UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

GRAZIELLA ALLANA SERRA ALVES DE OLIVEIRA OLLER

Impacto de uma Intervenção Educativa e Motivacional para o
Controle da Ingestão Hídrica de Pacientes em Tratamento
Hemodialítico

RIBEIRÃO PRETO
2017

GRAZIELLA ALLANA SERRA ALVES DE OLIVEIRA OLLER

Impacto de uma Intervenção Educativa e Motivacional para o
Controle da Ingestão Hídrica de Pacientes em Tratamento
Hemodialítico

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto e
idoso com doenças agudas e crônico-degenerativas

Orientador: Profa. Dra. Luciana Kusumota

RIBEIRÃO PRETO
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Oller, Graziella Allana Serra Alves de Oliveira
Impacto de uma Intervenção Educativa e Motivacional para o Controle da
Ingestão Hídrica de Pacientes em Tratamento Hemodialítico. Ribeirão Preto, 2017.
206 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.
Orientador: Profa. Dra. Luciana Kusumota

1. 1. Insuficiência Renal Crônica. 2. Diálise Renal. 3. Autoeficácia. 4. Ensaio Clínico.
5. Enfermagem.

OLLER, Graziella Allana Serra Alves de Oliveira

Impacto de uma Intervenção Educativa e Motivacional para o Controle da Ingestão Hídrica de Pacientes em Tratamento Hemodialítico

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

A Deus, por estar sempre presente na minha vida e Ser o direcionador do meu caminho. Agradeço por permitir que este momento acontecesse.

*À minha querida e amada filha **Manuela**, por preencher meus dias com uma imensa felicidade. Com você aprendi a verdadeira essência do que é o amor.*

*Ao meu amado esposo **Felippe**, por todo companheirismo, paciência e amor. Obrigada pelo incentivo constante e por tornar minha vida mais feliz.*

*Aos meus pais, **Germano** e **Geralda**, por nunca medirem esforços para me proporcionar a melhor formação como pessoa e profissional. Obrigada por cuidarem tão bem e com tanto amor da minha filha, durante esse processo.*

*À minha irmã **Gabriela** e a meu cunhado **Rodrigo**, pela amizade e cumplicidade, em todos os momentos compartilhados.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Profa.Dra. Luciana Kusumota,

por acreditar em mim e me ensinar o valor do conhecimento. Obrigada por sua amizade e paciência, por sempre me ensinar os caminhos da pesquisa com ética e dedicação. Tenho certeza de que nesses anos compartilhados ganhei mais que uma orientadora, ganhei uma amiga, que levarei sempre comigo.

AGRADECIMENTOS

*Aos meus avós **Nita e Armando**, por serem sempre presentes na minha vida,
e por sempre me colocarem nas suas orações.*

*Aos meus avós **Nestor e Santa** (in memoriam), por todo amor dedicado.*

A todos os meus familiares, pelo incentivo constante.

*À **Profa. Dra. Carla Regina de Souza Teixeira**, pelas valiosas contribuições ao longo da pesquisa. Obrigada por estar presente em todas as fases da minha formação acadêmica e de forma sábia e carinhosa me direcionar para o melhor caminho.*

*Ao **Prof. Dr. José Abrão**, pelas colaborações no Exame de Qualificação.*

*À **Profa. Dra. Cláudia Bernardi Cesarino**, por despertar meu interesse pela pesquisa.
Exemplo de pessoa e profissional, obrigada pelo seu carinho e amizade.*

*À **Profa. Dra. Rita de Cássia Helu Mendonça Ribeiro**, meu exemplo de amor e dedicação profissional. Obrigada por estar sempre presente na minha vida.*

*À querida **Dra. Marília Pilotto de Oliveira**, pela amizade e companheirismo nessa trajetória.*

*À querida amiga **Daniele Alcalá Pompeo**, por sempre me escutar nos momentos difíceis e sempre acreditar e torcer por mim. Obrigada pela amizade.*

*Ao meu amigo **Rodolfo Kfour**, pelo incentivo constante e palavras de carinho e motivação.
Obrigada por “dar vida” ao Ríno.*

*Ao **Caio Henrique Brazolin**, pela tradução do vídeo para a linguagem dos sinais. Agradeço pelo carinho com que você recebeu e acolheu nosso projeto.*

*Ao **Jonas Bodini Alonso**, pelo auxílio na análise dos dados. Obrigada pela dedicação e atenção.*

Às docentes do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIP, muito mais do que colegas de trabalho, vocês são amigas. Sou imensamente grata por trabalharmos juntas diariamente e

a cada dia compartilhar e aprender muito com vocês.

*Aos meus amigos e companheiros de trabalho da UNIP, por estarem sempre comigo. Com
vocês vivo diariamente.*

*Aos **pacientes**, pela confiança na realização deste trabalho. Com certeza aprendi muito com
vocês. Este trabalho é por vocês e para vocês.*

*À Universidade Paulista – UNIP, pelo incentivo. Obrigada por contribuírem com o meu
crescimento pessoal e profissional.*

*À equipe de profissionais do Serviço de Nefrologia do Hospital de Base de São José do Rio
Preto, pela receptividade e colaboração para a realização deste trabalho.*

*Aos meus alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIP, que são a fonte da
minha inspiração e a esperança de um cuidado com amor.*

*À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP,
por esses anos de muito aprendizado, por viver a pesquisa.*

“Conhece-te, aceita-te, supera-te”

(Santo Agostinho)

RESUMO

OLLER, G.A.S.A.O. **Impacto de uma Intervenção Educativa e Motivacional para o Controle da Ingestão Hídrica de Pacientes em Tratamento Hemodialítico.** 2017. 206 f. Tese (Doutorado) – Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2017.

Introdução: A dificuldade no controle da ingestão hídrica, refletida no ganho de peso interdialítico excessivo, e a dificuldade de se atingir a meta de perda de peso na sessão de hemodiálise são problemáticas, no cuidado aos pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento hemodialítico. Muitos pacientes possuem dificuldades na adesão à prescrição de restrição de consumo de líquidos e vivenciam complicações decorrentes da sobrecarga hídrica. **Objetivo:** Analisar o efeito de uma intervenção educativa e motivacional no controle do consumo de líquidos no período interdialítico, de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Métodos:** Trata-se de um estudo quase experimental do tipo ensaio clínico não randomizado. Os participantes foram os pacientes com Doença Renal Crônica terminal em tratamento hemodialítico em um serviço de diálise, em um município do interior paulista. Os participantes foram inseridos em dois grupos: Controle (n=106) e Intervenção (n=86). Para os pacientes dos dois grupos, foram realizadas entrevistas, aplicando-se o instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica, Escala de Autoeficácia Geral e Percebida (SOUZA; SOUZA, 2004), Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Lazarus e Folkman (SAVÓIA; SANTANA; MEJIAS, 1996), Escala de Resiliência (PESCE et al., 2005) e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (BOTEGA et al., 1995), no início (T₀) e ao final do estudo (T₅). O estudo foi realizado em seis etapas, em um período de cinco semanas de seguimento, e a intervenção foi realizada por meio de dois encontros para as sessões de intervenção (T₁ e T₃) e dois para os reforços (T₂ e T₄). A intervenção constou da elaboração e aplicação de um vídeo educativo e motivacional para o controle do consumo de líquidos, apresentado aos pacientes. Ainda na intervenção, o reforço foi realizado em dois momentos, para acompanhamento das orientações. O percentual ideal de perda de peso foi a variável desfecho da pesquisa e caracterizou o padrão de consumo de líquidos, mensurado em 16 medidas de ganho de peso entre as sessões de hemodiálise no período da pesquisa, frente ao peso ideal. Os dados foram analisados por meio do *software* estatístico SAS 9.0 e o programa R versão 3.4.1. Realizaram-se análises descritivas e propuseram-se os modelos de regressão linear com efeitos mistos para comparações entre os grupos e os tempos para as variáveis independentes, e a regressão beta inflacionada para análise das associações entre as variáveis independentes e a variável desfecho. O projeto atendeu às recomendações da Resolução CNS 466/2012, tendo sido apreciado e aprovado por dois Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, vinculados aos pesquisadores e ao serviço de diálise em estudo, bem como foi cadastrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos - ReBEC. **Resultados:** Os pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico participantes do estudo, ao final do estudo (T₅), apresentaram bons

níveis de autoeficácia, nos dois grupos (GC=39,2±6,2; GI=42,9±5,9). Com relação ao enfrentamento, no GC o fator com melhores escores foi a reavaliação positiva (2,09±0,56) e no GI foi a reavaliação positiva (1,67±0,44) e a resolução de problemas (1,81±0,42). Os pacientes dos dois grupos apresentaram boa resiliência (GC=143,01±16,86; GI=145,91±15,17), e observou-se presença de sintomas de ansiedade (GC=9,75±2,65; GI=8,91±2,69) e de depressão (GC=9,64±2,31; GI=8,58±2,50), nessa população. Os pacientes participantes do GI apresentaram, para todas as variáveis, mudanças nos escores avaliados após a implementação da intervenção educativa e motivacional. Na análise entre os grupos, para a resiliência, não houve significância estatística ($p=0,23$). Os pacientes que participaram da intervenção apresentaram diminuição no padrão de ganho de peso nos períodos interdialíticos, com 3,54 vezes mais chance de atingir a meta de 100% de perda de peso, comparados aos participantes do grupo controle. As variáveis autoeficácia, sintomas de ansiedade e de depressão e os fatores fuga-esquiva e reavaliação positiva do inventário de estratégias de enfrentamento apresentaram relação negativa com o percentual ideal de perda de peso, enquanto a resiliência e os fatores confronto e resolução de problemas do inventário de estratégias de enfrentamento tiveram relação positiva com o percentual ideal de perda de peso. **Conclusão:** A intervenção educativa e motivacional para o controle do consumo de líquidos, nos períodos interdialíticos de pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento hemodialítico, apresentou um impacto positivo, avaliado por meio do percentual ideal de perda de peso.

Descritores: Insuficiência Renal Crônica; Diálise Renal; Autoeficácia; Ensaio Clínico; Enfermagem

ABSTRACT

OLLER, G.A.S.A.O. **Impact of an Educational and Motivational Intervention for Control of Water Intake in Patients under Hemodialysis Therapy**. 2017. 206 f. Thesis (Doctoral) – Ribeirão Preto (SP): Ribeirão Preto College of Nursing, University of the São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Introduction: The difficulty in controlling water intake reflected in the excessive interdialytic weight gain, and difficulty to achieve the goal of weight loss on hemodialysis session, is a problem in the care of patients with Chronic Kidney Disease who are undergoing hemodialysis therapy. Many patients have difficulties on comply with the prescription of liquids restriction and experience complications arising from water overload. **Objective:** To analyze the effect of an educational and motivational intervention to control liquids during the interdialytic period in chronic kidney disease patients who are undergoing hemodialysis therapy. **Methods:** This is a non-randomized quasi-experimental clinical study. The participants were the terminal Chronic Kidney Disease patients who are undergoing hemodialysis therapy in a dialysis service in a city in the countryside of the State São Paulo. The participants have been enrolled into two groups: Control (n = 106) and Intervention (n = 86). For both groups, the patients had been interviewed by applying the clinical and sociodemographic characterization instrument, General and Perceived Self-Efficacy Scale (SOUZA; SOUZA, 2004), Confront Strategies Inventory of Lazarus and Folkman (SAVÓIA; SANTANA; MEJIAS, 1996), Resiliency Scale (PESCE et al., 2005) and Hospital Anxiety and Depression Scale (BOTEGA et al., 1995), at the beginning (T₀) and at the end of study (T₅). The study was conducted in six stages during five weeks of follow-up, and the intervention was performed by means of two meetings for the intervention sessions (T₁ e T₃) and two support meetings (T₂ e T₄). The intervention consisted of developing and implementing an educational and motivational video for liquids control, presented to patients. Also in the intervention, the support was carried out in two moments later for the guidelines follow-up. The percentage of weight lost was the variable research endpoint and featured the standard liquids consumption, measured on 16 measures of weight gain between dialysis sessions in the survey period, compared to ideal weight. Data have been analyzed through the statistical SAS 9.0 software and R program, version 3.4.1. Descriptive analysis had been conducted and linear regression templates have been proposed with mixed effects for comparisons between the groups and the times for the independent variables, and the inflated beta regression for analysis of associations between the independent variables and the endpoint variable. The project met the recommendations of CNS Resolution 466/2012, having been assessed and approved by two Research Ethics Committees with Human Beings, bound to the researchers and to the dialysis service under study, as well as registered in the Brazilian Clinical Trials Registration - ReBEC. **Results:** The study participants who are the patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis therapy at the end of study (T₅), showed high levels of self-efficacy in

both groups (GC = 39.2 ± 6.2 ; GI = 42.9 ± 5.9). With respect to confront, in GC the factor with best scores was the positive re-evaluation (2.09 ± 0.56), and in GI was the positive re-evaluation (1.67 ± 0.44) and the problem solving (1.81 ± 0.42). Patients of both groups showed good resilience (GC = 143.01 ± 16.86 ; GI = 145.91 ± 15.17) and noted the presence of anxiety symptoms (GC = 9.75 ± 2.65 ; GI = 8.91 ± 2.69) and depression (GC = 9.64 ± 2.31 ; GI = 8.58 ± 2.50) in this population. Patients participating in GI showed, for all variables, changes in scores assessed after implementation of the educational and motivational intervention. In the analysis between the groups, no statistical significance was found for resilience ($p=0.23$). Patients who participated in the intervention presented a decrease in weight gain standard during interdialytic periods, with 3.54 folds more likely to achieve the goal of 100% loss of weight compared to the control group. The self-efficacy variables, anxiety and depression symptoms, escape-avoidance factors and positive re-evaluation of the confront strategies inventory showed a negative relationship with the weight loss percentage, while resilience and confront factors and problem-solving of confront strategies inventory had positive relationship with the percentage of weight loss. **Conclusion:** Educational and motivational intervention for liquids control in interdialytic periods with Chronic Kidney Disease patients who are undergoing hemodialysis treatment showed a positive impact, assessed through percentage of weight loss.

Descriptors: Renal Insufficiency, Chronic; Renal Dialysis; Self Efficacy; Clinical Trial; Nursing

RESUMEN

OLLER, G. A. S. A. O. **Impacto de una Intervención Educativa y Motivacional para el Control de la Ingestión Hídrica de Pacientes en Tratamiento de Hemodiálisis.** 2017. 206 p. Tesis (Doctorado) – Ribeirão Preto (SP): Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, 2017.

Introducción: La dificultad en el control de la ingestión hídrica, reflejado en la ganancia de peso interdiálisis excesivo y la dificultad de alcanzar la meta de la pérdida de peso en la sesión de hemodiálisis es una problemática en el cuidado a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis. Muchos pacientes poseen dificultades en la adhesión a la prescripción en la restricción del consumo de líquidos y vivencian complicaciones decurrentes de la sobrecarga hídrica. **Objetivo:** Analizar el efecto de una intervención educativa y motivacional en el control del consumo de líquidos en el período interdiálisis, de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. **Métodos:** Se trata de un estudio casi-experimental del tipo ensayo clínico no randomizado. Los participantes fueron los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis en un servicio de diálisis en una ciudad del interior paulista. Los participantes fueron separados en dos grupos: Control (n=106) e Intervención (n=86). Para los pacientes de los dos grupos fueron realizadas entrevistas aplicándose el instrumento de caracterización socio-demográfica y clínica, Escala de Auto-eficacia General y Percibida (SOUZA; SOUZA, 2004), Inventario de Estrategias de Enfrentamiento de Lazarus y Folkman (SAVÓIA; SANTANA; MEJIAS, 1996), Escala de Resiliencia (PESCE et al., 2005) y Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (BOTEGA et al., 1995), en el inicio (T₀) y al final del estudio (T₅). El estudio fue realizado en seis etapas, en un período de cinco semanas de seguimiento y la intervención fue realizada por medio de dos encuentros para las sesiones de intervención (T₁ e T₃) y dos para los refuerzos (T₂ e T₄). La intervención constó de la elaboración y aplicación de un video educativo y motivacional para el control del consumo de líquidos, presentado a los pacientes. Aún en la intervención, el refuerzo fue realizado en dos momentos después para el acompañamiento de las orientaciones. El porcentaje de peso perdido fue la variable de resultado de la investigación y se caracterizó el padrón del consumo de líquidos, medido en 16 medidas de ganancia de peso entre las sesiones de hemodiálisis en el período de la investigación, frente al peso ideal. Los datos fueron analizados por medio del *software* estadístico SAS 9.0 y el programa R versión 3.4.1. Se realizó los análisis descriptivos y se propuso los modelos de regresión lineal con efectos mixtos para las comparaciones entre los grupos y los tiempos para las variables independientes, y la regresión beta infraccionada para el análisis de las asociaciones entre las variables independientes y la variable de respuesta. El proyecto atendió a las recomendaciones de la Resolución CNS 466/2012, siendo apreciado y aprobado por los dos Comités de Ética en Investigación con Seres Humanos, vinculados a los investigadores y al servicio de diálisis en el estudio, así como fue registrados en el Registro Brasileiro de Ensayos Clínicos - ReBEC. **Resultados:** Los

pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis participantes del estudio, al final de la investigación (T₅), presentaron buenos niveles de auto-eficacia en los dos grupos (GC=39.2±6.2; GI=42.9±5.9). Con relación al enfrentamiento, en el GC el factor con mejores escores fue en la re-evaluación positiva (2.09±0.56) y en el GI fue la re-evaluación positiva (1.67±0.44) y la resolución de problemas (1.81±0.42). Los pacientes en los dos grupos presentaron buena resiliencia (GC=143.01±16.86; GI=145.91±15.17) y se observó presencia de síntomas de ansiedad (GC=9.75±2.65; GI=8.91±2.69) y de depresión (GC=9.64±2.31; GI=8.58±2.50) en esa población. Los pacientes participantes del GI presentaron, para todas las variables, cambios en los escores evaluados posterior a la implementación de la intervención educativa y motivacional. En el análisis entre los grupos, para la resiliencia, no hubo significancia estadística (p=0.23). Los pacientes que participaron de la intervención presentaron una disminución en el padrón en la ganancia de peso en los períodos de interdialisis, con 3.54 veces más chance de alcanzar la meta de 100% de pérdida de peso comparados a los participantes del grupo control. Las variables auto-eficacia, síntomas de ansiedad y de depresión y los factores fuga-esquiva y re-evaluación positiva del inventario de estrategias de enfrentamiento presentaron relación negativa con el porcentaje de pérdida de peso, en relación a la resiliencia y los factores de confronto y resolución de problemas del inventario de estrategias de enfrentamiento tuvieron una relación positiva con el porcentaje de pérdida de peso. **Conclusión:** La intervención educativa y motivacional para el control del consumo de líquidos en los períodos interdialisis de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis presento un impacto positivo, evaluado por medio del porcentaje de pérdida de peso.

Descriptores: Insuficiencia Renal Crónica; Diálisis Renal; Autoeficacia; Ensayo Clínico; Enfermería

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Delineamento dos participantes do estudo.....	57
Figura 2	Itens da versão traduzida, adaptada e validada para o português da Escala de Autoeficácia Geral e Percebida, adaptada de SOUZA, I.; SOUZA, M., 2004.....	61
Figura 3	Fatores e respectivos itens da versão traduzida, adaptada e validada para o português do IEEFL, adaptada de SAVÓIA; SANTANA; MEJIAS, 1996.....	63
Figura 4	Itens da versão traduzida, adaptada e validada para o português da Escala de Resiliência, adaptada de PESCE et al., 2005.....	65
Figura 5	Itens da versão traduzida, adaptada e validada para o português da Escala de Ansiedade, adaptada de BOTEGA et al., 1995.....	67
Figura 6	Itens da versão traduzida, adaptada e validada para o português da Escala de Depressão, adaptada de BOTEGA et al., 1995.....	68
Figura 7	Medidas aplicadas aos participantes do estudo no Grupo Controle (GC) e Grupo Intervenção (GI).....	69
Figura 8	Etapas do estudo, conforme as cinco semanas de seguimento para coleta de dados e implementação da intervenção.....	73
Figura 9	Gráficos Boxplot's para a comparação dos efeitos indiretos da intervenção no GC e GI nas variáveis autoeficácia, enfrentamento, resiliência e sintomas de ansiedade e depressão.....	98
Figura 10	Gráficos Boxplot's para a comparação dos efeitos indiretos da intervenção no GC e GI nos Fatores do Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus.....	100
Figura 11	Distribuição do percentual de participantes conforme o percentual ideal de perda de peso ao longo do tempo	104
Figura 12	Distribuição do percentual ideal de perda de peso por grupos (GC e GI), ao longo do tempo.....	108
Figura 13	Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável estado civil.....	110

Figura 14	Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável grupo.....	111
Figura 15	Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável sexo.....	112
Figura 16	Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável idade.....	114
Figura 17	Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável anos de estudo.....	115
Figura 18	Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável tempo de diagnóstico da DRC.....	116
Figura 19	Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável tempo de tratamento por hemodiálise.....	117
Figura 20	Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável número de complicações.....	118
Figura 21	Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável número de doenças autorreferidas.....	119
Figura 22	Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Autoeficácia.....	121
Figura 23	Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Resiliência.....	122
Figura 24	Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Sintomas de Ansiedade.....	123
Figura 25	Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Sintomas de Depressão	124
Figura 26	Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Fator Confronto do IEEFL.....	125
Figura 27	Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Fator Afastamento do IEEFL.....	126
Figura 28	Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Fator Autocontrole do IEEFL.....	127
Figura 29	Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Fator Suporte Social do IEEFL.....	128
Figura 30	Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Fator Aceitação de Responsabilidade do IEEFL....	129

Figura 31	Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Fator Fuga-Esquiva do IEEFL.....	130
Figura 32	Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Fator Resolução de Problemas do IEEFL.....	131
Figura 33	Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Fator Reavaliação Positiva do IEEFL.....	132
Figura 34	Análise de diagnóstico do Modelo 3, segundo o teste de normalidade de Shapiro-Wilk.....	139

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Descrição das variáveis sociodemográficas dos 192 pacientes em tratamento hemodialítico, segundo grupo de participação no estudo. São José do Rio Preto-SP, 2017.....	85
Tabela 2	Descrição das variáveis socioeconômicas dos 192 pacientes em tratamento hemodialítico, segundo grupo de participação no estudo. São José do Rio Preto-SP, 2017.....	86
Tabela 3	Distribuição das doenças autorreferidas dos 192 pacientes em tratamento hemodialítico, segundo grupo de participação no estudo. São José do Rio Preto-SP, 2017....	88
Tabela 4	Distribuição das complicações físicas relacionadas à DRC e à Hemodiálise, referidas pelos 192 pacientes em tratamento hemodialítico, segundo grupo de participação no estudo. São José do Rio Preto-SP, 2017.....	89
Tabela 5	Autoeficácia, enfrentamento, resiliência e sintomas de ansiedade e depressão dos 192 pacientes em tratamento hemodialítico, segundo o Grupo Controle (GC) e Grupo Intervenção (GI) na primeira etapa (T ₀) e na sexta etapa (T ₅) da pesquisa. São José do Rio Preto-SP, 2017.....	91
Tabela 6	Análise de Regressão de Efeito Misto da variável Autoeficácia nos 192 pacientes em tratamento hemodialítico, segundo o Grupo Controle (GC) e Grupo Intervenção (GI), nos dois momentos de coleta de dados. São José do Rio Preto-SP, 2017.....	92
Tabela 7	Análise de Regressão de Efeito Misto da variável Enfrentamento nos 192 pacientes em tratamento hemodialítico, segundo o Grupo Controle (GC) e Grupo Intervenção (GI). nos dois momentos de coleta de dados. São José do Rio Preto-SP, 2017.....	93
Tabela 8	Análise de Regressão de Efeito Misto da variável Resiliência nos 192 pacientes em tratamento hemodialítico, segundo o Grupo Controle (GC) e Grupo Intervenção (GI), nos dois momentos de coleta de dados. São José do Rio Preto-SP, 2017.....	95
Tabela 9	Análise de Regressão de Efeito Misto da variável Sintomas de Ansiedade e Depressão nos 192 pacientes em tratamento hemodialítico, segundo o Grupo Controle (GC) e Grupo Intervenção (GI), nos dois momentos de coleta de dados. São José do Rio Preto-SP, 2017.....	96

Tabela 10	Teste de comparação da diferença dos valores de escores de T ₅ em relação a T ₀ das variáveis autoeficácia, enfrentamento, resiliência e sintomas de ansiedade e depressão entre GC e GI. São José do Rio Preto-SP, 2017.....	97
Tabela 11	Descrição da variável percentual ideal de perda de peso nas 16 medidas dos 192 pacientes em tratamento hemodialítico. São José do Rio Preto-SP, 2017.....	103
Tabela 12	Descrição das 16 medidas da variável peso dos 192 pacientes em tratamento hemodialítico, segundo o GC e GI. São José do Rio Preto-SP, 2017.....	106
Tabela 13	Análise de Regressão do Modelo Beta Inflacionada para o parâmetro escala, mantendo-se as variáveis significantes para média e dispersão dos 192 pacientes em tratamento hemodialítico. São José do Rio Preto-SP, 2017.....	135

LISTA DE SIGLAS

CEP	CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	DCNT – Doença Crônica Não Transmissível
DM	DM – Diabetes <i>mellitus</i>
DRC	DRC – Doença Renal Crônica
FAMERP	FAMERP – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
GC	GC – Grupo Controle
GI	GI – Grupo Intervenção
HÁ	HA – Hipertensão Arterial
HAD	HAD – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
IBGE	IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEEFL	IEEFL – Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus
MMEM	MMEM – Miniexame do Estado Mental
ReBEC	ReBEC – Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos
TCLE	TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TGF	TGF – Taxa de Filtração Glomerular
TRS	TRS – Terapia Renal Substitutiva
USP	USP – Universidade Paulista

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	21
1.1	Contexto e justificativa do estudo.....	23
1.2	Referencial Teórico.....	26
1.2.1	A Doença Renal Crônica, a hemodiálise e o equilíbrio hídrico	26
1.2.2	Teoria Social Cognitiva e a aplicabilidade na área da saúde..	33
1.2.3	Autoeficácia.....	37
1.2.4	Enfrentamento.....	41
1.2.5	Resiliência.....	45
1.2.6	Ansiedade e Depressão.....	47
2.	HIPÓTESES E OBJETIVOS DO ESTUDO.....	51
2.1	Hipóteses da pesquisa.....	52
2.2	Objetivo Geral.....	53
2.3	Objetivos Específicos.....	53
3.	MÉTODOS.....	54
3.1	Tipo de estudo.....	55
3.2	Local do estudo.....	55
3.3	População e participantes de estudo.....	56
3.4	Variáveis e instrumentos utilizados no estudo.....	58
3.5	Elaboração do material da intervenção.....	70
3.6	Estudo-piloto.....	71
3.7	Coleta de dados e implementação da intervenção.....	72
3.8	Aspectos éticos.....	76
3.9	Análise dos dados.....	77
4.	RESULTADOS.....	83
4.1	Caracterização sociodemográfica, econômica e clínica dos participantes do estudo.....	84
4.2	Resultados sobre autoeficácia, enfrentamento, resiliência e sintomas de ansiedade e depressão dos participantes do estudo.....	89
4.3	Resultados relacionados ao impacto da intervenção educativa e motivacional no controle da ingestão hídrica de pacientes em tratamento hemodialítico.....	102
5.	DISCUSSÃO.....	141
6.	CONCLUSÕES.....	155
	REFERENCIAS.....	159
	APENDICES.....	181
	ANEXOS.....	198

1 INTRODUÇÃO

O interesse de estudo na temática de nefrologia surgiu durante o curso de graduação em enfermagem na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Durante todo o curso, essa área de atuação sempre me despertou curiosidade, e ao realizar estágio curricular no setor de hemodiálise tive a certeza da área que pretendia me especializar.

Durante a graduação, realizei pesquisas científicas na área, tendo sido bolsista de iniciação científica do CNPq, na qual desenvolvi um estudo sobre autocuidado dos pacientes com hipertensão arterial, sob a orientação da Profa. Dra. Claudia Bernardi Cesarino. Com o estudo na temática fui me despertando sobre a importância do cuidado nas doenças crônicas, e as intervenções que podemos fazer como enfermeiros para melhorar a condição de vida desse paciente.

No decorrer dos anos de graduação, fui acolhida e incentivada a participar de estudos e discussões sobre educação dos pacientes com doenças crônicas pela Profa. Dra. Claudia Bernardi Cesarino e Profa. Dra. Rita de Cássia Helu Mendonça Ribeiro, enfermeiras especialistas em nefrologia e educação. Isso me motivou, pois a cada dia interagia com os pacientes e enxergava ali o caminho para colocar em prática todo o conhecimento apreendido.

Ao finalizar a graduação, ingressei no programa de aprimoramento em nefrologia da FAMERP, no qual tive a oportunidade de atrelar a teoria com a prática nessa área. Em seguida, fui contratada para trabalhar no mesmo serviço e quase concomitantemente ingressei na docência em uma universidade privada.

Nesse período havia muitas inquietações sobre a prática. Como melhorar a condição de vida dos pacientes com doenças crônicas? Em 2008, com a decisão de me dedicar à carreira acadêmica, mas sempre levando comigo os questionamentos sobre a importância da educação e comportamento dos pacientes fiz meu primeiro contato com a Profa. Dra. Luciana Kusumota da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP, que me acolheu e acreditou no meu trabalho.

Passamos um período amadurecendo nosso projeto, quando então em 2010 ingressei no programa de mestrado. Resgatando meus conhecimentos e vivências acadêmicas, trabalhamos com o autocuidado e a independência funcional dos pacientes com doença renal crônica. Pude nesse período, me aprofundar na pesquisa e vivenciar intensamente a pós-graduação, com as aulas das disciplinas, projetos e artigos. Assim, após todos os esforços, defendi a dissertação, mas o trabalho não acabava aí, tínhamos de levar isso para a prática, queríamos atrelar a

pesquisa com o serviço, levar aos pacientes resultados que contribuíssem para o seu tratamento.

A partir da pesquisa do programa de mestrado, na qual identificamos fatores relacionados com doença renal crônica e hemodiálise, que dificultavam o cotidiano dos pacientes, apontando novos caminhos, dentre eles a necessidade de intervir na prática com esses pacientes, trabalhar algo que pudesse auxiliar no tratamento hemodialítico. Com isso, no doutorado, após diversas buscas e discussões, surgiu a proposta de um estudo de intervenção.

A dificuldade em aderir à restrição hídrica prescrita pelos pacientes em hemodiálise tem sido uma realidade nos serviços de nefrologia e um tema de constante discussão e busca de soluções na assistência das equipes de enfermagem e de saúde. Suas dificuldades, estratégias e riscos são assuntos rotineiramente evidenciados e relatados pelos pacientes como uma grande barreira no tratamento. Por outro lado, há escassez de investimentos em estudos científicos sobre o tema.

Assim, a proposta da atual pesquisa é de explorar essa temática e propor intervenção e estratégias para melhorar o controle da ingestão hídrica dos pacientes em hemodiálise.

1.1 Contexto e justificativa do estudo

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) são consideradas um grave e crescente problema de saúde pública e constituem as principais causas de morte e de incapacidades nos Estados Unidos e Canadá, assim como na América Latina e Caribe (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013). O número de pessoas com DCNTs tende a aumentar em razão do crescente envelhecimento populacional, além das modificações nos padrões de consumo e de comportamentos não saudáveis da população como alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo, estresse, entre outros (MENDES, 2011).

Para a Organização Pan-americana de Saúde (2013), os pacientes com DCNTs, como as cardiovasculares, diabetes *mellitus* (DM), câncer e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas, não são inseridos de maneira adequada nos programas de saúde, o que leva a uma baixa adesão ao tratamento. Do total de

peessoas acometidas por DCNTs, cerca da metade é diagnosticada, destas somente a metade recebe tratamento médico e ainda a metade consegue seguir o regime terapêutico. Estima-se um gasto anual de 290 milhões de dólares por ano com pacientes crônicos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013).

Nesse contexto, a Doença Renal Crônica (DRC) é considerada uma DCNT e sua prevalência vem aumentando mundialmente, com um incremento anual de 7 a 10%, ultrapassando o crescimento populacional geral (CUSUMANO et al., 2006; SESSO et al., 2017; HILL et al., 2016). No Brasil, é considerada um problema de saúde pública, ao se levar em consideração o aumento da incidência e prevalência dessa doença na população (SESSO et al., 2017).

Os fatores apontados para esse crescimento podem ser atribuídos ao envelhecimento da população em geral, com o aumento da expectativa de vida e à incidência igualmente crescente de casos de Hipertensão Arterial (HA) e DM, apontados como as duas principais causas da DRC (HAMER; NAHAS, 2006; DRAIBE; AJZEN, 2011a; HILL et al., 2016).

Sesso et al. (2017) descrevem a HA e o DM como os principais diagnósticos que levaram à DRC entre os pacientes em tratamento dialítico com 34% e 30%, respectivamente, seguidos por glomerulonefrite crônica (9%) e rins policísticos (4%). Esses dados corroboram diversos estudos nacionais e internacionais que evidenciam a HA e o DM como as principais causas primárias da DRC (RIBEIRO et al., 2008; RIBEIRO et al., 2009; BRAGA et al., 2011; CORESH et al., 2011; CRAVO et al., 2011; FERREIRA; SILVA FILHO, 2011; LEVEY; CORESH, 2012; HERRERA-AÑAZCO et al., 2014; HILL et al., 2016).

Os pacientes com DCNTs, em sua maioria, realizam parte do seu tratamento, em suas casas, distantes dos profissionais de saúde e são eles próprios os responsáveis por seu cuidado (OSBORNE; ELSWORTH; WHITFIELD, 2007). Tal tratamento requer um modelo de atenção à saúde que envolva políticas eficazes e abrangentes para prevenção de doenças e promoção da saúde, nos vários níveis. Os pacientes com DCNTs e seus familiares necessitam de cuidados biomédicos e também do planejamento de atenção às suas necessidades para o autocuidado no domicílio. Enfoques no comportamento dos pacientes e nas suas atividades de vida diária bem como as habilidades de comunicação dos profissionais da saúde são essenciais para o aprimoramento dos cuidados a essas pessoas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

O referencial de Promoção de Saúde, delineado por Leavell e Clark (1976), descreve que o restabelecimento da normalidade está fundamentado na visão positiva da saúde, que é valorizada pela percepção de prevenção da doença. Os autores classificam a prevenção em três níveis, sendo o *primário* composto pela promoção da saúde e proteção específica; o *secundário* que engloba o diagnóstico precoce e tratamento adequado e o *terciário* que é a reabilitação, com a limitação da incapacidade. As ações de saúde aplicadas a uma determinada fase do processo da doença podem evitar sua progressão para as fases subsequentes em um caráter preventivo e estimulam ações de autocuidado.

Há um grande interesse internacional em programas de educação e autocuidado, seja em instituições hospitalares seja direto na comunidade (BODENHEIMER; WAGNER; GRUMBACH, 2002; NEWMAN; STEED; MULLIGAN, 2004). Esses programas têm como principal objetivo melhorar o conhecimento e a educação em saúde, o que aumenta a capacidade da pessoa para ter acesso e compreender as informações recebidas, bem como tomar decisões quanto à sua própria saúde (BARLOW et al., 2002; FALLER et al., 2005). Para Beaglehole; Yach (2003) e Yach et al. (2004), esses princípios são fundamentais para controlar o crescente número de pessoas com DCNTs e suas complicações.

Lingerfelt e Thornton (2011) afirmam que programas educacionais para pacientes com DRC em tratamento dialítico apresentam resultados satisfatórios. A adesão ao tratamento e o autocuidado desses pacientes tendem a melhorar após programas educacionais. Os autores relatam ainda a importância do enfermeiro especialista em nefrologia para o planejamento e implementação desses programas educacionais, sendo profissionais fundamentais para o sucesso da ação educativa.

Por outro lado, observa-se escassez de estudos clínicos sobre essa temática. Sendo assim, considerou-se de extrema relevância a implementação de um estudo de intervenção para controle da ingestão hídrica de pacientes com DRC, uma vez que se acredita que elaborar programas de ensino-aprendizagem a essa população e implementar intervenções educativas e motivacionais pode proporcionar melhora significativa no tratamento e na qualidade de vida desses pacientes, além de aprimorar o trabalho da enfermagem, desenvolvendo planos de cuidados individualizados e implementações eficazes.

A elaboração de um programa de ensino, a partir de intervenções de enfermagem validadas, e a análise da efetividade deste programa podem auxiliar a

atuação clínica da enfermagem no atendimento a esta população, o que refletirá em uma maior capacidade para a realização do seu autocuidado e tratamento.

1.2 Referencial Teórico

1.2.1 A Doença Renal Crônica, a hemodiálise e o equilíbrio hídrico

Os rins têm a função de filtrar o sangue, mantendo o equilíbrio de volume de líquidos, da osmolalidade, das concentrações de eletrólitos e o estado ácido-básico do organismo. São responsáveis, também, pela excreção dos produtos finais do metabolismo, como ureia, ácido úrico, fosfatos e sulfatos e excreção de substâncias como drogas e medicamentos, bem como na produção ou participação na secreção de hormônios e enzimas que atuam na regulação hemodinâmica sistêmica e renal, maturação de eritrócitos na medula óssea, regulação do balanço de cálcio e fósforo e do metabolismo ósseo (RIELLA, 2010; BOIM, 2011).

A DRC refere-se a um diagnóstico sindrômico de perda progressiva e irreversível da função renal de depuração, ou seja, da filtração glomerular (THOMÉ et al., 2006). Em sua fase mais avançada, os rins não conseguem manter suas funções, como a homeostasia interna do organismo, funções endócrinas e metabólicas e o equilíbrio hidroeletrolítico e ácido-básico (SÃO PAULO, 2007; PECOITS-FILHO; RIELLA, 2010; GONÇALVES, 2011).

É uma doença de curso prolongado, insidioso e muitas vezes de evolução assintomática (BRASIL, 2014). A manifestação clínica é proporcional à massa renal perdida. Os sinais e sintomas de acometimento dos órgãos são variáveis entre os pacientes, à medida que ocorre a progressão da doença, as consequências orgânicas começam a manifestar-se. Dentre os sistemas acometidos estão: renais (nictúria, poliúria, oligúria, hematúria, proteinúria), cardiovasculares (HA, arritmias, insuficiência cardíaca congestiva), neurológicos e musculares (fadiga, insônia, irritabilidade, câibras, fraqueza muscular) gastrintestinais (náuseas, vômitos, anorexia, hemorragia gástrica), metabólicos (anemia), hormonais (infertilidade, amenorreia, impotência) e dermatológicos (palidez, equimoses e prurido) (THOMÉ et al., 2006; BREGMAN, 2007; GONÇALVES, 2011).

A intensidade dos sinais e sintomas depende do grau de comprometimento

renal e de outras condições subjacentes, como a idade. Com o início do tratamento dialítico, os sintomas tendem a diminuir ou a desaparecer (THOMÉ et al., 2006; RIELLA, 2010).

O melhor método para diagnosticar, classificar e acompanhar a progressão da DRC é a mensuração da taxa de filtração glomerular (TFG). A TFG (em mL/min/1,73m²) classifica a DRC em categorias (PECOITS-FILHO; RIELLA, 2010; KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES, 2017):

- G1 – estágio da DRC no qual há lesão renal com TFG normal ou aumentada (≥ 90 mL/min/1,73m²);
- G2 – estágio da DRC no qual há lesão renal com ligeira diminuição da TFG (60-89 mL/min/1,73m²);
- G3a – estágio da DRC no qual há declínio moderado da TFG (45-59 mL/min/1,73m²);
- G3b – estágio da DRC no qual há declínio de moderado a grave da TFG (30-44 mL/min/1,73m²);
- G4 – estágio da DRC no qual há grave declínio da TFG (15-29 mL/min/1,73m²);
- G5 – estágio terminal da DRC (< 15 mL/min/1,73m²), no qual há necessidade de terapia renal substitutiva (TRS).

São determinados como pacientes com DRC aqueles que apresentam por mais de três meses algum dos critérios: albuminúria (> 30 mg/24h), anormalidades no sedimento urinário, distúrbios hidroeletrólíticos e outros devido a lesões tubulares, anormalidades detectadas por exame histológico, anormalidades estruturais detectadas por exame de imagem, história de transplante renal ou TFG diminuída < 60 mL/min/1,73m² (categorias de TFG G3a-G5) (KIRSZTAJN et al., 2014).

Nos estágios iniciais da DRC, o organismo pode se adaptar às discretas manifestações clínicas, entretanto nos estágios mais avançados da doença, o paciente sofre com o impacto clínico causado pela retenção de toxinas urêmicas não eliminadas, devido ao grave desequilíbrio da homeostasia interna (BREGMAN, 2007; PECOITS-FILHO; RIELLA, 2010; KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES, 2017).

As diretrizes para a avaliação e manuseio da DRC na prática clínica

descrevem que há vantagens para o paciente encaminhado precocemente ao serviço especializado, a destacar: a possibilidade de fazer o tratamento conservador adequado e assim preservar a função renal e postergar o início do tratamento dialítico; conhecer cada uma das possíveis modalidades, suas vantagens e desvantagens, se preparando assim para o tratamento dialítico, bem como escolher com a equipe de profissionais a modalidade de diálise que melhor atende à sua condição clínica e ao seu estilo de vida (KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES, 2017).

O início da TRS para o paciente com DRC está pautado na presença de um ou mais dos seguintes critérios: sinais ou sintomas atribuíveis à doença renal, incapacidade no controle da pressão arterial ou volume, piora progressiva do estado nutricional refratário à intervenção dietética ou déficit cognitivo. Essas condições são frequentes na presença da TFG entre 5 e 10 mL/min/1,73m² (KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES, 2017).

Dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia estimam que, em julho de 2016, o número de pacientes em TRS era de 122.825, esse número representa um aumento de 31,5 mil pacientes nos últimos 5 anos, e um aumento anual médio de 6,3% nesse mesmo período. As taxas de prevalência e incidência de tratamento dialítico nesse mesmo ano foram de 596 e 193 pacientes por milhão da população (pmp), respectivamente, e uma estimativa de 36.571 pacientes que iniciaram o tratamento (SESSO et al., 2017).

A prevalência de pacientes em TRS no Brasil tem se mostrado inferior à de países com perfil de desenvolvimento semelhante, sugerindo a necessidade de melhorar tanto a identificação quanto o tratamento de pacientes em risco de DRC. É necessário, também, aprimorar o diagnóstico e tratamento precoce da doença já instalada, a fim de reduzir desfechos desfavoráveis, como a mortalidade por doença cardiovascular e a progressão para DRC terminal (BRASIL, 2014).

As terapias disponíveis para o manejo da DRC terminal substituem parcialmente a função renal, atenuam os sintomas da doença e preservam a vida do paciente, no entanto não levam à cura (RAVAGNANI; DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007; RIELLA, 2010). A TRS pode ser realizada por meio de duas modalidades: diálise renal (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.

A hemodiálise é um método dialítico que acontece mediante a circulação sanguínea extracorpórea. O processo de extração de solutos e solventes é realizado através de uma membrana semipermeável artificial. É um procedimento que remove

os produtos urêmicos acumulados, o excesso de água e restabelece o equilíbrio ácido-básico e eletrolítico do organismo (RIELLA, 2010).

Em 1854, Thomas Graham descreveu pela primeira vez os conceitos de osmose, porém a primeira hemodiálise foi realizada em 1913 em animais, pelo Dr. John Jacob Abel, utilizando a hirudina (substância obtida por meio das sanguessugas, utilizada como anticoagulante). Somente em 1924 foi realizada por George Haas a primeira hemodiálise em humanos, a princípio utilizou-se hirudina refinada como anticoagulante e, em 1927, Haas utilizou a heparina como anticoagulante. O primeiro rim artificial foi criado em 1940 pelo médico holandês Willem Kolff e utilizado em 1943 em 15 pacientes, dos quais só um sobreviveu. O marco inicial do tratamento dialítico deu-se em 1945, com o tratamento de uma paciente com lesão renal aguda tratada com a máquina de Kolff. A partir daí, constataram-se inúmeros avanços no setor, como a introdução de novas modalidades terapêuticas, a introdução de membranas mais biocompatíveis na década de 1980 e uma grande evolução da qualidade e da segurança na técnica dialítica (THOMÉ et al., 2006; RIELLA, 2010).

A hemodiálise tem como princípios de troca os processos físicos: difusão, convecção e ultrafiltração (pressão hidrostática). O transporte por difusão é o mecanismo primário para remoção de toxinas pela hemodiálise. Esse processo ocorre quando um gradiente de concentração de um soluto é estabelecido através de uma membrana semipermeável no qual o soluto se difunde pela membrana do lado mais concentrado para o lado menos concentrado. A osmose ocorre quando há diferença de osmolalidade entre as soluções, a água movimenta-se da solução com menos osmolalidade em direção à com maior osmolalidade. Na ultrafiltração, a remoção de fluidos é feita por meio da aplicação de um gradiente de pressão hidrostática através da membrana; dessa forma, o fluido atravessa a membrana do local de maior concentração para o de menor (RIELLA, 2010).

O tratamento hemodialítico frequentemente é realizado três vezes por semana com duração de quatro horas por sessão (ROMÃO JUNIOR et al., 2003). A hemodiálise é a modalidade de tratamento mais utilizada na atualidade para tratamento da DRC. Dados do Censo Brasileiro de Diálise apontam que, em julho de 2016, 92,1% dos pacientes em diálise crônica faziam tratamento por hemodiálise e 7,9% por diálise peritoneal (SESSO et al., 2017). Para Bastos, Bregman e Kirsztajn (2010), a DRC é subdiagnosticada e tratada inadequadamente e, apesar dos recentes avanços no tratamento hemodialítico, os principais desfechos em pacientes com DRC

são as complicações crônicas decorrentes da perda funcional renal, resultando em comprometimentos físicos e psicológicos.

Estudos internacionais apontam que muitos dos problemas vivenciados pelos pacientes com DRC em tratamento por hemodiálise estão relacionados a sua não adesão ao tratamento proposto. A sobrecarga de líquidos é uma condição normal na maioria dos pacientes, enquanto essa excessiva sobrecarga está ligada a um aumento na morbidade dessa população (KAGEE; MOOSA, 2008; BARAZ, et al., 2010).

Para manter a homeostase, o organismo saudável mantém o equilíbrio entre a ingestão e a excreção de água. O balanço positivo de água é proveniente da própria ingestão de líquidos, da água contida nos alimentos e pela água produzida por oxidação de carboidratos, proteínas e lipídeos. Enquanto as perdas acontecem por meio da pele, trato gastrointestinal e urina. Para evitar que haja variações na osmolaridade plasmática, a qual é determinada principalmente pela concentração plasmática de sódio, os níveis de ingestão e excreção de água devem estar equilibrados. A fim de manter a homeostase e o balanço hídrico, o organismo dispõe de alguns elementos para esse controle: o mecanismo de sede, a ação do hormônio antidiurético e o balanço de sódio (RIELLA, 2010).

A sede é o principal mecanismo de regulação de ingestão de água. A sede pode ser definida como o desejo consciente de ingerir água, com origem tanto no compartimento intracelular como no extracelular. A sensação de sede tem origem no centro da sede, localizado nas porções anterior e ventromedial do hipotálamo. Esse mecanismo é ativado quando há aumento da osmolalidade do plasma, como no déficit de água ou na administração de soluções hipertônicas (RIELLA, 2010; GUYTON; HALL, 2012).

Embora seja regulado por mecanismos fisiológicos, o comportamento de ingestão de líquidos é influenciado por hábitos, costumes e rituais sociais da pessoa, além de fatores que desencadeiam a ingestão de água, como déficits no volume extracelular e na pressão arterial, falta de umidade da mucosa oral e do esôfago (LEIPER, 2005; RIELLA, 2010; GUYTON; HALL, 2012). A sede tem um papel na homeostasia dos fluidos que implica em uma rede de complexos processos neurais e hormonais, em resposta a algum desequilíbrio na relação água e sódio no organismo (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; ARAI et al., 2014).

Nos ambientes de saúde, os pacientes relatam a sede como um dos

sintomas mais prevalentes e desconfortáveis, podendo sobrepujar todas as outras sensações (LEIPER, 2005; CONCHON, et al., 2015). Quando o balanço de sódio é bem controlado, o mecanismo de sede regula o balanço de água adequadamente (GUIMARÃES; BARROS, 2003; AJZEN; SCHOR, 2011).

O hormônio antidiurético é sintetizado no hipotálamo, próximo ao centro da sede e tem como função a conservação da água no organismo e o controle da concentração urinária. A liberação desse hormônio está condicionada a estímulos que podem ser osmóticos, quando há alteração da osmolalidade, ou não osmóticos (RIELLA, 2010; GUYTON; HALL, 2012).

O sódio é o principal soluto no líquido extracelular, sua concentração no plasma ou soro indica a relação existente entre a quantidade total de soluto e água no organismo. Quando há retenção de sódio no líquido extracelular, a pressão osmótica aumenta, e a água intracelular move-se para o extracelular até que haja equilíbrio osmótico. Essa hiperosmolalidade extracelular também pode estimular a sede e a liberação do hormônio antidiurético, fatores que determinam um balanço positivo de água (RIELLA, 2010; GUYTON; HALL, 2012).

Por outro lado, a fisiopatologia da DRC modifica o balanço hídrico do organismo em decorrência da falência da função excretória dos rins. Para o paciente na fase não dialítica, a ingestão de sódio pode ser estimada pela medida da excreção de sódio em urina de 24 horas. Já em pacientes em tratamento hemodialítico, a restrição de sódio é indicada não somente para o controle da pressão arterial, mas também para o controle na ingestão de líquidos (AJZEN; SCHOR, 2011). Davenport (2006) relata em sua pesquisa que a maioria dos pacientes com DRC ingere líquidos em resposta à sensação de sede osmótica, que é causada geralmente por ingestão de sódio. Para o autor, o paciente consome em média um litro de água para cada 8mg de sal consumido para recuperar a homeostase.

Sinclair e Parker (2009) verificaram em seu estudo que muitos pacientes com DRC em tratamento de hemodiálise consomem mais líquidos do que o recomendado, e que essa é uma prática constante dessa população. Os autores relatam que os pacientes vivenciam um estado desconfortável e uma tensão sobre a bebida, pois apesar do desejo de beber normalmente, eles estão conscientes da necessidade de serem aderentes à restrição de líquidos.

Estudos internacionais demonstram que o excesso de ganho de peso interdialítico e a dificuldade em se atingir o peso seco são hoje um dos principais

fatores de comorbidade nessa população (DAVENPORT, 2006; SARKAR; KOTANKO; LEVIN, 2006).

A gestão no consumo de líquidos é um desafio para a maioria dos pacientes, pois além dos líquidos propriamente ditos, muitos alimentos possuem alto teor de água, como gelatinas e sopas (WELCH; THOMAS-HAWKINS, 2005; SARKAR; KOTANKO; LEVIN, 2006; SHARAF, 2016).

Oshvandi et al. (2013) afirmam que a maioria das complicações mais comuns nos pacientes com DRC em tratamento hemodialítico está relacionada à não adesão à restrição de líquidos. Para os autores, cerca de 95% dos pacientes não aderem ao tratamento.

A fim de reduzir os riscos de sobrecarga de volume entre as diálises, a prescrição de líquidos durante o tratamento hemodialítico é baseada no volume de excreção urinária de 24 horas, acrescido de aproximadamente 500 mL para as perdas insensíveis. Em pacientes anúricos, recomenda-se prescrever entre 800 e 1.000 mL de líquidos (água, chá, café, refrigerantes, sucos, sopas, gelatinas, entre outros). Além disso, o ganho de peso interdialítico é um importante marcador, sendo a diferença de aumento ao peso seco o melhor indicador, pois considera as diferenças individuais da estrutura física. Considera-se recomendável que o ganho de peso interdialítico seja inferior a 2,5 kg ou entre 2 e 5% do peso seco (DENHAERYNCK et al., 2007; HOLMBERG; STEGMARYR, 2009; RIELLA, 2010; SMITH et al., 2010; AJZEN; SCHOR, 2011; RAHIMI, et al., 2014).

O termo peso seco, também conhecido como peso ideal ou peso-alvo, refere-se ao peso do corpo em que não há evidência clínica de sobrecarga de líquidos (CHARRA, 2007; TWARDOWSKI, 2009; RIELLA, 2010). De acordo com Jaeger e Mehta (1999), o peso seco é definido como o menor peso que um paciente pode tolerar sem o desenvolvimento de hipotensão.

O peso seco é essencial para determinar a quantidade de líquido que deve ser removido durante a diálise. Assim, a quantidade de líquido que é ultrafiltrado durante a sessão de hemodiálise subsequente é equivalente à magnitude de peso ganho entre as sessões (período interdialítico) (WELCH et al., 2006).

Um ganho de peso excessivo entre as sessões de hemodiálise pode gerar muitas complicações. Palmer (2009) menciona que o tratamento de hemodiálise seguro e baseado em evidências implica na atuação direta do enfermeiro no controle de líquidos. A complicação mais comum desse excesso de peso é a hipotensão

intradialítica, que muitas vezes faz com que o paciente não atinja o objetivo de ultrafiltração, ou seja, o peso programado para perda, e termine a sessão de hemodiálise acima do peso seco. Além disso, repetidos episódios de hipotensão intradialítica podem causar fibrose cardíaca, isquemia cerebral e desenvolver infarto lacunar (DAVENPORT, 2009).

Assim, a DRC terminal e seu tratamento interferem na vida da pessoa, impedindo ou limitando a realização de suas atividades de vida diária, por causarem, muitas vezes, incapacidades físicas e emocionais e modificando seu cotidiano e hábitos (KUSUMOTA et al., 2008).

A DRC pode ocasionar mudanças no estilo de vida dos pacientes. As pessoas com essa doença passam a experimentar diferentes sentimentos e comportamentos devido às alterações na capacidade física, na autoestima, na imagem corporal, nas relações com outras pessoas e no seu comportamento em saúde (CHEEMA; SINGH, 2005; TERRA; COSTA, 2007).

Programas educacionais podem auxiliar os pacientes a aderirem ao regime terapêutico. Se os pacientes têm informação sobre as recomendações do tratamento em relação à ingestão de líquidos, podem tomar decisões mais conscientes sobre seu consumo (AHRARI; MOSHKI; BAHRAMI, 2014; RAHIMI et al., 2014).

1.2.2 Teoria Social Cognitiva e a aplicabilidade na área da saúde

Diversas pesquisas foram desenvolvidas com o intuito de identificar e compreender os fatores que influenciam a adoção dos comportamentos em saúde, grande parte delas oriunda da psicologia social (FISHBEIN; AJZEN, 1980; CONNER; NORMAN, 1995; BAUM; POSLUSZNY, 1999; NORMAN; CONNER; BELL, 2000; LOURENÇO et al., 2014; PELEGRINO et al., 2014; FURUYA et al., 2015; MATA et al., 2015; GONÇALVES et al., 2016).

A compreensão das razões que levam a pessoa a realizar determinado comportamento permite a projeção de intervenções, possivelmente, mais eficazes na obtenção das mudanças comportamentais necessárias para produzir melhorias na saúde individual e coletiva. Em geral, o comportamento depende de fatores intrínsecos (idade, sexo, personalidade, cognições) ou extrínsecos (fatores ambientais, suporte social) (ARMITAGE; CONNER, 2000).

De acordo com Armitage e Conner (2000), há um corpo considerável de

literatura que apoia a afirmação de que existem diferenças individuais fortes e consistentes nos comportamentos em saúde, algumas das quais relacionadas às variáveis sociodemográficas (sexo, situação econômica, nível cultural). Porém, estas variáveis não são passíveis de modificação, levando os pesquisadores a redirecionarem seu foco de atenção para as variáveis sociocognitivas que poderiam explicar as diferenças individuais nos comportamentos em saúde. Segundo os autores, esta constatação teria alavancado, nas últimas décadas, o interesse crescente pela utilização de teorias no campo da psicologia social para o estudo dos comportamentos em saúde.

Os autores, ainda, propõem uma divisão das teorias sociocognitivas para estudo do comportamento em três grupos de modelos: motivacional, de efetivação do comportamento (*behaviour enaction*) e de múltiplos estágios (*multi-stage*).

Os modelos motivacionais são voltados à compreensão dos fatores que motivam a pessoa para a realização de um determinado comportamento, ou seja, que levam à formação de uma intenção positiva para agir. Para a maioria destes modelos, a intenção (motivação) é utilizada como a variável de interesse, uma vez que essa seria o principal determinante de comportamento (ARMITAGE; CONNER, 2000).

A intenção captura os fatores motivacionais que influenciam o comportamento e serve como indicador do quanto a pessoa está desejando mudar seu comportamento, ou ainda, do quanto de esforço ele está planejando despendar para atingir a realização do comportamento pretendido (AJZEN, 1991).

Na enfermagem, o cuidado é dirigido à promoção, manutenção e restauração da saúde, à prevenção de doenças e à (re)inserção da pessoa na vida social. A educação em saúde tem como propósito transmitir a informação necessária ao paciente, conduzindo-o ao autocuidado e à (re)adaptação do seu estado (MAGALHÃES; GUIMARÃES; AGUIAR, 2004).

A atividade educativa do enfermeiro é entendida como um meio para que o paciente, agente participante do processo educativo, desenvolva suas potencialidades para o autocuidado. Sob essa perspectiva, cabe ao enfermeiro facilitar e ajudar o paciente a desenvolver suas potencialidades (ZAGO, 1994).

A educação do paciente é uma das ferramentas de cuidado em saúde mais úteis, eficazes e acessíveis (DILLES et al., 2011). Entretanto, educação é um processo que envolve interação entre educadores e educandos, e as ações são orientadas para que haja mudanças de comportamentos (FREIRE, 1999).

A mudança de comportamento em saúde é descrita como o resultado das relações recíprocas entre o ambiente, os fatores pessoais e os atributos do próprio comportamento, sendo a autoeficácia uma das características mais importantes para determinar a mudança de comportamento (UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2002).

