

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

SARA RAQUEL RAMOS DE MELO GONÇALVES

RELAÇÃO ENTRE A COMPREENSÃO DO TRATAMENTO E O NÍVEL
DE ADESÃO À HEMODIÁLISE DOS PACIENTES COM DOENÇA
RENAL

Campinas

2022

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
SARA RAQUEL RAMOS DE MELO GONÇALVES

RELAÇÃO ENTRE A COMPREENSÃO DO TRATAMENTO E O NÍVEL
DE ADESÃO À HEMODIÁLISE DOS PACIENTES COM DOENÇA
RENAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Vida - PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Alessandra Gambero

Campinas
2022

Ficha catalográfica elaborada por Adriane Elane Borges de Carvalho CRB 8/9313
Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI - PUC-Campinas

617.461059 Gonçaves , Sara Raquel Ramos de Melo
G635r

Relação entre a compreensão do tratamento e o nível de adesão à hemodiálise dos pacientes com doença renal / Sara Raquel Ramos de Melo Gonçalves . - Campinas: PUC-Campinas, 2022.

57 f.: il.

Orientador: Alessandra Gambero.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2022.

Inclui bibliografia.

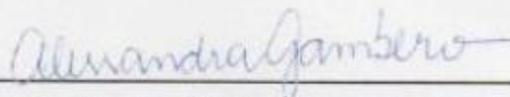
1. Hemodiálise. 2. Rins - Doenças. 3. Insuficiência renal crônica. I. Gambero, Alessandra. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDD - 22. ed. 617.461059

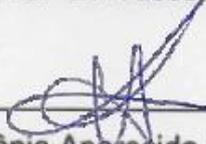
SARA RAQUEL RAMOS DE MELO GONÇALVES

**RELAÇÃO ENTRE A COMPREENSÃO DO TRATAMENTO E O NÍVEL
DE ADESÃO À HEMODIÁLISE DOS PACIENTES COM DOENÇA
RENAL**

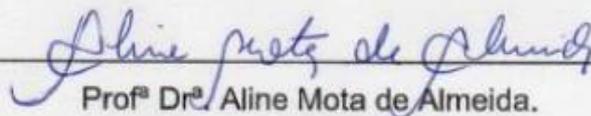
BANCA EXAMINADORA



Presidente: Profª Drª Alessandra Gambero



Profª Drª Vânia Aparecida Leandro-Merhi



Profª Drª Aline Mota de Almeida.

AGRADECIMENTOS

O conhecimento que adquirimos é o tesouro que carregamos conosco e que não podem nos tirar. Não há necessidade de mala para carregar e nem de armário para guardar, por isso está dentro do critério de ser e não de ter. Ele está em nós e nos compõe como indivíduos. Mesmo que neguem o nosso saber, ainda assim nós sabemos porque um dia aprendemos. Por isso é um tesouro tão valioso, é nosso.

Sou grata, primeiramente a Deus, autor e consumidor da minha fé. Que sempre esteve cuidando de mim e guiando todos os meus passos.

Agradeço a minha orientadora Alessandra, por superar todas as minhas expectativas, me ensinar, apoiar, pelos feedbacks detalhados e por toda a sua contribuição nesse trabalho.

Agradeço a minha mãe Marineide, pelas palavras de afirmação e ouvido sempre disposta a me escutar, que me mostrou o seu amor ao conhecimento que me fez chegar até aqui.

Agradeço aos meus irmãos Daniely, Miriam e Abraão por se alegrarem com minhas conquistas e chorarem com as derrotas, por orarem por mim e atenderem as minhas ligações.

Ao meu querido marido Vinicius, que é fonte de inspiração e dedicação, que esteve presente em toda minha jornada acadêmica, desde do primeiro dia de aula da graduação, sempre me apoiando com amor e carinho, me fazendo voltar o foco aos objetivos e sonhos.

“Feliz do homem que acha sabedoria, e o
homem que adquire conhecimento; porque
melhor é o lucro que ela dá do que o da
prata, e melhor a sua renda do que o ouro
mais fino”

Provérbios 3:13-14

RESUMO

Introdução: Para muitos pacientes com doença renal em estado terminal, a hemodiálise é a uma alternativa de tratamento, um processo rigoroso que envolve além da necessidade de comparecer às sessões, a adesão a uma dieta alimentar e de restrição hídrica, além do uso correto dos medicamentos. A clareza nas informações passadas ao paciente é primordial para a compreensão e aplicação de todos os cuidados que envolvem o seu tratamento, além do vínculo de confiança estabelecido entre profissionais e pacientes possibilitarem melhores resultados. Ainda não há um modelo adequado de comunicação que viabilize o entendimento dos pacientes sobre o seu tratamento. **Objetivo:** Avaliar a relação entre o conhecimento sobre hemodiálise e o nível de adesão dos paciente ao tratamento. **Métodos:** Estudo transversal, observacional, envolvendo a participação de pacientes diagnosticados com doença renal crônica, com idade igual ou superior a 18 anos em tratamento de hemodiálise no Serviço de Nefrologia do Hospital da PUC-Campinas entre novembro de 2021 e junho de 2022. Foi desenvolvido um questionário para avaliar o nível de compreensão do paciente sobre o tratamento e utilizado o questionário *The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire* (QA-DRC-HD), validado para língua portuguesa, para avaliação da adesão ao tratamento de HD. Foram coletados dados clínicos, que indicavam adesão, além de dados socioeconômicos dos participantes. A associação das variáveis com a aderência foi avaliada através do teste Qui-Quadrado, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis ou Coeficiente de Correlação de Spearman. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** Foram incluídos 82 participantes, sendo 58,5% do sexo masculino, com idade variando entre 21,9 e 86,7 anos, que estavam em tratamento de HD em média a 3,59 anos e a maioria estudou somente até ensino fundamental. Foi estabelecida uma correlação fraca negativa (-0,27), mas significativa, na adesão total medida pelo questionário clínico e o questionário de conhecimento, dessa forma quanto menor a adesão melhor o nível de conhecimento. Homens apresentam maior adesão geral e maior adesão a dieta restrita de líquidos. Os pacientes mais velhos tem maior adesão geral e o nível de escolaridade confere melhor adesão a dieta alimentar. O tempo de tratamento aumentou o conhecimento que os pacientes relatam, mas diminui a adesão geral ao tratamento. **Conclusão:** O conhecimento não foi preditivo para a adesão à HD neste estudo. O perfil de comportamento dos pacientes em HD evidenciou um seguimento de regras e, um trabalho eficaz pode ser o emprego de instruções a serem seguidas, somadas às intervenções a nível de conhecimento.

Palavras-Chave: Hemodiálise, Conhecimento, Adesão ao Tratamento, Doença Renal Crônica.

ABSTRACT

Introduction: For many patients with end-stage renal disease, hemodialysis is an alternative treatment, a rigorous process that involves, in addition to the need to attend sessions, adherence to a diet and water restriction, in addition to the correct use of medicines. The clarity in the information passed on to the patient is paramount for understanding and applying all the care that involves their treatment, in addition to the bond of trust established between professionals and patients enabling better results. There is still no adequate model of communication that enables patients to understand their treatment. **Objective:** To evaluate the relationship between knowledge about hemodialysis and patients' level of treatment adherence. **Methods:** Cross-sectional, observational study involving the participation of patients diagnosed with chronic kidney disease, aged 18 years or older undergoing hemodialysis treatment at the Nephrology Service of the Hospital da PUC-Campinas between November 2021 and June 2022. developed a questionnaire to assess the patient's level of understanding about the treatment and used the questionnaire The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (QA-DRC-HD), validated for Portuguese, to assess adherence to HD treatment. Clinical data were collected, which indicated adherence, in addition to the socioeconomic data of the participants. The association of variables with adherence was evaluated using the Chi-Square, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, or Spearman Correlation Coefficient tests. The significance level adopted was 5%. **Results:** A total of 82 participants were included, 58.5% male, aged between 21.9 and 86.7 years, who had been undergoing HD treatment for an average of 3.59 years, and most had only studied up to elementary school. A weak negative correlation (-0.27), but significant, was established in the total adherence measured by the clinical questionnaire and the knowledge questionnaire, thus, the lower the adherence, the better the level of knowledge. Men have greater overall adherence and greater adherence to a liquid-restricted diet. Older patients have greater overall adherence and the level of education confers better adherence to the diet. Treatment time increases the knowledge that patients report, but decreases overall adherence to treatment. **Conclusion:** Knowledge was not predictive of adherence to HD in this study. The behavior profile of patients on HD showed a following of rules, and effective work can be the use of instructions to be followed, added to interventions at the level of knowledge.

Keywords: Hemodialysis, Knowledge, Adherence to Treatment, Chronic Kidney Disease.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição em frequência e porcentagem das variáveis socioeconômicas de pacientes em Hemodiálise. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.....	17
Tabela 2 - Medidas descritivas das variáveis clínicas de pacientes em Hemodiálise. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.....	17
Tabela 3 - Distribuição das doenças de base observada nos participantes em Hemodiálise. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.	18
Tabela 4 - Comparação das adesões avaliadas pelo questionário clínico com as escores aferidos pelo Questionário de Adesão (QA-DRAC-HD). Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.....	19
Tabela 5 - Comparação das adesões avaliadas pelo questionário clínico com os escores do questionário de conhecimento. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.....	19
Tabela 6 - Coeficiente de correlação de Spearman entre os questionários empregados no estudo. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022..	20
Tabela 7 - Comparação da adesão clínica, dos escores obtidos no Questionário de Adesão e de Conhecimento entre os sexos. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022 ...	21
Tabela 8 - Comparação da adesão clínica e dos escores obtidos com os questionários QA-DRAC-HD e de conhecimento entre os pacientes que vão ou não acompanhados às consultas. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.	22
Tabela 9 - Comparação da adesão clínica e dos escores obtidos com os questionários QA-DRAC-HD e de conhecimento entre as faixas de renda. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.....	23
Tabela 10 - Comparação da adesão clínica e dos escores obtidos com os questionários QA-DRAC-HD e de conhecimento entre os grupos com diferentes níveis de escolaridade. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.	25
Tabela 11 - Coeficiente de correlação de Spearman da adesão clínica com a idade e o tempo de tratamento. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.	26
Tabela 12 - Comparação da idade entre as adesões clínicas dos participantes. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.....	26
Tabela 13 - Comparação do tempo de tratamento entre as adesões clínicas dos participantes. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.	27

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	11
2.1. Objetivo Geral	11
2.2. Objetivos Específicos	11
3. MÉTODOS	14
3.1. Delineamento do estudo	14
3.2. Coleta de dados e instrumentos utilizados	14
3.3. Análise dos dados	15
4. RESULTADOS	16
5. DISCUSSÃO	28
6. CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICES	34
ANEXOS	44

1 INTRODUÇÃO

Os rins são órgãos essenciais para o bom funcionamento de todo organismo, pois eles regulam a composição e o volume dos líquidos no corpo. Eles interferem diretamente sobre o adequado funcionamento do sistema cardiovascular, sendo responsáveis pelo controle da composição iônica dos líquidos corporais (regulando a quantidade de diferentes íons inorgânicos presentes no organismo), também fazendo a eliminação de toxinas e metabólitos, o balanço de ácidos e bases que ajuda a manter o pH dos líquidos corporais dentro dos limites e também, secretando diferentes hormônios (RAVAGNANI *et al.*, 2021).

Diversos fenômenos ou doenças são capazes de comprometer o funcionamento dos rins, podendo resultar na insuficiência do órgão. Comorbidades como o diabetes mellitus e hipertensão, histórico familiar de doença renal e o uso de medicamentos são algumas das principais causas de insuficiência renal. Dentre as doenças mais graves estão a insuficiência renal aguda (IRA), quando os rins param subitamente o seu funcionamento, podendo ou não retomar as suas funções normais no futuro, e a doença renal crônica (DRC), resultado da perda progressiva e irreversível da sua função, havendo um reconhecimento crescente de que representam uma doença em continuidade e não duas condições diferentes (OSTERMANN *et al.*, 2020).

Quando os casos de doenças renais evoluem para estados graves e os rins deixam de exercer a maioria de suas funções, a hemodiálise e o transplante se tornam essenciais para manutenção da vida. A hemodiálise vem como substituto no trabalho da remoção dos solutos e do fluido indesejado, que são duas importantes funções as quais os rins destes pacientes não exercem bem ou pararam completamente de exercer. A remoção de líquido ocorre durante o processo de ultrafiltração e a quantidade a ser retirada é ajustada de acordo com a perda de fluidos desejada para cada paciente (DEVINS *et al.*, 1990).

A hemodiálise busca ajustar a volemia, porém havendo a necessidade de uma maior retirada de fluidos durante o processo, o paciente pode se queixar de câibras, náuseas e vômitos, podendo haver também queda de pressão arterial, além de outras complicações durante o procedimento e a longo prazo (FLYTHE; KIMMEL; BRUNELLI, 2011). Por isso, em conjunto ao tratamento hemodialítico, o paciente necessita seguir uma dieta de restrições de ingestão de líquidos e alimentos, tendo

em vista que o consumo irá interferir diretamente na quantidade de água a ser filtrada e retirada pela máquina (ISEKI, 2022). A dieta alimentar adequada também é fator essencial para a manutenção dos níveis sanguíneos de fósforo (RASTOGI *et al.*, 2021) e potássio (ST-JULES; FOUQUE, 2022). A adesão ao uso correto dos medicamentos também é um aspecto importante no controle da doença renal crônica (SENG *et al.*, 2020).

Inúmeros trabalhos avaliaram a adesão do paciente com doença renal crônica aos diferentes aspectos do tratamento e correlacionaram com desfechos favoráveis (PANEERSELVAM *et al.*, 2022). O estudo internacional *Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study* (DOPPS) fez um levantamento com centros de hemodiálises de 7 países e estabeleceu as diretrizes para a má adesão ao tratamento hemodialítico. Foram considerados mal aderidos os pacientes que faltaram a uma ou mais sessões dentro de um período de um mês, que apresentavam potássio sérico > 6 mmol/l, fósforo > 7,5 mg/dl ou ganho de peso interdialítico (GPID) > 5,7% do seu peso seco (SARAN *et al.*, 2003).

Para que o paciente tenha êxito na aplicação da dieta e nos demais cuidados que envolvem o seu tratamento, ele necessita receber orientações nutricionais, médicas e dos demais profissionais envolvidos, de forma clara (DIONATO; ENES, 2021). Porém, apesar da importância de uma comunicação eficaz entre os profissionais da saúde e os pacientes, ainda há diversas dificuldades quando se trata dessa relação, não havendo um modelo adequado de diálogo que possibilite o maior entendimento dos indivíduos ao tratamento (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014). Duarte e Hartmann (2018) também apontam que muitos pacientes seguem o tratamento e as regras pelo vínculo de confiança que estabelecem com a equipe, aceitando o tratamento de hemodiálise por acreditar ser a melhor opção tendo em vista a credibilidade dos profissionais que a indicaram.

Somando a série de cuidados que envolve o tratamento dos pacientes com doença renal e a importância de informações claras a fim de que o paciente entenda sobre a terapia a que se submete (DIONATO; ENES, 2021) e adira da melhor maneira a esta, é importante avaliar o conhecimento que o paciente apresenta sobre sua doença. A partir do que ele entende sobre a doença renal crônica, a terapia hemodialítica e das orientações passadas pelos profissionais de saúde é imprescindível analisar se este conhecimento interfere, ou não, na adesão ao

tratamento de pacientes acometidos com DRC no contexto socioeconômico e cultural da população brasileira.

O censo de 2021 realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), levantou a estimativa de que 148.363 é número total de pacientes em diálise no Brasil. Também foi apresentado as taxas estimadas de prevalência e incidência de pacientes por milhão da população (pmp) que foram 696 e 224, respectivamente (NERBASS et al., 2022). O número de pacientes com DRC necessitando de tratamento hemodialítico vem aumentando, o que reforça a importância de mais estudos que busquem entender o comportamento dessa população e que levem ao desenvolvimento de alternativas para melhorar a adesão ao tratamento e, como consequência à maior qualidade de vida.

A hipótese levantada pelo presente trabalho é que existe relação entre o nível de compreensão dos pacientes sobre o seu tratamento para doença renal e a adesão desses pacientes à hemodiálise. Ou seja, que o conhecimento acerca da DRC e da importância de seguir uma dieta de ingestão de alimentos e líquidos, bem como do uso adequado dos medicamentos é fator preditivo para a adesão ao tratamento.

Também levantamos a hipótese de que quanto maior o tempo de tratamento de HD, que determina uma maior convivência com a equipe multidisciplinar de atendimento na nefrologia, bem como com outros pacientes da HD, há um maior nível de conhecimento sobre a doença e tratamento.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a relação entre o conhecimento sobre hemodiálise e o nível de adesão dos paciente ao tratamento.

2.2 Objetivos Específicos

- Levantar o perfil sociodemográfico dos pacientes em hemodiálise no serviço de nefrologia do Hospital da PUC-Campinas.

- Aferir o nível de adesão dos pacientes renais em hemodiálise.

- Avaliar o nível de compreensão dos pacientes à doença e ao tratamento de hemodiálise.

3 MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, observacional. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Campinas (ANEXO I) e envolveu a participação de pacientes diagnosticados com doença renal crônica, com idade igual ou superior a 18 anos em tratamento de hemodiálise no serviço de Nefrologia do Hospital da PUC-Campinas entre novembro de 2021 e junho de 2022.

3.2 Coleta de dados e instrumentos utilizados

A coleta dos dados foi realizada através de 4 aplicadores, estagiárias do último ano de graduação em psicologia, previamente treinados por uma psicóloga, a fim de tornar a aplicação dos instrumentos padronizada. Após concordância em participar do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I), o usuário do serviço era incluso como participante da pesquisa e a primeira etapa dos questionários era aplicada. A aplicação foi dividida em duas etapas de cerca de 20 minutos, com encontros em momentos diferentes, visando minimizar a exaustão que a participação na pesquisa poderia provocar no participante.

Na primeira etapa foi aplicado um questionário para avaliar o nível de compreensão do paciente ao tratamento, foi desenvolvido para o estudo, baseando no *The Kidney Disease Questionnaire* (DEVINS et al. 1990) e submetido a avaliação de três médicos especializados em Nefrologia que se disponibilizaram a avaliar. O Questionário de Conhecimento (APÊNDICE II) conta com 29 questões de múltipla escolha; com possibilidade de resposta entre “sim”, “não” e “não sei”, que buscou discriminar indivíduos bem-informados e indivíduos mal-informados sobre a doença, sobre a dieta alimentar, restrição de líquidos e o tratamento medicamentoso. Na segunda etapa foi aplicado o questionário QA-DRC-HD para avaliação da adesão ao tratamento de hemodiálise (ANEXO II). Ele possui 46 questões de múltipla escolha, organizadas em sessões relativas à informações gerais; hemodiálise; medicação, restrição hídrica e dieta, permitindo também a classificação do paciente em aderidos ou não-aderidos. Destaca-se que o mesmo foi validado para língua portuguesa (LINS, 2017).

