pesquisa você poderá entrar em contato com os responsáveis pelo estudo que esclarecerão quaisquer dúvidas existentes.

Somente após seu consentimento que iniciaremos a entrevista e, se for necessário, consultaremos o seu prontuário clínico para buscar informações faltantes sobre a sua saúde. Toda a entrevista terá duração em torno de 30 a 35 minutos.

Os riscos esperados pela sua participação nesta pesquisa são mínimos e podem estar relacionados com a possibilidade do (a) senhor (a) sentir-se ansioso ou desconfortável com o tempo de entrevista ou por alguma pergunta de cunho pessoal, contidas nos questionários. A identificação do participante a pesquisa é outro risco que você estará sujeito, porém ele é remoto. Logo no momento da coleta das informações nos questionários, você receberá um código de identificação, o qual somente os responsáveis pela pesquisa terão acesso. Esta medida essencial a minimização do risco de identificação. Além disso, os dados provenientes desta pesquisa serão agrupados e, só assim, serão apresentados os resultados desta pesquisa em eventos e periódicos científicos. Garantimos a sua total privacidade e manteremos sigilo sobre as informações aqui fornecidas. Além disso, o (a) senhor (a) terá total liberdade para aceitar ou não participar desta pesquisa e de deixar de participar a qualquer momento sem precisar se justificar, retirando seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem ser prejudicado (a) no seu atendimento.

Os resultados do estudo serão utilizados para fins científicos e serão divulgados em eventos, revistas e meios de comunicação, no entanto, o (a) senhor (a) terá a segurança de não ser identificado (a) em nenhum momento e de que será mantido o caráter confidencial de todas as informações relacionadas à sua privacidade.

Comprometemo-nos a prestar-lhe informação atualizada durante o estudo, mesmo que isso possa afetar sua vontade de continuar participando da pesquisa. Se o (a) senhor (a) se sentir prejudicado por ter participado desta pesquisa, o (a) senhor (a) poderá buscar indenização de acordo com as leis vigentes no Brasil.

Em caso de dúvidas éticas, o (a) senhor (a) pode procurar o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia – (CEP)** pelo telefone (34) 3239-4131, de segunda à quinta-feira das 14h30 as 17h30 ou pelo email cep@propp.ufu.br, o qual se localiza na Av. João Naves de Ávila 2121-Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica, em Uberlândia-MG. O **CEP** é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, caso tenha qualquer dúvida sobre o estudo, o (a) senhor (a) poderá também entrar em contato com as pesquisadoras do estudo: Nadaby Maria de Jesus e Gracielly Ferreira de Souza (pelo telefone: (34) 3225-8603) e sua orientadora, a Prof.Dra Cristiane Martins Cunha, a qual pode ser encontrada na Av. Pará, 1720 –Bloco 2U –, Bairro Umarama, CEP: 38400-902, Uberlândia-MG.

Uberlândia, _____ / _____ /2017.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Participante da pesquisa

APENDICE B - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

a) **Data da entrevista:**.....

b) **Horário de Início:** **Término:**..... **Duração:**..... minutos

c) **Sexo:** 1- ()feminino 2- ()masculino

d) **Idade:**

e) **Município (Procedência):**

f) **Estado civil:** 1- () solteiro 2- () casado / união estável
 3- () separado / divorciado 4- ()viúvo

g) **Escolaridade:** 1- () escola primária 2- () fundamental incompleto
 3- () fundamental completo 4- () médio incompleto
 5- () médio completo 6- () superior incompleto
 7- () superior completo 8- () pós graduação

h) **Tempo total que frequentou o ensino formal:**.....anos

i) **Renda individual:**.....

j) **Renda familiar bruta:**..... **Salários mínimos:** 1- () 0a1 2- () > 1 a2
 3- () 3 a 4 4- () > 4 a 5 5- () > 5 a 10 6- () mais que 10 salários

k) **Descrever número de pessoas com quem reside em sua casa**.....

l) **A renda total engloba todos os moradores?**.....

m) **Profissão:**..... Ativo() inativo ()

APENDICE C – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA.

A) Ambulatório de origem (onde foi coletado): 1-() UFU 2- () Clinica Davita

B) Tempo de duração das sessões:.....