A Teoria Social Cognitiva (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008) tem como princípio básico a perspectiva da agência humana para o autodesenvolvimento, a adaptação e a mudança. Ser agente significa influenciar o próprio funcionamento e as circunstâncias de vida de modo intencional. As pessoas são auto-organizadas, proativas, autorreguladas e autorreflexivas, o que contribui para as circunstâncias de suas vidas. No entanto, a agência humana tem a intencionalidade, a antecipação, a autorreatividade e a autorreflexão intermediadas pela autoconsciência que lhes permitem adotar padrões pessoais, monitorar, regular seus atos para reflexão sobre sua eficácia pessoal, ajustando quando necessário.

Dessa forma, o funcionamento humano tem suas raízes em sistemas sociais que operam dentro de uma ampla rede de influências socioestruturais, tendo como centro os processos cognitivos, vicários, autorreguladores e autorreflexivos na adaptação e mudança humana. O pensamento e a ação humana são considerados produtos de uma inter-relação dinâmica entre as influências pessoais, comportamentais e ambientais, o que possibilita intervenções terapêuticas direcionadas (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Uma forma de transpor a fundamentação da teoria social cognitiva na educação em saúde pode significar que as atividades educativas devem ser capazes de produzir ação, ser um processo de trabalho dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que ocorram desenvolvimento de juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON-LINE, 1996). Ao trabalhar educação para adultos, é importante agregar o conhecimento já adquirido, desfazer o julgamento de que apenas o educador detém o conhecimento (BARRETO, 1986).

No âmbito da saúde, o processo educativo é definido como combinações de experiências de aprendizagem e delineado com o objetivo de facilitar ações que conduzem de forma planejada a um resultado positivo de saúde (BARBARA et al., 1994).

A educação, bem como o processo educativo, deve ser orientada por metodologias que permitam atender aos objetivos propostos pelo educador com a máxima eficácia a fim de obter o melhor rendimento (BRIGHENTI; BIAVATTI; SOUZA, 2015). Anastasiou (2001) descreve que por muitos anos a educação foi pautada em aulas expositivas, com resolução de exercícios e memorização de conteúdos, sendo este um sistema rígido no processo ensino-aprendizagem.

O educador não pode ser aquele que tem uma didática definida, com conteúdos inflexíveis, sem a participação do aluno ou sem levar em consideração o papel do educando no processo. O educador deve, sim, ser um facilitador no processo de aprendizagem e intermediar o acesso à informação (VEIGA, 2006).

Brighenti, Biavatti e Souza (2015) verificaram em seu estudo os métodos de ensino mais eficazes em relação à aprendizagem. Observou-se uma convergência entre educadores e educandos com relação ao uso de tecnologias em educação para um melhor resultado no aprendizado.

O processo de ensino-aprendizagem deve ser sempre dinâmico, agregando novos métodos e competências necessárias para delinear a atividade do ensino à utilização de novas tecnologias (CANDEIAS, 1997).

Uma abordagem tecnológica educacional traz como pressuposto uma insatisfação com o contexto atual, a existência de conhecimentos e competências, disponibilidade de recursos e tempo, existência de incentivos, participação, compromisso e liderança. As tecnologias educacionais são ferramentas úteis e importantes no processo de ensino, sendo empregadas na educação em saúde como um meio facilitador e auxiliador para prover conhecimento e saúde à população (BARBARA et al., 1994; SILVA; CARREIRO; MELLO, 2017).

As mídias digitais alcançam a maioria dos espaços da sociedade contemporânea, ao mesmo tempo em que pesquisam e comprovam a eficácia dos computadores no aumento da motivação e na consolidação do conhecimento durante o processo ensino-aprendizagem (D'AGOSTINI, 2015).

Há diferentes formatos de mídias digitais na educação em saúde, dentre estes, mensagens instantâneas, mídias de compartilhamento, redes sociais, sistema digital de *story telling* (narração de histórias), telemedicina, tecnologias de monitoramento remoto, DVD instrucional, criação de imagens, animações, músicas, áudio, sites interativos, educação a distância, tecnologias digitais incorporadas na prática pedagógica, e-portfolio, simulações visuais, canais de saúde, *serious game*,

entre outros (O'BYRNE; PATRY; CARNEGIE, 2008; ONG et al., 2009; SILVA; AMORIM, 2009; CHIASSEON; HIRSHFIELD; RIETMEIJER, 2010; GRUBER, 2010; FERNANDEZ et al., 2011; FONSECA et al., 2014).

A utilização de vídeos na assistência de enfermagem tem sido relatada na literatura como experiências bem-sucedidas e com resultados satisfatórios (GOLDSTEIN et al., 2013).

Para o desenvolvimento de atividades educativas, deve-se considerar o nível socioeducacional da população-alvo, o que acarreta a limitação na utilização de recursos que exijam a habilidade de leitura e compreensão, como a leitura de textos de alta e média complexidade. Os recursos tecnológicos audiovisuais oferecem boas contingências para a aprendizagem e sua manutenção (DOAK, C. C.; DOAK, L. G.; ROOT, 1996; D'AGOSTINI, 2015).

O planejamento da atividade educativa em conjunto com a receptividade das pessoas que participam interfere na sua efetividade. Faz-se necessário combinar determinantes do comportamento humano com experiências de aprendizagem e de intervenções educativas (BARBARA et al., 1994; SILVA; CARREIRO; MELLO, 2017). Segundo Bandura; Azzi; Polydoro (2008), “aquilo que as pessoas pensam, creem e sentem afeta a maneira como se comportam”. Essas capacidades proporcionam meios cognitivos que influenciam e determinam o seu próprio destino.

A Teoria Social Cognitiva traz o conceito de autoeficácia enquanto um constructo intrínseco do ser humano que possibilita a mudança de comportamento e influencia na adesão ao tratamento (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008). A capacidade de gerir o próprio cuidado tem subjacente o constructo de autoeficácia que é considerado um fator importante nas mudanças terapêuticas (KNOLL et al., 2009).

1.2.3 Autoeficácia

Autoeficácia é a convicção pessoal de que se pode executar com sucesso uma ação para produzir resultados desejáveis em uma dada situação (VAN DER BIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

A crença de autoeficácia pode exercer controle sobre comportamentos de saúde, influenciar a expectativa de resultados, custos e benefícios, atuando como facilitadora nas mudanças a serem alcançadas. No entanto, deve-se ressaltar que o

comportamento humano é resultado do que as pessoas acreditam e não do que é objetivamente verdadeiro (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Dessa forma, as pessoas formam suas crenças de autoeficácia que auxiliam na compreensão de por que os comportamentos às vezes não estão relacionados às suas capacidades reais e por que seus comportamentos podem diferir amplamente, mesmo que tenham conhecimentos e habilidades semelhantes. Relatam que as realizações individuais estão mais relacionadas às crenças de autoeficácia do que às competências ou experiências anteriores de sucesso e interpreta essas informações de quatro fontes principais (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

A fonte mais influente é a interpretação do resultado do comportamento prévio da pessoa ou experiência de desempenho. Resultados interpretados como bem-sucedidos aumentam a autoeficácia, assim como os que são interpretados como fracassos, a reduzem. Dessa forma, a pessoa, ao se expor futuramente a uma mesma situação, agirá de acordo com as crenças preestabelecidas. O sucesso repetido na realização de uma ação aumenta a autoeficácia, o que gera fortes expectativas de eficácia, e assim, os fracassos ocasionais provavelmente causarão pouco impacto sobre a crença positiva de autoeficácia. Contudo, se os fracassos ocorrerem cedo na sequência de eventos, a crença de autoeficácia pode ficar debilitada (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

A segunda fonte é a experiência vicária que consiste na observação de pessoas na execução do comportamento. É considerada uma fonte de informações de menor poder que a experiência de domínio, contudo é eficiente para pessoas que não estão certas de suas próprias capacidades ou que tiveram pouca experiência anterior (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

As pessoas também criam e desenvolvem as crenças de autoeficácia como resultado da persuasão que sofrem de outras pessoas. A pessoa persuasiva desempenha um importante papel no desenvolvimento das crenças das pessoas em suas capacidades, desde que garantam que o sucesso imaginado é alcançável. Pessoas persuadidas que são capazes de desempenhar com sucesso a atividade proposta tendem a ter maior autoeficácia e a mobilizar esforço maior e mais sustentado (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008). Pela persuasão, as pessoas podem se sentir estimuladas a enfrentar situações que avaliam como superando suas habilidades. Ela pode contribuir para desempenhos com sucesso, especialmente se o reforço é oferecido dentro dos limites reais e se a experiência é organizada de modo

que a pessoa possa ter sucesso (SALVETTI; PIMENTA, 2007).

Os persuasores são fundamentais para o desenvolvimento das crenças de um indivíduo. O objetivo da persuasão positiva é não tecer elogios vazios, mas sim cultivar crenças das pessoas quanto as suas capacidades, encorajando-as e emponderando-as para o desenvolvimento de uma ação (SALVETTI; PIMENTA, 2007; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

A quarta fonte é o estado fisiológico que acompanha certos enfrentamentos. Quando a pessoa se sente altamente ansiosa frente a uma tarefa, tal estado com seus componentes psicofisiológicos propiciam uma informação de menos capacidade. As pessoas podem avaliar seu grau de confiança por seu estado fisiológico enquanto pensam em uma determinada ação. A promoção do bem-estar emocional e a redução dos estados emocionais negativos são estratégias que se têm para aumentar as crenças de autoeficácia (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

As crenças de autoeficácia ajudam a determinar quanto esforço as pessoas dedicarão a uma atividade, quanto tempo elas perseverarão quando confrontarem obstáculos e o quanto serão resilientes frente a situações adversas. O esforço e a persistência individual dependerão do nível de autoeficácia percebida, mais robusto e determinado será o esforço; contrariamente, aqueles que possuem baixo nível de autoeficácia percebida despenderão menos esforço e estarão mais inclinados a abandonar suas tentativas (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

A autoeficácia é um componente da motivação, pois é uma avaliação de desempenho, e tem papel fundamental na aquisição e na mudança de comportamento (BANDURA, 1977). Diferentes níveis de autoeficácia podem aumentar ou diminuir a motivação para agir. Pessoas com elevada autoeficácia normalmente tendem a desempenhar tarefas mais desafiadoras, investem mais esforços e persistem mais do que aquelas com baixa autoeficácia (DELA COLETA, 2004).

O aumento da percepção de autoeficácia ocorre por meio da aprendizagem do comportamento, seja este programado ou acidental. No entanto a aprendizagem depende de quatro subprocessos inter-relacionados: a) observação de pessoas executando o comportamento; b) retenção ou lembrança do comportamento; c) reprodução motora (para que a pessoa tenha confiança na sua capacidade de realizar o comportamento, é fundamental que ele tenha habilidades necessárias para o desempenho da ação; se há um déficit extenso das habilidades necessárias, a pessoa precisa adquiri-las); e d) reforço (uma pessoa pode adquirir, reter e possuir as

capacidades para execuções habilidosas do comportamento exigido, mas a aprendizagem raramente será ativada e desempenhada abertamente, se for sancionada negativamente ou recebida de maneira desfavorável (BANDURA, 1977).

Assim, diante desses aspectos e considerando a Teoria de Bandura, tem-se que a aprendizagem é um processo social, tendo a autorregulação e o controle que a pessoa exerce no processo de aquisição do conhecimento e na mudança de comportamento condizentes com os processos cognitivos. No início ocorre a fase de atenção, que é necessária para que qualquer aprendizagem aconteça. Em seguida, ocorre a fase de retenção, na qual acontecem o armazenamento e a recuperação do que foi observado. Após, segue-se a fase de reprodução que envolve o treinamento mental, e o *feedback* corretivo que fortalece a reprodução do comportamento. Por último, segue a fase de motivação em que a pessoa está motivada a desempenhar certo tipo de comportamento (BASTABLE, 2010).