Para o levantamento dos dados clínicos, do perfil sociodemográfico e histórico de saúde dos participantes foi desenvolvido pela pesquisadora um questionário clínico

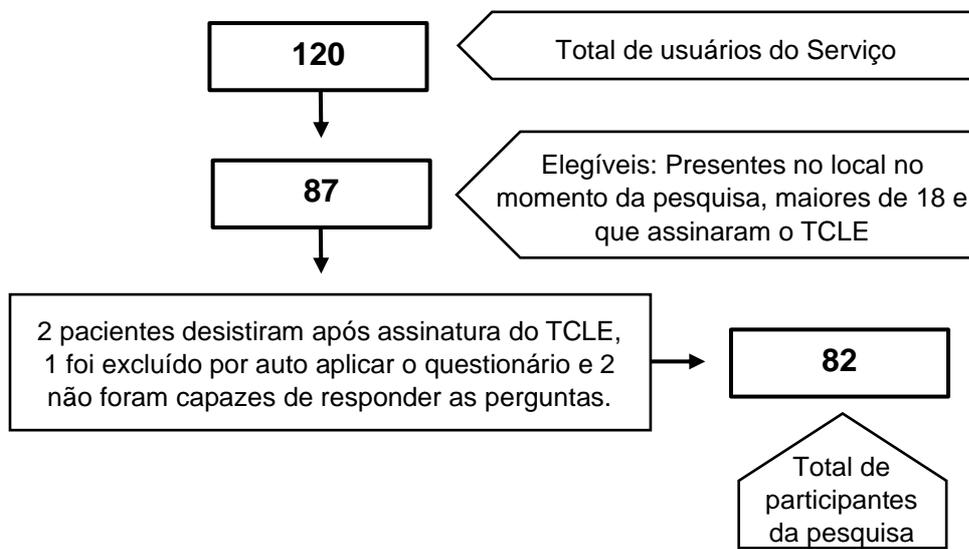
como Instrumento de Coleta de Dados (APÊNDICE III), que norteou a coleta de dados nos prontuários dos participantes da pesquisa.

3.3 Análise dos dados

Foi realizada a análise exploratória de dados através do cálculo de medidas descritivas (média, desvio padrão, frequência e porcentagem). A associação das variáveis com a aderência foi avaliada através do teste Qui-Quadrado, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis ou Coeficiente de Correlação de Spearman. O nível de significância adotado foi de 5%.

4 RESULTADOS

Dos oitenta e sete usuários presentes no momento da pesquisa no Serviço de Nefrologia do Hospital da PUC-Campinas, dois pacientes desistiram de participar após assinatura do TCLE, um foi excluído por auto aplicação do questionário e, dois não foram capazes de responder as perguntas apresentadas, não sendo possível responder com clareza o mínimo de três perguntas consecutivas do Instrumento de Coleta de Dados.



Quadro 1. Fluxograma de participantes atendidos, elegíveis e inclusos na pesquisa.

Dos 82 participantes, que assinaram o TCLE e responderam os questionários propostos, 58,5% se autodeclararam do sexo masculino e 41,5% se autodeclararam do sexo feminino. A maioria estudou somente até ensino fundamental e tem renda de até 3 salários-mínimos. A Tabela 1 apresenta o perfil socioeconômico dos pacientes estudados.

Tabela 1 – Distribuição em frequência e porcentagem das variáveis socioeconômicas de pacientes em Hemodiálise. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.

Variável	N (%)
Sexo:	
Feminino	34 (41.5%)
Masculino	48 (58.5%)
Escolaridade:	
Sem escolaridade	13 (15.9%)
Fundamental	35 (42.7%)
Médio + Superior	34 (41.5%)
Estado civil:	
Com companheiro	41 (50.0%)
Sem companheiro	41 (50.0%)
Renda:	
até 1 salário mínimo	32 (39.5%)
entre 1 e 3 salários mínimos	29 (35.8%)
entre 3 e 5 salários mínimos	20 (24.7%)
Acompanhante:	
Não	46 (56.1%)
Sim	36 (43.9%)

A Tabela 2 apresenta os dados coletados a partir da consulta aos prontuários dos participantes. Os pacientes tinham idades variando entre 21,9 e 86,7 anos e estavam em tratamento de hemodiálise em média a 3,59 anos. O ganho de peso corporal interdialítico (GPID) foi registrado com base em três sessões consecutivas de hemodiálise.

Tabela 2 – Medidas descritivas das variáveis clínicas de pacientes em Hemodiálise. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.

Variável	Média (D.P.)
Idade (anos)	58.9 (15.3)
Tempo de tratamento (anos)	3.59 (4.09)
Faltas na hemodiálise (no último mês)	0.24 (0.73)
GPID 1	3.17 (1.84)
GPID 2	2.84 (1.81)
GPID 3	3.01 (1.82)
Fósforo (mg/dL)	5.01 (1.85)
Potássio (mmol/L)	5.34 (0.78)

GPID – Ganho de peso interdialítico.

A Tabela 3 apresenta as doenças preexistentes entre os participantes da pesquisa. O histórico das doenças de base foi coletado através dos prontuários. 80% dos participantes iniciaram a hemodiálise apresentando hipertensão arterial e diabetes mellitus foi apresentada por 36%. Outras doenças não foram apresentadas na tabela por terem sido registradas nos prontuários de apenas um participante.

Tabela 3 – Distribuição das doenças base observada nos participantes em Hemodiálise. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.

Doença Base	Quantidade de participantes*	% de participantes
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	66	80.5
Diabetes Mellitus (DM)	30	36.6
TABAGISMO	12	14.6
ETILISMO	7	8.5
LUPUS#	5	6.1
OBESIDADE	2	2.4

*Cada participante pode ter mais de uma doença de base. # O tipo de Lupus não foi especificado nos prontuários.

A adesão ao tratamento foi medida em cinco níveis com base nos dados clínicos: total, hemodiálise (HD) baseado nas faltas às sessões de hemodiálise, dieta de líquidos baseada no GPID, medicação baseada nos níveis séricos de fósforo e dieta alimentar baseada nos níveis séricos de potássio, obtidos através dos dados do prontuário no mês de referência. O questionário QA-DRC-HD também foi dividido em adesão HD, adesão à dieta líquida, adesão à medicação e adesão à dieta em relação às respostas obtidas. Lembrando que o questionário clínico apresenta respostas binárias (aderente e má aderência) para HD, dieta de líquidos, medicação e dieta.

A Tabela 4 mostra a comparação da adesão observada no questionário clínico com a adesão observada no questionário QA-DRAC-HD. Nota-se que o escore da adesão HD medido pelo questionário QA-DRAC-HD foi maior, o que indica não adesão, no grupo classificado como não aderente pelo questionário clínico (p -valor $<0,001$). Em relação à medicação, nota-se que o grupo considerado como não aderente pelo questionário clínico apresentou menor escore o que indica maior adesão à medicação, observada pelo QA-DRAC-HD (p -valor = 0,009).

Tabela 4 – Comparação das adesões avaliadas pelo questionário clínico com as escores aferidos pelo Questionário de Adesão (QA-DRAC-HD). Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.

Adesão	Aderente	Não aderente	p-valor
	Adesão HD - Q. Clínico		
Escore adesão HD (QA-DRC-HD)	27.0 (6.02)	40.3 (8.74)	<0.001
Adesão à Dieta de Líquidos - Q. Clínico			
Escore de adesão à Dieta de Líquidos (QA-DRC-HD)	23.5 (9.57)	23.9 (7.59)	0.844
Adesão à Medicação - Q. Clínico			
Escore de adesão à Medicação (QA-DRC-HD)	19.0 (5.40)	16.0 (6.02)	0.009
Aderência à Dieta - Q. Clínico			
Escore de adesão à Dieta (QA-DRC-HD)	15.5 (4.86)	15.6 (5.23)	0.941

Valores expressos como Média (D.P). HD = Hemodiálise; QA-DRC-HD = Questionário de Adesão-Doença Renal Crônica - Hemodiálise. Teste de Mann-Whitney.

A Tabela 5 mostra a comparação da adesão observada no questionário clínico com o nível de informação que o paciente declarava através do questionário de conhecimento. A dieta líquida, medida pelo questionário de conhecimento, obteve apenas duas respostas diferente de 0, por isso não foi considerada nas análises.

Podemos observar que o grupo considerado como não aderente à medicação pelo questionário clínico apresentou menor escore no questionário de conhecimento à medicação, indicando que havia um bom nível de informação sobre o assunto neste grupo (p-valor = 0,044).

Tabela 5 – Comparação das adesões avaliadas pelo questionário clínico com os escores do questionário de conhecimento. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.

Adesão	Aderente	Não aderente	p-valor
	HD - Q. Clínico		
HD (Q. Conhecimento)	5.57 (2.77)	6.33 (3.34)	0.421
Medicação - Q. Clínico			
Medicação (Q. Conhecimento)	0.65 (0.60)	0.40 (0.60)	0.044
Dieta - Q. Clínico			
Dieta (Q. Conhecimento)	0.26 (0.45)	0.42 (0.81)	0.637

Valores expressos como Média(D.P). HD = Hemodiálise. Teste de Mann-Whitney.

A Tabela 6 mostra a análise de correlação entre os questionários com resposta numérica. A partir desta tabela nota-se correlação fraca negativa (-0,27), mas significativa, na adesão total medida pelo questionário clínico e o questionário de conhecimento, ou seja, quanto maior o valor observado no questionário clínico que indica baixa adesão ao tratamento, menor o valor observado no questionário de conhecimento, o que indicaria um bom nível de informação. As demais análises não indicaram correlação entre as variáveis.

Tabela 6 – Coeficiente de correlação de Spearman entre os questionários empregados no estudo. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.

Comparação	Coeficiente de Spearman
Total Q. Clínico vs Total QA-DRAC-HD	-0.05
Total Q. Clínico vs Total Q. Conhecimento	-0.27
Total QA-DRAC-HD vs Total Q. Conhecimento	0.10

Coeficiente em negrito é estatisticamente diferente de zero (p-valor<0,005)

A variável gênero foi avaliada em relação à adesão ao tratamento (Tabela 7). A adesão a dieta de líquidos foi maior entre os participantes do sexo masculino, e a adesão total foi melhor nos homens quando comparado às mulheres. Os escores de ambos os instrumentos (adesão e conhecimento) não foram diferentes entre homens e mulheres.

Conforme descrito na Tabela 8, nota-se que os participantes que vão sozinhos às consultas apresentaram maior escore total medido pelo questionário clínico (p-valor = 0,014), ou seja, baixa adesão pela avaliação clínica. Os pacientes que vão sozinhos, no entanto, apresentaram menor escore de adesão à dieta de líquidos (p-valor = 0,027) e menor escore total medido pelo questionário QA-DRAC-HD (p-valor = 0,045), indicando uma boa adesão pelas respostas aferidas.

A Tabela 9 apresenta dados que demonstram que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dados clínicos relacionados a adesão clínica, escores obtidos nos questionários de adesão ou conhecimento quando comparamos grupos com diferentes faixas de renda familiar.

Tabela 7 – Comparação da adesão clínica, dos escores obtidos no Questionário de Adesão e de Conhecimento entre os sexos. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.

Adesão	Feminino	Masculino	p-valor
	N (%) ou Média(D.P)	N (%) ou Média(D.P)	
Adesão HD:			0.541
Aderente	28 (82.4%)	42 (87.5%)	
Má aderência	6 (17.6%)	6 (12.5%)	
Adesão à Dieta de Líquidos:			0.009
Aderente	15 (44.1%)	36 (75.0%)	
Má aderência	19 (55.9%)	12 (25.0%)	
Adesão à Medicação:			0.306
Aderente	16 (48.5%)	30 (62.5%)	
Má aderência	17 (51.5%)	18 (37.5%)	
Adesão à Dieta:			0.419
Aderente	9 (26.5%)	18 (37.5%)	
Má aderência	25 (73.5%)	30 (62.5%)	
Total Questionário Clínico	1.97 (1.06)	1.38 (1.04)	0.015
Escore Adesão HD (QA-DRC-HD)	29.6 (8.26)	28.5 (7.82)	0.617
Escore Adesão à Dieta de Líquidos (QA-DRC-HD)	22.5 (8.76)	24.4 (8.88)	0.329
Escore de Adesão à Medicação (QA-DRC-HD)	17.0 (6.07)	18.4 (5.67)	0.231
Escore de Adesão à Dieta (QA-DRC-HD)	15.4 (5.03)	15.6 (5.17)	0.959
Total Questionário QA-DRC-HD	91.6 (20.3)	93.6 (19.1)	0.672
Escore conhecimento HD (Q. Conhecimento)	6.15 (3.22)	5.35 (2.54)	0.266
Escore conhecimento Medicação (Q. Conhecimento)	0.59 (0.66)	0.52 (0.58)	0.714
Escore conhecimento Dieta (Q. Conhecimento)	0.38 (0.55)	0.35 (0.81)	0.294
Total Questionário Conhecimento	8.50 (3.43)	7.67 (3.01)	0.233

HD = Hemodiálise; QA-DRC-HD = Questionário de Adesão-Doença Renal Crônica-Hemodiálise.
 Teste Qui-Quadrado ou de Mann-Whitney.

Tabela 8 – Comparação da adesão clínica e dos escores obtidos com os questionários QA-DRAC-HD e de conhecimento entre os pacientes que vão ou não acompanhados às consultas. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.

Adesão	Sem Acompanhante	Com Acompanhante	p-valor
	N (%) ou Média(D.P)	N (%) ou Média(D.P)	
Adesão HD:			0.266
Aderente	37 (80.4%)	33 (91.7%)	
Não aderente	9 (19.6%)	3 (8.33%)	
Adesão à Dieta de Líquidos:			0.154
Aderente	25 (54.3%)	26 (72.2%)	
Não aderente	21 (45.7%)	10 (27.8%)	
Adesão à Medicação:			0.101
Aderente	22 (47.8%)	24 (68.6%)	
Não aderente	24 (52.2%)	11 (31.4%)	
Adesão à Dieta:			0.760
Aderente	14 (30.4%)	13 (36.1%)	
Não aderente	32 (69.6%)	23 (63.9%)	
Total Questionário Clínico	1.87 (1.00)	1.31 (1.12)	0.014
Escore Adesão HD (QA-DRC-HD)	29.7 (7.98)	28.0 (7.97)	0.405
Escore Adesão à Dieta de Líquidos (QA-DRC-HD)	22.1 (8.81)	25.7 (8.56)	0.027
Escore de Adesão à Medicação (QA-DRC-HD)	16.7 (4.96)	19.2 (6.63)	0.103
Escore de Adesão à Dieta (QA-DRC-HD)	14.9 (4.67)	16.4 (5.52)	0.286
Total Questionário (QA-DRC-HD)	89.5 (17.6)	96.9 (21.2)	0.045
Escore conhecimento HD (Q. Conhecimento)	5.26 (2.65)	6.22 (3.04)	0.157
Escore conhecimento Medicação (Q. Conhecimento)	0.59 (0.62)	0.50 (0.61)	0.500
Escore conhecimento Dieta (Q. Conhecimento)	0.24 (0.48)	0.53 (0.91)	0.126
Total Questionário Conhecimento	7.54 (2.82)	8.61 (3.57)	0.091

HD = Hemodiálise; QA-DRC-HD = Questionário de Adesão-Doença Renal Crônica-Hemodiálise. Teste de Mann-Whitney.

Tabela 9. Comparação da adesão clínica e dos escores obtidos com os questionários QA-DRAC-HD e de conhecimento entre as faixas de renda. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.

Adesão	Até 1 salário	Entre 1 e 3 salários	Mais que 3 salários	p-valor
	N (%) ou Média(D.P)	N (%) ou Média(D.P)	N (%) ou Média(D.P)	
Adesão HD:				0.253
Aderente	25 (78.1%)	27 (93.1%)	17 (85.0%)	
Não aderente	7 (21.9%)	2 (6.90%)	3 (15.0%)	
Adesão à Dieta de Líquidos:				0.188
Aderente	18 (56.2%)	17 (58.6%)	16 (80.0%)	
Não aderente	14 (43.8%)	12 (41.4%)	4 (20.0%)	
Adesão à Medicação:				0.480
Aderente	15 (48.4%)	17 (58.6%)	13 (65.0%)	
Não aderente	16 (51.6%)	12 (41.4%)	7 (35.0%)	
Adesão à Dieta:				0.326
Aderente	8 (25.0%)	10 (34.5%)	9 (45.0%)	
Não aderente	24 (75.0%)	19 (65.5%)	11 (55.0%)	
Total Questionário Clínico	1.91 (1.06)	1.55 (1.09)	1.25 (1.07)	0.095
Escore Adesão HD (QA-DRC-HD)	29.1 (8.92)	29.5 (6.23)	28.4 (9.00)	0.687
Escore Adesão à Dieta de Líquidos (QA-DRC-HD)	20.8 (8.85)	25.1 (7.14)	26.2 (10.3)	0.054
Escore de Adesão à Medicação (QA-DRC-HD)	17.7 (6.00)	18.7 (6.25)	16.7 (5.17)	0.589
Escore de Adesão à Dieta (QA-DRC-HD)	14.6 (4.78)	16.4 (5.75)	15.8 (4.55)	0.572
Total Questionário QA-DRC-HD	89.1 (21.7)	96.8 (16.8)	93.6 (19.3)	0.464
Escore conhecimento HD (Q. Conhecimento)	6.38 (2.92)	5.55 (2.72)	4.95 (2.78)	0.150
Escore conhecimento Medicação (Q. Conhecimento)	0.62 (0.66)	0.52 (0.57)	0.50 (0.61)	0.764
Escore conhecimento Dieta (Q. Conhecimento)	0.47 (0.62)	0.34 (0.81)	0.25 (0.72)	0.140
Total Questionário Conhecimento	8.88 (2.85)	7.76 (3.48)	7.20 (3.09)	0.160

HD = Hemodiálise; QA-DRC-HD = Questionário de Adesão-Doença Renal Crônica-Hemodiálise.
 Teste de Kruskal-Wallis.

Em relação à escolaridade, nota-se, a partir da Tabela 10, que quanto maior a escolaridade maior a adesão à dieta medida pelo questionário clínico (p-valor = 0,020), não havendo interferência nos demais dados obtidos.

As Tabelas 11, 12 e 13 avaliam a relação da adesão com a idade dos participantes e o tempo de tratamento. A partir da Tabela 11 nota-se que a idade está negativamente correlacionada com o escore total do questionário clínico, ou seja, os mais velhos tem maior adesão clínica e, positivamente correlacionada com a adesão à medicação (QA-DRC-HD), adesão HD (Q. conhecimento) e escore total (Q. conhecimento), ou seja, os mais velhos tem escores que indicam baixa adesão a medicação e nível de informação sobre a hemodialise e escore total de conhecimento. O tempo de tratamento está positivamente correlacionado com o escore total do questionário clínico, ou seja, quanto mais tempo de tratamento menor a adesão clínica e, negativamente correlacionado com a adesão HD (Q. conhecimento) e escore total (Q. conhecimento), quanto mais tempo de tratamento melhor foram as respostas, indicando bom nível de informação. A Tabela 12 mostra que o grupo classificado como aderente à dieta de líquidos (p-valor<0,001) e à medicação (p-valor = 0,044) no questionário clínico são participantes mais velhos que o grupo não aderente.

Tabela 10. Comparação da adesão clínica e dos escores obtidos com os questionários QA-DRAC-HD e de conhecimento entre os grupos com diferentes níveis de escolaridade. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.

Adesão	Sem escolaridade	Fundamental	Médio + Superior	p-valor
	N (%) ou Média(D.P)	N (%) ou Média(D.P)	N (%) ou Média(D.P)	
Adesão HD:				0.773
Aderente	12 (92.3%)	30 (85.7%)	28 (82.4%)	
Não aderente	1 (7.69%)	5 (14.3%)	6 (17.6%)	
Adesão à Dieta de Líquidos:				0.827
Aderente	9 (69.2%)	22 (62.9%)	20 (58.8%)	
Não aderente	4 (30.8%)	13 (37.1%)	14 (41.2%)	
Adesão à Medicação:				0.743
Aderente	7 (53.8%)	21 (61.8%)	18 (52.9%)	
Não aderente	6 (46.2%)	13 (38.2%)	16 (47.1%)	
Adesão à Dieta:				0.020
Aderente	2 (15.4%)	8 (22.9%)	17 (50.0%)	
Não aderente	11 (84.6%)	27 (77.1%)	17 (50.0%)	
Total Questionário Clínico	1.69 (0.95)	1.66 (1.11)	1.56 (1.13)	0.901
Escore Adesão HD (QA-DRC-HD)	27.2 (5.70)	29.0 (7.25)	29.6 (9.41)	0.801
Escore Adesão à Dieta de Líquidos (QA-DRC-HD)	23.5 (10.3)	24.2 (7.48)	23.1 (9.71)	0.803
Escore de Adesão à Medicação (QA-DRC-HD)	18.4 (5.61)	19.0 (6.39)	16.4 (5.18)	0.282
Escore de Adesão à Dieta (QA-DRC-HD)	14.8 (3.53)	16.4 (5.78)	14.9 (4.81)	0.572
Total Questionário QA-DRC-HD	91.3 (18.4)	95.8 (17.5)	90.2 (21.8)	0.598
Escore conhecimento HD (Q. Conhecimento)	7.31 (2.75)	5.57 (2.82)	5.18 (2.77)	0.069
Escore conhecimento Medicação (Q. Conhecimento)	0.62 (0.77)	0.43 (0.56)	0.65 (0.60)	0.300
Escore conhecimento Dieta (Q. Conhecimento)	0.31 (0.48)	0.43 (0.92)	0.32 (0.53)	0.981
Total Questionário Conhecimento	9.77 (2.83)	7.69 (3.45)	7.68 (2.90)	0.089

HD = Hemodiálise; QA-DRC-HD = Questionário de Adesão-Doença Renal Crônica-Hemodiálise. Teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 11 – Coeficiente de correlação de Spearman da adesão clínica com a idade e o tempo de tratamento. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.

Adesão	Idade	Tempo de Tratamento
Total Questionário Clínico	-0.30	0.29
Escore Adesão HD (QA-DRC-HD)	0.04	0.05
Escore Adesão à Dieta de Líquidos (QA-DRC-HD)	0.16	-0.14
Escore de Adesão à Medicação (QA-DRC-HD)	0.23	0.07
Escore de Adesão à Dieta (QA-DRC-HD)	-0.05	0.05
Total Questionário QA-DRC-HD	0.19	0.00
Escore conhecimento HD (Q. Conhecimento)	0.30	-0.30
Escore conhecimento Medicação (Q. Conhecimento)	-0.08	0.09
Escore conhecimento Dieta (Q. Conhecimento)	-0.10	-0.12
Total Questionário Conhecimento	0.25	-0.35

Coeficientes em negrito são estatisticamente diferentes de zero (p-valor<0,005). HD = Hemodiálise; QA-DRC-HD = Questionário de Adesão-Doença Renal Crônica-Hemodiálise.

Tabela 12. Comparação da idade entre as adesões clínicas dos participantes. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.

Adesão	Grupo	Média (D.P)	p-valor
Adesão HD:	Aderente	59.0 (15.4)	0.738
	Não aderente	57.9 (15,4)	
Adesão à dieta de Líquidos:	Aderente	63.9 (13.0)	<0.001
	Não aderente	50.5 (15.2)	
Adesão à Medicação:	Aderente	61.0 (16.0)	0.044
	Não aderente	55.3 (13.3)	
Adesão à Dieta:	Aderente	57.8 (16.0)	0.594
	Não aderente	59.4 (15.1)	

HD = Hemodiálise.

E por fim, a Tabela 13 mostra que o grupo classificado como aderente à dieta no questionário clínico apresenta menor tempo de início do tratamento (p -valor = 0,022).

Tabela 13. Comparação do tempo de tratamento entre as adesões clínicas dos participantes. Campinas - SP, nov.2021/jun. 2022.

Adesão	Grupo	Média (D.P.)	p-valor
Adesão HD:	Aderente	3.7 (4.3)	0.847
	Não aderente	2.8 (2.1)	
Adesão à dieta de Líquidos:	Aderente	3.2 (3.9)	0.169
	Não aderente	4.2 (4.4)	
Adesão à Medicação:	Aderente	3.3 (4.3)	0.092
	Não aderente	4.1 (3.9)	
Adesão à Dieta:	Aderente	2.3 (2.5)	0.022
	Não aderente	4.2 (4.6)	

HD = Hemodiálise.

5 DISCUSSÃO

Este estudo se propôs a investigar o nível de conhecimento que os pacientes com DRC possuem sobre os cuidados e tratamento de hemodiálise ao qual estavam submetidos, também avaliou a adesão desses pacientes a níveis clínicos e o quanto eles admitem estarem aderidos, para então correlacionar os resultados e verificar a possível relação entre conhecimento e adesão à hemodiálise.

O conhecimento poderia ser um fator crucial para uma boa adesão, seguindo o pressuposto de que o paciente precisa ter entendimento sobre o seu tratamento para seguir com os seus cuidados. Resultados significativos foram observados após intervenções educacionais dentro de ambulatórios de hemodiálise, estando relacionados a um maior engajamento ao tratamento e a uma melhor qualidade de vida (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014; FERNANDES *et al.*, 2018).

Partindo dos resultados obtidos através do presente estudo, constatou-se que não houve relação entre os escores de conhecimento total e adesão dentro do grupo de participantes da pesquisa, sendo uma relação oposta entre esses dois fatores, indicando que os pacientes com baixa adesão tem mais conhecimento do que os pacientes bem aderidos. Essa contradição foi encontrada também em outros estudos (ALIKARI *et al.*, 2021; HERINGER *et al.*, 2021; MIYATA *et al.*, 2018), que apontaram resultados na melhora no entendimento, qualidade de vida e adesão após intervenções educacionais, podendo resultar em menores equívocos sobre a doença, porém, os resultados do escore de conhecimento não foram preditivos para adesão.

A contradição apresentada nos resultados da pesquisa pode estar relacionada ao método empregado para aferir o nível de entendimento dos pacientes. Por não haver ainda nenhum instrumento validado para a língua portuguesa que tenha o objetivo de medir o nível de conhecimento sobre o tratamento em HD nos pacientes com DRC, foi necessária utilização de um instrumento criado para a pesquisa. Para minimizar possíveis erros, o questionário de conhecimento tomou como referência *The Kidney Disease Questionnaire* (DEVINS *et al.* 1990), que mede o escore de conhecimento e foi colocado em avaliação de especialistas em Nefrologia, porém é importante ressaltar a possibilidade de que a falta de validação desse instrumento possa ter interferido nos resultados.

Os resultados indicaram uma maior adesão a dieta, através do questionário clínico, entre os participantes com maior escolaridade. Alikari *et al.* (2021) associou o

escore da alta escolaridade na adesão total, também em melhores resultados a nível de conhecimento e da qualidade de vida. Betz *et al.* (2021) focou os seus estudos na adesão a dieta em pacientes e a associação ao escore conhecimento, porém a adesão às restrições alimentares não foi maior em pessoas com conhecimento nutricional.

Conforme a idade aumentou, menor foi o nível de conhecimento entre os participantes, resultados concordantes também foram apontados por Cavanaugh *et al.* (2009). No entanto, os participantes com mais tempo de tratamento tiveram melhor desempenho de conhecimento, pois o tempo realizando tratamento influencia, não apenas no conhecimento em relação a terapêutica, mas em aspectos biopsicossociais do paciente Heringer *et al.* (2021). O tempo também foi significativo para a adesão a dieta, participantes com menor tempo de tratamento obtiveram melhor adesão. A HD contribui para a queda nutricional ao longo do tempo, o acompanhamento nutricional é necessário para melhora da qualidade de vida e diminuição das chances de desnutrição, que são mais altas entre os acometidos com DRC, pela ingestão inadequada das proteínas e dos nutrientes devido ao comprometimento dos rins (ALVARENGA *et al.*, 2017)

Aqueles que informaram ir com acompanhante à HD apresentaram maior adesão total, no questionário clínico. Essa melhora na adesão relacionada ao acréscimo de um acompanhante foi apresentada em diversos estudos que relacionaram melhora nos níveis de fosfato, potássio e um aumento da sobrevida dos pacientes em comparativo com aqueles que foram sem acompanhante. Esses estudos sugerem que o apoio social pode trazer benefícios para a autopercepção de saúde dos pacientes e trazer resultados significativos ao tratamento hemodialítico (CICOLINI *et al.*, 2012; LINS *et al.*, 2017; MEGAHED; SAYED-AHMED, 2021)

A HAS e a DM, que foram as doenças de base mais frequentes entre os participantes, precisam ser controladas a fim de evitar a rápida progressão da DRC e o aumento de campanhas de educação de pacientes tem se mostrado fundamentais para ampliação de comportamento de autogestão dos pacientes. (KALANTAR-ZADEH; LI, 2020; LI *et al.*, 2020). Dionato e Enes (2021) destacou a reduzida adoção de comportamentos saudáveis entre indivíduos hipertensos e diabéticos e aferiu que, mesmo quando há orientações adequadas por parte dos profissionais de saúde, existe uma dificuldade em colocar essas recomendações em prática.

Os melhores resultados para a adesão à dieta de líquidos e a medicação foram as do grupo com maior idade, estes apresentaram menor GPID, o que resulta em melhor gestão da restrição hídrica. Cristóvão (2015) associou esses achados ao emprego de autocuidado nestes pacientes, enquanto Oliveira *et al.* (2020) constatou que pacientes em idade produtiva possuem maiores prejuízos nos tratamentos por não conseguirem se comprometer com as sessões de HD.

A adesão total foi melhor entre os participantes da pesquisa do gênero masculino em comparação às mulheres; os homens também aderiram mais a dieta de líquidos, porém não houve diferenças nos resultados dos questionários de adesão e o de conhecimento entre os gêneros. Oliveira *et al.* (2020) estabeleceram os mesmos resultados para adesão entre os gêneros e atribuiu a má adesão entre as mulheres a fatores que envolvem a saúde mental, referindo que o sexo feminino sofre mais com questões estressantes e doenças psicológicas.

Apesar dos resultados do questionário de conhecimento terem indicado um bom nível de instrução sobre os medicamentos, os participantes foram considerados mal aderidos a esse escore através do questionário clínico. Fernandes *et al.* (2018) que obteve os mesmos resultados em seu estudo, consideraram que a adesão envolve fatores para além do conhecimento, que só o saber não é suficiente para resultar em mudanças comportamentais. O comportamento também foi indicado por Betz *et al.* (2021) que sugeriu ao trabalho dos profissionais da saúde um enfoque na mudança do comportamento, esforços para além da informação. Heringer *et al.* (2021) correlacionou a manutenção do tratamento dos pacientes com DCR mais relacionadas às restrições impostas pelos profissionais da saúde e considerou que mesmo aqueles com boa instrução acabam por quebrar as regras de restrições alimentares.

O estudo foi desenvolvido em um serviço de hemodiálise que possui como principal público um perfil sociodemográfico de baixas condições financeiras e escolaridade, o que não se alinha ao perfil identificado na grande maioria dos estudos internacionais. Apesar da similaridade dos resultados com demais estudos, são necessários pesquisas multicêntricas para delinear o perfil de conhecimento e adesão da população em hemodiálise no Brasil.

Uma delimitação identificada nestes trabalhos foi com relação à aplicação dos questionários, não ficando claro a modalidade de aplicação, se foi feita por um profissional treinado ou foi auto aplicado. No caso do presente estudo somente os profissionais treinados aplicaram os instrumentos. Em se tratando do escore

conhecimento, a clareza sobre as questões dos questionários é importante para entendimento e resposta. Caso um participante não entenda, por baixa escolaridade ou perda da acuidade visual, por exemplo, pode trazer prejuízos para os resultados finais, embora não tenhamos registrado baixo nível de conhecimento em nossa população.

Até o momento, até onde alcança o melhor do nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que se propõe a correlacionar conhecimento como fator de adesão nos pacientes com doença renal crônica em hemodiálise no Brasil.

6 CONCLUSÃO

Nossos resultados contrariaram nossa hipótese inicial, constatando que o conhecimento do paciente não é um fator preditivo para a adesão ao tratamento de HD. Apesar dos resultados mostrarem que o conhecimento não está relacionado a adesão geral, a maior escolaridade resultou em melhor adesão a dieta e o maior tempo de doença resultou em maior nível de informação, o que comprovou outras hipóteses levantadas. O perfil de comportamento dos pacientes em HD neste caso evidenciou um seguimento de regras sugerindo que um trabalho eficaz para melhoria da adesão pode ser o emprego de instruções diretas da equipe aos pacientes e, que podem ser somadas as intervenções a nível de conhecimento.

REFERÊNCIAS

- ALIKARI, V.; MATZIOU, V.; TSIRONI, M.; THEOFILOU, P.; GIANNAKOPOULOU, N.; TZAVELLA, F.; FRADELOS, E. C.; ZYGA, S. Patient Knowledge, Adherence to the Therapeutic Regimen, and Quality of Life in Hemodialysis. **GeNeDis** 2020, v. 1339, p. 259–272, 2021.
- ALVARENGA, L. de A.; ANDRADE, B. D.; MOREIRA, M. A.; NASCIMENTO, R. de P.; MACEDO, I. D.; AGUIAR, A. S. de. Análise do perfil nutricional de pacientes renais crônicos em hemodiálise em relação ao tempo de tratamento. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 39, n. 3, p. 283–286, 1 jul. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/jbn/a/MGjQZFCf4Ny4bwvKVPLbGYh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 nov. 2022.
- BETZ, M.; STEENES, A.; PETERSON, L.; SAUNDERS, M. Knowledge Does Not Correspond to Adherence of Renal Diet Restrictions in Patients With Chronic Kidney Disease Stage 3-5. **Journal of Renal Nutrition**, v. 31, n. 4, p. 351–360, jul. 2021.
- CANHESTRO, M. R.; OLIVEIRA, E. A.; SOARES, C. M. B.; MARCIANO, R. C.; ASSUNÇÃO, D. C. da; GAZZINELLI, A. Conhecimento de pacientes e familiares sobre a doença renal crônica e seu tratamento conservador. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 335–344, 2010. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/124>. Acesso em: 3 nov. 2022.
- CAVANAUGH, K. L.; WINGARD, R. L.; HAKIM, R. M.; ELASY, T. A.; IKIZLER, T. A. Patient Dialysis Knowledge Is Associated with Permanent Arteriovenous Access Use in Chronic Hemodialysis. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 4, n. 5, p. 950–956, maio 2009.
- CICOLINI, G.; PALMA, E.; SIMONETTA, C.; DI NICOLA, M. Influence of family carers on haemodialyzed patients' adherence to dietary and fluid restrictions: an observational study. **Journal of advanced nursing**, v. 68, n. 11, p. 2410–2417, nov. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22360845/>. Acesso em: 28 out. 2022.
- CORIOLO-MARINUS, M. W. de L.; DE QUEIROGA, B. A. M.; RUIZ-MORENO, L.; DE LIMA, L. S. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1356–1369, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sausoc/a/v4qzCcwMMwyyz5TtztQ9sMg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2022.
- CRISTÓVÃO, A. F. A. de J. Eficácia das restrições hídrica e dietética em pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 6, p. 1154–1162, 1 nov. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/VSRpHPyhqRTpLzYc9BttKDn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2022.
- DEVINS, G. M.; BINIK, Y. M.; MANDIN, H.; LETOURNEAU, P. K.; HOLLLOMBY, D. J.; BARRE, P. E.; PRICHARD, S. The kidney disease questionnaire: A test for measuring patient knowledge about end-stage renal disease. **Journal of Clinical Epidemiology**,

v. 43, n. 3, p. 297–307, 1 jan. 1990. Disponível em: [https://www.jclinepi.com/article/0895-4356\(90\)90010-M/pdf](https://www.jclinepi.com/article/0895-4356(90)90010-M/pdf) . Acesso em: 3 nov. 2022.

DIONATO, F. A.; ENES, C. C. Factors associated with not adopting healthy behavior among hypertensive individuals: a population-based study in Brazil. **Journal of Human Hypertension**, v. 35, n. 8, p. 718–725, 2021. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41371-020-0382-9>. Acesso em: 3 nov. 2022.

DUARTE, L.; HARTMANN, S. P. A autonomia do paciente com doença renal crônica: percepções do paciente e da equipe de saúde. **Revista da SBPH**, v. 21, n. 1, p. 92–111, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 3 nov. 2022.

FERNANDES, M. A.; VIEIRA, F. E. R.; SILVA, J. S. E.; AVELINO, F. V. S. D.; SANTOS, J. D. M. Prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em universitários de uma instituição pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2169–2175, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/JwkL4F3S5DQGkmvx5ZP7cYQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 nov. 2022.

FLYTHE, J. E.; KIMMEL, S. E.; BRUNELLI, S. M. Rapid fluid removal during dialysis is associated with cardiovascular morbidity and mortality. **Kidney International**, v. 79, n. 2, p. 250–257, 2011. Disponível em: [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(15\)54783-2/fulltext](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(15)54783-2/fulltext). Acesso em: 16 out. 2022.

HERINGER, T. A.; SANTOS, A. D. A.; AUGUSTO, T. H.; RECKTENWALD, R. D. R.; MOREIRA, P. R.; PARISI, M. M. Conhecimento sobre a doença renal crônica do paciente em hemodiálise. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 9, n. 2, 2 jul. 2021.

ISEKI, K. Nutrition and quality of life in chronic kidney disease patients: a practical approach for salt restriction. **Kidney research and clinical practice**, 21 jan. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35172533/>. Acesso em: 28 out. 2022.

KALANTAR-ZADEH, K.; LI, P. K. T. Strategies to prevent kidney disease and its progression. **Nature reviews. Nephrology**, v. 16, n. 3, p. 129–130, 1 mar. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32005966/>. Acesso em: 28 out. 2022.

LI, P. K. T.; GARCIA-GARCIA, G.; LUI, S. F.; ANDREOLI, S.; FUNG, W. W. S.; HRADSKY, A.; KUMARASWAMI, L.; LIAKOPOULOS, V.; RAKHIMOVA, Z.; SAADI, G.; STRANI, L.; ULASI, I.; KALANTAR-ZADEH, K. Kidney health for everyone everywhere—from prevention to detection and equitable access to care. **Hong Kong medical journal = Xianggang yi xue za zhi**, v. 26, n. 1, p. e1–e9, 1 fev. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32086429/>. Acesso em: 28 out. 2022.

LINS, S. M. de S. B.; LEITE, J. L.; GODOY, S. de; FULY, P. D. S. C.; ARAÚJO, S. T. C. de; SILVA, Í. R. Cultural adaptation of The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire for hemodialysis patients. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1169–1175, 1 nov. 2017.

MEGAHED, A. F.; SAYED-AHMED, N. Characteristics of ESRD Patients who have been on Long-term Hemodialysis Therapy in Egypt. **Recent Developments in Medicine and Medical Research**, v. 19, n. 8, p. 37–47, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Abirfarouk-Megahed/publication/353638547_Characteristics_of_ESRD_Patients_who_have_been_on_Long-term_Hemodialysis_Therapy_in_Egypt/links/6107e00e169a1a0103d007be/Characteristics-of-ESRD-Patients-who-have-been-on-Long-term-Hemodialysis-Therapy-in-Egypt.pdf. Acesso em: 28 out. 2022.

MIYATA, K. N.; SHEN, J. I.; NISHIO, Y.; HANEDA, M.; DADZIE, K. A.; SHETH, N. R.; KURIYAMA, R.; MATSUZAWA, C.; TACHIBANA, K.; HARBORD, N. B.; WINCHESTER, J. F. Patient knowledge and adherence to maintenance hemodialysis: an International comparison study. **Clinical and experimental nephrology**, v. 22, n. 4, p. 947–956, 1 ago. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29185127/>. Acesso em: 28 out. 2022.

NERBASS, F. B.; LIMA, H do N; THOMÉ, F. S.; VIEIRA NETO, O. M.; SESSO, R, LUGON, J. R. Censo Brasileiro de Diálise 2021. **Brazilian Journal of Nephrology**. 2022.

