

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

INGRID FERNANDA DE OLIVEIRA VIEIRA

**EFEITO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA  
HEMODIÁLISE EM PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA: EVIDÊNCIAS  
PARA A ASSISTÊNCIA**

ALFENAS/MG

2025

INGRID FERNANDA DE OLIVEIRA VIEIRA

**EFEITO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA  
HEMODIÁLISE EM PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA: EVIDÊNCIAS  
PARA A ASSISTÊNCIA**

Tese apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de doutora em Enfermagem ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas.

**Linha de pesquisa:** O processo de cuidar em Enfermagem

**Orientador:** Prof. Dr. Fábio de Souza Terra

**Coorientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Patrícia Scotini Freitas

ALFENAS/MG

2025

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas  
Biblioteca Central

Vieira, Ingrid Fernanda de Oliveira.

Efeito da intervenção educativa na adesão ao tratamento da hemodiálise em pessoa com doença renal crônica: evidências para a assistência / Ingrid Fernanda de Oliveira Vieira. - Alfenas, MG, 2025.

313 f. : il. -

Orientador(a): Fábio de Souza Terra.

Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2025.

Bibliografia.

1. Diálise renal. 2. Educação em saúde. 3. Insuficiência renal. 4. Pessoal de saúde. 5. Tecnologia educacional. I. Terra, Fábio de Souza, orient. II. Título.

Ficha gerada automaticamente com dados fornecidos pelo autor.

INGRID FERNANDA DE OLIVEIRA VIEIRA

**EFEITO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA  
HEMODIÁLISE EM PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA: EVIDÊNCIAS  
PARA A ASSISTÊNCIA**

O Presidente da banca examinadora abaixo assina a aprovação da tese apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: O processo de cuidar em Enfermagem.

Aprovado em: 12 de fevereiro de 2025.

Prof. Dr. Fábio de Souza Terra  
Presidente da Banca Examinadora  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Mônica La Salette da Costa Godinho  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Andréia Cristina Barbosa Costa  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Maria Betânia Tinti de Andrade  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Fábio de Souza Terra, Professor do Magistério Superior**, em 12/02/2025, às 12:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1428300** e o código CRC **491E774D**.

Dedico este trabalho aos meus pais, **Elza** e **Gilvas**, que sempre me apoiaram e me proporcionaram oportunidades para chegar onde cheguei.

Esta dedicatória se estende também ao meu esposo **Raphael**, por me apoiar nesta etapa demonstrando grande compreensão ao longo do caminho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus e Jesus pelo fortalecimento, iluminação e presença nos momentos de dificuldades, dúvidas e necessidades em minha vida.

Ao meu esposo, Raphael, pelo apoio, ajuda, compreensão, parceria, encorajamento, força e presença nesta caminhada.

Aos meus pais, Elza e Gilvas, e meu irmão, Luis Henrique, por sempre acreditarem em mim e aplaudirem cada conquista, mesmo à distância.

Aos meus sogros, Terezinha e Eugênio, pelo apoio e carinho.

Aos meus amigos, coordenadores de trabalho, profissionais da ESF Primavera, pelo incentivo, apoio e compreensão de minha ausência em alguns momentos devido ao doutorado.

Aos colegas de turma do doutorado, que não mediram esforços ao compartilhar experiências, dificuldades, informações e alegrias ao longo dessa jornada.

Ao meu orientador Prof. Dr. Fábio de Souza Terra primeiramente por Deus permitir estar presente ao longo dessa jornada e dedicar-se com tanto compromisso, responsabilidade e profissionalismo no ensinamento ao longo desses quatro anos. Agradeço a aprendizagem, compreensão, direcionamento, paciência e colaboração no percurso e conclusão desse trabalho.

À minha co-orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patrícia Scotini Freitas, por estar presente em todo o processo colaborando com igual compromisso, dedicação e profissionalismo. Agradeço pelos ensinamentos, paciência e aprendizagem durante todo esse trabalho.

Sinto-me honrada e extremamente agradecida por ter sido orientanda de vocês.

Aos professores membros da Banca Examinadora, pelas importantíssimas e valiosas contribuições ao trabalho.

Ao Prof.<sup>o</sup> Dr. Denismar Nogueira por se dispor em ajudar e auxiliar na análise estatística da pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas por compartilharem ensinamentos e abrirem novas portas de conhecimento.

Aos profissionais do Hospital Santa Casa de Alfenas que me receberam de forma tão acolhedora em seu local de trabalho para que a realização desta pesquisa fosse possível.

Aos enfermeiros, professores e médico que aceitaram também participar de uma das fases dessa pesquisa, colaborando com seus conhecimentos, comprometimento e opiniões acerca do material elaborado.

Às pessoas em tratamento hemodialítico do Hospital Santa Casa de Alfenas que colaboraram, me acolheram e aceitaram participar dessa pesquisa. Sem a colaboração deles, este estudo não seria possível.

Minha gratidão e carinho a todos que, diretamente ou indiretamente, colaboram e incentivaram para que eu concluísse essa jornada. Deixo aqui meu muito obrigada!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

*“Todas as vitórias ocultam uma abdicação”*

**(Simone de Beauvoir)**

## RESUMO

A doença renal crônica possui alta incidência e altas taxas de morbimortalidade e a adesão ao tratamento por parte da pessoa acometida pela patologia é de grande importância para a manutenção da qualidade de vida e da promoção de saúde. Este estudo teve como objetivo avaliar o efeito de uma intervenção educativa na adesão ao tratamento da hemodiálise em pessoa com doença renal crônica de um hospital geral de um município do Sul de Minas Gerais. Para a condução dessa pesquisa, foi realizada três etapas. A revisão integrativa, utilizou-se referencial metodológico, foi registrado no Open Science Framework e utilizou-se cinco fontes de informação. A pesquisa metodológica foi utilizada para construção de um material educativo e sua validação de conteúdo por meio de sete juízes e utilizando a técnica Delphi e o Índice de Validação de Conteúdo. Já a pesquisa quase-experimental, foi realizada com 142 pessoas submetidas a hemodiálise em um centro do Sul de Minas Gerais. Foram utilizados instrumentos validados na pré e pós intervenção, e a intervenção foi realizada no momento da hemodiálise, com apresentação e explicação do conteúdo da cartilha. A análise dos dados foi realizada com aplicação de testes estatísticos e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Como resultados, a revisão integrativa incluiu seis estudos e emergiram as seguintes categorias: alimentação/dieta, autocuidado e controle da pressão arterial, prática de atividade física, prática de respiração para a saúde mental e uso do medicamento cálcio. A etapa metodológica resultou na produção da versão da cartilha educativa “Saiba mais como aderir ao tratamento da hemodiálise”. Essa cartilha teve aprovação de todos os juízes, com Índice de Validação de Conteúdo final de um, e este material foi registrado no sistema “Registro de Direito Autoral – AutoriaFacil.com”. A etapa quase experimental teve como principais resultados: participação de 142 pessoas no primeiro momento (pré intervenção) e 130 no terceiro momento (pós intervenção), sendo maioria do sexo masculino, de 60 a 69 anos, católicos(as), renda de até R\$1500,00, casado(a)/união estável. Em relação à adesão propriamente dita, os participantes apresentaram altas médias nos quatro domínios do instrumento de adesão (hemodiálise, medicação, restrição de líquidos e dieta). Cada domínio teve associação com variáveis independentes: domínio hemodiálise com quatro variáveis independentes, domínio medicação com três, domínio restrição de líquidos com nove e domínio adesão à dieta com 11 variáveis independentes. Ao comparar as médias dos domínios de adesão antes e após intervenção educativa, observou-se que somente o domínio medicamento obteve diferença estatisticamente significativa, mostrando que a média aumentou após a realização da intervenção; porém, destaca-se que, por mais que os demais três domínios não apresentaram diferença estatisticamente significativa, as médias também apresentaram aumento após a realização da intervenção. Conclui-se que utilizar ações que envolvem educação em saúde, com apoio de estratégias e recursos como a cartilha, são um importante auxílio para a melhoria do conhecimento e das práticas de adesão ao tratamento em hemodiálise.

**Palavras- chave:** Diálise renal; Educação em saúde; Insuficiência renal; Pessoal de saúde, Tecnologia educacional.

## ABSTRACT

Chronic kidney disease has a high incidence and high morbidity and mortality rates, and adherence to treatment by people affected by the disease is of great importance for maintaining quality of life and promoting health. This study aimed to evaluate the effect of an educational intervention on adherence to hemodialysis treatment in people with chronic kidney disease at a general hospital in a city in the south of Minas Gerais. To conduct this research, three stages were carried out. The integrative review used a methodological framework, was registered in the Open Science Framework and used five sources of information. The methodological research was used to construct an educational material and its content validation by seven judges and using the Delphi technique and the Content Validation Index. The quasi-experimental research was carried out with 142 people undergoing hemodialysis in a center in the south of Minas Gerais. Validated instruments were used before and after the intervention, and the intervention was carried out at the time of hemodialysis, with presentation and explanation of the content of the booklet. Data analysis was performed using statistical tests, and the project was approved by the Research Ethics Committee. The integrative review included six studies and the following categories emerged: nutrition/diet, self-care and blood pressure control, physical activity, breathing practices for mental health, and use of calcium medication. The methodological stage resulted in the production of the educational booklet "Learn more about how to adhere to hemodialysis treatment". This booklet was approved by all judges, with a final Content Validation Index of one, and this material was registered in the "Copyright Registration – AutoriaFacil.com" system. The quasi-experimental stage had the following main results: participation of 142 people in the first stage (pre-intervention) and 130 in the third stage (post-intervention), the majority of whom were male, aged 60 to 69, Catholic, with an income of up to 1,500.00 BRL, married/in a stable union. Regarding adherence itself, participants presented high averages in the four domains of the adherence instrument (hemodialysis, medication, fluid restriction and diet). Each domain was associated with independent variables: hemodialysis domain with four independent variables, medication domain with three, fluid restriction domain with nine and diet adherence domain with 11 independent variables. When comparing the averages of the adherence domains before and after the educational intervention, it was observed that only the medication domain had a statistically significant difference, showing that the average increased after the intervention; however, it is noteworthy that, although the other three domains did not present a statistically significant difference, the averages also showed an increase after the intervention. It is concluded that using actions that involve health education, with the support of strategies and resources such as the booklet, are an important aid to improving knowledge and practices of adherence to hemodialysis treatment.

**Keywords:** Educational Technology; Health Education; Health Personnel; Renal Dialysis; Renal Insufficiency.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do quantitativo dos participantes nas três etapas da coleta de dados da pesquisa.....	47
Figura 2 - Identificação e distribuição da seleção de artigos no período de 2011 a 2022.....	60
Figura 3 - Cartilha intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da doença renal crônica” .....	105
Figura 4 - Cartilha final intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da hemodiálise” após avaliação dos juízes.....	124

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fontes de informação e descritores controlados para realização da busca de estudos primários.....	35
Quadro 2 - Estratégia de busca nas fontes de informação.....	36
Quadro 3 - Valores atribuídos aos itens das questões que abordam a adesão propriamente dita .....	49
Quadro 4 - Variáveis independentes utilizadas para as associações e os respectivos reagrupamentos/ dicotomizações.....	55
Quadro 5 - Síntese dos resultados dos estudos encontrados no período de 2011 a 2022, de acordo com as variáveis: título do estudo, periódico, autores, ano, país de publicação e idioma.....	61
Quadro 6 - Síntese dos resultados dos estudos encontrados no período de 2011 a 2022, de acordo com as variáveis: objetivos, tipo de estudo, participantes do estudo e nível de evidência.....	63
Quadro 7 - Síntese dos resultados dos estudos encontrados no período de 2011 a 2022, de acordo com as variáveis: principais resultados, limitações e conclusões.....	64
Quadro 8 - Avaliação da qualidade metodológica dos estudos quantitativos incluídos na revisão integrativa.....	68
Quadro 9 - Avaliação da qualidade metodológica do estudo qualitativo incluídos na revisão integrativa.....	69
Quadro 10 - Conteúdo da cartilha.....	70
Quadro 11 - Conteúdo sintetizado para a cartilha.....	93
Quadro 12 - Cálculo do IVC para validação da cartilha de acordo com cada item avaliado.....	118

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “sexo”, “faixa etária”, “crença religiosa”, “número de filhos”, “renda familiar mensal”, “recebimento de benefício”, “tipo de benefício recebido”, “ocupação profissional”, “estado civil”, “escolaridade” e “tipo de moradia” (n=142). Alfenas, MG, 2024.....	138
Tabela 2 - Hábitos de vida das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “consumo de bebida alcóolica”, “frequência do consumo de bebida alcóolica”, “tabagista”, “quantidade de cigarros consumidos”, “tempo de tabagismo”, “ex-tabagismo”, “tempo de cessação de tabagismo” e “prática de atividade física” (n=142). Alfenas, MG, 2024.....	142
Tabela 3 - Caracterização das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “doença crônica”, “quantidade de doença crônica” e “tipo de doença crônica” (n=142). Alfenas, MG, 2024.....	144
Tabela 4 - Caracterização das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “uso de medicamento contínuo e de uso diário”, “quantidade de medicamentos”, “tipo de medicamento” (n=142). Alfenas, MG, 2024.....	145
Tabela 5 - Caracterização das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico de acordo com os dados sobre a doença e o tratamento (n=142). Alfenas, MG, 2024.....	146
Tabela 6 - Distribuição das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico em relação às questões referentes às informações gerais (n=142). Alfenas, MG, 2024.....	150
Tabela 7 - Distribuição das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico em relação às questões referentes às informações gerais (n=142). Alfenas, MG, 2024.....	156
Tabela 8 - Distribuição das pessoas com doença renal crônica em hemodiálise em relação à percepção e ao conhecimento sobre o tratamento (n=142). Alfenas, MG, 2024.....	160

Tabela 9 - Distribuição das pessoas com doença renal crônica em hemodiálise em relação a adesão propriamente dita, em seus quatro domínios: hemodiálise, medicação, restrição de líquidos e dieta (n=142). Alfenas, MG, 2024.....	164
Tabela 10 - Estatística descritiva da adesão das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico em relação aos quatro domínios da adesão propriamente dita (n=142). Alfenas, MG, 2024....	166
Tabela 11 - Associação das variáveis independentes com o domínio da pontuação de adesão à hemodiálise (n=142). Alfenas, MG, 2024.....	168
Tabela 12 - Associação das variáveis independentes com o domínio da pontuação de adesão à medicação (n=142). Alfenas, MG, 2024.....	170
Tabela 13 - Associação das variáveis independentes com o domínio da pontuação de adesão à restrição de líquidos (n=142). Alfenas, MG, 2024.....	171
Tabela 14 - Associação das variáveis independentes com o domínio da pontuação de adesão à dieta (n=142). Alfenas, MG, 2024.....	174
Tabela 15 - Comparação da adesão ao tratamento hemodialítico antes x depois da intervenção educativa (n=142 antes e n=130 depois). Alfenas, MG, 2024.....	178

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DeCs	Descritores em Ciências da Saúde
DOI	<i>Digital Object Identifier</i>
DRC	Doença Renal Crônica
ESRDAQ	<i>The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire</i>
IRC	Insuficiência Renal Crônica
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
HD	Hemodiálise
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
KDOQI	<i>Kidney Disease Outcome Quality</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH	Medical Subject Headings
MH	<i>Cinahl Headings</i>
NKF	<i>National Kidney Foundation's</i>
OSF	<i>Open Science Framework</i>
PA	Pressão arterial
PBE	Prática baseada em Evidências
PUBMED	<i>National Library of Medicine National Institutes of Health</i>
QADRC-HD	Questionário de avaliação sobre a adesão do portador de doença renal crônica em hemodiálise
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva
RI	Revisão Integrativa
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UCAM	Universidade Cândido Mendes
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UNIFAL-MG	Universidade Federal de Alfenas

ULE

*Universidad de León*

UTI

Unidade de Tratamento Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	18
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	20
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	23
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	25
4.1	OBJETIVO GERAL.....	25
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	26
5.1	INSUFICIENCIA RENAL CRÔNICA E TRATAMENTO HEMODIALÍTICO.....	26
5.2	ADESÃO AO TRATAMENTO.....	28
5.3	ATIVIDADES EDUCATIVAS.....	30
<b>6</b>	<b>MÉTODO</b> .....	33
6.1	PRIMEIRA ETAPA: REVISÃO INTEGRATIVA.....	33
6.1.1	<b>Definição da pergunta da revisão</b> .....	34
6.1.2	<b>Busca e seleção dos estudos primários</b> .....	34
6.1.3	<b>Extração de dados dos estudos primários</b> .....	37
6.1.4	<b>Avaliação crítica dos estudos primários incluídos na revisão</b> .....	37
6.1.5	<b>Síntese dos resultados da revisão</b> .....	38
6.1.6	<b>Apresentação da revisão</b> .....	38
6.2	SEGUNDA ETAPA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO.....	38
6.2.1	<b>Construção do material educativo</b> .....	39
6.2.2	<b>Validação do material educativo</b> .....	40
6.3	TERCEIRA ETAPA: APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	44
6.3.1	<b>Tipo de estudo</b> .....	44
6.3.2	<b>Local do estudo</b> .....	44
6.3.3	<b>População do estudo</b> .....	45
6.3.4	<b>Instrumentos</b> .....	47
6.3.5	<b>Coleta de dados</b> .....	51
6.3.6	<b>Análise dos dados</b> .....	53

6.3.7	Aspectos éticos.....	57
7	<b>RESULTADOS.....</b>	60
7.1	REVISÃO INTEGRATIVA.....	60
7.2	CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO.....	70
7.3	AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	138
7.3.1	<b>Caracterização da população de estudo.....</b>	138
7.3.2	<b>Adesão ao tratamento hemodialítico.....</b>	150
7.3.3	<b>Associação das variáveis independentes com a adesão ao tratamento hemodialítico.....</b>	167
7.3.4	<b>Efeito da intervenção educativa na adesão ao tratamento hemodialítico.....</b>	177
8	<b>DISCUSSÃO.....</b>	180
8.1	REVISÃO INTEGRATIVA.....	180
8.2	CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO.....	186
8.3	AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA.....	190
8.3.1	<b>Caracterização da população de estudo.....</b>	191
8.3.2	<b>Adesão ao tratamento hemodialítico.....</b>	198
8.3.3	<b>Associação das variáveis independentes com a adesão ao tratamento hemodialítico.....</b>	206
8.3.4	<b>Efeito da intervenção educativa na adesão ao tratamento hemodialítico.....</b>	213
9	<b>CONCLUSÃO.....</b>	219
10	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	222
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	226
	<b>ANEXOS .....</b>	243
	<b>APÊNDICES .....</b>	297

## 1 APRESENTAÇÃO

Iniciei minha graduação em Enfermagem em março de 2009 na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), me graduando em agosto de 2014.

Entre setembro de 2012 e julho de 2013 realizei intercâmbio pelo Programa Ciência sem Fronteiras, indo para a Espanha e estudando na Universidad de León (ULE), experiência ímpar durante a graduação para conhecimento de outro Sistema de Saúde.

Minha primeira experiência profissional foi na área hospitalar, assumindo o setor de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) do Hospital Universitário de Juiz de Fora, em outubro de 2014, local em que realizei meu estágio obrigatório e onde tive o primeiro contato com a hemodiálise (HD) e a nefrologia. Permaneci no local até janeiro de 2015, assumindo demais setores também como medicina de homens.

Em março de 2015, fui aprovada para a Residência em Enfermagem em Nefrologia no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). O interesse pela área surgiu pelo contato com a HD no setor de UTI e por incentivo da docente supervisora do estágio curricular obrigatório, que reforçou a importância da capacitação de enfermeiros nesta área e a grande procura do mercado por profissionais especializados.

Durante a Residência, tive oportunidade de atuar nas grandes áreas da Nefrologia: transplante renal, HD, diálise peritoneal, assim como, também atuar no setor de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e urologia do referido Hospital. Foram dois anos de aprendizagem e de conhecimentos profundos na área e a oportunidade de acompanhar uma cirurgia de transplante renal.

Durante o ano de 2016, realizei também uma Especialização *Latu-sensu* em Enfermagem em Saúde do Idoso, pela Universidade Cândido Mendes (UCAM).

Ao término da Residência, assumi o concurso para enfermeira de Estratégia de Saúde da Família na Prefeitura Municipal de Três Corações-MG, durante o período de fevereiro a agosto de 2017. Em agosto do mesmo ano, pedi exoneração e assumi o mesmo cargo na Prefeitura Municipal de Alfenas -MG.

O intuito de assumir o concurso em Alfenas se deu principalmente pela oportunidade de realizar o Mestrado acadêmico em enfermagem na própria cidade, pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), ingresso que se deu no ano de 2018. Nesse momento, consegui trazer meu interesse novamente à área de

Nefrologia trabalhando com a análise da sobrecarga e do apoio social entre cuidadores informais de pessoas em HD. A dissertação foi defendida em fevereiro de 2020.

Em 2021, dando prosseguimento à qualificação na área acadêmica a partir do ingresso no Doutorado acadêmico em enfermagem da UNIFAL-MG, busco retomar meu interesse na área de Nefrologia a partir de questionamentos em relação ao efeito de intervenção educativa na adesão ao tratamento da pessoa com doença renal crônica em HD, visto que, durante a prática como residente em Enfermagem em Nefrologia, observei a carência de atividades voltadas a essas pessoas.

## 2 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis representam problemas de saúde que exigem gerenciamento contínuo das mesmas por um longo período, por parte das pessoas adoecidas, uma vez que a cronicidade passa a fazer parte do cotidiano de vida dessas pessoas e, por isso, necessitam de cuidados permanentes. Estas, por sua vez, compreendem, percebem e vivem a situação de cronicidade de uma doença por meio de suas perspectivas individuais, subjetividades, singularidades e contexto sociocultural em que estão inseridas (Silva *et al.*, 2021).

Considerada como um problema de saúde pública, a insuficiência renal crônica (IRC) se classifica como uma doença crônica. A IRC possui alta incidência e altas taxas de morbimortalidade e se instala no organismo de forma progressiva, debilitante e causando a perda irreversível da função renal. A doença acomete milhões de pessoas de variados grupos raciais e étnicos (Marques *et al.*, 2016).

No Brasil, a demanda de tratamento em terapia renal substitutiva (TRS) tem sido crescente dado o aumento do número de pessoas com diagnóstico de IRC. Os dados epidemiológicos apontam que, no ano de 2017, o número total de pacientes em diálise crônica foi estimado em 126.583mil pessoas (Thome *et al.*, 2019).

A TRS promove um aumento na sobrevida e na melhoria da qualidade de vida das pessoas com IRC. O tratamento dependerá da evolução da doença e pode ser o conservador (pré-diálise), diálise peritoneal e HD (Pinho; Silva; Perin, 2015; Lopes, 2021).

O tratamento terapêutico mais utilizado para a doença renal crônica (DRC) é a HD, que por sua vez traz inúmeras restrições de vida à pessoa em tratamento, como: alimentares, de atividades diárias básicas e sociais. O tratamento em si é realizado em clínicas especializadas ou hospitais durante quatro horas por dia três vezes por semana. Este processo pode implicar diretamente na qualidade de vida do usuário (Stumm, 2019).

São várias as repercussões que o tratamento de um renal crônico pode causar em seu portador. Por ser uma doença caracterizada pela perda da funcionalidade dos rins, o tratamento acompanha inúmeras restrições, limitando desde a realização de atividades que antes eram comuns em seu dia a dia até

limitações físicas, alimentares e sexuais, o que lhes implica o sentimento de perda da autonomia, tristeza, medo, carência, angustia, isolamento e acaba suscitando neles o pensamento da incapacidade de viver ou dificuldade de se viver com qualidade (Ribeiro; Jorge; Queiroz, 2020).

Apesar de essencial, muitas vezes os usuários não aderem ao tratamento da HD. A não adesão ao tratamento hemodialítico implica na progressão da IRC. Quando se refere ao tratamento farmacológico, seja por falha na indicação, dosagem, posologia ou mesmo por automedicação, pode gerar algum problema relacionado a medicamento e acarretar consequências negativas aos pacientes. Além disso, a falta de adesão também pode gerar algumas dificuldades referentes ao cumprimento do controle de peso interdialítico, obediência às restrições hídricas e dietéticas, o que dificulta no controle dos sintomas causados pelas doenças associadas, provocando dessa maneira maiores complicações na realização da HD e maior frequência de internações hospitalares. A não adesão ao regime prescrito é um problema comum em HD e está associada ao aumento da morbidade e mortalidade (Lira, 2020; Guimarães; Queiroz, 2021; Denhaerynck *et al.*, 2007).

A adesão ao tratamento é importante para reduzir significativamente as complicações relacionadas à DRC, melhorar a percepção de qualidade de vida, proporcionar conhecimentos que favoreçam ao cumprimento do tratamento e auxiliar na redução de efeitos nocivos da doença ao organismo (Griva *et al.*, 2018; Stumm *et al.*, 2019).

Dentre as atividades que favorecem a adesão ao tratamento da pessoa com DRC em HD, encontra-se o processo educativo em saúde, que se torna um meio de distribuição de conhecimento, promoção à saúde, prevenção de doenças e complicações. A tecnologia educacional utiliza diversos meios, como cartilhas, folhetos, vídeos e se torna uma eficaz ferramenta que auxilia no cuidado às pessoas, servindo para gerar e aplicar conhecimentos, dominar processos e produtos, potencializar as habilidades do próprio indivíduo, sanar dúvidas do paciente/familiar, auxiliar os próprios profissionais de saúde no ensino do autocuidado e desenvolvimento de competências (Lobo, 1985).

Com isso, a educação em saúde busca desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar de forma crítica a sua realidade, como também, de decidir

ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, de modo a organizar, realizar a ação e avaliá-la com espírito crítico (Brehmer *et al.*, 2021).

Diante de tais reflexões sobre a importância da educação em saúde no âmbito do cuidado às pessoas com doenças renais crônicas em HD, principalmente em relação à adesão ao tratamento, emergiram as seguintes inquietações: as pessoas com DRC em HD possuem adesão ao tratamento? Quais ações em saúde podem ser aplicadas às pessoas que estão em tratamento hemodialítico que podem auxiliá-las na adesão ao tratamento? Já que estas pessoas ficam aproximadamente quatro horas por sessão nas clínicas, esse tempo poderia ser aproveitado para auxiliá-las em informações importantes sobre a DRC e a HD? Quais recursos tecnológicos poderiam ser utilizados para a promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde dessas pessoas? Tais ações de educação poderiam implicar em uma mudança de comportamento que poderia melhorar a adesão ao tratamento?

### 3 JUSTIFICATIVA

Ao vivenciar, como enfermeira especialista em Nefrologia, as dificuldades das pessoas com DRC em HD referente à sua adesão ao tratamento, que vão desde problemas relacionados à sua locomoção ao local até problemas relacionados ao controle hídrico, medicamentoso, dietético e à própria realização do procedimento, junto ao fato dessas pessoas serem tratadas, muitas vezes, como extensão da própria máquina, houve o interesse em realizar ações que instigassem a reflexão dessas pessoas que as ajudassem na sua adesão ao tratamento como auxílio no enfrentamento da doença e, conseqüentemente, na melhoria de sua qualidade de vida.

Ainda como contribuição social, pretende-se identificar a adesão das pessoas ao tratamento hemodialítico, desenvolver um material que seja entregue aos serviços de saúde como auxílio na orientação e realização de educação em saúde às pessoas em HD, buscando o fortalecimento e interação dos profissionais atuantes nos três níveis de atenção à saúde e das pessoas em tratamento. Ao desenvolver estratégias que visem a humanização e a integralidade da assistência prestada a pessoa portadora de DRC, o compartilhamento das informações através da referência e contrarreferência irá perpassar toda a Rede de Atenção a Saúde para a garantia do envolvimento do cuidado do indivíduo, família e comunidade. É importante a atuação dos profissionais na Atenção Primária à Saúde, focando na prevenção dos agravos da DRC por meio de uma maior adesão dessas pessoas ao tratamento.

Ao desenvolver esse estudo, espera-se trazer como contribuição para a prática da Enfermagem a realização de atividades voltadas ao cuidado da pessoa com DRC em HD, no que confere à realização de atividades educativas, escuta ativa dessas pessoas, subsidiando a equipe de saúde na compreensão da adesão ou falta de adesão e articulação de planos de cuidados a esses sujeitos, visando a uma interação maior entre os profissionais e os pacientes.

Como contribuições científica e de ensino, espera-se trabalhar uma temática pouco explorada nos estudos, buscando inovação no campo de pesquisa ao associar a construção de uma ferramenta educativa junto a intervenção na área prática da HD, além de trazer informações atualizadas, comprovadas cientificamente e significantes ao setor da Nefrologia, tanto para o trabalho dos profissionais de

saúde quanto para as pessoas assistidas no setor. Espera-se articular o ensino à prática ao embasar e apresentar as informações e evidências científicas com a intenção de alcançar o melhor enfrentamento da DRC e da HD, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto das pessoas em tratamento hemodialítico. Esse entendimento poderá subsidiar as políticas e as ações da equipe de saúde na atenção às pessoas com DRC em tratamento hemodialítico.

## 4 OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo são:

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o efeito de uma intervenção educativa na adesão ao tratamento da HD em pessoa com doença renal crônica de um hospital geral de um município do Sul de Minas Gerais.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são:

- a) analisar as evidências científicas sobre as orientações oferecidas pelos profissionais de saúde para o controle da doença renal crônica em pessoas que realizam HD;
- b) construir e validar uma cartilha educativa sobre orientações em saúde para o controle da doença renal crônica em pessoas que realizam HD;
- c) caracterizar a população de estudo referente às variáveis socioeconômicas, hábitos de vida e de doença crônica, dados sobre a doença e o tratamento dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico;
- d) identificar a adesão ao tratamento da HD em pessoas renais crônicas, referente as informações gerais, percepção e conhecimento, e a adesão propriamente dita (HD; medicação, restrição de líquidos e dieta);
- e) verificar a existência de associação entre as variáveis socioeconômicas, hábitos de vida e de doença crônica, dados sobre a doença e o tratamento, informações gerais, percepção e conhecimento com as variáveis sobre a adesão propriamente dita (HD; medicação, restrição de líquidos e dieta);
- f) comparar a adesão da população de estudo referente aos domínios da adesão propriamente dita (HD, medicação, restrição de líquidos e dieta) antes e após a intervenção educativa.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 INSUFICIENCIA RENAL CRÔNICA E TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

A DRC se encontra entre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e possui uma crescente prevalência ao longo dos anos. Últimos dados epidemiológicos apontam que o número total estimado de pacientes em diálise crônica no Brasil em 2017 foi de 126.583 mil pessoas. Isso indica um aumento de 3.758 pacientes (3%) em um ano. No inquérito realizado, a taxa de prevalência de pacientes em diálise crônica estimada em 2017 foi de 610 pacientes por milhão de habitantes (ppm) e aumento global de 475 ppm de 2011 para 610 ppm em 2017 (28,4%), um aumento anual de 22,5 ppm. Em 2017, estima-se que 40.307 pessoas iniciaram tratamento, o que confere uma incidência estimada de 194 ppm. Já o número de mortes nesse ano foi de 25.187, o que gerou uma taxa de mortalidade bruta de 19,9% para o ano (Thome *et al.*, 2019).

A DRC consiste na perda progressiva e permanente da função renal. Sua progressão é lenta e de maneira silenciosa e irreversível, em que os rins não conseguem mais realizar suas funções normais, como manutenção do equilíbrio metabólico e hidroeletrolítico, o que pode levar a complicações de outros órgãos do corpo. Destaca-se algumas patologias fortemente associadas à DRC, como diabetes Mellitus, a hipertensão arterial, alterações renais diversas, distúrbios autoimunes, glomerulonefrites. Quando instalada no organismo a DRC, é necessário o uso de terapias de filtração do sangue, mais conhecidas como TRS (Pinho; Silva; Pierin, 2015).

A National Kidney Foundation's (NKF) e o Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI) sugerem o estadiamento da DRC do estágio 1 (o mais leve) até o estágio 5 (o mais grave) com base no nível da taxa de filtração glomerular (TFG). Para os estágios 1 e 2, a TFG ainda está acima de 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> e exigem também evidências de lesão renal. Já os estágios mais graves da DRC, estágios 3, 4 e 5 a TFG é < 60, 30 e 15, respectivamente (Daugirdas; Blake; Ing, 2016).

Assim que a pessoa atinge o estágio 4 da DRC, o ideal é que ela esteja sob os cuidados do nefrologista e que os fatores de risco já estejam sendo tratados de forma adequada. É importante que a pessoa seja orientada sobre as várias opções terapêuticas disponíveis no caso de necessidade de diálise. Controle da pressão

arterial, anemia, consumo de cálcio/fósforo e nutrição durante o período de pré-diálise, assim como providenciar a colocação de uma fístula arteriovenosa se a tiver sido escolhida são necessárias para se garantir uma sobrevivência dessas pessoas. Orientação à pessoa com DRC e seus familiares através de um programa multidisciplinar pré-diálise e a escolha precoce da modalidade adequada de TRS são importantes fatores que trazem vantagens, como realização de um menor número de diálise em caráter de urgência, menor tempo de hospitalização no primeiro mês de início de diálise e economia de custos para o serviço (Daugirdas; Blake; Ing, 2016).

Existem diversas modalidades disponíveis para o tratamento da DRC, como: HD, diálise peritoneal (podendo ser diálise peritoneal ambulatorial contínua, diálise peritoneal cíclica contínua e diálise peritoneal intermitente) e o transplante renal (Daugirdas; Blake; Ing, 2016).

Uma das modalidades mais utilizadas na TRS é a HD, que consiste na depuração extracorpórea do sangue por meio de tecnologia (uma máquina). Esse sangue é obtido por meio de um acesso vascular, de cateteres, *shunts* ou fístulas arteriovenosas, sendo colocado em contato com uma solução de diálise e um filtro especial, que utiliza essa membrana semipermeável artificial. Por meio dessa membrana, ocorrem as trocas de líquidos, eletrólitos e produtos do metabolismo, entre o sangue e o dialisado. A HD intermitente possui um esquema de terapia de quatro horas em sessões de duas a três vezes por semana. As sessões de HD são comumente realizadas nos serviços de diálises por poder apresentar algumas complicações, mesmo com adequados e modernos métodos de qualificação do serviço ofertado (Deus *et al.*, 2015; Debone *et al.*, 2017).

A DRC e seu tratamento podem causar diversas restrições na vida dessas pessoas, podendo ser físicas, mentais, alteração no bem-estar, comprometimento na independência e autonomia, acarretando mudanças no estilo e qualidade de vida, relações sociais, renda, emprego e comportamento dessas pessoas. A HD também causa mudanças nos hábitos alimentares e até na aparência da pessoa, por torná-la debilitada devido às limitações físicas, dor, sobrecarga emocional, intensidade dos sintomas da doença, intercorrências clínicas ou complicações paralelas e quantidade de medicação ingerida (Sousa *et al.*, 2021; Marçal *et al.*, 2019).

Para evitar que essas complicações, em especial as físicas e clínicas da DRC afetem de maneira prejudicial a essas pessoas, faz-se necessário adesão ao tratamento hemodialítico.

## 5.2 ADESÃO AO TRATAMENTO

Etimologicamente, adesão vem do latim *adhaesione*, que significa junção, união, aprovação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio e pressupõe relação e vínculo. Promover adesão ao tratamento ultrapassa à ideia da simples ingestão de medicamentos e deve ser amplamente compreendida em diversos outros aspectos: acesso à informação, estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, acompanhamento clínico-laboratorial, compartilhamento de decisões relacionadas à própria saúde, adequação a hábitos e necessidades individuais (Brasil, 2007).

O conceito de adesão é definido como seguir conselhos médicos ou de saúde e como o grau de conformidade entre as recomendações prescritas pelos profissionais de saúde e o seguimento destas por parte das pessoas adoecidas. Adesão, portanto, é compreendida como o comportamento positivo frente ao regime terapêutico proposto (Denhaerynck *et al.*, 2007; Haynes *et al.*, 2008). Estas literaturas foram utilizadas pelos autores do instrumento que será utilizado na presente pesquisa e também como referencial teórico, para a compreensão dos aspectos relacionados ao conceito de adesão.

A adesão dos usuários é uma condição frequente e de difícil controle, uma vez que múltiplos fatores, como os aspectos psicológicos, físicos, sociais, comportamentais e culturais relacionam-se às individualidades e responsabilidades dos sujeitos. A adesão visa ao fortalecimento da autonomia para o autocuidado, decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre a pessoa adoecida, a equipe de saúde e rede social (Brasil, 2007).

Para o portador de DRC, é necessário e fundamental a análise do comportamento da adesão ao tratamento, no que se refere às recomendações dietéticas, medicamentosas, de ingestão hídrica como também do cumprimento ao tratamento proposto (realização da HD). Estes aspectos do tratamento influenciam diretamente as taxas de morbidade/mortalidade, uma vez que são os pilares da terapia. Caso não haja a adesão em algum desses aspectos, a qualidade de vida da pessoa e os custos da saúde terão implicações negativas (Kim *et al.*, 2010).

A dieta “renal” tem muitas restrições e dessa forma a adesão a recomendações que envolvam o aspecto dietético podem ser difíceis e estressantes. A prescrição dietética a ser desenvolvida deve ser individualizada, a fim de auxiliar circunstâncias singulares da pessoa, como palatabilidade, custo, condições clínicas comórbidas e hábitos culturais alimentares. Todo consumo de nutrientes deve ser calculado com base no peso corporal normalizado da pessoa e seguir padrões específicos para o tratamento que ela faz (HD ou diálise peritoneal). O excesso de restrições deve ser evitado e as recomendações nutricionais devem ser reforçadas por todos os membros da equipe de saúde. A avaliação regular da adesão nesse aspecto deve ser até mesmo mensalmente, no início da diálise ou nas pessoas com história prévia de não aderência (Daugirdas; Blake; Ing, 2016).

As pessoas com DRC em diálise são particularmente vulneráveis à sobrecarga hídrica, que pode ocasionar edema pulmonar, congestão pulmonar, hipertensão arterial e até mesmo disfunção cardíaca. O ganho ponderal intradialítico, dado muitas vezes através do consumo de líquidos no intervalo entre as sessões de diálise deve ser controlado e isso pode ser auxiliado através da adesão da pessoa ao tratamento (Daugirdas; Blake; Ing, 2016).

A terapia medicamentosa auxilia ao portador de DRC no manejo das comorbidades associadas, principalmente a anemia, a hipertensão arterial e o hiperparatireoidismo secundário. Para a anemia, o tratamento consiste na administração de eritropoetina recombinante, duas a três vezes por semana, a fim de se alcançar um nível de hemoglobina entre 11 e 12 mg/dl. Para o tratamento da hipertensão arterial, a restrição da ingesta hídrica e de sódio, além do uso de medicamentos anti-hipertensivos. E, para o hiperparatireoidismo, a suplementação oral de cálcio, quelantes de fósforos e a pulsoterapia com vitamina D. Não há critérios estabelecidos para a avaliação da não adesão aos medicamentos, porém, parâmetros como a análise de nível sérico de fósforo pré HD (abaixo de 7,5 mg/dl) consideram a pessoa aderente à medicação, além da comparação entre a ingestão de medicamentos relatados pelo doente com a quantidade de medicamentos prescritos em prontuário, sempre verificando a adequação entre eles (Lins, 2015).

A HD é um procedimento que salva vidas para pacientes com doença renal em estágio terminal, mas, para isso, é necessário que os pacientes em HD sejam responsáveis por muitos aspectos de seu próprio tratamento. O não cumprimento às questões de adesão ao tratamento pode levar a um aumento nas taxas de

complicações (edemas, taxas ruins de filtração sanguínea, aumento de internações hospitalares) e custos associados, o que muitas vezes diminui a sobrevivência dessa pessoa (Ghimire *et al.*, 2015).

A não adesão ao tratamento consiste num grave problema de saúde pública, uma vez que há repercussões nos índices de incidência, prevalência, morbidade e mortalidade do tratamento dialítico, como também causa elevações nos custos do tratamento. Essa questão se torna problemática por constituir um grande desafio aos Sistemas de Saúde, que devem ter como meta a obtenção de um elevado índice de adesão ao tratamento por parte dos doentes crônicos (Bugalho; Carneiro, 2004; Castro, 2009).

Uma avaliação precisa do comportamento de adesão é fundamental para que a assistência seja planejada e assim garantir a melhor qualidade de vida da pessoa doecida. Desse modo, proporcionar mensuração do grau de adesão do paciente renal em HD, como o proposto pelo instrumento validado culturalmente por Lins (2015) - Questionário de avaliação sobre a adesão do portador de doença renal crônica em HD (QADRC-HD), que busca identificar as particularidades da adesão de cada indivíduo e assim, possibilitar ações voltadas ao cuidado e às necessidades específicas de cada pessoa, é de essencial auxílio para uma melhoria da prática aderente ao tratamento por destacar ações afirmativas e reforçar os aspectos que são carentes no tratamento (Lins, 2015).

Uma forma importante das pessoas terem conhecimento sobre a condição patológica e seu tratamento, assim como a necessidade de mudarem antigos hábitos de vida não saudáveis é através das atividades educativas, que fornece conhecimento, interação e boa relação entre profissional-paciente. Nesta relação, alternativas terapêuticas podem ser exploradas e negociadas com o objetivo final de promoção da adesão, que é constantemente discutida entre eles (Lins, 2015).

### 5.3 ATIVIDADES EDUCATIVAS

Educação em saúde é definida como o meio em que o conhecimento científico produzido na área da saúde atinja a vida cotidiana das pessoas. Esta é intermediada por profissionais de saúde, que subsidiam as pessoas no processo de compreensão do processo saúde-doença para que adotem novos hábitos e condutas de saúde (Ribeiro *et al.*, 2017).

A educação em saúde é uma ferramenta extremamente importante para se alcançar a promoção da saúde pública e obteve, através da incorporação de diretrizes promovidas pela publicação da Carta de Ottawa, a afirmação de que a promoção de saúde fornece às pessoas opções para melhorar e controlar sua saúde (Nicolau *et al.*, 2018).

De maneira a transmitir o conhecimento, tornar práticas as ações e atividades educativas da saúde e estabelecer vínculo com os profissionais da área, utiliza-se as tecnologias em saúde, que consistem em uma ferramenta do processo de abordagem em saúde, que visa à garantia e à interação entre seus participantes ao focar no acolhimento, humanização, atenção integral e execução de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Desse modo, é necessário que se tenha à disposição materiais educativos que possam contribuir para o processo de ensino e aprendizagem, de maneira que esta última seja facilitada para se realizar as ações e atividades educativas (Martins *et al.*, 2019; Martins *et al.*, 2020). Estes autores foram utilizados como referencial teórico para a compreensão dos aspectos relacionados às atividades educativas.

As atividades educativas, sejam elas individuais ou em grupo, estabelecem-se como importante espaço de discussão informal. A partir de sua realização, podem surgir diversos temas, tanto por parte dos profissionais, quanto como demanda dos usuários que poderão ser abordados durante sua realização. Independentemente da abordagem, as dinâmicas de atividades educativas promovem aproximação entre os usuários e a criação de vínculos de confiança. Por ser um espaço aberto, as atividades e as ações educativas permitem a discussão entre a ciência e o senso comum, permitindo a maior interação com os profissionais, o que colabora para a humanização da assistência e a troca de experiências, ao garantir um papel ativo do usuário e valorizar as suas vivências, crenças e valores (Silva *et al.*, 2015).

Se inserem na realização das atividades educativas o uso de materiais e tecnologias em saúde. A cartilha educativa é tida como um material educativo de tecnologia leve, que consegue assumir uma difusão palpável da promoção e educação em saúde. Ela representa um importante recurso que auxilia no fortalecimento entre profissionais e pacientes, já que este material promove autonomia dos sujeitos e estabelece troca de saberes, o que propicia melhorias das condições de saúde e doença. É um recurso que auxilia nas orientações às populações por poder ser utilizado na ausência do profissional de saúde. Ao mesmo

tempo que descontraí, também educa, por poder atingir um público heterogêneo, pertencente a diferentes níveis sociais, escolaridade e idade e por ter uma linguagem simples, de fácil entendimento e compreensão (Martins *et al.*, 2019; Martins *et al.*, 2020; Cordeiro *et al.*, 2017).

Como benefícios, as atividades educativas em saúde vão além das assistências clínicas e curativas. A aplicação de métodos didáticos auxilia no aumento da qualidade de vida e na promoção de saúde do homem através do autocuidado. Além disso, levam à reflexão sobre o questionamento do que é ter qualidade de vida através da participação de pessoas, que resulta na motivação de discussões coletivas de problemas que visam a soluções eficazes para saúde (Ribeiro *et al.*, 2017).

No tocante aos profissionais que estão envolvidos na realização das ações educativas, destaca-se o papel do enfermeiro, cujo compromisso é destinado ao cuidado do ser humano. O enfermeiro se torna um importante mediador de ações de promoção, prevenção e proteção à saúde, realizando um cuidado integral das pessoas, de forma humanística e holística (Coelho *et al.*, 2021; Cunha *et al.*, 2018).

A desenvoltura desse profissional é apontada como um facilitador entre a participação dos usuários. Ao utilizar uma linguagem clara e diversificada, junto à qualificação profissional e utilização de materiais explicativos variados, possibilita-se uma maior compreensão no que está sendo discutido e assim há o favorecimento da adesão dos usuários às atividades educativas propostas (Silva *et al.*, 2015).

## 6 MÉTODO

Para alcançar os objetivos propostos, a pesquisa foi conduzida em três etapas: a primeira etapa tratou-se de uma revisão integrativa (RI); a segunda, foi conduzida com delineamento metodológico para construção de um material educativo e sua validação e por fim, a terceira etapa foi realizada uma pesquisa quase-experimental.

### 6.1 PRIMEIRA ETAPA: REVISÃO INTEGRATIVA

A prática baseada em evidências (PBE) é uma abordagem que busca o desenvolvimento e a resolução de problemas para a prestação de cuidados de saúde. Esta abordagem utiliza as melhores evidências de pesquisas da prática clínica e, quando empregada em um contexto de cuidado e assistência à saúde, a mais alta qualidade de atendimento e os melhores resultados para o paciente podem ser alcançados (Melnik *et al.*, 2009).

A PBE incorpora a busca da melhor e mais recente evidência, competência clínica, avaliação crítica e implantação dessas evidências na prática, auxiliando a obtenção de resultados de qualidade e assistência à saúde fundamentada em conhecimento científico. Para isto, métodos de revisão de literatura são empregados com o objetivo de buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A RI é um método de pesquisa que tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A condução da RI deve pautar-se nos princípios preconizados de rigor metodológico no desenvolvimento de pesquisas. Neste estudo, foi adotado as seis etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008): 1) definição da pergunta da revisão; 2) busca e seleção dos estudos primários; 3) extração de dados dos estudos primários; 4) avaliação crítica dos estudos primários incluídos na revisão; 5) síntese dos resultados da revisão e 6) apresentação da revisão.

O protocolo da presente RI foi registrado no repositório do Open Science Framework (OSF) (OSF, 2022) sob o Digital Object Identifier (DOI): 10.17605/OSF.IO/CS58V (Vieira *et al.*, 2022).

### **6.1.1 Definição da pergunta da revisão**

Para a formulação da questão norteadora, utilizou-se a estratégia PICO (Patient, Intervention, Comparison, Outcomes), em que P de população: pessoa com DRC em HD, I de intervenção: orientações oferecidas pelos profissionais de saúde para o controle da DRC, C de comparação: não há e O de resultados: maior controle da DRC (Mendes; Silveira; Galvão, 2019).

Dessa forma, a questão norteadora utilizada para condução desta RI foi: “Quais orientações são oferecidas pelos profissionais de saúde para o controle da DRC em pessoas que realizam HD?”

### **6.1.2 Busca e seleção dos estudos primários**

Para a busca dos estudos primários que foram incluídos na presente RI, foram utilizadas as seguintes fontes de informação: National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Web of Science, Scopus, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Os descritores controlados (Medical Subject Headings - MeSH, CINAHL Headings - MH e Descritores em Ciências da Saúde - DeCS) foram delimitados de acordo com cada fonte de informação e estabelecidos pelos pesquisadores mediante leituras prévias sobre o tema a ser investigado (QUADRO 1).

Quadro 1 – Fontes de informação e descritores controlados para realização da busca de estudos primários.

<b>Fontes de informação</b>	<b>Descritores controlados</b>
PubMed Web of Science Scopus	- Health Education - Patient Education as Topic - Kidney Diseases - Renal Insufficiency - Renal Dialysis - Dialysis
CINAHL	- Health Education - Patient Education - Renal Insufficiency - Kidney Diseases - Dialysis
LILACS	-Educação em Saúde/Health Education/ Educación en Salud -Educação de Pacientes como Assunto/ Patient Education as Topic/ Educación del Paciente como Asunto -Insuficiência Renal/ Renal Insufficiency/Insuficiencia Renal -Diálise Renal/ Renal Dialysis/Diálisis Renal - Diálise/Dialysis/ Diálisis

Fonte: elaborado pela autora.

Como critério de inclusão, esta revisão delimitou para sua condução: estudos primários que respondessem à questão norteadora e que apresentassem como desfecho primário as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde aos pacientes em HD, publicados no período de 2011 a 2022, a fim de se obter através da busca, material mais recente e atualizado e nos idiomas inglês, português e espanhol. Já os critérios de exclusão foram os estudos que adotassem métodos de revisão, estudos de reflexão, carta ao editor, carta resposta, estudos de caso e relatos de experiência.

Os descritores controlados foram combinados utilizando-se os operadores booleanos AND e OR, segundo o quadro abaixo (QUADRO 2).

Quadro 2 - Estratégia de busca nas fontes de informação.

Fontes de informação	Descritores controlados
PubMed Web of Science Scopus (All fields)	("Health Education" OR "Patient Education as Topic") AND ("Kidney Diseases" OR "Renal Insufficiency" OR "Renal Dialysis" OR "Dialysis")
CINAHL (All fields)	("Health Education" OR "Patient Education") AND ("Renal Insufficiency" OR "Kidney Diseases" OR "Dialysis")
LILACS (Título, Resumo e palavra-chave)	("Educação em Saúde" OR "Health Education" OR "Educación en Salud" OR "Educação de Pacientes como Assunto" OR "Patient Education as Topic" OR "Educación del Paciente como Asunto") AND ("Nefropatias" OR "Kidney Diseases" OR "Enfermedades Renales" OR "Insuficiência Renal" OR "Renal Insufficiency" OR "Insuficiencia Renal" OR "Diálise Renal" OR "Renal Dialysis" OR "Diálisis Renal" OR "Diálise" OR "Dialysis" OR "Diálisis")

Fonte: elaborado pela autora.

Após os cruzamentos, os estudos foram transferidos para o software gerenciador de bibliografias *EndNote Basic* (gerenciador de referências bibliográficas da *Clarivate Analytics*) e, posteriormente ao software de revisão sistemática *Rayyan QCR* (*web aplicativo para auxílio de revisões do Institute Qatar Computing Research*), para a exclusão das duplicatas e a avaliação dos estudos ocorreu de maneira que foram analisados de forma independente por dois pesquisadores e em caso de situações de discordância quanto à inclusão dos estudos, foi avaliado por um terceiro pesquisador.

A seleção dos estudos primários foi feita por meio da leitura de título e resumo. Após essa primeira seleção, os estudos foram lidos na íntegra e aqueles que responderam à questão norteadora e enquadraram aos critérios de inclusão foram selecionados para compor a amostra desta RI.

### 6.1.3 Extração de dados dos estudos primários

Para a extração das informações dos estudos incluídos, foi utilizado um instrumento construído por Fernandes (2011) que contemplou os seguintes itens: Dados de identificação do estudo (Título do estudo, Periódico, Autores, Ano, País de publicação, Idioma) e Caracterização do estudo (Objetivos, Tipo de estudo, Sujeitos do estudo, Resultados, Limitações, Conclusões) (ANEXO A).

Após a extração dos dados, foram construídos quadros-síntese.

### 6.1.4 Avaliação crítica dos estudos primários incluídos na revisão

Nesta etapa, as ferramentas para avaliação de estudos incluídos na RI são apresentadas a seguir.

Para a classificação dos Níveis de Força de Evidência dos estudos primários incluídos na RI, foi adotada a análise do delineamento fundamentada nos conceitos descritos por Polit e Beck (2019). Esta classificação se divide em: I) a. Revisão sistemática de Ensaio clínico randomizados e b. Revisão sistemática de ensaios randomizados, II) a. Ensaio clínico randomizado individual e b. Ensaio não randomizado, III) Revisão sistemática de estudos de correlação/observação, IV) Estudos de correlação/observação, V) Revisão Sistemática de estudos descritivos/qualitativos/fisiológicos, VI) Estudo descritivo/qualitativo/fisiológico individual, VII) Opiniões de autoridades, comitês de especialistas.

Para a identificação do delineamento de pesquisa dos estudos primários incluídos nesta RI, foi adotada nomenclatura utilizada pelos próprios autores dos estudos. Quando os autores não identificaram o tipo da pesquisa, a análise do delineamento foi fundamentada nos conceitos descritos por Polit e Beck (2019).

Para avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos na RI, foram utilizadas duas ferramentas: o Formulário de Revisão Crítica para Estudos Quantitativos (ANEXO B) e Qualitativos (ANEXO C), desenvolvido pelo *McMaster University Occupational Therapy Evidence-Based Practice Research Group* (Law *et al.*, 1998) e que foi traduzido por Luz, Mancini, Sampaio (1998).

### **6.1.5 Síntese dos resultados da revisão**

Nesta etapa, foram realizadas a síntese e discussão das evidências encontradas, em que buscou-se identificar as lacunas de conhecimento sobre os tópicos de interesse, realização de recomendações para a prática clínica e limitações da revisão (Mendes; Silveira; Galvão, 2019).

Esta etapa foi realizada de forma descritiva, possibilitando ao leitor a síntese de cada estudo primário incluído na RI, que foram apresentadas em quadros-síntese contendo as seguintes informações de cada estudo: título, autores, periódico, ano de publicação, objetivo(s), população, método empregado, resultados principais, conclusão(ões), limitações do estudo, nível de evidência dos estudos encontrados e avaliação da qualidade metodológica.

### **6.1.6 Apresentação da revisão**

Esta etapa consistiu na elaboração do documento de apresentação da revisão, a fim de fornecer subsídios para a tomada de decisão do profissional na prática (Mendes; Silveira; Galvão, 2019).

A síntese permitiu conhecimento perante as orientações oferecidas pelos profissionais de saúde para o controle da DRC em pessoas que realizam HD, fornecendo subsídios para a construção do material educativo, que corresponde à segunda etapa deste estudo.

## **6.2 SEGUNDA ETAPA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO**

Trata-se de um estudo do tipo metodológico que se refere às investigações dos métodos de obtenção, organização e condução de pesquisas. Este tipo de estudo trata do desenvolvimento, análise, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa. O objetivo final desta etapa foi a construção e desenvolvimento de um instrumento confiável, preciso e utilizável para que pudesse ser aplicado pela pesquisadora (Polit; Beck, 2019).

Para isso, nesta etapa foram realizadas duas fases: a construção do material educativo (cartilha) e a validação deste material por especialistas no assunto.

### **6.2.1 Construção do material educativo**

Esta fase consistiu na construção do material educativo, por meio de uma cartilha.

A cartilha é um material educacional criado no âmbito do governo para campanhas, em que o objetivo é facilitar o acesso à informação de pessoas que se encontram em distintos contextos socioculturais e graus de escolaridade. Quando direcionado à uma determinada realidade, institui certo potencial para atrair a atenção e despertar o interesse no tema abordado. Este material possui a capacidade de trazer os fatos do mundo científico ao público leigo. Utiliza-se para isso estratégias como ilustrações, visualização, facilidade de acesso, modelo de comunicação fácil e objetivo, através da utilização de gráficos, facilitando a sua compreensão, em especial para o leitor com pouca escolaridade ou com dificuldades de leitura para compreensão do conteúdo (Lessa *et al.*, 2018 e Martins *et al.*, 2019).

A estrutura e composição da cartilha deve passar pela escolha de linguagem e recursos gráficos objetivos e de mais fácil entendimento possível, utilização de fontes grandes, textos curtos, e inúmeras imagens para que os materiais se tornem suficientemente didáticos, contendo uma diagramação com elementos pré-textuais (capa e sumário); elementos textuais (conteúdo apresentado por meio de tópicos) e, por último, deve conter os elementos pós textuais (referências). Sua extensão deve ser breve e curta, não devendo ter muitas páginas (Gouveia *et al.*, 2020).

Para a elaboração da cartilha, o material passou por quatro passos, conforme Martins *et al.* (2020) descreve:

- 1) **Sistematização do Conteúdo:** consiste na realização de uma revisão de literatura, para garantir fundamentação teórico-científica do material e fidedignidade das informações fornecidas.
- 2) **Redação do Conteúdo Teórico:** caracteriza-se pela redação do conteúdo teórico que compõe o corpo textual da cartilha, adaptando a linguagem utilizada para que as informações sejam compreensíveis ao público alvo.

- 3) Ilustração do Material: consiste na elaboração e edição das imagens de ilustração do texto, que busca tornar a leitura mais agradável, atraente e de fácil entendimento e assimilação. Este passo contou com profissional especializado em imagens de websites para desenhar as melhores ilustrações.
- 4) Avaliação da Cartilha: destina-se a analisar o grau de leiturabilidade, compreensão e legibilidade do texto da cartilha, qualidade e adequação de ilustrações e do material em si.

O material construído trouxe informações essenciais para o fornecimento de orientações em saúde para o controle da DRC em pessoas que realizam HD. Tais orientações basearam-se nos conceitos mais recentes da área de nefrologia, nos progressos das terapias utilizadas para o tratamento da DRC, em que foram abordadas definições da DRC, terapia de tratamento hemodialítico, orientações em saúde para o controle da doença, como ingestão hídrica, dietética e medicamentosa. Teve como objetivo a promoção da saúde de pessoas com DRC e que realizam HD.

Para subsidiar a construção deste material educativo, foram utilizados os resultados obtidos na etapa um da presente pesquisa (RI) e além da utilização de manuais e diretrizes da área: *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (KDOQI) (Gilmore, 2006), Manual de Diálise (Daugirdas; Blake; Ing, 2016), Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica (DRC) no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2014) e a Diretriz de “Prevenção da Progressão da Doença Renal Crônica” da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) (Bregman, 2004).

Para garantir uma boa avaliação da cartilha, foi necessário a realização da segunda fase: validação do material educativo.

### **6.2.2 Validação do material educativo**

Para a validação da cartilha construída, utilizou-se neste estudo a técnica Delphi e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

A técnica Delphi busca opiniões de participantes, geralmente especialistas do campo de estudo pretendido, consistindo na distribuição e retorno de questionários aos correspondentes, análise de respostas e reenvio desses questionários se necessário, realizando uma coleta de dados para a obtenção de informações e

consenso a respeito do assunto investigado. Necessita de dois grupos, o executor, que envolve os autores da investigação e que irão contatar os respondentes, que irão elaborar os questionários, resumirão e analisarão os dados obtidos e o grupo dos respondentes, que irão julgar e opinar através das respostas aos questionários. Ressalta-se que neste processo, há a anonimidade e a falta de encontro face-a-face dos grupos, garantindo e encorajando a participação dos membros (Cassiani; Rodrigues, 1996).

É um método sistematizado de julgamento de informações para a obtenção de consensos de especialistas, que envolve para a sua construção fases ou ciclos. Os especialistas, também chamados de peritos ou juízes, são escolhidos a partir de sua expertise no assunto, sua cultura e idioma, a fim de evitar grandes distorções ao interpretar o estudo. A estes juízes, é solicitado que se faça um julgamento ou comentário sobre os itens que serão apresentados. A visão desses participantes converge através de um processo de tomada de decisão, motivando-os a pensarem no assunto proposto, ao considerar que eles poderão ser multiplicadores do tema abordado (Castro; Rezende, 2009; Faro, 1997).

As identidades destes não são reveladas ao público e muito menos entre eles. O quantitativo de juízes que pode compor o grupo pode ser variado, não existindo um consenso deste número, já que os resultados que serão obtidos não dependem de extensas fontes de dados. Vale lembrar que, quanto maior o número de peritos contactados, maior a dificuldade para análise de dados decorrente de um grande volume de informações, que, não necessariamente está ligado a uma melhor qualidade do dado (Castro; Rezende, 2009).

Para a construção dos questionários que são utilizados neste método, segue-se três ciclos. No primeiro, há a identificação dos objetivos do estudo, fornecimento de instruções para o preenchimento do questionário, que deve ser geral e abrangente, e sua devolução, que auxiliará a composição de questionários posteriores. No segundo ciclo, traz-se novas questões ou questões modificadas, baseadas nas respostas enviadas do primeiro questionário. Neste, obrigatoriamente, os resultados do primeiro ciclo deverão ser apresentados aos juízes, para que possam acompanhar e rever sua argumentação perante os resultados que estão sendo construídos. Para o terceiro ciclo, o pesquisador buscará o consenso para decisão dos pontos que manterá ou eliminará. Os ciclos podem se repetir até que o

nível de consenso seja satisfatório, podendo variar de 50% a 80% (Castro; Rezende, 2009).

Sugere-se que os pesquisadores se reúnam ou entrem em contato com os especialistas a fim de definir claramente quanto ao retorno dos prazos de entrega dos questionários, que, por sua vez, devem ser pouco extensos e claros. Para nível de consenso, o valor deve ser definido previamente à análise dos dados. O tempo de utilização dessa técnica pode ser bem variado, isto dependerá da complexidade do fenômeno a ser analisado, número e engajamento dos juízes e recursos disponíveis (Castro; Rezende, 2009).

Para o presente estudo foi adotada a recomendação de Lynn (1986), o qual afirma que é necessário um mínimo de cinco e máximo de dez juízes para esta etapa, devendo esta quantidade ser ímpar, para evitar empate de opiniões. Portanto, o quantitativo de juízes convidados e participantes desta etapa foi de sete.

Os juízes devem ser selecionados a partir de certos critérios e requisitos: ter o conhecimento ou habilidade adquiridos pela experiência; ter conhecimento ou habilidade especializada na área, o que o torna uma autoridade no assunto; possuir habilidade em determinado tipo de estudo; possuir aprovação em teste específico para identificar *experts*; possuir classificação alta atribuída por uma autoridade (Jasper, 1994).

Neste estudo, os juízes tiveram, no mínimo, atuação e especialidade em Nefrologia, podendo esta ser a nível de residência ou especialidade *lato sensu* e obrigatoriamente, ter experiência profissional assistencial junto ao público de pacientes com DRC.

Os juízes foram convidados para participar do estudo por meio de E-mail Convite (APÊNDICE A), que foi enviado via correio eletrônico. Mediante o aceite em participar do estudo, solicitou-se a assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido para juízes (APÊNDICE B) e foi enviado o instrumento de avaliação do material educativo ao juiz (APÊNDICE C) e uma cópia da cartilha. O prazo estipulado para devolução do material encaminhado aos juízes foi de aproximadamente 30 dias.

O instrumento de avaliação do material educativo ao juiz é dividido em três partes. Este foi adaptado dos instrumentos construídos por Sousa (2011) e Maniva (2016). A primeira parte consta com os dados de identificação dos juízes (nome, idade, sexo, tempo de formação, titulação, área de trabalho, função/cargo na

instituição, tempo de experiência na área). A segunda parte com as instruções de preenchimento do instrumento e os itens avaliativos da cartilha (objetivos, conteúdo, linguagem, relevância, ilustrações, layout, motivação e cultura). Os juízes tiveram como opção de respostas para cada item que foi avaliado: 1= não relevante ou não representativo, 2= item necessita de grande revisão para ser representativo, 3= item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4= item relevante ou representativo. Ao final, houve um espaço para comentários, observações e sugestões dos juízes. A terceira etapa consta da avaliação final dos juízes em: cartilha: aprovada; aprovada com modificações ou reprovada, que também teve espaço para comentários, observações e sugestões. O tempo de duração da realização no processo de validação da cartilha foi aproximadamente 60 minutos.

Para a validação do conteúdo da cartilha, também foi empregado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Consiste em um instrumento que, necessariamente, baseia-se em um julgamento, em que especialistas avaliam a validade de conteúdo de instrumentos novos. Os pesquisadores calculam o IVC, que indica em que medida as opiniões dos juízes estão em concordância sobre os aspectos dos instrumentos e de seus itens (Polit; Beck, 2011).

Para isso, é empregada uma escala que visa avaliar a representatividade e relevância das respostas obtidas. Sua pontuação varia de um a quatro, em que: 1= não relevante ou não representativo, 2= item necessita de grande revisão para ser representativo, 3= item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4= item relevante ou representativo (Alexandre; Coluci, 2011).

Para o cálculo do escore do índice, realiza-se a soma de concordância dos itens marcados em “3” ou “4” pelos juízes, sendo considerados estes itens como respostas válidas para o estudo. Já os itens que receberem pontuação “1” ou “2” deverão ser revisados ou mesmo eliminados na análise desta etapa (Alexandre; Coluci, 2011).

Assim, o IVC também pode ser definido como a proporção de itens que recebem uma pontuação de “3” ou “4” pelos juízes (respostas válidas de cada item) divididas pelo número total de juízes do estudo, conforme a fórmula:  $IVC = \frac{n^{\circ} \text{ de respostas "3" ou "4"}}{n^{\circ} \text{ total de respostas}}$  (Alexandre; Coluci, 2011).

O cálculo do IVC do instrumento como um todo pode se dar de três maneiras distintas: através da validade de conteúdo dos itens individuais; através da validade

de conteúdo de cada variável ou através da validade de conteúdo para todos os itens da escala (Polit; Beck, 2011).

Neste estudo, foi utilizado o cálculo da validade de conteúdo para todos os itens da escala, através do somatório de todos os IVC calculados separadamente, dividindo-os pelo número de itens do instrumento. A validade do instrumento deve ter um IVC igual ou superior a 0,90, para ser considerado como uma boa evidência (Polit; Beck, 2011).

### 6.3 TERCEIRA ETAPA: APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A terceira etapa deste estudo foi a aplicação da cartilha educativa.

#### 6.3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quase experimental que envolve uma intervenção, sem randomização, do tipo antes e depois, sem grupo controle. Neste estudo, a pessoa é seu próprio controle, antes e após a intervenção educativa (Polit, Beck; 2011).

Por não envolverem a atribuição randômica, os modelos quase experimentais tendem a ser mais aceitos por um grupo de pessoas mais amplo, o que tem implicações no potencial de generalização dos resultados (Polit, Beck; 2011).

#### 6.3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital geral e filantrópico localizado em um município do Sul do estado de Minas Gerais.

Fundado em fevereiro de 1904, é um hospital de média e alta complexidade, de médio porte, e atualmente realiza atendimentos no âmbito público e privado, contando com 45 especialidades, 65 leitos de internação, sendo 35 de internação clínica e 30 de UTI, incluindo o serviço de alta complexidade em HD da área de nefrologia ofertado à população da Macrorregião e Microrregião do Sul de Minas Gerais localizada na cidade de Alfenas, que atende a 26 municípios (Casa De Caridade Nossa Senhora Do Perpétuo Socorro-Santa Casa De Alfenas, 2021).

A Unidade de Nefrologia do Hospital é resultado da vontade de toda diretoria clínica e dos profissionais da área e hoje busca a ampliação do atendimento às pessoas que necessitam de tratamento para doenças renais da região desde 1991. Os atendimentos ocorrem três vezes semanais, em turnos fixos, podendo ser: segunda, quarta e sexta ou terça, quinta e sábado. O local conta com a ampliação do número de máquinas, recursos tecnológicos mais modernos, profissionais altamente qualificados e desenvolvimento científico em convênio junto a uma Universidade pública local (Casa De Caridade Nossa Senhora Do Perpétuo Socorro-Santa Casa De Alfenas, 2021).

### **6.3.3 População do estudo**

São atendidos 176 pacientes no serviço de HD do referido Hospital, prestando atendimento a pessoas residentes no município e nas cidades circunvizinhas e, com a ampliação que o Hospital está passando, este pode se elevar para até 400 pacientes (aumento de mais de 110% da capacidade anterior) (Casa De Caridade Nossa Senhora Do Perpétuo Socorro-Santa Casa De Alfenas, 2021).

Os critérios de inclusão adotados no estudo foram: pacientes que tivessem dezoito anos de idade ou mais, de ambos os sexos, independente do grau de instrução, com diagnóstico de insuficiência renal crônica constatado e que estivessem em tratamento hemodialítico no referido serviço, ter capacidade de responder os questionários adotados neste estudo. O tempo que o paciente se encontra no serviço não foi um determinante de inclusão neste estudo.

Como critérios de exclusão: pacientes que não tivessem a referida clínica como o principal local de tratamento hemodialítico.

Ressalta-se que, como a frequência dos pacientes na HD é constante e semanal, mas havendo a possibilidade de perdas nesta população por se tratar de um estudo longitudinal, tentou-se trabalhar, neste estudo, com o número total da população, ou seja, os 176 pacientes.

Na fase de pré-intervenção, foi abordado o total de pessoas que estavam realizando o tratamento hemodialítico, ou seja, 176 pessoas. Dessas, 142 se enquadravam no critério de inclusão e aceitaram participar da pesquisa, 13 pessoas recusaram a participar da mesma e 21 não se enquadram nos critérios de inclusão, sendo: um com idade inferior a 18 anos e 20 por não conseguirem responder aos

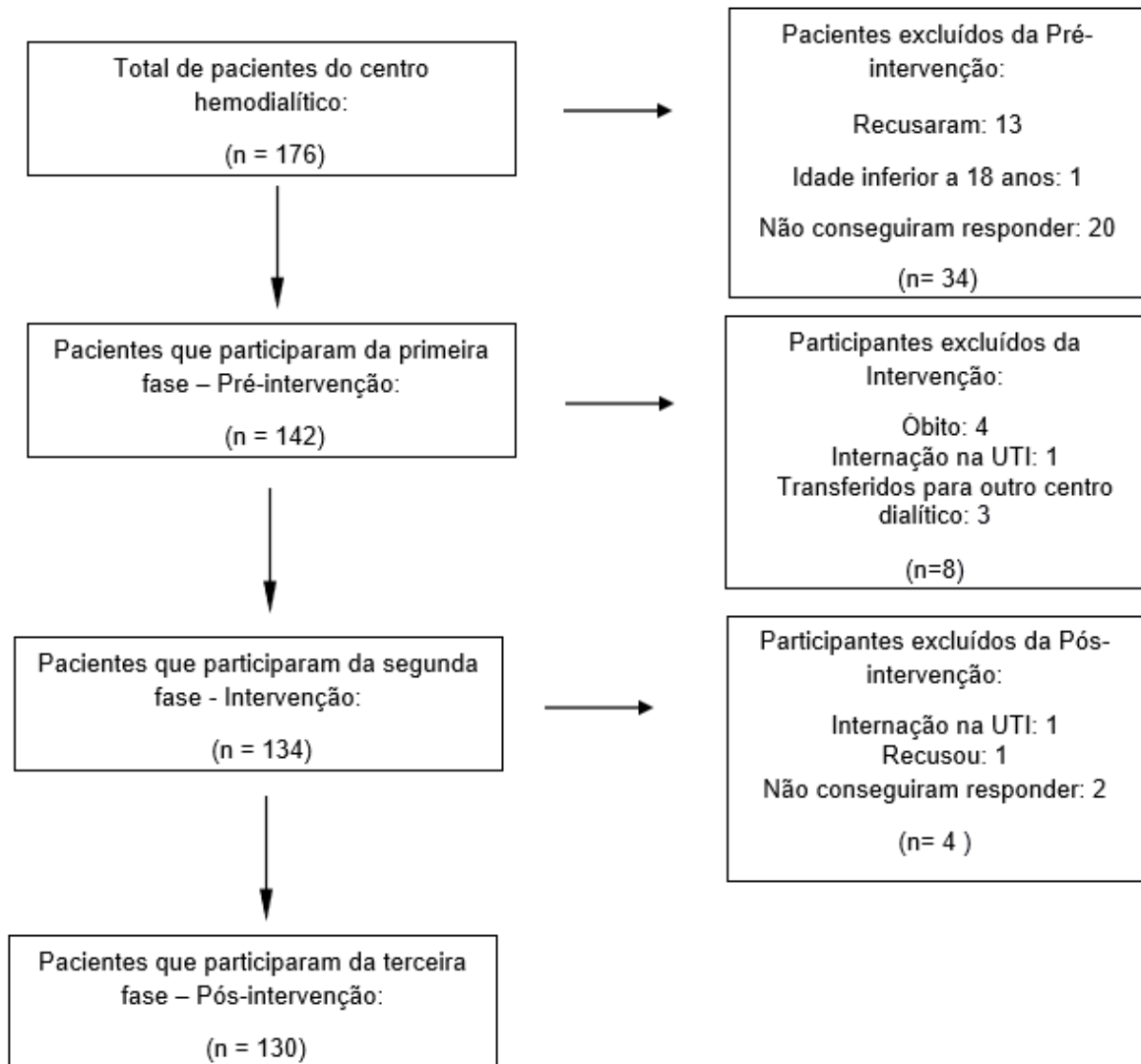
questionários (um por ter Alzheimer, um por estar com traqueostomia e não conseguir verbalizar, dois por serem deficientes auditivos, dois por terem Síndrome de *Down* e 14 por não conseguirem responder os instrumentos, seja por estarem com a saúde debilitada).

A fase de intervenção contou com o total de 134 participantes, pois, dos 142 participantes da primeira fase, quatro vieram a óbito, três foram transferidos para outro centro hemodialítico e um estava internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Já na fase de pós-intervenção, 130 participantes concluíram esta etapa, pois dois não conseguiram responder ao instrumento por estarem com a saúde debilitada, um estava internado na UTI e um recusou concluir esta pesquisa.

A figura 1 mostra o fluxograma do quantitativo de participantes nas três etapas da coleta de dados da pesquisa:

Figura 1 – Fluxograma do quantitativo dos participantes nas três etapas da coleta de dados da pesquisa.



Fonte: elaborado pela autora.

### 6.3.4 Instrumentos

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados neste estudo.

O primeiro, o questionário de caracterização dos participantes, foi utilizado para avaliar informações referentes aos dados-socioeconômicos, hábitos de vida e de doença crônica, dados sobre a doença e o tratamento, sendo adaptado para este estudo (ANEXO D), a fim de que as informações não coincidam com o outro questionário que foi utilizado. O instrumento foi adaptado da autora Silva (2020). Foi solicitada autorização para uso e adaptação do mesmo (APÊNDICE D).

Após a adaptação, o instrumento contou com 14 questões, fechadas e abertas, sendo sete para os dados socioeconômicos, cinco para o grupo de hábitos de vida e de doença crônica e duas para coleta de dados sobre a doença e o tratamento, contendo as variáveis: sexo, idade, crença religiosa, número de filhos, renda familiar mensal, recebimento de benefício, tipo de moradia, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, prática de atividades físicas, presença de doença crônica, uso de medicamentos contínuos e de uso diário, etiologia da insuficiência renal crônica e tipo de acesso para realização de HD.

Outras variáveis referentes a dados socioeconômicos e sobre a doença e tratamento não foram incluídos neste questionário uma vez que são abordados no segundo instrumento descritos a seguir.

Não foi realizado o processo de refinamento e teste piloto neste instrumento uma vez que tais procedimentos já foram realizados pela autora do mesmo (Silva, 2020).

O segundo instrumento utilizado neste estudo refere-se a versão adaptada e validada do questionário *The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire* (ESRDAQ) de Kim *et al.* (2010) para o português: Questionário de avaliação sobre a adesão do portador de doença renal crônica em HD (QADRC-HD) (Lins, 2015) (ANEXO E).

No Brasil, a aplicação de um questionário que permita a identificação dos aspectos do tratamento do indivíduo que apresentam maior dificuldade de adesão se faz necessário, não apenas para distinguir os pacientes entre aderentes e não aderentes, mas para reconhecer e auxiliar no fortalecimento do vínculo profissional-paciente, já que seu uso produz um efeito positivo sobre a adesão. O uso de ferramentas tecnológicas auxilia na identificação do comportamento desse indivíduo, o que colabora para a exploração e negociação das alternativas terapêuticas dessa pessoa (Lins *et al.*, 2017).

O instrumento original foi elaborado embasado na literatura e consulta a especialistas. Tanto o instrumento original quanto a versão adaptada possuem 46 questões que são divididas em cinco sessões: informações gerais sobre o paciente e a TRS, contando com cinco questões; HD, com quatorze itens; medicação, com nove questões; restrições hídricas com dez itens e dieta, com oito questionamentos. As respostas contidas no instrumento utilizam uma combinação da escala Likert,

múltipla escolha, e também respostas no formato sim/não (Kim *et al.*, 2010; Lins *et al.*, 2017).

Seis questões avaliam a adesão propriamente dita (questões: 14, 17, 18, 26, 31 e 46) nas quais os pacientes recebem uma pontuação de acordo com a resposta apresentada. Os pacientes mais aderentes conquistam mais pontos, e os menos aderentes menos pontos. São três questões para o domínio HD, cuja pontuação somada varia de 0 a 600 pontos. Para os demais domínios (medicação, ingestão hídrica e dieta), a adesão é avaliada por uma questão para cada e a pontuação das mesmas varia de 0 a 200 pontos (Kim *et al.*, 2010, Lins, 2015; Lins *et al.*, 2017), como mostrado no Quadro 3.

Quadro 3 - Valores atribuídos aos itens das questões que abordam a adesão propriamente dita.

(continua)

<b>Domínio:</b>	<b>Questão:</b>	<b>Pontuação para cada item</b>
HD	14 - Durante o mês passado, quantas sessões de diálise você faltou?	Nenhuma (Eu não faltei nenhuma sessão) - 300 Eu faltei uma sessão de HD- 200 Eu faltei duas sessões de HD- 100 Eu faltei três sessões de HD- 50 Eu faltei quatro ou mais sessões de HD - 0
HD	17- No mês passado, quantas vezes você pediu para reduzir o tempo de hemodiálise?	Não se aplica: Eu não diminuí o tempo de nenhuma sessão de HD - 200 Uma vez -150 Duas vezes - 100 Três vezes - 50 Quatro vezes ou mais - 0
HD	18- No mês passado, quando o tempo de HD foi reduzido, esta redução foi de quantos minutos?	Não se aplica: Eu não diminuí o tempo de nenhuma sessão de HD - 100 10 minutos ou menos - 75 11 a 20 minutos - 50 21 a 30 minutos - 25 Mais que 31 minutos - 0

Quadro 3 - Valores atribuídos aos itens das questões que abordam a adesão propriamente dita

(conclusão)

<b>Domínio:</b>	<b>Questão:</b>	<b>Pontuação para cada item</b>
Medicação	26- Durante a semana passada, com qual frequência você deixou de tomar algum dos seus medicamentos?	Nenhuma vez. Eu não deixo de tomar nenhum dos meus medicamentos - 200 Muito raramente - 150 Cerca de metade das vezes - 100 A maioria das vezes - 50 Todas as vezes - 0
Ingesta Hídrica	31- Durante a semana passada, quantas vezes você seguiu a restrição de líquidos recomendada para você?	Sempre - 200 A maior parte do tempo - 150 Na metade do tempo - 100 Raramente - 50 Nunca - 0
Dieta	46- Durante a semana passada, quantas vezes você seguiu a dieta recomendada?	Sempre - 200 A maior parte do tempo - 150 Na metade do tempo - 100 Raramente - 50 Nunca - 0

Fonte: Kim *et al.* (2010).

O peso dado a cada uma das questões é determinado pelo grau de relevância do aspecto do tratamento para os resultados clínicos do doente, daí a dimensão HD possuir um peso maior quando comparado às outras dimensões. Ressalta-se que um aspecto importante do instrumento remete às causas de um determinado comportamento, como por exemplo, se o paciente falta à sessão de HD por uma causa médica recebe toda a pontuação (Kim *et al.*, 2010, Lins; 2015).

Oito questões (11, 12, 22, 23, 32, 33, 41 e 42) retratam a percepção e o conhecimento do paciente sobre o tratamento, sendo duas questões para cada domínio que mensuram a importância que o indivíduo atribui a cada um deles e o porquê o considera daquela maneira. São abordadas também as ações educativas às quais os pacientes foram expostos por parte dos profissionais de saúde que os acompanha, abordando, ainda, questionamentos relacionados a não adesão,

tornando possível o detalhamento do universo do indivíduo aprofundando o conhecimento sobre as causas relacionadas a determinados comportamentos (Kim *et al.*, 2010, Lins; 2015).

Foi solicitado autorização para uso do instrumento ao autor original e ao autor que validou o instrumento no Brasil (APÊNDICE D).

### **6.3.5 Coleta de dados**

A coleta de dados foi dividida em três fases: pré intervenção, intervenção e pós intervenção.

#### **Primeiro momento: Pré-intervenção:**

No momento de pré-intervenção, a coleta de dados se deu após a autorização da administração da instituição, da coordenação do serviço de HD onde o estudo foi desenvolvido e após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

Este momento ocorreu entre os dias 15 de janeiro de 2024 e 10 de fevereiro de 2024.

A pesquisadora realizou todas as etapas da pesquisa, abordando cada uma das pessoas que são atendidas no local e que estavam nas sessões de HD, em que foi solicitado a colaboração dos mesmos para realização da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), esclarecimento dos objetivos do estudo, que a participação deles foi voluntária e que poderiam desistir em qualquer fase da pesquisa.

Após a anuência em participar do estudo, a pesquisadora apresentou os dois instrumentos: o Questionário de caracterização dos participantes e o Questionário de avaliação sobre a adesão do portador de doença renal crônica em HD e se iniciou a coleta de dados. A pesquisadora realizou a coleta de dados, anotando todas as respostas informadas pelo participante, por meio de entrevista, durante as sessões de HD, que teve o tempo aproximado de 25 minutos de duração. Esta técnica de coleta foi adotada uma vez que, devido ao fato destas pessoas encontrarem-se acomodadas em poltronas para a realização da HD e estarem com

o membro superior imobilizado, em que há dificuldades de preenchimento dos instrumentos.

Ressalta-se que a coleta de dados foi realizada durante a sessão de HD uma vez que, antes da sessão, poderia ter perda no número de participantes do estudo, pois muitos clientes chegam no horário exato de iniciar as sessões e após a sessão, os participantes poderiam apresentar algumas dificuldades, como exaustão por permanecerem horas na Instituição e atraso em tomar o transporte para suas residências (já que muitos deles moram em outros municípios e dependem de transportes municipais).

A pesquisadora por sua vez, leu todas as perguntas pausadamente, sem dar sinônimos para as palavras e preencheu os instrumentos conforme a decisão do pesquisado. A leitura se deu de maneira igual, sem nenhuma interpretação das questões em todas as entrevistas, de forma a não induzir a resposta dos entrevistados.

### **Segundo momento: Intervenção:**

Este momento ocorreu entre os dias 4 de março de 2024 e 29 de abril de 2024.

Neste momento foi realizada a intervenção, por meio da ação da atividade educativa que utilizou a cartilha construída e validada. Buscou-se explicar o material, fazer a sua exposição e entrega da cartilha aos participantes da pesquisa, de modo interativo e participativo, buscando sanar as dúvidas que surgiram durante o processo. As abordagens foram realizadas em grupos. Para cada turno e dia de HD, obtiveram-se 5 grupos, totalizando 20 grupos, que variaram de 5 a 10 participantes, de acordo com a disposição das cadeiras e máquinas de HD nos salões. A intervenção foi realizada de forma dialogada, durante a sessão de HD, com duração variando de 30 a 45 minutos, a depender do envolvimento dos participantes no momento da atividade educativa.

Cada grupo de participantes recebeu a intervenção educativa três vezes, com intervalo aproximado de 15 dias, a fim de buscar o acolhimento, a socialização, além da abordagem dialogada da temática, embasada na valorização dos conhecimentos prévios do grupo em articulação com o saber científico contextualizado e significativo aos interesses e demandas desses sujeitos. Em cada encontro buscou-se dar

continuidade da atividade educativa, sendo abordados os domínios do material educativo e as ações de adesão ao tratamento para a população (Araújo *et al.*; 2020).

### **Terceiro Momento: Pós-intervenção:**

Por fim, no terceiro momento, a pós-intervenção, o mesmo instrumento utilizado no pré-teste, o QADRC-HD, contando com as seis questões que avaliam a adesão propriamente dita dos pacientes (questões: 14, 17, 18, 26, 31 e 46) foi aplicado novamente pela mesma pesquisadora após aproximadamente 30 dias da realização da terceira intervenção educativa, sendo que a aplicação deste instrumento teve a duração aproximada de 5 minutos. Estipulou-se esse intervalo para nova aplicação do instrumento, uma vez que este período auxilia na observação de mudanças que possam surgir após a aplicação da estratégia educacional, conforme Neves (2015), Matsui (2010) e Neafsey (2002).

Este momento ocorreu entre os dias 6 e 29 de maio de 2024.

#### **6.3.6 Análise dos dados**

Os dados obtidos a partir do questionário adaptado de caracterização dos participantes, do pré-teste e pós-teste do QADRC-HD, foram digitados em uma planilha do programa *Microsoft Excel 2019*®, para que fosse realizada seleção, categorização e tabulação dos dados. Para a categorização, os dados desse estudo foram codificados, para que a contagem e tabulação dos resultados fossem facilitadas (Galdeano, 2007).

Foi realizada a dupla digitação para verificar e confirmar a consistência dos dados e evitar erros de transcrição. Posteriormente, os dados foram transportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 24*® para realização da análise estatística.

Os dados do questionário de caracterização dos participantes e do QADRC-HD foram apresentados por meio de estatística descritiva, com frequência em números absolutos e relativos para as variáveis categóricas e as medidas de tendência central como média, mediana e de variabilidade, como desvio padrão e valores mínimo/máximo para as variáveis numéricas.

Foi realizado teste de normalidade de *Shapiro-Wilk* para definição dos testes estatísticos apropriados. Mediante resultado, optou-se pela utilização de testes não paramétricos devido a não normalidade nos resultados encontrados.

Para verificar se há existência de associação entre as 44 variáveis independentes selecionadas (sexo, faixa etária, crença religiosa, número de filhos, renda familiar mensal, recebimento de benefício, tipo de benefício recebido, ocupação profissional, estado civil, escolaridade, tipo de moradia, consumo de bebida alcóolica, tabagista, prática de atividade física, doença crônica, uso de medicamentos contínuos e de uso diário, etiologia da doença renal crônica, tipo de acesso para realização da HD, tempo de HD, recomeço da HD, realização de diálise peritoneal, realização de transplante renal, tipo de transporte, acompanhante, dias e horários para realização de HD convenientes, tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de não faltar HD, tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de fazer toda a sessão de HD sem diminuir o tempo, dificuldade para permanecer durante toda a sessão de HD, tempo que o profissional de saúde falou sobre os medicamentos consumidos, tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de tomar os medicamentos prescritos, apresenta dificuldade para tomar os medicamentos prescritos, dificuldade para tomar os medicamentos prescritos, tempo que o profissional de saúde falou sobre a quantidade de líquidos que pode consumir, tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de restringir a ingestão de líquidos, apresenta dificuldade para restringir a ingestão de líquidos, dificuldade para cumprir a restrição de líquidos, tempo que o profissional de saúde falou sobre a dieta, tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de seguir a dieta apropriada, apresenta dificuldade para seguir dieta recomendada, dificuldade para seguir a dieta recomendada, importância para cumprir toda a programação de HD, importância para tomar os medicamentos prescritos, importância para restringir a quantidade de líquidos consumidos e importância de vigiar os tipos de alimentos que consome diariamente) com os quatro domínios da adesão propriamente dita (HD, medicação, restrição de líquidos e dieta) foi utilizado o Teste de *Mann-Whitney*, sendo apresentado através de estatística descritiva (média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo).

Em todas as análises deste estudo, adotou-se o nível de significância de 5%, ou seja, os dados foram estatisticamente significantes para  $P < 0,05$ .

Cabe destacar que para facilitar a análise estatística dos dados e as comparações, algumas variáveis independentes puderam ser reagrupadas e dicotomizadas. Esse reagrupamento foi feito, considerando-se a distribuição dos dados em cada categoria da variável original como mostra o Quadro 4.

Quadro 4 - Variáveis independentes utilizadas para as associações e os respectivos reagrupamentos/dicotomizações.

(continua)

<b>Variáveis independentes</b>	<b>Reagrupamentos/dicotomizações</b>
Faixa etária	Até 59 anos X De 60 anos ou mais
Crença religiosa	Católica X Outras
Número de filhos	Até 3 filhos X De 4 filhos ou mais
Renda familiar mensal	Até R\$3000 reais X Acima de R\$3000 reais
Tipo de benefício recebido	Aposentadoria X Outras
Estado civil	Com companheiro(a) X Sem companheiro (a)
Escolaridade	Até ensino fundamental completo X Ensino médio e superior
Tipo de moradia	Própria e financiada X Outros
Prática de atividade física	Não pratica atividade física X Pratica atividade física
Etiologia da Doença Renal Crônica	HAS e DM X Outros
Tipo de acesso para realização da hemodiálise	Fístula X Prótese ou cateter
Tempo de Hemodiálise	Até 5 anos X Acima de 5 anos
Tipo de transporte	Transporte da prefeitura X Outros
Acompanhante	Sem acompanhante X Com acompanhante
Dias e horários para realização de hemodiálise convenientes	Sim X Não
Tempo que o Profissional de saúde falou sobre a importância de não faltar hemodiálise	Até há um mês X Mais de um mês
Tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de fazer toda a sessão de hemodiálise sem diminuir o tempo	Até há um mês X Mais de um mês
Dificuldade para permanecer durante toda a sessão de hemodiálise	Sem dificuldade X Com dificuldade
Tempo que o profissional de saúde falou sobre os medicamentos consumidos	Até há um mês X Mais de um mês
Tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de tomar os medicamentos prescritos.	Até há um mês X Mais de um mês

Quadro 4 - Variáveis independentes utilizadas para as associações e os respectivos reagrupamentos/dicotomizações.

(conclusão)

<b>Variáveis independentes</b>	<b>Reagrupamentos/dicotomizações</b>
Dificuldade para tomar os medicamentos prescritos	Sem dificuldade X Com dificuldade
Tempo que o profissional de saúde falou sobre a quantidade de líquidos que pode consumir	Até há um mês X Mais de um mês
Tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de restringir a ingestão de líquidos	Até há um mês X Mais de um mês
Dificuldade para cumprir a restrição de líquidos	Sem dificuldade X Com dificuldade
Tempo que o profissional de saúde falou sobre a dieta	Até há um mês X Mais de um mês
Tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de seguir a dieta apropriada	Até há um mês X Mais de um mês
Dificuldade para seguir a dieta recomendada	Sem dificuldade X Com dificuldade
Importância para cumprir toda a programação de hemodiálise	Importante X Não importante
Importância para tomar os medicamentos prescritos	Importante X Não importante
Importância para restringir a quantidade de líquidos consumidos	Importante X Não importante
Importância de vigiar os tipos de alimentos que consome diariamente	Importante X Não importante

Fonte: Elaborado pela autora.

Vale ressaltar que a análise de regressão múltipla não foi realizada porque o resíduo da análise e todas as variáveis da escala não apresentaram distribuição normal, confirmado pelo teste de Shapiro Wilk a 5%. Diante destes, realizou-se apenas as comparações univariadas pelo teste de Mann Whitney a 5%.

Para a análise da comparação antes e após a intervenção da cartilha através da utilização dos quatro domínios da adesão propriamente dita (HD, medicação, restrição de líquidos e dieta) foi utilizado o Teste de *Wilcoxon*.

Neste trabalho foi utilizado o Coeficiente *Alfa de Cronbach* para a verificação da confiabilidade e consistência interna. Para essa análise, utilizou-se as três partes da escala QADRC-HD: informações gerais, percepção e o conhecimento do paciente e adesão propriamente dita (HD, medicação, restrição hídrica e dieta). Se os itens em um teste forem correlacionados entre si, o valor de alfa é aumentado.

Este valor varia de zero a um e quanto maior o valor, maior a consistência interna, confiabilidade do instrumento e maior a homogeneidade das variáveis em estudo. A literatura sinaliza que os valores Alfa de *Cronbach* sejam acima de 0,70 (Tavakol; Dennick, 2011).

Ao final das análises realizadas, os dados obtidos foram apresentados por meio de tabelas, constando valores absolutos e percentuais, e as variáveis numéricas com estatística descritiva (média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo), como também a estatística inferencial.

### **6.3.7 Aspectos éticos**

Este estudo obedeceu a Resolução nº 466/2012, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil (Brasil, 2012). Para isso, o projeto de pesquisa foi submetido, via Plataforma Brasil, para avaliação e apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG) e aprovado sob número de parecer 5.688.284 e CAEE: 63113522.6.0000.5142 (ANEXO F). Os dados que foram coletados estão sob responsabilidade dos pesquisadores e serão armazenados por um período de cinco anos.

Foi solicitada autorização prévia à administração da instituição onde o estudo foi desenvolvido (APÊNDICE E).

Perante concordância em participar do estudo, foi entregue aos participantes da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Uma via ficou com o pesquisador e a outra com o pesquisado, sendo garantido o anonimato e o direito de desistência em qualquer fase da pesquisa (APÊNDICE F).

Foram solicitados aos juízes que aceitaram participar do processo de construção e validação de conteúdo do material educativo que assinassem o TCLE para juízes, também em duas vias (APÊNDICE B).

O pesquisador responsável também firmou a Declaração de Compromisso (APÊNDICE G) de responsabilização e de comprometimento ao zelo pela privacidade e sigilo das informações, utilização dos materiais e dos dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo da pesquisa.

Para a coleta de dados com a população de estudo (pessoas em tratamento hemodialítico), foram adotadas todas as medidas de controle sanitário para a realização da pesquisa no período da pandemia do coronavírus – COVID 19, para

que os riscos fossem minimizados, como uso de máscaras/ EPIs, distanciamento físico de 1,5 m entre pesquisador e participante, uso de desinfecção com álcool gel entre cada procedimento e outras medidas que estivessem vigentes no período de coleta de dados (APÊNDICE H).

Durante a execução da pesquisa poderiam ocorrer riscos para os participantes do estudo, já que toda pesquisa desenvolvida em seres humanos tem a presença de riscos, mesmo que mínimos. Os danos eventuais que este estudo poderia ocasionar foram mínimos, e estiveram relacionados ao tempo destinado para a realização da entrevista e ao desconforto psicológico e constrangimento com relação à entrevista. Caso estes riscos ocorressem, os pesquisadores se responsabilizaram em minimizá-los, como a interrupção da entrevista se necessário, manutenção de sigilo e anonimato, abordagem cautelosa ao participante durante a entrevista e o livre arbítrio para escolher ou não participar da entrevista, junto ao compromisso em seguir os padrões científicos e éticos na execução da pesquisa. É importante ressaltar que os participantes estiveram livres para deixar de participar da pesquisa em qualquer momento, sem a necessidade de apresentarem justificativas. De maneira específica no presente protocolo, foram tomadas as seguintes medidas minimizadoras de riscos para contaminação do coronavírus – COVID-19, como uso de máscaras/ EPIs, distanciamento físico de 1,5 m entre pesquisador e participante, uso de desinfecção com álcool gel entre cada procedimento e outras medidas que estivessem vigentes no período de coleta de dados.

Já para os juízes que participaram do processo de validação da cartilha educativa, os danos eventuais que este estudo poderia ocasionar foram mínimos, e estavam relacionados ao tempo destinado para a realização da avaliação do material encaminhado e divulgação de dados confidenciais. Para minimizar estes possíveis danos foi assegurado total sigilo sobre a identidade dos participantes e que os mesmos teriam o direito de não aceitar ou deixar de participar da pesquisa, em qualquer momento, sem que isso lhe trouxesse qualquer prejuízo. Também para minimizar a possível divulgação de dados confidenciais, ressalta-se que após a conclusão da coleta de dados, foi feito o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro das informações contidas no e-mail. Os juízes puderam solicitar esclarecimentos quando sentissem necessidade e suas contribuições foram respeitosamente utilizadas na pesquisa e,

posteriormente, em trabalhos e eventos científicos da área da saúde, sem restrições de prazo e citações, desde a presente data.

Como benefícios, a pesquisa pode contribuir para um levantamento de dados que proporcione aprendizados sobre adesão de pessoas com DRC em tratamento hemodialítico, promoção do aumento de conhecimento dos pacientes sobre DRC e auxílio à promoção da saúde dessas pessoas. Esse entendimento poderá também subsidiar as ações da equipe de saúde do setor de nefrologia para atenção às pessoas com DRC em HD.

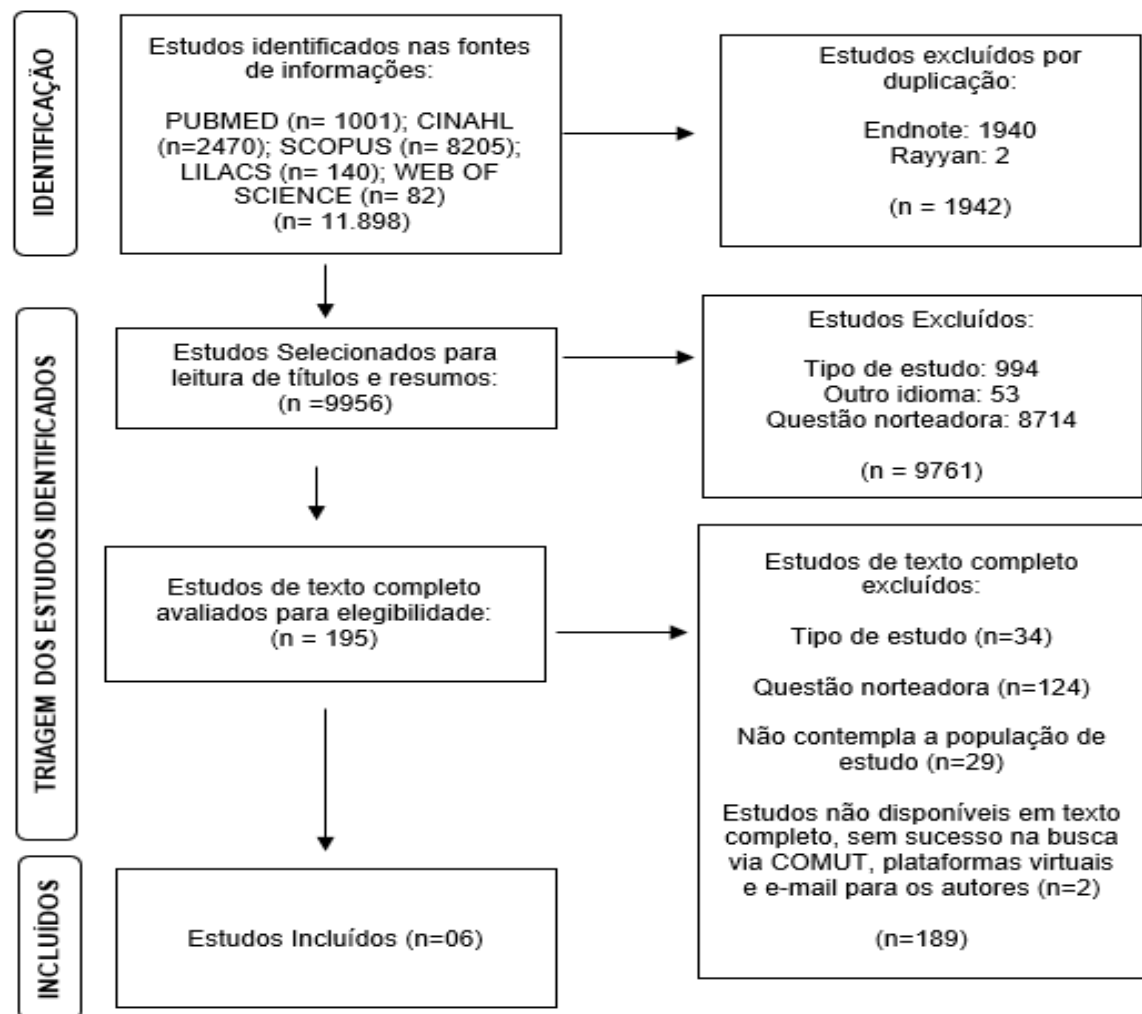
## 7 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em três tópicos mencionados a seguir.

### 7.1 REVISÃO INTEGRATIVA

Encontrou-se um total de 11.898 estudos pela busca em cada fonte de informação, sendo identificados 1.942 duplicatas, sendo 1.940 no gerenciador eletrônico de referências EndNote Online e duas no software Rayyan QCR, conforme apresentada na Figura 2.

Figura 2 – Identificação e distribuição da seleção de estudos no período de 2011 a 2022



Fonte: Elaborado pela autora. Adaptado do PRISMA (Moher *et al.*, 2009).

Foram excluídos 9.761 estudos por não responderem à questão norteadora do estudo, por serem outro tipo de estudo e outro idioma. Assim, 195 estudos de texto completo foram avaliados para elegibilidade. Desses, 34 foram excluídos pelo tipo de estudo, 124 por não responderem à questão norteadora, 29 por não envolverem a população alvo do estudo e dois não foram encontrados em texto completo. Realizou-se a busca desses estudos via COMUT, plataformas virtuais e também foi enviado e-mail para os autores dos mesmos, porém, sem sucesso. Dessa forma, seis estudos foram incluídos na presente pesquisa, sendo todos da fonte de informações PubMed (Figura 2).

O Quadro 5 traz uma síntese dos resultados dos estudos encontrados em relação às variáveis: título do estudo, periódico, autores, ano, país de publicação e idioma.

Quadro 5 – Síntese dos resultados dos estudos encontrados no período de 2011 a 2022, de acordo com as variáveis: título do estudo, periódico, autores, ano, país de publicação e idioma.

(continua)

ID	Título	Periódico	Autores	Ano	País de publicação	Idioma
1	Blood pressure knowledge in hypertensive hemodialysis patients.	Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists	Kauric-Klein	2012a	Canadá	Inglês
2	Improving Blood Pressure Control in End Stage Renal Disease Through a Supportive Educative Nursing Intervention.	Nephrology Nursing Journal	Kauric-Klein	2012b	EUA	Inglês
3	Compliance with a structured weight loss program is associated with reduced systolic blood pressure in	American Journal of Hypertension	MacLaughlin <i>et al.</i>	2012	EUA	Inglês

Quadro 5 – Síntese dos resultados dos estudos encontrados no período de 2011 a 2022, de acordo com as variáveis: título do estudo, periódico, autores, ano, país de publicação e idioma.

(conclusão)

ID	Título	Periódico	Autores	Ano	País de publicação	Idioma
	obese patients with chronic kidney disease					
4	The Efficacy of a Nurse-Led Breathing Training Program in Reducing Depressive Symptoms in Patients on Hemodialysis: A Randomized Controlled Trial.	American Journal of Nursing	Tsai et al.	2015	EUA	Inglês
5	Effects of systematic nursing instruction on a low-phosphorus diet, serum phosphorus level and pruritus of patients on haemodialysis.	Journal of Clinical Nursing	Cheng, Tang, Liao & Lin	2017	Reino Unido	Inglês
6	Dietary application for the management of patients with hemodialysis: a formative development study.	Healthcare informatics research	El Khoury et al.	2019	Coreia	Inglês

Fonte: elaborado pela autora.

Dentre os estudos selecionados, três foram publicados nos EUA, dois no Reino Unido e um no Canadá e um Coreia. Em relação ao idioma dos estudos, todos estavam em inglês. Já em relação ao ano de publicação, um é do ano 2019, 2015 e 2017 e três estudos do ano de 2012 (QUADRO 5).

No Quadro 6, a síntese das seguintes variáveis objetivos, tipo de estudo, participantes do estudo e nível de evidência podem ser observadas.

Quadro 6 - Síntese dos resultados dos estudos encontrados no período de 2011 a 2022, de acordo com as variáveis: objetivos, tipo de estudo, participantes do estudo e nível de evidência.

(continua)

<b>ID</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Participantes do estudo</b>	<b>Nível de evidência</b>
1	Determinar se uma intervenção educativa de enfermagem de suporte incorporando educação, monitoramento, estabelecimento de metas e reforço da pressão arterial (PA) melhoraria o controle da PA em uma população de HD crônica.	Experimental randomizado	118 pacientes de seis unidades ambulatoriais de HD em Michigan	II
2	Examinar se uma intervenção de enfermagem de suporte incorporando monitoramento, estabelecimento de metas e reforço pode melhorar o controle da PA em uma população crônica de HD.	Controlado randomizado	130 participantes de seis unidades de HD.	II
3	Examinar a eficácia do programa de controle de peso em uma coorte de pacientes com DRC não selecionados encaminhados para controle de peso e identificar fatores associados à perda de peso nessa população.	Coorte prospectivo	135 pacientes em tratamento hemodialítico	IV
4	Examinar a eficácia de um programa de treinamento respiratório conduzido por enfermeiros na redução dos sintomas depressivos e na melhoria da qualidade do sono e da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes em HD de	Clínico controlado e randomizado	57 pacientes em HD foram aleatoriamente designados para um grupo de treinamento respiratório de oito sessões ou para um grupo controle	II

Quadro 6 - Síntese dos resultados dos estudos encontrados no período de 2011 a 2022, de acordo com as variáveis: objetivos, tipo de estudo, participantes do estudo e nível de evidência.

(conclusão)

ID	Objetivos	Tipo de estudo	Participantes do estudo	Nível de evidência
	manutenção.			
5	Investigar a eficácia da instrução sistemática de enfermagem sobre dieta pobre em fósforo, nível sérico de fósforo e prurido de pacientes em HD.	Experimental	94 pacientes que receberam HD em um centro médico em Taipei, Taiwan.	II
6	Descrever o desenvolvimento passo a passo centrado na pessoa e baseado em teoria do aplicativo KELA.AE para pacientes em HD de língua árabe.	Qualitativo	Seis pacientes em HD e seis profissionais de saúde (nutricionistas e nefrologistas)	VI

Fonte: elaborado pela autora.

O tipo de estudo predominante dos estudos selecionados foi do tipo clínico controlado e randomizado contando com quatro estudos, um estudo do tipo coorte prospectivo e um qualitativo. No total dos participantes, foram avaliados 534 pacientes que realizavam HD. Em uma pesquisa, realizaram entrevista com seis pacientes e seis profissionais de saúde. Em relação ao nível de evidência, um estudo tem nível VI e um com nível IV e predominou o nível II com quatro estudos (QUADRO 6).

Por fim, no Quadro 7 a síntese das variáveis principais resultados, limitações e conclusões podem ser verificadas.

Quadro 7 - Síntese dos resultados dos estudos encontrados no período de 2011 a 2022, de acordo com as variáveis: principais resultados, limitações e conclusões.

(continua)

ID	Principais Resultados	Limitações	Conclusões
1	Somente as orientações nas sessões educativas para explicar a fisiopatologia subjacente da hipertensão na DRC, identificar os riscos associados à hipertensão	O processo de randomização foi realizado pela unidade de HD. A confiabilidade da escala de conhecimento de PA também foi questionável. Dois dos	O conhecimento é uma condição necessária, mas insuficiente para a mudança de comportamento e parece que estratégias mais pró-ativas como automonitoramento,

Quadro 7 - Síntese dos resultados dos estudos encontrados no período de 2011 a 2022, de acordo com as variáveis: principais resultados, limitações e conclusões.

(continuação)

ID	Principais Resultados	Limitações	Conclusões
	na DRC e descrever as intervenções ou metas de autocuidado que podem melhorar o controle da PA não foram significativamente suficientes para melhorar a pressão sanguínea nesta amostra.	itens tiveram baixas correlações totais entre os itens e precisam ser reexaminados quanto a forma de problemas de redação e conceitos.	estabelecimento de metas e reforço devem ser incluídas nas intervenções para ajudar os pacientes a diminuir sua pressão sanguínea.
2	O grupo controle recebeu cuidado padrão. As PA sistólica e diastólica foram significativamente diminuídas no grupo de tratamento. As orientações consistiam nos enfermeiros ensinar, orientar e apoiar pacientes hipertensos no monitoramento da PA em casa, revisando as metas de PA semanalmente e reforçando positivamente os pacientes quando as metas são atingidas, assim como promover a adesão à medicação dos pacientes para que a meta seja alcançada.	Processo de randomização ter sido realizado pelas unidades HD. Os grupos controle e tratamento terem sido retirados de duas áreas demográficas diferentes configurando diferenças em uma série de variáveis de linha de base. A intervenção ter sido muito trabalhosa para os participantes concluírem - muitos participantes indicaram que havia muitos formulários para preenchimento - muitos dos registros relacionados ao monitoramento de fluidos e sódio não foram concluídos.	Os achados indicam que uma intervenção de enfermagem de apoio que forneceu educação sobre PA, monitorou semanalmente o cumprimento de metas, e reforçou o cumprimento de metas trouxe melhores resultados de PA. Os enfermeiros podem usar outras intervenções além da educação, como monitoramento, estabelecimento de metas e reforço, para ajudar a e/ou alterar os comportamentos de autocuidado da PA.
3	Perda de peso significativa foi alcançada para todos os pacientes aos 6, 12, 18 e 24 meses. A adesão ao programa, que consistiu em uma dieta renal com baixo teor de gordura e energia reduzida, aumento da atividade física, foi um importante preditor independente de perda de peso bem sucedida. Além disso, a participação em um programa estruturado de	Há um viés de seleção, pois os participantes provavelmente tiveram maior motivação para perda de peso do que aqueles que optaram por não iniciar o programa. O estudo foi selecionado para avaliar a eficácia do programa de perda de peso, o que impossibilita o uso de um desenho controlado e inerentemente impede a comparação de alterações com pacientes obesos	Perda de peso significativa foi alcançada, demonstrando a eficácia do programa de controle de peso, e a adesão a um programa estruturado melhorou a perda de peso e a PA sistólica.

Quadro 7 - Síntese dos resultados dos estudos encontrados no período de 2011 a 2022, de acordo com as variáveis: principais resultados, limitações e conclusões.

(continuação)

ID	Principais Resultados	Limitações	Conclusões
	perda de peso pode estar associada a outros efeitos benéficos, como a redução da PA, que pode ser de grande importância para a proteção renal e cardiovascular em pacientes com DRC.	que não participam de um programa de perda de peso.	
4	O grupo intervenção apresentou decréscimos significativamente maiores nos escores do Inventário de Depressão de Beck II do que o grupo controle. O programa de treinamento respiratório de oito sessões, liderado por enfermeiras, aliviou efetivamente a depressão em pacientes em HD e melhoraram certos aspectos mentais da qualidade de vida relacionada à saúde. O treinamento de respiração profunda pode ser prontamente integrado ao cuidado de tais pacientes por enfermeiros em centros de diálise.	Tamanho da amostra baseado no número de participantes necessários para permitir a detecção de um efeito do tratamento no desfecho primário. A diferença na taxa de atrito entre os grupos pode ter afetado a validade dos resultados. Coletado apenas informações sobre a qualidade subjetiva do sono. Não foi coletada informações sobre o comportamento de cochilo dos participantes para nenhum dos grupos e não foi usado um grupo de controle ativo neste estudo.	Esta intervenção aliviou significativamente os sintomas depressivos, reduziu a limitação de papel percebida devido a problemas emocionais e melhorou o componente geral de saúde mental da qualidade de vida em pacientes em HD de manutenção.
5	O grupo experimental teve uma ingestão de dieta com baixo teor de fósforo em comparação com o grupo controle. Uma diferença significativa no nível de fósforo sérico foi observada entre os grupos experimental e controle. A incidência de prurido foi menor no grupo experimental do que no grupo controle. As orientações fornecidas incluíram sobre o uso da medicação (para tomar comprimidos de cálcio) e	Participantes de apenas um hospital pode ter causado viés de amostragem. Os resultados não podem ser generalizados para todos os pacientes em diálise. O pesquisador não pôde fornecer balanças para cada paciente para medir com precisão o peso dos alimentos. Isso pode ter afetado a precisão da ingestão alimentar registrada pelos pacientes.	Uma instrução sistemática de enfermagem incluiu o uso de um panfleto, fotos e cartões de lembrete, os níveis de fósforo no sangue dos pacientes diminuíram, os pacientes consumiram mais alimentos com baixo teor de fósforo e o prurido diminuiu.

Quadro 7 - Síntese dos resultados dos estudos encontrados no período de 2011 a 2022, de acordo com as variáveis: principais resultados, limitações e conclusões.

(conclusão)

ID	Principais Resultados	Limitações	Conclusões
	automonitoramento da dieta.		
6	Foi desenvolvido o aplicativo KELA.AE, que inclui um recurso de automonitoramento. Os vídeos apresentam conceitos como a relação fósforo-proteína dos alimentos e orientam os pacientes a identificar e consumir alimentos ricos em proteínas, mas com baixo teor de fósforo. A análise qualitativa das entrevistas revelou dois temas predominantes 'Experiência com a dieta', 'Avaliação do aplicativo' e um tema das entrevistas com os profissionais de saúde 'Avaliação do aplicativo'.	Incorporação de um banco de dados de nutrientes no recurso de automonitoramento do aplicativo. O uso de fontes de dados de nutrientes desenvolvidos em diferentes países pode levar a erros significativos na avaliação da composição de nutrientes.	O aplicativo KELA.AE mostrou-se satisfatório e atendeu às necessidades dos participantes. Foram feitas alterações no aplicativo conforme sugerido durante as entrevistas.

Fonte: elaborado pela autora.

Dos estudos analisados, todos trouxeram suas limitações. As principais foram: tamanho da amostra; população envolvida e o local; o processo de randomização adotado no estudo, e as questões relativas ao preenchimento dos questionários (QUADRO 7).

Ao responder à questão norteadora dessa revisão e mediante a realização da análise dos estudos selecionados, principalmente os itens “principais resultados” e “conclusões”, foram elaboradas as seguintes categorias temáticas: 1 - Alimentação/Dieta, 2 - Autocuidado e controle da pressão arterial, 3 - Prática de atividade física, 4 - Prática de respiração para a saúde mental e 5 - Uso do medicamento cálcio.

Foi realizada a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos na presente revisão. Cinco estudos foram avaliados por meio do Formulário de Revisão Crítica para Estudos Quantitativos e um pela avaliação da qualidade metodológica de estudo qualitativo, conforme pode-se observar nos Quadros 8 e 9:

Quadro 8 - Avaliação da qualidade metodológica dos estudos quantitativos incluídos na revisão integrativa.

Revisão crítica dos estudos quantitativos		Estudos				
		1	2	3	4	5
<b>Objetivo do estudo</b>	Objetivo estava claro? (sim/não)	S	S	S	S	S
<b>Literatura</b>	Foi realizada uma revisão da literatura relevante neste tema?	S	S	S	S	S
<b>Desenho</b>	Randomizado/ coorte/ estudo de caso único/ antes e depois/ caso-controle/ transversal/ estudo de caso/ longitudinal	S	S	S	S	S
<b>Amostra</b>	A amostra foi descrita detalhadamente? (sim/não)	S	S	S	S	S
	Foi apresentada justificativa para o tamanho da amostra? (sim/não/não se aplica)	N	N	N	S	N
<b>Desfechos</b>	As medidas dos desfechos eram confiáveis? (sim/não/não informado)	S	S	S	S	S
	As medidas dos desfechos eram válidas? (sim/não/não informado)	S	S	S	S	S
<b>Intervenção</b>	A intervenção foi descrita de forma detalhada? (sim/não/não foi informado)	S	S	S	S	S
	A contaminação foi evitada? (sim/não/não informado/não se aplica)	S	N A	N A	N A	S
	A intervenção simultânea foi evitada? (sim/não/não foi informado/não se aplica)	N A	N A	N A	N A	S
<b>Resultados</b>	Os resultados foram relatados em termos de significância estatística? (sim/não/não se aplica/não foi informado)	S	S	S	S	S
	Os métodos de análise adequados? (sim/não/não foi informado)	S	S	S	S	S
	A importância clínica foi relatada? (sim/não/não foi informado)	S	S	S	S	S
	Houve relato de participantes que abandonaram o estudo? (sim/não)	N	N	N	S	N
<b>Conclusões e implicações clínicas</b>	As conclusões foram coerentes com os métodos e resultados do estudo? (sim/não)	S	S	S	S	S

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 9 - Avaliação da qualidade metodológica do estudo qualitativo incluídos na revisão integrativa.

<b>Revisão Crítica do estudo qualitativo</b>		<b>E 6</b>
<b>Objetivo do estudo</b>	O objetivo e/ou pergunta de pesquisa estava claramente descrito? (sim/não)	S
<b>Literatura</b>	Foi realizada uma revisão da literatura relevante? (sim/não)	S
<b>Desenho do estudo</b>	Qual foi o desenho? (fenomenologia/etnografia/teoria fundamentada/pesquisa-ação/outro___)	S
	O referencial teórico foi identificado? (sim/não)	S
	Método(s) utilizado(s): (observação participante/entrevistas/revisão documental/grupo focal/outro___)	S
<b>Amostragem</b>	O processo de seleção dos participantes foi descrito? (sim/não)	N
	A amostragem foi feita até a saturação dos dados? (sim/não/não informado)	S
	O consentimento informado obtido? (sim/não/não informado)	S
<b>Coleta de dados</b>	Descrição clara e completa do local: (sim/não)	S
	Descrição clara e completa dos participantes: (sim/não)	S
	Descrição clara do papel do pesquisador e relação com os participantes: (sim/não)	S
	Descrição clara da identificação de viés do pesquisador (sim/não)	N
<b>Rigor</b>	Foi utilizado rigor na estratégia de coleta de dados? (sim/não/não informado)	S
<b>Análise de dados</b>	A análise de dados foi indutiva? (sim/não/não informado)	S
	Os resultados foram consistentes e refletem os dados obtidos? (sim/não)	S
<b>Auditabilidade</b>	Transformou dados em códigos/temas? (sim/não/não informado)	S
	O processo de análise de dados foi descrito adequadamente? (sim/não/não informado)	S
<b>Conexões teóricas</b>	Fez uma imagem significativa do fenômeno estudado? (sim/não)	S
<b>Rigor geral</b>	Há evidências dos quatro componentes de confiabilidade (credibilidade/transferibilidade/confiabilidade/confirmabilidade) (sim/não)	S
<b>Conclusões e implicações</b>	Conclusões foram adequadas dadas as descobertas do estudo? (sim/não)	S
	Os resultados contribuíram para o desenvolvimento da teoria, prática ou pesquisa futura? (sim/não)	S

Fonte: elaborado pela autora.

Dos estudos quantitativos, três não apresentaram justificativa para o tamanho da amostra em suas pesquisas, somente dois estudos informaram se a contaminação foi evitada e somente um se a intervenção simultânea foi evitada. Quatro estudos não relataram sobre o abandono de participantes do estudo (QUADRO 8).

Já o estudo qualitativo, o processo de seleção dos participantes não foi descrito e nem houve uma descrição clara da identificação de viés do pesquisador (QUADRO 9).

## 7.2 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO

Para a construção do material educativo “Cartilha”, primeiramente foi construído o Quadro 10 com o conteúdo da mesma, trazendo os temas, o conteúdo encontrado a partir da RI e dos manuais consultados e as referências utilizadas.

Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continua)

<b>TEMA: Adesão ao tratamento</b>	
<b>CONTEÚDO</b>	<b>REFERÊNCIA:</b>
<p><u>Conceito adesão:</u></p> <p>- “Significa junção, união, aprovação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio e pressupõe relação e vínculo.”</p> <p>- “É definido como seguir conselhos médicos ou de saúde e como o grau de conformidade entre as recomendações prescritas pelos profissionais de saúde e o seguimento destas por parte das pessoas adoecidas. Adesão,</p>	<p>- BRASIL. Ministério da Saúde. <b>Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento de pessoas que vivem com HIV e AIDS</b>. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <a href="https://healtheducationresources.unesco.org/library/documents/diretrizes-para-o-fortalecimento-das-acoes-de-adesao-ao-tratamento-para-pessoas">https://healtheducationresources.unesco.org/library/documents/diretrizes-para-o-fortalecimento-das-acoes-de-adesao-ao-tratamento-para-pessoas</a>. Acesso em: 31 jul. 2021.</p> <p>- DENHAERYNCK, K. <i>et al.</i> Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. <b>American journal of critical care</b>, Califórnia, v. 16, n. 3, p. 222-235, 2007. Disponível em:</p>

Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continuação)

CONTEÚDO	REFERÊNCIA:
<p>portanto, é compreendida como o comportamento positivo frente ao regime terapêutico proposto.”</p>	<p><a href="https://aacnjournals.org/ajconline/article-abstract/16/3/222/548/Prevalence-and-Consequences-of-Nonadherence-to?redirectedFrom=fulltext">https://aacnjournals.org/ajconline/article-abstract/16/3/222/548/Prevalence-and-Consequences-of-Nonadherence-to?redirectedFrom=fulltext</a>. Acesso em: 17 ago. 2021.</p> <p>-HAYNES, R. B. <i>et al.</i> Intervention for Enhancing Medication Adherence. <b>Cochrane Database of Systematic Reviews</b>, Bathesda, v. 16, n. 2, 2008. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.pub3. Acesso em: 17 ago. 2021.</p>
<p><u>Adesão e sua importância</u></p> <p>- “Promover adesão ao tratamento ultrapassa à ideia da simples ingestão de medicamentos e deve ser amplamente compreendida em diversos outros aspectos: acesso à informação, estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, acompanhamento clínico-laboratorial, compartilhamento de decisões relacionadas à própria saúde, adequação a hábitos e necessidades individuais”</p> <p>- “Para o portador de DRC, é necessário e fundamental a análise do comportamento da adesão ao tratamento, no que se refere às recomendações dietéticas, medicamentosas, de ingestão hídrica como também do cumprimento ao tratamento proposto (realização da hemodiálise). Estes aspectos do tratamento influenciam diretamente as taxas de morbidade/mortalidade, uma vez que são os pilares da terapia. Caso não haja a adesão em algum desses aspectos, a qualidade de vida da pessoa e os custos da saúde terão implicações negativas”</p>	<p>- BRASIL. Ministério da Saúde. <b>Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento de pessoas que vivem com HIV e AIDS</b>. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <a href="https://healtheducationresources.unesco.org/library/documents/diretrizes-para-o-fortalecimento-das-acoes-de-adesao-ao-tratamento-para-pessoas">https://healtheducationresources.unesco.org/library/documents/diretrizes-para-o-fortalecimento-das-acoes-de-adesao-ao-tratamento-para-pessoas</a>. Acesso em: 31 jul. 2021.</p> <p>- KIM, Y. <i>et al.</i> The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ): testing the psychometric properties in patients receiving in-center hemodialysis. <b>Nephrology nursing journal: journal of the American Nephrology Nurses' Association</b>, Pitman, v. 37, n. 4, p. 377, 2010. Disponível em: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3077091/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3077091/</a>. Acesso em: 12 jun. 2021.</p>

## Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continuação)

CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
<p><u>Cumprimento na realização de hemodiálise (ir realizar a terapia conforme prescrição):</u></p> <p>- “A hemodiálise é um procedimento que salva vidas para pacientes com doença renal em estágio terminal, mas, para isso, é necessário que os pacientes em hemodiálise sejam responsáveis por muitos aspectos de seu próprio tratamento. O não cumprimento às questões de adesão ao tratamento pode levar a um aumento nas taxas de complicações (edemas, taxas ruins de filtração sanguínea, aumento de internações hospitalares) e custos associados, o que muitas vezes diminui a sobrevivência dessa pessoa”</p>	<p>- GHIMIRE, S. <i>et al.</i> Nonadherence to medication therapy in haemodialysis patients: a systematic review. <b>PloS ONE</b>, São Francisco, v. 10, n. 12, p. e0144119, 2015. Disponível em: <a href="https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0144119">https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0144119</a>. Acesso em: 23 ago. 2021.</p>
<p><u>Comparecimento às consultas agendadas com os profissionais de saúde</u></p> <p>- “Os profissionais de saúde que interagem com os pacientes em diálise estão mais familiarizados com os comportamentos dos pacientes em diálise relacionados a implementação de intervenções de cuidados à saúde”</p> <p>- “Educação em saúde é definida como o meio em que o conhecimento científico produzido na área da saúde atinja a vida cotidiana das pessoas. Esta é intermediada por profissionais de saúde, que subsidiam as pessoas no processo de compreensão do processo saúde-doença para que adotem novos hábitos e condutas de saúde”</p>	<p>- KAURIC-KLEIN, Z. Blood pressure knowledge in hypertensive hemodialysis patients. <b>Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists</b>, Kingston, v. 22, n. 4, p. 18-25, 2012. Disponível em: <a href="https://www.researchgate.net/publication/235645768_Blood_pressure_knowledge_in_hypertensive_hemodialysis_patients">https://www.researchgate.net/publication/235645768_Blood_pressure_knowledge_in_hypertensive_hemodialysis_patients</a>. Acesso em: 24 set. 2022.</p> <p>- RIBEIRO, W. A. <i>et al.</i> Educação em saúde aos portadores de hipertensão arterial e diabete mellitus na Estratégia Saúde da Família. <b>Revista Pró-UniverSUS</b>, v. 8, n. 2, 2017. Disponível em: file:///C:/Users/ingri/Downloads/1002-Texto%20do%20artigo-3642-2-10-20171215.pdf. Acesso em: 01 ago. 2021.</p>

## Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continuação)

<b>TEMA: Medicação</b>	
<b>CONTEÚDO:</b>	<b>REFERÊNCIA:</b>
<p><u>Uso dos medicamentos prescritos.</u></p> <p>- “A terapia medicamentosa auxilia ao portador de DRC no manejo das comorbidades associadas, principalmente a anemia, a hipertensão arterial e o hiperparatireoidismo secundário.”</p> <p>- “Por que identificar e tratar pacientes com doença renal crônica (DRC)? Porque pode ser encontrada uma causa passível de correção. Ao reduzir um ou mais fatores de risco, é possível alentecer a evolução da doença renal ou reduzir o risco cardiovascular.”</p>	<p>- LINS, S. M. S. B. <b>Adaptação cultural e validação do questionário de avaliação sobre a adesão do portador de doença renal crônica em hemodiálise:</b> uma contribuição para a gerência do cuidado de enfermagem. 2015. 188 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2015. Disponível em: <a href="http://objdig.ufrj.br/51/teses/838330.pdf">http://objdig.ufrj.br/51/teses/838330.pdf</a>. Acesso em: 12 jun. 2021.</p> <p>- DAUGIRDAS, T. J.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. <b>Manual de diálise.</b> 5.Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688 p. Disponível em: <a href="https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html">https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html</a>. Acesso em: 20 maio 2021.</p>
<p><u>Medicamentos anti-hipertensivos.</u></p> <p>- “Para o tratamento da hipertensão arterial, a restrição da ingesta hídrica e de sódio, além do uso de medicamentos anti-hipertensivos”</p> <p>- “Hipertensão arterial: PAS pré-diálise &gt; 140 mm Hg e/ou PAD &gt; 90 mm Hg quando se considera que o paciente apresenta o denominado</p>	<p>- LINS, S. M. S. B. <b>Adaptação cultural e validação do questionário de avaliação sobre a adesão do portador de doença renal crônica em hemodiálise:</b> uma contribuição para a gerência do cuidado de enfermagem. 2015. 188 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2015. Disponível em: <a href="http://objdig.ufrj.br/51/teses/838330.pdf">http://objdig.ufrj.br/51/teses/838330.pdf</a>. Acesso em: 12 jun. 2021.</p> <p>- DAUGIRDAS, T. J.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. <b>Manual de diálise.</b> 5.Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688 p. Disponível em:</p>

## Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continuação)

CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
<p>“peso seco”. Os objetivos para a pressão arterial devem ser individualizados, levando em conta a idade, as condições comórbidas, a função cardíaca e o estado neurológico. Nos pacientes com PA sistólica e diastólica elevadas e poucas complicações cardiovasculares de fundo, um objetivo razoável para a PA é &lt; 130/80 mm Hg, estabelecida pelo JNC7 para os pacientes com doença renal crônica.”</p> <p>- “Uso de anti-hipertensivos: Bloqueadores dos canais de cálcio, Substâncias simpatolíticas (p.ex., metildopa, clonidina, guanabenz), Bloqueadores b-adrenérgicos, a/b-adrenérgicos e a-adrenérgicos, Inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA) e bloqueadores do receptor da angiotensina II (BRA), Vasodilatadores (p.ex., hidralazina, minoxidil), Espironolactona.”</p>	<p><a href="https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html">https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html</a>. Acesso em: 20 maio 2021.</p>
<p><u>Medicamentos anti-glicêmicos.</u></p> <p>- “Os diabéticos correm maior risco de desenvolver síndromes coronárias agudas e apresentam desfechos piores após intervenções coronárias, em relação aos pacientes não diabéticos. Além disso, observa-se prevalência aumentada de insuficiência cardíaca. O controle glicêmico insatisfatório (conforme avaliado pelos níveis de hemoglobina glicosilada) está associado à taxa de mortalidade</p>	<p>- DAUGIRDAS, T. J.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. <b>Manual de diálise</b>. 5.Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688 p. Disponível em: <a href="https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html">https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html</a>. Acesso em: 20 maio 2021.</p>

## Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continuação)

CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
<p>aumentada nos pacientes em diálise.”</p> <p>- “Hipoglicemiantes orais: esses agentes são adjuntos úteis no tratamento dos diabéticos e são prescritos por muitos nefrologistas. Alguns fármacos utilizados: insulinas, Tiazolidinodionas, Inibidores da <math>\alpha</math>-glicosidase, Meglitinidas, Biguanidas, Análogos da amilina, Miméticos da incretina: peptídeo o-1 semelhante ao glucagon (GLP-1)”</p>	
<p><u>Medicamentos para anemia</u></p> <p>“Para a anemia, o tratamento consiste na administração de eritropoetina recombinante, duas a três vezes por semana, a fim de se alcançar um nível de hemoglobina entre 11 e 12 mg/dl.”</p> <p>- “A anemia da doença renal crônica (DRC) é decorrente basicamente da produção insuficiente da glicoproteína do hormônio eritropoetina (EPO). Embora a EPO possa ser produzida por muitos tecidos corporais, a EPO necessária para a eritropoese é, em geral, produzida pelas células epiteliais próximas aos túbulos renais. À medida que a função renal excretora desaparece, ocorre redução relativa na produção de EPO relacionada</p>	<p>- LINS, S. M. S. B. <b>Adaptação cultural e validação do questionário de avaliação sobre a adesão do portador de doença renal crônica em hemodiálise:</b> uma contribuição para a gerência do cuidado de enfermagem. 2015. 188 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2015. Disponível em: <a href="http://objdig.ufrj.br/51/teses/838330.pdf">http://objdig.ufrj.br/51/teses/838330.pdf</a>. Acesso em: 12 jun. 2021.</p> <p>- DAUGIRDAS, T. J.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. <b>Manual de diálise</b>. 5.Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688 p. Disponível em: <a href="https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html">https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html</a>. Acesso em: 20 maio 2021.</p>

Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continuação)

CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
<p>com redução na taxa de filtração glomerular. A gravidade da anemia resultante varia, mas se não tratada podem ser observados níveis de hematócrito (Hct) na doença renal em estágio terminal (DRET) de 18%-24%. Embora a primazia da deficiência de EPO seja evidente, outros fatores podem contribuir de forma importante. Além disso, os pacientes com DRET podem desenvolver qualquer uma das outras causas de anemia freqüentes nos indivíduos não urêmicos. Medicamentos. Existem duas formas de eritropoetina humana recombinante comercialmente disponíveis: epoetina alfa (Epogen, Procrit) e darbepoetina alfa (Aranesp).”</p>	
<p><u>Medicamentos para tratamento de doenças ósseas.</u></p> <p>-“ Para o hiperparatireoidismo, a suplementação oral de cálcio, quelantes de fósforos e a pulsoterapia com vitamina D”</p> <p>- “A doença óssea nos pacientes em diálise é basicamente decorrente dos efeitos do hiperparatireoidismo secundário, o qual acomete muitos pacientes quando a taxa de filtração glomerular (TFG) está na faixa de 50</p>	<p>- LINS, S. M. S. B. <b>Adaptação cultural e validação do questionário de avaliação sobre a adesão do portador de doença renal crônica em hemodiálise:</b> uma contribuição para a gerência do cuidado de enfermagem. 2015. 188 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2015. Disponível em: <a href="http://objdig.ufrj.br/51/teses/838330.pdf">http://objdig.ufrj.br/51/teses/838330.pdf</a>. Acesso em: 12 jun. 2021.</p> <p>- DAUGIRDAS, T. J.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. <b>Manual de diálise.</b> 5.Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688 p. Disponível em: <a href="https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html">https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html</a>. Acesso em: 20 maio 2021.</p>

## Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continuação)

CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
<p>a 70 mL/minuto. As causas do hiperparatireoidismo incluem hipocalcemia, níveis circulantes reduzidos de calcitriol e retenção de fosfato. Os baixos níveis de calcitriol são decorrentes da 1-hidroxilação de 25-hidroxivitamina D3 reduzida nos rins. Além disso, os baixos níveis dos depósitos de vitamina D (avaliados pela medição da 25-hidroxivitamina D) são prevalentes na população com doença renal crônica (DRC).”</p> <p>- “Rotineiramente são prescritos quelantes de fósforo (acetato de cálcio e carbonato de cálcio) aos pacientes com DRC em HD. Juntamente a este medicamento, orientações referentes a uma alimentação para determinar a quantidade sugerida de fósforo para o consumo diário de alimentos dos pacientes são ofertadas”</p> <p>- “O manejo do metabolismo ósseo na DRC inclui a administração de vitamina D, aumento do suprimento oral de cálcio e, em estágios mais avançados, uso de quelantes de fósforo intestinal. Essas medidas visam aumentar a absorção intestinal de cálcio, corrigir a hipocalcemia, prevenir a hiperfosfatemia e controlar as elevações progressivas do paratormônio”</p> <p>- “Quelantes contendo cálcio, como carbonato de cálcio ou acetato de cálcio, são geralmente preferidos</p>	<p>- CHENG, Ting-Yin <i>et al.</i> Effects of systematic nursing instruction on a low-phosphorus diet, serum phosphorus level and pruritus of patients on haemodialysis. <b>Journal of clinical nursing</b>, v. 26, n. 3-4, p. 485-494, 2017. Disponível em: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.13471">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.13471</a>. Acesso em: 26 set. 2022. DOI: <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.13471">https://doi.org/10.1111/jocn.13471</a></p> <p>- VASCONCELOS, M. I. L. <i>et al.</i> Nutrição e doença renal crônica (DRC): Apresentação das novas recomendações e padrões alimentares conforme as últimas evidências científicas. <b>Research, Society and Development</b>, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 6, p. e28610615891, 2021. Disponível em: <a href="https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15891">https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15891</a>. Acesso em: 04 dez. 2022.</p> <p>- CUSTÓDIO, M. R. <i>et al.</i> Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento do hiperparatireoidismo secundário em</p>

Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continuação)

CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
<p>porque são mais prontamente disponíveis no mercado e mais acessíveis a população. Eles ligam e quelam o fósforo no lúmen intestinal, reduzindo sua absorção no trato digestivo. O tratamento é realizado por tempo indeterminado e os ajustes de doses são feitos periodicamente através da medição de níveis séricos de fósforo e cálcio. Como benefícios, o uso dos medicamentos visa à redução dos níveis séricos de fósforo para menor ou igual a 5,5 mg/dl em pacientes que realizam diálise, melhorando o controle do hiperparatireoidismo secundário.”</p>	<p>pacientes com doença renal crônica. <b>Brazilian Journal of Nephrology</b>, v. 35, p. 308-322, 2013. Disponível em: <a href="https://www.scielo.br/j/jbn/a/MSB5C3KGcKVRdpnXSCRXbxC/?lang=pt">https://www.scielo.br/j/jbn/a/MSB5C3KGcKVRdpnXSCRXbxC/?lang=pt</a>. Acesso em: 09 dez. 2022. DOI: <a href="https://doi.org/10.5935/0101-2800.20130050">https://doi.org/10.5935/0101-2800.20130050</a>.</p>
<b>TEMA: Controle da pressão arterial</b>	
CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
<p>- “A pressão arterial alvo deve ser &lt; 130/80 para todos os pacientes com doença renal diabéticos e não diabéticos, independente do grau de proteinúria e para atingir tal meta, muitas vezes, é necessário o uso de medicamentos anti-hipertensivos, restrição de sódio e de líquidos, sessões mais longas e/ou mais frequentes de diálise, função renal residual, correção da sobrecarga de sal e de líquido.”</p> <p>- “Dieta rica em sódio, expansão de volume e exposição a dialisato com alto teor de sódio resultam em PA elevada em pacientes em HD.”</p>	<p>- DAUGIRDAS, T. J.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. <b>Manual de diálise</b>. 5.Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688 p. Disponível em: <a href="https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html">https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html</a>. Acesso em: 20 maio 2021.</p> <p>- DAUGIRDAS, John T. et al. KDOQI clinical practice guideline for hemodialysis adequacy: 2015 update. <b>American Journal of Kidney Diseases</b>, v. 66, n. 5, p. 884-930, 2015. Disponível em: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article">https://www.sciencedirect.com/science/article</a></p>

## Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continuação)

CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
	<a href="https://pii/S0272638615010197?casa_token=2zSdl2EtaowAAAAA:sc1krXYILCYWHFsSsRSdAdloSDZ-Xh5rkrer3uoRqOJQli_SMEUjfqAm126Pzzcbys8O9IEuDfdX">/pii/S0272638615010197?casa_token=2zSdl2EtaowAAAAA:sc1krXYILCYWHFsSsRSdAdloSDZ-Xh5rkrer3uoRqOJQli_SMEUjfqAm126Pzzcbys8O9IEuDfdX</a> . Acesso em: 22 jan. 2023.
<p>- “Melhorar o controle da PA -PA pré HD menor que 140/90 mmHg e pós HD menor que 130/80 mmHg, ingestão de sal menor que 2 g/dia ou 1 colher de chá/dia, ingestão de líquidos menor que 1300 ml/dia ou menos de 2,5 kg de ganho de peso entre as sessões de HD, adesão ao regime de HD e à medicação.”</p> <p>- “O controle da ingestão de sal tem sido associado à melhora do volume extracelular e controle da PA em pacientes com HD. Entretanto, os pacientes devem receber além de conhecimento, mas também estabelecer metas, automonitoramento e reforço nas intervenções para auxiliá-los a diminuir sua pressão sanguínea.”</p>	<p>- KAURIC-KLEIN, Z. Blood pressure knowledge in hypertensive hemodialysis patients. <b>Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists</b>, Kingston, v. 22, n. 4, p. 18-25, 2012. Disponível em: <a href="https://www.researchgate.net/publication/235645768_Blood_pressure_knowledge_in_hypertensive_hemodialysis_patients">https://www.researchgate.net/publication/235645768_Blood_pressure_knowledge_in_hypertensive_hemodialysis_patients</a>. Acesso em: 24 set. 2022.</p>
<b>TEMA: Dieta/ Alimentação</b>	
CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
<p><u>Importância de alimentação saudável</u></p> <p>- “Educação dietética focada na redução do tamanho da porção e da ingestão de gordura e energia auxilia na melhora da regularidade das refeições e na perda do peso dos pacientes. Outros efeitos benéficos, encontrados neste estudo, foram associados como a redução da pressão arterial, que pode ser de grande importância para a proteção renal e cardiovascular em pacientes</p>	<p>- MACLAUGHLIN, H. L. <i>et al.</i> Compliance with a structured weight loss program is associated with reduced systolic blood pressure in obese patients with chronic kidney disease. <b>American Journal of Hypertension</b>, v. 25, n. 9, p. 1024-1029, 2012. Disponível em: <a href="https://academic.oup.com/ajh/article/25/9/1024/2282066?login=false">https://academic.oup.com/ajh/article/25/9/1024/2282066?login=false</a>. Acesso em: 25 set. 2022.</p>

## Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continuação)

CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
<p>com DRC.”</p> <p>- “Seguir uma dieta específica para diálise auxilia na melhora dos exames laboratoriais. Por exemplo, com uma dieta rica em fósforo mineral, o nível de fósforo no sangue também aumentará e isso não é algo desejado para a saúde. Prurido e distúrbios do sono melhoraram após o cuidado com a dieta e a diminuição da ingestão de alimentos ricos neste mineral. Evitar um alto nível de fósforo no sangue auxilia em muitas complicações, como doenças ósseas ou cardíacas.</p> <p>- “O elevado índice de massa corporal, circunferência abdominal e a obesidade têm sido ressaltados como fatores associados à DRC. A nutrição desempenha papel importante na avaliação e no tratamento dessas doenças, uma vez que visa ao controle e à prevenção das complicações desse agravo em suas várias etapas, como doença óssea metabólica, anorexia, hiperparatireoidismo e hiperfosfatemia. No procedimento de HD são perdidos diversos nutrientes, como peptídeos, vitaminas hidrossolúveis e aminoácidos, o que pode ser um fator importante para a desnutrição. Uma dieta equilibrada para o paciente com DRC o auxilia no combate a grande parte das complicações e da evolução dessa patologia, isso devido ao acúmulo de metabólitos, principalmente os nitrogenados, provenientes dos alimentos ingeridos por eles. Um</p>	<p>- EL KHOURY, C. F. <i>et al.</i> Dietary application for the management of patients with hemodialysis: a formative development study. <b>Healthcare Informatics Research</b>, Seul, v. 25, n. 4, p. 262-273, 2019. Disponível em: <a href="https://synapse.koreamed.org/articles/1136694">https://synapse.koreamed.org/articles/1136694</a>. Acesso em: 25 set. 2022.</p> <p>- WERNEQUE, I. C. <i>et al.</i> Alimentação e hábito de vida na doença renal crônica. <b>Cadernos da Medicina-UNIFESO</b>, Alto Teresópolis, v. 2, n. 2, 2019. Disponível em: <a href="https://revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1396/593">https://revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1396/593</a>. Acesso em: 04 dez. 2022.</p>

## Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continuação)

CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
<p>acompanhamento alimentar individualizado que seja adequado e equilibrado fornecido por uma equipe multiprofissional que veja a necessidade de cada paciente o auxilia na conscientização da real importância de uma dieta restrita de certos micronutrientes, a fim de retardar problemas e complicações futuros”</p> <p>- “A ingestão elevada de sódio na dieta e a remoção inadequada de sódio durante a HD podem resultar em ingestão excessiva de líquidos e hipertensão”</p> <p>- “A dieta “renal” tem muitas restrições e dessa forma a adesão a esta dieta pode ser difícil e estressante. As dietas prescritas devem ser individualizadas para ajudar a atender as circunstâncias singulares do paciente em termos de palatabilidade, custo, condições clínicas comórbidas e hábitos culturais alimentares. O excesso de restrições deve ser evitado porque podem levar ao consumo insatisfatório. As recomendações nutricionais precisam ser reforçadas por todos os membros da equipe de saúde. A adesão deve ser avaliada regularmente, até mesmo</p>	<p>- DAUGIRDAS, John T. et al. KDOQI clinical practice guideline for hemodialysis adequacy: 2015 update. <b>American Journal of Kidney Diseases</b>, v. 66, n. 5, p. 884-930, 2015. Disponível em: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272638615010197?casa_token=2zSdl2EtaowAAAAA:sc1krXYILCYWHFsSsRSdAdloSDZ-Xh5rkrer3uoRqOJQli_SMEUjfqAm126Pzzcbys8O9IEuDfdX">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272638615010197?casa_token=2zSdl2EtaowAAAAA:sc1krXYILCYWHFsSsRSdAdloSDZ-Xh5rkrer3uoRqOJQli_SMEUjfqAm126Pzzcbys8O9IEuDfdX</a>. Acesso em: 22 jan. 2023.</p> <p>- DAUGIRDAS, T. J.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. <b>Manual de diálise</b>. 5.Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688 p. Disponível em: <a href="https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html">https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html</a>. Acesso em: 20 maio 2021.</p>

## Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continuação)

CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
mensalmente, no início da diálise ou naqueles com história prévia de não adesão.”	
<p><u>Recomendações nutricionais diárias</u> - DAUGIRDAS, T. J.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. <b>Manual de diálise</b>. 5.Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688 p. Disponível em: <a href="https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html">https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html</a>. Acesso em: 20 maio 2021.</p>	
<p><b>Quadro 28.2 Recomendações nutricionais diárias para os pacientes em diálise<sup>a</sup></b></p>	
Nutriente ou substância	Hemodiálise
Proteína (g/kg)	1,2
Calorias (sedentário, kcal/kg)	30-35 <sup>b</sup>
Proteína (%)	15-25
Carboidrato (%)	50-60 <sup>d</sup>
Gordura (%)	25-35
Colesterol	< 200 mg (0,52 mmol)
Gordura saturada (%)	< 7
Fibra crua (g)	20-30
Sódio	< 2,0 g (< 87 mmol) <sup>e</sup>
Potássio	2,0 g (50 mmol) + 1 g (25 mmol)/LDU
Cálcio	2,0 g (50 mmol) <sup>f</sup>
Fósforo	0,8-1,0 g (26-32 mmol) <sup>g</sup>
Magnésio	0,2-0,3 g (8-12 mmol)
Ferro	Ver Cap. 32
Vitamina A	Nenhum
β-caroteno	Nenhum
Retinol	Nenhum
Tiamina (mg)	1,5
Riboflavina (mg)	1,7
Vitamina B <sub>6</sub> (mg)	10
Vitamina B <sub>12</sub> (mg)	0,006
Niacina (mg)	20
Ácido fólico (mg)	> 1,0
Ácido pantotênico (mg)	10

## Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continuação)

CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
Biotina (mg) Vitamina C (mg) Vitamina E Vitamina D Vitamina K	0,3 60-100 Nenhum Ver Cap. 35 Ver texto
<p><u>LDU, litros de débito urinário/dia.</u></p> <p>a) Todo o consumo é calculado com base no peso corporal normalizado (isto é, peso corporal médio dos indivíduos normais de mesma idade, altura e sexo do paciente).</p> <p>b) 35 kcal/kg de peso corporal/dia se &lt; 60 anos de idade; 30-35 kcal/peso corporal/dia se &gt; 60 anos de idade.</p> <p>c) Inclui a glicose absorvida das soluções de diálise.</p> <p>d) O consumo de carboidrato deve ser reduzido quando os pacientes apresentam hipertrigliceridemia.</p> <p>e) O consumo mais baixo de sódio, na faixa de 1,0-1,5 g (43-65 mmol), pode resultar em melhor controle pressórico nos pacientes em diálise peritoneal e em menor carga de glicose na solução de diálise e é recomendado, se possível, enquanto é mantido o consumo energético.</p> <p>f) A dose total de cálcio elementar fornecida pelos quelantes de fosfato à base de cálcio não deve exceder 1.500 mg (37 mmol) por dia, e o consumo total de cálcio elementar (incluindo o cálcio da dieta) não deve exceder 2.000 mg (50 mmol) por dia.</p> <p>g) Para pacientes com níveis séricos de fósforo &gt; 5,5 mg/dL (1,8 mmol/L).</p>	
<p><u>O que evitar comer</u></p> <p>- “O tratamento inclui a revisão nutricional minuciosa à procura do consumo anormalmente alto de alimentos ricos em fosfato, incluindo laticínios, determinados refrigerantes cola e carnes processadas. O consumo de fosfato deve ser limitado a 800-1.000 mg/dia (26-32 mmol/L/dia).”</p> <p>- “O fósforo está presente em muitos</p>	<p>- DAUGIRDAS, T. J.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. <b>Manual de diálise</b>. 5.Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688 p. Disponível em: <a href="https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html">https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html</a>. Acesso em: 20 maio 2021.</p> <p>- EL KHOURY, C. F. <i>et al.</i> Dietary application</p>

## Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continuação)

CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
<p>alimentos, especialmente aqueles ricos em proteínas, mas isso não significa que a pessoa deva cortar as proteínas presentes na dieta. A solução é consumir proteínas com o menor teor de fósforo possível. Alguns exemplos de alimentos ricos em proteínas, mas com baixo ou moderado teor de fósforo são peixes, aves, carnes magras, caranguejos e camarões”</p> <p>- “Recomendamos a redução da ingestão de sódio na dieta, bem como a remoção adequada de sódio/água com hemodiálise para controlar hipertensão, hipervolemia e hipertrofia ventricular esquerda.”</p> <p><u>O que pode comer</u></p> <p>-“ O manejo alimentar tradicional da DRC pode-se basear em alguns tipos de dietas, como: a <i>Plant Based</i> (consumo de frutas, vegetais, nozes, sementes, óleos, rica em gordura monoinsaturadas, grãos integrais, legumes e leguminosas, com redução moderada do consumo de carne e laticínios entre 2 a 3 vezes por semana), Estilo Mediterrâneo (rica em frutas, hortaliças, cereais integrais, incluindo as categorias de grãos e</p>	<p>for the management of patients with hemodialysis: a formative development study. <b>Healthcare Informatics Research</b>, Seul, v. 25, n. 4, p. 262-273, 2019. Disponível em: <a href="https://synapse.koreamed.org/articles/1136694">https://synapse.koreamed.org/articles/1136694</a>. Acesso em: 25 set. 2022.</p> <p>- DAUGIRDAS, John T. et al. KDOQI clinical practice guideline for hemodialysis adequacy: 2015 update. <b>American Journal of Kidney Diseases</b>, v. 66, n. 5, p. 884-930, 2015. Disponível em: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272638615010197?casa_token=2zSdI2EtaowAAAAA:sc1krXYILCYWHF sSsRSdAdloSDZ-Xh5rkrer3uoRqOJQli_SMEU jfqAm126Pzzcbys8O9IEuDfdX">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272638615010197?casa_token=2zSdI2EtaowAAAAA:sc1krXYILCYWHF sSsRSdAdloSDZ-Xh5rkrer3uoRqOJQli_SMEU jfqAm126Pzzcbys8O9IEuDfdX</a>. Acesso em: 22 jan. 2023.</p> <p>- VASCONCELOS, M. I. L. <i>et al.</i> Nutrição e doença renal crônica (DRC): Apresentação das novas recomendações e padrões alimentares conforme as últimas evidências científicas. <b>Research, Society and Development</b>, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 6, p. e28610615891, 2021. Disponível em: <a href="https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15891">https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15891</a>. Acesso em: 04 dez. 2022.</p>

Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continuação)

CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
<p>leguminosas, além de quantidades modestas de azeite de oliva, peixes, oleaginosas e ingestão moderada de vinho), e vegetariano (consumo de vegetais) e <i>Dietary Approach to Stop Hypertension</i> (consumo de frutas, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura com inclusão de cereais integrais, frango, peixe e oleaginosas). Estas dietas visam atender às necessidades individuais prescritas em uma restrição específica de potássio, sódio, líquidos e fósforo. A utilização de uma dieta baseada em vegetais, hortaliças, frutas, grãos integrais, leguminosas, rica em fibras e consumo moderado de alimentos de origem animal, promove efeitos e benefícios adicionais no gerenciamento e na prevenção das complicações metabólicas da DRC. Isso pode resultar na diminuição dos riscos relacionados as doenças vasculares, câncer e morte”</p>	
<b>TEMA: Ingestão de Líquidos</b>	
CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
<p><u>Como evitar alta ingestão de líquidos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “A maior parte da ingestão de líquidos é impulsionada pela ingestão de sal, e portanto, o baixo aporte de sódio deve ajudar os pacientes a limitar a ingestão de líquidos.”</li> <li>- “Nos pacientes anúricos, a ingestão de líquido deve ser limitada para cerca de 1,0-1,5 L/dia. Os pacientes com função renal residual podem</li> </ul>	<p>- DAUGIRDAS, T. J.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. <b>Manual de diálise</b>. 5.Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688 p. Disponível em: <a href="https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html">https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html</a>. Acesso em: 20 maio 2021.</p>

Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continuação)

CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
<p>ingerir líquido adicional, com o volume sendo baseado no débito urinário diário habitual.”</p> <p>- “Embora a maior parte do consumo de líquido seja impulsionada pelo consumo de sódio, nem todo o é, e crenças ou costumes nutricionais singulares devem ser pesquisados quando se pergunta ao paciente sobre seu consumo de líquido.”</p> <p>- “É de fundamental importância evitar alimentos que contenham aditivos. É bem sabido que as colas (Coca-Cola, Pepsi) contêm teores substanciais de fósforo (cerca de 40-60 mg [1,3-1,9 mmol] por porção de 350 mL). O que é menos sabido é o fato de que alguns ponches de frutas e bebidas e coolers podem conter o dobro desta quantidade.”</p> <p><u>Consequência da alta ingestão de líquidos:</u></p> <p>- “As pessoas com DRC em diálise são particularmente vulneráveis à sobrecarga hídrica, que pode ocasionar edema pulmonar, congestão pulmonar, hipertensão arterial e até mesmo disfunção cardíaca. O ganho ponderal intradialítico, dado muitas vezes através do consumo de líquidos no intervalo entre as sessões de diálise deve ser controlado e isso pode ser auxiliado através da adesão da pessoa ao tratamento.”</p> <p>- “O consumo excessivo de líquido no intervalo entre as sessões de diálise pode resultar em edema ou congestão pulmonar.”</p>	<p>- DAUGIRDAS, T. J.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. <b>Manual de diálise</b>. 5.Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688 p. Disponível em: <a href="https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html">https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html</a>. Acesso em: 20 maio 2021.</p>

## Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continuação)

<b>TEMA: Atividade física</b>	
<b>CONTEÚDO:</b>	<b>REFERÊNCIA:</b>
<p><u>Benefícios da prática da atividade física:</u></p> <p>- “Ao associar o aumento da atividade física ao programa de perda de peso, há a redução da PA, fator de grande importância na proteção cardiovascular e renal de pacientes em tratamento de DRC.”</p> <p>- “Os exercícios físicos trouxeram benefícios biopsicossociais, para a saúde e para a reabilitação dos pacientes em HD, uma vez que houve melhora na aptidão física e na qualidade de vida dos mesmos. Sabe-se que pacientes que realizam HD desenvolvem sinais e sintomas denominado de uremia, que se caracteriza por manifestações sistêmicas, fazendo com que não apenas os rins, mas todos os sistemas passem a funcionar de maneira anormal. Um dos sinais é a baixa capacidade de realizar atividades físicas, que pode ser explicado pela atrofia, fraqueza, câibras musculares e redução da capacidade aeróbica. Mas, cabe enfatizar que o exercício físico pode atenuar muitas das consequências da DRC, ao proporcionar benefícios como melhora no controle da PA,</p>	<p>-MACLAUGHLIN, H. L. <i>et al.</i> Compliance with a structured weight loss program is associated with reduced systolic blood pressure in obese patients with chronic kidney disease. <b>American Journal of Hypertension</b>, v. 25, n. 9, p. 1024-1029, 2012. Disponível em: <a href="https://academic.oup.com/ajh/article/25/9/1024/2282066?login=false">https://academic.oup.com/ajh/article/25/9/1024/2282066?login=false</a>. Acesso em: 25 set. 2022.</p> <p>- MARCHESAN, M.; ROMBALDI, A. J. Programa de exercícios físicos para o doente renal crônico em hemodiálise. <b>Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde</b>, v. 17, n. 1, p. 75-78, 2012. Disponível em: <a href="https://www.rbafs.org.br/RBAFS/article/view/525/1818">https://www.rbafs.org.br/RBAFS/article/view/525/1818</a>. Acesso em: 16 dez. 2022.</p>

## Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continuação)

CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
<p>aumento da capacidade funcional, melhora da função muscular, além da melhora da qualidade de vida.”</p> <p>- “Prática de exercícios pode desempenhar um papel importante na melhora da sensação de bem-estar total do paciente. Programas de exercício especialmente planejados estão disponíveis para aqueles com comprometimento físico e devem ser promovidos no centro de diálise ou durante as consultas de rotina. Outras modalidades terapêuticas a serem consideradas incluem exercícios de redução de estresse/relaxamento e biofeedback, que foram utilizados com sucesso, especialmente no tratamento dos pacientes agressivos e instáveis.”</p> <p>- “Exercícios de resistência foram associados a melhora na taxa de desaparecimento de glicose e em redução nos níveis plasmáticos de insulina em jejum; além disso, os níveis plasmáticos dos triglicerídeos diminuem e as concentrações de colesterol ligado a lipoproteína de alta densidade (HDL) aumentam. Outros benefícios do exercício incluem aumento no tamanho e na força muscular e melhora na resistência.”</p> <p><u>Cuidados necessários para quem possui fístula:</u></p> <p>- “Alguns centros preparam o paciente para a cirurgia de fístula arteriovenosa por meio de exercícios com o braço durante várias semanas antes da cirurgia. Após a cirurgia, o</p>	<p>- DAUGIRDAS, T. J.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. <b>Manual de diálise</b>. 5.Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688 p. Disponível em: <a href="https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html">https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html</a>. Acesso em: 20 maio 2021.</p> <p>- DAUGIRDAS, T. J.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. <b>Manual de diálise</b>. 5.Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688 p. Disponível em: <a href="https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html">https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html</a>. Acesso em: 20 maio 2021.</p> <p>- DAUGIRDAS, T. J.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. <b>Manual de diálise</b>. 5.Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688 p. Disponível em: <a href="https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html">https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html</a>. Acesso em: 20 maio 2021.</p>

## Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continuação)

CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
<p>braço deve ser inicialmente mantido elevado e deve ser evitado o uso de curativos circunferenciais apertados. O fluxo sanguíneo na fístula deve ser verificado diariamente (inicialmente com mais frequência) pela sensação de um frêmito no local da anastomose e ausculta de um ruído associado. Os exercícios com a mão (p.ex., apertar uma bola de borracha, possivelmente com um torniquete suave aplicado no braço acima da fístula) podem ajudar a aumentar o fluxo sanguíneo e a pressão, respectivamente, acelerando, portanto, o amadurecimento.”</p> <p>- “O portador de fístula deve evitar apertar o braço da fístula e de carregar peso no braço para que não haja a perda do acesso por dificuldade na circulação sanguínea e seu rompimento.”</p>	<p>-SILVA, Camila <i>et al.</i> Importância do cuidado com a fístula arteriovenosa de pacientes que realizam hemodiálise como terapia renal substitutiva. <b>Research, Society and Development</b>, v. 10, n. 14, p. e391101422276-e391101422276, 2021. Disponível em: <a href="https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22276/19702">https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22276/19702</a>. Acesso em: 22 jan. 2023.</p>
<b>TEMA: Saúde Mental</b>	
CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
<p><u>Transtornos psicossociais</u></p> <p>- “Os pacientes com doença renal crônica (DRC) são influenciados por numerosos fatores de estresse psicossocial. Esses fatores abrangem os efeitos da doença e do tratamento, incluindo limitações funcionais e disfunção sexual, restrições alimentares, limitação do tempo e medo da morte. Além disso,</p>	<p>- DAUGIRDAS, T. J.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. <b>Manual de diálise</b>. 5.Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688 p. Disponível em: <a href="https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html">https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html</a>. Acesso em: 20 maio 2021.</p>

Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continuação)

CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
<p>podem ocorrer conflitos conjugais, relacionamentos interpessoais tensos com os familiares e com a equipe administrativa ou clínica e preocupações socioeconômicas sobre os custos do tratamento e desemprego. Aproximadamente 10% dos pacientes com doença renal em estágio terminal (DRET) que estão hospitalizados apresentam um transtorno psiquiátrico subjacente. As taxas de hospitalização por transtornos psiquiátricos são elevadas em relação aos outros pacientes com doença crônica. Problemas frequentes incluem depressão, demência e <i>delirium</i>, psicose, transtornos da personalidade e ansiedade e abuso de substâncias psicoativas.”</p>	
<p><u>Terapia</u></p> <p>- “A introdução da terapia como uma abordagem terapêutica relacionada ao estresse de viver com doença renal em estágio terminal poderia facilitar a instituição do tratamento adequado. A psicoterapia de suporte associada ao tratamento farmacológico é importante para diminuir a taxa de recidiva. A terapia de grupo também pode ter impacto positivo. A participação em sessões de terapia realizadas na unidade de diálise foi associada à melhora na sobrevida do paciente.”</p>	<p>- DAUGIRDAS, T. J.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. <b>Manual de diálise</b>. 5.Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688 p. Disponível em: <a href="https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html">https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html</a>. Acesso em: 20 maio 2021.</p>
<p><u>Prática de respiração para saúde mental</u></p> <p>“O treinamento respiratório reduziu</p>	<p>- TSAI, S.H. <i>et al.</i> The efficacy of a nurse-led breathing training program in reducing depressive symptoms in patients on</p>

Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continuação)

CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
<p>os escores de depressão nessa população, sendo, portando, um tratamento eficaz e viável para esse agravo, podendo oferecer aos enfermeiros uma nova forma de aliviar transtornos mentais e oferecer apoio emocional a uma população vulnerável. Outras dimensões mentais, como a qualidade de vida relacionada à saúde (papel-emocional e o resumo do componente mental) apresentaram melhora.”</p>	<p>hemodialysis: a randomized controlled trial. <b>American Journal of Nursing</b>, Filadélfia, Pensilvânia, v.115, n.04, p.24-32, 2015. Disponível em: <a href="https://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2015/04000/CE_Original_Research_The_Efficacy_of_a_Nurse_Led.20.aspx">https://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2015/04000/CE_Original_Research_The_Efficacy_of_a_Nurse_Led.20.aspx</a>. Acesso em: 24 set. 2022.</p>
<p><u>Autocuidado e saúde mental:</u></p> <p>“Ao promover momentos de pausa ao longo do dia, para se perceber, respirar lenta e profundamente, o corpo passa a ter uma boa energia, ao mesmo tempo que o auxilia na eliminação de sensações desagradáveis, contribuindo, assim, para uma prática saudável e desejável no cotidiano. Da mesma maneira, a incorporação de práticas meditativas, contemplação da natureza, exercícios de respiração e de relaxamento ajudam no equilíbrio físico e mental, contribuindo para o conforto e a redução de estresse, insônia e paz interior.”</p>	<p>- ESPERIDIÃO, E.; FARINHA, M. G.; SAIDEL, M. G. B. Práticas de autocuidado em saúde mental em contexto de pandemia. <i>In</i>: Esperidião, E.; Saidel, M.G.B.(org.). <b>Enfermagem em Saúde mental e Covid-19</b>. 2 ed. Brasília, DF: Editora ABEn, 2020. Disponível em: chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/http://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2021/03/e4-saudemental-cap9.pdf. Acesso em 10 dez. 2022.</p>
<b>TEMA: Autocuidado</b>	
CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
<p><u>Abandono do tabagismo</u></p> <p>“O tabagismo é um fator de risco cardiovascular tradicional, e a abstinência é importante no sentido de limitar o risco cardiovascular. Evidências recentes sugerem que o</p>	<p>- DAUGIRDAS, T. J.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. <b>Manual de diálise</b>. 5.Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688 p. Disponível em:</p>

Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(continuação)

CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
<p>tabagismo acelera muito a evolução da doença renal e enfatizam a importância do abandono do tabagismo pelos pacientes com DRC.”</p>	<p><a href="https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html">https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html</a>. Acesso em: 20 maio 2021.</p>
<p><u>Alimentação:</u></p> <p>- “Através de instruções de profissionais da área da enfermagem, os pacientes aumentaram seus conhecimentos sobre o autocuidado e a influência nos padrões de dieta, auxiliando e facilitando na mudança comportamental de consumo de alimentos com baixo teor de fósforo e controle de fósforo sérico, além de colaborar para a diminuição do prurido”</p>	<p>- CHENG, Ting-Yin <i>et al.</i> Effects of systematic nursing instruction on a low-phosphorus diet, serum phosphorus level and pruritus of patients on haemodialysis. <b>Journal of clinical nursing</b>, v. 26, n. 3-4, p. 485-494, 2017. Disponível em: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.13471">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.13471</a>. Acesso em: 26 set. 2022. DOI: <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.13471">https://doi.org/10.1111/jocn.13471</a></p>
<p><u>Uso de álcool:</u></p> <p>- “Assim como na população não urêmica, o consumo de álcool deve ser evitado porque aumenta de forma acentuada os níveis dos triglicerídeos.”</p>	<p>- DAUGIRDAS, T. J.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. <b>Manual de diálise</b>. 5.Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688 p. Disponível em: <a href="https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html">https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html</a>. Acesso em: 20 maio 2021.</p>
<p><u>Geral:</u></p> <p>- “Para redução de intercorrências durante a HD, é necessário que haja controle da PA, de ingestão hídrica, sobrepeso, tabagismo, diabetes mellitus e outros. É importante, portanto, que pacientes e familiares conheçam a doença e adotem hábitos de vida mais saudáveis e compatíveis com o tratamento. Os profissionais de enfermagem devem orientar o autocuidado das pessoas em HD ao facilitar o processo de</p>	<p>- GOMES, Sarah Simões <i>et al.</i> A enfermagem na orientação do autocuidado de pacientes em hemodiálise. <b>Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro</b>, v. 12, 2022. Disponível em: <a href="http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4337/2908">http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4337/2908</a>. Acesso em: 11 dez. 2022.</p>

Quadro 10 – Conteúdo da cartilha.

(conclusão)

CONTEÚDO:	REFERÊNCIA:
autocuidado e reconhecimento da responsabilidade e participação do próprio paciente em seu tratamento, que colaboram para a adesão e a aceitação de sua condição e do tratamento em si, aumentando, assim, a sua eficácia. Ao subsidiar intervenções e estratégias voltadas para a promoção da saúde, os profissionais podem também colaborar para uma assistência mais segura e de qualidade.”	

Fonte: elaborado pela autora.

A partir do Quadro 10, foi construído o Quadro 11 que trouxe a síntese do conteúdo para ser utilizado na construção da cartilha. Foram separados para cada página o título e subtítulos, os conteúdos de maneira simplificada a partir de cada tema, os links criados pela autora para a continuidade do contexto e coesão da cartilha, a descrição dos desenhos que serão utilizados, cores e formatação da parte escrita que foram utilizadas.

Quadro 11 – Conteúdo sintetizado para a cartilha.

(continua)

<b>PÁGINA 1: TÍTULO</b>		
<p data-bbox="284 1556 577 1809"><b>CONTEÚDO:</b> SAIBA MAIS COMO ADERIR AO TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA (central)</p> <p data-bbox="252 1832 609 1944">Universidade Federal de Alfenas (canto superior centralizado)</p> <p data-bbox="226 1973 635 2045">Programa de Pós-graduação em Enfermagem</p>	<p data-bbox="753 1556 928 1585"><b>DESENHO:</b></p> <p data-bbox="667 1615 1024 1843">Personagem com fístula e profissional de saúde, desenho de alimentos, exercícios, garrafa de água, máquina de hemodiálise.</p> <p data-bbox="683 1872 1008 1944">Canto superior direito: Layout UNIFAL-MG</p> <p data-bbox="730 1973 954 2002">Canto superior</p>	<p data-bbox="1062 1556 1423 1585"><b>CORES/FORMATAÇÃO:</b></p> <p data-bbox="1062 1615 1423 1727">Título: Bebas Neue nº90, negrito, centralizado. Cor: verde</p> <p data-bbox="1050 1816 1439 1888">Arial nº 18, justificado. Cor: preto</p> <p data-bbox="1136 1917 1353 1946">Página: branca</p>

Quadro 11 – Conteúdo sintetizado para a cartilha.

(continuação)

<b>PÁGINA 1: TÍTULO</b>	
(canto superior centralizado)	esquerdo: Layout PPGENF
<b>PÁGINA 3: AUTORIA E AGRADECIMENTOS</b>	
<p><b>CONTEÚDO:</b></p> <p>Autores:</p> <p>Ingrid Fernanda de Oliveira Vieira Doutoranda em Enfermagem UNIFAL-MG</p> <p>Fábio de Souza Terra Docente da Escola de Enfermagem UNIFAL-MG</p> <p>Patrícia Scotini Freitas Docente da Escola de Enfermagem UNIFAL-MG</p> <p>Agradecimentos:</p> <p>“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”</p> <p>“Ally Ribeiro – Studio Vulpes”</p>	<p><b>CORES/FORMATAÇÃO:</b></p> <p>-Autores e Agradecimentos: Arial nº 24, justificado, negrito. Cor: preto.</p> <p>-Nomes: Arial nº 18, justificado, negrito. Cor: preto.</p> <p>-Demais escritos: Arial nº 18, justificado. Cor: preto.</p> <p>-Página: branca</p>
<b>PÁGINA 5: SUMÁRIO</b>	
<p><b>CONTEÚDO:</b></p> <p>SAIBA MAIS COMO ADERIR AO TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA</p> <p><b>SUMÁRIO</b></p> <p>1- Adesão ao tratamento .....7</p> <p>2- Medicação.....8</p> <p>3- Controle da pressão arterial .....9</p> <p>4- Alimentação .....10</p> <p>5- Ingestão de líquidos .....11</p>	<p><b>CORES/FORMATAÇÃO:</b></p> <p>- Título: Letras maiúsculas, Arial Narrow nº 36, centralizado. Cor preto.</p> <p>- Palavra SUMÁRIO: Letras maiúsculas, Bebas Neue nº 72, negrito, centralizado. Cor verde escuro.</p> <p>-Tópicos: Arial nº 40, cor</p>

Quadro 11 – Conteúdo sintetizado para a cartilha.

(continuação)

<b>PÁGINA 5: SUMÁRIO</b>	
6- Atividade física .....12	verde claro
7- Saúde mental .....13	- Página: branca
8- Autocuidado .....14	
Referências .....16	
<b>PÁGINA 7: TEMA: ADESÃO AO TRATAMENTO</b>	
<b>CONTEÚDO:</b>	<b>CORES/FORMATAÇÃO:</b>
<p>Mas o que é a adesão ao tratamento?</p> <p>- A adesão não é somente a ingestão de medicamentos, envolve também o acesso à informação, vínculo com a equipe de saúde, acompanhamento clínico-laboratorial, compartilhamento de decisões relacionadas à própria saúde, adequação a hábitos e necessidades individuais.</p> <p>E qual a importância de aderir ao tratamento?</p> <p>- A não adesão ao tratamento pode levar ao aumento nas taxas de complicações (edemas, taxas ruins de filtração sanguínea, aumento de internações hospitalares) e custos associados, o que muitas vezes diminui a sobrevivência dessa pessoa.</p>	<p>- Título: Letras maiúsculas, Arial, nº 40, negrito, centralizado. Cor preto.</p> <p>-Sub-título: Arial, nº 30, negrito, cor preto e verde claro.</p> <p>- Texto: Arial, nº 20, cor preto.</p> <p>-Página: branca.</p>
<b>REFERÊNCIAS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BRASIL, 2007.</li> <li>- DENHAERYNCK <i>et al.</i>, 2007.</li> <li>- KIM <i>et al.</i>, 2010.</li> <li>- GHIMIRE <i>et al.</i>, 2015.</li> </ul>	
<b>DESENHO:</b> Personagem com fístula, demonstrando dúvidas, ao lado de um profissional da área da saúde, demonstrando acolhimento ao mesmo. Centralizado na página.	

Quadro 11 – Conteúdo sintetizado para a cartilha.

(continuação)

<b>PÁGINA 8: TEMA: MEDICAÇÃO</b>	
<p style="text-align: center;"><b>CONTEÚDO:</b></p> <p>E como vamos aderir?</p> <p>Vamos falar de alguns pontos para auxiliar na adesão. O primeiro deles é sobre <b>MEDICAÇÃO</b>.</p> <p>Terapia medicamentosa auxilia ao portador de doença renal crônica no manejo das comorbidades associadas como anemia, hipertensão arterial e hiperparatireoidismo secundário. .</p> <p>E quais medicamentos são geralmente utilizados?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para anemia: Tratamento consiste na administração de eritropoetina recombinante, duas a três vezes por semana.</li> <li>- Anti-hipertensivos: tratamento da hipertensão arterial (pressão alta).</li> <li>- Para doenças ósseas: inclui a administração de vitamina D, aumento do suprimento oral de cálcio e, em estágios mais avançados, uso de quelantes de fósforo intestinal.</li> </ul> <p>Lembre-se! O tratamento medicamentoso é sempre individualizado. Ajuste de doses, acréscimo ou retirada de medicamento deve ser periódica e prescrito pelo profissional médico.</p>	<p style="text-align: center;"><b>CORES/FORMATAÇÃO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Título: Letras maiúsculas, Arial, nº 40, negrito, centralizado. Cor preto.</li> <li>- Sub-título: Arial, nº 30, negrito, cor verde claro e preto.</li> <li>- Texto: Arial, nº 20, cor preto.</li> <li>- Palavra <b>MEDICAÇÃO</b>: Letras maiúsculas, Arial, nº 20, negrito. Cor: verde claro.</li> <li>- Sub-título 2: Arial, nº 22, negrito. Cor verde claro e preto.</li> <li>- Texto e Lembre-se: Arial, nº 14, cor preto.</li> <li>-Página: branca.</li> </ul>
<p><b>REFERÊNCIAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- LINS, 2015.</li> <li>- DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2016.</li> <li>- VASCONCELOS <i>et al.</i>, 2021.</li> </ul>	
<p><b>DESENHO:</b> Personagem com fístula, no canto esquerdo da página, com medicamentos e receituário médico, indicando a partir desses medicamentos os três medicamentos geralmente mais utilizados (escritos logo em seguida de cada desenho do medicamento).</p> <p>Lembre-se! Na página 7, personagem com fístula na parte inferior, desenho um pouco menor, com o dedinho levantado e balão escrito “Lembre-se”</p>	

Quadro 11 – Conteúdo sintetizado para a cartilha.

(continuação)

<b>PÁGINA 9: TEMA: CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL</b>	
<p style="text-align: center;"><b>CONTEÚDO:</b></p> <p>Controlar a <b>PRESSÃO ARTERIAL</b> também é fundamental para uma adesão ao tratamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para melhorar o controle da pressão arterial, a ingestão de sal deve ser menor que 2 gramas por dia ou 1 colher de chá por dia, ingestão de líquidos menor que 1300 mililitros por dia ou menos de 2,5 quilogramas de ganho de peso entre as sessões de hemodiálise, além de fazer adesão ao regime de hemodiálise e à medicação.</li> <li>- É necessário estabelecer metas, automonitoramento e reforço nas intervenções para diminuir a pressão sanguínea. A pressão arterial deve ser menor que 140/90 mmHg antes da hemodiálise e menor que 130/80 mmHg após a realização da hemodiálise.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>CORES/FORMATAÇÃO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Título: Letras maiúsculas, Arial, nº 30, negrito, centralizado. Cor preto.</li> <li>- Sub-título: Arial, nº 28, negrito. Cor preto.</li> <li>- Texto: Arial, nº 20. Cor preto.</li> <li>- Palavras <b>PRESSÃO ARTERIAL</b>: Letras maiúsculas, Arial, nº 32, negrito. Cor: verde claro.</li> <li>- Página: branca.</li> </ul>
<p><b>REFERÊNCIAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DAUGIRDAS <i>et al.</i>, 2015.</li> <li>- KAURIC-KLEIN, 2012.</li> </ul>	
<p><b>DESENHO:</b> Personagem com fístula, realizando hemodiálise e tendo a sua pressão arterial aferida por um profissional de saúde.</p>	
<b>PÁGINA 10: TEMA: ALIMENTAÇÃO</b>	
<p style="text-align: center;"><b>CONTEÚDO:</b></p> <p>A <b>ALIMENTAÇÃO</b> adequada é uma das práticas mais importantes para a adesão ao tratamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanhamento alimentar deve ser individualizado. Restrição de certos micronutrientes (fósforo, sódio e excesso de proteínas) ajuda a retardar problemas futuros.</li> <li>- Consumo de nutrientes como proteínas, carboidratos, gorduras, fibra, sódio, potássio, cálcio, fósforo, magnésio, ferro, vitaminas, é calculado com base no peso corporal.</li> <li>- Tratamento inclui a revisão nutricional minuciosa de alto consumo de alimentos ricos em fosfato, incluindo</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>CORES/FORMATAÇÃO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Título: Letras maiúsculas, Arial, nº 40, negrito, centralizado. Cor preto.</li> <li>- Sub-título: Arial, nº 24, negrito. Cor preto.</li> <li>- Texto: Arial, nº 20. Cor preto</li> <li>- Palavra <b>ALIMENTAÇÃO</b>: Letras maiúsculas, Arial, nº 24, negrito. Cor verde claro.</li> </ul>

Quadro 11 – Conteúdo sintetizado para a cartilha.

(continuação)

<b>PÁGINA 10: TEMA: ALIMENTAÇÃO</b>	
<p>laticínios, refrigerantes cola e carnes processadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fósforo: Deve-se consumir proteínas com o menor teor de fósforo possível, como peixes, aves, carnes magras.</li> <li>- Utilizar dieta baseada em vegetais, hortaliças, frutas, grãos integrais, leguminosas, rica em fibras e consumo moderado de alimentos de origem animal, promove efeitos e benefícios adicionais no gerenciamento e prevenção das complicações metabólicas da doença renal crônica.</li> </ul>	<p>- Página: branca.</p>
<p><b>REFERÊNCIAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- WERNEQUE <i>et al.</i>, 2019.</li> <li>- DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2016.</li> <li>- EL KHOURY <i>et al.</i>, 2019.</li> <li>- VASCONCELOS <i>et al.</i>, 2021.</li> </ul>	
<p><b>DESENHO:</b> Personagem com fístula, sentado em uma mesa com diversos alimentos benéficos para sua saúde: frutas, legumes, verduras, carne magra... pensando em um sal cortado com um X.</p>	
<b>PÁGINA 11: TEMA: INGESTÃO DE LÍQUIDOS</b>	
<b>CONTEÚDO:</b>	<b>CORES/FORMATAÇÃO:</b>
<p>A <b>INGESTÃO DE LÍQUIDOS</b> deve ser reduzida ao realizar a terapia de hemodiálise.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maior parte da ingestão de líquidos é impulsionada pela ingestão de sal, portanto, o baixo aporte de sódio auxilia na diminuição da ingestão de líquidos.</li> <li>- Pacientes que não urinam mais, a ingestão de líquido deve ser limitada para cerca de 1,0 a 1,5 Litros por dia. Pacientes com função renal residual (que ainda urinam) podem ingerir líquido adicional, com volume baseado no débito urinário diário habitual.</li> <li>- Evitar bebidas que contenham aditivos, como refrigerantes de colas (Coca-Cola, Pepsi) por terem altos teores de fósforo, ponches de frutas, bebidas alcoólicas e coolers.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Título: Letras maiúsculas, Arial, nº 40, negrito, centralizado. Cor preto.</li> <li>- Sub-título: Arial, nº 30, negrito. Cor preto.</li> <li>- Texto: Arial, nº 20. Cor preto.</li> <li>- Palavras <b>INGESTÃO DE LÍQUIDOS</b>: Letras maiúsculas, Arial, nº 30, negrito.</li> <li>- Página: branca.</li> </ul>

Quadro 11 – Conteúdo sintetizado para a cartilha.

(continuação)

<b>PÁGINA 11: TEMA: INGESTÃO DE LÍQUIDOS</b>	
<b>REFERÊNCIAS:</b> - DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2016.	
<b>DESENHO:</b> Personagem com fístula bebendo um copo de água.	
<b>PÁGINA 12: TEMA: ATIVIDADE FÍSICA</b>	
<b>CONTEÚDO:</b>  A prática de <b>ATIVIDADE FÍSICA</b> ajuda na manutenção da saúde e na diminuição de estresse.  - Programas de exercício especialmente planejados estão disponíveis para aqueles com comprometimento físico e devem ser promovidos no centro de diálise ou durante as consultas de rotina.  - Atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância: caminhada de 30 minutos 5 vezes por semana para manter peso adequado.  - Alguns exercícios podem ser realizados durante as primeiras horas da sessão de hemodiálise: exercícios aeróbios em bicicleta ergométrica; exercícios de fortalecimento muscular com carga leve a moderada, sendo livre os exercícios para ambos os membros inferiores; exercícios de alongamento; metabólicos e para equilíbrio, massagem de relaxamento, entre outros.  Importante: exercícios deverão ser realizados sob supervisão direta de fisioterapeuta.	<b>CORES/FORMATAÇÃO:</b>  - Título: Letras maiúsculas, Arial, nº 40, negrito, centralizado. Cor preto.  - Sub-título: Arial, nº 20, negrito. Cor preto.  - Texto: Arial, nº 18. Cor preto.  - Palavras <b>ATIVIDADE FÍSICA</b> : Letras maiúsculas, Arial, nº 20, negrito. Cor verde claro.  - Palavra Importante: Arial, nº 20, negrito. Cor: verde escuro.  - Página: branca.
<b>REFERÊNCIAS:</b> - DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2016.  - BRASIL, 2014.  - MATO GROSSO DO SUL, 2011.	
<b>PÁGINA 12: TEMA: ATIVIDADE FÍSICA</b>	
<b>DESENHO:</b> Personagem com fístula ao ar livre realizando exercícios (como caminhada).	

Quadro 11 – Conteúdo sintetizado para a cartilha.

(continuação)

<b>PÁGINA 13 - TEMA: SAÚDE MENTAL</b>	
<p style="text-align: center;"><b>CONTEÚDO:</b></p> <p>Manter a <b>SAÚDE MENTAL</b> é de extrema importância para o seguimento do tratamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de terapia, como psicoterapia e terapia de grupo auxiliam na diminuição do estresse de viver com doença renal em estágio terminal, auxiliando a adesão.</li> <li>- Treinamento respiratório auxilia na redução de depressão e alivia transtornos mentais, oferece apoio emocional e ajuda na qualidade de vida.</li> <li>- Incorporar práticas meditativas, contemplação da natureza, exercícios de respiração e de relaxamento ajuda no equilíbrio físico, mental, conforto, redução de estresse, insônia e paz interior.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>CORES/FORMATAÇÃO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Título: Letras maiúsculas, Arial, nº 40, negrito, centralizado. Cor preto</li> <li>- Sub- título: Arial, nº 30, negrito. Cor preto.</li> <li>- Texto: Arial, nº 20. Cor preto.</li> <li>- Palavras SAÚDE METAL: Letras maiúsculas, Arial, nº 30, negrito. Cor: verde claro.</li> <li>- Página: branca.</li> </ul>
<p><b>REFERÊNCIAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2016.</li> <li>- TSAI <i>et al.</i>, 2015.</li> <li>- ESPERIDIÃO; FARINHA; SAIDEL, 2020.</li> </ul>	
<p><b>DESENHO:</b> Personagem com fístula sentado meditando.</p>	
<b>PÁGINA 14 - TEMA: AUTOUIDADO</b>	
<p style="text-align: center;"><b>CONTEÚDO:</b></p> <p>O <b>AUTOUIDADO</b> com o corpo e a saúde é fundamental para a garantia da adesão ao tratamento.</p> <p><b>ABANDONAR O TABAGISMO:</b> Pois acelera muito a evolução da doença renal.</p> <p><b>EVITAR USO DE ÁLCOOL:</b> O consumo de álcool aumenta de forma acentuada os níveis dos triglicerídeos e volume de líquido corporal.</p> <p><b>CUIDADOS COM A FÍSTULA:</b> Os exercícios com a mão podem ajudar a aumentar o fluxo sanguíneo e a pressão, auxiliando no amadurecimento da fístula. Fazer procedimentos no membro da fístula, como:</p>	<p style="text-align: center;"><b>CORES/FORMATAÇÃO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Título: Letras maiúsculas, Arial, nº 40, negrito, centralizado. Cor preto.</li> <li>- Sub-título: Arial, nº 30, negrito. Cor preto.</li> <li>- Texto: Arial, nº 20. Cor preto.</li> <li>- Palavra AUTOUIDADO: Letras maiúsculas, Arial, nº 30, negrito. Cor: verde claro.</li> </ul>

Quadro 11 – Conteúdo sintetizado para a cartilha.

(continuação)

<b>PÁGINA 14 - TEMA: AUTOCUIDADO</b>	
aferir pressão, coletar sangue e levantar muito peso devem ser evitados.	- Palavras destacadas: Letras maiúsculas, Arial, nº 24. Cor: verde mais claro.  - Página: branca.
REFERÊNCIAS:  - DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2016.	
DESENHO: Personagem com fístula olhando no espelho e pensando em seu autocuidado.	
<b>PÁGINA 15: FINAL</b>	
CONTEÚDO:  CUIDAR MAIS DE SI EXIGE DEDICAÇÃO!	CORES/FORMATAÇÃO:  -Letras maiúsculas, Arial, nº 40, negrito, centralizado. Cor verde escuro.
DESENHO: Personagem com fístula com o pensamento nos vários tópicos abordados.	
<b>PÁGINA 16: REFERÊNCIAS</b>	
CORES/FORMATAÇÃO:	
- Palavra REFERÊNCIAS: Letras maiúsculas, Arial, nº 16, negrito, alinhado à esquerda. Cor preto.  - Texto: Arial, nº 12, cor preto, alinhado à esquerda. Cor preto.  - Página: verde claro.	
<b>REFERÊNCIAS</b>	
- BRASIL. Ministério da Saúde. <b>Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento de pessoas que vivem com HIV e AIDS</b> . Brasília, DF, 2007. Disponível em: <a href="https://healtheducationresources.unesco.org/library/documents/diretrizes-para-o-fortalecimento-das-acoes-de-adesao-ao-tratamento-para-pessoas">https://healtheducationresources.unesco.org/library/documents/diretrizes-para-o-fortalecimento-das-acoes-de-adesao-ao-tratamento-para-pessoas</a> . Acesso em: 31 jul. 2021.  -BRASIL. Ministério da Saúde. <b>Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde</b> . Brasília, DF, 2014. Disponível em: <a href="chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf">chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf</a> . Acesso em: 02 fev. 2023.	

Quadro 11 – Conteúdo sintetizado para a cartilha.

(continuação)

**PÁGINA 16: REFERÊNCIAS**

- DAUGIRDAS, T. J.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de diálise**. 5.Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688 p. Disponível em: <https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html>. Acesso em: 20 maio 2021.
- DENHAERYNCK, K. *et al.* Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. **American journal of critical care**, Califórnia, v. 16, n. 3, p. 222-235, 2007. Disponível em: <https://aacnjournals.org/ajconline/article-abstract/16/3/222/548/Prevalence-and-Consequences-of-Nonadherence-to?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 17 ago. 2021.
- EL KHOURY, C. F. *et al.* Dietary application for the management of patients with hemodialysis: a formative development study. **Healthcare Informatics Research**, Seul, v. 25, n. 4, p. 262-273, 2019. Disponível em: <https://synapse.koreamed.org/articles/1136694>. Acesso em: 25 set. 2022.
- ESPERIDIÃO, E.; FARINHA, M. G.; SAIDEL, M. G. B. Práticas de autocuidado em saúde mental em contexto de pandemia. *In*: Esperidião, E.; Saidel, M.G.B.(org.). **Enfermagem em Saúde mental e Covid-19**. 2 ed. Brasília, DF: Editora ABEn, 2020. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/http://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2021/03/e4-saudemental-cap9.pdf>. Acesso em 10 dez. 2022.
- GHIMIRE, S. *et al.* Nonadherence to medication therapy in haemodialysis patients: a systematic review. **PLoS ONE**, São Francisco, v. 10, n. 12, p. e0144119, 2015. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0144119>. Acesso em: 23 ago. 2021.
- KAURIC-KLEIN, Z. Blood pressure knowledge in hypertensive hemodialysis patients. **Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists**, Kingston, v. 22, n. 4, p. 18-25, 2012. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/235645768\\_Blood\\_pressure\\_knowledge\\_in\\_hypertensive\\_hemodialysis\\_patients](https://www.researchgate.net/publication/235645768_Blood_pressure_knowledge_in_hypertensive_hemodialysis_patients). Acesso em: 24 set. 2022.
- KIM, Y. *et al.* The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ): testing the psychometric properties in patients receiving in-center hemodialysis. **Nephrology nursing journal: journal of the American Nephrology Nurses' Association**, Pitman, v. 37, n. 4, p. 377, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3077091/>. Acesso em: 12 jun. 2021.
- LINS, S. M. S. B. **Adaptação cultural e validação do questionário de avaliação sobre a adesão do portador de doença renal crônica em hemodiálise: uma contribuição para a gerência do cuidado de enfermagem**. 2015. 188 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2015. Disponível em:

Quadro 11 – Conteúdo sintetizado para a cartilha.

(conclusão)

<b>PÁGINA 16: REFERÊNCIAS</b>
<p><a href="http://objdig.ufrj.br/51/teses/838330.pdf">http://objdig.ufrj.br/51/teses/838330.pdf</a>. Acesso em: 12 jun. 2021.</p> <p>- MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. <b>Atenção transdisciplinar ao renal crônico: manual para abordagem de pacientes em tratamento hemodialítico</b>. 1. ed. Campo Grande: Secretaria de Estado de Saúde, 2011. 140 p.: Il. Disponível em: <a href="chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/manual_renal-x1a.pdf">chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/manual_renal-x1a.pdf</a>. Acesso em: 02 fev 2023.</p> <p>- TSAI, S.H. <i>et al.</i> The efficacy of a nurse-led breathing training program in reducing depressive symptoms in patients on hemodialysis: a randomized controlled trial. <b>American Journal of Nursing</b>, Filadélfia, Pensilvânia, v.115, n.04, p.24-32, 2015. Disponível em: <a href="https://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2015/04000/CE_Original_Research_The_Efficacy_of_a_Nurse_Led.20.aspx">https://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2015/04000/CE_Original_Research_The_Efficacy_of_a_Nurse_Led.20.aspx</a>. Acesso em: 24 set. 2022.</p> <p>- VASCONCELOS, M. I. L. <i>et al.</i> Nutrição e doença renal crônica (DRC): Apresentação das novas recomendações e padrões alimentares conforme as últimas evidências científicas. <b>Research, Society and Development</b>, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 6, p. e28610615891, 2021. Disponível em: <a href="https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15891">https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15891</a>. Acesso em: 04 dez. 2022.</p> <p>- WERNEQUE, I. C. <i>et al.</i> Alimentação e hábito de vida na doença renal crônica. <b>Cadernos da Medicina-UNIFESO</b>, Alto Teresópolis, v. 2, n. 2, 2019. Disponível em: <a href="https://revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1396/593">https://revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1396/593</a>. Acesso em: 04 dez. 2022.</p>

Fonte: elaborado pela autora.

As cores e fontes utilizadas foram empregadas a fim de garantir leveza, clareza e facilidade de leitura para o público alvo da cartilha. Empregou-se uma seleção de cores análogas (verde) e preto na elaboração da parte escrita da cartilha para garantir esses efeitos.

Os desenhos foram criados para garantir inclusão da população alvo da cartilha, contando com um personagem principal com características do paciente com DRC em HD. Ao longo dos temas, buscou-se empregar as imagens correspondentes ao que estava sendo retratado no tópico/conteúdo, para facilitar a compreensão da informação ofertada. Os desenhos foram a partir do diálogo e envio do Quadro 11 à desenhista, que criou desenhos inéditos empregando estilo *cartoon* para o material.

O mesmo quadro foi enviado à profissional que criou a cartilha em programa específico (*Coreldraw*) para posterior envio para impressão em papel A5.

O resultado da cartilha segue a seguir, por meio da Figura 3. Importante destacar que as páginas 2, 4 e 6 do material são páginas em branco.

Figura 3 – Cartilha intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da doença renal crônica”.

(continua)

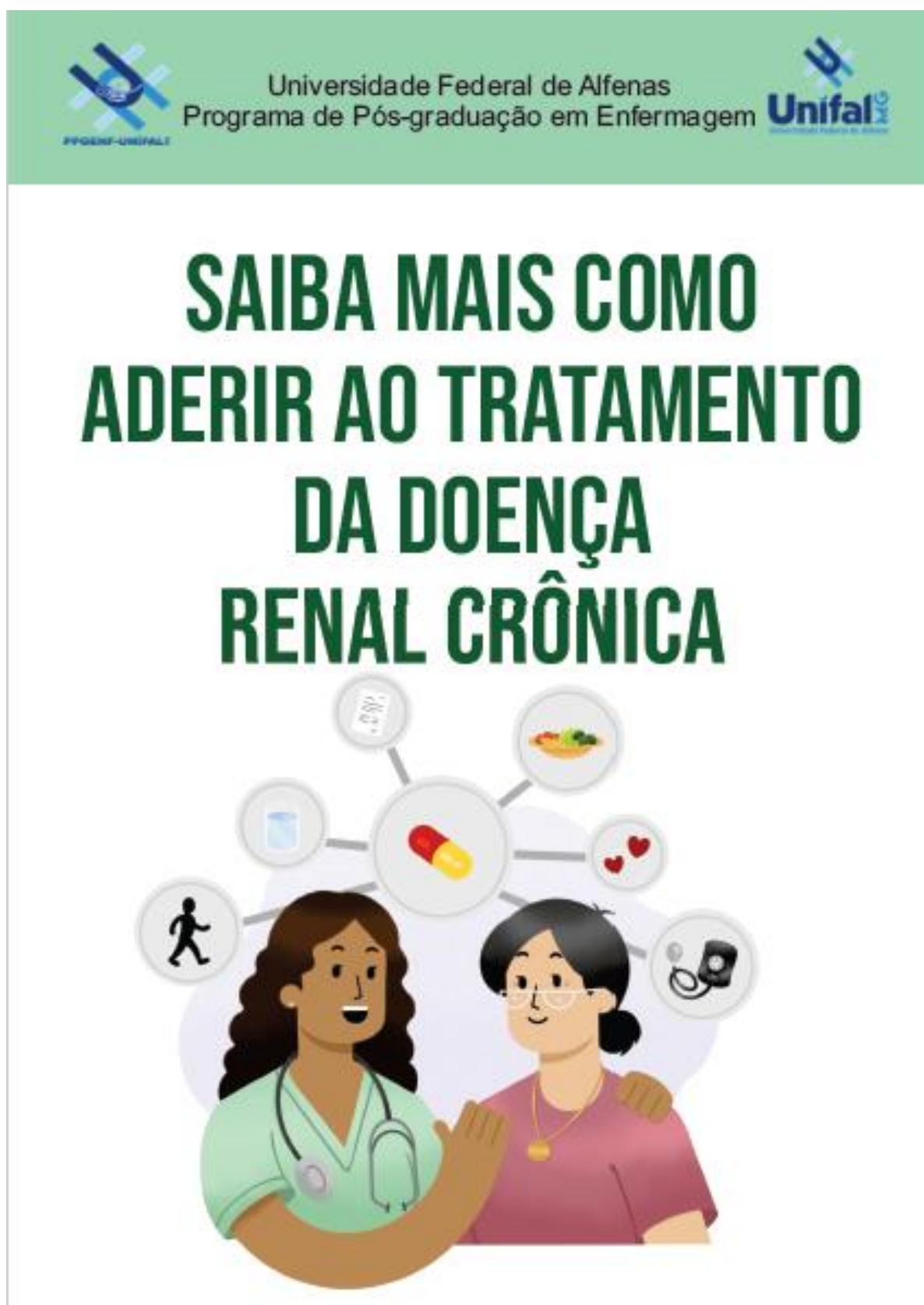


Figura 3 – Cartilha intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da doença renal crônica”.

(continuação)

## **Autores:**

**Ingrid Fernanda de Oliveira Vieira**  
Doutoranda em Enfermagem UNIFAL-MG

**Fábio de Souza Terra**  
Docente da Escola de Enfermagem UNIFAL-MG

**Patrícia Scotini Freitas**  
Docente da Escola de Enfermagem UNIFAL-MG

## **Agradecimentos:**

“O presente trabalho foi realizado com apoio da  
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de  
Nível Superior Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”

“Ally Ribeiro - Studio Vulpes”

Figura 3 – Cartilha intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da doença renal crônica”.

(continuação)

## SAIBA MAIS COMO ADERIR AO TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

### SUMÁRIO

• Adesão ao tratamento .....	7
• Medicação .....	8
• Controle da pressão arterial .....	9
• Alimentação .....	10
• Ingestão de líquidos .....	11
• Atividade física .....	12
• Saúde mental .....	13
• Autocuidado .....	14
• Referências .....	16

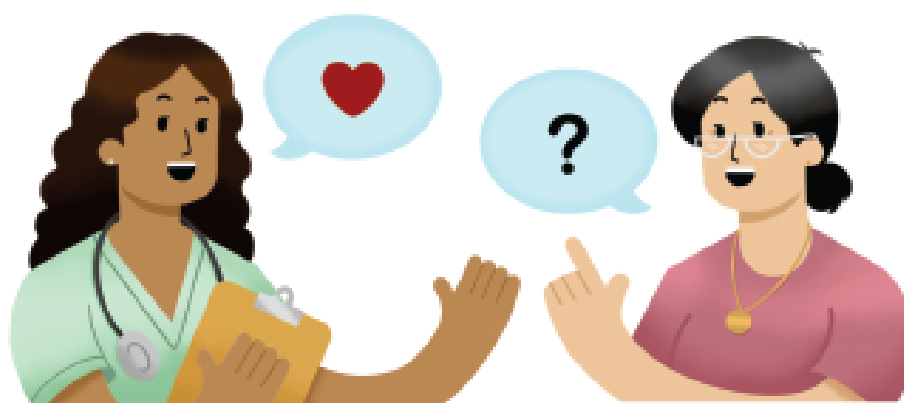
Figura 3 – Cartilha intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da doença renal crônica”.

(continuação)

## ADESÃO AO TRATAMENTO

### Mas o que é a **adesão ao tratamento**?

A adesão não é somente a ingestão de medicamentos, envolve também o acesso à informação, vínculo com a equipe de saúde, acompanhamento clínico-laboratorial, compartilhamento de decisões relacionadas à própria saúde, adequação a hábitos e necessidades individuais.



### E qual a **importância de aderir ao tratamento**?

A não adesão ao tratamento pode levar ao aumento nas taxas de complicações (edemas, taxas ruins de filtração sanguínea, aumento de internações hospitalares) e custos associados, o que muitas vezes diminui a sobrevivência dessa pessoa.

Figura 3 – Cartilha intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da doença renal crônica”.

(continuação)

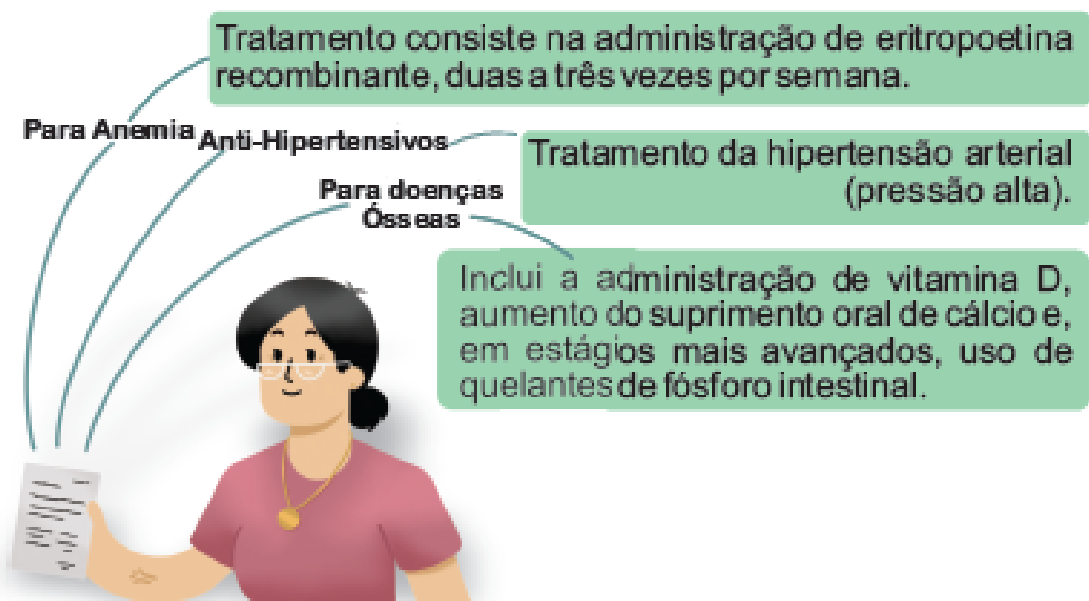
# MEDICAÇÃO

## E como vamos aderir?

Vamos falar de alguns pontos para auxiliar na adesão. O primeiro deles é sobre **MEDICAÇÃO**.

Terapia medicamentosa auxilia ao portador de doença renal crônica no manejo das comorbidades associadas como anemia, hipertensão arterial e hiperparatireoidismo secundário.

## E quais medicamentos são geralmente utilizados?



O tratamento medicamentoso é sempre individualizado. Ajuste de doses, acréscimo ou retirada de medicamento deve ser periódica e prescrito pelo profissional médico.

Lembre-se

#### REFERÊNCIAS:

- LINS, 2015.
- DAUGORDAS BLAKE, INQ, 2016.
- VAS CONCELLOS *et al.*, 2021.

Figura 3 – Cartilha intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da doença renal crônica”.

(continuação)

## CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

Controlar a **PRESSÃO ARTERIAL** também é fundamental para uma adesão ao tratamento.

**DIMINUIR A INGESTÃO DE SAL:** deve ser menor que 2 gramas por dia ou 1 colher de chá por dia, ingestão de líquidos menor que 1300 mililitros por dia ou menos de 2,5 quilograma de ganho de peso entre as sessões de hemodiálise, além de aderir ao regime de hemodiálise e à medicação.



**ESTABELEECER METAS:** automonitoramento e reforço nas intervenções para diminuir a pressão arterial, que deve ser menor que 140/90 mmHg antes da hemodiálise e menor que 130/80 mmHg após a hemodiálise.

REFERÊNCIAS

- DAUGIRDAS; BLAKE; ING., 2016
- KAURIC-KLEIN, 2012.

Figura 3 – Cartilha intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da doença renal crônica”.

(continuação)

# ALIMENTAÇÃO

**A ALIMENTAÇÃO** adequada é uma das práticas mais importantes para a adesão ao tratamento.


**ACOMPANHAMENTO ALIMENTAR INDIVIDUALIZADO:** Restrição de certos micronutrientes (fósforo, sódio e excesso de proteínas) ajuda a retardar problemas futuros.

**CONSUMIR NUTRIENTES COM BASE NO PESO CORPORAL:** proteínas, carboidratos, gorduras, fibra, sódio, potássio, cálcio, fósforo, magnésio, ferro, vitaminas.

**REVISÃO NUTRICIONAL MINUCIOSA:** evitar alto consumo de alimentos ricos em fosfato, incluindo laticínios, refrigerantes cola e carnes processadas.

**FÓSFORO:** Deve-se consumir proteínas com o menor teor de fósforo possível, como peixes, aves, carnes magras.

**DIETA:** baseada em vegetais, hortaliças, frutas, grãos integrais, leguminosas, rica em fibras e consumo moderado de alimentos de origem animal, promove efeitos e benefícios adicionais no gerenciamento e prevenção das complicações metabólicas da doença renal crônica.



**REFERÊNCIAS**

- WERNEQUE *et al.*, 2019.
- DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2016.
- EL KHOURY *et al.*, 2019.
- VASCONCELOS *et al.*, 2021.

Figura 3 – Cartilha intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da doença renal crônica”.

(continuação)

# INGESTÃO DE LÍQUIDOS

A **INGESTÃO DE LÍQUIDOS** deve ser reduzida ao realizar a terapia de hemodiálise.



**DIMINUIR INGESTÃO DE LÍQUIDOS:** baixo consumo de sal auxilia na diminuição da ingestão de líquidos.

**PACIENTES QUE NÃO URINAM MAIS:** ingestão de líquido limitada para cerca de 1,0 a 1,5 Litros por dia.

**PACIENTES COM FUNÇÃO RENAL RESIDUAL (QUE AINDA URINAM):** podem ingerir líquido adicional, com volume baseado no débito urinário diário habitual.

**EVITAR:** bebidas que contenham aditivos, como refrigerantes de colas (Coca-Cola, Pepsi) por terem altos teores de fósforo, ponches de frutas, bebidas alcoólicas e coolers.

**REFERÊNCIAS:**  
- DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2016.

Figura 3 – Cartilha intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da doença renal crônica”.

(continuação)

## ATIVIDADE FÍSICA

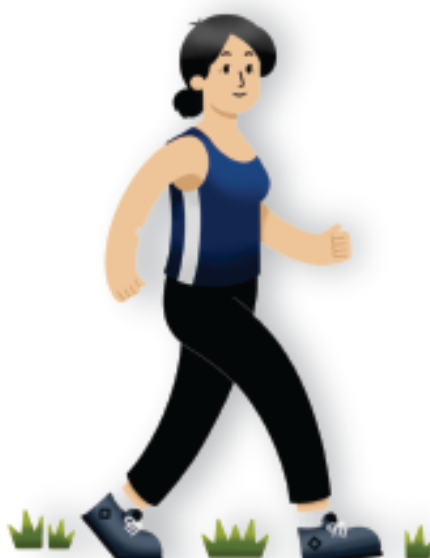
A prática de **ATIVIDADE FÍSICA** ajuda na manutenção da saúde e na diminuição de estresse.

**PROGRAMAS DE EXERCÍCIOS PLANEJADOS:** disponíveis para aqueles com comprometimento físico e devem ser promovidos no centro de diálise ou durante as consultas de rotina.

**ATIVIDADES PERMITIDAS DURANTE AS PRIMEIRAS HORAS DA SESSÃO DE HEMODIÁLISE:** exercícios aeróbios em bicicleta ergométrica; exercícios de fortalecimento muscular com carga leve a moderada, sendo livre para ambos os membros inferiores; exercícios de alongamento; exercícios metabólicos e para equilíbrio, massagem de relaxamento, entre outros.

**REALIZAR ATIVIDADE FÍSICA:** compatível com a saúde cardiovascular –caminhada de 30 minutos, 5 vezes por semana para manter peso adequado.

**Importante:** exercícios deverão ser realizados sob supervisão direta do fisioterapeuta.



### REFERÊNCIAS

- DALGIR DAS, BLAKE, ING, 2016.
- BRASIL, 2014.
- MATO GROSSO DO SUL, 2011.

Figura 3 – Cartilha intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da doença renal crônica”.

(continuação)

# SAÚDE MENTAL

Manter a **SAÚDE MENTAL** é de extrema importância para o seguimento do tratamento.

**REALIZAR TERAPIA:** como psicoterapia e terapia de grupo que auxiliam na diminuição do estresse de viver com a doença renal em estágio terminal.

**TREINAMENTO RESPIRATÓRIO:** auxilia na redução de depressão e alivia transtornos mentais, oferece apoio emocional e ajuda na qualidade de vida.

**INCORPORAR PRÁTICAS MEDITATIVAS:** como contemplação da natureza, exercícios de respiração e de relaxamento que ajudam no equilíbrio físico, mental, conforto, redução de estresse, insônia e paz interior.



- DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2016.  
- TSM et al., 2015.  
- ESPERDIÃO; FARINHA; SADEL, 2020.

Figura 3 – Cartilha intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da doença renal crônica”.

(continuação)

## AUTOCUIDADO

O **AUTOCUIDADO** com o corpo e a saúde é fundamental para a garantia da adesão ao tratamento.

**ABANDONAR O TABAGISMO:** Pois acelera muito a evolução da doença renal.

**EVITAR USO DE ÁLCOOL:** O consumo de álcool aumenta de forma acentuada os níveis dos triglicerídeos e volume de líquido corporal.

**CUIDADOS COM A FÍSTULA:** Os exercícios com a mão podem ajudar a aumentar o fluxo sanguíneo e a pressão, auxiliando no amadurecimento da fístula. Fazer procedimentos no membro da fístula, como: aferir pressão, coletar sangue e levantar muito peso devem ser evitados.



Figura 3 – Cartilha intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da doença renal crônica”.

(continuação)

## CUIDAR MAIS DE SI EXIGE DEDICAÇÃO!



Figura 3 – Cartilha intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da doença renal crônica”.

(conclusão)

**REFERÊNCIAS**

-BRASIL, Ministério da Saúde, **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento de pessoas que vivem com HIV e AIDS**, Brasília, DF, 2007, Disponível em: <https://repositorio.brasilia.gov.br/handle/2012/10000>, Acesso em: 31 jul. 2021.

-BRASIL, Ministério da Saúde, **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**, Brasília, DF, 2014, Disponível em: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefndmkaj/https://www.saude.gov.br/images/stories/publicacoes/diretrizes\\_clinicas\\_cuidado\\_paciente\\_renal.pdf](https://www.saude.gov.br/images/stories/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf), Acesso em: 02 fev. 2023.

-DAUGIRDAS, T. J.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de diálise**. 5.Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688 p. Disponível em: <https://www.scribd.com/document/3191031/Manual-de-dialise-ori-baixar-john-t-ham>, Acesso em: 20 maio 2021.

-DENHAERYNCK, K. et al. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. **American Journal of critical care**, Califórnia, v. 16, n. 3, p. 222-235, 2007. Disponível em: <https://www.scribd.com/document/3191031/Prevalence-and-Consequences-of-Nonadherence-to-Hemodialysis-Regimens>, Acesso em: 17 ago. 2021.

-EL KHOURY, C. F. et al. Dietary application for the management of patients with hemodialysis: a formative development study. **Healthcare informatics research**, Seul, v. 25, n. 4, p. 262-273, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC68294/>, Acesso em: 25 set. 2022.

-ESPERIDIÃO, E.; FARINHA, M. G.; SAIDEL, M. G. B. Práticas de autocuidado em saúde mental em contexto de pandemia. In: Esperidião, E.; Saidel, M.G.B.(org.), **Enfermagem em Saúde mental e Covid-19**, 2 ed. Brasília, DF: Editora ABEn, 2020. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefndmkaj/http://pub.cacoas.abernacional.org.br/wp-content/uploads/2021/03/e4-saude-mental-cap9.pdf>, Acesso em 10 dez. 2022.

-GHIMIRE, S. et al. Nonadherence to medication therapy in haemodialysis patients: a systematic review. **PLOS ONE**, São Francisco, v. 10, n. 12, p. e0144119, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144119>, Acesso em: 23 ago. 2021.

-KAURIC-KLEIN, Z. Blood pressure knowledge in hypertensive hemodialysis patients. **Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists**, Kingston, v. 22, n. 4, p. 18-25, 2012. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/235645768\\_Blood\\_pressure\\_knowledge\\_in\\_hypertensive\\_hemodialysis\\_patients](https://www.researchgate.net/publication/235645768_Blood_pressure_knowledge_in_hypertensive_hemodialysis_patients), Acesso em: 24 set. 2022.

-KIM, Y. et al. The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ): testing the psychometric properties in patients receiving in-center hemodialysis. **Nephrology nursing journal: journal of the American Nephrology Nurses' Association**, Pitman, v. 37, n. 4, p. 377, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3077091/>, Acesso em: 12 jun. 2021.

-LINS, S. M. S. B. **Adaptação cultural e validação do questionário de avaliação sobre a adesão do portador de doença renal crônica em hemodiálise: uma contribuição para a gerência do cuidado de enfermagem**, 2015, 188 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2015. Disponível em: <http://objdip.ufrj.br/51/teses/838330.pdf>, Acesso em: 12 jun. 2021.

-MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção transdisciplinar ao renal crônico: manual para abordagem de pacientes em tratamento hemodialítico**. 1. ed. Campo Grande: Secretaria de Estado de Saúde, 2011. 140 p.: il. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefndmkaj/http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/manual\\_renal\\_2011a.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefndmkaj/http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/manual_renal_2011a.pdf), Acesso em: 02 fev 2023.

- TSAI, S.H. et al. The efficacy of a nurse-led breathing training program in reducing depressive symptoms in patients on hemodialysis: a randomized controlled trial. **American Journal of Nursing**, Filadélfia, v.115, n.04, p.24-32, 2015. Disponível em: [https://www.nursingworld.org/abstract/2015/040000CF\\_Original\\_Research\\_The\\_Efficacy\\_of\\_a\\_Nurse\\_Led\\_Breathing\\_T](https://www.nursingworld.org/abstract/2015/040000CF_Original_Research_The_Efficacy_of_a_Nurse_Led_Breathing_T), Acesso em: 24 set. 2022.

-VASCONCELOS, M. L. L. et al. Nutrição e doença renal crônica (DRC): Apresentação das novas recomendações e padrões alimentares conforme as últimas evidências científicas. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 8, p. e28610615891, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15891>, Acesso em: 04 dez. 2022.

-WERNEQUE, L. C. et al. Alimentação e hábito de vida na doença renal crônica. **Cadernos da Medicina-UNIFESO**, Ffio Teresopolis, v. 2, n. 2, 2019. Disponível em: <https://revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdamedicinaunifeso/article/view/1396/593>, Acesso em: 04 dez. 2022.

Fonte: elaborado pela autora.

Para a validação do material educativo “Cartilha”, foram convidados sete juízes que compuseram a amostra nesta etapa da pesquisa.

A caracterização dos juízes consistiu em seis mulheres (85,8%) e um homem (14,2%), idade variando entre 33 e 59 anos, tempo de formação variando entre 8 e 35 anos de graduação, titulação: cinco especialistas na área (71,6%) e duas doutoras (28,4%), sendo todas com experiência prática na área; cargo exercido: quatro enfermeiras (57,4%), duas enfermeiras/docentes (28,4%) e um médico nefrologista (14,2%) e tempo de experiência na área de nefrologia variando de 5 a 32 anos.

A seguir, segue o Quadro 12, sendo apresentado o resultado do cálculo do IVC para a validação do respectivo material:

Quadro 12 – Cálculo do IVC para validação da cartilha de acordo com cada item avaliado.

(continua)

Itens avaliados	Pontuação				IVC
	1	2	3	4	
<b>1-Objetivos</b>					
1.1 Os objetivos são coerentes com as necessidades de educação em saúde das pessoas com DRC em hemodiálise.				7	1
1.2 Esta cartilha é uma ferramenta que pode ser utilizada no processo de educação em saúde de pessoas com DRC em hemodiálise.			1	6	1
1.3 A cartilha é capaz de promover reflexão sobre os cuidados para promoção à saúde da pessoa com DRC em hemodiálise.			1	6	1
1.4 As informações contidas na cartilha promovem mudança de comportamento e atitude.			1	6	1
<b>2-Conteúdo</b>					
2.1 A cartilha educativa é apropriada para pessoas com DRC em hemodiálise.			1	6	1
2.2 A cartilha oferece informações importantes sobre cuidados relevantes às pessoas com DRC em hemodiálise.			2	5	1
2.3 O texto está apresentado de					

Quadro 12 – Cálculo do IVC para validação da cartilha de acordo com cada item avaliado.

(continuação)

<b>2-Conteúdo</b>					
	forma clara e objetiva.		1	6	1
	<b>2.4</b> As informações apresentadas estão cientificamente corretas.		1	6	1
	<b>2.5</b> Os conteúdos são variados e suficientes para atingir os objetivos da cartilha.		3	4	1
	<b>2.6</b> Existe uma sequência lógica do conteúdo apresentado.		1	6	1
	<b>2.7</b> A divisão dos títulos e subtítulos do material são pertinentes.		1	6	1
	<b>2.8</b> As ideias chaves (trechos em destaque) são pontos importantes e merecem destaque.		1	6	1
<b>3-Linguagem</b>					
	<b>3.1</b> As informações apresentadas são claras e compreensíveis.		1	6	1
	<b>3.2</b> O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.		2	5	1
	<b>3.3</b> As informações estão bem estruturadas.		1	6	1
	<b>3.4</b> As informações estão em concordância com a ortografia.		2	5	1
	<b>3.5</b> A escrita utilizada é atrativa.		1	6	1
	<b>3.6</b> O título da cartilha é interessante e adequado.	1		6	0,85
<b>4-Relevância</b>					
	<b>4.1</b> Os temas retratam pontos-chave que devem ser reforçados durante o tratamento.		1	6	1
	<b>4.2</b> O material permite a transferência e generalizações do aprendizado a diferentes contextos (hospitalar e domiciliar).		1	6	1
	<b>4.3</b> A cartilha propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar o autocuidado.		2	5	1
	<b>4.4</b> A cartilha aborda os assuntos necessários para a pessoa com DRC em hemodiálise.			7	1
	<b>4.5</b> A cartilha está adequada para ser usada por qualquer profissional da área da saúde.		1	6	1

Quadro 12 – Cálculo do IVC para validação da cartilha de acordo com cada item avaliado.

(continuação)

<b>4-Relevância</b>					
4.6 O tema é atual e relevante.				7	1
<b>5-Ilustrações</b>					
5.1 As ilustrações utilizadas são pertinentes com o conteúdo do material.				7	1
5.2 As ilustrações expressam a informação a ser transmitida.				7	1
5.3 O número de ilustrações está suficiente.			2	5	1
5.4 As legendas das ilustrações estão adequadas e auxilia o leitor a compreender a imagem.			2	5	1
5.5 Os personagens são carismáticos.				7	1
5.6 A apresentação dos personagens e situações são suficientes.			1	6	1
5.7 Os personagens lembram as pessoas da realidade a qual a cartilha educativa se propõe.			2	5	1
<b>6-Layout</b>					
6.1 A apresentação da cartilha está atrativa.			2	5	1
6.2 A apresentação da cartilha está organizada de forma lógica.				7	1
6.3 O conteúdo está apresentado com letra em tamanho e fonte adequados para a leitura.			1	6	1
6.4 O tipo de letra utilizado facilita a leitura do material.			1	6	1
6.5 O contraste com cores diferentes foi feito de forma adequada.				7	1
6.6 A disposição do texto está adequada.			2	5	1
6.7 O número de páginas está adequado.				7	1
<b>7-Motivação</b>					
7.1 O título é atraente e desperta interesse para a leitura.		1		6	0,85
7.2 O conteúdo desperta interesse para a leitura.			1	6	1
7.3 O conteúdo está motivador e incentiva o leitor a prosseguir a			1	6	1

Quadro 12 – Cálculo do IVC para validação da cartilha de acordo com cada item avaliado.

(conclusão)

<b>7-Motivação</b>					
leitura.					
<b>8- Cultura</b>					
<b>8.1- O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto.</b>			<b>2</b>	<b>5</b>	<b>1</b>

Fonte: elaborado pela autora.

Os itens 3.6 (O título da cartilha é interessante e adequado) e 7.1 (O título é atraente e desperta interesse para a leitura) obtiveram IVC 0,85. Todos os demais itens obtiveram IVC com valor total 1, considerado uma boa evidência do respectivo material.

Todos os juízes realizaram suas considerações em relação ao conteúdo da cartilha, que foram consideradas. Destaca-se que quatro juízes (57,4%) aprovaram o material e três (42,6 %) aprovaram com modificações. Assim, os seguintes itens da cartilha que sofreram modificações estão descritas a seguir:

1- Título: Alterado para SAIBA MAIS COMO ADERIR AO TRATAMENTO DA HEMODIÁLISE – consideração do juiz devido a se tratar de um trabalho direcionado para as pessoas que fazem HD.

2- Primeira página em branco retirada, as outras duas páginas em branco continuaram devido a uma delas separar o sumário do restante da cartilha e a outra página ser a última.

3- Acréscimo da página e tópico HEMODIÁLISE – sugestão do juiz para trazer informações sobre a doença renal crônica e o procedimento que o paciente realiza.

4- Página MEDICAÇÃO: acréscimo do quadro: É importante continuar tomando os medicamentos de uso diário, segundo prescrição médica, e de acordo com as doenças que possui – consideração dos juízes, em que buscou abranger nesse item o uso de medicamentos para doenças de base que o paciente possa ter, como por exemplo a diabetes mellitus. Nesta página, procurou-se não trazer os nomes dos medicamentos, uma vez que estes podem confundi-los por cada paciente ter seu tratamento individualizado.

5- Página CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL: sugestão para retirar os valores da PA. Substituído pela seguinte frase: "... mantendo a pressão controlada de acordo com orientação dos profissionais de saúde".

6- Página ALIMENTAÇÃO: Frase inicial foi ajustada para "A alimentação adequada é uma das práticas mais importantes para a adesão ao tratamento e deve seguir orientação médica e da(o) nutricionista". Acrescentou-se a palavra "potássio" sugerida no item acompanhamento alimentar individualizado, ficando: "... (fósforo, sódio, potássio e excesso de proteínas) e alimentos, como carambola, ajuda a retardar problemas futuros". Reajuste do item "DIETA: baseada em vegetais, hortaliças, frutas, grãos integrais, leguminosas, rica em fibras e consumo moderado de alimentos de origem animal. Uma dieta adequada promove efeitos e benefícios adicionais no gerenciamento e prevenção das complicações metabólicas da doença renal crônica", de acordo com sugestão dos juízes.

7- Página INGESTÃO DE LÍQUIDOS: ao item DIMINUIR INGESTÃO DE LÍQUIDOS foi acrescido "... na diminuição da ingestão de líquidos e da sede". Alteração no item PACIENTES QUE NÃO URINAM MAIS, ficando "ingestão de líquido limitada de acordo com orientação profissional". Ajuste no item EVITAR, ficando "bebidas que contenham aditivos, como refrigerantes de cola (por exemplo: Coca-Cola, Pepsi)...", conforme sugestão dos juízes.

8- Página SAÚDE MENTAL: ajuste do item INCORPORAR PRÁTICAS DE MEDITAÇÃO, conforme sugestão dos juízes.

9- Página AUTOCUIDADO: ajuste do item ABANDONAR O TABAGISMO E EVITAR O USO DE ÁLCOOL, ficando "esses hábitos ajudam no controle da doença renal crônica e a melhorar a saúde". Item CUIDADOS COM A FÍSTULA, alterado para "Os exercícios com a mão podem ajudar a aumentar o fluxo sanguíneo, auxiliando no amadurecimento da fistula. Devem ser evitados procedimentos no membro da fístula, como: aferir pressão, coletar sangue e levantar muito peso". Acrescentado os itens sobre cuidados com acessos temporários e não faltar às sessões, ficando da seguinte forma: "CUIDADOS COM O ACESSO TEMPORÁRIO: não molhar o curativo e realizar a troca somente no setor de HD. Se intercorrências, procurar atendimento" e "NÃO FALTAR ÀS SESSÕES DE HEMODIÁLISE: é importante cumprir os dias e as horas prescritas do tratamento", conforme sugestão dos juízes.

10- As fontes e numeração da cartilha foram readequadas de acordo com cada página, trazendo informações essenciais sobre o tópico abordado e buscando a interação do assunto, texto e desenhos.

Utilizando a técnica Delphi, o material com as modificações foi novamente encaminhado aos juízes para análise. Após essa etapa, o valor de IVC dos itens 3.6 e 7.1 foi de 1, sendo então o respectivo material aprovado por todos os juízes.

O material educativo final foi representado pela Figura 4. Ressalta-se que as páginas 4 e 16 são em branco.

Destaca-se que o mesmo foi registrado no sistema “Registro de Direito Autoral – AutoriaFacil.com” sob número 4609acfed898356cc9d5efa7ac9312978c4f9b7fb0484c7089b0f876b1709262 (Anexo G).

Figura 4 – Cartilha final intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da hemodiálise” após avaliação dos juízes.

(continua)



Figura 4 – Cartilha final intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da hemodiálise” após avaliação dos juízes.

(continuação)

## **Autores:**

**Ingrid Fernanda de Oliveira Vieira**  
Doutoranda em Enfermagem UNIFAL-MG

**Fábio de Souza Terra**  
Docente da Escola de Enfermagem UNIFAL-MG

**Patrícia Scotini Freitas**  
Docente da Escola de Enfermagem UNIFAL-MG

## **Agradecimentos:**

“O presente trabalho foi realizado com apoio da  
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de  
Nível Superior Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”

“Ally Ribeiro - Studio Vulpes”

Figura 4 – Cartilha final intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da hemodiálise” após avaliação dos juízes.

(continuação)

<b>SAIBA MAIS COMO ADERIR AO TRATAMENTO DA HEMODIÁLISE</b>	
<b>SUMÁRIO</b>	
• Hemodiálise.....	5
• Adesão ao tratamento .....	6
• Medicação .....	7
• Controle da pressão arterial .....	8
• Alimentação .....	9
• Ingestão de líquidos .....	10
• Atividade física .....	11
• Saúde mental .....	12
• Autocuidado .....	13
• Referências .....	15

Figura 4 – Cartilha final intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da hemodiálise” após avaliação dos juízes.

(continuação)

## HEMODIÁLISE

A **Doença Renal Crônica** significa a perda lenta, progressiva e permanente do funcionamento dos rins. A **hemodiálise** é o tratamento mais utilizado e permite que a pessoa possa manter-se viva e ativa por anos. Uma máquina faz o papel dos rins ao realizar a filtração do sangue, que sai do corpo por um acesso venoso e retorna para a pessoa.



As **sessões de hemodiálise** duram normalmente 4 horas e são realizadas 3 vezes por semana nos serviços de diálise. O paciente pode realizar as sessões em dias ímpares (terça, quinta e sábado) ou em dias pares (segunda, quarta e sexta).

Figura 4 – Cartilha final intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da hemodiálise” após avaliação dos juízes.


(continuação)

# ADESÃO AO TRATAMENTO

---

## Mas o que é a **adesão ao tratamento?**

A adesão não é somente a ingestão de medicamentos, envolve também o acesso à informação, vínculo com a equipe de saúde, acompanhamento clínico-laboratorial, compartilhamento de decisões relacionadas à própria saúde, adequação a hábitos e necessidades individuais.



## E qual a **importância de aderir ao tratamento?**

A não adesão ao tratamento pode levar ao aumento nas taxas de complicações (edemas, taxas ruins de filtração sanguínea, aumento de internações hospitalares) e custos associados, o que muitas vezes diminui a sobrevivência dessa pessoa.

**REFERÊNCIAS**

- BRASIL, 2007
- DENHERYNCK *et al.*, 2007
- NIM *et al.*, 2010
- GHIMRE *et al.*, 2015

6

Figura 4 – Cartilha final intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da hemodiálise” após avaliação dos juízes.

(continuação)

# MEDICAÇÃO

## Uso correto das **MEDICAÇÕES** é muito importante.

Terapia medicamentosa auxilia ao portador de doença renal crônica no manejo das comorbidades associadas como anemia, hipertensão arterial e hiperparatireoidismo secundário.

### E quais medicamentos são geralmente utilizados?

Tratamento consiste na administração de eritropoetina recombinante, duas a três vezes por semana.

Para Anemia

Tratamento da hipertensão arterial (pressão alta).


Anti-Hipertensivos

Para doenças Ósseas

Inclui a administração de vitamina D, aumento do suprimento oral de cálcio e, em estágios mais avançados, uso de quelantes de fósforo intestinal.

É importante continuar tomando os medicamentos de uso diário, segundo prescrição médica, e de acordo com as doenças que possui.

O tratamento medicamentoso é sempre individualizado. Ajuste de doses, acréscimo ou retirada de medicamento deve ser periódica e prescrito pelo profissional médico.



Lembre-se

REFERÊNCIAS:

- LINS, 2015
- DAUGIRDAS; BLAKE, ING, 2016
- VASCONCELOS *et al.*, 2021

7

Figura 4 – Cartilha final intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da hemodiálise” após avaliação dos juízes.

(continuação)

## CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

Controlar a **PRESSÃO ARTERIAL** também é fundamental para uma adesão ao tratamento.

**DIMINUIR A INGESTÃO DE SAL:** deve ser menor que 2 gramas por dia ou 1 colher de chá por dia, ingestão de líquidos menor que 1300 mililitros por dia ou menos de 2,5 quilograma de ganho de peso entre as sessões de hemodiálise, além de aderir ao regime de hemodiálise e à medicação.



**ESTABELECEER METAS:** automonitoramento e reforço nas intervenções para diminuir a pressão arterial, mantendo a pressão controlada de acordo com orientação dos profissionais de saúde.

#### REFERÊNCIAS

- DALGIRIDAS; BLAKE; ING, 2016
- NAURIC-KLEIN, 2012

Figura 4 – Cartilha final intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da hemodiálise” após avaliação dos juízes.

(continuação)

## ALIMENTAÇÃO

A **ALIMENTAÇÃO** adequada é uma das práticas mais importantes para a adesão ao tratamento e deve seguir orientação médica e da(o) nutricionista.

**ACOMPANHAMENTO ALIMENTAR INDIVIDUALIZADO:** Restrição de certos micronutrientes (fósforo, sódio, potássio e excesso de proteínas) e alimentos, como carambola, ajuda a retardar problemas futuros.

**CONSUMIR NUTRIENTES COM BASE NO PESO CORPORAL:** proteínas, carboidratos, gorduras, fibra, sódio, potássio, cálcio, fósforo, magnésio, ferro, vitaminas.

**REVISÃO NUTRICIONAL MINUCIOSA:** evitar alto consumo de alimentos ricos em fosfato, incluindo laticínios, refrigerantes cola e carnes processadas.

**FÓSFORO:** Deve-se consumir proteínas com o menor teor de fósforo possível, como peixes, aves, carnes magras.

**DIETA:** baseada em vegetais, hortaliças, frutas, grãos integrais, leguminosas, rica em fibras e consumo moderado de alimentos de origem animal. Uma dieta adequada promove efeitos e benefícios adicionais no gerenciamento e prevenção das complicações metabólicas da doença renal crônica.



**REFERÊNCIAS:**

- WERNEQUE *et al.*, 2019
- DAUGIRDAS; BLANE; ING, 2016
- EL KHOURY *et al.*, 2019
- VASCONCELOS *et al.*, 2021

Figura 4 – Cartilha final intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da hemodiálise” após avaliação dos juízes.

(continuação)

## INGESTÃO DE LÍQUIDOS

A **INGESTÃO DE LÍQUIDOS** deve ser reduzida ao realizar a terapia de hemodiálise.



**DIMINUIR INGESTÃO DE LÍQUIDOS:** baixo consumo de sal auxilia na diminuição da ingestão de líquidos e da sede.

**PACIENTES QUE NÃO URINAM MAIS:** ingestão de líquido limitada de acordo com orientação profissional.

**PACIENTES COM FUNÇÃO RENAL RESIDUAL (QUE AINDA URINAM):** podem ingerir líquido adicional, com volume baseado no débito urinário diário habitual.

**EVITAR:** bebidas que contenham aditivos, como refrigerantes de cola (por exemplo: Coca-Cola, Pepsi) por terem altos teores de fósforo, ponches de frutas, bebidas alcoólicas e coolers.

REFERÊNCIAS:  
- DAUXGIRDAS; BLANE; ING, 2016

10

Figura 4 – Cartilha final intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da hemodiálise” após avaliação dos juízes.

(continuação)

## ATIVIDADE FÍSICA

A prática de **ATIVIDADE FÍSICA** ajuda na manutenção da saúde e na diminuição de estresse.

**PROGRAMAS DE EXERCÍCIOS PLANEJADOS:** disponíveis para aqueles com comprometimento físico e devem ser promovidos no centro de diálise ou durante as consultas de rotina.

**ATIVIDADES PERMITIDAS DURANTE AS PRIMEIRAS HORAS DA SESSÃO DE HEMODIÁLISE:** exercícios aeróbios em bicicleta ergométrica; exercícios de fortalecimento muscular com carga leve a moderada, sendo livre para ambos os membros inferiores; exercícios de alongamento; exercícios metabólicos e para equilíbrio, massagem de relaxamento, entre outros.

**REALIZAR ATIVIDADE FÍSICA:** compatível com a saúde cardiovascular -caminhada de 30 minutos, 5 vezes por semana para manter peso adequado.

**Importante:** exercícios deverão ser realizados sob supervisão direta do fisioterapeuta.



REFERÊNCIAS:  
 - DAUGIRDAS; BLANE; ING, 2016  
 - BRASIL, 2014  
 - MATO GROSSO DO SUL, 2011

Figura 4 – Cartilha final intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da hemodiálise” após avaliação dos juízes.

(continuação)

## SAÚDE MENTAL

Manter a **SAÚDE MENTAL** é de extrema importância para o seguimento do tratamento.

**REALIZAR TERAPIA:** como psicoterapia e terapia de grupo que auxiliam na diminuição do estresse de viver com a doença renal em estágio terminal.

**TREINAMENTO RESPIRATÓRIO:** auxilia na redução de depressão e alivia transtornos mentais, oferece apoio emocional e ajuda na qualidade de vida.

**INCORPORAR PRÁTICAS DE MEDITAÇÃO:** como contemplação da natureza, exercícios de respiração e de relaxamento que ajuda no equilíbrio físico, mental, conforto, redução de estresse, insônia e paz interior.



REFERÊNCIAS:

- DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 201
- TSAI et al., 2015
- ESPERDIÃO; FARINHA; SADEL, 2020

Figura 4 – Cartilha final intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da hemodiálise” após avaliação dos juízes.

(continuação)

## AUTOCUIDADO

O **AUTOCUIDADO** com o corpo e a saúde é fundamental para a garantia da adesão ao tratamento.

**ABANDONAR O TABAGISMO E EVITAR O USO DE ALCOOL:** esses hábitos ajudam no controle da doença renal crônica e a melhorar a saúde.

**CUIDADOS COM A FÍSTULA:** Os exercícios com a mão podem ajudar a aumentar o fluxo sanguíneo, auxiliando no amadurecimento da fistula. Devem ser evitados procedimentos no membro da fístula, como: aferir pressão, coletar sangue e levantar muito peso.

**CUIDADOS COM O ACESSO TEMPORÁRIO:** não molhar o curativo e realizar a troca somente no setor de hemodiálise. Se intercorrências, procurar atendimento.

**NÃO FALTAR ÀS SESSÕES DE HEMODIÁLISE:** é importante cumprir os dias e as horas prescritas do tratamento.



Figura 4 – Cartilha final intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da hemodiálise” após avaliação dos juízes.

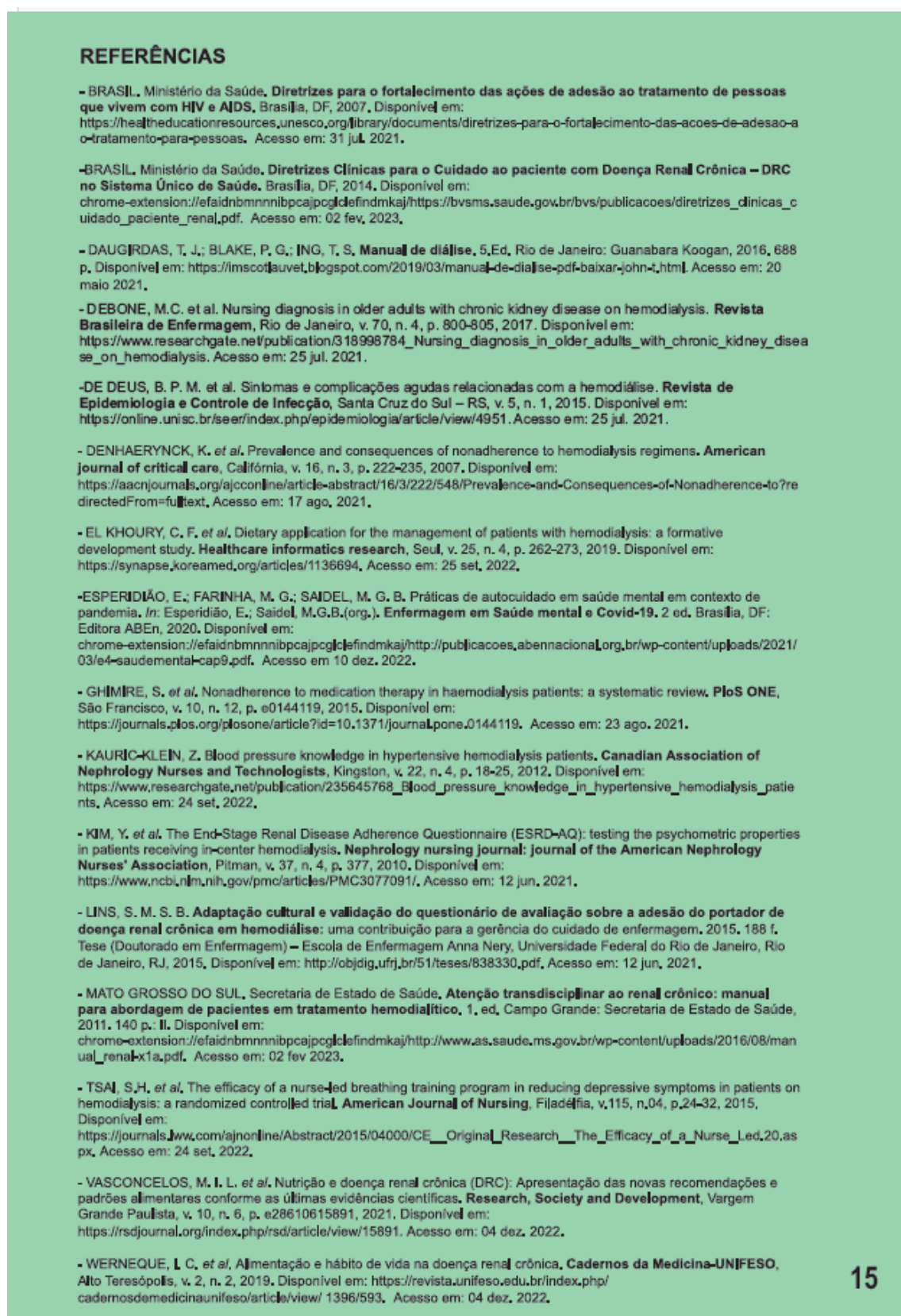
(continuação)

## **CUIDAR MAIS DE SI EXIGE DEDICAÇÃO!**



Figura 4 – Cartilha final intitulada “Saiba mais como aderir ao tratamento da hemodiálise” após avaliação dos juízes.

(conclusão)



Fonte: elaborado pela autora.

### 7.3 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA

A seguir, são apresentados os resultados da terceira etapa da pesquisa correspondente à avaliação da intervenção educativa.

#### 7.3.1 Caracterização da população de estudo

As tabelas numeradas de 1 a 5 atendem ao objetivo específico “c” do presente estudo, o qual tem como finalidade caracterizar a população de estudo referente às variáveis socioeconômicas, hábitos de vida e de doença crônica, dados sobre a doença e o tratamento dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico. Para essa apresentação, foi considerado o número de participantes referente a primeira etapa do estudo (142).

A tabela 1 apresenta a caracterização da população de estudo referente às variáveis “sexo”, “faixa etária”, “crença religiosa”, “número de filhos”, “renda familiar mensal”, “recebimento de benefício”, “tipo de benefício recebido”, “ocupação profissional”, “estado civil”, “escolaridade” e “tipo de moradia”.

Tabela 1 – Caracterização das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “sexo”, “faixa etária”, “crença religiosa”, “número de filhos”, “renda familiar mensal”, “recebimento de benefício”, “tipo de benefício recebido”, “ocupação profissional”, “estado civil”, “escolaridade” e “tipo de moradia” (n=142). Alfenas, MG, 2024.

Variáveis	f	%
(continua)		
Sexo		
Feminino	63	44,4
Masculino	79	55,6
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
Faixa etária (em anos)		
Até 49	32	22,5
De 50 a 59	41	28,9
De 60 a 69	43	30,3
De 70 ou mais	26	18,3
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
Crença religiosa		
Católica	99	69,7
Evangélica	36	25,4

Tabela 1 – Caracterização das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “sexo”, “faixa etária”, “crença religiosa”, “número de filhos”, “renda familiar mensal”, “recebimento de benefício”, “tipo de benefício recebido”, “ocupação profissional”, “estado civil”, “escolaridade” e “tipo de moradia” (n=142). Alfenas, MG, 2024.

(continuação)

Variáveis	f	%
Ateu	1	0,7
Outros	6	4,2
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
Número de filhos		
Sem	31	21,8
De 1 a 3	85	59,9
De 4 a 6	18	12,7
De 7 ou mais	8	5,6
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
Renda familiar mensal (em reais)		
Até 1500	73	51,4
De R\$1501 a R\$3000	49	34,5
De R\$3001 a R\$4500	9	6,3
Acima de R\$4501	11	7,7
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
Recebimento de benefício		
Sim	121	85,2
Não	21	14,8
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
Tipo de benefício*		
Auxílio doença	51	42,2
Aposentadoria	66	54,6
Privada/Previdência	1	0,8
Pensão por morte	3	2,4
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>
Ocupação Profissional		
Não trabalha	131	92,3
Trabalha	11	7,7
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
Estado civil		
Casado/união estável	79	55,6

Tabela 1 – Caracterização das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “sexo”, “faixa etária”, “crença religiosa”, “número de filhos”, “renda familiar mensal”, “recebimento de benefício”, “tipo de benefício recebido”, “ocupação profissional”, “estado civil”, “escolaridade” e “tipo de moradia” (n=142). Alfenas, MG, 2024.

(conclusão)

Variáveis	f	%
Solteiro	29	20,4
Divorciado	14	9,9
Viúvo	20	14,1
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
Escolaridade		
Sem alfabetização	8	5,6
Ensino fundamental incompleto	89	62,7
Ensino fundamental completo	4	2,8
Ensino médio incompleto	4	2,8
Ensino médio completo	25	17,6
Ensino superior completo	12	8,5
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
Tipo de moradia		
Própria	91	64,1
Própria em financiamento	1	0,7
Alugada	36	25,4
Emprestada	14	9,9
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Legenda: \* Somente pessoas que recebem algum tipo de benefício.

Em relação ao sexo dos participantes, a Tabela 1 traz que 55,6% (79) das pessoas com doença renal crônica eram do sexo feminino e 44,4% (63), masculino.

De acordo com a Tabela 1, verificou-se que em relação à faixa etária, prevaleceu o intervalo de 60 a 69 anos, com 30,3% (43), (média de 57,95, mediana de 59, desvio padrão de 12,993, mínimo de 20 e máximo de 88).

Em relação à crença religiosa, predominou católicos, com 69,7% (99) e outras crenças, com 4,2% (seis), que responderam ter sua crença, mas não ir em uma religião específica (Tabela 1).

No que se refere ao número de filhos, pessoas que possuíam de 1 a 3 filhos foi predominante, com 59,9% (85) (média de 2,26, mediana de 2,0, desvio padrão de 2,24, mínimo de 0 e máximo de 12) (Tabela 1).

Em relação à renda familiar mensal, a maioria dos participantes recebiam até R\$1500,00, com 51,4% (73) (média de 2832,03, mediana de 1412,00, desvio padrão de 4571,885, mínimo de 0 e máximo de 50000,0) (Tabela 1).

Em relação ao recebimento de benefício, 85,2% (121) das pessoas recebiam benefícios, dos quais 54,6% (66) relataram receber aposentadoria, seguido de 42,2% (51) respondentes que relataram receber o auxílio doença. 14,8% (21) não recebiam benefícios (Tabela 1).

Ainda de acordo com a Tabela 1, a ocupação profissional predominante foi “não trabalha”, com 92,3% (131). Dos que trabalham, 7,7% (11), as profissões mencionadas foram: autônomo (um), doméstica (três), trabalha com internet (um), trabalhador rural (três), massagista (um), microempreendedor individual (um) e vendas (um).

O estado civil predominante foi casado(a)/união estável, com 55,6% (79) das pessoas, e solteiros(as) contou com 20,4% (29) dos respondentes (Tabela1).

Em relação à escolaridade, a Tabela 1 traz que 62,7% (89) das pessoas possuíam ensino fundamental incompleto, enquanto 8,5% (12) possuíam ensino superior completo.

Já sobre o tipo de moradia, 64,1% (91) dos participantes possuíam moradia própria e 25,4% (36) das pessoas viviam em moradia alugada (Tabela 1).

A Tabela 2 traz informações sobre os hábitos de vida da população de estudo referente às variáveis consumo de bebida alcóolica”, “frequência do consumo de bebida alcóolica”, “tabagista”, “quantidade de cigarros consumidos”, “tempo de tabagismo”, “ex-tabagismo”, “tempo de cessação de tabagismo” e “prática de atividade física”

Tabela 2 – Hábitos de vida das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “consumo de bebida alcoólica”, “frequência do consumo de bebida alcoólica”, “tabagista”, “quantidade de cigarros consumidos”, “tempo de tabagismo”, “ex-tabagismo”, “tempo de cessação de tabagismo” e “prática de atividade física” (n=142). Alfenas, MG, 2024.

Variáveis	f	%
(continua)		
Consumo de bebida alcoólica		
Não	135	95,1
Sim	7	4,9
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
Frequência do consumo de bebida alcoólica*		
<u>Usuário moderado</u> : utilizou bebida alcoólica semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês	7	100,0
Total	7	100,0
Tabagista		
Não	128	90,1
Sim	14	9,9
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
Quantidade de cigarros consumidos**		
Até 5 cigarros	11	78,6
Acima de 5 cigarros	3	21,4
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>
Ex-tabagismo***		
Sim	55	42,9
Não	73	50,1
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>
Tempo de tabagismo***		
Até 15 anos	32	58,2
Acima de 15 anos	23	41,8
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>
Tempo de cessação do tabagismo (em anos) ****		
Até 15 anos	26	47,3
Acima de 15 anos	29	52,7
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>
Prática de atividade física		
Não prática	109	76,8

Tabela 2 – Hábitos de vida das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “consumo de bebida alcoólica”, “frequência do consumo de bebida alcoólica”, “tabagista”, “quantidade de cigarros consumidos”, “tempo de tabagismo”, “ex-tabagismo”, “tempo de cessação de tabagismo” e “prática de atividade física” (n=142). Alfenas, MG, 2024.

(conclusão)

Variáveis	f	%
Prática raramente	20	14,1
Prática alguns dias da semana	7	4,9
Prática diariamente	6	4,2
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Legenda: \*Somente pessoas que consumiam bebida alcoólica.

\*\* Somente pessoas que são tabagistas.

\*\*\* Somente pessoas que responderam não serem tabagistas.

\*\*\*\* Somente pessoas que afirmaram já ter fumado.

De acordo com a Tabela 2, ao analisar o consumo de bebida alcoólica, obteve-se que 4,9% (sete) das pessoas a utiliza, sendo que destas, 100% (sete), a ingeriram semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês.

No tocante ao uso de tabaco entre as pessoas que realizam HD, observa-se na Tabela 2 que apenas 9,9% (14) relataram serem tabagistas e, destas, 78,6% (11) fazem uso de até 5 cigarros por dia (média de 4,07; mediana de 3,00; desvio padrão de 3,125; mínimo de 1; máximo de 10).

A Tabela 2 traz que 90,1% (128) das pessoas relataram que não fumam. Destas, 42,9% (55) dos respondentes são ex-tabagistas. Das pessoas que afirmaram estar nesta condição, 58,2% (32) fumaram por até 15 anos (média de 17,8575; mediana de 15,00; desvio padrão de 14,03379; mínimo de 0,16 e máximo de 56) e o tempo de cessação do tabagismo predominante foi acima de 15 anos, com 52,7% (29) (média de 20,0649; mediana de 20,00; desvio padrão de 13,37357; mínimo de 0,25 e máximo de 50).

Em relação à prática de atividade física, 76,8% (109) dos respondentes relataram que não a pratica, enquanto 4,2% (6) praticam diariamente (Tabela 2).

A Tabela 3 traz a caracterização da população de estudo referente às variáveis “doença crônica”, “quantidade de doença crônica” e “tipo de doença crônica”:

Tabela 3 - Caracterização das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “doença crônica”, “quantidade de doença crônica” e “tipo de doença crônica” (n=142). Alfenas, MG, 2024.

Variáveis	f	%
Doença crônica		
Sim	128	90,1
Não	14	9,9
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
Quantidade de doenças crônicas*		
Uma	56	43,7
Duas	55	43,0
Três	16	12,5
Quatro	1	0,8
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>
Tipo de doença crônica**		
Hipertensão arterial sistêmica	108	84,4
Diabetes mellitus	63	49,2
Cardiopatias	14	10,9
Doenças hematológicas	4	3,1
Doenças da tireoide	2	1,6
Doenças neurológicas	5	3,9
Doenças pulmonares	3	2,3
Doenças osteoarticulares	4	3,1
Doenças autoimunes	2	1,6
Câncer	2	1,6
Síndrome de Stevens-Johnson	1	0,8
Doenças oculares	6	4,7
Doenças circulatórias	1	0,8
Doenças estomacais	1	0,8
Deficiências físicas	2	1,6

Fonte: Elaborada pela autora.

Legenda: \* Somente pessoas que possuíam doença crônica.

\*\* Somente pessoas que possuíam doença crônica. Houve mais de uma resposta por participante.

De acordo com a Tabela 3, verificou-se que 90,1% (128) dos participantes possuem doença crônica. Desses, observou-se que 43,7% (56) possuem uma doença crônica. As doenças de maior predominância entre as pessoas que realizam HD avaliadas foram a hipertensão arterial sistêmica com 84,4% (108) e o diabetes mellitus com 49,2% (63).

A Tabela 4 traz a caracterização da população de estudo referente às variáveis “uso de medicamento contínuo e de uso diário”, “quantidade de medicamentos”, “tipo de medicamento”:

Tabela 4 - Caracterização das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis “uso de medicamento contínuo e de uso diário”, “quantidade de medicamentos”, “tipo de medicamento” (n=142). Alfenas, MG, 2024.

Variáveis	f	%
Uso de medicamentos contínuo e de uso diário		
Sim	136	95,8
Não	6	4,2
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
Quantidade de medicamentos*		
Até 5 medicações	60	44,1
De 6 a 10 medicações	51	37,5
Acima de 10 medicações	25	18,4
<b>Total</b>	<b>136</b>	<b>100,0</b>
Tipo de medicamento**		
Anti-hipertensivo	66	48,5
Hipoglicemiantes	22	16,2
Antidepressivos/ansiolíticos	12	8,8
Suplementos de cálcio	5	3,7
Antianêmicos	11	8,1
Anticoncepcionais	1	0,7
Antimuscarínicos	11	8,1
Complexo Vitamínico	25	18,4
Anti-ácido	14	10,3
Hormônios tireoidianos	9	6,6
Anti-inflamatórios	13	9,6
Anticonvulsivante	4	2,9
Broncodilatadores	2	1,5
Anti-colesterolêmico	9	6,6
Qualantes de fósforo	8	5,9
Antiemético	6	4,4
Imunossupressores	2	1,5
Corticóides	2	1,5
Anticoagulantes/antiplaquetários	4	2,9
Não soube informar	80	58,8

Fonte: Elaborada pela autora.

Legenda: \* Somente pessoas que faziam uso de medicamentos.

\*\* Somente pessoas que faziam uso de medicamentos. Houve mais de uma resposta.

De acordo com a Tabela 4, verificou-se que 95,8% (136) participantes faziam uso de medicamentos contínuos e de uso diário. Desses, 44,1% (60) faziam uso de até 5 medicações ao dia (média de 7,26; mediana de 7,00; desvio padrão de 4,241; mínimo de 1; máximo de 23). O tipo de medicamento mais utilizado é o anti-hipertensivo 48,5% (66), seguido do complexo vitamínico 18,4% (25). Dos participantes, 58,8% (80) não souberam informar ao certo quais medicamentos fazem uso.

A Tabela 5 traz a caracterização da população de estudo referente aos dados sobre a doença e o tratamento dos renais crônicos: “etiologia da doença renal crônica”, “tipo de acesso para realização da HD”, “tempo de HD”, “recomeço da HD”, “tempo de recomeço da HD”, “realização de diálise peritoneal”, “tempo de diálise peritoneal”, “realização de transplante renal”, “Tempo de transplante renal”, “tipo de transporte”, “acompanhante”, “realização de HD na semana” e “duração da sessão de HD”:

Tabela 5 - Caracterização das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico de acordo com os dados sobre a doença e o tratamento (n=142). Alfenas, MG, 2024.

(continua)

Variáveis	f	%
Etiologia da doença renal crônica		
Hipertensão arterial sistêmica	29	20,4
Diabetes mellitus	30	21,1
Glomerulonefrites	6	4,2
Rins policísticos	8	5,6
Lupus eritematoso	3	2,1
Outras patologias	66	46,5
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
Tipo de acesso para realização da hemodiálise		
Fístula arteriovenosa	76	53,5
Prótese arteriovenosa	1	0,7
Cateter venoso central	65	45,8
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>

Tabela 5 - Caracterização das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico de acordo com os dados sobre a doença e o tratamento (n=142). Alfenas, MG, 2024.

(continuação)

Variáveis	f	%
Tempo de hemodiálise		
Até 1 ano	64	45,1
Entre 2 e 5 anos	41	28,9
Entre 6 e 10 anos	30	21,1
Acima de 10 anos	7	4,9
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
Recomeço da hemodiálise*		
Sim	7	4,9
Não	135	95,1
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
Tempo de recomeço da hemodiálise*		
Até 1 ano	1	14,3
Entre 2 e 5 anos	3	42,9
Entre 6 e 10 anos	2	28,6
Acima de 10 anos	1	14,3
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>
Realização de diálise peritoneal		
Sim	5	3,5
Não	137	96,5
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
Tempo de diálise peritoneal**		
Até 1 ano	4	80,0
Por mais de 1 ano	1	20,0
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>
Realização de transplante renal		
Sim	10	7,0
Não	132	93,0
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
Tempo de transplante renal**		
Até 10 anos	5	50,0
Acima de 10 anos	5	50,0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>

Tabela 5 - Caracterização das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico de acordo com os dados sobre a doença e o tratamento (n=142). Alfenas, MG, 2024.

(conclusão)

Variáveis	f	%
<b>Tipo de transporte</b>		
Carro próprio	13	9,2
Transporte da prefeitura	128	90,1
A pé	1	0,7
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
<b>Acompanhante</b>		
Ninguém	96	67,6
Meus pais	1	0,7
Companheiro(a)	17	12,0
Filho	13	9,2
Amigo	3	2,1
Outros	12	8,5
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
<b>Realização de hemodiálise na semana</b>		
Duas vezes	3	2,1
Três vezes	138	97,2
Quatro ou mais vezes	1	0,7
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
<b>Duração da sessão de hemodiálise</b>		
Três horas	3	2,1
Três horas e trinta minutos	24	16,9
Quatro horas	114	80,3
Mais de quatro horas	1	0,7
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Legenda: \* Somente pacientes que responderam que já pararam a HD e recomeçaram o tratamento.

\*\* Somente pacientes que fizeram outra modalidade de tratamento renal substitutivo.

De acordo com a Tabela 5, os participantes responderam que a etiologia da doença renal crônica foi a diabetes mellitus, 21,1% (30), seguindo da hipertensão arterial sistêmica, 20,4% (29). 46,5% (66) dos participantes responderam que o motivo foi outra patologia, sendo citado: pielonefrite, uso de anti-inflamatórios ou outros medicamentos, hereditário/genético/anomalia de nascença, anemia, cálculos renais/litíase, pneumonia, doença autoimune, doença rara, devido a contaminação/intoxicação (veneno/água/alimentos), síndrome nefrótica, refluxo

urinário, após cirurgia/internação devido a algum problema de saúde, bebida alcoólica e que não souberam informar o motivo.

O tipo de acesso para realização da HD predominante entre os participantes foi a fístula arteriovenosa, com 53,5% (76), seguido do cateter venoso central com 45,8% (65) (Tabela 5).

No tocante ao tempo de HD, 45,1% (64) realizavam o tratamento até um ano (média de 3,422; mediana de 2,00; desvio padrão de 3,610; mínimo de 0,08; máximo de 17). 4,9% (sete) pessoas recomeçaram a HD e dessas, 42,9% (três) realizam o tratamento entre 2 e 5 anos (média de 5,29; mediana de 5,00; desvio padrão de 4,231; mínimo de 1; máximo de 13) (Tabela 5).

A respeito das pessoas que já realizaram diálise peritoneal, somente 3,5% (cinco) dos participantes já realizaram essa outra modalidade de terapia renal, sendo 80,0% (quatro) por até um ano (média de 2,166; mediana de 1,00; desvio padrão de 3,274; mínimo de 0,33; máximo de 8) (Tabela 5).

Somente 7% (10) dos participantes já realizaram transplante renal, sendo que o tempo de transplante até dez anos e acima de dez anos apresentaram o mesmo percentual, 50,0% (média de 14,10; mediana de 12,00; desvio padrão de 8,787; mínimo de 4; máximo de 26) (Tabela 5).

De acordo com a Tabela 5, em relação ao tipo de transporte utilizado para chegar até ao centro de diálise, 90,1% (128) dos participantes utilizam o da prefeitura e 9,2% (13), carro próprio.

Em relação a quem acompanha as pessoas que realizam o tratamento hemodialítico ao centro de diálise, 67,6% (96) relataram que ninguém os acompanha, seguido de companheiro(a) com 12,0% (17). 8,5% (12) pessoas responderam que outras pessoas os acompanham ao serviço, sendo: acompanhante paga, neta, sobrinha ou irmã, irmão(a), sobrinha, prima, a nora, o marido ou o filho (Tabela 5).

Constatou-se que 97,2% (138) dos participantes realizam HD três vezes na semana, 2,1% (três) somente duas vezes. A duração da sessão de HD é de quatro horas para 80,3% (114) dos respondentes, e de três horas e trinta minutos para 16,9% (24) das pessoas (Tabela 5).

### 7.3.2 Adesão ao tratamento hemodialítico

As tabelas numeradas de 6 a 10 atendem ao objetivo específico “d” do presente estudo, o qual tem como finalidade identificar a adesão ao tratamento da HD em pessoas renais crônicas, referente as informações gerais, percepção e conhecimento, e a adesão propriamente dita (HD; medicação, restrição de líquidos e dieta). Essa análise considerou-se um total de 142 participantes.

A Tabela 6 traz a distribuição das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico em relação às questões referentes às informações gerais: “dias e horários para realização de HD convenientes”, “tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de não faltar HD”, “tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de fazer toda a sessão de HD sem diminuir o tempo”, “ dificuldade para permanecer durante toda a sessão de HD”, “ principal razão de falta à HD”, “porque não quis ou não pôde ir ao centro de diálise”, “principal motivo de redução de tempo na HD”, “tempo que o profissional de saúde falou sobre os medicamentos consumidos”, “tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de tomar os medicamentos prescritos”, “apresenta dificuldade para tomar os medicamentos prescritos”, “dificuldade para tomar os medicamentos prescritos”, “razão para não tomar medicamento prescrito” e “tipo de efeito colateral o medicamento que deixou de tomar causa”.

Tabela 6 – Distribuição das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico em relação às questões referentes às informações gerais (n=142). Alfenas, MG, 2024.

(continua)

Afirmativas/Respostas	f	%
8-Dias e horários para realização de hemodiálise convenientes		
Sim	128	90,1
Não, porque eu tenho que vir para o centro de diálise muito cedo	2	1,4
Não, porque eu tenho que vir para o centro de diálise muito tarde	2	1,4
Não, porque atrapalha meu horário de trabalho	1	0,7
Não, porque (outra causa)	9	6,3
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
9-Tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de não faltar hemodiálise		
Esta semana	10	7,0

Tabela 6 – Distribuição das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico em relação às questões referentes às informações gerais (n=142). Alfenas, MG, 2024.

Afirmativas/Respostas	(continuação)	
	f	%
Semana Passada	14	9,9
Um mês atrás	10	7,0
Há mais de um mês	8	5,6
Quando eu comecei pela primeira vez o tratamento	56	39,4
Nunca	32	22,5
Outro (especifique)	12	8,5
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
10-Tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de fazer toda a sessão de hemodiálise sem diminuir o tempo Toda vez que faço hemodiálise		
	30	21,1
Toda semana	10	7,0
Todo mês	9	6,3
A cada dois ou três meses	4	2,8
Quando eu tenho um resultado ruim nos exames de sangue ou em outros exames	9	6,3
Raramente	16	11,3
Irregularmente	15	10,6
Nunca	41	28,9
Outro(Especifique)	8	5,6
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
13-Dificuldade para permanecer durante toda a sessão de hemodiálise		
Nenhuma dificuldade	102	71,8
Um pouco de dificuldade	12	8,5
Moderada dificuldade	13	9,2
Muita dificuldade	13	9,2
Extrema dificuldade	2	1,4
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
15-Principal razão de falta à hemodiálise		
Não se aplica: Eu não faltei nenhuma sessão	129	90,8
Problemas com o transporte	2	1,4
Eu tive outras coisas para resolver (Por favor, explique)	1	0,7
Atendimento médico (consulta ou exame)	1	0,7
Eu estava hospitalizado	1	0,7
Esqueci	0	0
Não queria ir ou Não podia ir	4	2,8
Outro (Por favor, especifique)	4	2,8
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>

Tabela 6 – Distribuição das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico em relação às questões referentes às informações gerais (n=142). Alfenas, MG, 2024.

(continuação)

<b>Afirmativas/Respostas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
16- Porque não quis ou não pôde ir ao centro de diálise*		
Porque eu estava doente devido a outras causas (Especifique essas causas)	2	50,0
Porque eu estava deprimido	1	25,0
Outro	1	25,0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
19- Principal motivo de redução de tempo na hemodiálise		
Não se aplica: Não houve redução do tempo de nenhuma sessão de HD	135	95,1
Cãibras	1	0,7
Necessidade de usar o banheiro	1	0,7
Decisão dos profissionais.	1	0,7
Não queria mais ficar	1	0,7
Outra (Por favor, especifique)	3	2,1
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
20- Tempo que o profissional de saúde falou sobre os medicamentos consumidos		
Esta semana	10	7,0
Semana passada	16	11,3
Um mês atrás	23	16,2
Há mais de um mês	30	21,1
Quando eu comecei pela primeira vez o tratamento	23	16,2
Nunca	17	12,0
Outro (especifique)	23	16,2
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
21- Tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de tomar os medicamentos prescritos		
Toda sessão de hemodiálise	8	5,6
Toda semana	20	14,1
Todo mês	35	24,6
A cada dois ou três meses	6	4,2
A cada quatro ou seis meses	6	4,2
Quando eu tenho um resultado ruim nos exames de sangue ou em outros exames	25	17,6
Raramente	6	4,2
Irregularmente	9	6,3
Nunca	18	12,7
Outro (Especifique)	9	6,3
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>142</b>

Tabela 6 – Distribuição das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico em relação às questões referentes às informações gerais, (n=142), Alfenas, MG, 2024.

(conclusão)

<b>Afirmativas/Respostas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
24- Apresenta dificuldade para tomar os medicamentos prescritos		
Sim	17	12,0
Não	125	88,0
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
25- Dificuldade para tomar os medicamentos prescritos		
Nenhuma dificuldade	127	89,4
Um pouco de dificuldade	4	2,8
Moderada dificuldade	3	2,1
Muita dificuldade	7	4,9
Extrema dificuldade	1	0,7
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
27- Razão para não tomar medicamento prescrito		
Não aplicável: Eu não deixei de tomar nenhum medicamento	124	87,3
Eu esqueci de tomar a medicação	10	7,0
Eu esqueci de providenciar a medicação	3	2,1
Os efeitos colaterais apresentados	2	1,4
Outro	3	2,1
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
28- Tipo de efeito colateral o medicamento que deixou de tomar causa**		
Náusea/vômitos/diarreia/constipação	2	66,7
Dor de estômago	1	33,3
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Legenda: \* Pessoa respondeu esta questão se marcou “Não queria ir ou Não podia ir” na questão 15.

\*\* Pessoa respondeu esta questão se marcou “Os efeitos colaterais apresentados” na questão 27. Pessoa pode ter respondido mais de um efeito colateral.

Na Tabela 6, 90,1% (128) pessoas relataram que os dias e horários para realização de HD eram convenientes. 6,3% (nove), relataram que não era conveniente devido a outros motivos como: por não conseguir aproveitar o sábado, porque prefere cedo pois à tarde está passando mal, pois fica fraco e não consegue ir a outros locais/viagens, pois dá muita fraqueza, por conta do filho, que não consegue ficar com ele, pois preferia o horário da manhã, pois prejudica as atividades do dia inteiro, pois perde o dia todo na HD e porque sai muito tarde da HD.

No tocante ao tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de não faltar à HD, 39,4% (56) das pessoas responderam que foi quando começaram pela primeira vez o tratamento. 8,5% (12) responderam que foi em outro momento, como: quando pergunta, há um ano atrás, não lembra, faz muito tempo, que escuta eles falarem, às vezes/de vez em quando, há 15/20 dias, falam com a filha dele, quando falta à HD, há duas semanas atrás e há mais de três meses) (Tabela 6).

Em relação ao tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de fazer toda a sessão de HD sem diminuir o tempo, 28,9% (41) dos participantes responderam que nunca. Outros motivos citados por 5,6% (oito) dos participantes foram: quando pergunta aos profissionais, quando iniciou a HD, não lembra e quando procura (Tabela 6).

Dos respondentes, 71,8% (102) relataram não ter nenhuma dificuldade para permanecer durante toda a sessão de HD, enquanto 1,4% (dois) dos participantes relataram ter extrema dificuldade (Tabela 6).

De acordo com a Tabela 6, a principal razão de faltar à HD foi não se aplica: eu não faltei nenhuma sessão, com 90,8%(129) de pessoas. Com relação as respostas dadas na opção “outras razões”, 2,8% (quatro), foram mencionadas: situações familiares, atrasou e não conseguiu chegar ao centro e estava passando mal.

Das pessoas que responderam que não queriam ir ou não podiam ir como principal razão de ter faltado à HD, 2,8% (quatro), duas responderam que era porque estava doente devido a outras causas, uma porque estava deprimida e uma devido ao dia da semana (era domingo e feriado) (Tabela 6).

O principal motivo de redução de tempo na HD foi não se aplica: não houve redução do tempo de nenhuma sessão de HD, com 95,1% (135). Outros motivos mencionados pelos participantes, com 2,1% (três) das respostas, foram: teve muitas náuseas, iria viajar e saiu mais cedo e por fazer no sábado e não ter líquido para retirar (Tabela 6).

Em relação ao tempo que o profissional de saúde falou sobre os medicamentos consumidos, a Tabela 6 traz que 21,1% (30) das pessoas relataram que foi há um mês. Outros tempos mencionados, com 16,2% (23) das respostas, foram: 15 dias, 20 dias, falou com a filha, faz muito tempo, cinco ou seis meses, seis meses, sete meses, há um ano, há um ano e meio, não lembra, fala com o cuidador.

Já na questão sobre o tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de tomar os medicamentos prescritos, 24,6% (35) das pessoas responderam que todo mês. Em relação a outros tempos mencionados, 6,3% (9) responderam que foi: que falam com o cuidador, não lembra, quando modifica os medicamentos, às vezes, no início da HD, fala com a filha e quando pergunta (Tabela 6).

A Tabela 6 traz que 88,0% (125) das pessoas responderam que não apresentam dificuldade para tomar medicamentos prescritos; 89,4% (127) dos participantes responderam não apresentar nenhuma dificuldade para tomar os medicamentos prescritos, enquanto 4,9% (sete) relataram ter muita dificuldade para tomar os medicamentos prescritos.

Com relação a variável “razão para não tomar o medicamento prescrito”, 87,3% (124) responderam não aplicável: eu não deixei de tomar nenhum medicamento. Outros motivos mencionados, com 2,1% (três) das respostas dos participantes, foram: às vezes está passando mal e não toma as vitaminas, não tem na farmácia e não conseguiu comprar e devido ao horário (Tabela 6).

Somente 1,4% (dois) dos participantes responderam que o motivo de não tomar o medicamento prescrito foi devido a efeitos colaterais, sendo que um participante relatou ser devido a náusea/vômito/diarreia/constipação e dor no estômago e o outro devido a náusea/vômito/diarreia/constipação (Tabela 6).

A Tabela 7 traz a distribuição da adesão das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico em relação às questões referentes às informações gerais: “tempo que o profissional de saúde falou sobre a quantidade de líquidos que pode consumir”, “tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de restringir a ingestão de líquidos”, “apresenta dificuldade para restringir a ingestão de líquido”, “dificuldade para cumprir a restrição de líquidos”, “tipo de dificuldade para cumprir restrição de líquidos”, “pesou fora da clínica na última semana”, “importância de pesar diariamente”, “tempo que o Profissional de saúde falou sobre a dieta”, “tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de seguir a dieta apropriada”, “apresenta dificuldade para seguir dieta recomendada”, “dificuldade para seguir a dieta recomendada” e “tipo de dificuldade para cumprir a dieta recomendada”.

Tabela 7 – Distribuição das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico em relação às questões referentes às informações gerais (n=142). Alfenas, MG, 2024.

(continua)

Afirmativas/Respostas	f	%
29- Tempo que o profissional de saúde falou sobre a quantidade de líquidos que pode consumir		
Esta semana	23	16,2
Semana passada	13	9,2
Um mês atrás	17	12,0
Há mais de um mês	20	14,1
Quando eu comecei pela primeira vez o tratamento	36	25,4
Nunca	15	10,6
Outro (especifique)	18	12,7
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
30- Tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de restringir a ingestão de líquidos		
Toda sessão de hemodiálise	36	25,4
Toda semana	17	12,0
Todo mês	16	11,3
A cada dois ou três meses	6	4,2
Quando eu tenho um resultado ruim nos exames de sangue ou em outros exames	8	5,6
Raramente	15	10,6
Irregularmente	19	13,4
Nunca	16	11,3
Outro(Especifique)	9	6,3
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
34- Apresenta dificuldade para restringir a ingestão de líquidos		
Sim	58	40,8
Não	84	59,2
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
35- Dificuldade para cumprir a restrição de líquidos		
Nenhuma dificuldade	79	55,6
Um pouco de dificuldade	16	11,3
Moderada dificuldade	17	12,0
Muita dificuldade	28	19,7
Extrema dificuldade	2	1,4
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
36- Tipo de dificuldade para cumprir restrição de líquidos		
Não tenho dificuldade	81	57,0
Não tenho vontade de seguir a restrição de líquidos	1	0,7

Tabela 7 – Distribuição das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico em relação às questões referentes às informações gerais (n=142). Alfenas, MG, 2024.

(continuação)

Afirmativas/Respostas	f	%
Eu não consigo seguir a restrição de líquidos	30	21,1
Outros	30	21,1
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
37- Pesou fora da clínica na última semana		
Mais de três vezes	9	6,3
Três vezes	5	3,5
Duas vezes	5	3,5
Uma vez	5	3,5
Nenhuma vez	118	83,1
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
38- Importância de pesar diariamente		
Extremamente importante	12	8,5
Muito importante	93	65,5
Moderadamente importante	7	4,9
Pouco importante	8	5,6
Não é importante	22	15,5
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
39- Tempo que o profissional de saúde falou sobre a dieta		
Esta semana	9	6,3
Semana passada	28	19,7
Um mês atrás	39	27,5
Há mais de um mês	24	16,9
Quando eu comecei pela primeira vez o tratamento	21	14,8
Nunca	10	7,0
Outro (especifique)	11	7,7
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
40-Tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de seguir a dieta apropriada		
Toda sessão de hemodiálise	5	3,5
Toda semana	12	8,5
Todo mês	76	53,5
A cada dois ou três meses	12	8,5
A cada quatro ou seis meses	2	1,4
Quando eu tenho um resultado ruim nos exames de sangue ou em outros exames	11	7,7
Raramente	4	2,8

Tabela 7 – Distribuição das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico em relação às questões referentes às informações gerais (n=142). Alfenas, MG, 2024.

(conclusão)

<b>Afirmativas/Respostas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Irregularmente	6	4,2
Nunca	5	3,5
Outro (especifique)	9	6,3
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
43- Apresenta dificuldade para seguir dieta recomendada		
Sim	54	38,0
Não	88	62,0
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
44- Dificuldade para seguir a dieta recomendada		
Nenhuma dificuldade	81	57,0
Um pouco de dificuldade	25	17,6
Moderada dificuldade	11	7,7
Muita dificuldade	23	16,2
Extrema dificuldade	2	1,4
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
45- Tipo de dificuldade para cumprir a dieta recomendada		
Não se aplica: Não tenho dificuldade	81	57,0
Eu não estou disposto a controlar o que eu quero comer	6	4,2
Eu não consigo evitar certos alimentos não recomendados	35	24,6
Eu não entendo que tipo de dieta eu tenho que seguir	2	1,4
Outros (Especifique)	18	12,7
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Na Tabela 7 os participantes relataram que o tempo que o profissional de saúde falou sobre a quantidade de líquidos que pode consumir em sua maioria foi quando começou pela primeira vez o tratamento, 25,4% (36), e a resposta “outro” com 12,7% (18) dos respondentes, com as seguintes justificativas: alguns dias atrás, semana retrasada, há três meses, há sete meses, um ano, um ano e meio, mais de ano, não lembra, faz tempo, às vezes e falou com a filha.

O tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de restringir a ingestão de líquidos, de acordo com a tabela 7, teve sua maioria com 25,4% (36) dos participantes respondendo em toda sessão de HD. A resposta “outro”, 6,3%

(nove) dos participantes, obteve como justificativas: há um ano, quando entrou na HD em 2016, quando pergunta, quando tem consulta ou ganho de peso, quando ganha muito peso, fala com a filha.

Na Tabela 7, 59,2% (89) dos participantes relataram que não apresentam dificuldade para restringir a ingestão de líquidos. E, 55,6% (79) das pessoas informaram não ter nenhuma dificuldade para cumprir a restrição de líquidos, enquanto 19,7% (28) relataram terem muita dificuldade para cumprir a restrição de líquidos.

Em relação ao tipo de dificuldade para cumprir a restrição de líquidos, 57,0% (81) relataram não ter dificuldade. 21,1% (30) pessoas responderam outros, que envolve: sede excessiva, devido ao calor, devido a ter que tomar muitos medicamentos, depende da comida que come, por reunir com a família no final de semana, por esquecer e beber mais líquidos, dias a mais que fica em casa, devido a comemorações e por costume pois bebia muita água (Tabela 7).

Ao serem questionados se pesaram fora da clínica na última semana, 83,1% (118) das pessoas responderam que não pesaram nenhuma vez. Somente 6,3% (nove) dos respondentes relataram que pesaram mais de três vezes fora da clínica (Tabela 7).

Sobre a importância de pesar diariamente, 65,5% (93) dos participantes relataram que é muito importante pesar diariamente, enquanto 15,5% (22) consideraram não ser importante pesar diariamente (Tabela 7).

Na questão sobre o tempo que o profissional de saúde falou sobre a dieta, 27,5% (39) participantes responderam que foi há um mês atrás, enquanto 7,7% (11) responderam outro, sendo: há duas semana, há 15/20 dias, semana retrasada (um), no início do mês, há três meses, há cinco meses, há um ano e meio, há dois anos, não lembra, faz muito tempo e falou com a filha (Tabela 7).

No tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de seguir a dieta apropriada, a Tabela 7 traz que 53,5% (76) participantes responderam que é todo mês, enquanto a resposta "outro", 6,3% (nove) dos participantes descreveram: que ainda não passaram a dieta, quando solicita, veio uma vez, falaram em outro município, falaram com a filha, quando pergunta e a esposa conversa com a nutricionista.

No tocante à questão se o participante apresenta dificuldade para seguir a dieta recomendada, a Tabela 7 traz que 62,0% (88) responderam que não. E, 57,0%

(81) relataram não ter nenhuma dificuldade para seguir a dieta recomendada e 16,2% (23) das pessoas relataram ter muita dificuldade para seguir a dieta recomendada.

Em relação ao tipo de dificuldade para cumprir a dieta recomendada, 27% (81) dos participantes responderam que não se aplica: não tenho dificuldade. Outros tipos de dificuldades mencionadas pelos participantes, com 12,7% (18) de respostas, foram as seguintes: muita restrição, dificuldade de fazer o alimento/preparo do alimento, não está conseguindo comer, seguir dieta é difícil devido a família, sente vontade de comer outras coisas, sente muita fome, ansiedade para comer as coisas, aspectos financeiros e devido ao tempo de fazer, comprar e custo dos alimentos (Tabela 7).

A Tabela 8 traz a distribuição da adesão dos renais crônicos em relação à percepção e o conhecimento da pessoa com doença renal crônica e sobre o tratamento: importância para cumprir toda a programação de HD, percepção da importância de cumprir corretamente o programa de HD, importância para tomar os medicamentos prescritos, percepção da importância de tomar medicamentos prescritos, importância para restringir a quantidade de líquidos consumidos, percepção da importância de restrição de líquidos ingeridos, importância de vigiar os tipos de alimentos que consome diariamente e percepção da importância de vigiar a dieta.

Tabela 8 – Distribuição das pessoas com doença renal crônica em hemodiálise em relação à percepção e ao conhecimento sobre o tratamento (n=142). Alfenas, MG, 2024.

(continua)

Afirmativas/Respostas	f	%
11- Importância para cumprir toda a programação de hemodiálise		
Extremamente importante	28	19,7
Muito importante	111	78,2
Pouco importante	2	1,4
Não é importante	1	0,7
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
12- Percepção da importância de cumprir corretamente o programa de hemodiálise		
Porque eu entendo que os meus rins não funcionam adequadamente e eu preciso cumprir a hemodiálise programada	45	31,7

Tabela 8 – Distribuição das pessoas com doença renal crônica em hemodiálise em relação à percepção e ao conhecimento sobre o tratamento (n=142). Alfenas, MG, 2024.

(continuação)

Afirmativas/Respostas	f	%
Porque cumprir a programação de hemodiálise é importante para manter o meu corpo saudável	85	59,9
Porque um profissional de saúde (seu médico, sua enfermeira, sua nutricionista ou outro profissional) me disse para cumprir esta programação	4	2,8
Porque eu já fiquei doente depois de faltar à hemodiálise	2	1,4
Porque eu já fui hospitalizado depois de faltar à hemodiálise	2	1,4
Eu não acho muito importante cumprir a programação de hemodiálise	1	0,7
Outro (Especifique)	3	2,1
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
22- Importância para tomar os medicamentos prescritos		
Extremamente importante	23	16,2
Muito importante	116	81,7
Moderadamente importante	2	1,4
Não é importante	1	0,7
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
23- Percepção da importância de tomar medicamentos prescritos		
Porque eu entendo que os meus rins não funcionam adequadamente e eu preciso tomar os medicamentos corretamente	20	14,1
Porque tomar os medicamentos corretamente é importante para manter o meu corpo saudável	109	76,9
Porque um profissional de saúde (seu médico, sua enfermeira, sua nutricionista ou outro profissional) me disse para tomar os remédios	8	5,6
Eu não acho que tomar os remédios corretamente seja muito importante para mim	1	0,7
Outro (Especifique)	4	2,8
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
32- Importância para restringir a quantidade de líquidos consumidos		
Extremamente importante	22	15,5
Muito importante	115	81,0
Moderadamente importante	2	1,4
Não é importante	3	2,1
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
33- Percepção da importância de restrição de líquidos ingeridos		
Porque eu entendo que os meus rins não funcionam adequadamente e eu preciso restringir a quantidade de líquidos que eu bebo	20	14,1
Porque restringir a quantidade de líquidos é importante para manter o meu corpo saudável	107	75,4

Tabela 8 – Distribuição das pessoas com doença renal crônica em hemodiálise em relação à percepção e ao conhecimento sobre o tratamento (n=142). Alfenas, MG, 2024.

(conclusão)

<b>Afirmativas/Respostas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Porque um profissional de saúde (seu médico, sua enfermeira, sua nutricionista ou outro profissional) me disse para restringir a quantidade de líquido	4	2,8
Porque eu já fiquei doente depois de beber muito líquido	3	2,1
Porque eu já fui hospitalizado 85,2%o depois de beber muito líquido	1	0,7
Eu não acho que restringir a quantidade de líquidos seja muito importante pra mim	3	2,1
Outro (Especifique)	4	2,8
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
41- Importância de vigiar os tipos de alimentos que consome diariamente		
Extremamente importante	17	12,0
Muito importante	121	85,2
Moderadamente importante	2	1,4
Pouco importante	1	0,7
Não é importante	1	0,7
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
42- Percepção da importância de vigiar a dieta		
Porque eu entendo que os meus rins não funcionam adequadamente e eu preciso vigiar minha dieta	13	9,2
Porque vigiar minha dieta é importante para manter o meu corpo saudável	117	82,4
Porque um profissional de saúde (seu médico, sua enfermeira, sua nutricionista ou outro profissional) me disse para vigiar minha dieta	5	3,5
Porque eu já fui hospitalizado depois de comer alimentos que eu não deveria comer	3	2,1
Eu não acho que vigiar a dieta seja muito importante para mim	3	2,1
Outro (especifique)	1	0,7
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Ao serem questionados sobre a importância para cumprir toda a programação de HD, 78,2% (111) dos participantes responderam ser muito importante, enquanto que 0,7 (um) respondeu que não é importante cumprir toda a programação de HD (Tabela 8).

Na Tabela 8, 59,9% (85) dos participantes responderam que a importância de cumprir corretamente o programa de HD é porque é importante para manter o meu corpo saudável. 2,1 % (três) dos participantes responderam outros, que corresponde a: é muito sofrido, porque o tratamento não termina e porque sentia muita tontura antes de fazer a HD e ao fazer melhorou.

Em relação à questão sobre a importância de tomar os medicamentos prescritos, 81,7% (116) das pessoas responderam ser muito importante, enquanto 0,7% (um) relatou não ser importante tomar os medicamentos prescritos (Tabela 8).

No tocante à percepção da importância de tomar os medicamentos prescritos, 76,9% (109) dos participantes responderam que tomar os medicamentos corretamente é importante para manter o corpo saudável, enquanto 2,8% (quatro) dos participantes responderam outro motivo: para não ficar passando mal, para não ficar doente, devido a ser complementação do tratamento e porque às vezes os remédios não resolvem os problemas que tem (Tabela 8).

Ao serem questionados sobre a importância de restringir a quantidade de líquidos consumidos, a Tabela 8 traz que 81,0% (115) dos participantes responderam ser muito importante, enquanto 2,1% (três) relataram não ser importante restringir a quantidade de líquidos consumidos.

Em relação à percepção da importância de restrição de líquidos ingeridos, a Tabela 8 traz que 75,4% (107) dos participantes responderam que restringir a quantidade de líquidos é importante para manter o corpo saudável. 2,8% (quatro) dos participantes responderam outro: pois ainda urina, pois não urina, para não chegar com muito peso e para não ficar com edemas.

Na Tabela 8, verifica-se que em relação à importância de vigiar os tipos de alimentos que consome diariamente, 85,2% (121) das pessoas responderem ser muito importante. Já 0,7% (um) responderam ser pouco importante ou não ser importante vigiar os tipos de alimentos que consome.

No tocante à percepção da importância de vigiar a dieta, 82,4% (117) dos participantes responderam que vigiar a dieta é importante para manter o corpo saudável, enquanto que 0,7% (um) do respondente mencionou que é porque não acredita em muitas coisas que dizem sobre a dieta (Tabela 8).

A Tabela 9 traz a distribuição dos participantes em relação a adesão propriamente dita, em seus quatro domínios: HD (durante o mês passado, quantas sessões de diálise você faltou? No mês passado, quantas vezes você pediu para

reduzir o tempo de HD? No mês passado, quando o tempo de HD foi reduzido, esta redução foi de quantos minutos?), medicação (durante a semana passada, com qual frequência você deixou de tomar algum dos seus medicamentos?), restrição de líquidos (durante a semana passada, quantas vezes você seguiu a restrição de líquidos recomendada para você?) e dieta (durante a semana passada, quantas vezes você seguiu a dieta recomendada?).

Tabela 9 – Distribuição das pessoas com doença renal crônica em hemodiálise em relação a adesão propriamente dita, em seus quatro domínios: hemodiálise, medicação, restrição de líquidos e dieta (n=142). Alfenas, MG, 2024.

(continua)

Domínio/Afirmativas/Respostas	f	%
Domínio hemodiálise		
14- Número de Sessões de diálise faltosas		
Nenhuma (Eu não faltei nenhuma sessão) (Pont-300)	128	90,1
Eu faltei uma sessão de HD (Pont -200)	12	8,5
Eu faltei duas sessões de HD (Pont – 100)	2	1,4
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
17- Tempo de redução da Hemodiálise solicitado		
Não se aplica: Eu não diminuí o tempo de nenhuma sessão de HD (Pont-200)	134	94,4
Uma vez (Pont -150)	6	4,2
Duas vezes (Pont -100)	1	0,7
Quatro ou mais vezes (Pont -0)	1	0,7
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
18- Tempo de redução da Hemodiálise		
Não se aplica: Eu não diminuí o tempo de nenhuma sessão de HD (Pont- 100)	137	96,5
Dez minutos ou menos (Pont -75)	1	0,7
Vinte e um a trinta minutos (Pont- 25)	2	1,4
Mais que trinta e um minutos (Pont -0)	2	1,4
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
Domínio medicação		
26- Frequência do não consumo de medicamentos		
Nenhuma vez. Eu não deixo de tomar nenhum dos meus medicamentos (Pont- 200)	123	86,6
Muito raramente (Pont -150)	13	9,2
Cerca de metade das vezes (Pont- 100)	2	1,4
A maioria das vezes (Pont – 50)	4	2,8

Tabela 9 – Distribuição das pessoas com doença renal crônica em hemodiálise em relação a adesão propriamente dita, em seus quatro domínios: hemodiálise, medicação, restrição de líquidos e dieta (n=142). Alfenas, MG, 2024.

(conclusão)

Domínio/Afirmativas/Respostas	f	%
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
Domínio restrição de líquidos		
31- Frequência da restrição de líquidos recomendada		
Sempre (Pont -200)	89	62,7
A maior parte do tempo (Pont -150)	26	18,3
Na metade do tempo (Pont -100)	7	4,9
Raramente (Pont- 50)	7	4,9
Nunca (Pont -0)	13	9,2
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>
Domínio dieta		
46- Frequência do seguimento da dieta recomendada		
Sempre (Pont -200)	83	58,5
A maior parte do tempo (Pont -150)	29	20,4
Na metade do tempo (Pont -100)	10	7,0
Raramente (Pont- 50)	5	3,5
Nunca (Pont -0)	15	10,6
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

De acordo com a Tabela 9, em relação ao domínio da HD, 90,1% (128) dos participantes não faltaram a nenhuma sessão de HD, 94,4% (134) não solicitaram a diminuição do tempo de nenhuma sessão de HD e 96,5% (137) não reduziram o tempo de sessão da HD. Em relação ao domínio medicação, 86,6% (123) participantes não deixaram de tomar nenhum de seus medicamentos e 4,8% (quatro) deixaram de tomar a maioria das vezes. Já no domínio restrição de líquidos, 62,7% (89) das pessoas sempre seguiram a restrição de líquidos recomendada e 9,2% (13) nunca seguiram. No domínio dieta, 58,5% (83) das pessoas sempre seguiram a dieta recomendada e 10,6% (15) nunca seguiram a dieta recomendada.

A Tabela 10 traz a estatística descritiva da adesão dos renais crônicos em relação às questões da adesão propriamente dita, nos quatro domínios da HD: (durante o mês passado, quantas sessões de diálise você faltou? No mês passado, quantas vezes você pediu para reduzir o tempo de HD? No mês passado, quando o

tempo de HD foi reduzido, esta redução foi de quantos minutos?), medicação (durante a semana passada, com qual frequência você deixou de tomar algum dos seus medicamentos?), restrição de líquidos (durante a semana passada, quantas vezes você seguiu a restrição de líquidos recomendada para você?) e dieta (durante a semana passada, quantas vezes você seguiu a dieta recomendada?).

Tabela 10 – Estatística descritiva da adesão das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico em relação aos quatro domínios da adesão propriamente dita (n=142). Alfenas, MG, 2024.

Afirmativas	Estatística descritiva				
	média	mediana	DP	Mín	Máx
Domínio hemodiálise					
14- Número de Sessões de diálise faltosas	288,73	300,0	35,925	100	300
17- Tempo de redução da Hemodiálise solicitado	195,77	200,0	21,048	0	200
18- Tempo de redução da Hemodiálise	97,36	100,0	14,80	0	100
Somatório da pontuação de adesão à hemodiálise	581,87	600,0	50,542	275	600
Domínio medicação					
26- Frequência do não consumo de medicamentos	189,79	200,0	30,094	50	200
Domínio restrição de líquidos					
31- Frequência da restrição de líquidos recomendada	160,21	200,0	64,560	0	200
Domínio dieta					
46- Frequência do seguimento da dieta recomendada	156,34	200,0	66,005	0	200

Fonte: Elaborada pela autora.

Ressalta-se que em relação ao domínio da HD, a média das três questões foi de 581,87. Em relação ao domínio medicação, a média foi de 189,79. Já no domínio restrição de líquidos, a média foi de 160,21. No domínio dieta, a média foi de 156,34.

Nota-se que em todos os domínios da adesão, a média é alta. Destacando-se que o domínio que mais se aproximou da pontuação máxima foi o da medicação (média 189,79, sendo o máximo 200) o que demonstra uma alta adesão dos participantes em relação à não faltar a HD, não solicitar para reduzir o tempo da sessão e não redução do tempo de HD. E, o domínio que mais distanciou da pontuação máxima foi o da dieta (média 156,34, sendo o máximo 200), o que indica que as pessoas têm menor adesão para seguir a dieta recomendada.

O Coeficiente *Alfa de Cronbach* foi calculado para a verificação da confiabilidade e consistência interna das três partes da escala QADRC-HD: informações gerais, percepção e o conhecimento do paciente e adesão propriamente dita (HD, medicação, restrição hídrica e dieta). Assim, obteve-se o valor de 0,701 na parte sobre as informações gerais, o valor de 0,715 na percepção e o conhecimento do paciente, e o valor de 0,447 na parte sobre a adesão propriamente dita. Com isso, observa-se que as duas primeiras partes da escala obtiveram um alfa de *cronbach* superior a 0,7, demonstrando confiabilidade e consistência interna.

Cabe inferir que o valor abaixo de 0,7 do *Alfa de Cronbach* na parte das questões da adesão propriamente dita pode ter dado esse valor, uma vez que às respostas de cada uma das seis questões de adesão poderem não estar correlacionadas e interligadas entre si. Ou seja, a pessoa pode possuir adesão ao tratamento de HD e não em outros domínios como, por exemplo, a dieta ou a restrição de líquidos.

### **7.3.3 Associação das variáveis independentes com a adesão ao tratamento hemodialítico**

As tabelas numeradas de 11 a 14 atendem ao objetivo específico “e” do presente estudo, o qual tem como finalidade verificar a existência de associação entre as variáveis socioeconômicas, hábitos de vida e de doença crônica, dados sobre a doença e o tratamento, informações gerais, percepção e conhecimento com as variáveis sobre a adesão propriamente dita (HD; medicação, restrição de líquidos e dieta). As associações consideraram o total de 142 participantes.

A Tabela 11 traz a associação das variáveis independentes com o domínio da pontuação de adesão à HD.

Tabela 11 – Associação das variáveis independentes com o domínio da pontuação de adesão à hemodiálise (n=142). Alfenas, MG, 2024.

Variáveis	Respostas	Nº	Média	Mediana	DP	Máx	Mín	P*
Estado civil	Com companheiro	79	586,72	600,0	42,949	600	400	0,044
	Sem companheiro	63	575,44	600,0	61,144	600	275	
Tabagista	Não	128	585,09	600,0	44,243	600	400	0,016
	Sim	14	547,92	600,0	96,800	600	275	
Apresenta dificuldade para restringir a ingestão de líquidos	Não	84	589,58	600,0	35,542	600	400	0,014
	Sim	58	569,39	600,0	68,895	600	275	
Dificuldade para cumprir a restrição de líquidos	Sem dificuldade	79	588,97	600,0	36,493	600	400	0,037
	Com dificuldade	63	571,70	600,0	66,693	600	275	

Fonte: Elaborada pela autora.

Legenda: \* Aplicação do Teste de *Mann-Whitney*. Com p significativo <0,05.

As variáveis que apresentaram associação com o domínio de adesão à HD estão apresentadas na Tabela 11. Assim, constatou-se que as maiores médias nessas variáveis mostraram que a adesão foi maior em pessoas com companheiro(a), não tabagistas, as que não apresentam dificuldade para restringir a ingestão de líquidos e as que relataram não ter dificuldade para cumprir a restrição de líquidos.

As demais variáveis independentes obtiveram valor de p acima de 0,05, portanto, não apresentaram associação com esta variável dependente: sexo (p=0,589), faixa etária (p=0,397), crença religiosa (p=0,141), número de filhos (p=0,094), renda familiar mensal (p=0,200), recebimento de benefício (p=1,000), tipo de benefício recebido (p=0,071), ocupação profissional (p=0,668), escolaridade (p=0,489), tipo de moradia (p=0,161), consumo de bebida alcoólica (p=0,975), prática de atividade física (p=0,161), doença crônica (p=0,113), uso de medicamentos contínuos e de uso diário (p=0,138), etiologia da doença renal crônica (p=0,758), tipo de acesso para realização da HD (p=0,866), tempo de HD (p=0,238), recomeço da HD (p=0,950), realização de diálise peritoneal (p=0,360), realização de transplante

renal ( $p=0,732$ ), tipo de transporte ( $p=0,486$ ), acompanhante ( $p=0,067$ ), dias e horários para realização de HD convenientes ( $p=0,336$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de não faltar HD ( $p=0,102$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de fazer toda a sessão de HD sem diminuir o tempo ( $p=0,539$ ), dificuldade para permanecer durante toda a sessão de HD ( $p=0,063$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre os medicamentos consumidos ( $p=0,383$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de tomar os medicamentos prescritos ( $p=0,163$ ), apresenta dificuldade para tomar os medicamentos prescritos ( $p=0,289$ ), dificuldade para tomar os medicamentos prescritos ( $p=0,180$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a quantidade de líquidos que pode consumir ( $p=0,724$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de restringir a ingestão de líquidos ( $p=0,855$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a dieta ( $p=0,254$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de seguir a dieta apropriada ( $p=0,518$ ), apresenta dificuldade para seguir dieta recomendada ( $p=0,494$ ), dificuldade para seguir a dieta recomendada ( $p=0,846$ ), importância para cumprir toda a programação de HD ( $p=0,481$ ), importância para tomar os medicamentos prescritos ( $p=0,567$ ), importância para restringir a quantidade de líquidos consumidos ( $p=0,481$ ) e importância de vigiar os tipos de alimentos que consome diariamente ( $p=0,567$ ).

A Tabela 12 traz a associação das variáveis independentes com o domínio da pontuação de adesão à medicação:

Tabela 12 – Associação das variáveis independentes com o domínio da pontuação de adesão à medicação. (n=142), Alfenas, MG, 2024.

Variáveis	Respostas	Nº	Média	Mediana	DP	Máx	Mín	P*
Renda familiar mensal	Até R\$3000,00	122	192,45	200,0	25,628	200	50	0,014
	Acima R\$ 3000,00	20	166,67	200,0	55,635	200	50	
Tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de tomar os medicamentos prescritos	Até há um mês	64	193,75	200,0	25,339	200	50	0,027
	Mais de um mês	78	185,38	200,0	36,145	200	50	
Apresenta dificuldade para tomar os medicamentos prescritos	Não	125	193,33	200,0	23,066	200	50	0,003
	Sim	17	162,50	200,0	59,161	200	50	

Fonte: Elaborada pela autora.

Legenda: \* Aplicação do Teste de *Mann-Whitney*. Com p significativo <0,05.

As variáveis que apresentaram associação com o domínio de adesão à medicação estão apresentadas na Tabela 12. Assim, constatou-se que as maiores médias nessas variáveis mostraram que a adesão foi maior em pessoas com renda familiar mensal de até R\$3000 reais, com tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de tomar os medicamentos prescritos de até há um mês, e que não apresenta dificuldade para tomar os medicamentos prescritos.

As demais variáveis independentes obtiveram valor de p acima de 0,05, portanto, não apresentaram associação com esta variável dependente: sexo (p=0,057), faixa etária (p=0,753), crença religiosa (p=0,780), número de filhos (p=0,370), recebimento de benefício (p=0,965), tipo de benefício recebido (p=0,658), ocupação profissional (p=0,637), estado civil (p=0,216), escolaridade (p=0,810), tipo de moradia (p=0,211), consumo de bebida alcoólica (p=0,289), tabagista (p=0,287), prática de atividade física (p=0,147), doença crônica (p=0,972), uso de medicamentos contínuos e de uso diário (p=0,328), etiologia da doença renal crônica

( $p=0,374$ ), tipo de acesso para realização da HD ( $p=0,301$ ), tempo de HD ( $p=0,875$ ), recomeço da HD ( $p=0,848$ ), realização de diálise peritoneal ( $p=0,374$ ), realização de transplante renal ( $p=0,824$ ), tipo de transporte ( $p=0,124$ ), acompanhante ( $p=0,096$ ), dias e horários para realização de HD convenientes ( $p=0,972$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de não faltar HD ( $p=0,680$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de fazer toda a sessão de HD sem diminuir o tempo ( $p=0,794$ ), dificuldade para permanecer durante toda a sessão de HD ( $p=0,785$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre os medicamentos consumidos ( $p=0,676$ ), dificuldade para tomar os medicamentos prescritos ( $p=0,071$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a quantidade de líquidos que pode consumir ( $p=0,799$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de restringir a ingestão de líquidos ( $p=0,265$ ), apresenta dificuldade para restringir a ingestão de líquidos ( $p=0,269$ ), dificuldade para cumprir a restrição de líquidos ( $p=0,445$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a dieta ( $p=0,083$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de seguir a dieta apropriada ( $p=0,497$ ), apresenta dificuldade para seguir dieta recomendada ( $p=0,376$ ), dificuldade para seguir a dieta recomendada ( $p=0,380$ ), importância para cumprir toda a programação de HD ( $p=0,494$ ), importância para tomar os medicamentos prescritos ( $p=0,578$ ), importância para restringir a quantidade de líquidos consumidos ( $p=0,494$ ) e importância de vigiar os tipos de alimentos que consome diariamente ( $p=0,578$ ).

A Tabela 13 traz a associação das variáveis independentes com o domínio da pontuação de adesão à restrição de líquidos.

Tabela 13 – Associação das variáveis independentes com o domínio da pontuação de adesão à restrição de líquidos (n=142). Alfenas, MG, 2024.

(continua)

Variáveis	Respostas	Nº	Média	Mediana	DP	Máx	Mín	P*
Faixa etária	Até 59 anos	73	138,14	150,0	75,051	200	0	0,000
	De 60 anos ou mais	69	189,52	200,0	30,214	200	50	
Crença religiosa	Católico	99	175,86	200,0	47,533	200	0	0,007
	Outras religiões	43	180,88	200,0	44,406	200	50	

Tabela 13 – Associação das variáveis independentes com o domínio da pontuação de adesão à restrição de líquidos (n=142). Alfenas, MG, 2024.  
(conclusão)

Variáveis	Respostas	Nº	Média	Mediana	DP	Máx	Mín	P*
Dias e horários para realização de hemodiálise convenientes	Sim	128	165,91	200,0	58,235	200	0	0,027
	Não	14	122,73	200,0	93,176	200	0	
Dificuldade para permanecer durante toda a sessão de hemodiálise	Sem dificuldade	102	170,35	200,0	53,894	200	0	0,034
	Com dificuldade	40	141,43	200,0	78,108	200	0	
Apresenta dificuldade para restringir a ingestão de líquidos	Não	84	188,89	200,0	30,515	200	0	0,000
	Sim	58	122,45	150,0	76,418	200	0	
Dificuldade para cumprir a restrição de líquidos	Sem dificuldade	79	189,71	200,0	30,614	200	0	0,000
	Com dificuldade	63	126,42	150,0	75,066	200	0	
Dificuldade para seguir a dieta recomendada	Sem dificuldade	81	170,14	200,0	56,705	200	0	0,036
	Com dificuldade	61	150,0	200,0	69,970	200	0	
Importância para restringir a quantidade de líquidos consumidos	Importante	139	164,29	200,0	60,766	200	0	0,003
	Não importante	3	25,00	25,00	35,355	50	0	
Importância de vigiar os tipos de alimentos que consome diariamente	Importante	140	163,87	200,0	61,384	200	0	0,025
	Não importante	2	50,0	50,0	70,711	100	0	

Fonte: Elaborada pela autora.

Legenda: \* Aplicação do Teste de *Mann-Whitney*. Com p significativo <0,05.

As variáveis que apresentaram associação com o domínio de adesão à restrição de líquidos estão apresentadas na Tabela 13. Assim, constatou-se que as maiores médias nessas variáveis mostraram que a adesão foi maior em pessoas com faixa etária de 60 anos ou mais, que possuem outras crenças religiosas, que não a católica, que relataram que os dias e os horários para realização de HD eram convenientes, que não apresentavam dificuldade para permanecer durante toda a sessão de HD, que relataram não apresentar dificuldade para restringir a ingestão de líquidos, não apresentar dificuldade para cumprir a restrição de líquidos, e também para seguir a dieta recomendada, que acham importante restringir a quantidade de líquidos consumidos e vigiar os tipos de alimentos que consome diariamente.

As demais variáveis independentes obtiveram valor de p acima de 0,05, portanto, não apresentaram associação com esta variável dependente: sexo ( $p=0,900$ ), número de filhos ( $p=0,121$ ), renda familiar mensal ( $p=0,302$ ), recebimento de benefício ( $p=0,500$ ), tipo de benefício recebido ( $p=0,172$ ), ocupação profissional ( $p=0,175$ ), estado civil ( $p=0,875$ ), escolaridade ( $p=0,861$ ), tipo de moradia ( $p=0,759$ ), consumo de bebida alcoólica ( $p=0,357$ ), tabagista ( $p=0,471$ ), prática de atividade física ( $p=0,544$ ), doença crônica ( $p=0,336$ ), uso de medicamentos contínuos e de uso diário ( $p=0,319$ ), etiologia da doença renal crônica ( $p=0,958$ ), tipo de acesso para realização da HD ( $p=0,074$ ), tempo de HD ( $p=0,440$ ), recomeço da HD ( $p=0,687$ ), realização de diálise peritoneal ( $p=0,090$ ), realização de transplante renal ( $p=0,282$ ), tipo de transporte ( $p=0,609$ ), acompanhante ( $p=0,393$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de não faltar HD ( $p=0,108$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de fazer toda a sessão de HD sem diminuir o tempo ( $p=0,952$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre os medicamentos consumidos ( $p=0,521$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de tomar os medicamentos prescritos ( $p=0,307$ ), apresenta dificuldade para tomar os medicamentos prescritos ( $p=0,138$ ), dificuldade para tomar os medicamentos prescritos ( $p=0,335$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a quantidade de líquidos que pode consumir ( $p=0,127$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de restringir a ingestão de líquidos ( $p=0,114$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a dieta ( $p=0,786$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de seguir a dieta apropriada ( $p=0,841$ ), apresenta dificuldade para seguir dieta recomendada ( $p=0,085$ ), importância para

cumprir toda a programação de HD ( $p=0,850$ ) e importância para tomar os medicamentos prescritos ( $p=0,446$ ).

A Tabela 14 traz a associação das variáveis independentes com o domínio da pontuação de adesão à dieta.

Tabela 14 – Associação das variáveis independentes com o domínio da pontuação de adesão à dieta (n=142). Alfenas, MG, 2024.

(continua)

Variáveis	Respostas	Nº	Média	Mediana	DP	Máx	Mín	P*
Tipo de acesso para realização da hemodiálise	Fístula	76	139,84	150,0	75,161	200	0	0,003
	Prótese ou cateter	66	175,44	200,0	50,993	200	0	
Realização de transplante renal	Não	132	159,38	200,0	65,941	200	0	0,011
	Sim	10	122,22	150,0	75,462	200	0	
Acompanhante	Com acompanhante	46	178,75	200,0	45,132	200	0	0,004
	Sem acompanhante	96	145,68	200,0	73,399	200	0	
Tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de fazer toda a sessão de hemodiálise sem diminuir o tempo	Até há um mês	49	170,73	200,0	59,135	200	0	0,025
	Mais de um mês	93	149,38	200,0	70,033	200	0	
Tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de tomar os medicamentos prescritos	Até há um mês	63	171,43	200,0	52,964	200	0	0,014
	Mais de um mês	79	143,85	200,0	75,264	200	0	

Tabela 14 – Associação das variáveis independentes com o domínio da pontuação de adesão à dieta (n=142). Alfenas, MG, 2024.

(conclusão)

Variáveis	Respostas	Nº	Média	Mediana	DP	Máx	Mín	P*
Apresenta dificuldade para tomar os medicamentos prescritos	Não	125	160,95	200,0	65,772	200	0	0,017
	Sim	17	128,13	150,0	70,637	200	0	
Dificuldade para tomar os medicamentos prescritos	Sem dificuldade	127	159,81	200,0	67,096	200	0	0,023
	Com dificuldade	15	132,14	150,0	63,872	200	0	
Apresenta dificuldade para seguir dieta recomendada	Não	88	179,75	200,0	42,757	200	0	0,000
	Sim	54	113,10	100,0	81,943	200	0	
Dificuldade para seguir a dieta recomendada	Sem dificuldade	81	180,56	200,0	44,051	200	0	0,000
	Com dificuldade	61	121,43	150,0	79,057	200	0	
Importância para cumprir toda a programação de hemodiálise	Importante	139	158,47	200,0	66,121	200	0	0,030
	Não importante	3	133,33	200,0	115,47	200	0	
Importância de vigiar os tipos de alimentos que consome diariamente	Importante	140	159,24	200,0	64,429	200	0	0,013
	Não importante	2	0	0	0	0	0	

Fonte: Elaborada pela autora.

Legenda: \* Aplicação do Teste de *Mann-Whitney*. Com p significativo <0,05.

As variáveis que apresentaram associação com o domínio de adesão à dieta estão apresentadas na Tabela 14. Assim, constatou-se que as maiores médias nessas variáveis mostram que a adesão foi maior em pessoas que apresentavam prótese ou cateter como tipo de acesso para realização da HD, que não realizou transplante, as que vão para o serviço de saúde com acompanhante, as que

relataram o tempo de até há um mês em que o profissional de saúde falou sobre a importância de fazer toda a sessão de HD sem diminuir o tempo, e também sobre a importância de tomar os medicamentos prescritos, os que não apresentam dificuldade para tomar os medicamentos prescritos, assim como, os sem dificuldade para tomar os medicamentos, além dos que não tem dificuldade para seguir dieta recomendada, assim como, os sem dificuldades para seguir a dieta, e os que acham importante cumprir toda a programação da HD e vigiar os tipos de alimentos que consome diariamente.

As demais variáveis independentes obtiveram valor de  $p$  acima de 0,05, portanto, não apresentaram associação com esta variável dependente: sexo ( $p=0,823$ ), faixa etária ( $p=0,079$ ), crença religiosa ( $p=0,974$ ), número de filhos ( $p=0,092$ ), renda familiar mensal ( $p=0,182$ ), recebimento de benefício ( $p=0,479$ ), tipo de benefício recebido ( $p=0,186$ ), ocupação profissional ( $p=0,674$ ), estado civil ( $p=0,634$ ), escolaridade ( $p=0,160$ ), tipo de moradia ( $p=0,685$ ), consumo de bebida alcoólica ( $p=0,284$ ), tabagista ( $p=0,782$ ), prática de atividade física ( $p=0,771$ ), doença crônica ( $p=0,065$ ), uso de medicamentos contínuos e de uso diário ( $p=0,338$ ), etiologia da doença renal crônica ( $p=0,646$ ), tempo de HD ( $p=0,697$ ), recomeço da HD ( $p=0,168$ ), realização de diálise peritoneal ( $p=0,632$ ), tipo de transporte ( $p=0,875$ ), dias e horários para realização de HD convenientes ( $p=0,875$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de não faltar HD ( $p=0,056$ ), dificuldade para permanecer durante toda a sessão de HD ( $p=0,615$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre os medicamentos consumidos ( $p=0,577$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a quantidade de líquidos que pode consumir ( $p=0,290$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de restringir a ingestão de líquidos ( $p=0,453$ ), apresenta dificuldade para restringir a ingestão de líquidos ( $p=0,322$ ), dificuldade para cumprir a restrição de líquidos ( $p=0,231$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a dieta ( $p=0,963$ ), tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de seguir a dieta apropriada ( $p=0,078$ ), importância para tomar os medicamentos prescritos ( $p=0,508$ ) e importância para restringir a quantidade de líquidos consumidos ( $p=0,943$ ).

#### **7.3.4 Efeito da intervenção educativa na adesão ao tratamento hemodialítico**

A tabela 15 atende ao objetivo específico “f” do presente estudo, o qual tem como finalidade comparar a adesão da população de estudo referente às dimensões da adesão ao tratamento (HD, medicação, restrição de líquidos e dieta) antes e após a intervenção educativa. Ressalta-se que os dados levaram em consideração o total de 142 participantes antes da intervenção e de 130 participantes após a intervenção.

Tabela 15 – Comparação da adesão ao tratamento hemodialítico antes e após a realização da intervenção educativa (n=142 antes e n=130 depois). Alfenas, MG, 2024.

Afirmativas	Antes da intervenção					Depois da intervenção					Valor P*
	Média	Mediana	DP	Mín	Máx	Média	Mediana	DP	Mín	Máx	
	Domínio hemodiálise										
Somatório da pontuação de adesão à hemodiálise	581,87	600,0	50,542	275	600	585,96	600,0	49,317	325	600	0,404
	Domínio medicamento										
26- Frequência do não consumo de medicamentos	189,79	200,0	30,094	50	200	195,38	200,0	19,135	50	200	0,049*
	Domínio restrição de líquidos										
31- Frequência da restrição de líquidos recomendada	160,21	200,0	64,560	0	00	171,15	200,0	46,115	0	200	0,056
	Domínio dieta										
46- Frequência do seguimento da dieta recomendada	156,34	500,0	66,005	0	200	170,77	200,00	56,987	0	200	0,063

Fonte: Elaborado pela autora.

Legenda: \*Aplicação do Teste de *Wilcoxon*. Com P significativo <0,05.

Ao considerar os resultados referente a adesão ao tratamento hemodialítico dos participantes deste estudo, antes e após a realização da intervenção, a Tabela 15 traz que somente o domínio medicamento obteve diferença estatisticamente significante ( $p=0,049$ ), mostrando que a média aumentou após a realização da intervenção. Porém, cabe destacar que, por mais que os demais três domínios não apresentaram diferença estatisticamente significante, as médias também apresentaram aumento após a realização da intervenção. Dessa forma, pode-se constatar que a intervenção educativa (cartilha) adotada neste estudo mostrou efeito positivo no aumento da adesão da pessoa em tratamento hemodialítico.

## 8 DISCUSSÃO

A discussão foi elaborada de acordo com cada tópico do item de resultados.

### 8.1 REVISÃO INTEGRATIVA

A seguir foram discutidas as categorias temáticas elaboradas por meio da RI.

#### **Alimentação / Dieta**

Nesta categoria, foi discutida a orientação referente à dieta e à alimentação para o controle da DRC em pessoas que realizam HD.

Em um coorte prospectivo foi encontrado que a ingestão total de gordura foi limitada a 30 kg/m<sup>2</sup> ou >28 kg/m<sup>2</sup> dia e a ingestão de proteína forneceu até 1,0 g de proteína/kg de peso corporal ideal diariamente para DRC estágios 1–5 e 1,2 g de proteína/kg de peso corporal ideal diariamente para pacientes em tratamento dialítico. Assim, uma educação dietética focada na redução do tamanho da porção e da ingestão de gordura e energia auxilia na melhora da regularidade das refeições e na perda do peso dos pacientes. Outros efeitos benéficos, encontrados neste estudo, foram associados como a redução da pressão arterial, que pode ser de grande importância para a proteção renal e cardiovascular em pacientes com DRC. Monitoramento dessas pessoas, visitas clínicas regulares e frequentes de profissionais da saúde com intuito de encorajar o compromisso com o tratamento de longo prazo em obesos com este agravo são vitais para o sucesso de programas de perda de peso (Maclaughlin *et al.*, 2012).

O aplicativo denominado KALA.AE inclui um recurso de automonitoramento, receitas compatíveis com DRC e um recurso educacional baseado em evidências e descreve que seguir uma dieta específica para diálise auxilia na melhora dos exames laboratoriais. Por exemplo, com uma dieta rica em fósforo mineral, o nível de fósforo no sangue também aumentará e isso não é algo desejado para a saúde. Prurido e distúrbios do sono melhoraram após o cuidado com a dieta e a diminuição da ingestão de alimentos ricos neste mineral. Evitar um alto nível de fósforo no sangue auxilia em muitas complicações, como doenças ósseas ou cardíacas. Ele está presente em muitos alimentos, especialmente aqueles ricos em proteínas, mas

isso não significa que a pessoa deva cortar as proteínas presentes na dieta. A solução é consumir proteínas com o menor teor de fósforo possível. Alguns exemplos de alimentos ricos em proteínas, mas com baixo ou moderado teor de fósforo são peixes, aves, carnes magras, caranguejos e camarões (El Khoury *et al.*, 2019).

Em pesquisa conduzida com o método experimental também abordou sobre a questão da dieta com baixo teor de fósforo. Para isso, os autores utilizaram um banco de dados e um livro ilustrado de alimentos comuns e nutrientes do Taiwan para reunir informações sobre o teor de fósforo de vários alimentos. Tais informações foram usadas para determinar a quantidade sugerida desse mineral para consumo diário de alimentos dos pacientes, tipos de alimentos e nomes com baixas, moderadas e altas quantidades de fósforo. Através de instruções de profissionais da área da enfermagem, os pacientes aumentaram seus conhecimentos sobre o autocuidado e a influência nos padrões de dieta, auxiliando e facilitando na mudança comportamental de consumo de alimentos com baixo teor de fósforo e controle de fósforo sérico, além de colaborar para a diminuição do prurido (Cheng *et al.*, 2017).

O elevado índice de massa corporal, circunferência abdominal e a obesidade têm sido ressaltados como fatores associados à DRC. A nutrição desempenha papel importante na avaliação e no tratamento dessas doenças, uma vez que visa ao controle e à prevenção das complicações desse agravo em suas várias etapas, como doença óssea metabólica, anorexia, hiperparatireoidismo e hiperfosfatemia. No procedimento de HD são perdidos diversos nutrientes, como peptídeos, vitaminas hidrossolúveis e aminoácidos, o que pode ser um fator importante para a desnutrição. Uma dieta equilibrada para o paciente com DRC o auxilia no combate a grande parte das complicações e da evolução dessa patologia, isso devido ao acúmulo de metabólitos, principalmente os nitrogenados, provenientes dos alimentos ingeridos por eles. Um acompanhamento alimentar individualizado que seja adequado e equilibrado fornecido por uma equipe multiprofissional que veja a necessidade de cada paciente o auxilia na conscientização da real importância de uma dieta restrita de certos micronutrientes, a fim de retardar problemas e complicações futuros (Werneque *et al.*, 2019).

O manejo alimentar tradicional da DRC pode-se basear em alguns tipos de dietas, como: a *Plant Based* (consumo de frutas, vegetais, nozes, sementes, óleos,

rica em gordura monoinsaturadas, grãos integrais, legumes e leguminosas, com redução moderada do consumo de carne e laticínios entre 2 a 3 vezes por semana), Estilo Mediterrâneo (rica em frutas, hortaliças, cereais integrais, incluindo as categorias de grãos e leguminosas, além de quantidades modestas de azeite de oliva, peixes, oleaginosas e ingestão moderada de vinho), e vegetariano (consumo de vegetais) e *Dietary Approach to Stop Hypertension* (consumo de frutas, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura com inclusão de cereais integrais, frango, peixe e oleaginosas). Estas dietas visam atender às necessidades individuais prescritas em uma restrição específica de potássio, sódio, líquidos e fósforo. A utilização de uma dieta baseada em vegetais, hortaliças, frutas, grãos integrais, leguminosas, rica em fibras e consumo moderado de alimentos de origem animal, promove efeitos e benefícios adicionais no gerenciamento e na prevenção das complicações metabólicas da DRC. Isso pode resultar na diminuição dos riscos relacionados as doenças vasculares, câncer e morte (Vasconcelos *et al.*, 2021).

### **Autocuidado e controle da pressão arterial**

O autocuidado e o controle da pressão arterial fazem parte das orientações oferecidas às pessoas que realizam HD.

Em estudo do tipo ensaio clínico randomizado, o grupo experimental recebeu orientações a partir de sessões individuais educativas para o controle da pressão arterial (PA), cujo objetivo foi explicar a fisiopatologia da hipertensão na DRC para se identificar os riscos associados à hipertensão e descrever as intervenções e metas próprias para melhorar o controle da PA (PA pré HD menor que 140/90 mmHg e pós HD menor que 130/80 mmHg, ingestão de sal menor que 2 g/dia ou 1 colher de chá/dia, ingestão de líquidos menor que 1300 ml/dia ou menos de 2,5 kg de ganho de peso entre as sessões de HD, adesão ao regime de HD e à medicação). Os participantes também foram ensinados a usar um aparelho doméstico de aferição de PA e orientados a registrar sua verificação. Sabe-se que o controle da ingestão de sal tem sido associado à melhora do volume extracelular e controle da PA em pacientes com HD. Entretanto, os pacientes devem receber além de conhecimento, mas também estabelecer metas, automonitoramento e reforço nas intervenções para auxiliá-los a diminuir sua pressão sanguínea (Kauric-Klein, 2012a).

Em outra investigação da mesma autora sobre a intervenção de enfermagem ao controle da PA de uma população com DRC e em HD, os enfermeiros, por serem os profissionais de saúde que mais interagem com os pacientes neste tratamento, podem ajudar a atender e/ou mudar os comportamentos de autocuidado no controle da PA. Ao ensinar, orientar e apoiar os pacientes hipertensos no monitoramento de sua PA, os profissionais podem oferecer a educação em saúde, mas ressalta-se que por si só não produz mudança de comportamento na pessoa. Ao utilizar outras intervenções, como a adoção do monitoramento, metas e reforço para ajudar a atender e/ou mudar os comportamentos da pessoa hipertensa, os profissionais buscam a solução de problemas para possíveis razões que as metas não tenham sido atingidas (por exemplo, o ganho excessivo de líquidos e medicamentos não ingeridos) para ajudar o paciente a perseverar no desempenho dos comportamentos de autocuidado no controle da PA (Kauric-Klein, 2012b).

O tratamento da hipertensão arterial é uma importante área de intervenção para reduzir o risco cardiovascular em pacientes em diálise. A PA alvo deve ser menor que 130/80 mmHg para todos os pacientes com DRC e para atingir tal meta, muitas vezes, é necessário o uso de medicamentos, como inibidor da enzima conversora de angiotensina/bloqueador do receptor de angiotensina, restrição de sódio e líquidos, sessões mais longas ou mais frequentes de diálise e proteção da função renal residual (Daugirdas; Blake; Ing, 2016).

Para redução de intercorrências durante a HD, é necessário que haja controle da PA, de ingestão hídrica, sobrepeso, tabagismo, diabetes mellitus e outros. É importante, portanto, que pacientes e familiares conheçam a doença e adotem hábitos de vida mais saudáveis e compatíveis com o tratamento. Os profissionais de enfermagem devem orientar o autocuidado das pessoas em HD ao facilitar o processo de autocuidado e reconhecimento da responsabilidade e participação do próprio paciente em seu tratamento, que colaboram para a adesão e a aceitação de sua condição e do tratamento em si, aumentando, assim, a sua eficácia. Ao subsidiar intervenções e estratégias voltadas para a promoção da saúde, os profissionais podem também colaborar para uma assistência mais segura e de qualidade (Gomes *et al.*, 2022).

## **Prática de atividade física**

A prática de atividade física é também uma orientação fornecida pelos profissionais da área da saúde a pessoas em tratamento hemodialítico.

Em pesquisa de coorte foi demonstrado que ao associar o aumento da atividade física ao programa de perda de peso, há a redução da PA, fator de grande importância na proteção cardiovascular e renal de pacientes em tratamento de DRC (Maclaughlin *et al.*, 2012).

Autores executaram um programa de exercícios físicos por profissionais da área de educação física e perceberam que os mesmos trouxeram benefícios biopsicossociais, para a saúde e para a reabilitação dos pacientes em HD, uma vez que houve melhora na aptidão física e na qualidade de vida dos mesmos. Sabe-se que pacientes que realizam HD desenvolvem sinais e sintomas denominados de uremia, que se caracteriza por manifestações sistêmicas, fazendo com que não apenas os rins, mas todos os sistemas passem a funcionar de maneira anormal. Um dos sinais é a baixa capacidade de realizar atividades físicas, que pode ser explicado pela atrofia, fraqueza, câibras musculares e redução da capacidade aeróbica. Mas, cabe enfatizar que o exercício físico pode atenuar muitas das consequências da DRC, ao proporcionar benefícios como melhora no controle da PA, aumento da capacidade funcional, melhora da função muscular, além da melhora da qualidade de vida (Marchesan; Rombaldi, 2012).

## **Prática de respiração para a saúde mental**

Profissionais de saúde têm utilizado a prática de respiração para auxiliar os pacientes com DRC na saúde mental.

Em investigação clínica randomizada foi relatado que um programa de treinamento respiratório conduzido por enfermeiras em um centro de diálise auxiliou na redução de sintomas depressivos em pacientes com DRC que realizam HD. Constatou-se também que o treinamento respiratório reduziu os escores de depressão nessa população, sendo, portanto, um tratamento eficaz e viável para esse agravo, podendo oferecer aos enfermeiros uma nova forma de aliviar transtornos mentais e oferecer apoio emocional a uma população vulnerável. Outras dimensões mentais, como a qualidade de vida relacionada à saúde (papel-

emocional e o resumo do componente mental) apresentaram melhora (Tsai *et al.*, 2015).

As práticas de autocuidado são fundamentais para o enfrentamento de situações de vulnerabilidade, sendo consideradas medidas de prevenção do adoecimento psíquico. Ao promover momentos de pausa ao longo do dia, para se perceber, respirar lenta e profundamente, o corpo passa a ter uma boa energia, ao mesmo tempo que o auxilia na eliminação de sensações desagradáveis, contribuindo, assim, para uma prática saudável e desejável no cotidiano. Da mesma maneira, a incorporação de práticas meditativas, contemplação da natureza, exercícios de respiração e de relaxamento ajudam no equilíbrio físico e mental, contribuindo para o conforto e a redução de estresse, insônia e paz interior (Esperidião; Farinha; Saidel, 2020).

### **Uso do medicamento cálcio**

O uso do medicamento cálcio em pacientes em tratamento de HD foi discutido nessa categoria.

Rotineiramente são prescritos quelantes de fósforo (acetato de cálcio e carbonato de cálcio) aos pacientes com DRC em HD. Juntamente a este medicamento, orientações referentes a uma alimentação para determinar a quantidade sugerida de fósforo para o consumo diário de alimentos dos pacientes são ofertadas. Em estudo, informações e lembretes aos pacientes para tomar comprimidos de cálcio junto com as três refeições diárias, lanches noturnos ou outros lanches eram enviados por aplicativos móveis. A partir de instruções sistemáticas de enfermagem que envolviam a distribuição de cartões de lembrete do uso da medicação e outras orientações, os pacientes apresentaram uma ingestão de fósforo significativamente menor em sua dieta, maior nível de melhora de valores de fósforo sérico e prurido mais leve (Cheng *et al.*, 2017).

O manejo do metabolismo ósseo na DRC inclui a administração de vitamina D, aumento do suprimento oral de cálcio e, em estágios mais avançados, uso de quelantes de fósforo intestinal. Essas medidas visam aumentar a absorção intestinal de cálcio, corrigir a hipocalcemia, prevenir a hiperfosfatemia e controlar as elevações progressivas do paratormônio (Vasconcelos *et al.*, 2021).

Quelantes contendo cálcio, como carbonato de cálcio ou acetato de cálcio, são geralmente preferidos porque são mais prontamente disponíveis no mercado e mais acessíveis a população. Eles ligam e quelam o fósforo no lúmen intestinal, reduzindo sua absorção no trato digestivo. O tratamento é realizado por tempo indeterminado e os ajustes de doses são feitos periodicamente através da medição de níveis séricos de fósforo e cálcio. Como benefícios, o uso dos medicamentos visa à redução dos níveis séricos de fósforo para menor ou igual a 5,5 mg/dl em pacientes que realizam diálise, melhorando o controle do hiperparatireoidismo secundário (Custódio *et al.*, 2013).

## 8.2 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO

As dificuldades e escassez de recursos nos serviços de saúde, muitas vezes, tornam a prática educativa monótona, repetitiva e, por vezes, desestimulantes para os usuários. Ao incorporar o uso de tecnologias nas ações educativas em saúde, há o fornecimento de informações e, conseqüente, melhora do conhecimento e do enfrentamento do paciente em relação à sua doença, auxiliando-o na compreensão de como suas próprias ações influenciam em sua saúde (Santos *et al.*, 2021).

As tecnologias educativas contribuem na melhoria do processo ensino-aprendizagem ao viabilizar a realização de intervenções educativas estruturadas e pautadas na prestação de informações à clientela. É uma ferramenta criativa, confiável e de utilidade para a educação em saúde, uma vez que esta é compreendida como um instrumento capaz de empoderar a pessoa e de ser fundamental ao autocuidado. A utilização de cartilhas educativas se torna eficaz para promoção da melhoria do conhecimento, atitude e prática dos leitores, pois, ao trazer ações necessárias para prevenção de um determinado agravo, favorece a conscientização e motivação para adquirir novos hábitos de vida (Costa *et al.*, 2020).

O uso de diferentes estratégias educativas potencializa o melhor aproveitamento na construção de saberes envolvidos, uma vez que considera objetivos de aprendizagem e conteúdos abordados. A educação em saúde, quando realizada utilizando métodos ativos de aprendizagem, pode contribuir para o desenvolvimento das atividades potencializadoras de maneira participativa, pois valoriza a contribuição e participação das pessoas, favorecendo o diálogo, a troca de

saberes e de experiências, enriquecendo, assim, os conhecimentos entre os membros envolvidos na ação (Silva *et al.*, 2018).

Ao desenvolver e aplicar uma tecnologia ativa, é preciso primeiramente reconhecer as necessidades de aprendizagem da comunidade ou paciente para quem esta é produzida. Discutir estratégias e tecnologias acessíveis que envolvam a comunidade e valorize os saberes prévios e questionamentos é essencial para se garantir um papel ativo, significativo e interessante na aprendizagem. Isso deve ser pautada na participação ativa, na curiosidade, na autonomia e no respeito ao ritmo e estilo que cada pessoa tem para processar as informações (Silva *et al.*, 2018).

Apesar dessa educação fazer parte do cotidiano e das ações dos profissionais da saúde, esta ação pode ser realizada superficialmente devido às dificuldades de comunicação entre profissionais e pacientes ou familiares e carga de trabalho intensa no cotidiano das unidades de saúde. A utilização de materiais de apoio à educação em saúde pode dar suporte aos profissionais na realização das ações rotineiras e ser ainda um recurso de consulta para o público alvo destinado, já que pode ser um material de consulta a qualquer momento que traz evidências científicas e recomendações de órgãos competentes e métodos de aprendizagem ativos (Silva *et al.*, 2018).

Ao utilizar tecnologias ativas, há a comunicação entre a equipe de saúde, pacientes e seus familiares acerca dos cuidados, porém, estas não devem substituir as trocas de experiências, diálogo e o vínculo humano, mas, sim garantir que os participantes possam ser ativos no processo e na construção de seus conhecimentos (Santos *et al.*, 2021).

A cartilha educativa faz parte das habilidades da enfermagem na promoção de educação em saúde das pessoas. As práticas de educação em saúde por meio da enfermagem não se limitam somente à transmissão de conteúdo ou realização de intervenções, mas também no desenvolvimento e avaliação de tecnologias em saúde voltadas para o usuário, o que legitima a Enfermagem como uma ciência. Desta maneira, as práticas dessa educação são voltadas para o desenvolvimento das capacidades individuais que auxiliam na melhora da qualidade de vida e de saúde. Tal ferramenta pode estimular o autocuidado e autoestima de cada pessoa, ao promover reflexões que os conduzam a mudanças de atitudes e condutas, o que pode potencializar mudança de comportamento sobre o próprio processo de tratamento (Silva *et al.*, 2019).

Para a construção de uma cartilha é necessário textos que sejam escritos de forma clara e sucinta, abordando em seu conteúdo desde informações quanto à importância da temática em questão, seja por meio da divulgação de conceitos e mensagens, bem como de perguntas e respostas, podendo mesclar narrativas em quadros e textos didáticos e/ou informativos. A arte utilizada pode se dar por meio de desenhos ilustrativos, formatação, configuração e diagramação das páginas. São utilizadas orientações relacionadas a linguagem, a ilustração e ao *layout* de modo a tornar a cartilha legível, compreensível, eficaz e culturalmente relevante para a população alvo (Lima *et al.*, 2020)

Para a linguagem, é importante incluir apenas informações necessárias para o leitor compreender e cumprir a mensagem, destacar ações positivas, utilizar de palavras curtas, texto em forma de conversa, palavras com definições simples e familiares. Não utilizar jargões, termos técnicos e científicos, assim como, abreviaturas, acrônios e siglas (Castro; Lima Júnior, 2014).

Nas ilustrações, selecionar desenhos que ajudem a explicar ou a enfatizar pontos e ideias importantes do texto, ação ou comportamento esperado, utilizar ilustrações de boa qualidade e alta definição. Dispor de modo fácil, para o leitor segui-las e entendê-las, próximas aos textos aos quais elas se referem. Evitar ilustrações abstratas e que tenham apenas função decorativa no texto, não utilizar caricaturas e os símbolos e sinais pictográficos devem ser usados com cautela (Castro; Lima Júnior, 2014).

Para o *layout* e o *design* utilizar fontes maiores para os títulos e menores para o texto, as cores serem usadas com sensibilidade e cautela para não supercolorir o material, tópicos e subtópicos devem ser sinalizados adequadamente, usando recursos como títulos, subtítulos e negritos. Apresentar uma ideia completa numa página, pois se o leitor tem que virar a página, no meio da mensagem, ele pode esquecer a primeira parte. Limitar a quantidade de texto na página, visto que nem todos os leitores têm capacidade de ler e interpretar apenas com palavras escritas (Castro; Lima Júnior, 2014).

Dessa forma, ao construir a presente cartilha, utilizou-se uma estrutura coerente para o aprendizado do leitor, trazendo informações organizadas e tendo como base estudos referenciados na área. Para isso, destaca-se também que na

elaboração de um material educativo é importante partir de um contexto do aprendiz, de suas experiências e vivências para que, assim, o leitor possa construir seu próprio conhecimento (Silva *et al.*, 2019).

O fácil acesso às orientações e explicações presentes em materiais educativos funcionam como subsídios para a prática do autocuidado pela pessoa portadora de DCR e em tratamento hemodialítico e na sua busca por maiores informações (Silva *et al.*, 2019).

A validação de materiais, como cartilha, quanto à estrutura, aparência, conteúdo e apresentação busca um processo de avaliação do material por um grupo de profissionais/juízes que observam questões técnicas no material, especialmente as referentes ao *design, layout*, adequação das ilustrações e informações. Ao passar por uma validação composta por um grupo multiprofissional, o material passa a apresentar credibilidade e aspecto favorável, pois reúne diversos saberes especializados na temática abordada pelo material. As sugestões fornecidas pelos juízes buscam realizar adequações e/ou exclusão de informações, substituição de termos, além da reformulação de frases e ilustrações, para garantir que o material forneça informações interessantes, interativas, explicativas, motivadoras, atraentes e eficazes (Moura *et al.*, 2019).

Uma avaliação positiva da cartilha indica que o material fornece um excelente complemento nas orientações práticas pelos profissionais de saúde acerca da temática para o público-alvo, que, ao ler o material, poderia, então, sentir-se mais motivado em seguir as orientações propostas. A avaliação dos juízes evidencia que a cartilha se constitui de um material educativo pertinente e válido quanto ao conteúdo que se deseja avaliar, além de uma aparência atrativa e motivadora para leitura, características demonstradas pelos resultados dos IVCs individuais para cada item avaliado (Cordeiro *et al.*, 2017).

É importante que estudos que envolvam tecnologias educativas perpassem por avaliações e validação de aparência e conteúdo dos materiais construídos. Mesmo que estes sejam construídos visando ao contexto em que serão utilizadas e obtendo um conteúdo válido e compreensível, é necessário que a tecnologia seja aplicável para que a sua utilização seja viável. Tal viabilidade perpassa pela compreensão do leitor acerca do conteúdo que é apresentado no material. Para a validação, a linguagem, as ilustrações e o conteúdo devem ser considerados atrativos, claros, compatíveis e objetivos pois, assim, a cartilha se apresentará como

relevante recurso para ser utilizada nas mais diversas áreas e especialidades de cuidado em saúde (Galindo *et al.*, 2017).

Ao participar da validação de um instrumento, os juízes com suas diferentes opiniões sobre um mesmo tema propõem uma discussão mais rica de conteúdo, ao auxiliarem na construção de um material com relevância e valor que irão contribuir para a prática profissional. Os juízes dão suporte às orientações e comunicação para o público alvo ao contribuírem na construção e na validação de um material confiável, podendo impactar na mudança de comportamento das pessoas. Ao desenvolver materiais educativos de qualidade, em especial no formato impresso, busca-se a potencialização da aquisição de informações diante da carência de cuidados essenciais entre os usuários. A validação passa a ser também um momento em que se coletam e padronizam informações e cuidados, com a participação e o trabalho de toda uma equipe (Costa *et al.*, 2020).

No presente estudo, a cartilha apresentou excelentes índices de validação (todos os itens com valor 1) e os juízes aprovaram e sugeriram para o melhoramento do material, como: reformulação, substituição, simplificação e exclusão de algumas informações, supressão de informações que poderiam confundir os leitores, adequação do título para se tornar mais apropriado ao público alvo.

### 8.3 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA

Nesse capítulo foi discutido os resultados da terceira etapa do presente estudo, que se refere a intervenção educativa. Para melhor compreensão, ele foi organizado em quatro seções. Na primeira seção, discute-se a caracterização da população de estudo, seguindo, na segunda seção, sobre adesão ao tratamento hemodialítico. Na terceira, apresenta-se a discussão da associação das variáveis independentes com a adesão ao tratamento hemodialítico e por último, na quarta seção, o efeito da intervenção educativa na adesão ao tratamento hemodialítico.

### 8.3.1 Caracterização da população de estudo

Neste estudo, a caracterização das pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico teve, em sua maioria, o sexo masculino, na faixa etária de 60 a 69 anos, com crença religiosa católica, número de filhos de um a três, renda familiar mensal até R\$ 1500 reais, que recebe benefício do tipo aposentadoria, que não trabalha, com estado civil casado/união estável, escolaridade ensino fundamental incompleto e tendo tipo de moradia própria.

Estudo qualitativo de Pereira e Ferreira (2022) sobre as percepções de 20 pacientes com DRC sobre tratamento de HD e assistência de enfermagem também encontrou predominância do sexo masculino, com idade entre 58 e 65 anos, ensino fundamental completo e tendo como renda principal, a aposentadoria.

Igualmente, em pesquisa que teve 174 participantes e que buscou avaliar o perfil sociodemográfico, clínico e a adesão a HD dos pacientes renais crônicos de uma clínica de referência localizada no interior da Bahia, constatou maior frequência do sexo masculino, casados, que possuíam ensino fundamental incompleto. Quanto a renda familiar, a maioria possuía até um salário mínimo, assim como tendo a religião católica (Oliveira *et al.*, 2020).

O Inquérito Brasileiro de diálise, que apresenta dados de 2019, sendo estes os últimos divulgados pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, traz que em relação ao perfil dos 139.691 pacientes em diálise no Brasil, o sexo masculino representou 58%, a faixa etária entre 45 a 64 anos predominante com 42,5%; sendo que 35,5% dos pacientes tinham mais de 65 anos. Tal análise aponta um aumento progressivo da faixa etária dos pacientes e da prevalência de pacientes em diálise, o que pode ser explicado pela maior carga de comorbidades, além de melhora substancial das técnicas dialíticas (Neves *et al.*, 2021).

Esses estudos mencionados anteriormente corroboram com os achados dessa pesquisa, uma vez que, segundo a Política Nacional de Integração a Saúde do Homem, os homens têm maior vulnerabilidade em desenvolver doenças coronárias, câncer, diabetes, colesterolemia e hipertensão arterial do que as mulheres e mais tendência a obesidade por não praticarem atividade física com regularidade. Além do mais, é comum que entre a população masculina exista a ausência de cuidados voltados a sua saúde, muitas vezes, devido a um fator cultural, por ter receio em saber que há alguma doença (Vasconcelos *et al.*, 2019).

Em uma pesquisa com 52 participantes, que buscou correlacionar o estado nutricional ao nível de qualidade de vida de pacientes em HD, a população investigada demonstrou, em sua totalidade, viver em condições socioeconômicas desfavoráveis e possuir nível de instrução baixo, como também encontrado nesse estudo, o que pode dificultar a adesão e a compreensão do tratamento e, conseqüentemente, comprometer a qualidade de vida dessas pessoas (Bernardo *et al.*, 2019).

Investigação que caracterizou 220 pacientes com DRC em HD quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos trouxe que 101 dos participantes tinham até dois filhos, seguidos de 79 que tinham três ou mais filhos, com média de 2,33. Ressalta-se que esses dados são semelhantes ao encontrado na presente pesquisa (Piccin *et al.*, 2018).

No estudo com 15 pacientes que visava compreender os aspectos envolvidos nos processos de enfrentamento e resiliência de pacientes em HD, constatou que o tratamento impõe diversas mudanças no estilo de vida da pessoa acometida por essas terapêuticas como limitação para o trabalho e prejuízo financeiro, por eles terem que se afastar do trabalho, acarretando na diminuição da renda. Nesta mesma pesquisa, ao se falar sobre suporte emocional, os principais familiares apontados pelos participantes foram os genitores, cônjuges e filhos, surgindo também, em menor número, netos, sobrinhos e outros familiares com grau de parentesco mais distante. Segundo os relatos desses participantes, os familiares os ajudavam de diversas formas, oferecendo suporte emocional, conselhos, palavras de incentivo, assim como, auxiliavam-nos nas atividades de vida diária, o que facilitava a adesão ao tratamento (Galvão *et al.*, 2019).

Não foram encontrados estudos que abordassem como variável o tipo de moradia das pessoas com DRC em tratamento em HD. Porém, cabe destacar que, moradia é um fator determinante e condicionante da saúde, expressa inclusive no artigo 3º da Lei 8080/90 (Brasil, 1990) e esta pode influenciar diretamente no processo saúde/doença e sobretudo na adesão ao tratamento (Guimarães; Queiroz, 2021).

Já em relação aos hábitos de vida da população deste estudo referente às variáveis como consumo de bebida alcóolica, 95,1% dos participantes não consumiam bebida alcóolica, enquanto 4,9% das pessoas que consumiam álcool, a frequência era semanalmente, mas não todos os dias durante o último mês. Em

relação ao uso de tabaco, 90,1% das pessoas não eram tabagistas, porém, destes, 42,9% eram ex-tabagistas e haviam parado de fumar por um tempo acima de 15 anos (52,7%). Já em relação à prática de atividade física, a maioria relatou que não praticava.

Estudo que analisou o perfil epidemiológico dos pacientes com DRC do serviço de HD de uma macrorregião de saúde com uma amostra de 73 pessoas trouxe resultados próximos ao encontrado nesta investigação. O uso de bebida alcoólica entre essa população foi de 9,6%, variando de uma a sete vezes na semana. Já em relação ao tabagismo, 21,9% das pessoas eram tabagistas e 32,9%, ex-fumantes. Em relação à prática de atividade física, apesar de ainda não ser alta, 42,7% dos participantes relataram praticar algum tipo de atividade física, diferentemente dos achados da presente pesquisa, com menor taxa de praticantes (Santos *et al.*, 2018).

Destaca-se que, em relação aos hábitos de vida encontrados na população deste estudo, a maioria não fuma e não ingere bebidas alcólicas. Porém, o sedentarismo ainda prevalece nesta população.

Segundo Daugirdas, Blake e Ing (2016), o consumo de álcool deve ser fortemente desencorajado, pois, tal como na população não urêmica, o consumo desta substância deve ser evitado porque aumenta de forma acentuada os níveis dos triglicerídeos, podendo gerar outras complicações. Em relação ao tabagismo, este está associado à evolução nos pacientes com DRC em estágio precoce e também pode ter impacto adverso na função renal residual nos pacientes em diálise e está fortemente associado a outras patologias, como a insuficiência cardíaca incidente e vasculopatia periférica incidente, além de aumento na taxa de mortalidade por todas as causas. As pessoas ex-tabagistas apresentam risco semelhante aos indivíduos que nunca fumaram, sugerindo benefícios com a cessação do tabagismo e um papel para a intervenção direta.

A inatividade física também se configura como um fator de risco cardiovascular; porém, a falta dessa atividade é compreendida devido a pouca tolerância ao exercício gerada pelas condições da própria DRC (Daugirdas; Blake; Ing, 2016; Santos *et al.*, 2018).

Ao trazer a caracterização das pessoas com DRC em tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis doença crônica, foi encontrado neste estudo que 90,1% das pessoas possuíam outras doenças crônicas, podendo chegar

até a quantidade de quatro tipos, sendo as mais citadas a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e cardiopatias.

Trabalho de Santos *et al.* (2018) verificou que a diabetes mellitus teve a segunda maior prevalência, seguido da hipertensão arterial. Porém, diante das comorbidades identificadas, esses autores apontam que a hipertensão arterial atingia 65,8%, dos pacientes, e diabetes mellitus, foi diagnosticada em 64,4% dos participantes analisados. Além disso, 12,3% dos pacientes renais crônicos estudados apresentaram diagnóstico de uma ou mais doenças cardiovasculares, entre outras comorbidades.

As comorbidades em pacientes com DRC em estágio terminal estão relacionadas às doenças cardiovasculares, à hipertensão arterial sistêmica, à suscetibilidade à infecção, às neoplasias e também ao diabetes mellitus, que é uma das causas mais frequentes de DRC no mundo e já é a segunda etiologia mais comum entre os pacientes em diálise no Brasil. Essas pessoas têm uma alta taxa de mortalidade decorrente de doença cardiovascular, sendo dez a 30 vezes maior do que na população geral. Tal aumento é, provavelmente, decorrente da prevalência aumentada de doenças como diabetes, hipertensão arterial e hipertrofia do ventrículo esquerdo, bem como, de fatores de risco não tradicionais, como sobrecarga crônica de volume, hiperfosfatemia, anemia, estresse oxidante e outros aspectos do meio urêmico (Santos *et al.*, 2018, Daugirdas; Blake; Ing, 2016).

Ao abordar a caracterização das pessoas com DRC em tratamento hemodialítico de acordo com as variáveis uso de medicamento contínuo e de uso diário, 95,8% dos participantes utilizavam medicamentos diariamente, sendo a maioria com utilização de até 5 medicações ao dia. Os medicamentos anti-hipertensivos foram os mais citados, seguido de complexo vitamínico e hipoglicemiantes.

Em pesquisa de 2021, que objetivou identificar os medicamentos prescritos, investigar o processo de automedicação e identificar as potenciais interações medicamentosas em 169 pacientes submetidos à HD, a média de medicamentos utilizados pelos pacientes foi de 5,92, próximo ao encontrado neste estudo. Tal fato demonstra a ocorrência da polifarmácia, justificada pela complexidade da DRC e pela elevada prevalência de comorbidades nessas pessoas. Porém, os medicamentos utilizados mais frequentes foram a eritropoietina e o cálcio.

Medicamentos como antihipertensivo e hipoglicemiantes também contaram com altas frequências de consumo entre os participantes (Campos *et al.*, 2021).

Em outro estudo cujo objetivo era identificar os medicamentos utilizados com maior frequência entre os pacientes em HD e identificar possíveis interações medicamentosas entre tais fármacos, o total de pacientes estudados foi de 45 pessoas e os medicamentos mais prescritos pelo serviço prestado no tratamento da DRC foram o anti-ácido, seguido pela eritropoietina, anti-hipertensivo, complexo vitamínico, anticoagulantes/antiplaquetários, suplementos de cálcio (Folgosa *et al.*, 2021).

Os pacientes acometidos pela DRC geralmente possuem várias condições mórbidas e o uso de polimedicação os auxiliam em seus tratamentos. Além do mais, para uma maior eficiência do tratamento da HD, é muito importante que haja o controle rigoroso dos fatores de risco como a hipertensão arterial, diabetes, obesidade, tabagismo, ter uma alimentação adequada, tratamento de anemia e distúrbios de cálcio (Campos *et al.*; 2021, Folgosa *et al.*; 2021).

Ao trazer a caracterização da população de estudo referente aos dados sobre a doença e o tratamento dos renais crônicos, a etiologia da DRC predominante foi diabetes mellitus, seguido de hipertensão arterial sistêmica. Destaca-se que outras patologias também obtiveram alta frequência.

Estudos também trazem achados semelhantes em relação à etiologia da DRC. Para Oliveira *et al.* (2020), dos 174 entrevistados, os participantes responderam que em relação às patologias, 35,1% tinham hipertensão arterial, 20,1% diabetes mellitus e 17,8% outras patologias. Já o estudo de Santos *et al.* (2018) trouxe que os diagnósticos das doenças de base dos 73 pacientes avaliados, a maioria eram de causa indeterminada. O diabetes mellitus teve a segunda maior frequência, com 19,2%, seguido da hipertensão arterial, com 15,1%.

No que tange à doença de base, no Brasil, a hipertensão arterial continua sendo a principal causa (34,0%), seguida pela doença renal do diabetes (32,0%), segundo o Inquérito Brasileiro de diálise de 2019, já mencionado anteriormente. Nos Estados Unidos e na Europa, assim como, no restante do mundo, o diabetes *mellitus* se mantém como a principal causa de DRC (Neves *et al.*, 2021).

Ao abordar sobre o tipo de acesso para realização da HD, 53,5% dos participantes utilizavam a fístula arteriovenosa e 45,8% cateter venoso central. Em relação ao tempo de HD, 45,1% faziam a TRS até um ano, e 28,9% de dois a cinco

anos. Somente sete (4,9%) participantes recomeçaram a HD e o tempo de recomeço da terapia predominante foi entre dois e cinco anos.

Estudo de Piccin *et al.* (2018) traz dados semelhantes, em que a maioria dos participantes (87,7%) utilizam a fístula arteriovenosa como acesso vascular para a realização da HD; porém, em relação ao tempo de terapia hemodialítica, 36,9% realizavam essa modalidade de tratamento há mais de cinco anos seguidos daqueles que fazem de um a três anos (24,5%), com média do tempo de realização de 5,8 anos.

Também, na pesquisa de Santos *et al.* (2018), o tempo de tratamento hemodialítico contínuo dos pacientes variou entre um mês a 152 meses (aproximadamente 13 anos), sendo a maior parte entre dois e quatro anos e que dos 73 pacientes entrevistados, quase a totalidade estavam com acesso vascular por fístula arteriovenosa, dois por cateteres e um por prótese vascular.

Estudo em que avaliou a qualidade de vida relacionada à saúde de 63 pacientes renais crônicos hiperfosfatêmicos em HD antes e após uma intervenção educacional de enfermagem, encontrou que, quanto ao tempo em tratamento hemodialítico, 25% dos pacientes realizavam há menos de 18 meses, 50% há menos de 36 meses e 75% deles há menos de 72 meses. Ainda, no que tange ao tempo de HD, este método dialítico é eficiente e contribui para o prolongamento da vida, o que permite inferir que a HD ameniza sintomas da DRC e garante a sobrevivência (Stumm *et al.*, 2019).

Analisando-se os acessos vasculares, ainda se observa uma proporção de pacientes com cateteres de curta e longa permanência, correspondendo a cerca de 25% dos pacientes, segundo o Inquérito Brasileiro de diálise de 2019 (Neves *et al.*, 2021).

Cabe mencionar que o acesso permanente ideal facilita o fluxo adequado para a realização da diálise prescrita, uma vez que dura muito tempo e apresenta baixa taxa de complicação. A fístula arteriovenosa autóloga é a que mais satisfaz esses critérios porque tem a melhor taxa de permeabilidade em cinco anos e durante este período exige menos intervenções do que os outros métodos de acesso (Daugirdas; Blake; Ing, 2016).

Sobre a realização de diálise peritoneal, 96,5% não realizaram esse tipo de modalidade e das cinco pessoas entrevistadas que já haviam realizado esse procedimento, o tempo foi de até um ano para quatro desses participantes. Sobre a

questão de realização de transplante renal, somente 7% já haviam realizado, com tempo de duração de até dez anos ou acima de dez anos de realização do transplante.

De acordo com o Inquérito Brasileiro de diálise de 2019, 93,2% dos pacientes estavam em HD, 6,8% em diálise peritoneal, 23,6% em fila de espera para transplante. A diálise peritoneal é um método de TRS oferecido por 55% das clínicas que responderam ao censo, sendo o Sistema Único de Saúde a principal fonte pagadora. A porcentagem de pacientes em diálise peritoneal no Brasil vem diminuindo progressivamente, acompanhando uma tendência também observada na Europa, nos EUA e na América Latina, onde tal método é utilizado para menos de 10% dos pacientes. Ou seja, a baixa utilização de diálise peritoneal não parece estar relacionada à baixa disponibilidade desse método nos centros (Neves *et al.*, 2021).

No Brasil, de acordo com dados do Registro Brasileiro de Transplantes, cerca de 5 mil transplantes de rim são realizados todos os anos. Desses, mais de 90% são realizados pelo Sistema Único de Saúde. O sistema brasileiro de alocação considera a compatibilidade HLA como o principal critério de seleção para alocação renal. Como consequência, o tempo de espera na lista é imprevisível. Segundo esse Registro, o número de pacientes em lista de espera para realização do transplante renal no Brasil, em dezembro de 2019 (dados mais recentes encontrados), correspondia a 25.163 de pessoas (Tavares; Tedesco-Silva Junior; Pestana, 2020; Fernandes *et al.*, 2023).

O tipo de transporte mais utilizado entre os participantes desse estudo foi o da prefeitura, com 90,1% dos respondentes. Já em relação a ter acompanhante para levá-los no centro dialítico, 67,6% responderam ir sozinhos. A maioria dos participantes (97,2%) realizam três sessões de HD na semana com duração de cada sessão de quatro horas para 80,3% das pessoas.

Estudo de Piccin *et al.* (2018) também aponta o deslocamento até a clínica renal via transporte municipal e/ou ambulância pela maioria dos pacientes (46,3%). Destaca-se que este percentual encontrado é bem inferior ao apresentado na presente pesquisa.

Os mesmos resultados foram encontrados no estudo de Oliveira (2020), em que o tipo de locomoção mais utilizado pelos entrevistados foi o transporte da prefeitura (35,1%), e a maioria ia sozinho ao centro de diálise (65,5%). Em relação

ao número de sessões, predominou a periodicidade de três vezes por semana (99,4%), durante 4 horas (81,6%).

Na clínica de diálise em que a pesquisa foi realizada, a maioria dos pacientes residem em outros municípios da microrregião da cidade. Com isso, infere-se que grande parte dos entrevistados devem ir para o serviço de saúde sozinhos e utilizarem o transporte da prefeitura para o deslocamento.

Ressalta-se que grande parte dos pacientes que realizam a terapia depende dos recursos de seus municípios, sendo o transporte municipal para o deslocamento até a clínica renal um deles. Viagens longas e desgastantes podem atuar negativamente sobre a qualidade de vida dos pacientes (Piccin *et al.*, 2018).

Normalmente, a HD é realizada três vezes por semana, em geral, com sessões de três a quatro horas. Tal tratamento utiliza equipamentos de alta tecnologia para realização de depuração do sangue para que ocorra uma remoção adequada das toxinas. Quando o tratamento é realizado no hospital ou em clínicas, também é necessário considerar o transporte e o tempo de espera para a realização da terapia, uma vez que este fator interfere na qualidade de vida da pessoa e até mesmo pode estar relacionado à ausência na terapia (Daugirdas; Blake; Ing, 2016; Oliveira *et al.*, 2020).

### **8.3.2 Adesão ao tratamento hemodialítico**

Nesta etapa, buscou-se discutir sobre a adesão ao tratamento da HD em pessoas renais crônicas, referente às informações gerais, percepção, conhecimento e a adesão propriamente dita (HD; medicação, restrição de líquidos e dieta).

Em relação à adesão ao tratamento hemodialítico, os participantes relataram que consideram os dias e horários para realização de HD convenientes (90,1%). Que o tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de não faltar a HD, foi quando começaram o tratamento pela primeira vez (39,4%), que o tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de fazer toda a sessão de HD sem diminuir o tempo foi a resposta nunca (28,9%), que não tinham nenhuma dificuldade para permanecer durante toda a sessão de HD (71,8%) e que não faltaram à nenhuma sessão de HD (90,8%). Da justificativa de não querer ou não poder ir ao centro de diálise, somente quatro participantes trouxeram como resposta esta afirmação, sendo que dois eram devido a estar doente ou devido a outras

causas. Ainda, dos respondentes, 95,1% relataram que não houve redução do tempo de nenhuma sessão de HD.

Oliveira *et al.* (2020) constatou-se em seu estudo, que utilizou a escala QADRC-HD com 174 participantes, resultados semelhantes aos encontrados na presente pesquisa, ou seja, 83,3% dos participantes consideraram dias e horários convenientes para realização de HD. Quanto a orientação do profissional sobre a importância de não faltar a HD, 23,0% relataram que receberam tal orientação na semana anterior e 16,7% quando começou o tratamento pela primeira vez. Já em relação à orientação profissional sobre a importância de realizar a HD sem diminuir o tempo, 28,7% responderam que receberam esta informação toda vez que fazia HD, enquanto a resposta nunca, contou com apenas 2,3% dos respondentes. Dos respondentes, 75,3% não tinham nenhuma dificuldade de permanecer durante toda sessão de HD e 88,5% não faltaram a estas sessões. Dos que deram como justificativa não querer ou não poder ir, dos quatro respondentes, três relataram ser outros motivos. Dos participantes, 83,3% não reduziram o tempo de HD.

Estudo de Lins *et al.* (2018) com 78 pacientes, cujo objetivo era identificar o comportamento de adesão do paciente renal crônico ao regime terapêutico nas suas quatro dimensões: HD, uso de medicamentos, dieta e restrição hídrica, verificou-se que, em relação ao domínio HD, para 26,9% dos pacientes a resposta mais citada para a frequência com que receberam informações foi “Quando eu comecei o tratamento pela primeira vez”. Nas perguntas sobre se o paciente possui dificuldades em seguir o tratamento apropriado e em que nível a mesma ocorre, a opção de resposta “nenhuma dificuldade” foi respondida por 65,4% dos pacientes questionados sobre o cumprimento da sessão completa de HD.

Nesta pesquisa, destaca-se que, em relação aos achados sobre medicação, que o tempo que o profissional de saúde falou sobre os medicamentos consumidos foi há um mês (21,1%), que o tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de tomar os medicamentos prescritos é todo mês (24,6%), que não apresenta dificuldade para tomar os medicamentos prescritos (88,0%), que não tem nenhuma dificuldade para tomar os medicamentos prescritos (89,4%), que não deixou de tomar nenhum medicamento prescrito (87,3%). Dos respondentes que deixaram de tomar os medicamentos devido a efeitos colaterais apresentados, 1,4% foi devido a náusea/vômitos/diarreia/constipação ou dor no estômago.

Em um estudo quantitativo e descritivo, realizado em um centro de referência em nefrologia com 174 pacientes que buscou mensurar a adesão à medicação em doentes renais crônicos submetidos à HD, trouxe resultados semelhantes ao encontrado nesta pesquisa. Tendo os seguintes achados referentes às questões sobre medicação: frequência que o profissional de saúde falou sobre seus medicamentos: um mês atrás (25,3%), frequência com que o profissional de saúde falou sobre importância de tomar os medicamentos: todo mês (33,3%), consideraram muito importante tomar o medicamento prescrito (73,0%), consideraram como motivo de tomar o medicamento prescrito corretamente para manter o corpo saudável (46,2%), aderem à medicação (93,6%), não têm dificuldade de tomar os medicamentos prescritos (84,5%), e não têm nenhuma dificuldade para tomar os medicamentos prescritos (88,5%). Por último, que não deixou de tomar a medicação prescrita (83,3%) e que não tomaram o medicamento devido aos efeitos colaterais apresentados (2,9%) (Santos; Lira; Fernandes, 2020).

Lins *et al.* (2018) trazem que em relação à medicação, a resposta mais relatada para a frequência com que receberam informações foi de “Um mês atrás”, sendo 41% das pessoas. Na pergunta sobre se o paciente possui dificuldades em seguir o tratamento apropriado e em que nível a mesma ocorre, a opção de resposta “nenhuma dificuldade” foi mencionada por 74,3% das pessoas quanto à tomada dos medicamentos prescritos.

Em relação às questões relacionadas ao líquido, esta pesquisa obteve como maioria de respostas: que o tempo que o profissional de saúde falou sobre a quantidade de líquidos que pode consumir foi quando começou pela primeira vez o tratamento (25,4%), que o tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de restringir a ingestão de líquidos é em toda sessão de HD (25,4%), que não apresentam dificuldade para restringir a ingestão de líquido (59,2%), que não têm nenhuma dificuldade para cumprir a restrição de líquidos (55,6%), que em relação ao tipo de dificuldade para cumprir restrição de líquidos a mais citada foi não ter nenhuma dificuldade (57,0%), que não pesou fora da clínica na última semana (83,1%) e que consideram muito importante se pesar diariamente (65,5%).

Em relação à dieta, os participantes relataram que o tempo que o profissional de saúde falou sobre a dieta foi há um mês atrás (27,5%), que o tempo que o profissional de saúde falou sobre a importância de seguir a dieta apropriada é todo mês (53,2%), que não apresenta dificuldade para seguir dieta recomendada

(62,0%), que não têm nenhuma dificuldade para seguir a dieta recomendada (57,0%) e que em relação ao tipo de dificuldade para cumprir a dieta recomendada a resposta mais citada foi a “não se aplica: não tem dificuldade para cumprir a dieta recomendada” (57,0%).

Semelhante ao encontrado neste estudo, para 33,3% dos pacientes entrevistados por Lins *et al.* (2018), a resposta mais citada para a frequência com que receberam informações quanto à ingesta hídrica foi “Quando eu comecei o tratamento pela primeira vez”. Com relação à dieta, a resposta mais frequente foi também “Um mês atrás”, sendo 33,3% dos respondentes. Porém, ao se perguntar sobre se o paciente possui dificuldades em seguir o tratamento apropriado e em que nível a mesma ocorre, em relação à ingesta hídrica e à dieta, 49,8% e 53,9%, respectivamente, dos pacientes relataram um nível de dificuldade que variou do moderado ao extremo para cumprimento das recomendações prescritas. Também foram questionadas as razões associadas ao fato, tendo chamado atenção que mais da metade dos pacientes responderem “não conseguir” seguir a recomendação de restrição hídrica (55,1%), e a dieta proposta (56,4%).

Os autores Beerappa e Chandrababu (2019) que avaliaram o nível de adesão às restrições de líquidos e dieta entre 60 pacientes com DRC em HD, utilizando um questionário de adesão alimentar e de líquidos autorrelatado, que compreendeu detalhes como a adesão a líquidos (aderente/não aderente) e adesão ao sal na dieta (aderente/não aderente), traz que a maioria dos participantes (51,6%) apresenta adesão razoável às restrições de líquidos, baixa adesão (1,6%) e boa adesão (46,6%). Em relação ao nível de adesão à dieta, este mesmo estudo mostra que a maioria dos participantes (68,3%) tinham boa adesão, 20,0% dos participantes eram razoavelmente aderentes e 11,7% dos participantes tinham baixa adesão.

Ao trazer na presente pesquisa sobre a percepção e o conhecimento da pessoa com DRC sobre o tratamento, obteve-se as seguintes respostas: 78,2% dos participantes consideram muito importante cumprir toda a programação de HD, devido ser importante para manter o corpo saudável (59,9%), 81,7% dos participantes consideram muito importante tomar os medicamentos prescritos, já que tomar os medicamentos corretamente é importante para manter o corpo saudável (76,9%). Em relação à quantidade de líquidos consumidos, 81,0% dos participantes consideram muito importante, por afirmarem que restringir a quantidade de líquidos é importante para manter o corpo saudável (75,4%). Sobre a dieta, 85,2%

consideram muito importante vigiar os tipos de alimentos que consome diariamente por considerarem que vigiar a dieta é importante para manter o corpo saudável (82,4%).

Em relação à percepção do paciente sobre cumprir a HD, estudo de Oliveira *et al.* (2020) trouxe que 75,3% dos entrevistados relataram ser muito importante pois entendem que os rins não funcionam adequadamente (48,9%), e que 43,1% entendem que cumprir a programação é importante para manter o corpo saudável. Relatam ainda que não têm nenhuma dificuldade em permanecer durante toda sessão de HD (75,3%).

Estudo que buscou documentar a adesão geral à HD, medicamentos, restrição de líquidos e prescrição dietética em pacientes com DRC em estágio terminal e estudar fatores que poderiam prever baixa adesão, contando com um total de 101 participantes e que utilizou a escala QADRC-HD, trouxe dados semelhantes ao encontrado nessa investigação, em que a grande maioria dos pacientes estava ciente da importância de diferentes aspectos do tratamento, respondendo ser altamente/ muito importante: cumprir as sessões de diálise (92 respondentes), tomar os medicamentos (94 respondentes), limitar o consumo de líquidos (78 respondentes) e vigiar a dieta (78 respondentes) (Raashid; Arshad; Mir, 2021).

Estudo de Lins *et al.* (2018) constatou-se que os pacientes majoritariamente, reconheciam e classificavam como de “extrema importância” a realização completa da programação de HD (85,8%), da tomada de medicamentos (84,6%), da restrição hídrica (78,2%) e do seguimento da dieta (71,7%).

Em relação à adesão propriamente dita, os participantes dessa pesquisa responderam em cada uma das seis questões: domínio da HD – em relação ao número de sessões faltosas, não faltou a nenhuma sessão (90,1%), com pontuação média de 288,73; tempo de redução da HD não se aplica: não diminuiu nenhuma sessão de HD (94,4%), com pontuação média de 195,77; redução de quantos minutos não se aplica: não diminuiu o tempo de nenhuma sessão de HD (96,5%), com pontuação média de 97,36. Já o domínio de medicação, os participantes responderam que em relação à frequência do não consumo de medicamentos, eles não deixam de tomar seus medicamentos nenhuma vez (86,6%), com pontuação média de 189,79. No domínio de restrição de líquidos, os participantes sempre seguem a restrição de líquidos recomendada (62,7%), com pontuação média de

160,21 e no domínio dieta, os participantes sempre seguem a dieta recomendada (58,5%), com a pontuação média de 156,34.

Dos respondentes do estudo de Oliveira *et al.* (2020), que avaliou a adesão dos participantes à HD, 88,5% foram aderentes ao tratamento da HD. Já a pesquisa de Raashid, Arshad e Mir (2021) também verificou uma alta adesão para cada uma das seis questões (média): frequência na HD (256,90), episódio de encurtamento da HD (168,32), duração do encurtamento da HD (77,48), adesão a medicação (182,67), adesão à restrição de líquidos (134,16) e adesão à restrição alimentar (148,02).

Para Lins *et al.* (2018) em relação ao *status* de aderente/não aderente, foi apresentado os seguintes resultados: domínio HD *status* aderente (68%, pontuação média 558,02), medicação *status* aderente (93,6%, pontuação média de 177,40), ingesta hídrica *status* aderente (82,1%, pontuação média 128,91) e dieta *status* aderente (85,9%, pontuação média 126,87). Contrapondo aos achados do presente estudo, o domínio que apresentou maior percentual de pacientes não aderentes foi a HD, com 32,0%. Já a medicação foi o domínio com maior percentual de pacientes aderentes, 93,6%.

Apesar da terapia hemodialítica repercutir em vários aspectos da vida da pessoa (social, econômica, comprometimento das atividades diárias em decorrência da terapia e emprego), destaca-se que a má adesão à terapêutica pode ocasionar piora no quadro de saúde e comprometer a eficácia do tratamento, podendo ainda agravar a DRC, aumentar a necessidade de mais atendimentos de emergência e de hospitalizações, bem como, aumentar a taxa de mortalidade. O maior tempo em HD possibilita melhora da autogestão da condição de saúde ao proporcionar melhorias em diversos aspectos da vida dos pacientes, inclusive na qualidade de vida, que também é importante para realização da sessão, uma vez que, se o mesmo possui uma vida estável, sem maiores complicações por causa da doença, as sessões ocorrem sem interrupções (Pereira; Leite, 2019; Rocha; Barata; Braz, 2019).

Pessoas que realizam a HD são uma população única no contexto da adesão ao tratamento, uma vez que o regime de tratamento é altamente complexo. O tratamento traz uma integração de múltiplos domínios relacionados ao procedimento da diálise, medicamentos, ingestão de líquidos e dieta, sendo necessário o gerenciamento ideal da doença e o reajuste comportamental e social ao longo da vida. A questão da adesão dessa pessoa pode causar altos impactos nos resultados

da doença e na qualidade de vida, e indiretamente, nos gastos com assistência médica e eficácia do sistema de saúde. Ao aderir ao esquema terapêutico, estas pessoas apresentam benefícios em seu estado de saúde, como o aparecimento de menos sintomas, menor efeito da DRC, maior interação social, melhor padrão de sono, menores internações, maior qualidade de vida, dentre outros (Beerappa; Chandrababu, 2019; Pereira; Leite, 2019).

Com isso, é importante destacar que adesão à terapêutica é um comportamento dinâmico que merece monitorização constante. Para isso, um importante recurso para adesão é a utilização da educação em saúde como agente de promoção e de conscientização da saúde (Lins *et al.*, 2018; Azevedo; Silva, 2022).

A equipe de enfermagem incluiu, rotineiramente, ações voltadas à educação em saúde por meio de atividades educativas realizadas em diversas áreas da comunidade, incluindo os centros de diálise, por estar diretamente exercendo e prestando cuidados em saúde às pessoas. Estas ações não ocorrem de modo isolado, e são consideradas uma das dimensões do processo de trabalho do enfermeiro, em que o ensinar, o aprender e o educar fazem parte da construção de conhecimentos através do compartilhamento de saberes e experiências entre profissionais e pacientes e/ou família. Para isso, essa equipe pode utilizar diversas estratégias e recursos didáticos e tecnológicos, como também da consulta de enfermagem, palestras organizadas com utilização de recursos audiovisuais, fundamentando-se nos saberes científicos para a realização da troca de informações. O objetivo principal é orientar, prevenir agravos, promover a adaptação à atual condição de saúde do paciente, prevenir patologias, auxiliar na melhora da qualidade de vida e no autocuidado de todas as pessoas, principalmente das com DRC em tratamento hemodilúico (Chaves; Barbosa; Ribeiro Júnior, 2020; Costa *et al.*, 2020).

Neste estudo, ao serem questionados quando o profissional de saúde os abordou para falar sobre a importância do tratamento ou de sua adesão nos quatro domínios, os participantes deram respostas que variaram desde “quando começou pela primeira vez o tratamento”, “há um mês”, “todo mês”, “toda sessão de HD” ou mesmo “nunca”, ou seja, vale inferir que a educação e as orientações de saúde nem sempre são inseridas de forma contínua à assistência dos profissionais.

Cabe inferir que, os profissionais enfrentam diversas dificuldades em promover ações de educação em saúde, que, por vezes, acaba sendo colocada em segundo plano e isso também se torna uma realidade nos centros de diálise. Isto se deve à sobrecarga de trabalho, grandes demandas de atendimento nos serviços de saúde (que resulta na falta de tempo dos profissionais), dimensionamento inadequado dessas pessoas no serviço, valorização da produtividade pela gestão, falta de autonomia do enfermeiro, priorização do atendimento à doença, como a DRC, pouca qualificação do profissional para realizar educação em saúde. Tudo isso, muitas vezes, torna a realização dessas atividades inviável, quando, na realidade, são tão importantes quanto qualquer outra dimensão do trabalho do enfermeiro (Chaves; Barbosa; Ribeiro Júnior, 2020; Costa *et al.*, 2020).

Frente a isto, a complexidade da terapêutica hemodialítica e a multiplicidade de fatores associados à qualidade de vida demandam uma assistência multidisciplinar especializada. É primordial que as equipes e profissionais dos centros dialíticos tenham especial atenção às necessidades individuais dos pacientes ao realizar a monitoração de parâmetros, a busca do alcance dos padrões recomendáveis e o auxílio à adesão ao tratamento, o que pode trazer melhorias em diversos aspectos da vida dos pacientes (Pereira; Leite, 2019).

Com isso, os profissionais de saúde, principalmente a enfermagem, devem ser vigilantes quanto às questões relacionadas à adesão, devendo buscar e identificar inquietações e preocupações dos pacientes. Destaca-se que o profissional enfermeiro é essencial para assistência qualificada, segura e individualizada, pois desempenha um papel crítico e valioso na qualidade dos cuidados, sendo uma prioridade garantir a alta qualidade na assistência. As principais intervenções de enfermagem se respaldam na Sistematização da Assistência de Enfermagem, que busca acompanhar, avaliar, planejar e intervir de maneira adequada, para que se possibilite uma maior adaptação e compreensão do tratamento, melhores resultados, minimização de riscos (como prevenção de infecções), maior autonomia e melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, ao promover o autocuidado e orientações à família e ao paciente (Oliveira *et al.*, 2020; Pereira; Leite, 2019).

### 8.3.3 Associação das variáveis independentes com a adesão ao tratamento hemodialítico

Neste estudo, verificou-se associação entre a pontuação de adesão à HD com as seguintes respostas das variáveis: pessoas com companheiro(a), não tabagistas, que não apresentam dificuldade para restringir a ingestão de líquidos e que relataram não ter dificuldade para cumprir a restrição de líquidos.

Estudo que buscou analisar a prevalência e os fatores associados à autopercepção negativa de saúde em 130 pacientes submetidos à HD, trouxe que 57,7% destes apresentaram percepção negativa do estado de saúde, que foi associado a fatores como residir sozinho e ser tabagista (Nascimento *et al.*, 2024).

Assim, pessoas com companheiro(a) têm maior interação e apoio dos familiares e apresentam impactos positivos na adesão ao tratamento, pois são auxiliados na adaptação à doença, por obter maior colaboração nas atividades de cuidado exigidas. O suporte familiar e outras interações sociais (como de vizinhos) favorecem o enfrentamento do processo de saúde-doença, podendo facilitar a adesão (Vieira; Silva; Queiroz, 2022; Hermes *et al.*, 2018).

Laços afetivos familiares e o inter-relacionamento familiar ofertam suporte emocional, segurança e estabilidade, entre outros aspectos que atenuam o impacto dos fatores de risco e favorecem o fortalecimento da pessoa. As redes de apoio são de extrema importância na aceitação da doença e do tratamento; logo, a ausência desse suporte pode interferir negativamente nesse processo de adoecimento, na saúde da pessoa e sua adesão ao tratamento (Galvão *et al.*, 2019).

Para uma maior eficiência do tratamento, é importante o controle rigoroso de fatores de risco, como o tabagismo. O hábito de fumar pode também ter impacto adverso na função renal residual nos pacientes em diálise e está correlacionado à progressão da DRC e, portanto, deve ser combatido da mesma maneira com a qual se lida com outros fatores de progressão renal. A exposição ao tabaco também se associa a piores desfechos para a doença renal em pacientes com glomerulopatias proteinúricas. Cargas tabágicas acima de 15 maços/ano torna-se ainda mais evidente o progresso da DRC. Ressalta-se que ex-tabagistas apresentam risco semelhante as pessoas que nunca fumaram, sugerindo benefícios com a cessação do tabagismo (Daugirdas; Blake; Ing, 2016; Fernandes, *et al.*, 2023; Nascimento *et al.*, 2024).

Para a adesão à HD, observa-se também que o controle de líquidos é um dos aspectos do regime terapêutico que a pessoa com DRC estágio cinco deve seguir. Este aspecto influencia diretamente nas taxas de morbimortalidade desse público e a não adesão pode implicar negativamente na qualidade de vida da pessoa e nos custos à saúde. Quando metas de ingestão hídrica são muito rigorosas, seguir essa recomendação pode desmotivar o paciente, uma vez que, também, na compreensão da pessoa, a máquina retira o excesso de líquido (Lins *et al.*, 2018).

É necessário que haja a identificação de medidas alternativas para melhorar o comportamento de adesão à ingestão de líquidos. Ao estar em conformidade com certos comportamentos, a pessoa pode melhorar sua qualidade de vida. A educação do paciente e da família, intervenções personalizadas individualmente, aconselhamento periódico e motivação constante podem melhorar a confiança dela na adesão de restrição de líquidos e a levar a uma vida mais saudável, a resultados clínicos positivos e aumentar o nível de adesão (Beerappa; Chandrababu, 2019).

Ao verificar a associação entre a pontuação de adesão à medicação, constatou-se neste estudo que a mesma foi associada às pessoas com renda familiar mensal de até R\$3000 reais, com o tempo em que o profissional de saúde falou sobre a importância de tomar os medicamentos prescritos de até há um mês e entre aqueles que não apresentam dificuldades para tomar os medicamentos prescritos.

Em relação a associação desta variável com a renda familiar, estudo de Santos *et al.* (2018) compreende-se que estratos sociais mais favorecidos financeiramente procuram mais por serviços de saúde ao se tratar de prevenção e exames de rotina, enquanto que estratos com rendas menores, a procura pelos serviços é representada por motivos de doenças, o que favorece o aumento de riscos por agravos que predispõem ao desenvolvimento de DRC e piora da progressão da mesma em quem já a tem, prejudicando, dessa forma, a sua adesão ao tratamento.

Assim, uma maior renda pode auxiliar quem está vivenciando um tratamento que exige custos com deslocamento, medicamentos, realização de exames complementares, dentre outros gastos expressivos relacionados à saúde. Ao contrário, a renda baixa desfavorece o acesso a transporte, a moradia, a alimentação e o acesso se torna limitado aos serviços de saúde, dificultando a adesão (Hermes *et al.*, 2018; Vieira; Silva; Queiroz, 2022).

Outra variável que mostrou associação com a adesão ao medicamento, relaciona ao fato de fatores que favorecem essa adesão perpassar pelo acesso ao medicamento aliados à orientação profissional. A não adesão à medicação é um fator preocupante por trazer sérias consequências à qualidade de vida, falha nos resultados terapêuticos, internações e mortes prematuras das pessoas em tratamento hemodialítico. Quando se conhece o paciente e suas dificuldades, buscase o desenvolvimento de estratégias baseadas nas suas particularidades, ampliando, assim, o cuidado aos aspectos psicológicos e socioculturais apresentados. Tem-se na figura do enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, um importante papel na abordagem desta temática, sensibilização do paciente e de seus familiares para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde (Santos; Lira; Fernandes, 2020).

Pacientes relatam que saber mais sobre seu agravo lhes dá maior autonomia. Ao receberem informações sobre o gerenciamento de sua doença por meio de observação durante o tratamento de HD, ao conversar com a equipe de saúde, principalmente a enfermagem, e até mesmo com outros pacientes os ajudam a avaliar os efeitos da diálise em seu corpo e, assim, aprenderem a lidar com as complicações. Ao entender os detalhes de sua doença, de seu tratamento, sobre o sistema de saúde e as maneiras únicas pelas quais seu corpo responde ao tratamento, a adesão é favorecida (Ozen *et al.*, 2019).

Para o domínio da pontuação de adesão à restrição de líquidos, o estudo apresentou associação com as respostas das variáveis: pessoas com faixa etária de 60 anos ou mais e que possuem outras crenças religiosas (que não a católica).

Pacientes com DRC apresentam idade mais elevada. Salienta-se que o envelhecimento é um dos principais fatores causais da DRC, uma vez que é a fase em que ocorre redução fisiológica da filtração glomerular e surgem lesões renais secundárias a doenças crônicas comuns da idade (Bernardo *et al.*, 2019; Campos *et al.*, 2021).

Em pessoas idosos, existe a esperança na recuperação da saúde que o faz superar situações desagradáveis, como: permanecer, ainda que debilitado, em seu tratamento, enfrentar longas distâncias para realização de um tratamento árduo para sua doença, passar por diversos procedimentos invasivos, mudar sua rotina e estilo de vida. A força de vontade para encarar os desafios da DRC vem pela fé e pela

prática da espiritualidade, que lhes confere amparo e que pode favorecer sua adesão ao tratamento (Santos *et al.*, 2021).

A espiritualidade, por sua vez, destaca-se como fator de proteção, ao dar sentido e significado para a existência, ao considerar o reconhecimento de uma verdade universal ou de um poder absoluto que leva a uma sensação de plenitude, de comunhão e de bem-estar com o mundo. A espiritualidade não se limita a um sistema específico de crenças ou prática religiosa, mas sim, leva a pessoa a explorar sua própria dimensão espiritual. Ela promove a resiliência à medida que atua como um mediador capaz de dotar o paciente de recursos importantes para a superação dos riscos. Essa dimensão deve ser considerada pelos profissionais, uma vez que auxilia na qualidade de vida, enfrentamento da doença, melhorando sua adesão, assim como, na relação profissional-paciente (Galvão *et al.*, 2019).

A relação entre a espiritualidade e a qualidade de vida de pacientes com DRC em tratamento hemodialítico contribui na busca pelo equilíbrio biopsicossocial e espiritual, ao auxiliar a pessoa e sua família a lidar com situações de crise, determinar objetivos saudáveis, promover a saúde e manter a qualidade de vida. A espiritualidade é vista como uma influenciadora nos modos de percepção do cuidado em saúde durante o tratamento, o que pode favorecer a buscar uma maior adesão ao tratamento. Ao utilizarem mecanismos de crenças e fé, há o aumento de participação no tratamento, menos queixas, menos faltas às sessões e maior adesão ao tratamento nutricional e farmacológico, como já mencionado. E, com isso, promover melhora no autocuidado, satisfação, aumento da responsabilidade, independência, autonomia e controle, o que impacta na qualidade de vida (Santos *et al.*, 2021).

Neste estudo, pessoas que consideraram dias e horários convenientes para realização de HD, que não apresentavam dificuldade para permanecer durante toda a sessão de HD, nem dificuldade para restringir e cumprir ingestão de líquidos e de dieta recomendada e que consideravam importante realizar as restrições líquidas e dietéticas também apresentaram associação com o domínio de pontuação de adesão à restrição de líquidos.

O controle de líquidos, regime dietético e realização da HD faz parte de um complexo regime terapêutico que a pessoa com DRC em estágio terminal é inserida e que são importantes no processo de adesão ao tratamento para evitar possíveis complicações (Lins *et al.*, 2018).

Os autores Raashid, Arshad e Mir (2021) trazem que, dos problemas sofridos por pacientes em HD, o mais grave é a não adesão à restrição de líquidos. Faltar às sessões de diálise ou encurtá-las também tem forte associação com índice de mortalidade. Ao compreender a importância de comparecer às sessões de diálise, de aderir às recomendações de ingestão de líquidos e sugestões dietéticas, os pacientes podem atingir um maior grau de adesão.

Destaca-se que ao fato dos rins não conseguirem eliminar adequadamente as toxinas dos alimentos digeridos, são necessárias a restrição de certos alimentos e/ou alterações na dieta. No tratamento da DRC, é importante que o acompanhamento e a orientação nutricional envolvendo a qualidade e quantidade da ingestão de alguns alimentos seja realizado, a fim de minimizar o risco da progressão da doença e de alguns sintomas como náusea e fraqueza. Porém, modificações alimentares e, até mesmo, questão financeira para a manutenção de uma alimentação controlada podem causar dificuldades e frustrações aos pacientes, dificultando, assim, sua adesão ao tratamento (Soares *et al.*, 2019).

Melhorar o comportamento de adesão a líquidos devido ao seu alto risco de morbidade e mortalidade cardiovascular também é uma tarefa desafiadora. Como a adesão é um fenômeno dinâmico que sofre influência de vários fatores, que, inclusive, pode mudar com muita frequência, é necessário que haja a inserção de alguns aspectos que busquem a melhoria da mesma para a pessoa em tratamento. A educação em saúde, aconselhamentos, promoção da saúde, motivação constante e incentivo a comportamento de adesão pela equipe em saúde, destacando a enfermagem, devem ser elaborados como estratégias de intervenção a fim de buscar o enfrentamento da doença e obter resultados positivos no tratamento e uma melhor qualidade de vida da pessoa acometida pela DRC (Beerappa; Chandrababu, 2019; Galvão *et al.*, 2019; Lins *et al.*, 2018).

Por último, para o domínio da pontuação de adesão à dieta houve associação com as seguintes respostas das variáveis: pessoas que apresentavam como acesso para realização da HD prótese ou cateter, que não realizou transplante, as que vão para o serviço de saúde com acompanhante.

Ao contrário do encontrado nesse estudo, Ozen *et al.* (2019) trazem em seus achados que o cateter venoso central é um fator de risco para não adesão ao tratamento. Por causar repetidas hospitalizações devido ao alto risco de infecção e trombose, reduzir o conforto dos pacientes, causar distúrbios visuais e limitar a

mobilidade, os cateteres foram considerados como risco. Entretanto, ter fístula arteriovenosa também foi considerado um fator que torna difícil a adesão, devido à possibilidade de causar dor e sensação de desconforto durante a intervenção.

Mediante o exposto, a associação do cateter ou prótese com a maior adesão encontrada neste estudo, infere-se nos maiores cuidados na manutenção, na proteção, na higiene e na atenção por parte do paciente que possui este dispositivo.

Com relação ao transplante renal, destaca-se que este é considerado a mais completa alternativa de substituição da função, pois traz a restauração da capacidade funcional e a diminuição das restrições quando bem-sucedido, ofertando melhoria na qualidade de vida aos transplantados, redução de limitações e maior independência, recuperando, desta forma, as capacidades existentes antes da DRC e da HD, o que pode favorecer sua adesão. O procedimento proporciona também maior liberdade e estabilidade de vida da pessoa, mantendo acompanhamento de imunossuppressores contínuos. Sabe-se que, para a pessoa poder realizar o transplante renal, além da obtenção do órgão por meio de um doador e a existência da compatibilidade entre os testes do receptor e doador, há a necessidade de boas condições físicas, emocionais, psicológicas e culturais que a pessoa deve apresentar, destacando que essas condições podem ser alcançadas mediante uma adequada adesão ao tratamento (Linares; Cezare, 2019; Carneiro *et al.*, 2021). Acrescenta-se ainda que tais condições não são possíveis de se obter se a pessoa não apresentar boa adesão ao tratamento de TRS submetida antes da realização do transplante.

A ida ao centro de diálise com acompanhante também foi um fator que apresentou associação com a adesão à dieta. O acompanhante pode contribuir para melhorar o suporte social relacionado às complicações advindas da DRC, HD e outras patologias. Essas pessoas, que geralmente são familiares dos pacientes, colaboram para o enfrentamento da doença, ao fornecer ajuda nos cuidados e na compreensão das orientações, que precisam ser estendidos na residência e nas atividades diárias. Além disso, os familiares estimulam mudanças no estilo de vida, ao proporcionar um ambiente favorável de assistência e reduzir a predisposição da depressão e do isolamento, contribuindo, assim, a sua adesão ao tratamento (Matos *et al.*; 2024, Nascimento *et al.*, 2024).

Observou-se também, no presente estudo, associações à pontuação de adesão à dieta, as respostas referentes: as pessoas que relataram que o tempo que

o profissional de saúde falou sobre a importância de fazer toda a sessão de HD sem diminuir o tempo e ser de até há um mês; pessoas que relataram sobre ser importante tomar os medicamentos prescritos; cumprir toda a programação da HD e vigiar os tipos de alimentos que consome diariamente. Associa-se também a este item, pessoas que não apresentaram dificuldade para tomar os medicamentos prescritos e de seguir dieta recomendada.

Em relação às orientações dos profissionais de saúde, esses são citados no estudo de Rocha, Lima e David (2021) como sendo os que mais ajudavam as pessoas na adesão aos cuidados. Redes sociais de apoio entre usuários e profissionais de saúde, incluindo a enfermagem, significam e representam uma maior adesão às atividades coletivas de promoção da saúde e um fortalecimento das práticas ofertadas ou desenvolvidas no território de saúde, pois favorece o compartilhamento de objetivos, de sentimentos, de propósitos, de confiança e de escuta ativa.

Mais uma vez, reforça-se que a adesão ao tratamento nos diversos domínios (realização da HD, restrição de líquidos, medicação e dieta), que também surgiram nesse item, é um importante fator que requer entendimento e aceitação da doença, tendo efeito positivo na manutenção da saúde, na qualidade de vida e sobrevivência dessas pessoas. Adotar mudanças na alimentação e realizar restrição de líquidos, são de grande ajuda para manter uma vida saudável, uma vez que auxilia na melhora de parâmetros laboratoriais e diminuição de complicações (como hospitalizações por edema agudo de pulmão). Compreender que o tratamento de HD também é necessário e faz parte de sua vida, garante o bem-estar e qualidade de vida desses pacientes, principalmente no aspecto de aumentar sua adesão ao tratamento (Moreira; Guerra; Silva, 2023).

Já em relação à adesão aos medicamentos, este item impacta diretamente na obtenção e na qualidade dos resultados clínicos, sendo de suma importância na melhora do quadro e, conseqüentemente, na obtenção de uma qualidade de vida de excelência. A adesão medicamentosa é favorecida ao ser corresponsabilizada e compartilhada entre a pessoa que vive com a doença, a família, os profissionais, o serviço de saúde e a rede social de apoio (Carvalho; Rodrigues, 2020).

### 8.3.4 Efeito da intervenção educativa na adesão ao tratamento hemodialítico

A presente pesquisa trouxe a comparação da adesão da população de estudo referente aos domínios do tratamento (HD, medicação, restrição de líquidos e dieta) antes e após a intervenção educativa. Ressalta-se que os dados mostraram que a média aumentou após a realização da intervenção (cartilha) adotada neste estudo, trazendo um efeito positivo no aumento da adesão da pessoa em tratamento hemodialítico.

A literatura tem adotado a intervenção educativa como maneira de auxiliar a promoção da saúde e autocuidado das pessoas envolvidas, como é o caso de uma pesquisa de intervenção com 101 participantes de um setor de HD, que buscou avaliar o conhecimento dos pacientes com DRC terminal quanto aos fatores de risco e complicações associadas antes e após uma intervenção educativa. Concluíram que a ação educativa foi efetiva e gerou indicadores de avaliação positivos, permitindo que os participantes se tornassem protagonistas do autocuidado (Corgozinho *et al.*, 2022).

Em estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa desenvolvido em uma Unidade de Terapia Dialítica, no Brasil e que participaram 30 pessoas com DRC em tratamento de HD, com objetivo de investigar as dúvidas e/ou necessidades das pessoas com esse agravo e a existência de um programa educacional no serviço, revela que a prática da atividade educativa tem grande importância dentro de um serviço de HD. Isso se deve ao fato dessa atividade buscar esclarecer sobre questões da doença, como se desenvolve, as formas de cuidado, métodos terapêuticos, incentivos de práticas de autogestão e possível dificuldade ao longo da jornada de tratamento. Porém, como já mencionado anteriormente, é sabido que os profissionais têm dificuldades para viabilizar a função de educador (Fernandes *et al.*, 2018).

Pesquisa descritiva, transversal de abordagem quantitativa, com 31 pacientes em TRS na modalidade HD ambulatorial, cujo objetivo foi promover o aprimoramento dos cuidados com o acesso venoso central para HD por pacientes renais crônicos terminais visando à prevenção de infecções nos cateteres através de ação educativa, evidenciou que a educação em saúde tem um impacto significativo na promoção de práticas seguras e na prevenção de complicações relacionadas ao uso do cateter venoso central. Isso acaba refletindo na eficácia das intervenções

educativas e a necessidade de sua incorporação contínua nos programas de cuidado para pacientes em HD (Sousa *et al.*, 2024).

Em outra investigação convergente assistencial, com abordagem qualitativa, que objetivou desenvolver e aplicar gerontotecnologia educacional por meio da articulação do lúdico com dez participantes, realizou a promoção da saúde de pessoas idosas em tratamento hemodialítico através do uso de um jogo. A ação trouxe reflexão sobre percepções e práticas, ocupação/diversão durante as sessões de HD e construção de saberes empoderadores para o autocuidado. Isto permitiu ao profissional enfermeiro desenvolver metodologias de cuidado relativas às necessidades reais dessas pessoas, permitindo desafios à prática assistencial e emergindo como possibilidades, inovação para promoção da saúde (Lucca *et al.*, 2020).

Em uma pesquisa-ação realizada com treze pessoas idosas portadores de DRC em HD cujo objetivo foi o desenvolvimento de atividade educativa para a orientação dos cuidados com a fístula arteriovenosa a partir da demanda apresentada pelos mesmos, mostrou que a atividade educativa foi realizada a partir do desenvolvimento de tecnologias educacionais, como *banner* e boneco de pano na orientação dos cuidados com esse tipo de acesso. A ação promoveu aquisição de novos conhecimentos para o autocuidado da fístula e facilitou a troca de saberes acerca dos cuidados recomendados na preservação da mesma (Pennafort *et al.*, 2019).

Acrescenta-se ainda uma pesquisa qualitativa desenvolvida por Pereira e Ferreira (2022), que teve como objetivo descrever as percepções do paciente com DRC sobre tratamento de HD e a assistência de enfermagem, realizada com 20 pacientes, constatou que houve déficit de conhecimento dos participantes acerca da doença, do tratamento de HD e das dificuldades vivenciadas, sendo importante que a educação em saúde fosse realizada sistematicamente durante a assistência de enfermagem. Essa pesquisa concluiu que a falta de ações voltadas à educação em saúde pode gerar dificuldades no tratamento de HD e afetar a percepção da pessoa sobre seu processo de saúde/doença e sua qualidade de vida.

Outro estudo que trouxe a construção de materiais para o auxílio da promoção à saúde, refere-se ao apresentado por Oliveira *et al.* (2023), cujo objetivo foi verificar as evidências de validade de uma cartilha educativa acerca dos cuidados

com acessos vasculares para HD. Além da validação do material por juízes, houve a aplicação do estudo-piloto com a população-alvo, composta por 30 pacientes de uma clínica de nefrologia. Esse material educativo demonstrou evidências de validade satisfatórias, baseadas no conteúdo e na aparência, com potencial de utilização na prática clínica. Destaca-se que o recurso pode ser utilizado pela equipe de enfermagem com foco na educação em saúde das pessoas em diálise e de seus familiares, uma vez que este visou a promoção do autocuidado e, conseqüentemente, a diminuição das complicações decorrentes do manejo incorreto dos acessos vasculares.

Mesmo em se tratando de outras populações que não seja pessoas com DRC em tratamento de HD, faz-se necessário apresentar estudos que trabalharam a intervenção educativa em outras populações. Com isso, em investigação quase experimental com 103 pessoas idosas, em que foi utilizado uma abordagem educativa grupal como intervenção, com orientações sobre o tratamento de diabetes e cuidado com os pés, mostrou que a implantação da intervenção educativa é um método capaz de promover mudanças comportamentais, favorecer adoção de hábitos saudáveis e a promoção do autocuidado (Marques *et al.*, 2019).

Em outra investigação quase experimental com 91 mulheres que comparou o conhecimento e a atitude destas em relação à detecção precoce do câncer de mama, antes e após aplicação de intervenção educativa, revelou que a ação foi capaz de elevar o percentual de adequabilidade do conhecimento e da atitude de mulheres em relação à detecção precoce do câncer de mama (Alves *et al.*, 2019).

Mediante o exposto, com relação a utilização de intervenções educativas, ressalta-se que para Pueyo-Garrigues *et al.* (2019), o conceito de educação em saúde é um processo de ensino-aprendizagem contínuo e dinâmico, focado na saúde, sendo multidimensional e centrado na pessoa e parceria. Esta é caracterizada por ser complexa, devido à interação das dimensões cognitiva/intelectual, psicológica e social que geram mudanças positivas na vida de uma pessoa, mas também por ser dinâmica e ser um processo contínuo, recorrente e em constante evolução. As ações que envolvem a realização dessa educação devem ser planejadas ao longo da vida, considerando diferentes cenários. Ao ser implementada, deve ocorrer por meio de uma parceria entre a pessoa e o profissional de saúde, incluindo a enfermagem, que visa facilitar, capacitar,

promover e iniciar mudanças comportamentais relacionadas ao estilo de vida que tragam resultados positivos de estado de saúde.

É importante lembrar que a educação em saúde leva em consideração fatores internos e externos de indivíduos/grupos que influenciam seu estado de saúde por meio de potencial melhoria de seus conhecimentos, habilidades, atitudes e crenças em relação às suas necessidades e comportamentos relacionados à saúde, dentro de um paradigma de saúde positivo (Pueyo-Garrigues *et al.*, 2019).

A educação em saúde é uma das principais formas de viabilizar ações de promoção da saúde, que visam ao processo de transformação das pessoas, no modo de agir na saúde, nas mudanças de conceitos, como também favorecer os efeitos terapêuticos propriamente ditos, melhorando, assim, a adesão ao tratamento. O processo educativo deve estar presente nas atividades prestadas pela assistência na comunidade, a fim de garantir a inserção de ações de promoção, de prevenção, de assistência e de recuperação da saúde dentro dos serviços, para que possa interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar a sua qualidade de vida (Santhiago; Carvalho, 2022).

As intervenções de educação em saúde devem ser contínuas para manter um resultado satisfatório, ampliar o autocuidado, ampliar a prevenção de incapacidades e de complicações relacionadas às doenças crônicas, como a DRC, podendo, assim, favorecer obtenção de bons aspectos clínicos e impactar a adesão ao tratamento (Marques *et al.*, 2019).

Profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, são importantes atores que atuam na realização da educação em saúde. Estes buscam formas de estimular as pessoas a desenvolver o senso de responsabilidade relacionado aos cuidados com a própria saúde. Tal estímulo pode ser dado através da construção do conhecimento em saúde, que auxilie e facilite o esclarecimento de dúvidas, permitindo, assim, o processo de aprendizagem do ser humano (Carvalho *et al.*, 2021).

Ao desenvolver tarefas que estimulem o ser humano, habilidades por parte dos profissionais devem ser desenvolvidas. Ao identificar as maiores necessidades de determinados grupos, o profissional pode criar atividades que estimulem o desenvolvimento biopsicossocial de cada pessoa para que todos se sintam ativos nesse processo. Acredita-se que o saber científico seja um aliado que facilite o processo de confiança e de vínculo entre paciente e os profissionais de saúde, ao

aliar elementos mais simples como a compreensão do cuidado, que pode modificar o contexto pesados da doença (Carvalho *et al.*, 2021).

Ao estabelecer uma parceria com a pessoa, o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, torna-se responsável por aumentar a autoconfiança, autoestima, conscientização, autoeficácia e apoiar escolhas sobre a adoção de estilos de vida relacionados à saúde. A parceria envolve um contato pessoal contínuo que visa estabelecer uma corresponsabilidade para atingir e manter objetivos de saúde pré-estabelecidos. Este vínculo colabora para a existência de um processo ativo e colaborativo, sustentado pelos princípios de respeito, autonomia, voluntarismo, liberdade de escolha e equidade (Pueyo-Garrigues *et al.*, 2019).

Vale destacar que, entre os profissionais de saúde que realizam a educação em saúde, o enfermeiro é um importante integrante da equipe de saúde responsável por esta ação, que pode ser realizada através de reuniões em grupo e atendimentos individuais, utilizando medidas educativas participativas e emancipadoras. O papel de educador está entre as diversas atribuições do enfermeiro, que vão desde a prevenção, o rastreamento até o tratamento, e tem como objetivo a minimização dos impactos causados por patologias, maior adesão terapêutica, cobrança em periodicidade de consultas médicas e de enfermagem, realização de exames laboratoriais e autoaceitação do diagnóstico, o que pode levar a um melhor prognóstico. O enfermeiro deve se mostrar acessível às demandas do paciente, trazendo melhorias ao realizar o planejamento terapêutico e ao promover planos de cuidados individuais, o que pode também gerar melhorias nos aspectos psicológicos e no autocuidado, promovendo, assim, uma maior adesão ao tratamento (Caires *et al.*, 2022).

Globalmente, os enfermeiros são reconhecidos por contribuírem significativamente para a educação em saúde ao identificar as necessidades de saúde dos pacientes e realizar a transmissão de métodos e práticas saudáveis para o bem-estar ideal, aumentando os resultados positivos em ambientes agudos e comunitários. Enfermeiros são os principais provedores de educação em saúde por possuírem um nível de competência, que envolve conhecimentos, habilidades, atitudes e valores necessários para conduzir o processo de ensino e aprendizagem. Ao visar à mudança comportamental e à promoção de resultados positivos em saúde, uma educação em saúde eficaz se torna evidente ao promover o maior envolvimento do paciente e da família nos processos de tratamento e sua adesão,

levando a melhores resultados de saúde que enfatiza as necessidades do paciente e favorece um impacto importante na qualidade de vida do mesmo (Congying *et al.*, 2024).

A educação em saúde, seja por meio da consulta de enfermagem ou através das atividades em grupo, pode proporcionar interação, vínculo, confiança e atenção integral, que oportuniza um momento para o fortalecimento da autonomia da pessoa e a participação ativa no cuidado à saúde. As atividades educativas devem ir além do modelo normativo de transferência de conhecimentos, indo ao encontro de modelos holísticos que valorizem as dimensões humanas e as escolhas da pessoa no seu tratamento (Paes *et al.*, 2022).

Em relação aos pacientes com DRC em tratamento de HD, as atividades educativas auxiliam a intervir no processo ativo do conhecimento dessas pessoas a respeito de sua própria doença, não somente para monitorização de eventos adversos no setor de HD, mas também para que eles se posicionem frente ao seu autocuidado, associado a sua adesão ao tratamento a fim de evitar complicações e riscos que comprometeriam a sua saúde (Corgozinho *et al.*, 2022).

Na prática clínica, a realização de atividades educativas ainda é um desafio para os profissionais da enfermagem, pois, além de preparo e de tempo para realizar tais atividades, necessitam ainda de recursos materiais que auxiliem no atendimento das particularidades de cada paciente, o que nem sempre estão disponíveis (Carvalho *et al.*, 2021; Corgozinho *et al.*, 2022).

## 9 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo principal avaliar o efeito de uma intervenção educativa na adesão ao tratamento da HD em pessoa com DRC de um hospital geral de um município do Sul de Minas Gerais.

Dessa maneira, de acordo com o primeiro objetivo específico (analisar as evidências científicas sobre as orientações oferecidas pelos profissionais de saúde para o controle da DRC em pessoas que realizam HD), é possível concluir que conhecer as estratégias e as orientações oferecidas pelos profissionais de saúde sobre conteúdos, como a alimentação, o autocuidado, o controle da pressão arterial, a prática de atividade física, a prática de respiração para a saúde mental e o uso de medicamento cálcio podem auxiliar no manejo adequado da DRC e nas ações que envolvem a educação em saúde, estimulando, assim, a adesão ao tratamento da HD.

De acordo com o segundo objetivo específico (construir e validar uma cartilha educativa sobre orientações em saúde para o controle de DRC em pessoas que realizam HD), constatou-se que o material construído e validado apresentou uma boa evidência, tendo a versão final da cartilha aprovada por todos os juízes/especialistas. Dessa maneira, essa cartilha pode ser considerada um recurso facilitador para melhoria do conhecimento e das práticas de adesão ao tratamento da HD.

Com base nos resultados para responder o terceiro objetivo específico (caracterizar a população de estudo referente às variáveis socioeconômicas, hábitos de vida e de doença crônica, dados sobre a doença e tratamento dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico), torna-se possível concluir que a maioria dos participantes em relação aos dados socioeconômicos eram do sexo masculino, com faixa etária entre 60 a 69 anos, com crença religiosa católica, tendo de um a três filhos, com renda familiar de até R\$1500,00, que recebiam benefícios, como a aposentadoria, que não trabalham, com estado civil casado/união estável, e com ensino fundamental incompleto e que possui moradia própria.

Em relação aos hábitos de vida, conclui-se que a maioria dos participantes não consomem bebida alcoólica e nem são tabagistas e não praticam atividades físicas. Já em relação à doença crônica, possuindo mais de uma doença, sendo a hipertensão arterial sistêmica mais citada. Parte da população estudada faz uso de

até 5 medicações contínuas e de uso diário, sendo os medicamentos consumidos mais citados os anti-hipertensivos. A etiologia da DRC mais relatada foi “outras patologias”, mas doenças como diabetes *melittus* e hipertensão arterial foram as que tiveram maiores respondentes. A maioria das pessoas possuem fístula arteriovenosa como acesso, estão até um ano em tratamento de HD e não realizaram transplante renal. As pessoas vão, em sua maioria, de transporte público ao centro de diálise, sem acompanhante e realizam três vezes a HD durante a semana, com duração de quatro horas.

De acordo com o quarto objetivo específico (identificar a adesão ao tratamento de HD em pessoas renais crônicas, referente à informações gerais, percepção e conhecimento e a adesão propriamente dita – HD, medicação, restrição de líquidos e dieta), conclui-se que a maioria dos participantes consideram dia e horário convenientes para realização da HD, que não apresentam dificuldades para permanecer durante a sessão da HD, tomar medicamentos prescritos, restringir a ingestão de líquidos e nem de seguir a dieta prescrita.

Em relação à percepção e conhecimento sobre o tratamento, a maioria dos participantes compreende ser muito importante cumprir as orientações referentes à programação de HD, medicação, ingesta hídrica e dieta, uma vez que percebem que cumprir as orientações os ajudam a manter o corpo saudável.

Conclui-se também que, em relação à adesão propriamente dita, os participantes apresentaram altas médias nos quatro domínios do instrumento de adesão (HD, medicação, restrição de líquidos e dieta).

Por meio dos resultados do quinto objetivo específico (verificar a existência de associação entre as variáveis socioeconômicas, hábitos de vida e de doença crônica e o tratamento, informações gerais, percepção e conhecimento com as variáveis sobre a adesão propriamente dita), constatou-se associação entre domínio da HD com quatro variáveis independentes, domínio medicação com três, domínio restrição de líquidos com nove e domínio adesão à dieta com onze variáveis independentes.

Por fim, com base no sexto objetivo específico (comparar a adesão da população de estudo referente aos domínios da adesão propriamente dita antes e após a intervenção educativa), foi possível concluir que somente o domínio medicação obteve diferença estatisticamente significativa. Porém, destaca-se que, por mais que os demais três domínios não apresentaram diferença estatisticamente significativa, as médias de todos os quatro domínios apontaram aumento após a

realização da intervenção educativa, destacando que essa intervenção colaborou e estimulou as práticas de adesão ao tratamento da HD na população pesquisada.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DRC e o tratamento da HD, como já mencionado, acomete inúmeras pessoas, com elevadas taxas de prevalência e de incidência a cada ano e trazendo muitas complicações na vida das pessoas acometidas por este agravo. Nesta perspectiva, é imprescindível que haja a adesão ao tratamento dessas pessoas, uma vez que, grande parte desse processo é realizado pela pessoa. Para que isso ocorra, é crucial que existam subsídios, que vão desde auxílio ao transporte ao local do tratamento, acesso a medicamentos e a exames até a obtenção de informações relevantes para que o tratamento ocorra de maneira eficaz, uma vez que o tratamento perpassa por comportamentos que a pessoa deve estar ciente que deve realizar, como é o caso de cumprimento da dieta, da restrição líquida, uso de medicamentos corretamente e comparecimento ao centro para realização e cumprimento da terapia.

No tocante à essas informações, sabe-se que a maioria das pessoas possuem pouco nível educacional e de instrução. Perante este fato, a educação em saúde deve se fazer presente e acessível a este público, uma vez que é através dela que se consegue realizar orientações que favoreçam a conscientização sobre o autocuidado, incentivando a adoção de mudanças de hábitos e de comportamentos, para que, assim, atinja-se uma melhor adesão ao tratamento, melhores condições de saúde e aumento da qualidade de vida.

Os profissionais de saúde, dentre eles a equipe de enfermagem, são envolvidos neste processo de educação em saúde, sendo os grandes responsáveis e peças fundamentais por levá-la aos usuários. Para isso, devem estar atualizados sobre os processos de tratamentos através de seu conhecimento científico; mas, também cientes da maneira que deve transmitir esse conhecimento ao público em específico, sempre lembrando que o estabelecimento de um vínculo entre profissional, equipe e usuários também se torna importante.

Dessa forma, os profissionais podem utilizar recursos materiais e tecnologias educacionais para os auxiliarem na realização da educação em saúde, como a cartilha. A escolha de materiais como este deve ser pensado como um recurso que garanta que o processo de ensino-aprendizagem seja eficaz. Para isso, o material deve ser de fácil acesso, fácil compreensão e atrativo ao seu público alvo. Para que

isso ocorra, o uso da linguagem, uso de imagens e cores devem priorizar a compreensão do público alvo e se adequar ao seu nível de instrução.

Neste estudo, ao construir, validar e aplicar a cartilha educativa às pessoas com DRC em HD, pôde-se comprovar a eficácia da utilização desse material por meio da educação em saúde. Ao embasar as descobertas deste estudo e os resultados apresentados, é crucial que os profissionais da enfermagem e de toda a equipe multiprofissional que atuam nos serviços de diálise se empoderem da realização das atividades educativas, que, muitas vezes, não são realizadas por diversos motivos, como falta de tempo e até mesmo a falta de recursos.

Como limitações desse estudo, para a primeira etapa, a RI trouxe apenas seis estudos internacionais e nenhum deles sendo nacional, a não busca na literatura cinzenta e nas referências dos estudos incluídos, e a busca em apenas cinco fontes de informações. Assim, destaca-se que por abordar um tema complexo, o assunto deve ser mais amplamente discutido em outras áreas que não foram abordadas. Para isso, sugere-se outros métodos de revisões, como sistemáticas, metanálise, a busca também na literatura cinzenta, a busca manual nas referências, adoção de maior número de fontes de informação e descritores.

Já na segunda etapa, na construção e validação do material educativo, destaca-se como limitações que o conteúdo da cartilha contou com resultados encontrados na RI, que obteve um pequeno número de estudos incluídos (seis) e conteúdo dos manuais e diretrizes da área. Outra limitação a ser considerada é que a validação do material foi realizada por poucos juízes (sete), e não foi utilizado outros métodos de validação de material, assim como, o material não foi aplicado de antemão na população alvo, no que refere à compreensão, entendimento e significados da cartilha. Cabe ressaltar, assim, que algumas pessoas que realizam a HD podem possuir dificuldade de leitura, seja por escolaridade baixa ou até mesmo alterações na acuidade visual, o que pode dificultar também a aplicabilidade da cartilha. Mesmo diante de tais limitações, o material teve uma boa validação e foi entregue às pessoas e aos profissionais do serviço em estudo para auxiliarem nas orientações prestadas a esta população.

Mediante estas limitações referentes à segunda etapa, é importante que novos meios de validação de conteúdo sejam inseridos, que a população alvo também seja abordada no processo de validação do material e que o mesmo possa

ser realizado de maneira a atingir as pessoas que possuem dificuldade de leitura, como a elaboração de um material em forma de áudio.

Na terceira etapa, aplicação e avaliação da intervenção educativa, ressalta-se como limitações o quantitativo de participantes, destacando o número de participantes antes da intervenção não ser o mesmo do número após a realização da intervenção, os instrumentos utilizados serem extensos e por vezes se tornarem cansativos para a aplicação aos participantes, o estudo ter ocorrido em somente um centro de diálise e ser o método no formato quase-experimental. Destaca-se que, mesmo o número de participantes serem distintos antes e após intervenção, não houve prejuízo nos resultados encontrados e, pela pesquisa ter sido aplicada somente por um pesquisador, a técnica foi mantida entre todos os participantes, garantido os resultados confiáveis.

Mediante essas limitações, sugere-se a utilização de instrumentos mais sucintos e de simples compreensão, mas que abordem de forma completa esta temática, expandir a pesquisa para mais centros de diálise e com população maior, realizar estudos utilizando o método experimental, na característica de ensaio clínico randomizado.

Por fim, destaca-se que os achados dessa pesquisa podem desencadear avanços significativos no conhecimento da área estudada em cada uma de suas três etapas realizadas. Avanços nas áreas científica e de ensino, social e para a prática de enfermagem se confirmam ao trazer um material educativo novo, curto, atrativo e pouco explorado, que foi validado por expertises da área junto a intervenção na área prática da HD, comprovando que essa cartilha elaborada pode facilitar a prática, a promoção e a prevenção em saúde nesta área de atuação, especialmente para a enfermagem. Por ser considerada um recurso facilitador para a melhoria do conhecimento e das práticas de adesão ao tratamento da DRC, pode contribuir também para avançar nas orientações do autocuidado e, conseqüentemente, a adesão dos portadores de DRC que realizam tratamento hemodialítico, tornando, assim, uma ferramenta válida, de fácil acesso e concreta a ser utilizada por essa população em específico.

Acrescenta-se ainda como avanços no conhecimento da área, que o recurso educativo elaborado também pode ser levado a outros serviços, como a atenção primária à saúde, uma vez que o paciente utiliza diversos níveis de atenção e o uso da cartilha pode colaborar para o fortalecimento e a interação dos profissionais

atuantes nos três níveis de atenção à saúde e das pessoas submetidas a este tipo de tratamento. Todos estes aspectos têm o intuito de buscar o aprofundamento e o aprimoramento da realização de educação em saúde para auxiliar a adesão de pessoas com DRC que realizam HD.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=en). Acesso em: 16 maio 2021.
- ALVES, P.C. *et al.* Efeitos de intervenção educativa no conhecimento e atitude sobre detecção precoce do câncer de mama. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 20, e40765, 2019. Disponível em: [https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/41599/1/2019\\_art\\_pcalves.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/41599/1/2019_art_pcalves.pdf). Acesso em: 09 nov. 2024.
- ARAÚJO, W. J. S. *et al.* Intervenção educativa com idosos sobre HIV/aids: um estudo quase experimental. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/8kZW3q7zdBN54NzZ5gtVnhk/?lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2021.
- AZEVEDO, A. P. B.; SILVA, C. L. L. D. Adesão do paciente com nefropatia diabética em tratamento hemodialítico. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 5, n. 1, p. 3957-3978, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/44666>. Acesso em: 27 out. 2024.
- BEERAPPA, H.; CHANDRABABU, R. Adherence to dietary and fluid restrictions among patients undergoing hemodialysis: An observational study. **Clinical Epidemiology and Global Health**, Amsterdã, v. 7, n. 1, p. 127-130, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2018.05.003>. Acesso em: 02 nov. 2024.
- BERNARDO, M. F. *et al.* Estado nutricional e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. **Medicina (Ribeirão Preto)**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 128-35, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/159732>. Acesso em: 15 out. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: MS, 2014. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_clinicas\\_cuidado\\_paciente\\_renal.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf). Acesso em: 02 fev. 2023.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: CNS, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento de pessoas que vivem com HIV e AIDS**. Brasília, DF: MS, 2007. Disponível em: <https://healtheducationresources.unesco.org/library/documents/diretrizes-para-o-fortalecimento-das-acoes-de-adesao-ao-tratamento-para-pessoas>. Acesso em: 31 jul. 2021.

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF:CN, 19 set. 1990. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1882012398/lei-8080-90>. Acesso em 12 nov. 2024.

BREGMAN, R. Prevenção da progressão da doença renal crônica (DRC). **Brazilian Journal of Nephrology**, São Paulo, v. 26, n. 3 suppl. 1, p. 11-14, 2004. Disponível em: <https://www.bjnephrology.org/article/prevencao-da-progressao-da-doenca-renal-cronica-drc/>. ISSN 2175-8239. Acesso em: 20 maio 2021.

BREHMER, L. C. F. *et al.* Diabetes Mellitus: estratégias de educação em saúde para o autocuidado. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 15, n. 1, PE, p. 1-16, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/246321/37465>. Acesso em: 17 ago. 2021.

BUGALHO, A.; CARNEIRO, A. V. **Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas**. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidencia da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2004.

CAIRES, J. M. *et al.* O papel do enfermeiro como educador em saúde ao portador de Diabetes Mellitus tipo 2: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 12, p. e487111234726-e487111234726, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsdv11i12.34726>. Acesso em: 09 nov. 2024.

CAMPOS, F. *et al.* Uso de medicamentos e interações medicamentosas em pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Saúde**, Santa Maria, v. 47, n.1: e40770, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2236583440770>. Acesso em: 20 out. 2024.

CARNEIRO, L. B. *et al.* Avaliação da Qualidade de vida de pacientes em tratamento hemodialítico e pós transplante renal. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 36, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.36-art.1249>. Acesso em: 03 nov. 2024.

CARVALHO, A. T. D. F.; RODRIGUES, B. T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico em idosos com hipertensão arterial: revisão da literatura. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 7., 2020, Campina Grande. **Anais [...]**. Campina Grande: Realize Editora, 2020. Disponível em: <http://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/73197>. Acesso em: 09 nov. 2024.

CARVALHO, I. C. N. D. *et al.* Tecnologia educacional: A enfermagem e os jogos educativos na educação em saúde. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 7, p. e18710716471-e18710716471, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16471>. Acesso em: 09 nov. 2024.

CASA DE CARIDADE NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO. SANTA CASA DE ALFENAS. **Serviços > Hemodiálise**. Alfenas, MG: Santa Casa de Alfenas, [2021]. Disponibiliza informações sobre a hemodiálise. Disponível em: <https://www.santacasaalfenas.com.br/hemodialise>. Acesso em: 05 jun. 2021.

CASTRO, A. N. P.; LIMA JÚNIOR, E. M. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 103-113, 2014. Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/about-the-authors/202/pt-BR>. Acesso em: 15 fev. 2024.

CASTRO, A. V.; REZENDE, M. A Técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 429-434, 2009. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622009000300016>. Acesso em: 16 maio 2021.

CASTRO, M. C. M. *et al.* Determinantes da não-adesão medicamentosa nos pacientes em hemodiálise. **Brazilian Journal of Nephrology**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 89-95, 2009. Disponível em: <https://www.bjnephrology.org/article/determinantes-da-nao-adesao-medicamentosa-nos-pacientes-em-hemodialise/>. Acesso em: 01 ago. 2021

CASSIANI, S. H.; RODRIGUES L. P. A técnica de Delphi e a técnica de grupo nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. **Revista Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 76-83, 1996. Disponível em: [https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/1982-0194-ape-S0103-210019960009000174/1982-0194-ape-S0103-210019960009000174.pdf](https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-S0103-210019960009000174/1982-0194-ape-S0103-210019960009000174.pdf). Acesso em: 16 maio 2021.

CHAVES, M. J. C.; BARBOSA, E. D. S.; RIBEIRO JUNIOR, H. L. Concepções de educação em saúde no processo formativo do enfermeiro na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa. **Revista Cocar**, Belém, v. 14, n. 28, p. 440-458, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uepa.br/index.php/cocar/article/view/3132/1393>. Acesso em: 21 nov. 2024.

CHENG, Ting-Yin *et al.* Effects of systematic nursing instruction on a low-phosphorus diet, serum phosphorus level and pruritus of patients on haemodialysis. **Journal of Clinical Nursing**, Reino Unido, v. 26, n. 3-4, p. 485-494, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.13471>. Acesso em: 26 set. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.13471>

COELHO, L. A. C. *et al.* Educação em saúde na prevenção ao câncer de mama em uma Estratégia Saúde da Família em Belém-PA. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 4, p. e12910413810-e12910413810, 2021. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13810/12496>. Acesso em: 01 ago. 2021.

CONGYING, L. *et al.* Nurses' health education competence and health literacy: A cross-sectional survey in Chinese county hospitals. **Nurse Education in Practice**, China, v. 79, p. 104042, 2024. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471595324001719?via%3Dihub>. Acesso em: 09 nov. 2024.

CORDEIRO, L. I. *et al.* Validation of educational booklet for HIV/Aids prevention in older adults. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 70, n. 4, p. 775-782, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pDf/2670/267052023016.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2021.

CORGOZINHO, J. C. *et al.* Intervenção educativa dos pacientes com doença renal crônica terminal: fatores de risco e complicações associadas. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 12, e4354, 2022. Disponível em: <http://doi.org/10.19175/recom.v12i0.4354>. Acesso em: 09 nov. 2024.

COSTA, A. C. M. A. C. *et al.* Construção e validação de cartilha educativa para sala de apoio à amamentação. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 24, n. 1, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remede/article/view/49939>. Acesso em: 17 fev. 2024.

COSTA, C. C. *et al.* Construção e validação de uma tecnologia educacional para prevenção da sífilis congênita. **Revista Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 33, p. eAPE20190028, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/KqJmCVzGL3XbdQ3rsCDWGwN/>. Acesso em: 26 setembro 2023.

COSTA, D. A. D. *et al.* Enfermagem e a educação em saúde. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás "Cândido Santiago"**, Goiânia, v. 6, n. 3, p. e6000012-e6000012, 2020. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/234/90>. Acesso em: 21 nov. 2024.

CUNHA, A. R. *et al.* O papel do enfermeiro na orientação, promoção e prevenção do câncer de mama. **Revista Humano Ser**, Natal, v. 3, n. 1, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifacex.com.br/humanoser/article/view/1007/332>. Acesso em: 01 ago. 2021.

CUSTÓDIO, M. R. *et al.* Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento do hiperparatireoidismo secundário em pacientes com doença renal crônica. **Brazilian Journal of Nephrology**, São Paulo, v. 35, p. 308-322, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jbn/a/MSB5C3KGcKVRdpnXSCRXbxC/?lang=pt>. Acesso em: 09 dez. 2022. DOI: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20130050>.

DAUGIRDAS, T. J.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de diálise**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688 p. *E-book*. Disponível em:

<https://imscotlauvet.blogspot.com/2019/03/manual-de-dialise-pdf-baixar-john-t.html>. Acesso em: 20 maio 2021.

DEBONE, M. C. *et al.* Nursing diagnosis in older adults with chronic kidney disease on hemodialysis. **Revista Brasileira Enfermagem**, São Paulo, v. 70, n. 4, p. 800-805, 2017. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/318998784\\_Nursing\\_diagnosis\\_in\\_older\\_adults\\_with\\_chronic\\_kidney\\_disease\\_on\\_hemodialysis](https://www.researchgate.net/publication/318998784_Nursing_diagnosis_in_older_adults_with_chronic_kidney_disease_on_hemodialysis). Acesso em: 25 jul. 2021.

DENHAERYNCK, K. *et al.* Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. **American Journal of Critical Care**, Califórnia, v. 16, n. 3, p. 222-235, 2007. Disponível em: <https://aacnjournals.org/ajconline/article-abstract/16/3/222/548/Prevalence-and-Consequences-of-Nonadherence-to?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 17 ago. 2021.

DEUS, B. P. M. D. *et al.* Sintomas e complicações agudas relacionadas com a hemodiálise. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 5, n. 1, 2015. Disponível em:

<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/4951>. Acesso em: 25 jul. 2021.

EL KHOURY, C. F. *et al.* Dietary application for the management of patients with hemodialysis: a formative development study. **Healthcare Informatics Research**, Seul, v. 25, n. 4, p. 262-273, 2019. Disponível em:

<https://synapse.koreamed.org/articles/1136694>. Acesso em: 25 set. 2022.

ESPERIDIÃO, E.; FARINHA, M. G.; SAIDEL, M. G. B. Práticas de autocuidado em saúde mental em contexto de pandemia. *In*: ESPERIDIÃO, E.; SAIDEL, M.G. B. (org.). **Enfermagem em Saúde mental e Covid-19**. 2. ed. Brasília, DF: Editora ABEn, 2020. Disponível em: chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/http://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2021/03/e4-saudemental-cap9.pdf. Acesso em 10 dez. 2022.

FARO, A. C. M. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 259-273, 1997. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341997000200008&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341997000200008&script=sci_arttext). Acesso em: 16 maio 2021.

FERNANDES, D. L. **Representações sociais de adolescentes sobre o câncer de colo do útero**. 2011. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pernambuco, Recife, PE, 2011. Disponível em: [http://www.ufpe.br/posca/images/documentos/teses\\_e\\_dissertacoes/dissertao%20danielle.pdf](http://www.ufpe.br/posca/images/documentos/teses_e_dissertacoes/dissertao%20danielle.pdf). Acesso em: 11 jul. 2021.

FERNANDES, H. M. A. *et al.* Epidemiologia, alterações metabólicas e recomendações nutricionais na Doença Renal Crônica (DRC). In: OLIVEIRA, H. C. (org.). **Estudos Multidisciplinares em Ciências da Saúde**. Campina Grande: Licuri, 2023. p. 81-104. Disponível em: <http://editorallicuri.com.br/index.php/ojs/article/view/166/127>. Acesso em 27 out. 2024.

FERNANDES, L. P. *et al.* Necessidades de ações educativas-terapêuticas em um serviço de diálise renal no Brasil. **Enfermería Nefrológica**, Espanha, v. 21, n. 1, p. 53-62, 2018. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v21n1/2255-3517-enefro-21-01-53.pdf>. Acesso em 21 nov. 2024.

FOLGOSA, A. L. C. *et al.* Interações Medicamentosas em pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v.10, n. 2, p. e44510212789, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12789>. Acesso em: 20 out. 2024.

GALDEANO, L. E. **Validação do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio**. 2007. 147 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2007. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-19032008-163504/pt-br.php>. Acesso em: 13 jun. 2021.

GALINDO, N. M. *et al.* Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, p. 87-93, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/MSchgJRB6rds7HHx4TbWZ9B/>. Acesso em 17 fev. 2024.

GALVÃO, J. O. *et al.* Processos de enfrentamento e resiliência em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 12, n. 2, p. 659-684, 2019. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-34822019000200014&script=sci\\_arttext](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-34822019000200014&script=sci_arttext). Acesso em: 15 out. 2024.

GHIMIRE, S. *et al.* Nonadherence to medication therapy in haemodialysis patients: a systematic review. **PloS ONE**, São Francisco, v. 10, n. 12, p. e0144119, 2015. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0144119>. Acesso em: 23 ago. 2021.

GILMORE, J. KDOQI clinical practice guidelines and clinical practice recommendations - 2006 updates. **Nephrology Nursing Journal**, Pitman, v. 33, n. 5, p. 487-489, 2006. Disponível em: <https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA153691590&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=1526744X&p=AONE&sw=w>. Acesso em: 20 maio 2021.

GOMES, S. S. *et al.* A enfermagem na orientação do autocuidado de pacientes em hemodiálise. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 12, 2022. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4337/2908>. Acesso em: 11 dez. 2022.

GOUVEIA, A. O. D. *et al.* Saúde mental em tempos de Covid-19: construção de cartilha educativa com orientações para o período de pandemia. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 11, n. 1 Esp, p. 168-173, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3600>. Acesso em: 15 maio 2021.

GRIVA, K. *et al.* Hemodialysis self-management intervention randomized trial (HED-SMART): a practical low-intensity intervention to improve adherence and clinical markers in patients receiving hemodialysis. **American Journal of Kidney Diseases**, Filadélfia, v. 71, n. 3, p. 371-381, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272638617310077>. Acesso em: 21 jul. 2021.

GUIMARÃES, A.; QUEIROZ, P. Determinantes sociais da saúde e adesão do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico. **Health Residencies Journal-HRJ**, Brasília, v. 2, n. 9, p. 112-124, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.51723/hrj.v2i9.149>. Acesso em: 17 ago. 2021.

HAYNES, R. B. *et al.* Intervention for Enhancing Medication Adherence. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Bathesda, v. 16, n. 2, 2008. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.pub3. Acesso em: 17 ago. 2021.

HEALTHCARE, B. V. **Critical Appraisal Skills Programme (CASP)**. Reino Unido: [s.n.], 2013. Disponível em: <http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists>. Acesso em: 26 abr. 2021.

HERMES, T. S. V. *et al.* Criança diabética do tipo 1 e o convívio familiar: repercussões no manejo da doença. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 927-939, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811911>. Acesso em: 02 nov. 2024.

JASPER, M. A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, Reino Unido, v. 20, n. 4, p. 769-776, 1994. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1365-2648.1994.20040769.x>. Acesso em: 23 maio 2021.

KAURIC-KLEIN, Z. Blood pressure knowledge in hypertensive hemodialysis patients. **Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists**, Kingston, v. 22, n. 4, p. 18-25, 2012a. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/235645768\\_Blood\\_pressure\\_knowledge\\_in\\_hypertensive\\_hemodialysis\\_patients](https://www.researchgate.net/publication/235645768_Blood_pressure_knowledge_in_hypertensive_hemodialysis_patients). Acesso em: 24 set. 2022.

\_\_\_\_\_. Improving blood pressure control in end stage renal disease through a supportive educative nursing intervention. **Nephrology Nursing Journal**, Pitman, v. 39, n. 3, p. 217-228, 2012b. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22866361/>. Acesso em: 24 set. 2022.

KIM, Y. *et al.* The end-stage renal disease adherence questionnaire (ESRD-AQ): testing the psychometric properties in patients receiving in-center hemodialysis. **Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association**, Pitman, v. 37, n. 4, p. 377, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3077091/>. Acesso em: 12 jun. 2021.

LAW, M. *et al.* **Guidelines for critical review form: quantitative studies. - Adapted Word Version.** [S. l.: s. n.], 1998. Disponível em: [https://healthsci.mcmaster.ca/docs/librariesprovider130/default-document-library/guidelines-for-critical-review-form-quantitative-studies-english.pdf?sfvrsn=ee9f6c19\\_2](https://healthsci.mcmaster.ca/docs/librariesprovider130/default-document-library/guidelines-for-critical-review-form-quantitative-studies-english.pdf?sfvrsn=ee9f6c19_2). Acesso em: 11 jan. 2021.

LESSA, L. P. *et al.* Construction of a booklet on education in the transit for adolescents. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 10, p.2737-2742, 2018. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=762e4d6f-87f5-425e-9c01-5db001f1e6ef%40sdc-v-sessmgr01>. Acesso em: 15 maio 2021.

LINARES, B. L.; CEZARE, L. A. O transplante como fenômeno vivido pelo paciente e seus impactos emocionais. **Revista Enfermagem em Evidência**, Bebedouro, v.3, n.1, p.154-171, 2019. Disponível em: [http://repositorio.unifafibe.com.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/507/2019\\_BLL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unifafibe.com.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/507/2019_BLL.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 03 nov. 2024.

LINS, S. M. S. B. **Adaptação cultural e validação do questionário de avaliação sobre a adesão do portador de doença renal crônica em hemodiálise: uma contribuição para a gerência do cuidado de enfermagem.** 2015. 188 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2015. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/51/teses/838330.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2021.

LINS, S. M. S. B. *et al.* Validação do questionário de adesão do paciente renal crônico brasileiro em hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 70, n. 3, p. 558-565, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0437>. Acesso em: 12 jun. 2021.

\_\_\_\_\_. Adesão de portadores de doença renal crônica em hemodiálise ao tratamento estabelecido. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 54-60, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800009>. Acesso em: 02 nov. 2024.

LIMA, A. C. M. A. C. C. *et al.* Construção e validação de cartilha educativa para sala de apoio à amamentação. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 24, n. 1, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/49939/40749>. Acesso em: 15 fev. 2024. DOI: 10.5935/1415-2762.20200052

LIRA, J. D. S. (org.). **Saúde pública no século XXI: uma abordagem sobre ciências farmacêuticas**. Triunfo: Editora Omnis Scientia, 2020. Disponível em: <https://editoraomnisscientia.com.br/editora/livros/0429104.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2021.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, Filadélfia, v. 35, n. 6, p. 382-386, 1986. Disponível em: [https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Citation/1986/11000/Determination\\_and\\_Quantification\\_Of\\_Content.17.aspx](https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Citation/1986/11000/Determination_and_Quantification_Of_Content.17.aspx). Acesso em: 11 jul. 2021.

LOBO, L. C. Tecnologia educacional na formação de recursos humanos para a saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 9, n.3, p. 159-161, 1985. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/Ypk3mPHzSHLkGs7d5JYSzgF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 ago. 2021.

LOPES, M. B. Censo Brasileiro de Nefrologia 2019: um guia para avaliar a qualidade e a abrangência da terapia renal substitutiva no Brasil. Como estamos e como podemos melhorar? **Brazilian Journal of Nephrology**, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/ZDfkr6CpBhvj7gxJHwYCKJ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 ago. 2021.

LUCCA, D. C. *et al.* Jogo das Atitudes: gerontotecnologia educacional para idosos em tratamento hemodialítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 73, p. e20180694, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/WQBQttvcZMsdmHZdwK4HrzS/?lang=pt>. Acesso em: 21 nov. 2024.

LUZ, E. R.; MANCINI, M. C.; SAMPAIO, R. F. **Orientações para o formulário de revisão crítica: estudos quantitativos - versão traduzida com autorização**. Belo Horizonte, MG: Universidade Federal de Minas Gerais, 1998. Disponível em: [https://healthsci.mcmaster.ca/docs/librariesprovider130/default-document-library/critical-review-form-quantitative-studies-protuguese.pdf?sfvrsn=9b29b87f\\_2](https://healthsci.mcmaster.ca/docs/librariesprovider130/default-document-library/critical-review-form-quantitative-studies-protuguese.pdf?sfvrsn=9b29b87f_2). Acesso em: 25 ago. 2021.

MACLAUGHLIN, H. L. *et al.* Compliance with a structured weight loss program is associated with reduced systolic blood pressure in obese patients with chronic kidney disease. **American Journal of Hypertension**, Cary, v. 25, n. 9, p. 1024-1029, 2012. Disponível em: <https://academic.oup.com/ajh/article/25/9/1024/2282066?login=false>. Acesso em: 25 set. 2022.

MANIVA, S. J. C. F. **Elaboração e validação de tecnologia educativa sobre acidente vascular cerebral para prevenção da recorrência**. 2016. 170 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2016. Disponível em: [http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/21580/1/2016\\_tese\\_sjcfmaniva.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/21580/1/2016_tese_sjcfmaniva.pdf). Acesso em: 23 maio 2021.

MARÇAL, G. R. *et al.* Quality of life of patients bearing chronic kidney disease undergoing hemodialysis/Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 908-913, 2019. Disponível em: [http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6716/pdf\\_1](http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6716/pdf_1). Acesso em: 25 jul. 2021.

MARCHESAN, M.; ROMBALDI, A. J. Programa de exercícios físicos para o doente renal crônico em hemodiálise. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 75-78, 2012. Disponível em: <https://www.rbafs.org.br/RBAFS/article/view/525/1818>. Acesso em: 16 dez. 2022.

MARQUES, M. B. *et al.* Intervenção educativa para a promoção do autocuidado de idosos com diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. e03517, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018026703517>. Acesso em: 09 nov. 2024.

MARQUES, V. R. *et al.* Avaliação da intensidade da dor de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Revista Dor**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 96-100, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132016000200096](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000200096). Acesso em: 21 jul. 2021.

MARTINS, M. I. S. *et al.* Desenvolvimento de cartilha educativa sobre alongamento muscular na promoção da saúde do escolar. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 3, n. 6, p. 19293-19313, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/22054/17607>. Acesso em: 15 maio 2021.

MARTINS, R. M. G. *et al.* Development of a booklet for self-care promotion in leprosy. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 1, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239873/33009>. Acesso em 15: maio 2021.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção transdisciplinar ao renal crônico: manual para abordagem de pacientes em tratamento hemodialítico**. 1. ed. Campo Grande: Secretaria de Estado de Saúde, 2011. 140 p.: Il. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/manual\\_renal-x1a.pdf](chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/manual_renal-x1a.pdf). Acesso em: 02 fev 2023.

MATOS, B. L. M. *et al.* Principais desafios para o autogerenciamento de pacientes em programa regular de hemodiálise: um estudo de revisão. **Revista Contemporânea**, Brasil, v.4, n.3, e3691-e3691, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.56083/RCV4N3-199>. Acesso em: 03 nov. 2024.

MATSUI, M. Effectiveness of end-of-life education among community-dwelling older adults. **Nursing Ethics**, Reino Unido, v. 17, n. 3, p. 363-372, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0969733009355372>. Acesso em: 26 jun. 2021.

MELNYK, B. M. *et al.* Igniting a spirit of inquiry: An essential foundation for evidence-based practice. **American Journal of Nursing**, Filadélfia, v.109, n. 11, p. 49-52, 2009. Disponível em: [https://download.lww.com/wolterskluwer\\_vitalstream\\_com/PermaLink/NCNJ/A/NCNJ\\_546\\_516\\_2010\\_08\\_23\\_FDGSOFDMSG\\_21651\\_SDC216.pdf](https://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/PermaLink/NCNJ/A/NCNJ_546_516_2010_08_23_FDGSOFDMSG_21651_SDC216.pdf). Acesso em: 11 jul. 2021.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO C. M. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, e20170204, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204>. Acesso em: 25 abr. 2021.

MOHER, D. *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta analyses: The PRISMA statement. **Annals of Internal Medicine**, Estados Unidos, v. 151, n. 4, p. 264-269, 2009. Disponível em: <https://annals.org/aim/article-abstract/744664>. Acesso em: 01 mai. 2024.

MOREIRA, A. S. A.; GUERRA, G. M.; SILVA, E. R. D. Adesão e qualidade de vida dos jovens adultos em tratamento de hemodiálise. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n.41, p.125-134, 2023. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/721>. Acesso em: 03 nov. 2024.

MOURA, J. R. A. *et al.* Construção e validação de cartilha para prevenção do excesso ponderal em adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, p. 365-373, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/rDkLwCHjn3mCCMzFfS57K6R/>. Acesso em: 17 fev. 2024.

NASCIMENTO, M. R. A. *et al.* Percepção negativa de saúde em pacientes submetidos à hemodiálise: prevalência de fatores associados. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, Juazeiro do Norte, v. 12, n. 1, p. 3848-3855, 2024. Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/1330/1083>. Acesso em: 03 nov. 2024.

NEAFSEY, P. J. *et al.* An interactive technology approach to educate older adults about drug interactions arising from over-the-counter self-medication practices. **Public Health Nursing**, Reino Unido, v. 19, n. 4, p. 255-262, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2002.19405.x>. Acesso em: 26 jun. 2021.

NEVES, M. L. S. **Ações educativas e os seus efeitos sobre a acurácia na mensuração da pressão arterial em nefropatas**. 2015. 65 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campinas, Campinas, SP, 2015. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/283863/1/Neves\\_MayzaLuziadosSantos\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/283863/1/Neves_MayzaLuziadosSantos_M.pdf). Acesso em: 18 jun. 2021.

NEVES, P. D. M. M. *et al.* Pesquisa brasileira de diálise 2019. **Brazilian Journal of Nefrology**, São Paulo, v. 2, p. 217-227, jan. 2021. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/jbn/2021nahead/pt\\_2175-8239-jbn-2020-0161.pdf](https://www.scielo.br/pdf/jbn/2021nahead/pt_2175-8239-jbn-2020-0161.pdf). Acesso em: 15 out. 2024.

NICOLAU, S. *et al.* Práticas de educação em saúde realizadas por enfermeiros para pacientes do programa Hiperdia. **Journal of Management & Primary Health Care**, Uberlândia, v. 9, 2018. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/507/729>. Acesso em: 01 ago. 2021.

OLIVEIRA; L. C. S. *et al.* Avaliação da adesão à hemodiálise pelo doente renal crônico. **Enfermagem Brasil**, São Paulo, v.19, n.5, p. 372-380, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v19i5.3672>. Acesso em: 15 out. 2024.

OLIVEIRA, F. G. L. *et al.* Evidências de validade de cartilha educativa sobre cuidados com acessos vasculares para hemodiálise. **Texto e Contexto-Enfermagem**, São Paulo, v. 32, p. e20230212, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0212pt>. Acesso em: 21 nov. 2024.

OPEN SCIENCE FRAMEWORK REGISTER. **Guidelines offered by health professionals for the control of chronic kidney disease in people undergoing hemodialysis: integrative literature review**. [S.l.:s.n.], 2022. Disponível em: <https://osf.io/cs58v>. Acesso em: 06 mar. 2022.

OZEN, N. *et al.* Nonadherence in hemodialysis patients and related factors: a multicenter study. **Journal of Nursing Research**, Taiwan, v. 27, n.4: e36, 2019. Disponível em: [https://journals.lww.com/jnr-twna/fulltext/2019/08000/Nonadherence\\_in\\_Hemodialysis\\_Patients\\_and\\_Related.8.aspx/1000](https://journals.lww.com/jnr-twna/fulltext/2019/08000/Nonadherence_in_Hemodialysis_Patients_and_Related.8.aspx/1000). Acesso em: 03 nov. 2024.

PAES, R. G. *et al.* Efeitos de intervenção educativa no letramento em saúde e no conhecimento sobre diabetes: estudo quase-experimental. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e20210313, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0313pt>. Acesso em: 09 nov. 2024.

PENNAFORT, V. P. D. S. *et al.* Tecnologia educacional para orientação de idosos nos cuidados com a fístula arteriovenosa. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 10, n. 6, 2019. Disponível em: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=fab3d73e-bcf1-41e5-a045-631aa7b8c144%40redis&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=aph&AN=143655350>. Acesso em: 22 nov. 2024.

PEREIRA, C. V.; LEITE, I. C. G. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em terapêutica hemodialítica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.32, n.3, p.267-274, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900037>. Acesso em: 28 out. 2024.

PEREIRA, L. T. C.; FERREIRA, M.M.M. Percepções de pacientes com doença renal crônica sobre tratamento de hemodiálise e assistência de enfermagem. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v.12, n. 2, e2212221884, 2022. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v12i2.4424>. Acesso em: 15 out. 2024.

PICCIN, C. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v.12, n.12, p. 3212-3220, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a234669p3212-3211-2018>. Acesso em: 19 out. 2024.

PINHO, N. A. D.; SILVA, G. V. D.; PERIN, A. M. G. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP, Brasil. **Brazilian Journal of Nephrology**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 91, 2015. Disponível em: <http://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/10793>. Acesso em: 21 jul. 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 431 p.

\_\_\_\_\_. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 658p. *E-book*. Disponível em: <https://docero.com.br/doc/xesve81>. Acesso em: 11 jul. 2021.

PUEYO-GARRIGUES, M. *et al.* Health education: a rogerian concept analysis. **International Journal of Nursing Studies**, Reino Unido, v. 94, p. 131-138, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748919300732#preview-section-cited-by>. Acesso em: 09 nov. 2024.

RAASHID, S.; ARSHAD, A. R.; MIR, A. W. Adherence to management in patients with end stage renal disease. **Pakistan Armed Forces Medical Journal**, Rawalpindi, v. 71, n. 3, p. 805-09, 2021. Disponível em: <https://pafmj.org/index.php/PAFMJ/article/view/3082>. Acesso em: 28 out. 2024.

RIBEIRO, W. A.; JORGE, B. D. O.; QUEIROZ, R. D. S. Repercussões da hemodiálise no paciente com doença renal crônica: uma revisão da literatura. **Revista Pró-UniverSUS**, Vassouras, v. 11, n. 1, p. 88-97, 2020. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/2297>. Acesso em: 21 jul. 2021.

RIBEIRO, W. A. *et al.* Educação em saúde aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família. **Revista Pró-UniverSUS**, Vassouras, v. 8, n. 2, p. 110-114, 2017. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1002/pdf>. Acesso em: 01 ago. 2021.

ROCHA, I. A. D.; LIMA, R. A. D.; DAVID, H. M. S. L. Análise de redes sociais de clientes com acometimento renal crônico em hemodiálise. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v.10, n.15, p. e223101522867-e22310152286, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22867>. Acesso em: 03 nov. 2024.

ROCHA, M. A. M.; BARATA, R. S.; BRAZ, L. C. O bem-estar de pacientes renais crônicos durante o tratamento com hemodiálise e diálise peritoneal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. sup. 21, n. e670, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/670/343>. Acesso em 28 out. 2024.

SANTHIAGO, V. D. S. C.; CARVALHO, D. P. D. L. A importância da educação em saúde na atenção básica à saúde do homem. **Revista Ciência e Saúde On-line**, Pindamonhangaba, v. 7, n. 3, 2022. Disponível em: <https://revistaeletronicafunvic.org/index.php/c14ffd10/article/view/290/278>. Acesso em 09 nov. 2024.

SANTOS, F. G. T. *et al.* Tecnologia educacional para pessoas com doença renal crônica: construção e validação de conteúdo. **Revista de Pesquisa (Universidade Federal do Estado Rio Janeiro, Online)**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 517-523, 2021. Disponível em: [https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9263/pdf\\_1](https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9263/pdf_1). Acesso em: 26 nov. 2023.

SANTOS, G. M. R. D. *et al.* Influência da espiritualidade na qualidade de vida de idosos hemodialíticos. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 15, n. 2, e244752, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem>. Acesso em: 03 nov. 2024.

SANTOS, K. K. D. *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes renais crônicos em tratamento. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 9, p. 2293-2301, set. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234508p2293-2300-2018>. Acesso em 19 out. 2024.

SANTOS, M. V. B. D.; LIRA, G. G.; FERNANDES, F. E. C. V. Adesão à medicação pelo paciente renal crônico em hemodiálise. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v.14, n. e243294, p.1-8, 2020. DOI:10.5205/1981-8963.2020.243294. Acesso em: 02 nov. 2024.

SILVA, A. L. S. *et al.* Atividades educativas no pré-natal sob o olhar de mulheres grávidas. **Revista Cubana de Enfermería**, La Habana, v. 30, n. 1, 2015. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/487/82>. Acesso em: 01 ago. 2021.

SILVA, A. G. *et al.* Monitoramento e projeções das metas de fatores de risco e proteção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis nas capitais brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1193-1206, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/W5rkRnXnV9MRQRBTkFThh9L/>. Acesso em: 17 ago. 2021.

SILVA, I. O. A. M. *et al.* Cartilha sobre o prematuro como tecnologia educacional para família: estudo quase experimental. **Acta Paulista de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 31, p. 334-341, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/ct3vDyhMn6TCrN3QWQT45gG/?lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2023.

SILVA, L. J. A. **Avaliação da ansiedade e da autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico**. 2020. 180 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2020. Disponível em: <https://bdtd.unifal-mg.edu.br:8443/handle/tede/1569>. Acesso em: 13 jun. 2021.

SILVA, R. R. L. *et al.* Cuidados clínicos em hemodiálise: validação de cartilha educativa. **Renome**, Montes Claros, v. 7, n. 1, p. 5-16, 2019. Disponível em: <http://www.renome.unimontes.br/antigo/index.php/renome/article/view/184>. Acesso em: 26 nov. 2023.

SOARES, A. I. D. A. *et al.* Doença renal crônica frente aos desafios da acessibilidade ao tratamento. **Revista Interdisciplinar em Violência e Saúde**, Campina Grande, v. 2, n. 1, 2019. Disponível em: <https://www.editoraverde.org/portal/revistas/index.php/revis/article/view/59>. Acesso em: 03 nov. 2024.

SOUSA, C. N. D. *et al.* Percepção de portadores de doença renal crônica sobre o tratamento hemodialítico. **Saúde Coletiva**, Osasco, v. 11, n. 64, p. 5594-5603, 2021. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1506>. Acesso em: 23 maio 2021.

SOUSA, C. S. **Educação pós-operatória: construção e validação de uma tecnologia educativa para pacientes submetidos à cirurgia ortognática**. 2011. 166 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2011. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-15022012-125232/publico/Cristina\\_Silva\\_Sousa\\_corrigida.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-15022012-125232/publico/Cristina_Silva_Sousa_corrigida.pdf). Acesso em: 23 maio 2021.

SOUSA, R. F. *et al.* Cuidados com cateter venoso central: orientações ao paciente renal crônico em tratamento de hemodiálise. **Revista Contemporânea**, Brasil, v. 4, n. 9, p. e5803-e5803, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/5803/4289>. Acesso em: 21 nov. 2024.

STUMM, E. M. F. *et al.* Efeito de intervenção educacional na qualidade de vida de pacientes renais crônicos hiperfosfatêmicos em hemodiálise. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, e20180267, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0267>. Acesso em: 21 jul. 2021.

TAVAKOL, M.; DENNICK, R. Making sense of Cronbach's alpha. **International journal of medical education**, Reino Unido, v. 2, p. 53, 2011. Disponível em: <https://www.ijme.net/archive/2/cronbachs-alpha.pdf>. Acesso em: 28 set. 2024.

TAVARES, M. G.; TEDESCO-SILVA JUNIOR, H.; PESTANA, J. O. M. Readmissão Hospitalar Precoce no transplante renal: artigo de revisão. **Brazilian Journal of Nephrology**, São Paulo, v. 42, p. 231-237, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2019-0089>. Acesso em: 27 out. 2024.

THOME, F. S. *et al.* Brazilian chronic dialysis survey 2017. **Brazilian Journal of Nefrology**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 208-214, jun 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-28002019000200208&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002019000200208&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 jul. 2021.

TSAI, S. H. *et al.* The efficacy of a nurse-led breathing training program in reducing depressive symptoms in patients on hemodialysis: a randomized controlled trial. **American Journal of Nursing**, Filadélfia, v.115, n.04, p.24-32, 2015. Disponível em: [https://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2015/04000/CE\\_\\_Original\\_Research\\_\\_The\\_Efficacy\\_of\\_a\\_Nurse\\_Led.20.aspx](https://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2015/04000/CE__Original_Research__The_Efficacy_of_a_Nurse_Led.20.aspx). Acesso em: 24 set. 2022.

VASCONCELOS, I. C. B. L. *et al.* Política nacional de atenção integral a saúde do homem e os desafios de sua implementação. **Brazilian Journal of Development**, São José dos Pinhais, v.5, n.9, p.16340–16355, 2019. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv5n9-185>. Acesso em: 15 out. 2024.

VASCONCELOS, M. I. L. *et al.* Nutrição e doença renal crônica (DRC): apresentação das novas recomendações e padrões alimentares conforme as últimas evidências científicas. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 6, p. e28610615891, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15891>. Acesso em: 04 dez. 2022.

VIEIRA, I. F. O. *et al.* **Guidelines offered by health professionals for the control of chronic kidney disease in people undergoing hemodialysis: integrative literature review**. [S.l.:s.n.], 2022. Disponível em: <https://osf.io/d93q6/>. Acesso em: 18 ago. 2022.

VIEIRA, J. L.; SILVA, C. L. L. D.; QUEIROZ, P. B. D. Doença renal crônica e envelhecimento: retrato do tratamento hemodialítico em um hospital do Distrito Federal. **Health Residencies Journal-HRJ**, Brasília, v. 3, n. 15, p. 202-223, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i15.429>. Acesso em: 02 nov. 2024.

WERNEQUE, I. C. *et al.* Alimentação e hábito de vida na doença renal crônica. **Cadernos da Medicina-UNIFESO**, Teresópolis, v. 2, n. 2, 2019. Disponível em: <https://revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1396/593>. Acesso em: 04 dez. 2022.

## ANEXO A – Extração de dados dos estudos primários

### 1 Dados de identificação do estudo

Título do artigo:

Periódico:

Autores:

Ano:

País de publicação:

Idioma:

### 2 Caracterização do estudo

Objetivos:

Tipo de estudo:

Sujeitos do estudo:

Resultados:

Limitações:

Conclusões:

Fonte: FERNANDES (2011)

## ANEXO B – Formulário de Revisão Crítica – Estudos Quantitativos

### *Formulário de Revisão Crítica – Estudos Quantitativos*

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998  
McMaster University

Versão traduzida com autorização

Tradução: Raquel E.Luz, Marisa C. Mancini, Rosana F. Sampaio – Universidade Federal de Minas Gerais

#### REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:


#### Comentários

<p><b>OBJETIVO DO ESTUDO:</b></p> <p>O objetivo estava claro?</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p>	<p>Descreva o objetivo do estudo. Como este estudo se aplica à Terapia Ocupacional e/ou à pergunta da sua pesquisa?</p>
<p><b>LITERATURA:</b></p> <p>Foi realizada uma revisão da literatura relevante neste tema?</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p>	<p>Descreva a justificativa da necessidade deste estudo.</p>
<p><b>DESENHO:</b></p> <p><input type="radio"/> randomizado (RCT)</p> <p><input type="radio"/> coorte</p> <p><input type="radio"/> estudo de caso único</p> <p><input type="radio"/> antes e depois</p> <p><input type="radio"/> caso-controle</p> <p><input type="radio"/> transversal</p> <p><input type="radio"/> estudo de caso</p> <p><input type="radio"/> longitudinal</p>	<p>Descreva o desenho do estudo. Este desenho está adequado à pergunta do estudo? (i.e., pelo nível do conhecimento sobre o assunto, desfechos, questões éticas, etc.)</p> <p>Aponte os erros que podem ter influenciado os resultados e a direção dessa influência.</p>





## Orientações Para o Formulário de Revisão Crítica - Estudos Quantitativos -

© Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998  
Versão traduzida com autorização

Tradução: Raquel E. Luz, Marisa C. Mancini, Rosana F. Sampaio – Universidade Federal de Minas Gerais

### Introdução

- Estas orientações acompanham o Formulário de Revisão Crítica para Estudos Quantitativos, desenvolvido pelo McMaster University Occupational Therapy Evidence-Based Practice Research Group (Law et al. 1998). Foram escritas utilizando termos básicos, que podem ser compreendidos tanto por profissionais da clínica, estudantes e pesquisadores.
- Serão disponibilizados alguns exemplos e justificativas para as orientações/sugestões, com o objetivo de ajudar o leitor a entender o processo de revisão crítica.
- São fornecidas orientações sobre as questões localizadas na coluna da esquerda do formulário e para as instruções/perguntas na coluna de Comentários de cada componente.

### Componentes da Revisão Crítica

#### Referência Bibliográfica

- Título completo, todos os autores (último sobrenome, iniciais), nome completo do periódico, ano, volume # e páginas #s.
- Isso garante que outra pessoa possa, facilmente, encontrar o mesmo artigo.

#### Objetivo do estudo

- O objetivo estava claro? – O objetivo geralmente é citado de maneira breve no resumo do artigo e novamente na introdução, com mais detalhes. Pode ser expresso na forma da pergunta ou hipótese da pesquisa.
- Uma afirmativa clara permite que se determine com facilidade se o assunto é importante, relevante e de seu interesse. Considere como o estudo se aplica à prática da terapia ocupacional e/ou aos seus interesses. Caso não seja útil ou não se aplique, continue a busca por outro artigo.

#### Revisão de Literatura

- Foi realizada uma revisão da literatura relevante neste tema? – A revisão de literatura deve ser incluída no artigo, descrevendo pesquisas que ofereçam embasamento para o estudo. Deve-se oferecer uma síntese de informações relevantes, como trabalhos e pesquisas anteriores, além de discussão sobre a importância clínica do tema.
- Identifica áreas deficientes no corpo de conhecimento atual e nas pesquisas sobre o tema de interesse, justificando, portanto, a necessidade do estudo que será apresentado.

### Desenho do Estudo

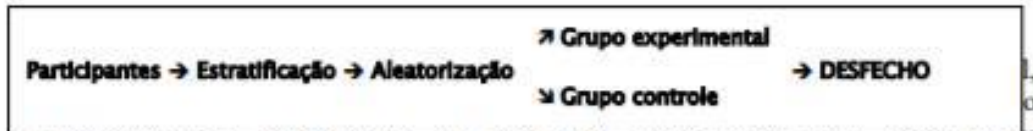
- Existem muitos tipos de desenhos de pesquisa. Essas orientações enfatizam os tipos mais comuns no âmbito da pesquisa em reabilitação.
- As características essenciais dos diferentes desenhos de estudo são descritas aqui para facilitar a identificação do tipo utilizado no estudo que você estiver analisando.
- Os autores utilizam terminologias diferentes, o que pode causar confusão – serão identificados termos alternativos, se possível.
- Inúmeras questões devem ser consideradas para se determinar a adequação do desenho escolhido. Algumas das questões principais estão listadas na seção Comentários, e são discutidas abaixo. São oferecidos diagramas dos diferentes desenhos, assim como exemplos relacionados ao estudo da eficácia dos programas de atividades para idosos.
- A maioria dos estudos apresenta problemas devido aos vieses que podem distorcer o desenho, execução ou interpretação da pesquisa. Os vieses mais comuns são descritos ao final desta seção.

### Tipos de Desenho

#### 1. Randomizado (ECR)

- Ensaio Controlado Randomizado ou Ensaio Clínico Randomizado: também conhecido como estudo Experimental ou Tipo 1. O ECR também abrange outros métodos diferentes, tais como desenhos de cross-over.
- A característica essencial do ECR é a identificação de um conjunto de clientes/sujeitos, que são alocados (encaminhados) aleatoriamente para dois ou mais “grupos” de tratamento. Um grupo de clientes é submetido ao tratamento estudado (uma nova modalidade de tratamento) e o outro grupo é o “controle”, que geralmente não é submetido a nenhum tratamento ou à prática tradicional. A alocação aleatória para diferentes grupos de tratamento permite a comparação dos mesmos em termos dos resultados, pois a aleatorização aumenta intensamente a probabilidade de similaridade entre os clientes em cada grupo. Assim, a chance de outro fator (conhecido como fator ou variável de confusão) influenciar os resultados é reduzida significativamente.
- A principal desvantagem do ECR é o custo envolvido e o fato de que em algumas situações não é ético manter um grupo “controle”, que não recebe tratamento. Por exemplo, se você fosse estudar a eficácia de um programa para pacientes portadores de lombalgia crônica, internados após cirurgia, seria antiético suspender o tratamento para formar um grupo “controle”.

- O ECR geralmente é escolhido para testar a eficácia de um tratamento ou comparar diversas abordagens.



randomizado. 44 pacientes de um centro de atenção em longo prazo foram aleatoriamente alocados em um dos dois tipos de intervenção. Os desfechos foram mensurados usando uma variedade de testes psicométricos em 3 momentos diferentes no tempo. (Bach et al., 1995).

## 2. Coorte

- A coorte é um grupo de pessoas (clientes) que foram expostos a uma situação semelhante, como por exemplo, um programa, diagnóstico ou doença. Qualquer que seja o tema/assunto de interesse, o grupo de clientes é identificado e acompanhado/observado ao longo do tempo para ver o desfecho.
- O desenho coorte é “prospectivo”, o que significa que a direção do tempo é sempre adiante. O tempo transcorre a partir do momento em que os clientes são identificados. Assim, os estudos de coorte são ocasionalmente conhecidos como estudos prospectivos.
- Esse desenho de estudo geralmente envolve um grupo de comparação (“controle”) de pessoas/clientes que não foram expostos à situação de interesse (e.g., não receberam nenhum tratamento). Uma das diferenças principais entre o ECR e a coorte é que, neste último, a alocação de pessoas (clientes) no grupo de tratamento ou no controle não está sob o controle do investigador - este deve trabalhar com o grupo de pessoas identificadas como “expostas” e então encontrar outro grupo de pessoas similar em termos de idade, gênero e outros fatores importantes.
- É difícil saber se os grupos são similares em termos de todos os fatores importantes (de confusão) e, portanto, os autores não podem ter certeza de que o tratamento (exposição) é o responsável pelos desfechos.
- As vantagens da coorte são o custo e o gasto de tempo menores do que os do ECR.



**Exemplo:** A avaliação de um programa de estimulação mental utilizou um desenho coorte para mensurar mudanças no estado mental de 30 pacientes após um período de 2 meses. Os primeiros 15 pacientes admitidos em um hospital-dia foram submetidos ao tratamento e compuseram o grupo “exposto”. As 15 admissões subsequentes não foram submetidas imediatamente ao tratamento, servindo como grupo “controle”. (Koh et al., 1994).

## 3. Estudo de Caso Único

- A pesquisa de caso/sujeito único envolve um cliente, ou um número de clientes, acompanhados ao longo do tempo ou avaliados quanto aos desfechos de interesse.

- Há diversos tipos de métodos utilizados nos estudos de caso único, com diferentes termos, tais como estudos “n de 1”, “ensaio antes-depois no mesmo sujeito”; ou “séries” de casos únicos, envolvendo mais de um sujeito/cliente.
- A característica básica de qualquer desenho de caso único é a avaliação dos clientes com relação aos desfechos de interesse, tanto antes (baseline) da intervenção quanto depois. Esse tipo de estudo permite que o sujeito sirva como seu próprio “controle”. Contudo, é difícil concluir que o tratamento, por si só, foi responsável pelas mudanças, uma vez que outros fatores podem mudar ao longo do tempo, como, por exemplo, a severidade de uma doença.
- Este desenho é útil quando apenas poucos clientes apresentam um determinado diagnóstico ou estão envolvidas em uma modalidade de tratamento que você quer avaliar. Esse tipo de estudo é facilmente repetido com mais de um cliente. Sua abordagem flexível torna-o particularmente adequado para a condução de pesquisas em um contexto clínico.



**Exemplo:** um estudo, examinando os efeitos das mudanças ambientais durante uma intervenção de Terapia Ocupacional em uma ala psiquiátrica, utilizou o desenho de estudo de caso único para observar mudanças no comportamento de 10 pacientes. A observação do comportamento de cada paciente foi feita antes, durante e depois da intervenção. (Burton, 1980).

#### 4. Antes-Depois

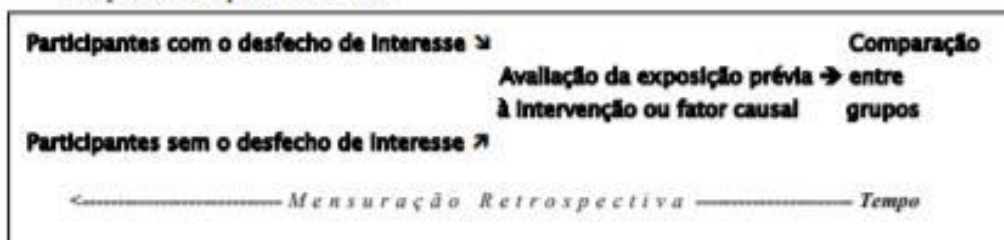
- O desenho antes-depois é usado geralmente para avaliar um grupo de clientes envolvidos em um tratamento (embora, conforme citado anteriormente, seja um método usado também para estudos de caso/sujeito único).
- A avaliador coleta informações sobre o estado inicial de um grupo de clientes em termos dos desfechos de interesse e então coleta novamente, após o tratamento, as informações sobre os desfechos de interesse.
- Trata-se de um desenho útil quando não se deseja atrasar o início do tratamento dos clientes. Contudo, sem o grupo “controle”, é impossível avaliar se o tratamento, por si só, foi responsável pelas mudanças ocorridas nos desfechos. Tais mudanças podem ocorrer devido a outros fatores, tais como, progressão da doença, uso de medicamentos, estilo de vida ou mudanças ambientais.



**Exemplo:** o nível de preocupação do cuidador, após a internação em um hospital dia, de um idoso membro de sua família que apresenta um quadro de demência foi avaliado usando um desenho antes-depois. Os desfechos relacionados à preocupação e responsabilidade pelo cuidado foram mensurados em 15 sujeitos antes e depois da internação. (Graham, 1989).

## 5. Caso-control

- Os estudos de caso-control exploram aquilo que torna diferente um grupo de indivíduos. Outros termos utilizados são estudo de comparação de caso ou estudo retrospectivo. Retrospectivo é o termo utilizado para descrever como os métodos analisam um fenômeno depois que este aconteceu. A característica essencial do estudo de caso-control é que a direção do estudo é para trás.
- Identifica-se um conjunto de clientes/sujeitos que compartilham de uma mesma situação ou característica como, por exemplo, um diagnóstico específico ou envolvimento em uma mesma modalidade de tratamento. A característica ou situação de interesse é comparada a um grupo “controle”, similar quanto a idade, gênero e contexto, mas que não apresenta a característica ou não está envolvido na situação de interesse. O objetivo é identificar diferenças entre os dois grupos.
- O estudo de caso-control tem um custo relativamente baixo, mas há diversos problemas em potencial (falhas) que tornam difícil concluir quais fatores são responsáveis pelo desfecho.



**Exemplo:** Se um terapeuta ocupacional quisesse entender por que alguns clientes de um hospital dia compareciam regularmente ao programa de atividades de vida diária (que era opcional) e outros não, um desenho de caso-control poderia ser utilizado para explorar as diferenças entre esses dois grupos, com relação a idade gênero, interesses, contexto de vida e situação de vida atual.

## 6. Estudo Transversal

- Envolve um determinado grupo de pessoas, cuja avaliação é realizada ao mesmo tempo.
- Este desenho é usado com frequência para explorar quais fatores podem ter influenciado um determinado desfecho em um grupo de pessoas. É útil quando se sabe relativamente pouco sobre um assunto/desfecho.
- Pesquisas, questionários e entrevistas são métodos comumente utilizados nos estudos cross-seccionais. São relativamente fáceis e de baixo custo, uma vez que é realizada apenas uma avaliação.
- É impossível saber se todos os fatores foram incluídos na avaliação, portanto se torna difícil estabelecer conclusões de causa-efeito a partir dos resultados, para além do grupo estudado.

<b>Participantes → Mensuração simultânea dos desfechos e outros fatores</b> <b>*Tempo: todos em um mesmo momento *</b>
---

**Exemplo:** Clientes e suas famílias, os quais foram envolvidos em um novo programa de atividades para idosos com demência, podem ser entrevistados após a

alta para avaliar o impacto do programa em sua qualidade de vida, participação em atividades e nível de satisfação.

## 7. Estudo de Caso

- Um estudo de caso é realizado com o objetivo de disponibilizar informações (dados) descritivas sobre a relação entre uma modalidade de tratamento (exposição) e um desfecho de interesse. É também chamado estudo descritivo, por ser este seu objetivo primário. Não há grupo controle.
- É geralmente usado para explorar uma nova modalidade de tratamento, sobre a qual se conhece pouco. Contudo, os resultados podem ser considerados apenas em termos da descrição de uma situação em particular. Pode gerar informação para incentivar estudos futuros sobre o tema em questão.

**Participantes que apresentam a condição de interesse → Informação sobre o desfecho clínico**

**Exemplo:** Doze pacientes em uma ala geriátrica de longa permanência foram observados ao longo de um período de tempo para determinar a eficácia de atividades individuais e em grupo. Os níveis de envolvimento e participação foram observados e registrados em intervalos de 10 minutos, para determinar quaisquer diferenças entre nenhuma intervenção, atividades individuais e atividades em grupo. (McCormack & Whitehead, 1981).

## 8. Estudo Longitudinal

- ✓ A característica básica deste desenho é o acompanhamento ao longo do tempo de um grupo de sujeitos, com avaliações repetidas dos clientes em relação aos desfechos de interesse. Esse tipo de estudo documenta mudanças que acontecem naturalmente (na ausência de intervenção). Envolve um grupo de clientes, acompanhados ao longo do tempo e avaliados quanto aos desfechos de interesse.

### Adequação do Desenho do Estudo

- Algumas questões devem ser consideradas para determinar se um desenho de estudo é o mais adequado:
  - Conhecimento sobre os assunto/tema: quando há pouco conhecimento sobre um assunto, opta-se por um estudo mais exploratório, por exemplo, estudo de caso ou cross-seccional. A medida que nosso nível de conhecimento aumenta, os desenhos devem ser mais rigorosos, quando a maioria das variáveis que podem influenciar o desfecho são conhecidas e podem ser controladas pelo pesquisador. O desenho mais rigoroso é o ECR.
  - Desfechos: se o desfecho estudado pode ser facilmente quantificado e se encontram disponíveis instrumentos de avaliação padronizados para mensurá-lo, um desenho mais rigoroso (eg, um ECR) é adequado. Se os desfechos ainda não são completamente compreendidos, tais como qualidade de vida, então um desenho que explora diferentes fatores que podem estar envolvidos nos desfechos é mais adequado, como um estudo caso-controle.

- Questões éticas: quando não há questões éticas envolvendo o adiamento do tratamento, pode-se utilizar um desenho de pesquisa que utiliza um grupo controle, que não recebe nenhum tipo de intervenção.
- Objetivo/pergunta do estudo: alguns desenhos são bastante adequados para se estudar a eficácia de um tratamento, incluindo ECR, antes-depois e estudo de caso único. Outros desenho (eg. caso-controle e cross-seccional) são mais adequados se o objetivo do estudo for aprender mais sobre um assunto, ou se trata de um estudo piloto para determinar a relevância daquela modalidade de tratamento ou do investimento em mais estudos naquela área.

## Erros

- Existem diferentes tipos de erros descritos na literatura em pesquisa. Os mais comuns, aos quais se deve estar atentos, são descritos abaixo em 3 áreas principais:
  1. Erros de amostragem (seleção de sujeitos), que podem resultar na não-representatividade da população de interesse;
  2. Erros de mensuração (detecção), que incluem questões relacionadas à forma como os desfechos foram mensurados; e
  3. Erros de intervenção (desempenho), que dizem respeito à maneira como foi realizado o tratamento.
- Caso o leitor necessite de maiores informações sobre erros, deverá se remeter à bibliografia.
- Um erro afeta os resultados do estudo em uma direção – ou “favorece” o grupo de intervenção ou o grupo controle. É importante estar atento à direção na qual o erro pode influenciar os resultados.

### 1. Seleção/Amostragem

- *a.* Voluntários ou encaminhamento:
  - Pessoas que se oferecem como voluntários em um estudo, ou são encaminhados a uma pesquisa são geralmente diferentes dos não-voluntários/não-encaminhados.
  - Esse tipo de erro geralmente, mas nem sempre, favorece o grupo de tratamento, uma vez que os voluntários costumam ser mais motivados e preocupados com sua saúde.
- *b.* Sazonal:
  - Se todos os sujeitos são recrutados e, portanto, avaliados e submetidos ao tratamento em um momento, os resultados podem ser influenciados pelo momento da seleção da amostra e da intervenção. Por exemplo, idosos tendem a estar mais saudáveis no verão do que no inverno, portanto os resultados podem ser mais positivos se o estudo acontece no verão.
  - Esse erro pode ocorrer em qualquer direção, dependendo da época do ano.
- *c.* Atenção:

- Pessoas avaliadas como parte do estudo estão geralmente cientes do objetivo do mesmo, e como resultado dessa atenção, respondem de maneira mais favorável ou apresentam um desempenho melhor do que pessoas que não têm conhecimento do objetivo do estudo. Esse erro explica porque alguns estudos usam um grupo “controle de atenção”, no qual as pessoas do grupo “controle” recebem o mesmo nível de atenção que os indivíduos do grupo de tratamento, mas não o mesmo tipo de intervenção.

## 2. Mensuração/Deteção

- a. Número de mensurações utilizadas:
  - Se apenas uma mensuração é utilizada, pode ocorrer um erro na forma como a própria medida avaliou o desfecho. Por exemplo, uma medida de Atividades de Vida Diária (AVD) considera vestir, alimentação e uso do banheiro, mas exclui higiene e cuidado pessoal ou preparação de alimentos.
  - Esse erro pode influenciar os resultados em qualquer direção; eg., pode favorecer o grupo controle, caso falem elementos importantes do desfecho, que poderiam ter respondido ao tratamento.
  - Pode ainda ocorrer erro quando há muitas medidas para o tamanho da amostra. Essa questão envolve estatística e geralmente favorece o grupo controle porque o grande número de cálculos estatísticos reduz a habilidade de encontrar diferença significativa entre os grupos de tratamento e controle.
- b. Ausência de avaliação “oculta” ou “independente”:
  - Se os avaliadores estão cientes do grupo no qual um sujeito foi alocado, ou qual tratamento este recebeu, é possível que eles influenciem os resultados, avaliando a pessoa ou o grupo de forma mais ou menos favorável. Isso deve ser considerado quando o avaliador faz parte da equipe de pesquisa ou tratamento.
  - Esse método pode demandar bastante tempo e ter um custo alto, pois pode ser necessário um longo período para descobrir os significados ocultos daquela situação/contexto.
- c. Memória
  - Este pode ser um problema se os desfechos são mensurados a partir de instrumentos de auto-relato, pesquisas ou entrevistas que exigem que a pessoa lembre eventos passados. Com frequência, a pessoa se lembra mais de eventos positivos do que negativos, o que pode favorecer os resultados do estudo para aquelas pessoas questionadas sobre o assunto ou que foram submetidas ao tratamento.

## 3. Intervenção/Desempenho

- a. Contaminação:
  - Isso ocorre quando membros do grupo controle, inadvertidamente, recebem tratamento e, portanto, a diferença dos desfechos entre os dois grupos pode ser reduzida. Isso favorece o grupo controle.
- b. Cointervenção:

- Se os clientes recebem outra forma de tratamento durante a realização do estudo, isso pode influenciar os resultados em qualquer direção. Por exemplo, o uso de medicamentos enquanto se recebe ou não o tratamento pode favorecer os resultados para pessoas de qualquer grupo. O leitor deve considerar se outro tratamento, ou uma intervenção adicional, pode ter uma influência positiva ou negativa nos resultados.
- $\zeta$  Tempo de intervenção
  - Diferentes questões relacionadas ao tempo de intervenção podem levar a erro.
  - Se uma modalidade de tratamento é realizada em uma criança durante um longo período, a maturação, por si só, pode influenciar a melhora observada.
  - Se o tratamento é de curta duração, pode não haver tempo suficiente para que se observe efeito nos desfechos de interesse. Isso favoreceria o grupo controle.
- $\lambda$  Local de tratamento
  - O local onde acontece a intervenção pode influenciar os resultados – por exemplo, se um programa de tratamento é realizado na casa do cliente, pode-se alcançar um nível de satisfação, o que favoreceria o grupo de intervenção. O local de tratamento deve ser o mesmo em todos os grupos.
- $\epsilon$  Terapeutas diferentes
  - Caso terapeutas diferentes estejam envolvidos em oferecer o tratamento estudado para os vários grupos, os resultados podem ser influenciados em uma direção – por exemplo, um terapeuta pode motivar ou ser mais positivo do que outro, e com isso o grupo com o qual trabalhou pode apresentar desfechos mais favoráveis. O envolvimento do terapeuta deve ser igual e consistente entre todos os grupos de tratamento.

### Amostragem

- N= ? O número de sujeitos/clientes envolvidos no estudo deve estar claro.
- A amostra foi descrita detalhadamente? A descrição da amostra deve ser detalhada o suficiente para oferecer um perfil claro dos envolvidos no estudo.
- Devem ser descritas as características importantes que se relacionam ao tema, para que se possa concluir que a população do estudo é similar à sua e que os erros foram minimizados. São características importantes:
  - quem compõe a amostra – os sujeitos são adequados à pergunta no estudo e descritos em termos de idade, gênero, tempo de incapacidade/doença e estado funcional (se aplicável)?;
  - quantos sujeitos participaram e, caso haja grupos diferentes, estes eram relativamente iguais em tamanho?
  - como foi realizada a amostragem – os participantes foram voluntários, ou encaminhados? Os critérios de inclusão e exclusão foram descritos/

- se havia mais de um grupo, havia similaridade entre eles no que diz respeito aos fatores importantes (de confusão)?
- Foi apresentada justificativa para o tamanho da amostra? Os autores devem esclarecer como chegaram ao tamanho da amostra, para justificar o número escolhido. Com frequência, a justificativa é baseada na população disponível para o estudo. Alguns autores oferecem uma justificativa estatística para o tamanho da amostra, mas isso é raro.
- Devem ser descritos os procedimentos éticos, embora eles sejam, com frequência, negligenciados. Os autores devem, pelo menos, esclarecer se o termo de consentimento foi assinado pelos participantes no início do estudo.

### Desfechos

- Desfechos são as variáveis ou questões de interesse do pesquisador – representam o produto ou resultado do tratamento ou exposição.
- Os desfechos precisam ser descritos com clareza para que seja possível determinar sua relevância e utilidade para sua situação. Além disso, o método de mensuração deve também ser descrito para que se tenha segurança de que o estudo foi conduzido de maneira objetiva e sem erros.
- Determine a frequência da mensuração. É importante saber se os desfechos foram mensurados antes e após a intervenção, e se foram considerados os efeitos em curto e longo prazo.
- Analise as medidas dos desfechos para determinar como eles são relevantes à prática da terapia ocupacional, i.e. – se eles incluem áreas de desempenho ocupacional, componentes do desempenho e/ou componentes ambientais.
- Liste as medidas usadas e qualquer informação importante a respeito das mesmas para referências futuras. Considere se são medidas conhecidas ou desenvolvidas pelos pesquisadores especificamente para aquele estudo. Pode ser mais difícil repetir o estudo nesta última situação.
- Os autores devem relatar se as medidas dos desfechos usaram propriedades psicométricas sólidas – e mais importante, confiáveis e válidas. Isso garante a confiança na mensuração dos desfechos de interesse.
- As medidas dos desfechos eram confiáveis? – A confiabilidade avalia se uma medida gera a mesma informação em diferentes situações. As duas formas mais comuns de confiabilidade são: confiabilidade teste-reteste – o mesmo observador obtém a mesma informação em duas ocasiões separadas por um curto intervalo de tempo; e confiabilidade entre-examinadores – diferentes observadores obtém a mesma informação ao mesmo tempo.
- As medidas dos desfechos eram válidas? – Avalia se a medida está realmente medindo aquilo que se propõe. Considere se a medida inclui todos os conceitos relevantes e elementos do desfecho (validade de conteúdo), e se os autores relatam que a medida foi testada em relação a outras medidas para determinar essa relação (validade de critério). Por exemplo, uma medida de AVD “válida” incluirá todos os elementos relevantes do auto-cuidado e será testada com outras medidas de AVD e auto-cuidado para determinar se a relação entre as medidas é a esperada.

## Intervenção

- A intervenção foi descrita de forma detalhada? – Deve haver informação suficiente para a intervenção para que você possa reproduzi-la.
  - Ao analisar a intervenção, considere elementos importantes como:
    - O foco da intervenção – se é relevante para a prática da terapia ocupacional e para o seu interesse;
    - Quem realizou a intervenção – uma ou mais pessoas, se elas foram treinadas;
    - Com que frequência foi realizada a intervenção – foi suficiente, na sua opinião, para causar um impacto? A frequência foi a mesma para todos os grupos envolvidos?
    - O contexto clínico – a intervenção foi realizada em casa ou em uma instituição? O contexto foi o mesmo para os diferentes grupos (caso haja mais de um)?
- Tais elementos precisam ser informados, se você deseja reproduzir o tratamento em sua prática.
- A contaminação e a cointervenção foram evitadas? – esses dois fatores foram descritos como erros (ver seção Desenhos). Há alguma informação sobre eles? Se não, considere as questões que podem ter influenciado os resultados do estudo, por exemplo, o que poderia acontecer se um dos clientes no grupo controle recebesse tratamento inadvertidamente (contaminação) ou se alguns sujeitos estivessem fazendo uso de medicamentos durante o estudo (cointervenção)? Registre as possíveis influências. Se havia apenas um grupo no estudo, marque “não se aplica” no formulário.

## Resultados

- Os resultados foram relatados em termos de significância estatística? – A maioria dos autores apresenta os resultados da pesquisa quantitativa em termos de significância estatística, para provar que são merecedores de atenção. É difícil determinar se a mudança nos desfechos ou as diferenças entre os grupos são importantes ou significativas se os dados são apresentados apenas como médias, médias ou porcentagens.
- Caso o leitor se interesse em aprofundar seus conhecimentos sobre métodos estatísticos específicos, deverá se remeter à bibliografia.
- Aponte os resultados de maneira breve nesta seção, enfatizando aqueles que foram estatisticamente significativos. Se os resultados não foram estatisticamente significativos, analise as causas: o tamanho da amostra não foi grande o suficiente para mostrar diferença importante ou significativa; ou havia muitas medidas para o número de sujeitos envolvidos.

- Os métodos de análise foram adequados? – Os autores justificaram/explicaram a escolha dos métodos de análise? Estes foram adequados ao estudo e aos desfechos? É necessário considerar o seguinte:
  - O objetivo do estudo – comparar 2 ou mais intervenções ou examinar a correlação entre diferentes variáveis de interesse. São utilizados testes estatísticos diferentes para comparação e correlação.
  - Os desfechos – se há apenas um desfecho mensurado para comparar dois tratamentos diferentes, um teste estatístico simples como o teste-*t* provavelmente será suficiente. Contudo, com um número maior de desfechos, envolvendo diferentes tipos de variáveis, geralmente são necessários métodos estatísticos mais complexos, como a análise de variância (ANOVA).
- A importância clínica foi identificada? – Números são geralmente insuficientes para determinar se os resultados de um estudo são clinicamente importantes. Os autores devem discutir a relevância dos resultados para a prática clínica e/ou a vida das pessoas envolvidas. Caso tenham sido encontradas diferenças significativas entre os grupos de tratamento, estas são importantes para a prática clínica? Se as diferenças não foram estatisticamente significativas, existem questões importantes que devem ser consideradas para sua prática clínica?

#### *Abandono do estudo (Drop-outs)*

- Houve relato de participantes que abandonaram o estudo? – O número de sujeitos/participantes que abandonaram o estudo deve ser relatado, uma vez que pode influenciar os resultados. Deve-se também esclarecer as razões para o abandono e como esse fato foi levado e considerado durante a análise dos dados, para aumentar a confiança nos resultados. Caso não haja abandono no estudo, considere como SIM e escreva na sessão de Comentários “não houve abandono”.

#### *Conclusão e Implicações Clínicas*

- A sessão de discussão do artigo deve ressaltar conclusões claras a partir dos resultados. Estas devem ser relevantes e adequadas, considerando-se os métodos e resultados do estudo. Por exemplo, os investigadores de um ECR bem desenhado, que utiliza medidas sólidas de desfecho podem afirmar a partir de seus resultados que o tratamento A é mais eficaz do que o B para aquela população de estudo. Outros desenhos de estudo não podem fazer conclusões tão fortes, devido às suas prováveis limitações metodológicas ou erros, como a falta de um grupo controle ou medidas não confiáveis, que tornam difícil “provar” ou concluir que o tratamento, por si só, influenciou os desfechos. Nesses casos, os autores podem apenas concluir que resultados demonstraram diferenças nos desfechos de interesse do estudo, para aquela população envolvida. Os resultados não podem ser generalizados para outras populações, incluindo a de seu interesse. Estudos posteriores devem então ser recomendados.

- A discussão deve abordar como os resultados podem influenciar a prática clínica – eles oferecem informação útil e relevante sobre a sua clientela, ou um desfecho de seu interesse? Eles sugerem estudos futuros? Considere as implicações dos resultados, como um todo ou em parte, para sua prática particular e para a Terapia Ocupacional de maneira geral.

## Bibliografia

Crombie, I.K. (1996). The pocket guide to critical appraisal: A handbook for health care professionals. London: BMJ Publishing Group.

Dept. Of Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University Health Sciences Centre(1981). How to read clinical journals: V: To distinguish useful from useless or even harmful therapy. Canadian Medical Association Journal, 124, 1156-1162.

Law, M. (1987). Measurement in occupational therapy: Scientific criteria for evaluation. Canadian Journal of Occupational Therapy, 58, 171-179.

Law, M., King, G. & Pollock, N. (1994). Single Subject Research Design. Research Report #94-2. Hamilton, ON: Neurodevelopmental Clinical Research Unit.

Mulrow, C.D., Oxman, A.D. (Eds.). (1996). Cochrane Collaboration Handbook. Available in The Cochrane Library [database on disk and CD-ROM]. The Cochrane Collaboration: Issue 2.Oxford: Updated Software; 1998.

Norman, G.R. & Streiner, D.L. (1986). PDQ Statistics. Burlington, ON: B.C. Decker Inc.

Sackett, D. L. (1979). Bias in analytic research. Journal of Chronic Disability, 32, 51-63.

Sackett, D.L., Haynes, R.B., Guyatt, G.H. & Tugwell, P. (1991). Clinical Epidemiology. A Basic Science for Clinical Medicine. Second Edition. Toronto, ON: Little, Brown and Co.

Streiner, D.L., Norman, G.R. & Blum, H.M. (1989). PDQ Epidemiology. Toronto, ON: B.C. Decker Inc.

### *Artigos do programa de atividades para idosos com demência (citados nos exemplos de desenho de estudo)*

Bach, D., Bach, M., Bohmer, G., Gruhwalk, T. & Grik, B. (1995). Reactivating occupational therapy: a method to improve cognitive performance in geriatric patients. Age and Aging, 24,222-226.

Burton, M. (1980). Evaluation and change in a psychogeriatric ward through direct observation and feedback. British Journal of Psychiatry, 137, 566-571.

Graham, R.W. (1989). Adult day care: how families of the dementia patient respond. Journal of Gerontological Nursing, 15(3), 27-31, 40-41.

Koh, K., Ray, R., Lee, J., Nair, T., Ho, T. & Ang, P.C. (1994). Dementia in elderly patients: can the 3R mental stimulation programme improve mental status? Age and Aging, 23, 195-199.

McCormack, D. & Whitehead, A. (1981). The effect of providing recreational activities on the engagement level of long-stay geriatric patients. Age and Aging, 10, 287-291.

Fonte: LUZ; MANCINI; SAMPAIO (1998)

## ANEXO C - Formulário de Revisão Crítica – Estudos Qualitativos

### Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007  
McMaster University

**CITATION:**

--

	Comments
<p><b>STUDY PURPOSE:</b></p> <p>Was the purpose and/or research question stated clearly?</p> <p><input type="radio"/> yes</p> <p><input type="radio"/> no</p>	<p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p>
<p><b>LITERATURE:</b></p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input type="radio"/> yes</p> <p><input type="radio"/> no</p>	<p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</p>
	<p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?<sup>1</sup></p>
<p><b>STUDY DESIGN:</b></p> <p>What was the design?</p> <p><input type="radio"/> phenomenology</p> <p><input type="radio"/> ethnography</p> <p><input type="radio"/> grounded theory</p> <p><input type="radio"/> participatory action research</p> <p><input type="radio"/> other</p> <p>_____</p>	<p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p>

<sup>1</sup> When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue with the review.



<p><b>Procedural Rigour</b>          Procedural rigor was used in data collection strategies?  <input type="radio"/> yes  <input type="radio"/> no  <input type="radio"/> not addressed</p>	<p>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design &amp; data collection methods.</p>
<p><b>DATA ANALYSES:</b></p> <p><b>Analytical Rigour</b>          Data analyses were inductive?  <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> not addressed</p> <p>Findings were consistent with &amp; reflective of data?  <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</p>
<p><b>Auditability</b>          Decision trail developed?  <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately?  <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> not addressed</p>	<p>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</p>
<p><b>Theoretical Connections</b>          Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge?  <input type="radio"/> yes  <input type="radio"/> no</p>	<p>How were concepts under study clarified &amp; refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</p>



## Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007

### Introduction

- These guidelines accompany the Critical Review Form: Qualitative Studies originally developed by the McMaster University Occupational Therapy Evidence-Based Practice Research Group and revised by Letts et al., 2007. They are written in basic terms that can be understood by researchers as well as clinicians and students interested in conducting critical reviews of the literature.
- Guidelines are provided for the questions in the left hand column of the form and the instructions/questions in the Comments column of each component.
- Examples relate to occupational therapy research as much as possible.
- These guidelines assist readers to complete critical appraisal of qualitative research articles. In recent years, there has been an increase in the number of meta-syntheses i.e., articles that examine more than one qualitative study and synthesize the data from these studies together. The approaches to conducting meta-syntheses are still emerging, and criteria for critical appraisal of meta-syntheses are not yet well-established. Over time, we anticipate that we may either revise this review form to incorporate meta-syntheses or develop another review form.

### Critical Review Components

#### Citation

- Include full title, all authors (last name, initials), full journal title, year, volume number, and page numbers.
- This ensures that another person could easily retrieve the same article.

#### Study Purpose

- Was the purpose and/or research question stated clearly? - The purpose is usually stated briefly in the abstract of the article, and again in more detail in the introduction. It may be phrased as a research question.
- A clear statement of purpose or research questions helps you determine if the topic is important, relevant, and of interest to you.
- For future reference, it is useful to provide a summary of the purpose or research question in the comments section, so that you or someone else can quickly get a sense of the article.

#### Literature

- Was relevant background literature reviewed? A review of the literature should be included in an article describing research to provide some background to the study. It should provide a

synthesis of relevant information such as previous work/research, and discussion of the clinical importance of the topic.

- The review of the literature could include both qualitative and quantitative evidence related to the study purpose.
- It identifies gaps in current knowledge and research about the topic of interest, and thus justifies the need for the study being reported. The justification for the study should be clear and compelling. Readers should be able to understand the researchers' thinking in conducting the study.
- Consider how the study can be applied to occupational therapy practice and/or your own situation before you continue with your review of the article. If it is not useful or applicable, go on to the next article.

### Study Design

- What was the study design? There are many different types of research designs. These guidelines focus on the most common types of qualitative designs in rehabilitation research.
- The essential features of the different types of study designs are outlined to assist in determining which was used in the study you are reviewing.
- Some researchers will not describe their study using these design descriptions; they may simply refer to the research as a 'qualitative design'. In most cases, you should expect the authors to link their research to a specific research tradition, or justify why they have not done so. When reviewing articles in which the design is described only as qualitative, it can be useful to consider which of these traditions best matches the study you are reading; this will help you make a judgement about the appropriateness of the design, sampling, data collection and analyses.
- Numerous issues can be considered in determining the appropriateness of the design chosen. Some of the key issues are listed in the Comments section, and are discussed below.

### Design Types

#### 1. Phenomenology

- Phenomenology answers the question: "What is it like to have a certain experience?". It seeks to understand the phenomenon of a lived experience - this may be related to an emotion, such as loneliness or depression, to a relationship, or to being part of an organization or group. The assumption behind phenomenology is that there is an essence to shared experience. It comes from the social sciences and requires a researcher to enter into an individual's life world and use the self to interpret the individual's (or group's) experience. Phenomenology's application to occupational therapy research is discussed in detail by Wilding & Whiteford (2005).

**Example:** A phenomenological approach was chosen to explore the experiences of people with arthritis who were participants in two different types of arthritis education groups. Data were collected through observations of the groups, individual interviews with group participants, followed by focus groups after initial analyses were completed. Three themes are discussed by the authors: validation through connection; restructuring illness identity; and perceptions of self and disease symptoms. The themes provided insights into notions underlying transformative learning theory (Ashe, Taylor, & Dubouloz, 2005).

## 2. Ethnography

- Ethnography is a well-known form of qualitative research in anthropology, and focuses on the question: “What is the culture of a group of people, or people in a particular setting?”. The goal of ethnographic research is to tell the whole story of a group’s daily life, to identify the cultural meanings, beliefs and social patterns of the group, and can include the description of material culture (buildings, tools, and other objects that have cultural meaning). Culture is not limited to ethnic groups, and ethnographers study the culture of organizations, programs and groups of people with common social problems such as smoking and drug addiction. In the area of health care, Krefting (1989) described a disability ethnography, which is a strategic research approach focusing on a particular human problem and those aspects of group life that impact on the problem.

**Example:** An ethnographic study was conducted to explore the process and outcomes of a program of occupation for seniors with dementia within a day hospital setting, which was the culture being examined. Data from observations, interviews with patients and staff, and field notes were analyzed to discover the opportunities and barriers to conducting an occupational program in a day hospital unit (Borell, Gustavsson, Sandman & Kielhofner, 1994). Jung, Tryssenaar, & Wilkins (2005), in their ethnographic study, interviewed novice tutors and their tutor guides or mentors in order to understand the entry phase of “becoming a tutor” within the culture of problem based learning. The overarching theme was of story telling or an oral tradition within which novice tutors learned from their tutor mentors based on direct modeling and vicarious sharing of stories.

## 3. Grounded Theory

- Grounded theory focuses on the task of theory construction. The inductive nature of qualitative research is considered essential for generating a theory. The focus is on searching to identify the core social processes within a given social situation. Glaser and Strauss (1967) developed a research process that takes the researcher into and close to the real world to ensure that the results are “grounded” in the social world of the people being studied. More recently, Charmaz (2003, 2006) has argued that the ongoing work of Glaser (1978) and Strauss and Corbin (1990) has resulted in grounded theory becoming more objectivist (positivistic) and suggested that a more constructivist (interpretive) approach allows researchers to focus more on human agency, social and subjective meaning, and problem-solving practices and action. A grounded theory method is an emergent design dependent on continuous data analysis. The theory is seen as a developmental process and therefore is able to capture the nature of social interaction and its structural content.

**Example:** Grounded theory was used to explore the concept of playfulness in adults (Guitard, Ferland, & Dutil, 2005). Through interviews with a heterogeneous group of fifteen adults, and inductive analyses, the following components of playfulness were identified: creativity, curiosity, sense of humour, pleasure, and spontaneity. The analyses also resulted in the development of a visual model demonstrating the relationships among the components of the model.

#### 4. Participatory Action Research (PAR)

- PAR is an approach to research and social change that can be considered a type of qualitative research. PAR involves individuals and groups researching their own personal beings, socio-cultural settings and experiences. They reflect on their values, shared realities, collective meanings, needs and goals. Knowledge is generated and power is regained through deliberate actions that nurture, empower and liberate persons and groups. The researcher works in partnership with participants throughout the research process. PAR can be time consuming because sometimes delays can occur when researchers from outside the community and community members need to negotiate phases in the research. Research describing PAR should ideally discuss the negotiation processes used in the research.

**Example:** Cockburn and Trentham (2002) share two examples of participatory action research projects in which they were involved. One project involved adults with mental illness working to create meaningful work experiences. The other involved older adults in a community capacity-building process related to identifying and addressing issues in their housing complex. Letts (2003) also shared a number of examples of participatory research projects that involved occupational therapists.

#### 5. Other Designs

- These are many other qualitative research designs described in the literature. They come from different theoretical traditions and disciplines, and some are extensions of the more popular ethnographic and phenomenological designs. Some of the most frequently described designs in qualitative literature include: heuristics, ethnomethodology, institutional ethnography, hermeneutics, ecological psychology, feminism, and social interactionism. Readers interested in further inquiry of qualitative research designs are directed to the bibliography at the end of this document.

#### Appropriateness of Study Design

- The choice of qualitative research designs should be congruent with the following:
  - The beliefs and worldviews of the researcher i.e., the qualitative researcher usually expresses an interest in understanding the social world from the point of view of the participants in it, and emphasizes the context in which events occur and have meaning;
  - The nature of the end results desired i.e., the qualitative research is seeking meaning and understanding, which is best described in narrative form;
  - The depth of understanding and description required from participants i.e., qualitative research usually involves the exploration of a topic or issue in depth, with emphasis on seeking information from the people who are experiencing or are involved in the issue;
  - The type of reasoning involved: qualitative research is oriented towards theory construction, and the reasoning behind data analysis is inductive i.e., the findings emerge from the data.
- Crabtree and Miller (1992) suggest that the best way to determine if the choice of a particular qualitative research design is appropriate is to ask how the particular topic of interest is usually shared in the group or culture of interest. For example, if information about how

clients responded to occupational therapy treatment is usually shared through discussion and story-telling among individual therapists, then a phenomenological approach may be the most appropriate way to study this experience.

- Was a theoretical perspective identified? The thinking and theoretical perspective of the researcher(s) can influence the study. The researcher should know something conceptually of the phenomenon of interest, and should state the theoretical perspective up front. For example, Ashe et al. (2005) presented findings from an earlier grounded theory study to explain the context of their project, and also discussed the link to adult learning theory.

### Qualitative Methods

- A variety of different methods are used by qualitative researchers to answer the research question. The most common ones are described here, including the advantages and disadvantages of each.

#### 1. Participant Observation

- A participant observer uses observation to research a culture or situation from within. There is a difference between the researcher as simply an onlooker and one who is actually participating while observing (i.e., doing what the people are doing). The observer usually spends an extended period of time within the setting to be studied and records 'fieldnotes' of his/her observations. This type of research may be called 'fieldwork', which comes from its roots in social and cultural anthropology.
- Participant observation is useful when the focus of interest is how activities and interactions within a setting give meaning to beliefs or behaviours. It fits with the assumption that everyone in a group or organization is influenced by assumptions and beliefs that they take for granted. It is therefore considered the qualitative method of choice when the situation or issue of interest is obscured or hidden from public knowledge and there are differences between what people say and what they do.
- Participant observation can be time-consuming and costly, as it can take a long time to uncover the hidden meanings of the situation/context. However, if a researcher is expecting to commit to a particular topic as part of an ongoing program of research the investment of this time can prove very valuable. The researcher should allow enough time to get at the complexity of the situation being observed.

#### 2. Interviews

- An interview implies some form of verbal discourse. The participant provides the researcher with information through verbal interchange or conversation. Non-verbal behaviours and the interview context are noted by the researcher and become part of the data.
- Another term used frequently in qualitative research is 'key informant interviews' which refers to the special nature of the participant being interviewed - he or she is chosen by the researcher because of an important or different viewpoint, status in a culture or organization, and/or knowledge of the issue being studied. However, the method of data collection remains an interview.
- Qualitative interviews place an emphasis on listening and following the direction of the participant/informant. A variety of open-ended questions are chosen to elicit the most information possible in the time available. Frequently, the interview protocol provides

opportunities for the interviewer to probe following participant responses to open-ended questions.

- Interviews can be done relatively quickly, with little expense, and are useful when a particular issue needs to be explored in depth. However, the drawback to interviewing is related to the constraints imposed by language. The types of questions asked will frame the participants' responses, and this should be taken into account by the researcher.

### 3. Document Review

- Document review is often used in historical research, which involves the study and analysis of data about past events. The specific methods used are flexible and open because the purpose is to learn how past intentions and events were related due to their meaning and value. Documents are reviewed considering the context within which they were created. The historian learns about particular persons at particular times and places that present unique opportunities to learn about the topic of interest.
- It is a research method that requires the researcher to enter into an in-depth learning process, to become a critical editor of texts, such as diaries, media reports, or blogs. The researcher should explain the method used and readers should feel comfortable that the method involved adequate depth and a critical approach.

### 4. Focus Groups

- Focus groups are a formal method of interviewing a group of people/participants on a topic of interest.
- The same principles used for individual interviews apply with focus group interviews e.g., the use of open-ended questions, the focus on listening and learning from the participants.
- Focus groups are useful when multiple viewpoints or responses are needed on a specific topic/issue. Group members can build on one another's ideas to result in more in-depth discussions of the topic. Multiple responses can be obtained through focus groups in a shorter period of time than individual interviews. A researcher can also observe the interactions that occur among group members.
- The disadvantages of focus groups relate to the potential constraints that a group setting can place on individuals' responses. A common challenge in focus groups is to ensure that both reticent and gregarious participants have an opportunity to be heard. The facilitator of the focus group must be skilled in group process and interviewing techniques to ensure the success of the group.

### 5. Other

- Other forms of qualitative research methods include mapping cultural settings and events; recording, using either audio or visual techniques such as photography; life histories (biographies); and genograms.
- Some researchers consider surveys and questionnaires which are open-ended in nature to be qualitative methods if the primary intent is to 'listen' to or learn from the participants/clients themselves about the topic of interest. However, these tend to be limited, and often constrain the participants in ways that other qualitative methods do not. Answering one open-ended question at the end of a survey is not the same as participating in an in-depth interview. It is difficult to ensure that the richness of participants' experiences is really conveyed.

Researchers need to be clear about the intent of such questions, and how the results are analysed and interpreted.

## Sampling

- The process of purposeful selection was described? - Sampling in qualitative research is purposeful and the process used to select participants should be clearly described.
- The sampling method needs to fit the study purpose or research question being explored.
- Purposeful sampling selects participants for a specific reason e.g., age, culture, experience, not randomly.
- There are numerous sampling methods in qualitative research: the sampling strategies used by the researcher should be explained and should relate to the purpose of the study. For example, if the purpose of the study is to learn about the impact of a new treatment program from the perspective of all clients involved in the program and their families, the purposeful sampling method should be broad to include maximum variation in perspectives and views. On the other hand, if the purpose is to explore an issue in-depth, such as the numerous factors and interactions that are involved in a family deciding when and where to place an elderly member in a nursing home, an individual, 'key informant' approach may be appropriate.
- Sampling was done until redundancy in data was reached? - The main indicator of sample size in qualitative research is often the point at which redundancy, or theoretical saturation of the data, is achieved. The researcher should indicate how and when the decision was reached that there was sufficient depth of information and redundancy of data to meet the purposes of the study.
- The sampling process should be flexible, evolving as the study progresses, until the point of redundancy in emerging themes is reached.
- The sample should be described in such a way that the reader understands the key characteristics of the participants involved. As a reader, you should then be able to consider the sample in comparison to the purpose of your critical review. You may decide at this point that the sample is different enough from your own population of interest that further appraisal of the study is not warranted.
- Informed consent was obtained? - The authors should describe ethics procedures, including review by a research ethics board and describing how informed consent was obtained and recorded.