Diversos autores descrevem que a DRC e seu tratamento acarretam mudanças significativas com a necessidade de adaptação a um novo estilo de vida. Restrições na ingestão de líquidos são consideradas, pelos pacientes, um estressor, assim como a restrição de alimentos, prurido, câimbras, cansaço, incerteza sobre o futuro, distúrbios do sono, inabilidade para ter filhos, mudanças na estrutura familiar, gasto de tempo com o tratamento, problemas financeiros, mudanças nas atividades de trabalho, dificuldades com transporte, limitações na atividade física, queda nas funções corporais e mudanças na vida social (LOK, 1996; MOK, TAM, 2001; BERTOLIN et al., 2011; LINS et al., 2017; MARTINS, et al., 2017).

Frente a essa realidade inerente à sua condição de vida, as pessoas desenvolvem mecanismos de adaptação como o deslocamento de certos sentimentos, influenciando os comportamentos dos pacientes e favorecendo o processo adaptativo (PALOMBINI; MANFRO; KOPSTEIN, 1985; SOMERFIELD; MCCRAE, 2000; BERTOLIM et al., 2011). Conhecer os modos de enfrentamento dos pacientes com DRC em tratamento hemodialítico é primordial para o controle dos estressores inerentes à doença e ao tratamento, subsidiando menor sofrimento e uma melhor adesão do paciente ao regime terapêutico (BERTOLIM et al., 2011).

1.2.4 Enfrentamento

Enfrentamento é um termo referente a uma série de ideias abstratas que podem ser afetivas e/ou comportamentais. É o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem às situações adversas (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; KEIL, 2003).

Para Lazarus; Folkman (1984), enfrentamento é um processo transacional entre a pessoa e o ambiente, definido como esforços cognitivos e comportamentais para controlar, reduzir ou tolerar demandas internas ou externas que são avaliadas como excedendo os recursos da pessoa, sem considerar o resultado desses esforços.

Existem diferenças entre processo de enfrentamento e comportamentos defensivos. Enfrentamento é um processo consciente e intencional, enquanto comportamentos defensivos são inconscientes e não intencionais. Entretanto, ambos reduzem sentimentos negativos diante de eventos estressantes (CRAMER, 2000).

O enfrentamento das situações estressantes é caracterizado como um processo contextual, dinâmico, influenciado pelo ambiente, no qual a pessoa e a situação sofrem mudanças com os modos de enfrentamento (FOLKMAN et al., 1986).

O processo de enfrentamento tem início em resposta a uma avaliação pessoal sobre determinada situação considerada uma perda, prejuízo ou ameaça (FOLKMAN; MOSKOWITZ, 2004). A pessoa e o ambiente possuem uma relação bidirecional, ou seja, a pessoa e o ambiente interagem um com o outro e estão em constante mudança, isso faz com que a avaliação pessoal oriente o processo de enfrentamento (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Para Folkman et al. (1986), os modos de enfrentamento refletem comportamentos ou cognições utilizadas para lidar com um estressor. Podem ter diferentes consequências quando usados em resposta a diferentes tipos de estressores. A efetividade de qualquer estratégia depende de sua adequação para o estressor apresentado (FOLKMAN et al., 1986). Dessa forma, o sucesso dos modos de enfrentamento em promover a adaptação deve ser avaliado no contexto específico no qual foi utilizado, pois determinados modos de enfrentamento podem ser efetivos para algumas situações, mas não em outras (FOLKMAN; MOSKOWITZ, 2004).

Um instrumento amplamente utilizado para avaliar os modos de enfrentamento é a escala "Ways of Coping", desenvolvida por Folkman e Lazarus (1985), inicialmente validada para uma amostra de 100 pessoas da população geral,

no interior do estado da Califórnia, Estados Unidos. A escala era do tipo *checklist* binário (sim/não), composta por 68 itens que descreviam estratégias cognitivas e comportamentais que as pessoas utilizavam em resposta a eventos estressantes específicos. Estes itens eram classificados de acordo com a função: focados no problema ou focados na emoção (FOLKMAN; LAZARUS, 1980).

O instrumento foi revisado pelos autores, resultando na “Versão revisada da Ways Coping”, na qual alguns itens foram excluídos ou modificados. Essa nova versão, composta por 67 itens, foi reagrupada em oito fatores: confronto, afastamento, autocontrole, busca por apoio social, aceitação de responsabilidade, fuga/esquiva, resolução de problema e reavaliação positiva (FOLKMAN et al., 1986).

O instrumento foi traduzido, adaptado e validado para o português do Brasil por Savóia; Santana; Mejias (1996), com o nome “Inventário de estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus (IEEFL)”. Contém 66 itens que englobam pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com as demandas internas ou externas de um evento estressante, é dividido em oito fatores: Confronto, Afastamento, Autocontrole, Suporte Social, Aceitação de Responsabilidade, Fuga-Esquiva, Resolução de Problemas e Reavaliação Positiva. Os fatores são assim descritos: (FOLKMAN; LAZARUS, 1980; FOLKMAN et al., 1986; SAVÓIA; SANTANA; MEJIAS, 1996).

- *Confronto*: corresponde às estratégias ofensivas para enfrentamento de determinada situação, ou seja, são estratégias utilizadas quando a pessoa apresenta uma atitude ativa em relação ao estressor, muitas vezes expressa como raiva ou comportamento contrário ao esperado e/ou recomendado. Embora nem sempre as estratégias envolvidas no confronto com a situação levem a resultados positivos, em alguns casos o uso dessa estratégia pode estimular a pessoa a ser mais ativa na situação vivida e a enfrentar o agente estressor.
- *Afastamento*: corresponde a estratégias defensivas, onde a pessoa evita confrontar-se com a ameaça, não deseja modificar a situação. A pessoa tem uma tendência a negar o fato para si mesmo e não considera a fala ou argumento de outras pessoas.
- *Autocontrole*: nesse fator, a pessoa busca o controle das emoções frente aos estímulos estressantes. Ao utilizar essa estratégia, a pessoa tende a não fazer nada apressadamente ou a seguir o primeiro impulso, a situação é frequentemente analisada, e as atitudes são ponderadas. A pessoa tende a ficar mais introspectiva e a guardar seus sentimentos, não expressando suas vontades, desejos e opiniões.

- *Suporte Social*: é uma estratégia de enfrentamento que está relacionada ao apoio encontrado nas pessoas e no ambiente. Este é um fator psicossocial positivo que pode auxiliar a pessoa a lidar com o efeito indesejado e a sua resposta ao estressor. A pessoa busca apoio emocional em amigos e familiares e o apoio de profissionais. O profissional de saúde é visto não apenas como fonte de educação e tratamento, mas também como um apoio emocional para um melhor enfrentamento do problema vivido.
- *Aceitação de Responsabilidade*: ao utilizar essa estratégia, a pessoa aceita a realidade e engaja-se no processo de enfrentar essa situação estressante. Esses sentimentos podem ter um fator motivador, pois estimulam a pessoa a enfrentar seus problemas, demonstrando autonomia. No entanto, podem, também, desencadear sentimentos de autocrítica e repreensão.
- *Fuga-Esquiva*: consiste em esforços para escapar e/ou evitar o fator estressante, ou seja, fantasiar sobre possíveis soluções para o problema sem, no entanto, tomar atitudes para modificá-las.
- *Resolução de Problemas*: essa estratégia pressupõe o planejamento adequado para lidar com os estressores. Ao invés de anular ou afastar a situação estressante de seu cotidiano, a pessoa opta por resolver o problema, modificar suas atitudes, sendo capaz de enfrentar as pressões externas, diminuindo ou eliminando a fonte geradora de estresse. A pessoa faz um plano de ação e busca concretizá-lo, principalmente se a solução da situação trouxer benefícios para o momento vivido.
- *Reavaliação Positiva*: é uma estratégia de enfrentamento dirigida para o controle das emoções que estão relacionadas à tristeza como forma de reinterpretação, crescimento e mudança pessoal, a partir da situação conflitante. Reavaliando a situação, a pessoa descobre uma forma de enfrentar seu problema por mérito próprio, conseguindo mudar algo em si mesmo, não desanimando frente às dificuldades. A pessoa tem a percepção de que é capaz de ajudar quem está passando por problemas semelhantes aos seus.

Folkman et al. (1986) descrevem os modos de enfrentamento também de acordo com a função: enfrentamento focado na emoção e enfrentamento focado no problema.

O enfrentamento focado na emoção envolve os esforços para regular a resposta emocional aos eventos estressantes, pode ser utilizado quando o evento é avaliado como incontrolável. As estratégias para essa função podem ser

comportamentais e cognitivas, como por exemplo: o uso excessivo de substâncias prejudiciais, como o álcool, tabaco e drogas, fuga, minimização dos problemas, excesso de atividade física, distanciamento, atenção seletiva, mediação e sentimento de alívio (LAZARUS, 1961).

O enfrentamento focado no problema refere-se aos esforços para controlar ou alterar o problema que causou o estresse. As estratégias focadas no problema são manifestadas quando a pessoa pode mudar algo nela mesmo, ao invés de mudar o ambiente (LAZARUS, FOLKMAN, 1984).

Diversos estudos utilizam este instrumento como medida de estratégias de enfrentamento: em enfermeiros em serviço hospitalar de emergência (RIBEIRO et al., 2015), pacientes com DRC em tratamento hemodialítico (BERTOLIN et al., 2011), em enfermeiros atuantes em oncologia (RODRIGUES; CHAVES, 2008), pacientes submetidos a transplante renal (RAVAGNANI; DOMINGOS; MYIAZAKI, 2007), entre outros. O conhecimento do modo de enfrentamento e de como se lida com esse fator é primordial para um melhor planejamento da assistência prestada (BERTOLIN et al., 2011).

Estudos sobre as estratégias de enfrentamento em pacientes com DRC em hemodiálise analisam positivamente a participação da família e da equipe de saúde que são consideradas como medidas de suporte diante das situações difíceis. A fé, a religião e a resiliência podem ser utilizadas para lidar e compreender os agentes estressores. Não há um consenso na literatura sobre a estratégia de enfrentamento mais eficaz para o paciente com DRC. Embora o enfrentamento focado no problema envolva estratégias para a solução de problemas, desde a definição até a solução do mesmo, os modos de enfrentamento focados na emoção possuem resultados significativos na melhora da ansiedade e depressão dessa população. Dessa forma, as pessoas desenvolvem mecanismos de adaptação que fazem com que elas enfrentem de maneiras distintas o processo pelo qual estão passando (BERTOLIN et al., 2011; CHAN et al., 2012; VALCANTI et al., 2012; CARMEN et al., 2013; SILVA et al., 2014; SILVA et al., 2016).

Silva et al. (2016) descrevem em seu estudo a resiliência enquanto estratégia de enfrentamento, ou seja, a habilidade de dar um novo significado à vida. Nesse contexto, a resiliência contribui para o conhecimento dos fatores que permitem ao paciente desenvolver condições emocionais para superar as adversidades,

adaptando-se sem maiores danos (BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO; 2011).

1.2.5 Resiliência

O termo resiliência se aplica à habilidade de superar os acontecimentos estressantes da vida. É conceituada como a habilidade do indivíduo para se ajustar à adversidade, manter o equilíbrio, manter algum sentido de controle sobre seu ambiente e continuar a agir de maneira positiva (RUTTER, 1987; LUTHAR; ZIGLER, 1991; PESCE et al., 2005; JACKSON; FIRTKO; EDENBOROUGH, 2007; OLIVEIRA et al., 2008).

É um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável da pessoa, mesmo este vivenciando experiências desfavoráveis. Não se refere a um termo concreto, mas sim a um processo entre a pessoa e o meio, ou seja, quanto às características de determinadas pessoas as tornam mais resistentes às situações estressantes do dia a dia (RUTTER, 1987; LUTHAR; ZIGLER, 1991; PESCE et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2008).