C) Frequência da Terapia Renal Substitutiva:.....

D) Tipo de Terapia Renal Substitutiva: 1-() HD 2- () DP

E) Tempo em que faz a Terapia Renal Substitutiva:.....

F) Causas da RC:.....

G) Data do diagnóstico:..... **Tempo de diagnóstico:**

H) Medicamentos que o paciente faz uso (nome e dose diária):

.....

I) Já apresentou algum tipo de complicação ou hospitalização decorrente da DRC? 1-() sim 2- () não quantas vezes?.....

Quais:.....

J) Possui diagnostico médico confirmado de outras doenças crônicas (comorbidades)?

1- () sim 2- () não Se sim, Quais?

K) Você fuma? 1-() sim 2-() não

Se sim, quanto tempo?.....

Não, mas fumei anos.

Parei anos.

L) Pratica Atividade Física regular?

1- () sim 2- () não

Se sim, quantas vezes por semana?.....

ANEXO A- CAPACIDADE DISCRIMINATÓRIA E DE ORIENTAÇÃO PSÍQUICA MENTAL

| Perguntas | Resposta | |
|--|-----------------|---------------|
| | Correta | Errada |
| (a) Qual seu nome completo? | | |
| (b) Qual sua data de nascimento? | | |
| (c) Em que dia da semana estamos? | | |
| (d) Qual o nome do local onde estamos nesse momento? | | |

Apto para participar do estudo? ()sim ()não

ANEXO B - ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA

Abaixo são apresentadas algumas questões sobre como você é. Por favor, faça um círculo em torno do número de 1 a 5 que indica a sua resposta em cada questão, conforme o esquema abaixo:

| | | | |
|-----------------------|---------------------------|------------------------------|----------------------------|
| 1.Discordo totalmente | 2.Discordo na maior parte | 3. Não concordo nem discordo | 4. Concordo na maior parte |
|-----------------------|---------------------------|------------------------------|----------------------------|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Eu sempre consigo resolver os problemas difíceis se eu tentar bastante | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Mesmo se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e formas de alcançar o que eu quero. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. É fácil para mim, agarrar-me aos meus objetivos e atingir as minhas metas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente com acontecimentos inesperados. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com as situações imprevistas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Eu posso resolver a maioria dos problemas se eu investir o esforço necessário para isso. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Eu consigo manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu confio nas minhas habilidades para enfrentar essas situações. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Quando eu me confronto com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Eu normalmente consigo resolver as dificuldades que acontecem na minha vida. | 1 | 2 | 3 | 4 |

ANEXO C - MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO

Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para sua doença?

| | | | | | |
|--------|--------------|----------------|-----------|-----------|-------|
| Sempre | Quase sempre | Com frequência | Por vezes | Raramente | Nunca |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Alguma vez foi descuidado com as horas de tomar os medicamentos para sua doença?

| | | | | | |
|--------|--------------|----------------|-----------|-----------|-------|
| Sempre | Quase sempre | Com frequência | Por vezes | Raramente | Nunca |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para sua doença por ter sentido melhor?

| | | | | | |
|--------|--------------|----------------|-----------|-----------|-------|
| Sempre | Quase sempre | Com frequência | Por vezes | Raramente | Nunca |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para sua doença por sua iniciativa, após ter se sentido pior?

| | | | | | |
|--------|--------------|----------------|-----------|-----------|-------|
| Sempre | Quase sempre | Com frequência | Por vezes | Raramente | Nunca |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Alguma vez tomou mais de um ou vários comprimidos para sua doença por sua iniciativa após ter se sentido pior?

| | | | | | |
|--------|--------------|----------------|-----------|-----------|-------|
| Sempre | Quase sempre | Com frequência | Por vezes | Raramente | Nunca |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Alguma vez interrompeu a terapêutica para sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

| | | | | | |
|--------|--------------|----------------|-----------|-----------|-------|
| Sempre | Quase sempre | Com frequência | Por vezes | Raramente | Nunca |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para sua doença por alguma outra razão que não seja indicação do médico?

| | | | | | |
|--------|--------------|----------------|-----------|-----------|-------|
| Sempre | Quase sempre | Com frequência | Por vezes | Raramente | Nunca |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |