

Adesão terapêutica da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise

Treatment adherence in chronic kidney disease patients on a regular hemodialysis program

Sónia Belo Fernandes¹, Mário Gomes da Silva², Júlio Belo Fernandes³, Ana Almeida⁴

1. Doutora em *Intervención Psicológica en Educación, Salud y Calidad*; Mestre em Saúde Pública; Licenciada em Enfermagem.

2. Licenciado em Medicina - Especialista em Nefrologia.

3. Doutor em Ciências de Enfermagem; Doutor em *Intervención Psicológica en Educación, Salud y Calidad*; Mestre em Enfermagem. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

4. Licenciada em Enfermagem.

Resumo

Enquadramento: A adesão terapêutica é crucial para o sucesso do tratamento na doença renal crónica pois contribui para a redução da taxa de morbilidade e mortalidade.

Objetivo: Identificar o nível de adesão terapêutica da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise, no serviço de Nefrologia e Hemodiálise da Clínica Girassol.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional, com aplicação de um questionário e monitorização de parâmetros bioquímicos, peso interdialítico e assiduidade às sessões de hemodiálise, durante um trimestre, a todas as pessoas com doença renal crónica, em programa regular de hemodiálise.

Resultados: Do total de inquiridos 75% referiram adesão à restrição hídrica, 70,8% ao regime alimentar e 62,5% à prescrição medicamentosa. Relativamente aos parâmetros bioquímicos 100% dos inquiridos apresentaram os valores de sódio sérico dentro dos considerados de adesão terapêutica, 95,8% para o fósforo sérico e 58,3% para o potássio sérico. Dos inquiridos 66,7% apresentaram valores médios de excesso de peso interdialítico dentro dos parâmetros considerados de adesão terapêutica, 97,9% apresentaram adesão às sessões de hemodiálise,

Conclusão: A adesão terapêutica das pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise no serviço de Nefrologia e Hemodiálise da Clínica Girassol foi oscilou entre os 58,3% e os 100%.

Palavras-chave: adesão terapêutica; adesão do doente; doença renal crónica; hemodiálise

Abstract

Background: Patients adherence is crucial for the treatment success in chronic kidney disease. It contributes to the reduction of the morbidity and mortality rate.

Objective: To identify the treatment adherence level of chronic kidney disease patients on a regular program of hemodialysis in Luanda, Angola.

Methodology: Quantitative, descriptive correlational study, with questionnaire application and monitoring of biochemical parameters, interdialytic weight and attendance at hemodialysis sessions, in a period of 3 months in the entire population of chronic kidney disease patients on hemodialysis.

Results: Of all patients, 75% reported adherence to fluid restriction, 70.8% adherence to diet and 62.5% adherence to medication prescription. In biochemical parameters, 58.3% had serum potassium values considered within therapeutic adherence, 100% reached the values defined for serum sodium and 95.8% for serum phosphorus. Of the respondents 66.7% had average values of interdialytic excess weight within the parameters considered of therapeutic adherence and 97.9% of respondents showed adherence to hemodialysis sessions.

Conclusion: The treatment adherence of chronic kidney disease patients on a regular program of hemodialysis in Luanda, Angola fluctuated between 58,3% and 100%.

Keywords: treatment adherence; patient compliance; chronic kidney disease; hemodialysis units

Introdução

A doença renal crónica resulta de uma incapacidade irreversível dos rins para manter a homeostasia interna do organismo, devido a uma degradação da função renal, por destruição gradual e irreversível do parênquima renal. É uma doença progressiva, que numa fase avançada apresenta uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade. A terapêutica substitutiva da função renal surge como modalidade de tratamento no último estadió da doença renal crónica (National Kidney Foundation [NKF], 2019). Existem cerca de 850 milhões de pessoas em todo o mundo com problemas renais, das quais cerca de 2,5 milhões fazem hemodiálise (Sociedade Angolana de Nefrologia, 2018).

Apesar dos avanços tecnológicos na área da saúde, a hemodiálise continua a ser um substituto imperfeito do rim, para além de ser uma técnica difícil para a pessoa doente, requer restrições dietéticas e administração de terapêutica medicamentosa complementar, sendo de extrema importância a adesão terapêutica (Terra et al., 2010).

A adesão terapêutica é um indicador de qualidade dos cuidados de saúde. Torna-se por isso importante que o comportamento da pessoa na toma da medicação, no cumprimento de uma dieta e nas mudanças de comportamento no seu estilo de vida, coincidam com as

recomendações dos seus prestadores de cuidados de saúde (World Health Organization [WHO], 2003). A adesão terapêutica contribui para a diminuição do número de reinternamentos, consultas, consultas de urgência, consumo de medicamentos, promovendo a melhoria do estado de saúde da pessoa e evitando gastos em recursos humanos, materiais e medicamentos desnecessários, permitindo melhorar a gestão de utilização dos serviços de saúde. A não adesão ao regime terapêutico, no âmbito das doenças crónicas, é um problema mundial de grande magnitude, com graves repercussões na saúde das pessoas e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida. Para além disso a não adesão terapêutica implica elevados custos económicos para o sistema de saúde (WHO, 2003).

Este estudo tem como objetivo identificar o nível de adesão terapêutica da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise, no serviço de Nefrologia e Hemodiálise da Clínica Girassol, em Luanda, Angola. Desta forma pretende-se conhecer a adesão terapêutica, com o intuito de elaborar um diagnóstico de situação, que permita delinear um planeamento estratégico no sentido de dirigir os cuidados de saúde prestados por forma a colmatar as possíveis falhas identificadas na adesão terapêutica.

Enquadramento

Em todo o mundo existem cerca de 850 milhões de pessoas com problemas renais, sendo que cerca de 2,5 milhões estão em programa regular de hemodiálise (Sociedade Angolana de Nefrologia, 2018). A população em Angola é de cerca de 25 789 024 de habitantes (Instituto Nacional de Estatística, [INE], 2016), dos quais estima-se existirem cerca de 28000 pessoas com doença renal crónica, estando em programa regular de hemodiálise 1621 pessoas, distribuídas por dez centros de hemodiálise em todo território nacional (Sociedade Angolana de Nefrologia, 2018).

A doença renal crónica é definida por anomalias estruturais ou funcionais do rim, com ou sem diminuição do ritmo de filtração glomerular, manifestada por alterações patológicas ou marcadores de lesão renal, incluindo alterações sanguíneas, urinárias ou exames de imagem (Fogarty, & Tall, 2012). Caracteriza-se por uma alteração permanente durante um período superior ou igual a três meses. É uma doença progressiva e numa fase avançada apresenta uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade (NKF, 2019). A doença renal crónica pode ser provocada por uma doença primária do rim, como as glomerulonefrites ou rins poliquísticos, mas também é comum surgir como

complicação tardia de outra doença, como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus ou ainda complicação de uma doença aguda como a malária (Sociedade Angolana de Nefrologia, 2018).

Independentemente da sua etiologia esta doença manifesta-se em cinco estadios. No início da doença os nefrónios que permanecem saudáveis compensam os que vão sendo destruídos e raramente surgem sinais e sintomas. Nesta fase a doença permanece silenciosa, sendo detetada casualmente. Com o evoluir da situação, a capacidade de adaptação do rim começa a falhar, os produtos tóxicos acumulam-se no organismo surgindo os primeiros sinais e sintomas da doença. A doença renal crónica é quantificada mediante a taxa de filtração glomerular (Tall, & Brenner, 2012).

Na fase inicial da doença o tratamento tem como objetivo atrasar a sua evolução, recorrendo-se à utilização de fármacos, uma dieta rigorosa, vigilância da tensão arterial e das análises laboratoriais. Numa fase posterior, iniciam-se medidas terapêuticas de forma a manter o equilíbrio interno do organismo nos valores aceitáveis e diminuir os distúrbios provocados pela doença renal nos diversos órgãos (NKF, 2019).

A terapêutica substitutiva da função renal surge como modalidade de tratamento no último estadio da doença renal crónica, sendo a hemodiálise a mais comumente utilizada. Porém também existe a diálise

peritoneal e o transplante renal (Fogarty, & Tall, 2012).

O conceito de diálise foi introduzido por Thomas Graham, em 1861. Todavia as primeiras descrições da utilização da terapêutica dialítica na doença renal aguda surgiram em 1924. Apenas a partir de 1960 foi utilizada regularmente no tratamento na doença renal crónica.

A hemodiálise é uma técnica terapêutica substitutiva da função renal que utiliza um processo de difusão através de uma membrana semipermeável pela qual são retirados metabólicos tóxicos acumulados no sangue, tais como, ureia, creatinina, ácido úrico, entre outros, e as substâncias em excesso no organismo tais como água, potássio, sódio e fósforo. Permite ainda a reposição de substâncias em carência no organismo tais como o cálcio e bicarbonato e corrigir a anemia (NKF, 2019). Teve início em Angola no ano 2000 e é a modalidade de tratamento mais utilizada. A diálise peritoneal é destinada apenas a uma pequena percentagem de pessoas com doença renal crónica. Ainda não se realizam transplantes renais no país. Atualmente existem dez centros de hemodiálise, distribuídos por quatro das dezoito províncias do país, nomeadamente seis em Luanda, dois em Benguela, um em Malanje e um no Huambo (Sociedade Angolana de Nefrologia, 2018).

Para além da realização das sessões de hemodiálise, as pessoas com doença

renal em estadio 5 têm ainda que cumprir um plano terapêutico, que inclui um regime alimentar adequado, restrição hídrica e terapêutica medicamentosa complementar (Terra et al., 2010).

A adesão às restrições dietéticas constitui um dos fatores mais relevantes para o sucesso do tratamento da pessoa com doença renal crónica (Lins et al., 2018; Naalweh et al., 2017).

Tem como objetivo a prevenção da desnutrição e a minimização da toxicidade urémica (Silva, 2011). A dieta deve ser restrita em potássio, sódio, fósforo e líquidos (Fouque, & Mitch, 2012). A restrição diária de potássio deve-se ao risco de hipercaliémia que em situações extremas, pode provocar uma situação de paragem cardíaca. A restrição diária de sódio deve depender do volume da diurese residual, quando este é baixo ou inexistente esta restrição é crucial, uma vez que pode conduzir ao aumento de peso interdialítico e, conseqüentemente, a edemas, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca. A hiperfosfatémia contribui para o hiperparatiroidismo secundário e para a osteodistrofia renal, devendo a ingestão de fósforo ser restrita.

A ingestão total de líquidos deve ser cerca de 500 ml, mais o volume da diurese residual, caso exista. O incumprimento desta restrição pode causar ganho excessivo de peso interdialítico e conseqüentemente alterações da

tolerância às sessões de hemodiálise (Fouque, & Mitch, 2012; Silva, 2011).

De acordo com a WHO (2003), a evolução da doença crónica depende da forma como a pessoa doente se envolve e adere ao tratamento. A adesão terapêutica implica que o comportamento da pessoa, na toma da medicação, no cumprimento de uma dieta e nas mudanças no seu estilo de vida, coincidam com as recomendações dos seus prestadores de cuidados de saúde.

A primeira referência à importância do cumprimento às prescrições médicas foi feita por Hipócrates no século IV a.C., quando este percebeu que as pessoas doentes não diziam a verdade sobre o cumprimento dos tratamentos médicos prescritos (Vermeire, Hearnshaw, Van, & Denekens, 2001). Todavia, foi Haynes que desenvolveu este conceito em 1970, face às repercussões da não adesão terapêutica na qualidade de vida das pessoas doentes, às elevadas taxas de mortalidade e morbilidade das pessoas com doença crónica e ao aumento de gastos dos sistemas de saúde (Vermeire et al., 2001; WHO, 2003).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, o conceito de adesão é definido como

Ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como

prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento (International Council of Nurses, 2018, p.3).

Leite e Vasconcellos (2003), referem que existe adesão terapêutica quando são seguidas pelo menos 80% das prescrições no seu total. O problema da não adesão terapêutica é preponderante nas pessoas com doença crónica. Estima-se que a taxa de adesão ao tratamento nos países desenvolvidos, seja em média de 50%, sendo mais baixa nos países subdesenvolvidos. A não-adesão é considerada como um problema mundial de magnitude impressionante (WHO, 2003).

O plano de tratamento das pessoas com doença renal crónica submetidas a hemodiálise é complexo, tem várias vertentes e requer mudanças de comportamento no seu estilo de vida. Para além do cumprimento do tratamento dialítico é necessário cumprir um regime alimentar, hídrico e medicamentoso.

Na doença renal crónica, a adesão terapêutica é avaliada segundo uma variedade de fatores, que oscilam de autor para autor. Contudo os que reúnem maior consenso são, o cumprimento da restrição hídrica, a assiduidade às sessões de hemodiálise, a avaliação dos valores analíticos pré hemodiálise de potássio, sódio e fósforo e o ganho de

peso interdialítico (Lins et al., 2018; Naalweh et al., 2017).

Segundo Denhaerynck et al. (2007), as pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise são consideradas não aderentes quando apresentam ganho de peso interdialítico superior a 2 kg; valores séricos pré dialíticos de potássio superiores a 5,5 mEq/l, de sódio superiores a 145 mEq/l e de fósforo superiores a 5,6 mg/dl e incumprimento das sessões de hemodiálise, com mais do que uma falta por mês.

Objetivos

Identificar o nível de adesão terapêutica da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise, no serviço de Nefrologia e Hemodiálise da Clínica Girassol em Luanda, Angola.

Objetivos específicos

Identificar o nível de adesão terapêutica da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise relativamente ao novo regime alimentar.

Identificar o nível de adesão terapêutica da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise relativamente à restrição hídrica.

Identificar o nível de adesão terapêutica da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise

relativamente ao cumprimento da medicação.

Identificar o nível de adesão terapêutica da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise relativamente ao cumprimento das sessões de hemodiálise.

Identificar os dados bioquímicos da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise.

Identificar a relação entre a adesão terapêutica da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise e as variáveis independentes do estudo.

Metodologia

A metodologia selecionada para a realização deste estudo foi uma abordagem quantitativa, descritiva correlacional. O estudo foi realizado na Clínica Girassol, em Luanda, Angola. Trata-se da clínica privada com maior projeção em Angola, subsidiária da Sonangol, empresa petrolífera angolana, fundada a 4 de setembro de 2008. O serviço de Nefrologia e Hemodiálise foi inaugurado a 4 de setembro de 2010. A população que recorre a esta instituição é constituída maioritariamente por funcionários e familiares da empresa Sonangol e das suas subsidiárias, mas também por pessoas a título particular e detentores de seguros com quem a clínica tem convenções. A população em estudo

foi constituída por todas as pessoas com doença renal crónica que realizaram hemodiálise no serviço durante o tempo estipulado para a realização do estudo, que foi um trimestre. Foram considerados critérios de exclusão do estudo, não saber ler nem escrever em português e ter idade inferior a 18 anos. Foram inquiridas 48 pessoas.

Optou-se por utilizar um questionário autoadministrado, monitorizar os valores bioquímicos mensais do sódio, potássio e fósforo, o valor médio mensal de ganho de peso interdialítico e a assiduidade às sessões de hemodiálise (Lins et al., 2018; Naalweh et al., 2017). Assim sendo, os dados para a realização do estudo foram colhidos em duas etapas. Na primeira etapa o instrumento de colheita de dados selecionado foi o questionário autoadministrado. Importa realçar que o questionário foi devidamente validado através da aplicação de um pré-teste. Na primeira parte do questionário foram apresentadas questões de escolha múltipla e resposta rápida, que tiveram como intuito caracterizar a população. Na segunda parte foram colocadas questões de escolha múltipla para avaliar a perceção que o inquirido tem acerca da sua adesão terapêutica. Os questionários foram entregues para preenchimento no início da cada sessão de hemodiálise e a média de preenchimento foi de 15 minutos. Na segunda etapa do estudo foi efetuada a monitorização dos parâmetros

bioquímicos, do peso interdialítico e da assiduidade às sessões de hemodiálise de todos os inquiridos durante um trimestre. Os valores analíticos de potássio, sódio e fósforo são indicadores da adesão à dieta prescrita e os valores de fósforo são ainda um indicador da adesão à toma da medicação prescrita. O valor médio mensal de ganho de peso interdialítico foi um indicador da adesão à restrição hídrica (Denhaerynck et al., 2007; Lins et al., 2018; Naalweh et al., 2017).

Procedimentos éticos

A recolha dos dados foi realizada após a devida autorização da Clínica Girassol. De forma a garantir o consentimento informado dos inquiridos anexou-se ao questionário a informação acerca da finalidade do estudo, da voluntariedade da participação e da garantia de confidencialidade dos dados.

Resultados

Após análise dos resultados concluiu-se que do total de inquiridos 60,4% pertenciam ao sexo masculino e 39,6% ao género feminino. A média de idades foi de 50,5 anos, com um desvio padrão de 15,7 anos. A moda foi ter 59 anos, a idade máxima foi de 70 anos e a idade mínima foi de 20 anos. No que se refere à escolaridade, 25% dos inquiridos

completaram a sexta classe, 22,9% o 1º ciclo do ensino secundário, 29,2% completaram o 2º ciclo do ensino secundário e 22,9% o ensino superior. Quanto à atividade profissional, 66,7% eram ativos. Relativamente ao agregado familiar, a moda foi ser composto por 5 elementos e a média por 6,1 elementos. No que concerne ao tempo de realização de hemodiálise, o tempo médio de tratamento dialítico foi de 36,9 meses, com um desvio padrão de 30,4 meses. O tempo mínimo foi de 5 meses e o máximo de 144 meses.

Em relação aos conhecimentos sobre a doença, 43,7% dos inquiridos referiram possuir conhecimentos elevados sobre a sua doença, 47,9% referiram ter conhecimentos moderados e 8,4% insuficientes.

No que se refere à mudança de comportamentos no seu dia-a-dia após o início do tratamento hemodialítico, 75,1% dos inquiridos referiram ter efetuado mudanças elevadas, 16,6% mudanças moderadas e 8,3% poucas mudanças.

Considerando a adesão ao novo regime alimentar e respondendo ao primeiro objetivo específico, verificou-se que 70,8% dos inquiridos referiram adesão ao novo regime alimentar e 29,2% referiram não adesão ao novo regime alimentar.

Relativamente à adesão à restrição hídrica, e dando resposta ao segundo objetivo específico, observou-se que 75% dos inquiridos referiram adesão ao

cumprimento da restrição de líquidos e 25% referiram não adesão ao cumprimento da restrição hídrica.

No que concerne à adesão ao regime medicamentoso e em resposta ao terceiro objetivo específico, constatou-se que 62,5% dos inquiridos referiram adesão à prescrição medicamentosa e 37,5% referiram não adesão ao cumprimento do regime medicamentoso prescrito.

De modo a responder ao quarto objetivo específico, monitorizou-se o cumprimento das sessões de hemodiálise e aferiu-se que 97,9% dos inquiridos apresentaram uma adesão elevada, com um registo inferior ou igual a uma falta por mês. Importa realçar que 58,3% dos inquiridos que participaram no estudo cumpriram rigorosamente as sessões de hemodiálise durante todo o trimestre.

Para dar resposta ao quinto objetivo específico, monitorizou-se os valores analíticos dos participantes no estudo durante um trimestre e verificou-se que 58,3% dos inquiridos que participaram no estudo apresentaram valores de potássio sérico dentro dos parâmetros considerados de adesão terapêutica. Importa realçar que foram considerados valores de adesão terapêutica níveis de potássio sérico inferior ou igual a 5,5 mEq/l. No que concerne aos valores de sódio, 100% dos inquiridos apresentaram valores de sódio sérico dentro dos parâmetros considerados de adesão terapêutica. Foram considerados valores

de adesão terapêutica níveis de sódio sérico inferior ou igual a 145 mEq/l. Em relação ao fósforo, 95,8% dos inquiridos que participaram no estudo apresentaram valores de fósforo sérico dentro dos parâmetros considerados de adesão terapêutica. Foram considerados valores de adesão terapêutica níveis de fósforo sérico inferior ou igual a 5,6 mg/dl.

Relativamente ao peso interdialítico, observou-se que 66,7% dos inquiridos apresentaram valores dentro dos parâmetros considerados de adesão terapêutica. Foram considerados valores de adesão terapêutica um ganho médio de peso interdialítico inferior ou igual a 2 kg.

Dando resposta ao objetivo geral deste estudo, pode-se afirmar que a adesão terapêutica das pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise no serviço de Nefrologia e Hemodiálise da Clínica Girassol oscilam entre os 58,3% e os 100%.

Após obtenção destes resultados e de modo a responder ao sexto objetivo específico, analisou-se a existência de relação entre as variáveis em estudo. Verificou-se a existência de relação estatisticamente significativa entre a variável adesão terapêutica e as variáveis:

- Escolaridade dos inquiridos ($r=0,587$; $p<0,01$), verificou-se que quem apresentou maior adesão terapêutica foram os inquiridos com maior nível de escolaridade;

- Género dos inquiridos ($t= -3$; $p=0,01$), apurou-se que quem referiu maior adesão foram os inquiridos do género masculino;
- Tempo de hemodiálise ($r= - 0,501$; $p<0,01$), constatou-se que quem realiza hemodiálise há menos tempo apresentou maior adesão terapêutica;
- Conhecimentos sobre a doença, ($r=0,823$; $p<0,01$), aferiu-se que quem apresentou maior adesão terapêutica foram os inquiridos que referiram possuir mais conhecimentos sobre a sua doença;
- Mudança de comportamento ($r=0,587$; $p<0,01$), observou-se que quem apresentou maior adesão terapêutica foram os inquiridos que manifestaram maior mudança de comportamento no seu dia-a-dia.

Existe ainda uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis conhecimentos sobre a doença e mudança de comportamento no seu dia-a-dia, sendo que os inquiridos que referiram maior mudança de comportamento no seu dia-a-dia foram os inquiridos com mais conhecimentos sobre a sua doença ($r=0,823$; $p<0,01$).

Discussão

Os resultados encontrados mostram que a população inquirida pertence maioritariamente ao sexo masculino,

60,4%, estando em consonância com os dados nacionais, que de acordo a Sociedade Angolana de Nefrologia (2018), 62% das pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise em Angola pertencem ao sexo masculino.

Aferiu-se uma correlação estatisticamente significativa entre a adesão terapêutica e o nível de escolaridade dos inquiridos. Bugalho e Carneiro (2004), verificaram maior adesão terapêutica em pessoas com maior nível de escolaridade. Contrariando estes resultados a WHO (2003), refere que o nível de escolaridade não tem sido claramente associado à adesão. Zrinyi et al. (2003), não verificaram relação estatisticamente significativa entre estas variáveis.

No que se refere à relação entre as variáveis adesão terapêutica e o género, quem apresentou maior adesão foram os inquiridos do género masculino. Porém a WHO (2003), refere que o género não tem sido associado à adesão. Cabral e Silva (2010), verificaram que o género do inquirido não foi preditor de adesão terapêutica.

Não se identificou relação entre a adesão terapêutica e a idade dos inquiridos, o que vai de encontro aos dados da WHO, que referem que a idade não tem sido associada à adesão (WHO, 2003).

Quanto às variáveis adesão terapêutica e atividade profissional, também não se aferiu relação. Estes dados são

corroborados nos estudos desenvolvidos por Zrinyi et al. (2003) e Cabral e Silva (2010), que também não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis. Segundo a WHO (2003), a atividade profissional não tem sido claramente associada à adesão. Porém, Bugalho e Carneiro (2004), referem em seus estudos que a atividade profissional influencia a adesão terapêutica.

Relativamente à variável agregado familiar, neste estudo também não foi identificada relação. O estudo realizado por Cabral e Silva (2010) corrobora estes resultados.

Verificou-se uma relação entre as variáveis adesão terapêutica e tempo de realização de hemodiálise. Terra et al. (2010), aferiram que o tempo de tratamento contribui para um menor cumprimento do tratamento. Todavia Zrinyi et al. (2003), não encontraram, no seu estudo, relação estatisticamente significativa entre estas variáveis.

Em relação à adesão à restrição hídrica, 75% dos inquiridos referiram adesão ao cumprimento da restrição de líquidos. Os resultados deste estudo são superiores aos encontrados por Lee e Molassiotis (2002) e Denhaerynck et al. (2007), que identificaram valores de não adesão ao cumprimento da restrição hídrica entre os 30% e 70%.

Monitorizou-se o peso dos inquiridos entre as sessões de hemodiálise, dado que o

ganho de peso interdialítico é um indicador de adesão à restrição hídrica e concluiu-se que 66,7% dos inquiridos apresentaram valores dentro dos parâmetros considerados de adesão terapêutica. Este resultado é inferior aos resultados de adesão obtidos no autorrelato dos inquiridos em relação ao cumprimento da restrição hídrica. Estes dados estão em consonância com os obtidos por Christensen, Moran, Wiebe, Ehlers e Lawton (2002). De acordo com estes autores os índices de não adesão à restrição de fluídos variam entre 30 a 60%. É importante salientar que não tivemos em consideração a quantidade de urina produzida diariamente pelos inquiridos, uma vez que não houve colaboração destes neste sentido. No entanto, a avaliação do cumprimento da restrição hídrica é um ponto a ter em consideração no futuro.

A adesão dos inquiridos ao novo regime alimentar foi avaliada através do autorrelato e da monitorização dos níveis de potássio, sódio e fósforo séricos. No autorrelato 70,8% dos inquiridos referiram adesão ao novo regime alimentar. Contudo em relação aos valores do potássio sérico apenas 58,3% dos participantes no estudo apresentaram valores dentro dos parâmetros considerados de adesão terapêutica. Os resultados obtidos em relação aos parâmetros de potássio sérico demonstram níveis de adesão similares

aos obtidos no estudo de Lee e Molassiotis (2002), porém inferiores aos apresentados por Denhaerynck et al. (2007). Este será igualmente um aspeto a destacar no plano de intervenção.

No que concerne aos valores de sódio, 100% dos inquiridos que participaram no estudo apresentaram valores de sódio sérico dentro dos parâmetros considerados de adesão terapêutica. Em relação ao fósforo, 95,8% dos inquiridos apresentaram valores de fósforo sérico dentro dos parâmetros considerados de adesão terapêutica, resultados que são similares aos identificados na investigação realizada por Durose, Holdsworth, Watson e Przygodzka (2004).

No que se refere à adesão ao regime medicamentoso, 62,5% dos inquiridos referiram adesão à prescrição medicamentosa. Estes resultados estão em consonância com os aferidos por Kilbourne, Good, Sereika, Justice e Fine (2005), que relatam 34,9% de não adesão em seu estudo.

Existe uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis adesão terapêutica e conhecimentos sobre a doença, entre as variáveis adesão terapêutica e mudança de comportamento e ainda entre as variáveis conhecimentos sobre a doença e mudança de comportamento no seu dia-a-dia.

Neste estudo os conhecimentos sobre a doença foram preditores da adesão terapêutica e conduziram a mudanças de

comportamentos no dia-a-dia dos inquiridos que se traduziram em maior nível de adesão. Bugalho e Carneiro (2004), referem nos seus estudos que o nível de educação, os conhecimentos ou esclarecimento das pessoas face aos cuidados do seu tratamento, as perceções relativas à doença e as suas atitudes podem influenciar a adesão terapêutica.

A adesão terapêutica das pessoas com doença renal crónica que realizam hemodialise no serviço de Nefrologia e Hemodiálise da Clínica Girassol oscilam entre os 58,3% e os 100%, a não adesão oscila entre os 0% e os 41,7%. De acordo com Christensen (2002), os índices de não adesão variam entre os 30% e os 70%. Haynes, McDonald, Garg e Montague (2002), referem que de uma forma geral a taxa de não adesão em doentes submetidos a terapias de longo prazo tem sido de 50%.

Conclusão

As doenças crónicas têm consequências importantes na vida pessoal, familiar e social das pessoas, tendo também repercussões nos gastos económicos do serviço de saúde.

É importante conhecer a adesão terapêutica das pessoas doentes para que se possam promover medidas no sentido de a melhorar, quer a nível geral, como por exemplo em questões de acessibilidade aos apoios sociais,

medicamentos e tratamentos, quer a um nível mais específico, analisando a origem de comportamentos prejudiciais à saúde, incutindo alterações no estilo de vida das pessoas e analisando se as estratégias que se utilizam na prestação de cuidados produzem o efeito desejado.

A adesão terapêutica dos participantes deste estudo em relação às diferentes variáveis contempladas oscilou entre os 58,3% e os 100%.

Considera-se os resultados obtidos neste estudo positivos. Como já foi referido no capítulo anterior, foram identificados alguns pontos que necessitam de ser intervencionados, para que seja possível melhorar os níveis de adesão e caminhar no sentido da excelência.

A realização desta investigação permitiu identificar o nível de adesão terapêutica dos participantes no estudo e conhecer os pontos críticos que necessitam de intervenção de forma a ser ultrapassados. Isto é, com a realização deste trabalho elaborou-se um diagnóstico de situação atual e pertinente que possibilitou não só conhecer a adesão terapêutica, mas também delinear um planeamento estratégico no sentido de direcionar a prestação de cuidados de modo a melhorá-la.

Referências Bibliográficas

- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica a em patologias crônicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Cabral, M. V., & Silva, P. (2010). *A Adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Christensen, A. J., Moran, P. J., Wiebe, J. S., Ehlers S., & Lawton, W. J. (2002). Effect of a behavioral self-regulation intervention on patient adherence in hemodialysis. *Health Psychology*, 21, 393-397. **DOI:** 10.1037//0278-6133.21.4.393
- Denhaerynck, K., Manhaeve, D., Dobbels, F., Garzoni, D., Nolte, C., & De Geest, S. (2007). Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *American Journal Critical Care*, 16 (3), 222-235. Recuperado de <http://ajcc.aacn-journals.org/content/16/3/222.full.pdf+html>
- Durose, C., Holdsworth, M., Watson, V., & Przygodzka, F. (2004). Knowledge of dietary restrictions and the medical consequences of non-compliance by patients on hemodialysis are not predictive of dietary compliance. *Journal of American Dietetic Association*, 104, 34-41. **DOI:** 10.1016/j.jada.2003.10.016
- Fogarty, D. F., & Tall, M. W. (2012). A stepped care approach to the management of chronic kidney disease. In *Brenner & Rector's - The kidney*. Philadelphia. USA. Elsevier Saunders.
- Fouque, D., & Mitch, W. E. (2012). Dietary approaches to kidney disease. In *Brenner & Rector's - The kidney*. Philadelphia. USA. Elsevier Saunders.
- Haynes, R. B., McDonald, H., Garg, A. X., & Montague, P. (2002). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Resultados definitivos do recenseamento geral da população e de habitação de Angola 2014*. Luanda, Angola: Instituto Nacional de Estatística.
- International Council of Nurses. (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 2*. Genebra: International Council of Nurses. Recuperado de https://www.inc.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf.
- Kilbourne, A.M., Good, C.B., Sereika, S.M., Justice, A.C., & Fine, M.J. (2005). Algorithm for assessing patients' adherence to oral hypoglycemic medication. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 62, (2), 198-204. **DOI:** 10.1093/ajhp/62.2.198
- Lee, S. H., & Molassiotis, A. (2002). Dietary and fluid compliance in Chinese

- hemodialysis patients. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 695-704. **DOI:** 10.1016/s0020-7489(02)00007-x
- Leite, S., & Vasconcellos, M. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adoptados na literatura. *Ciência e Saúde Colectiva*, 8(3), 775-782. **DOI:** 10.1590/S1413-81232003000300011.
- Lins, S. M., Leite, J. L., Godoy, S., Tavares, J. M., Rocha, R. G., & Silva, F.V. (2018). Adesão de portadores de doença renal crônica em hemodiálise ao tratamento estabelecido. *Acta Paul Enferm*, 31(1), 54-60. **DOI:** 10.1590/1982-0194201800009
- Naalweh, K. S., Barakat, M. A., Sweileh, M. W., Al-Jabi, S. W., Sweileh, W. M., & Zyoud, S. H. (2017). Treatment adherence and perception in patients on maintenance hemodialysis: a cross - sectional study from Palestine. *BMC nephrology*, 18(1), 178. **DOI:**10.1186/s12882-017-0598-2
- National Kidney Foundation. (2019). *KDOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Definition and classification of stages of chronic kidney disease*. National Kidney Foundation. Recuperado de http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd/p2_background.htm.
- Silva, M. (2011). Estado nutricional dos doentes em hemodiálise. In *fresenius medical care – Manual de hemodiálise para enfermeiros*. 185-204. Lisboa: Almedina.
- Sociedade Angolana de Nefrologia. (2018). *Relatório anual*. Luanda, Angola: Sociedade Angolana de Nefrologia.
- Tall, W. M., & Brenner, B. M. (2012). Adaptation to nephron loss and mechanisms of progression in chronic kidney disease. In *Brenner & Rector's - The kidney*. Philadelphia. EUA: Elsevier Saunders.
- Terra, F., Costa, A., Figueiredo, E., Morais, A., Costa, M., & Costa, R. (2010). Adesão ao tratamento farmacológico de uso diário de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira Clínica Médica*, 8(2), 119-124. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n2/a006.pdf>
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research - A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 26(5), 331-342. **DOI:** 10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Genebra: World Health Organization. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=1>

69CACA7049FFA226B6ACE6B0F693830
?sequence=1

Zrinyi, M., Juhasz, M., Balla, J., Katona,
E., Ben, T., Kakuk, G., & Pall, D. (2003).

Dietary self-efficacy: determinant of
compliance behaviours and biochemical
outcomes in haemodialysis patients.
Nephrology Dialysis Transplantation, 18,
1869-1873. **DOI:** 10.1093/ndt/gfg307