OLIVEIRA, E. da silva; FERREIRA, R. B. S.; RIOS, M. A.; MUSSI, R. F. de F. Fatores associados à percepção de incômodo com a restrição hídrica e alimentar entre pacientes com insuficiência renal crônica. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 39, p. 86–99, 17 jun. 2020. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000200086&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 out. 2022.

OSTERMANN, M.; BELLOMO, R.; BURDMANN, E. A.; DOI, K.; ENDRE, Z. H.; GOLDSTEIN, S. L.; KANE-GILL, S. L.; LIU, K. D.; PROWLE, J. R.; SHAW, A. D.; SRISAWAT, N.; CHEUNG, M.; JADOUL, M.; WINKELMAYER, W. C.; KELLUM, J. A.; BAGSHAW, S. M.; BARRETO, E. F.; BIHORAC, A.; BOBEK, I.; BOUCHARD, J.; CERDÁ, J.; CHAKRAVARTHI, R.; DE ROSA, S.; ENGELMAN, D. T.; FORNI, L. G.; HEMMILÄ, U. K.; HERZOG, C. A.; HOSTE, E. A.; HUEN, S. C.; ISEKI, K.; JOANNIDIS, M.; KASHANI, K. B.; KOYNER, J. L.; KRIBBEN, A.; LAMEIRE, N.; LEVEY, A. S.; MACEDO, E.; MAŁYSZKO, J.; MEERSCH, M.; MEHTA, R. L.; MEWBURN, I.; MIRONOVA, O.; MURRAY, P. T.; NADIM, M. K.; PAN, J. S.; PANNU, N.; PENG, Z.; PHILIPS, B.; PONCE, D.; RAY, P. E.; RICCI, Z.; RIMMELÉ, T.; RONCO, C.; SIEW, E. D.; STEVENS, P. E.; TOLWANI, A. J.; TONELLI, M.; VAARA, S. T.; VAN DAM, M.; VIJAYAN, A.; WISE, M.; WU, V. C.; ZARBOCK, A. Controversies in acute kidney injury: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Conference. **Kidney International**, v. 98, n. 2, p. 294–309, 1 ago. 2020. Disponível em: [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(20\)30436-1/fulltext](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(20)30436-1/fulltext). Acesso em: 15 out. 2022.

PANEERSELVAM, G. S.; AFTAB, R. A.; SIRISINGHE, R. G.; MEI LAI, P. S.; LIM, S. K. Study protocol: Effectiveness of patient centered pharmacist care in improving medication adherence, clinical parameters and quality of life among hemodialysis patients. **PLoS ONE**, v. 17, n. 2 February 2022, 1 fev. 2022. Disponível em:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0263412>. Acesso em: 15 out. 2022.

RASTOGI, A.; BHATT, N.; ROSSETTI, S.; BETO, J. Management of Hyperphosphatemia in End-Stage Renal Disease: A New Paradigm. **Journal of Renal Nutrition**, v. 31, n. 1, p. 21–34, 1 jan. 2021. Disponível em: [https://www.jrnjournal.org/article/S1051-2276\(20\)30052-2/fulltext](https://www.jrnjournal.org/article/S1051-2276(20)30052-2/fulltext). Acesso em: 27 out. 2022.

RAVAGNANI, J. F.; LEITE, L. B.; DIAS, F. B.; RODRIGUES, A. S.; MILAGRES, C. S. Diabetes mellitus em pacientes em tratamento hemodialítico e fatores associados. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v. 47, n1, 2021.

SARAN, R.; BRAGG-GRESHAM, J. L.; RAYNER, H. C.; GOODKIN, D. A.; KEEN, M. L.; VAN DIJK, P. C.; KUROKAWA, K.; PIERA, L.; SAITO, A.; FUKUHARA, S.; YOUNG, E. W.; HELD, P. J.; PORT, F. K. Nonadherence in hemodialysis: Associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS. **Kidney International**, v. 64, n. 1, p. 254–262, jul. 2003.

SENG, J. J. B.; TAN, J. Y.; YEAM, C. T.; HTAY, H.; FOO, W. Y. M. Factors affecting medication adherence among pre-dialysis chronic kidney disease patients: a systematic review and meta-analysis of literature. **International Urology and Nephrology**, v. 52, n. 5, p. 903–916, 1 maio 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11255-020-02452-8>. Acesso em: 27 out. 2022.

ST-JULES, D. E.; FOUQUE, D. Etiology-based dietary approach for managing hyperkalemia in people with chronic kidney disease. **Nutrition Reviews**, 10 out. 2022. Disponível em: <https://academic.oup.com/nutritionreviews/article-abstract/80/11/2198/6575541?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 3 nov. 2022.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada “Relação Entre a Compreensão do Tratamento e o Nível de Adesão à Hemodiálise dos Pacientes com Doença Renal”, que será desenvolvida na PUC-Campinas pelas pesquisadoras Sara Raquel Ramos de Melo Gonçalves e Alessandra Gambero. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias idênticas, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador, devidamente assinadas.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Sua participação é voluntária, podendo haver recusa na participação ou mesmo a retirada do consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Você continuará a ser atendido da mesma forma pela equipe da Hemodiálise e de qualquer outro setor do Hospital da PUC-Campinas.

Esse estudo tem como objetivo utilizar dois questionários para avaliar se há relação entre o entendimento que os pacientes renais crônicos possuem sobre os cuidados e tratamento de hemodiálise e o nível de adesão ao tratamento pelos pacientes.

Caso você decida participar, os questionários serão respondidos nos dias em que você estiver em tratamento no ambulatório.

Se você decidir participar daremos a você um questionário com perguntas sobre o que você sabe do tratamento da hemodiálise e um questionário sobre sua frequência e atendimento ao tratamento de hemodiálise. Para responder aos dois questionários você deve gastar cerca de 40 minutos.

Você pode até se sentir um pouco constrangido ao responder aos questionários que serão utilizados na pesquisa. Acreditamos que esse projeto é importante, pois os resultados que nós iremos obter poderão ajudar a identificar situações ou fatores que fazem com que os pacientes não compareçam à hemodiálise ou não sigam as recomendações importantes para o tratamento.

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Os dados serão mantidos em local seguro.

Você não terá despesas pessoais adicionais pois nos encontraremos quando você vier para fazer hemodiálise. Também não haverá compensação financeira relacionada à esta participação.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora: Sara Raquel Ramos de Melo Gonçalves na PUC-Campinas, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, na Av. John Boyd Dunlop - Jardim Ipaussurama, CEP 13034-685SP, Campinas, SP, Brasil ou pelo e-mail: sara.rrmg@puccampinas.edu.br ou pelo Cel.: (19) 99788 4778.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da PUC-Campinas, no endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 – Parque Rural Fazenda Santa Cândida, Campus I – Prédio A02 – Térreo – CEP 13087-571 – Campinas – SP. Telefone: (19) 3343-6777 Segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h às 17h e E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante da pesquisa, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3 a 6.

Sara Raquel Ramos de Melo Gonçalves

Data: ____/____/____

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do (a) participante: _____

Contato telefônico: _____

e-mail (opcional): _____

(Assinatura do participante)

Data: ____/____/____.

APÊNDICE II

QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO		
Iniciais do Nome:		
Sexo:	Data de Nascimento:	Telefone:
Endereço:		

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO SOBRE CONHECIMENTO DO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO PARA DOENÇA RENAL

Este questionário busca medir o quanto você conhece sobre o tratamento de hemodiálise, sobre os medicamentos, sua dieta alimentar e sobre a sua ingestão de líquidos. Estas informações nos ajudarão a entender se você possui as instruções necessárias 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 que acredita ser a mais apropriada, caso tenha dúvidas escolha a que melhor se aplica a você.

Para responder ao questões a seguir você deverá escolher apenas uma alternativa entre (A) Verdadeiro; (B) Falso e (C) Não sei.

1. As pessoas normalmente possuem dois rins no corpo.

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não sei

2. Quando uma pessoa tem doença renal, seus rins devem ser removidos do corpo antes que ela possa receber tratamento com uma máquina de diálise.

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não sei

3. Os rins fazem muitas coisas importantes no corpo, mas funcionam apenas à noite, enquanto a pessoa está dormindo.

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não sei

4. Além de remover resíduos do sangue, o rim artificial na máquina de diálise também funciona removendo o excesso de água do sangue.

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não sei

5. Um paciente com doença renal pode apresentar pressão alta, inchaço e ganho de peso rápido quando seu corpo fica sobrecarregado com água.

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não sei

6. A Banana é um alimento que contém muito potássio.

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não sei

7. Um paciente dialítico costuma realizar de 1 até 6 sessões por semana em uma máquina de hemodiálise.

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não sei

8. Um paciente com doença renal crônica pode ter um parente vivo que deseja doar um rim ao paciente para transplante. Nesse caso, o doador não corre risco para sua saúde quando doa um rim.

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não sei

9. Uma pessoa que se recuperou de uma cirurgia de transplante renal não precisará mais de tratamento de diálise enquanto o rim transplantado estiver funcionando bem.

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não sei

10. Pacientes com doença renal crônica são aconselhados a comer quantidades limitadas de alimentos ricos em potássio. Os níveis elevados de potássio no sangue são perigosos porque pode fazer com que o coração bata irregularmente ou pare de bater.

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não sei

11. A doença renal é um problema dos jovens, pessoas mais velhas não desenvolvem esta doença.

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não sei

12. A maioria dos tipos de doença renal dura cerca de 5 anos. Depois disso, os rins voltam a funcionar normalmente.

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não sei

13. Peritonite, uma infecção da cavidade abdominal, é um dos maiores problemas para os pacientes em diálise peritoneal.
- (a) Sim
 - (b) Não
 - (c) Não sei
14. O transplante de rim é a melhor forma de tratamento para pacientes com doença renal porque depois do transplante, os pacientes não tem risco de obter infecções por bactérias ou vírus.
- (a) Sim
 - (b) Não
 - (c) Não sei
15. Na insuficiência renal, produtos residuais no sangue se acumulam até níveis anormais e isso causa uma condição chamada uremia.
- (a) Sim
 - (b) Não
 - (c) Não sei
16. Pacientes com doença renal são orientados a não comer alimentos salgados porque o sal contém muito sódio
- (a) Sim
 - (b) Não
 - (c) Não sei
17. Drogas imunossupressoras são dadas para pacientes depois do transplante renal para prevenir e tratar a rejeição do rim transplantado.
- (a) Sim
 - (b) Não
 - (c) Não sei
18. A doença óssea é um problema de saúde que pode resultar da doença renal crônica. Isso pode ocorrer porque o rim doente perde sua capacidade de manter os níveis de cálcio e fosfato adequado no corpo.
- (a) Sim
 - (b) Não
 - (c) Não sei
19. No procedimento regular de diálise peritoneal, o fluido de diálise é introduzido na cavidade abdominal do paciente através de um tubo implantado logo abaixo do umbigo. O fluido dialisado é então deixado dentro da cavidade abdominal até que esteja completamente absorvido pelo corpo.
- (a) Sim
 - (b) Não
 - (c) Não sei
20. O tratamento de hemodiálise pode levar a cura da doença renal crônica.
- (a) Sim
 - (b) Não
 - (c) Não sei

21. A pressão alta (hipertensão artéria sistêmica) é uma das causas de doença renal crônica.

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não sei

22. A diabetes não controlada é uma das causas de doença renal crônica.

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não sei

23. A dosagem de creatinina no sangue é importante para avaliar a função renal e seu aumento está relacionado a piora da função renal.

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não sei

24. Alterações na alimentação fazem parte do tratamento da doença renal crônica.

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não sei

25. Banana, laranja, cenoura e feijão são alimentos ricos em potássio.

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não sei

26. Carne, leite e derivados e chocolate são alimentos ricos em fósforo.

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não sei

27. O bicarbonato é usado para tratar acidez do estômago

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não sei

28. Pacientes com doença renal crônica, mesmo aqueles submetidos a transplante renal devem manter acompanhamento médico por toda a vida.

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não sei

29. O tratamento regular com diálise para doença renal crônica pode levar a melhora da função do rim.

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não sei

APÊNDICE III**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS HEMODIÁLISE**

Data da entrevista: ____/____/____

I - Identificação do paciente:

Iniciais do Nome: _____ Sexo: () Masc. () Fem.

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos

Procedência: _____ (Cidade / Bairro)

Ocupação/Profissão: _____

Grau de Escolaridade:

() Sem escolaridade () Fundamental incompleto () Fundamental completo

() Médio incompleto () Médio completo () Superior

Estado civil: () solteiro () casado () separado () viúvo

Dados Familiares (pessoas que residem na casa):

HEMODIÁLISE
Data de início do tratamento:
CID de entrada:
Doenças de base:
Mês de referência:
Nº de faltas às sessões de HD no mês de referência:
Outras comorbidades

Peso seco no mês de referência: Ganho de peso interdialítico (GPID)
GPID 1: GPID 2: GPID 3:

Nível de fósforo sérico no mês de referência:
Nível de potássio sérico no mês de referência:

 Nome/R

ANEXO I

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÃO ENTRE A COMPREENSÃO DO TRATAMENTO E O NÍVEL DE ADESÃO À HEMODIÁLISE DOS PACIENTES COM DOENÇA RENAL

Pesquisador: SARA RAQUEL RAMOS DE MELO GONCALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47848721.0.0000.5481

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.897.081

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo prospectivo que será realizado com a população de pacientes submetidos ao tratamento de hemodiálise em centros de referência. A coleta de dados será feita por um questionário de compreensão do tratamento e aplicação do questionário de adesão QA-DRC-HD (LINS, 2015), além da análise dos prontuários dos pacientes para a coleta de informações sobre a doença.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Pacientes diagnosticados com insuficiência renal, com idade igual ou superior a 18 anos e que tenham comparecido a um mínimo de três sessões de hemodiálise nos ambulatórios de diálise onde a pesquisa será realizada.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO:

Serão excluídos da pesquisa os pacientes que não sejam diagnosticados com insuficiência renal, com idade inferior a 18 anos, que não tenham comparecido às sessões de hemodiálise, que não realizam a diálise o tratamento nos ambulatórios onde a pesquisa será realizada, que não tenham capacidade cognitiva de responder aos questionários.

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 - Bloco A02 - 2º Térreo
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 4.897.081

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a relação entre o entendimento que os pacientes renais crônicos possuem sobre os cuidados e tratamento de hemodiálise e o nível de adesão desse paciente ao tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

Os riscos dessa pesquisa são considerados baixos. A aplicação de questionários pode gerar constrangimento ao responder algum item dos instrumentos que serão utilizados na pesquisa. O sigilo das informações levantadas está assegurado pelo Termo de Compromisso e Confidencialidade, o qual garante que as informações não serão divulgadas fora desse projeto. As identidades dos voluntários não serão divulgadas de nenhuma forma. Os dados serão colocados em planilhas protegidas por senhas de acesso restrito dos pesquisadores.

BENEFÍCIOS:

Os resultados obtidos com a pesquisa podem ajudar a identificar o conhecimento como um novo fator para a não adesão à hemodiálise. A longo prazo poderá também favorecer um maior entendimento do conhecimento do tratamento como fator crucial, não apenas ao tratamento de hemodiálise, como para diversas outras terapêuticas as quais um paciente pode ser submetido

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pertinência e valor científico do estudo proposto;

Adequação da metodologia aos objetivos perseguidos;

Grau de vulnerabilidade dos sujeitos e medidas protetoras propostas;

Presença dos compromissos exigidos do pesquisador, patrocinador e instituição responsáveis (quando for o caso);

Identificação dos responsáveis pelo atendimento, acompanhamento e recebimento dos sujeitos encaminhados (quando for o caso).

Garantia dos direitos fundamentais do sujeito de pesquisa (informação, privacidade, recusa inócua, desistência, indenização, ressarcimento, continuidade do atendimento, acesso ao pesquisador e CEP etc.);

Tratamento adequado dos dados e materiais biológicos (quando for o caso).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há.

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 ç Bloco A02 ç Térreo
 Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida CEP: 13.087-571
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3343-8777 Fax: (19)3343-8777 E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 4.897.081

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que a pesquisadora atendeu todas as pendências apresentadas no parecer anterior do CEP, consideramos o projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução CNS nº. 466/12, Resolução CNS nº 510/16, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: Aprovado. Conforme a Resolução CNS nº. 466/12, Resolução CNS nº 510/16, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, é atribuição do CEP "acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa". Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP PUC-Campinas os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1752542.pdf	27/06/2021 22:05:30		Aceito
Outros	CartaRespostaaoCEP.pdf	27/06/2021 22:02:05	SARA RAQUEL RAMOS DE MELO GONCALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisa.pdf	27/06/2021 22:00:41	SARA RAQUEL RAMOS DE MELO GONCALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/06/2021 22:00:10	SARA RAQUEL RAMOS DE MELO GONCALVES	Aceito
Outros	CartaSuperintendente.pdf	08/06/2021 21:57:02	SARA RAQUEL RAMOS DE MELO GONCALVES	Aceito
Outros	DeclaracaodeCienciaeAutorizacaodoSetordeProntuarios.pdf	08/06/2021 21:53:31	SARA RAQUEL RAMOS DE MELO GONCALVES	Aceito

Endereço: Rua Professor Doutor Euryolides de Jesus Zerbini, 1516 ç Bloco A02 ç Térreo
 Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida CEP: 13.087-571
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3343-6777 Fax: (19)3343-6777 E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 4.897.081

Outros	DeclaracaodeInfraestruturas.pdf	08/06/2021 21:52:15	SARA RAQUEL RAMOS DE MELO GONCALVES	Aceito
Outros	DeclaracaodeCienciaeAutorizacaodoCoordenadoraArea.pdf	08/06/2021 21:50:17	SARA RAQUEL RAMOS DE MELO GONCALVES	Aceito
Outros	DeclaracaodeCustoseRecursos.pdf	08/06/2021 21:49:00	SARA RAQUEL RAMOS DE MELO GONCALVES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermodeCompromissoparaUtilizacaoDadados.pdf	08/06/2021 13:11:52	SARA RAQUEL RAMOS DE MELO GONCALVES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaodeCienciaeAutorizacaodalnstituicaoCoparticipante.pdf	08/06/2021 13:09:22	SARA RAQUEL RAMOS DE MELO GONCALVES	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	08/06/2021 13:03:40	SARA RAQUEL RAMOS DE MELO GONCALVES	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	08/06/2021 12:38:23	SARA RAQUEL RAMOS DE MELO GONCALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 10 de Agosto de 2021

Assinado por:
Mário Edvin GreTERS
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 ç Bloco A02 ç Térreo
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida CEP: 13.087-571
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3343-8777 Fax: (19)3343-8777 E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br

ANEXO II

QUESTIONÁRIO DE ADESÃO (QA-DRC-HC)

Iniciais do 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. I- 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 faltara 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 precisocumprir a hemodiálise programada(1)
- Porque cumprir a programação de hemodiálise é importante para manter o meu corposaudável(2)
- Porque um profissional de saúde (seu médico, sua enfermeira, sua nutricionista ou outroprofissional) 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 questãoanterior)

Porque você não quis ou não pôde ir ao centro de diálise? (Escolha a resposta que melhorse 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 quantosminutos?

- 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 (fistula 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 fluxosanguineo, 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 (porexemplo, 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 aresposta que melhor se aplica a você)
- Porque eu entendo que os meus rins não funcionam adequadamente e eu preciso tomaros medicamentos corretamente(1)
 - Porque tomar os medicamentos corretamente é importante para manter o meu corposaudável(2)
 - Porque um profissional de saúde (seu médico, sua enfermeira, sua nutricionista ou outroprofissional) 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)