## Data Collection

### Descriptive Clarity

- Clear and complete descriptions? - In qualitative research, the reader should have a sense of personally experiencing the event/phenomenon being studied. This requires a clear and vivid description of the important elements of the study that are connected with the data, namely the participants, and the site or setting.
- The researcher includes relevant information about the participants, often in the form of background demographic data. The unique characteristics of key informants help to explain why they were selected. The credibility of the informants should be explored. Particular to qualitative research, the types and levels of participation of the participants should also be

described, so it is clear what contribution each participant made to the data gathering, analysis, and interpretation of the findings.

- It is often useful to consider what information is missing. This sheds light on how the research can be understood.
- Role of the researcher and relationship with participants: Qualitative research involves the 'researcher as instrument', wherein the researcher's use of self is a primary tool for data collection. Documentation of the researcher's credentials and previous experience in observation, interviewing and communicating should be provided to increase the confidence of the reader in the process. The researcher's role(s), level of participation and relationship with participants also needs to be described, as they can influence the findings.
- Identification of assumptions and biases of researcher: The researcher should declare his/her assumptions and biases about the topic under study to make the researcher's views about the phenomenon explicit.
- A vivid but concise description of the participants, site and researcher should provide the reader with an understanding of the 'whole picture' of the topic or phenomenon of interest.

### ■ Procedural Rigour

- Procedural rigour was used in data collection strategies? The researcher should clearly describe the procedures used to ensure that the reader can understand the tasks undertaken to collect the data. All source(s) of information used by the researcher should be described.
- The reader should be able to describe the data-gathering process including issues of gaining access to the site, data collection methods, training data gatherers, the length of time spent gathering data, and the amount of data collected.

## Data Analyses

### ■ Analytical Rigour

- Data analyses were inductive? - The researcher(s) should describe how the findings emerged from the data.
- Different methods are used to analyze qualitative data - the reader should be able to identify and describe the methods used in the study of interest, and make a judgement as to whether the methods are appropriate given the purpose of the study.
- Qualitative analyses are typically inductive i.e., starting with data and organizing them into "chunks" which are typically referred to as codes, categories and themes.
- You should be able to summarize the major findings of the analyses in this section.
- Findings were consistent with and reflective of data? The codes, categories and/or themes developed by the researcher(s) should be logically consistent and reflective of the data. There should be an indication that the themes are inclusive of all data that exists, and data should be appropriately assigned to codes, categories, and themes.

### ■ Auditability

- Decision trail developed? - The process used to identify codes, categories, patterns, themes and relationships from the data is important to understand as it is complex. This process is best articulated through the use of a decision or 'audit' trail, which tracks decisions made

during the process including the development of rules for transforming the data into codes, themes etc. Researchers often confront space limitations in publishing their research, so frequently state that they used a decision trail, but may not provide all of the details. You will need to judge whether you have adequate information about the analyses, and the rationale used to describe the interpretation of the data.

- Process of analyzing the data was described adequately? - The researchers should report on how data was transformed into codes and themes and interrelationships that provide a picture of the phenomenon under study. Often a qualitative researcher will use a specific analysis method, such as an editing style or a template approach (Crabtree & Miller, 1999). The methods used should be described.
- The rationale for the development of the themes should be described.
- These steps in auditing the analysis process provide evidence that the findings are representative of the data as a whole.

### **Theoretical Connections**

- Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? The findings or discussion section should clearly describe theoretical concepts, relationships between concepts, and integration of relationships among meanings that emerged from the data in order to yield a meaningful picture of the phenomenon under study. The reader should be able to understand concepts and relationships, including any conceptual frameworks that the researchers propose.

### **Overall Rigour**

- Rigour in qualitative studies is critical. While in quantitative research one discusses concepts such as reliability and validity, qualitative researchers argue for the use of different terminology when determining the rigour of a qualitative study (Guba & Lincoln, 1989; Krefting, 1991; Taylor, 2000). The overarching concept when considering rigour is trustworthiness.
- Was there evidence of the four components of trustworthiness? Trustworthiness ensures the quality of the findings and increases the reader's confidence in the findings. This requires that there be logical connections among the various steps in the research process from the purpose of the study through to the analyses and interpretation.
- The four components of trustworthiness are:
  - Credibility which is related to the "true" picture of the phenomenon. Are descriptions and interpretations of the participants' experiences recognizable? Ways of ensuring credibility might include:
    - collection of data over a prolonged period and from a range of participants;
    - use of a variety of methods to gather data;
    - use of reflective approach through keeping a journal of reflections, biases or preconceptions and ideas;
    - triangulation, a strategy used to enhance trustworthiness through the use of multiple sources and perspectives to reduce systematic bias. Main types of triangulation are by sources (people, resources); by methods (interviews, observation, focus groups); by researchers (team of researchers versus single

- researcher) or by theories (team may bring different perspectives to research question for example a rehabilitation therapist and a sociologist); and
- the involvement of participants through member checking. Member checking may consist of the involvement of participants in a range of activities to verify data and interpretation such as returning transcriptions to participants for review of accuracy of the interview content or returning to participants at various stages during collection and analysis of data to ensure that the researcher reflects or presents the experience of the phenomenon as it is understood by the participants.
- Transferability which is related to whether the findings can be transferred to other situations. Has the researcher described participants and the setting in enough detail to allow for comparisons with your population of interest? Are there concepts developed that might apply to your clients and their contexts? Transferability is ensured through adequate descriptions of sample and setting.
  - Dependability which relates to the consistency between the data and the findings. There should be a clear explanation of the process of research including methods of data collection, analyses and interpretation often indicated by evidence of an audit trail or peer review. The audit trail describes the decision points made throughout the research process.
  - Confirmability which involves the strategies used to limit bias in the research, specifically the neutrality of the data not the researcher. This can be enhanced through the researcher being reflective and keeping a journal, peer review such as asking a colleague to audit the decision points throughout the process and checking with expert colleagues about ideas and interpretation of data, checking with participants about ideas and interpretation of data, and having a team of researchers.

### Conclusions & Implications

- Conclusions were appropriate given the study findings? - Conclusions should be consistent and congruent with the findings as reported by the researchers. All of the data and findings should be discussed and synthesized.
- The findings contributed to theory development and future OT practice? - The conclusions of the study should be meaningful to the reader, and should help the reader understand the theories developed. It should provide insight into important professional issues facing occupational therapists. The authors should relate the findings back to the existing literature and theoretical knowledge in occupational therapy. Implications and recommendations should be explicitly linked to occupational therapy practice situations and research directions.

## References:

- Ashe, B., Taylor, M., & Dubouloz, C. J. (2005). The process of change: Listening to transformation in meaning perspectives of adults in arthritis health education groups. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 72*, 280-288.
- Borell, L., Gustavsson, A., Sandman, P., & Kielhofner, G. (1994). Occupational programming in a day hospital for patients with dementia. *Occupational Therapy Journal of Research, 14*, 219-243.
- Charmaz, K. (2003). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Strategies of qualitative inquiry* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 249-291). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cockburn, L., & Trentham, B. (2002). Participatory action research: Integrating community occupational therapy practice and research. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 69*, 20-30.
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1992). *Doing qualitative research: Research methods for primary care*. Newbury Park CA: Sage.
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1999). *Doing qualitative research* (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, CA: The Sociology Press.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Guitard, P., Ferland, F., & Dutil, E. (2005). Toward a better understanding of playfulness in adults. *OTJR: Occupation, Participation and Health, 25*, 9-22.
- Jung, B., Tryssenaar, J., & Wilkins, S. (2005). Becoming a tutor: Exploring the learning experiences and needs of novice tutors in a PBL programme. *Medical Teacher, 27*, 606-612.
- Krefting, L. (1989). Disability ethnography: A methodological approach for occupational therapy research. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 56*, 61-66.
- Krefting, L. (1991). Rigor in qualitative research: The assessment of trustworthiness. *American Journal of Occupational Therapy, 45*, 214-222.

- Letts, L. (2003). Occupational therapy and participatory research: A partnership worth pursuing. *American Journal of Occupational Therapy*, 57, 77-87.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: SAGE.
- Taylor, M. C. (2000). *Evidence-based practice for occupational therapists*. Oxford, UK: Blackwell Science Inc.
- Wilding, C., & Whiteford, G. (2005). Phenomenological research: An exploration of conceptual, theoretical, and practical issues. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 25, 98-104.

### **Bibliography:**

- Bentz, V. M., & Shapiro, J. J. (1998). *Mindful inquiry in social research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Burns, N. (1989). Standards for qualitative research. *Nursing Science Quarterly*, 2(1), 44-52.
- Creswell, J. W. (2006). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y.S. (Eds.). (2005). *The SAGE Handbook of qualitative research* (3<sup>rd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- de Laine, M. (1997). *Ethnography: Theory and application in health research*. Sydney, Australia: MacLennan & Petty.
- Farmer, T., Robinson, K., Elliott, S. J., & Eyles, J. (2006). Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research. *Qualitative Health Research*, 16, 377-394.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2<sup>nd</sup> ed.). Newbury Park, CA: Sage.
- Smith, S. E., Willms D. G., & Johnson, N. A. (Eds.). (1997). *Nurtured by knowledge: Learning to do participatory action-research*. Ottawa ON: The Apex Press.
- van Manen, M. (1997). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy* (2<sup>nd</sup> ed.). London, ON: The Althouse Press.

## ANEXO D – Questionário adaptado de caracterização dos participantes

### Dados socioeconômicos

1 Sexo:      Masculino                       Feminino

2 Idade (em anos): \_\_\_\_\_

3 Crença religiosa:    Católica                       Evangélica        Espírita  
                                   Ateu (sem religião)    Outra: \_\_\_\_\_

4 Número de filhos: \_\_\_\_\_

5 Renda familiar mensal aproximada (em reais): \_\_\_\_\_

6 Recebe algum(ns) benefício(s):    Não        Sim

6.1 Se sim, qual(is):

Auxílio-doença                       Aposentadoria  
 Privada/Previdência            Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

7 Tipo de moradia:    Própria    Própria com financiamento    Alugada  
                                   Emprestada    Outra: \_\_\_\_\_

### Hábitos de vida e de doença crônica

8 Você consome bebida alcoólica?        Não        Sim

8.1 Se sim, qual a frequência do consumo?

Utilizei bebida alcoólica no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana.

Utilizei bebida alcoólica semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês.

Utilizei bebida alcoólica diariamente durante o último mês.

9 Você é tabagista atualmente?    Não        Sim

9.1 Se sim, quantos cigarros consome por dia? \_\_\_\_\_

9.2 Se não, você já fumou?

Não        Sim

9.2.1 Se sim, por quanto tempo você fumou (em anos): \_\_\_\_\_

9.2.2 Se sim, faz quanto tempo que você parou (em anos): \_\_\_\_\_

10 Com relação à prática de atividades físicas, atualmente você:

- não pratica       pratica alguns dias da semana       Outro: \_\_\_\_\_  
 pratica raramente       pratica diariamente

11 Você possui alguma(s) doença(s) crônica(s)?       Não       Sim

11.1 Se sim, qual/quais?

---

---

12 Você faz uso de medicamento(s) contínuo(s) e de uso diário?

- Não       Sim

12.1 Se sim, qual/quais?

---

---

---

**Dados sobre a doença e o tratamento:**

13 Qual foi a etiologia (causa) da sua Insuficiência Renal Crônica?

- Hipertensão Arterial Sistêmica  
 Diabetes mellitus  
 Glomerulonefrite  
 Rins policísticos  
 Lupus eritematoso  
 Acidente ofídico  
 Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

14 Qual é o tipo de acesso que você possui para a realização da hemodiálise?

- Fístula arteriovenosa  
 Prótese arteriovenosa  
 Cateter venoso central

Fonte: SILVA (2020)

## ANEXO E - Questionário de avaliação sobre a adesão do portador de doença renal crônica em hemodiálise

### Dados Pessoais

Data:

Nome:	
Data de Nascimento:	Profissão:
Horário HD Seg/Qua/Sex: <input type="checkbox"/> 1º turno <input type="checkbox"/> 2º turno <input type="checkbox"/> 3º turno Ter/Qui/Sab: <input type="checkbox"/> 1º turno <input type="checkbox"/> 2º turno <input type="checkbox"/> 3º turno	
Estado civil: <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> união estável	
Escolaridade: <input type="checkbox"/> ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> ensino médio completo <input type="checkbox"/> ensino superior	
Renda Familiar: <input type="checkbox"/> até 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> entre 1 e 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> entre 3 e 5 salários mínimos <input type="checkbox"/> acima de 5 salários mínimos	

### Questionário de avaliação sobre a adesão do portador de doença renal crônica em hemodiálise (QA – DRC-HD)

Esta pesquisa questiona sua opinião sobre quão bem você tem seguido seu programa de hemodiálise, sobre os remédios que são prescritos para você, sobre sua dieta e sobre a sua ingestão de líquidos. Estas informações nos ajudarão a entender se você tem dificuldades para realizar seu programa de hemodiálise, tomar os medicamentos prescritos, ingerir a quantidade de líquidos recomendada e seguir a dieta prescrita. Por favor, responda cada pergunta marcando a alternativa apropriada. Se você não tiver certeza, escolha aquela que melhor se aplica a você.

Nota: Os números entre parênteses são os códigos de resposta.

#### *1- Informações Gerais*

1- Quando você começou ou recomeçou sua hemodiálise?

Data do início da HD: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (mês/ano)

Se você deixou de fazer HD por um tempo, quando você recomeçou: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (mês/ano)

2- Você já fez diálise peritoneal?

Não (1)

Sim (2) (responda abaixo)

Eu fiz diálise peritoneal de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (mês/ano)

3- Você já fez transplante renal?

- Não (1)  
 Sim (2) (responda abaixo)

Eu fiz transplante renal uma vez, de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (mês/ano)

Ou

Eu já fiz transplante renal duas vezes, o primeiro foi de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (mês/ano) e o segundo foi de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (mês/ano)

Se você já fez mais que dois transplantes, escreva nos espaços o período dos últimos dois transplantes.

4- Qual o tipo de transporte que você usa para vir ao centro de diálise?

- Carro próprio(1)  
 Ônibus(2)  
 Táxi(3)  
 Transporte da prefeitura(4)  
 Outro (Especifique)(5):

5- Quem acompanha você ao centro de diálise?

- Venho sozinho(1)  
 Meus pais (pai ou mãe)(2)  
 Companheiro (marido ou esposa)(3)  
 Filho(4)  
 Amigo(5)  
 Outro (especifique a pessoa)(6):

## *II- Hemodiálise*

6- Você faz diálise quantas vezes por semana?

- 2 vezes(1)  
 3 vezes(2)  
 4 vezes ou mais(3)

7- Quanto tempo dura cada uma de suas sessões sua de hemodiálise?

- Menos de 3 horas (1)  
 3 horas (2)  
 3 horas e 30 minutos (3)  
 4 horas (4)  
 Mais de 4 horas (5)  
 Outro (Especifique o número de horas)(5):

8- Os dias/horários da sua hemodiálise são convenientes para você? (Por favor, escolha a resposta que melhor se aplica a você)

- Sim(1)
- Não, porque eu tenho que vir para o centro de diálise muito cedo(2)
- Não, porque eu tenho que vir para o centro de diálise muito tarde (3)
- Não, porque atrapalha meu horário de trabalho(4)
- Não, porque a hemodiálise é no horário do meu almoço e eu fico com fome durante a sessão(5)
- Não, porque o horário da hemodiálise atrapalha a tomada dos meus medicamentos/insulina(6)
- Não, porque (Outra causa)(7):

9- Quando foi a última vez que um profissional de saúde (seu médico, sua enfermeira, sua nutricionista ou outro profissional) falou com você sobre a importância de não faltar a hemodiálise?

- Esta semana(1)
- Semana Passada(2)
- Um mês atrás(3)
- Há mais de um mês(4)
- Quando eu comecei pela primeira vez o tratamento(5)
- Nunca(6)
- Outro (Especifique)(7):

10- Com qual frequência um profissional de saúde (seu médico, sua enfermeira, sua nutricionista ou outro profissional) fala com você sobre a importância de fazer toda a sessão de hemodiálise sem diminuir o tempo?

- Toda vez que faço hemodiálise(1)
- Toda semana(2)
- Todo mês(3)
- A cada 2 ou 3 meses(4)
- A cada 4 ou 6 meses(5)
- Quando eu tenho um resultado ruim nos exames de sangue ou em outros exames(6)
- Raramente(7)
- Irregularmente(8)
- Nunca(9)
- Outro(Especifique)(10):

11- Quão importante você acha que é cumprir toda a sua programação de hemodiálise?

- Extremamente importante(1)
- Muito importante(2)
- Moderadamente importante(3)
- Pouco importante(4)
- Não é importante(5)

12- Porque você acha importante cumprir corretamente o seu programa de hemodiálise? (Por favor, escolha a resposta que melhor se aplica a você)

- Porque eu entendo que os meus rins não funcionam adequadamente e eu preciso cumprir a hemodiálise programada(1)
- Porque cumprir a programação de hemodiálise é importante para manter o meu corpo saudável(2)
- Porque um profissional de saúde (seu médico, sua enfermeira, sua nutricionista ou outro profissional) me disse para cumprir esta programação(3)
- Porque eu já fiquei doente depois de faltar à hemodiálise(4)
- Porque eu já fui hospitalizado depois de faltar à hemodiálise(5)
- Eu não acho muito importante cumprir a programação de hemodiálise(6)
- Outro (Especifique)(7):

13- Quanta dificuldade você tem tido para permanecer durante toda a sessão de hemodiálise?

- Nenhuma dificuldade(1)
- Um pouco de dificuldade(2)
- Moderada dificuldade (3)
- Muita dificuldade(4)
- Extrema dificuldade(5)

14- Durante o mês passado, quantas sessões de diálise você faltou?

- Nenhuma (Eu não faltei nenhuma sessão)(1)
- Eu faltei uma sessão de HD(2)
- Eu faltei duas sessões de HD(3)
- Eu faltei três sessões de HD (4)
- Eu faltei quatro ou mais sessões de HD(5)

15- Qual foi a principal razão para que você tenha faltado a hemodiálise no mês passado?

- Não se aplica: Eu não faltei nenhuma sessão(1)
- Problemas com o transporte(2)
- Eu tive outras coisas para resolver (Por favor, explique) (3):
- Problemas com o acesso para HD (FAV ou cateter) (4)
- Atendimento médico (consulta ou exame) (5)
- Eu tive que ir para a emergência(6)
- Eu estava hospitalizado(7)
- Esqueci(8)
- Não queria ir ou Não podia ir (Responda a próxima questão #16) (9)
- Outro (Por favor, especifique)(10):

16- (Responda esta questão, se você marcou "Não queria ir ou Não podia ir" na questão anterior)

Porque você não quis ou não pôde ir ao centro de diálise? (Escolha a resposta que melhor se aplica a você)

- Porque a hemodiálise me deixa ansioso(1)
- Porque eu tenho vômitos/diarréia durante a hemodiálise (2)
- Porque eu sinto câibras durante a hemodiálise(3)
- Porque eu sinto fome durante a hemodiálise(4)
- Porque eu estava me sentindo mal fisicamente (Especifique o que você sentia)(5):
- Porque eu estava doente devido a outras causas (Especifique essas causa)(6)
- Porque eu estava deprimido(7)
- Outros(8):

17- No mês passado, quantas vezes você pediu para reduzir o tempo de hemodiálise?

- Não se aplica: Eu não diminuí o tempo de nenhuma sessão de HD(1)
- Uma vez(2)
- Duas vezes(3)
- Três vezes(4)
- Quatro vezes ou mais(5)

18- No mês passado, quando o tempo de HD foi reduzido, esta redução foi de quantos minutos?

- Não se aplica: Eu não diminuí o tempo de nenhuma sessão de HD(1)
- 10 minutos ou menos(2)
- 11 a 20 minutos(3)
- 21 a 30 minutos(4)
- Mais que 31 minutos(5)

19- Qual foi o principal motivo para redução do seu tempo de HD?

- Não se aplica: Não houve redução do tempo de nenhuma sessão de HD (1)
- Câibras(2)
- Necessidade de usar o banheiro(3)
- Inquietação(4)
- Pressão baixa(5)
- Problemas com acesso (fístula ou cateter) (6)
- Compromisso médico (consulta ou exame)(7)
- Problemas pessoais ou de emergência(8)
- Horário do trabalho(9)
- Problemas com o transporte(10)
- Decisão dos profissionais. (Porque? Por favor, explique: Por exemplo: baixo fluxo sanguíneo, coagulação do sistema, problema na máquina de hemodiálise, etc) (11):
- Não queria mais ficar(12)
- Outra (Por favor, especifique)(13):

### *III- Medicação*

20- Quando foi a última vez que um profissional de saúde (seu médico, sua enfermeira, sua nutricionista ou outro profissional) falou com você sobre os seus medicamentos?

- Esta semana(1)

- Semana Passada(2)
- Um mês atrás(3)
- Há mais de um mês(4)
- Quando eu comecei pela primeira vez o tratamento(5)
- Nunca(6)
- Outro (Especifique)(7):

21- Com qual frequência um profissional de saúde (seu médico, sua enfermeira, sua nutricionista ou outro profissional) fala com você sobre a importância de tomar os medicamentos prescritos?

- Toda sessão de HD(1)
- Toda semana(2)
- Todo mês(3)
- A cada 2 ou 3 meses(4)
- A cada 4 ou 6 meses(5)
- Quando eu tenho um resultado ruim nos exames de sangue ou em outros exames (por exemplo, problemas na pressão arterial) (6)
- Raramente(7)
- Irregularmente(8)
- Nunca(9)
- Outro(Especifique)(10):

22- Quão importante você acha que é tomar os medicamentos conforme prescritos?

- Extremamente importante(1)
- Muito importante(2)
- Moderadamente importante(3)
- Pouco importante(4)
- Não é importante(5)

23- Porque você acha importante tomar os remédios corretamente? (Por favor, escolha a resposta que melhor se aplica a você)

- Porque eu entendo que os meus rins não funcionam adequadamente e eu preciso tomar os medicamentos corretamente(1)
- Porque tomar os medicamentos corretamente é importante para manter o meu corpo saudável(2)
- Porque um profissional de saúde (seu médico, sua enfermeira, sua nutricionista ou outro profissional) me disse para tomar os remédios(3)
- Porque eu já fiquei doente depois de deixar de tomar os remédios(4)
- Porque eu já fui hospitalizado depois de deixar de tomar os remédios(5)
- Eu não acho que tomar os remédios corretamente seja muito importante pra mim(6)
- Outro (Especifique)(7):

24- Você já teve alguma dificuldade para tomar seus medicamentos?

- Não (1)
- Sim (2)

25- Quanta dificuldade você tem para tomar os medicamentos prescritos?

- Nenhuma dificuldade(1)
- Um pouco de dificuldade(2)
- Moderada dificuldade (3)
- Muito difícil (4)
- Extrema dificuldade(5)

26 – Durante a semana passada, com qual frequência você deixou de tomar algum dos seus medicamentos?

- Nenhuma vez. Eu não deixo de tomar nenhum dos meus medicamentos(1)
- Muito raramente(2)
- Cerca de metade das vezes(3)
- A maioria das vezes(4)
- Todas as vezes(5)

27- Qual foi a principal razão para que você não tomasse algum dos seus medicamentos na semana passada?

- Não aplicável: Eu não deixei de tomar nenhum medicamento(1)
- Eu esqueci de tomar a medicação (2)
- Eu esqueci de providenciar a medicação(3)
- O medicamento estava caro e eu não pude comprá-lo(4)
- Inconveniência(5)
- Eu estava hospitalizado(6)
- Os efeitos colaterais apresentados(7) *(Responda a questão #28)*
- Outro(8):

28- (Responda esta questão, se você marcou “Efeitos colaterais” na questão anterior)  
Que tipo de efeito colateral o medicamento que você deixou de tomar te causa? (Por favor, escolha a resposta que melhor se aplica a você)

- Perda de apetite(1)
- Nausea/vômitos/diarréia/constipação(2)
- Dor de estômago(3)
- Vertigem(4)
- Dor de cabeça(5)
- Coceira/problemas de pele(6)
- Outros (Especifique os sintomas)(7):

#### *IV- Ingestão de Líquidos*

29- Quando foi a última vez que um profissional de saúde (seu médico, sua enfermeira, sua nutricionista ou outro profissional) falou com você sobre a quantidade de líquidos que você pode beber?

- Esta semana(1)

- Semana Passada(2)
- Um mês atrás(3)
- Há mais de um mês(4)
- Quando eu comecei pela primeira vez o tratamento (5)
- Nunca(6)
- Outro (Especifique)(7):

30- Com qual frequência um profissional de saúde (seu médico, sua enfermeira, sua nutricionista ou outro profissional) fala com você sobre a importância restringir a ingestão de líquidos?

- Toda sessão de HD(1)
- Toda semana(2)
- Todo mês(3)
- A cada 2 ou 3 meses(4)
- A cada 4 ou 6 meses(5)
- Quando eu tenho um resultado ruim nos exames de sangue ou em outros exames (por exemplo, problemas na pressão arterial) (6)
- Raramente(7)
- Irregularmente(8)
- Nunca(9)
- Outro(Especifique)(10):

31- Durante a semana passada, quantas vezes você seguiu a restrição de líquidos recomendada para você?

- Sempre(1)
- A maior parte do tempo(2)
- Na metade do tempo(3)
- Raramente(4)
- Nunca(5)

32- Quão importante você acha que é restringir a quantidade de líquidos que você bebe?

- Extremamente importante(1)
- Muito importante(2)
- Moderadamente importante(3)
- Pouco importante(4)
- Não é importante(5)

33- Porque você acha que é importante restringir a quantidade de líquidos que você ingere?

(Por favor, escolha a resposta que melhor se aplica a você)

- Porque eu entendo que os meus rins não funcionam adequadamente e eu preciso restringir a quantidade de líquido que eu bebo(1)
- Porque restringir a quantidade de líquido é importante para manter o meu corpo saudável(2)

- Porque um profissional de saúde (seu médico, sua enfermeira, sua nutricionista ou outro profissional) me disse para restringir a quantidade de líquido (3)
- Porque eu já fiquei doente depois de beber muito líquido(4)
- Porque eu já fui hospitalizado depois de beber muito líquido(5)
- Eu não acho que restringir a quantidade de líquido seja importante pra mim(6)
- Outro (Especifique)(7):

34- Você tem alguma dificuldade para restringir a ingestão de líquidos?

- Não (1)
- Sim (2)

35- Quanta dificuldade você possui para cumprir a restrição de líquidos?

- Nenhuma dificuldade(1)
- Pouca dificuldade(2)
- Média dificuldade (3)
- Muita dificuldade (4)
- Extrema dificuldade(5)

36- Se você tem alguma dificuldade para cumprir a restrição de líquidos, que tipo de dificuldade você possui?

- Não tenho dificuldade(1)
- Não tenho vontade de seguir a restrição de líquidos (2)
- Eu não consigo seguir a restrição de líquidos (3)
- Eu não entendo como devo fazer para seguir a restrição de líquidos(4)
- Outros(5):

37- Na semana passada, quantas vezes você se pesou fora da clínica de diálise?

- Mais de três vezes (1)
- 3 vezes(2)
- 2 vezes(3)
- 1 vez(4)
- Nenhuma vez(5)

38- Você acha que é importante se pesar diariamente?

- Extremamente importante(1)
- Muito importante(2)
- Moderadamente importante(3)
- Pouco importante(4)
- Não é importante(5)

#### *V. Dieta*

39- Quando foi a última vez que um profissional de saúde (seu médico, sua enfermeira, sua nutricionista ou outro profissional) falou com você sobre a sua dieta?

- Esta semana(1)
- Semana Passada(2)
- Um mês atrás(3)
- Há mais de um mês(4)
- Quando eu comecei pela primeira vez o tratamento (5)
- Nunca(6)
- Outro (Especifique)(7):

40- Com qual frequência um profissional de saúde (seu médico, sua enfermeira, sua nutricionista ou outro profissional) fala com você sobre a importância de seguir uma dieta apropriada?

- Toda sessão de HD(1)
- Toda semana(2)
- Todo mês(3)
- A cada 2 ou 3 meses(4)
- A cada 4 ou 6 meses(5)
- Quando eu tenho um resultado ruim nos exames de sangue ou em outros exames (6)
- Raramente(7)
- Irregularmente(8)
- Nunca(9)
- Outro(Especifique)(10):

41- Quão importante você acha que é vigiar os tipos de alimentos que você come diariamente?

- Extremamente importante(1)
- Muito importante(2)
- Moderadamente importante(3)
- Pouco importante(4)
- Não é importante(5)

42- Porque você acha que é importante vigiar sua dieta diariamente?  
(Por favor, escolha a resposta que melhor se aplica a você)

- Porque eu entendo que os meus rins não funcionam adequadamente e eu preciso vigiar minha dieta(1)
- Porque vigiar minha dieta é importante para manter o meu corpo saudável(2)
- Porque um profissional de saúde (seu médico, sua enfermeira, sua nutricionista ou outro profissional) me disse para vigiar minha dieta (3)
- Porque eu já fiquei doente depois de comer alimentos que eu não deveria comer(4)
- Porque eu já fui hospitalizado depois de comer alimentos que eu não deveria comer(5)
- Eu não acho que vigiar a dieta seja muito importante pra mim(6)
- Outro (Especifique)(7):

43- Você tem dificuldades para seguir a dieta recomendada para você?

- Não (1)

Sim (2)

44- Quanta dificuldade você tem para seguir as recomendações dietéticas?

- Nenhuma dificuldade(1)
- Pouca dificuldade(2)
- Média dificuldade (3)
- Muita dificuldade (4)
- Extrema dificuldade(5)

45- Que tipo de dificuldade você tem para manter sua recomendação dietética?

- Não se aplica: Não tenho dificuldade(1)
- Eu não estou disposto a controlar o que eu quero comer (2)
- Eu não consigo evitar certos alimentos não recomendados (3)
- Eu não entendo que tipo de dieta eu tenho que seguir(4)
- Outros (Especifique)(5):

46- Durante a semana passada, quantas vezes você seguiu a dieta recomendada?

- Sempre(1)
- A maior parte do tempo(2)
- Na metade do tempo(3)
- Raramente(4)
- Nunca(5)

Fonte: LINS (2015)

## ANEXO F – Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** EFEITO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA ADESIÃO AO TRATAMENTO DA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE: EVIDÊNCIAS PARA A ASSISTÊNCIA

**Pesquisador:** FÁBIO DE SOUZA TERRA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 63113522.6.0000.5142

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.688.284

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Doutorado. A pesquisa será conduzida em três etapas: a primeira etapa trata-se de uma revisão integrativa; a segunda etapa consiste em um delineamento metodológico para construção e validação do material educativo, por meio de uma cartilha, e a terceira etapa será realizada uma pesquisa quase-experimental, que envolve uma intervenção, sem randomização, do tipo antes e depois, sem grupo controle. Financiamento próprio, não manifestam conflitos de interesse.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Avaliar o efeito de uma intervenção educativa na adesão ao tratamento da pessoa com doença renal crônica em hemodiálise em um hospital geral de um município do Sul de Minas Gerais.

##### Objetivo Secundário:

a) Analisar as evidências científicas sobre as orientações oferecidas pelos profissionais de saúde para o controle da doença renal crônica em pessoas que realizam hemodiálise; b) Construir e validar uma cartilha educativa sobre orientações em saúde para o controle da doença renal crônica em pessoas que realizam hemodiálise; c) Caracterizar a população de estudo referente às variáveis socioeconômicas, hábitos de vida e de doença crônica, dados sobre a doença e o tratamento dos

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala 0.314 E  
Bairro: centro CEP: 37.130-001  
UF: MG Município: ALFENAS  
Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 5.698.204

renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico;d) Identificar a adesão ao tratamento hemodialítico dos renais crônicos;e) Verificar a existência de associação entre as variáveis socioeconômicas, hábitos de vida e de doença crônica, dados sobre a doença e o tratamento dos renais crônicos com a adesão ao tratamento;f) Verificar a adesão da população de estudo antes e após a intervenção educativa.

**Avaliação do CEP:**

- a. objetivos claros e bem definidos;
- b. coerentes com a propositura geral do projeto;
- c. exequível (considerando tempo, recursos, metodologia etc.)

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos e medidas minimizadoras:**

Os danos eventuais que este estudo poderá ocasionar são mínimos, e estão relacionados ao tempo destinado para a realização da entrevista e ao desconforto psicológico e constrangimento com relação à entrevista. Caso estes riscos ocorram, os pesquisadores se responsabilizarão em minimizá-los, como a interrupção da entrevista se necessário, manutenção de sigilo e anonimato, abordagem cautelosa ao participante durante a entrevista e o livre arbítrio para escolher ou não participar da entrevista, junto ao compromisso em

seguir os padrões científicos e éticos na execução da pesquisa. É importante ressaltar que os participantes estarão livres para deixar de participar da pesquisa em qualquer momento, sem a necessidade de apresentarem justificativas. De maneira específica no presente protocolo, serão tomadas as seguintes medidas minimizadoras de riscos para contaminação do coronavírus – COVID-19, como uso de máscaras/ EPIs, distanciamento físico de 1,5 m entre pesquisador e participante, uso de desinfecção com álcool gel entre cada procedimento e outras medidas que estiverem vigentes no período de coleta de dados. Já para os juizes que participarão do processo de validação da cartilha educativa, os danos eventuais que este estudo poderá ocasionar são mínimos, e estão relacionados ao tempo destinado para a realização da avaliação do material encaminhado e divulgação de dados confidenciais. Para minimizar estes possíveis danos será assegurado total sigilo sobre a identidade dos participantes e que os mesmos terão o direito de não aceitar ou deixar de participar da pesquisa, em qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Também para minimizar a possível divulgação de dados confidenciais, resalta-se que após a conclusão da

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E  
 Bairro: centro CEP: 37.130-001  
 UF: MG Município: ALFENAS  
 Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



Continuação do Parecer: 5.600.204

coleta de dados, será feito o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro das informações contidas no e-mail. Os juízes poderão solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e suas contribuições serão respeitosamente utilizadas na pesquisa e, posteriormente, em trabalhos e eventos científicos da área da saúde, sem restrições de prazo e citações, desde a presente data.

**Benefícios:**

A pesquisa contribuirá para um levantamento de dados que irá proporcionar aprendizados sobre adesão de pessoas com DRC em tratamento hemodialítico, promoção do aumento de conhecimento dos pacientes sobre DRC e auxílio à promoção da saúde dessas pessoas. Esse entendimento subsidiará as ações da equipe de saúde do setor de nefrologia para atenção às pessoas com DRC em hemodiálise.

**Análise do CEP:**

- a. Os riscos de execução estão bem descritos no projeto e apresentam medidas preventivas e minimizadoras;
- b. Há benefícios oriundos da execução do projeto.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa será conduzida em três etapas: 1ª) revisão Integrativa sobre a temática; 2ª) construção e validação (por juízes) do material educativo (uma cartilha); 3ª) pesquisa quase-experimental: pré-intervenção: Após a anuência em participar do estudo, os pesquisadores utilizarão para coleta de dados dois instrumentos: o Questionário de caracterização dos participantes e o Questionário de avaliação sobre a adesão do portador de doença renal crônica em hemodiálise, durante as sessões de hemodiálise, que terá o tempo aproximado de 30 minutos de duração. A intervenção será a entrega e discussão da cartilha educativa, com todos os pacientes da hemodiálise da Santa Casa de Alfenas-MG. As abordagens serão realizadas em grupos, contando com o máximo de 8 pessoas, sendo divididos em 5 grupos, de maneira a abranger todas as pessoas. Cada grupo de participantes receberá a intervenção educativa três vezes, com intervalos de 15 dias. Pós-intervenção: o mesmo instrumento utilizado na pré-intervenção, o QADRC-HD, será aplicado novamente pelos mesmos pesquisadores após 30 dias da realização da terceira intervenção educativa, sendo que a aplicação deste instrumento terá a duração aproximada de 20 minutos.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E  
 Bairro: centro CEP: 37.130-001  
 UF: MG Município: ALFENAS  
 Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS**



Continuação do Parecer: 5.693.264

**Avaliação do CEP:**

- a. Metodologia da pesquisa – adequada ao objetivo do projeto.
- b. Referencial teórico da pesquisa – atualizado e suficiente para aquilo que se propõe;
- c. Cronograma de execução da pesquisa – coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto no CEP

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- a. Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): para juízes e participantes – presentes e adequados
- b. Termo de Assentimento (TA) – não se aplica
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica
- d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – não se aplica.
- e. Termo de Anuência Institucional (TAI) da Santa Casa de Alfenas – presente e adequado
- f. Folha de rosto - presente e adequada
- g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado.
- h. Declaração de compromisso do pesquisador responsável - presente e adequada
- i. Termo de Compromisso para desenvolvimento de Protocolos de Pesquisa no período da Pandemia do Coronavírus (COVID19): presente e adequado

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomenda-se a aprovação do projeto.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este CEP emite parecer após reunião remota ordinária.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2013006.pdf	08/09/2022 14:54:46		Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E  
 Bairro: centro CEP: 37.130-001  
 UF: MG Município: ALFENAS  
 Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



Continuação do Parecer: 5.693.254

Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Assinada.pdf	06/09/2022 09:57:15	FÁBIO DE SOUZA TERRA	Aceito
Outros	TODOS_INSTRUMENTOS_DE_COLETAS.pdf	06/09/2022 09:48:34	FÁBIO DE SOUZA TERRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_PANDÊMIA_DO_CÔRONAVIRUS.pdf	06/09/2022 09:45:49	FÁBIO DE SOUZA TERRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_Compromisso.pdf	06/09/2022 09:41:16	FÁBIO DE SOUZA TERRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Juizes_e_TCLE_participantes.pdf	06/09/2022 09:40:48	FÁBIO DE SOUZA TERRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Anuencia_Institucional.pdf	06/09/2022 09:40:26	FÁBIO DE SOUZA TERRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado_Ingrid_Final_para_o_CEP.pdf	06/09/2022 09:39:59	FÁBIO DE SOUZA TERRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 06 de Outubro de 2022

Assinado por:  
DANIEL AUGUSTO DE FARIA ALMEIDA  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E  
Bairro: centro CEP: 37.130-001  
UF: MG Município: ALFENAS  
Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

## ANEXO G – Registro de Direito Autoral



## CERTIFICADO DE REGISTRO

**Nome do Arquivo Origem:**

Cartilha após aprovação de juizes FINAL.pdf

**HASHCODE(sha256) do Arquivo Origem:**

4609acfed898356cc9d5efa7ac9312978c4f9b7fb0484c7089b0f876b1709262

**Título da Obra:**

Saiba mais como aderir ao tratamento da hemodiálise

**Dados do(s) Autor(es):**

Ingrid Fernanda de Oliveira Vieira CPF: 06806788670, Fábio de Souza Terra CPF: 03997873640, Patrícia Scotini Freitas CPF: 04095198630

**Dados do(s) Titular(es):**

Ingrid Fernanda de Oliveira Vieira CPF:06806788670

**Observações:**

Cartilha elaborada e retirada da tese de doutorado em Enfermagem pela UNIFAL/MG: "EFEITO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HEMODIÁLISE EM PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA: EVIDÊNCIAS PARA A ASSISTÊNCIA", doutoranda Ingrid Fernanda de Oliveira Vieira, orientador Fábio de Souza Terra e co-orientadora Patrícia Scotini Freitas

**Data de emissão:** 11/11/2024

Para que este registro se mantenha válido, é de responsabilidade única e exclusiva do usuário deste sistema guardar em local seguro o arquivo origem (arquivo digital onde está gravado a obra). Qualquer alteração no arquivo de origem, até mesmo alterações no nome do arquivo, invalidará o certificado gerado pelo sistema Autoria Fácil®. O presente documento comprova, aplicando a tecnologia de hashcode (SHA 256), Carimbo do Tempo e Assinatura Digital ICP-Brasil, que a pessoa supra indicada declarou-se autor da obra supra citada. Qualquer inconsistência quanto à autoria da obra supra declarada são de exclusiva responsabilidade do declarante e se falsas, podem configurar crime em alguns países. **Atenção:** Confira se o código hash foi gerado. Caso haja erro reporte o ocorrido imediatamente através do email [suporte@autoriafacil.com](mailto:suporte@autoriafacil.com).

[Autoria Fácil®](#)

## APÊNDICE A – E-mail convite ao juiz

Caro(a) Senhor(a), \_\_\_\_\_ (nome do juiz)

Eu, Ingrid Fernanda de Oliveira Vieira, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL- MG), gostaria de convidá-lo(a) a ser um dos juízes da validação de conteúdo do material educativo elaborada na minha tese, intitulada “Efeito da intervenção educativa na adesão ao tratamento da pessoa com doença renal crônica em hemodiálise: evidências para a assistência”, sob orientação do professor Dr. Fábio de Souza Terra e coorientação da professora Dr<sup>a</sup> Patrícia Scotini Freitas. Trata-se de uma cartilha educativa com orientações em saúde para o controle da doença renal crônica (DRC) em pessoas que realizam hemodiálise, abordando definições da DRC, terapia de tratamento hemodialítico, orientações em saúde para o controle da doença, como ingestão hídrica, dietética e medicamentosa. O conteúdo da cartilha educativa foi decorrente de uma revisão integrativa e de outros materiais relevantes da área de nefrologia. O seu trabalho consistirá em fazer a leitura crítica da cartilha educativa e preencher o instrumento de avaliação, o qual será disposto em itens. Para aperfeiçoamento da cartilha, o (a) senhor (a) também poderá fazer sugestões ou críticas em um espaço reservado para esta finalidade. O prazo para devolução do material respondido será de 20 dias e lembretes serão enviados dois dias antes da data prevista para entrega. As alterações sugeridas pelo grupo de juízes serão analisadas e acatadas. Assim, a cartilha educativa será reformulada e reenviada para o (a) senhor (a) com vistas a uma nova avaliação, de modo semelhante ao processo adotado anteriormente. Desde já agradeço sua participação, a qual é fundamental para o desenvolvimento da ciência e contribuirá para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem prestada às pessoas com DRC que realizam hemodiálise. Certa de sua valiosa contribuição, coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários por meio do telefone: (35) 99145-1388 ou do e-mail: [ingridfoliveira@hotmail.com](mailto:ingridfoliveira@hotmail.com).

Atenciosamente,

Ingrid Fernanda de Oliveira Vieira

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA JUÍZES



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNIFAL-MG

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314 E - Alfenas/MG- CEP 37130-001

Fone: (35) 3701 9153



### Dados de Identificação

**Título da pesquisa:** Efeito da intervenção educativa na adesão ao tratamento da pessoa com doença renal crônica em hemodiálise: evidências para a assistência.

**Pesquisadores responsáveis:** Fábio de Souza Terra, Ingrid Fernanda de Oliveira Vieira e Patrícia Scotini Freitas.

**Nome do participante:**

**Data de nascimento:**

**CPF:**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), no processo de construção e validação de uma cartilha educativa sobre orientações em saúde para o controle da doença renal crônica em portadores que realizam hemodiálise que será utilizado no estudo intitulado “Efeito da intervenção educativa na adesão ao tratamento da pessoa com doença renal crônica em hemodiálise: evidências para a assistência”, de responsabilidade da pesquisadora Ingrid Fernanda de Oliveira Vieira, sob orientação do professor Dr. Fábio de Souza Terra e coorientação da professora Dra Patrícia Scotini Freitas. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra aos pesquisadores responsáveis. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

**Ao ler os itens abaixo, você deve declarar se foi suficientemente esclarecido(a) sobre as etapas da pesquisa ao final desse documento.**

1. Esta pesquisa tem por objetivo avaliar o efeito de uma intervenção educativa na adesão ao tratamento da pessoa com doença renal crônica em hemodiálise em um hospital geral de um município do Sul de Minas Gerais. Ele se justifica pois espera-se trazer como contribuição para a Enfermagem a articulação entre ensino, pesquisa

Rubrica do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_ Rubrica do(a) participante: \_\_\_\_\_ Pág. 235 de 4

e a prática, ao trabalhar uma temática pouco explorada nos estudos, buscando inovação no campo de pesquisa ao associar a construção de uma ferramenta educativa junto a intervenção na área prática da hemodiálise, além de trazer informações atualizadas, comprovadas cientificamente e significantes ao setor da Nefrologia, tanto para o trabalho dos profissionais de saúde quanto para as pessoas assistidas no setor. Espera-se apresentar as informações e evidências científicas com a intenção de alcançar o melhor enfrentamento da DRC e da hemodiálise, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto das pessoas em tratamento hemodialítico. Esse entendimento poderá subsidiar as políticas e as ações da equipe de saúde na atenção às pessoas com DRC em tratamento hemodialítico.

2. A sua participação nesta pesquisa consistirá em fazer a leitura crítica da cartilha educativa e preencher o instrumento de avaliação, o qual será disposto em itens (objetivos, conteúdo, linguagem, relevância, ilustrações, layout, motivação e cultura). Para aperfeiçoamento da cartilha, o(a) senhor(a) também poderá fazer sugestões ou críticas em um espaço reservado para esta finalidade. O prazo para devolução do material respondido será de 20 dias e lembretes serão enviados eletronicamente dois dias antes da data prevista para entrega. As alterações sugeridas pelo grupo de juízes serão analisadas e acatadas. Assim, a cartilha educativa será reformulada e reenviada para o(a) senhor(a) com vistas a uma nova avaliação, de modo semelhante ao processo adotado anteriormente.

3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos, já que toda pesquisa desenvolvida em seres humanos tem a presença de riscos, mesmo que mínimos. Os danos eventuais que este estudo poderá ocasionar são mínimos, e estão relacionados ao tempo destinado para a realização da avaliação do material encaminhado e divulgação de dados confidenciais. Esclarecemos que é assegurado total sigilo sobre sua identidade e que você tem o direito de não aceitar ou deixar de participar da pesquisa, em qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Para minimizar a possível divulgação de dados confidenciais, informamos que, após a conclusão da coleta de dados, faremos o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro das informações contidas no e-mail. Poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e suas contribuições serão respeitosamente utilizadas na pesquisa e, posteriormente, em trabalhos e eventos científicos da área da saúde, sem restrições de prazo e citações, desde a presente data.

4. Ao participar desse trabalho você contribuirá no processo de construção e validação de uma cartilha educativa sobre orientações em saúde para o controle da doença renal crônica em portadores que realizam hemodiálise que será utilizado no estudo.

5. Sua participação neste projeto será por meio da realização no processo de validação da cartilha, com o preenchimento do instrumento de avaliação, o qual será disposto em itens (objetivos, conteúdo, linguagem, relevância, ilustrações, layout, motivação e cultura), com duração aproximada de 60 minutos.

6. Você não terá nenhuma despesa por sua participação na pesquisa, sendo o fornecimento da cartilha e dos questionários totalmente gratuitos; e deixará de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

7. Você foi informado e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito à buscar ressarcimento.

8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, você terá direito a assistência integral e imediata, de forma gratuita pelo pesquisador responsável, pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização.

9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo(a), será mantido em sigilo. Caso você deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

10. Você foi informado(a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.

11. Conforme o item III.2, inciso (i) da Resolução CNS 466/2012 e o Artigo 3º, inciso IX, da Resolução CNS 510/2016, é compromisso de todas as pessoas envolvidas na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para os indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação.

Por esses motivos,

AUTORIZO ( ) / NÃO AUTORIZO ( )

a coleta e divulgação das respostas obtidas para a presente pesquisa.

12. Você poderá consultar a pesquisadora Ingrid Fernanda de Oliveira Vieira, no seguinte telefone: (35) 99145-1388 ou e-mail [ingridfoliveira@hotmail.com](mailto:ingridfoliveira@hotmail.com) e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: [comite.etica@unifal-mg.edu.br](mailto:comite.etica@unifal-mg.edu.br) sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

*\*O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade*

Rubrica do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_ Rubrica do(a) participante: \_\_\_\_\_ Pág. 237 de 4

*e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.*

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado (a) e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

.....  
(Cidade), (dia) de (mês) de (ano)

.....  
(Assinatura do participante da pesquisa)

.....  
(Assinatura do pesquisador responsável / pesquisador participante)

## APÊNDICE C – Instrumento de avaliação do material educativo – parecer dos juízes

### Parte 1 – Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ (em anos) Sexo: \_\_\_\_\_

Tempo de formação: \_\_\_\_\_ (em anos)

Titulação: ( ) Especialização/Residência ( ) Mestrado ( ) Doutorado.

Área de trabalho: \_\_\_\_\_

Função/cargo na instituição: \_\_\_\_\_

Tempo de experiência na área: \_\_\_\_\_

### Parte 2 – Instruções e avaliações

Leia e analise minuciosamente a cartilha educativa. Em seguida, preencha o instrumento marcando com um X no item que melhor represente sua resposta segundo a valoração abaixo. Não há respostas corretas, o resultado deste reflete sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

CÓDIGO	VALORAÇÃO
1	não relevante ou não representativo
2	item necessita de grande revisão para ser representativo
3	item necessita de pequena revisão para ser representativo
4	item relevante ou representativo

	1	2	3	4
<b>6- Objetivos</b>				
1.1 Os objetivos são coerentes com as necessidades de educação em saúde das pessoas com DRC em hemodiálise.				
1.2 Esta cartilha é uma ferramenta que pode ser utilizada no processo de educação em saúde de pessoas com DRC em hemodiálise.				
1.3 A cartilha é capaz de promover reflexão sobre os cuidados para promoção à saúde da pessoa com DRC em hemodiálise.				
1.4 As informações contidas na cartilha promovem mudança de comportamento e atitude.				
<b>7- Conteúdo</b>				
2.1 A cartilha educativa é apropriada para pessoas com DRC em hemodiálise.				
2.2 A cartilha oferece informações importantes sobre cuidados				

relevantes às pessoas com DRC em hemodiálise.				
<b>2.3</b> O texto está apresentado de forma clara e objetiva.				
<b>2.4</b> As informações apresentadas estão cientificamente corretas.				
<b>2.5</b> Os conteúdos são variados e suficientes para atingir os objetivos da cartilha.				
<b>2.6</b> Existe uma sequência lógica do conteúdo apresentado.				
<b>2.7</b> A divisão dos títulos e subtítulos do material são pertinentes.				
<b>2.8</b> As ideias chaves (trechos em destaque) são pontos importantes e merecem destaque.				
<b>8- Linguagem</b>				
<b>3.1</b> As informações apresentadas são claras e compreensíveis.				
<b>3.2</b> O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.				
<b>3.3</b> As informações estão bem estruturadas.				
<b>3.4</b> As informações estão em concordância com a ortografia.				
<b>3.5</b> A escrita utilizada é atrativa.				
<b>3.6</b> O título da cartilha é interessante e adequado.				
<b>9- Relevância</b>				
<b>4.1</b> Os temas retratam pontos-chave que devem ser reforçados durante o tratamento.				
<b>4.2</b> O material permite a transferência e generalizações do aprendizado a diferentes contextos (hospitalar e domiciliar).				
<b>4.3</b> A cartilha propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar o autocuidado.				
<b>4.4</b> A cartilha aborda os assuntos necessários para a pessoa com DRC em hemodiálise.				
<b>4.5</b> A cartilha está adequada para ser usada por qualquer profissional da área da saúde.				
<b>4.6</b> O tema é atual e relevante.				
<b>10- Ilustrações</b>				
<b>5.1</b> As ilustrações utilizadas são pertinentes com o conteúdo do material.				
<b>5.2</b> As ilustrações expressam a informação a ser transmitida.				
<b>5.3</b> O número de ilustrações está suficiente.				
<b>5.4</b> As legendas das ilustrações estão adequadas e auxilia o leitor a compreender a imagem.				
<b>5.5</b> Os personagens são carismáticos.				
<b>5.6</b> A apresentação dos personagens e situações são suficientes.				
<b>5.7</b> Os personagens lembram as pessoas da realidade a qual a cartilha educativa se propõe.				
<b>11- Layout</b>				
<b>6.1</b> A apresentação da cartilha está atrativa.				
<b>6.2</b> A apresentação da cartilha está organizada de forma lógica.				
<b>6.3</b> O conteúdo está apresentado com letra em tamanho e fonte adequados para a leitura.				
<b>6.4</b> O tipo de letra utilizado facilita a leitura do material.				
<b>6.5</b> O contraste com cores diferentes foi feito de forma adequada.				

6.6 A disposição do texto está adequada.				
6.7 O número de páginas está adequado.				
<b>12- Motivação</b>				
7.1 O título é atraente e desperta interesse para a leitura.				
7.2 O conteúdo desperta interesse para a leitura.				
7.3 O conteúdo está motivador e incentiva o leitor a prosseguir a leitura.				
<b>13- Cultura</b>				
8.1- O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto.				

COMENTÁRIOS, OBSERVAÇÕES E SUGESTÕES:

---



---



---



---



---



---



---



---

### Parte 3 – Avaliação da cartilha educativa

Favor marcar x na sua avaliação final da cartilha	
1 - Aprovada	
2- Aprovada com modificações	
3- Reprovada	

COMENTÁRIOS, OBSERVAÇÕES E SUGESTÕES:

---



---



---



---



---



---



---



---

## APÊNDICE D – Solicitação de autorização dos instrumentos aos autores

### E-mail ao autor do questionário The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire

← Re: Authorization to use the assessment questionnaire on adherence of patients with chronic kidney disease on hemodialysis (ESRDAQ)

308  
62  
296  
22

Thank you for being interested in using our questionnaire, ESRD-AQ. Please contact the Nephrology Nursing Journal (NNJ) and get permission to use the ESRD-AQ.

**If you do not receive any response from the NNJ in a week, please go ahead and use the tool.**

Best regards,

**Youngmee Kim, PhD, RN, FNP**  
 Professor, Chung-Ang University, Red Cross College of Nursing  
 Building 102 Suite 523, 84 Heuksuk-ro, Dongjak-gu, Seoul 06974, Korea  
 Office Tel: +82-2-820-9084, Fax: +82-2-824-7901  
 E-mail: [ykim@cau.ac.kr](mailto:ykim@cau.ac.kr) or [youngkim234@gmail.com](mailto:youngkim234@gmail.com)

On Mon, Jun 21, 2021 at 3:24 AM Ingrid Fernanda O. Vieira <[ingridfoliveira@hotmail.com](mailto:ingridfoliveira@hotmail.com)> wrote:  
 Dear Professor Doctor Kim,  
 My name is Ingrid Fernanda de Oliveira Vieira. I am a graduate student in Nursing at Doctoral level at the Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), Brazil. My research will be on the adherence of patients with chronic kidney disease on hemodialysis treatment before and after the application of an educational booklet and I would like to request authorization to use The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRDAQ).

Thank you in advance for your collaboration and I look forward to hearing from you.

Regards  
 Ingrid Fernanda de Oliveira Vieira

Ingrid Fernanda de Oliveira Vieira  
 Mestre e Doutoranda em Enfermagem - UNIFAL  
 Enfermeira especialista em Nefrologia e Saúde do Idoso  
 Cel: Whats app (32)96807-5715 e (35) 99145-1388

← Re: Form submission from: Contact Us

○ Sinalizar para acompanhamento. Início em 23/06/2021. Data de conclusão 23/06/2021.  
 🗣️ Traduzir a mensagem para: Português (Brasil) | Nunca traduzir do: Inglês

**LK** Lauren Kubiak <[lauren.kubiak@ajj.com](mailto:lauren.kubiak@ajj.com)>  
 Ter, 22/06/2021 10:05  
 Para: Você

Hi Ingrid Fernanda de Oliveira Vieira,

Thank you for your interest in the *Nephrology Nursing Journal*. The American Nephrology Nurses Association (ANNA) has granted you permission to use the ESRD-AQ tool as a research component in your research study. By using this tool as a research component, ANNA requests you give proper credit by using the below in its mention:

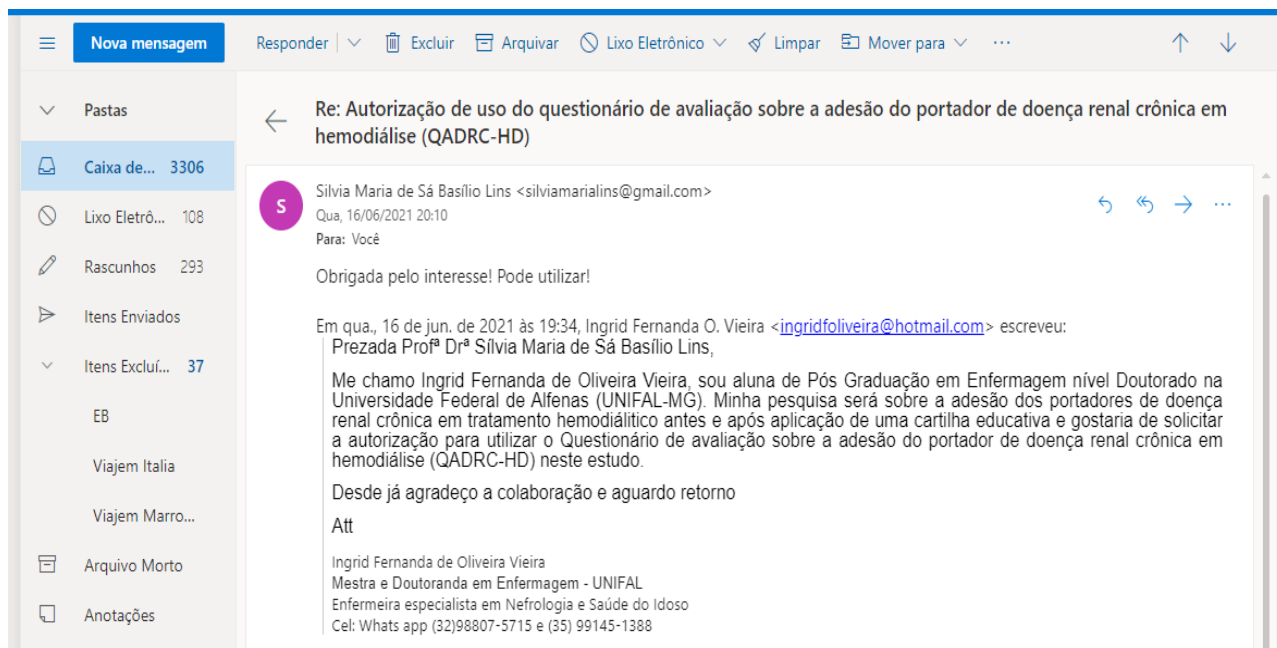
**Permission Line**  
 Used with permission from the American Nephrology Nurses Association.

While permission is granted for you to use the tool in your research, permission will need to be requested once again if you plan to publish this research and reprint the ESRD-AQ tool outside of the *Nephrology Nursing Journal*, at which time there will likely be a fee.

Please let me know if you have any questions.

**Lauren Kubiak**  
 Editorial Coordinator  
 Anthony J. Jannetti, Inc.  
 East Holly Avenue/Box 56  
 Pitman, NJ 08071-0056  
 O: (856) 256-2344  
 F: (856) 589-7463  
[lauren.kubiak@ajj.com](mailto:lauren.kubiak@ajj.com)

## E-mail ao autor que validou o Questionário de avaliação sobre a adesão do portador de doença renal crônica em hemodiálise no Brasil:



## E-mail ao autor que elaborou o questionário de caracterização dos participantes:



## APÊNDICE E- TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL – TAI



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
 Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL-MG  
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Alfenas/MG.  
 CEP 37130-501  
 Fone: (35) 3701-9471 e Fax: (35) 3701-9472



Eu, Dr<sup>a</sup> Maria Cristina Mesquita Rebouças Quirino, responsável pelo Hospital Santa Casa de Caridade N. Sra. Do Perpétuo Socorro de Alfenas estou ciente, de acordo e autorizo a execução da pesquisa intitulada "EFEITO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE: EVIDÊNCIAS PARA A ASSISTÊNCIA", e que tem como objetivo principal avaliar o efeito de uma intervenção educativa na adesão ao tratamento da pessoa com doença renal crônica em hemodiálise em um hospital geral de um município do Sul de Minas Gerais, coordenada pela pesquisadora En<sup>a</sup> Mestre e doutoranda Ingrid Fernanda de Oliveira Vieira, sob orientação do Prof. Dr. Fábio de Souza Terra, e sob coorientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Patrícia Scotini Freitas no período de 01/03/2023 a 01/07/2023.

A pesquisa será realizada em consonância com as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, com a Lei 13.709/18 Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), que tratam dos aspectos éticos em pesquisa e tratamento de dados pessoais envolvendo seres humanos.

Afirmo o compromisso institucional de apoiar o desenvolvimento deste estudo e sinalizo que esta instituição está ciente de suas responsabilidades, de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, e também nos sigilo das informações coletadas, bem como dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tais condições.

Afirmo ainda que todo procedimento envolvendo participante de pesquisa a ser desenvolvido neste instituto/organização será iniciado apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG, responsável pelo acompanhamento ético de pesquisas com seres humanos, localizado na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala O 314-E, Alfenas/MG, no telefone (35) 3701-9153, ou no e-mail: [comite.etica@unifal-mg.edu.br](mailto:comite.etica@unifal-mg.edu.br).

Alfenas, 28 de Abril de 2022.

*Maria Cristina M. R. Quirino*

Dr<sup>a</sup> Maria Cristina Mesquita Rebouças Quirino  
 Diretora clínica do Hospital Santa Casa de Alfenas

Dr<sup>a</sup> Maria Cristina Mesquita Rebouças Quirino  
 Diretora Clínica  
 CRM-MG 44418

## APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES

### MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

**Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG**

**Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNIFAL-MG**

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314 E - Alfenas/MG- CEP 37130-001

Fone: (35) 3701-9153



### Dados de Identificação

**Título da pesquisa:** Efeito da intervenção educativa na adesão ao tratamento da pessoa com doença renal crônica em hemodiálise: evidências para a assistência.

**Pesquisadores responsáveis:** Fábio de Souza Terra, Ingrid Fernanda de Oliveira Vieira e Patrícia Scotini Freitas.

**Nome do participante:**

**Data de nascimento:**

**CPF:**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa “Efeito da intervenção educativa na adesão ao tratamento da pessoa com doença renal crônica em hemodiálise: evidências para a assistência”, de responsabilidade da pesquisadora Ingrid Fernanda de Oliveira Vieira, sob orientação do professor Dr. Fábio de Souza Terra e coorientação da professora Dra Patrícia Scotini Freitas. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra aos pesquisadores responsáveis. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

**Ao ler os itens abaixo, você deve declarar se foi suficientemente esclarecido(a) sobre as etapas da pesquisa ao final desse documento.**

1. Esta pesquisa tem por objetivo avaliar o efeito de uma intervenção educativa na adesão ao tratamento da pessoa com doença renal crônica em hemodiálise em um hospital geral de um município do Sul de Minas Gerais. Ele se justifica pois espera-se trazer como contribuição para a Enfermagem a articulação entre ensino, pesquisa e a prática, ao trabalhar uma temática pouco explorada nos estudos, buscando

inovação no campo de pesquisa ao associar a construção de uma ferramenta educativa junto a intervenção na área prática da hemodiálise, além de trazer informações atualizadas, comprovadas cientificamente e significantes ao setor da Nefrologia, tanto para o trabalho dos profissionais de saúde quanto para as pessoas assistidas no setor. Espera-se apresentar as informações e evidências científicas com a intenção de alcançar o melhor enfrentamento da DRC e da hemodiálise, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto das pessoas em tratamento hemodialítico. Esse entendimento poderá subsidiar as políticas e as ações da equipe de saúde na atenção às pessoas com DRC em tratamento hemodialítico.

2. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder ao instrumento sobre a caracterização da população e o Questionário de avaliação sobre a adesão do portador de doença renal crônica em hemodiálise. A coleta de dados será realizada a partir de entrevistas com os pesquisadores antes da aplicação da cartilha. Posteriormente, será realizada a apresentação e distribuição da cartilha elaborada por meio de explicação participativa, objetivando sanar as dúvidas existentes. Essa apresentação da cartilha educativa ocorrerá 3 vezes e com intervalos de 15 dias. Por último, o Questionário de avaliação sobre a adesão do portador de doença renal crônica em hemodiálise será novamente aplicado, por meio de entrevista durante a sessão de hemodiálise, após 30 dias da última apresentação da cartilha.

3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos, já que toda pesquisa desenvolvida em seres humanos tem a presença de riscos, mesmo que mínimos. Os danos eventuais que este estudo poderá ocasionar são mínimos, e estão relacionados ao tempo destinado para a realização da entrevista e ao desconforto psicológico e constrangimento com relação à entrevista. Caso estes riscos ocorram, os pesquisadores se responsabilizarão em minimizá-los, como a interrupção da entrevista se necessário, manutenção de sigilo e anonimato, abordagem cautelosa ao participante durante a entrevista e o livre arbítrio para escolher ou não participar da entrevista, junto ao compromisso em seguir os padrões científicos e éticos na execução da pesquisa. É importante ressaltar que os participantes estarão livres para deixar de participar da pesquisa em qualquer momento, sem a necessidade de apresentarem justificativas. De maneira específica no presente protocolo, serão tomadas as seguintes medidas minimizadoras de riscos para contaminação do coronavírus – COVID-19, como uso de máscaras/ EPIs, distanciamento físico de 1,5 m entre pesquisador e participante, uso de desinfecção com álcool gel entre cada procedimento e outras medidas que estiverem vigentes no período de coleta de dados.

4. Ao participar desse trabalho você contribuirá para um levantamento de dados que irá proporcionar aprendizados sobre adesão ao tratamento da pessoa com DRC em tratamento hemodialítico, promoção do aumento de conhecimento dos pacientes sobre DRC e auxílio à promoção da saúde dessas pessoas. Esse entendimento subsidiará as ações da equipe de saúde do setor de nefrologia para atenção às pessoas com DRC em hemodiálise.

5. Sua participação neste projeto será a realização de uma entrevista, com duração aproximada de 30 minutos, antes da aplicação da cartilha, participação durante a aplicação da cartilha, três vezes, com intervalos de 15 dias, com duração aproximada de 60 minutos e realização novamente da entrevista, com duração aproximada de 20 minutos.
6. Você não terá nenhuma despesa por sua participação na pesquisa, sendo o fornecimento da cartilha e dos questionários totalmente gratuitos; e deixará de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.
7. Você foi informado e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito à buscar ressarcimento.
8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, você terá direito a assistência integral e imediata, de forma gratuita pelo pesquisador responsável, pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização.
9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo(a), será mantido em sigilo. Caso você deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.
10. Você foi informado(a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.
11. Conforme o item III.2, inciso (i) da Resolução CNS 466/2012 e o Artigo 3º, inciso IX, da Resolução CNS 510/2016, é compromisso de todas as pessoas envolvidas na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para os indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação.

Por esses motivos,

AUTORIZO ( ) / NÃO AUTORIZO ( )

a coleta e divulgação das respostas obtidas para a presente pesquisa.

12. Você poderá consultar a pesquisadora Ingrid Fernanda de Oliveira Vieira, no seguinte telefone: (35) 99145-1388 ou e-mail [ingridfoliveira@hotmail.com](mailto:ingridfoliveira@hotmail.com) e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: [comite.etica@unifal-mg.edu.br](mailto:comite.etica@unifal-mg.edu.br) sempre que

entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

*\*O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.*

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado (a) e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

.....  
(Cidade), (dia) de (mês) de (ano)

.....  
(Assinatura do participante da pesquisa)

.....  
(Assinatura do pesquisador responsável / pesquisador participante)

## APÊNDICE G - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

Eu Fábio de Souza Terra como pesquisador responsável do projeto intitulado “Efeito da intervenção educativa na adesão ao tratamento da pessoa com doença renal crônica em hemodiálise: evidências para a assistência” declaro conhecer e cumprir os termos da Resolução CNS N.º 466/2012 e/ou da Resolução CNS N.º 510/2016, bem com suas complementares. A pesquisa terá a duração de dois anos e três meses, com previsão de início em dezembro de 2022 e término em fevereiro de 2025.

Comprometo-me a zelar pela privacidade e sigilo das informações, utilizar os materiais e os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo da pesquisa acima referido e a publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não.

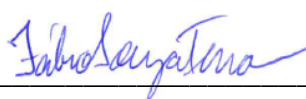
Responsabilizo-me pela condução científica do projeto, considerando a relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração de todos os interesses envolvidos.

Assumo o compromisso de comunicar o CEP-UNIFAL-MG, via Plataforma Brasil, sobre qualquer alteração no projeto de pesquisa, enviando relatórios parciais, por meio de notificação e/ou emenda. Assumo também o compromisso de enviar os resultados da pesquisa na Plataforma Brasil em formato de relatório final.

Será garantido que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes dessa pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa.

Comprometo-me também a iniciar a pesquisa somente após a aprovação do projeto pelo Sistema CEP/CONEP no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG, responsável pelo acompanhamento ético de pesquisas com seres humanos, localizado na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala O 314-E, Alfenas/MG, no telefone (35) 3701-9153, ou no e-mail: [comite.etica@unifal-mg.edu.br](mailto:comite.etica@unifal-mg.edu.br).

Alfenas, 05 de setembro de 2022.



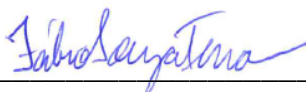
---

Fábio de Souza Terra

**APÊNDICE H – TERMO DE COMPROMISSO PARA DESENVOLVIMENTO DE  
PROTOCOLOS DE PESQUISA NO PERÍODO DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS  
(COVID-19)**

Eu Fábio de Souza Terra, CPF 039978736-40 e RG MG-11843504, pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “Efeito da intervenção educativa na adesão ao tratamento da pessoa com doença renal crônica em hemodiálise: evidências para a assistência”, estou ciente enquanto à necessidade do cuidado à integridade física e emocional de pesquisadores e participantes da pesquisa, conforme diretrizes do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da própria CONEP, como descrito no Comunicado CONEP de 09/05/2020. Dessa forma, para a execução dos procedimentos de pesquisa presenciais, planejados para serem realizados no período de abril a julho de 2023, serão adotadas medidas sanitárias para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa. De maneira específica no presente protocolo, serão tomadas as seguintes medidas minimizadoras de riscos como uso de máscaras/ EPIs, distanciamento físico de 1,5 m entre pesquisador e participante, uso de desinfecção com álcool gel entre cada procedimento e outras medidas que estiverem vigentes no período de coleta de dados.

Se mesmo sendo tomadas todas as medidas descritas, resultar necessária a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, submeterei imediatamente notificação para apreciação do Sistema CEP/Conep.



---

Fábio de Souza Terra

Alfenas, 05 de setembro de 2022.