Para Oliveira et al. (2008), a resiliência está relacionada à construção de uma capacidade positiva de enfrentamento das situações estressantes, com o foco na superação. Os autores descrevem a importância de diferenciar o desenvolvimento da resiliência ao longo do ciclo vital, nas diferentes fases da vida e nas adversidades e desafios que podem surgir. Assim, poderão ser elaboradas estratégias de promoção de resiliência e promoção da saúde para cada área, população e estágio da vida.

A resiliência envolve condições biológicas e sociopsicológicas para a adaptação às situações adversas, permitindo desenvolver capacidades a partir de recursos internos e externos da pessoa, de maneira a permear uma construção psíquica adequada e sua inserção social (ANAUT, 2005). Pinheiro (2004) descreve o desenvolvimento de diversos estudos no campo da psicologia que consideram a resiliência não apenas uma capacidade individual, mas também familiar, de enfrentar adversidades e a partir dessas sofrer transformação para superá-las.

Pessoas resilientes apresentam algumas características como: maior autoestima, maior autoeficácia, maiores habilidades de dar e receber em relações humanas, maior disciplina, maior responsabilidade, maior receptividade e maior tolerância ao sofrimento. Essas características podem ser consideradas mecanismos

protetores, cada pessoa tem determinada maneira de reagir à situação de risco, considerando que cada situação provoca respostas diferentes nas pessoas. Pessoas que reagem bem, em alguma situação de vida, podem reagir negativamente frente a outro estressor, ou seja, se a situação muda, a resiliência pode se alterar (RUTTER, 1987; ANGST, 2009). Está associada à percepção das pessoas sobre as situações estressantes da vida, o significado que dão a estes acontecimentos e como lidam com isso (ZIMMERMAN; ARUNKUMAR, 1994).

A resiliência tem se apresentado como importante aspecto na promoção e manutenção da saúde mental, podendo minimizar sentimentos negativos e melhorar o enfrentamento de situações adversas (GROTBERG, 2005). Na doença, o conceito de resiliência surge como possibilidade para o manejo e adaptação à doença, auxiliando que a pessoa aceite as limitações impostas pela condição com a devida adesão ao tratamento, buscando adaptar-se à situação e viver de forma positiva (BIANCHINI; DELL'AGLIO, 2006).

Vinaccia e Quiceno (2011) relatam que a resiliência pode possibilitar certo controle sobre o impacto negativo das consequências físicas, sociais e econômicas decorrentes da doença. Isso pode explicar o paradoxo do bem-estar que ocorre quando as pessoas doentes e com limitações, nas atividades diárias, informam um bom nível de bem-estar.

Nas doenças crônicas, o uso do conceito de resiliência emerge como possibilidade para promover mudanças positivas, facilitando a aceitação das modificações indicadas e a adequação mais fácil aos novos hábitos de vida (BÖELL; SILVA; HEGADOREN, 2016).

São escassos na literatura instrumentos que mensuram a resiliência. Foram encontrados seis instrumentos reconhecidos como adequados à avaliação: *Baruth Protective Factors Inventory* – BPFI (BARUTH; CARROLL, 2002); *Brief-Resilient Coping Scale* – BRCS (SINCLAIR; WALLSTON, 2004); *Adolescent Resilience Scale* – ARS (OSHIO et al., 2002); *Connor-Davidson Resilience Scale* – CD-RISC (CONNOR; DAVIDSON, 2003); *Resilience Scale for Adults* – RSA (FRIBORG et al., 2003) e *Resilience Scale* – RS (WAGNILD; YOUNG, 1993).

No Brasil, ganham destaque dois instrumentos com propriedades psicométricas consideradas adequadas e com credibilidade de aplicação: a Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993) e a Escala de Resiliência de Connor-Davidson (2003).

No presente estudo, optou-se por utilizar a Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993) que mede os níveis de adaptação psicossocial positiva em face dos eventos de vida importantes. Foi traduzida e validada para a língua portuguesa do Brasil por Pesce et al. (2005) em escolares do ensino fundamental e médio. Essa escala tem sido utilizada para avaliar a resiliência em pacientes oncológicos (LIMA; ARAUJO, 2012), como com DRC (SLOMKA, 2011; SANTOS; COSTA, 2016) e pacientes com DM tipo II (ROSA; MOTTA, 2016).

O paciente com DRC em tratamento hemodialítico apresenta dificuldade em seguir o regime terapêutico, pois muitas vezes não assume sua condição crônica, no sentido de aceitá-la como parte de sua vida. Ainda que aceitem sua condição de saúde, os pacientes vivenciam momentos difíceis, de grande rejeição, culpa e lutas. Tal aceitação evidencia-se pela incorporação da doença e do tratamento no seu cotidiano e na tentativa diária de conviver com sua condição de saúde (SILVA et al., 2002).

Alguns autores, nacionais e internacionais, descrevem o paciente com DRC em tratamento de hemodiálise como mais vulnerável ao estresse, relacionado à necessidade em acessar os serviços de saúde, à dependência dos serviços de hemodiálise, ao controle rigoroso da dieta e líquidos, à restrição na atividade laboral, dentre outros. Assim, no contexto em que esses pacientes se encontram, eles podem reagir a situações ameaçadoras com intensidade elevada de ansiedade e apresentar sintomas depressivos decorrentes das perdas vivenciadas (VALLE; SOUZA; RIBEIRO, 2013; ZIMMERMAN et al., 2013; LIMA, 2016).

1.2.6 Ansiedade e Depressão

De acordo com a *American Psychiatric Association* (2000), a ansiedade pode ser definida como a antecipação apreensiva de um perigo futuro ou uma adversidade acompanhada por sentimentos de disforia ou sintomas somáticos de tensão.

A ansiedade faz parte de situações cotidianas da vida e é considerada uma resposta emocional com componentes fisiológicos e psicológicos, comum nas experiências humanas. Assume um papel patológico quando é desproporcional à situação vivenciada, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione. A ansiedade pode ser constante, denominada ansiedade generalizada, ou pode

apresentar episódios repentinos com maior ou menor intensidade, as crises de pânico (LARK, 2001).

Em pacientes com doenças crônicas, a ansiedade é um dos sintomas mais frequentes, porém muito pouco estudada em pacientes com DRC. A condição crônica da doença renal e o tratamento hemodialítico são fontes de estresse permanente, sendo recebido pelo paciente como uma ameaça à vida, à integridade corporal, gerando um sentimento ambíguo entre o medo de viver e o de morrer (VALLE; SOUZA; RIBEIRO, 2013).

Estudos sobre prevalência de ansiedade em pacientes com DRC são escassos. Moura Junior et al. (2006) descrevem uma prevalência de 66% de ansiedade de intensidade moderada e 34% alta em pacientes com DRC em hemodiálise. Já Cukor et al. (2008) encontraram 45% de transtornos de ansiedade na população estudada.

A depressão é considerada na psiquiatria como um transtorno, sendo diagnosticada a partir de sintomas que se manifestam com uma determinada duração, frequência e intensidade (FERREIRA; GONÇALVES; MENDES, 2014). O diagnóstico médico é realizado por meio de sintomas psíquicos, fisiológicos e evidências comportamentais (DEL PORTO, 1999).

Os sintomas psíquicos apresentam as características: humor depressivo, com sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa; redução na capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, antes consideradas como agradáveis; fadiga ou sensação de perda de energia; diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões. Os sintomas fisiológicos são caracterizados por alterações do sono, alterações do apetite e redução do interesse sexual. Já as evidências comportamentais são o retraimento social, crises de choro, comportamentos suicidas e alterações psicomotoras. O diagnóstico é realizado por meio de exames clínicos no paciente, fundamentados nas características descritas (DEL PORTO, 1999).

Estudos têm demonstrado que a depressão parece ser o transtorno psíquico mais frequente nos pacientes em tratamento de hemodiálise (NIFA; RUDNICKI, 2010). Pesquisas, como as de Garcia, Veiga e Motta (2010), apontam uma prevalência de 68% de depressão em pacientes com DRC, enquanto Costa et al. (2014) constataram 56,3%.

Apesar da alta prevalência de quadros depressivos, apenas uma minoria

de pacientes é diagnosticada, devido à superposição de sintomas associados à DRC, como anorexia, fadiga, distúrbios de sono e pela ausência de avaliações psiquiátricas sistemáticas (DIAS et al., 2015).

Ferreira, Gonçalves e Mendes (2014) relatam que na psicanálise a depressão deve ser tratada como estados depressivos, uma vez que os sintomas ocorrem em algum momento da vida de uma pessoa, com variações nas características que possam apresentar.

Estudo realizado por Fleck et al. (2002) mostraram que a presença de sintomatologia depressiva está associada com pior funcionamento social e qualidade de vida, bem como a uma maior utilização dos recursos de saúde. As pessoas com maior intensidade de sintomas depressivos avaliaram sua saúde como pior e se mostraram menos satisfeitos com ela do que aqueles com menor intensidade de sintomas depressivos.

A etiologia da sintomatologia depressiva geralmente se encontra vinculada a perdas. Nos pacientes com DRC, as mais proeminentes perdas referem-se à perda da função renal, da sensação de bem-estar, do papel na família e no trabalho, dentre outras (DALGALARRONDO, 2008; KIMMEL et al., 2008).

São diversos os significados que passam pelo imaginário das pessoas com DRC, desde o impacto do diagnóstico, associado ao reconhecimento da gravidade da doença e do tratamento, até suas consequências, como os efeitos medicamentosos e limites nos hábitos alimentares e hídricos (RAMOS; QUEIROZ; JORGE, 2008). Pereira e Guedes (2009) ressaltam que as mudanças nos hábitos de vida em decorrência da doença geram dificuldades associadas à ausência de experiências que proporcionam prazer, à incapacidade física para desempenhar atividades cotidianas, deslocamento para os centros de diálise, mudanças nas condições de trabalho e financeiras. Referem-se, ainda, às preocupações com o acesso venoso, ao controle hídrico e às restrições alimentares. Em geral, essas situações provocam dúvidas, inseguranças, medos, angústias e sofrimentos quanto à cura e à possibilidade de viver.

Diante desse contexto, em que os pacientes com DRC em hemodiálise vivenciam diariamente experiências que modificam e interferem no seu dia a dia, reflete-se como o profissional da saúde pode intervir para direcionar a mudança de comportamento que auxilie na adesão ao tratamento desses pacientes. A sobrecarga hídrica é um dos principais fatores de complicação desta população, então, são

pertinentes o desenvolvimento e a implementação de intervenções para o controle hídrico.

Assim, a realização desta pesquisa almejou construir, aplicar e analisar o impacto de uma intervenção educativa e motivacional para o controle do consumo de líquidos no período interdialítico dos pacientes com DRC. Com este estudo, buscou-se responder às seguintes questões:

- Qual o impacto de uma intervenção educativa e motivacional no controle do consumo de líquidos no período interdialítico, dos pacientes com DRC em tratamento por hemodiálise?
- Características de autoeficácia, de enfrentamento, de resiliência e sintomatologia de ansiedade e depressão se modificam com a implementação de uma intervenção educativa e motivacional para o controle do consumo de líquidos?
- Características sociodemográficas, clínicas, de autoeficácia, de enfrentamento, de resiliência e de ansiedade e depressão destes pacientes influenciam nas mudanças do padrão de consumo de líquidos?

Vale destacar que o consumo de líquidos pelos pacientes foi medido por meio do ganho de peso no período interdialítico.

E, a principal intenção deste estudo era que os resultados pudessem demonstrar um impacto positivo da intervenção educativa e motivacional no controle do consumo de líquidos no período interdialítico, desta forma subsidiar a implementação da mesma na assistência de enfermagem e desencadear o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o tema.

2 HIPÓTESES E OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 Hipóteses da pesquisa

H0- Não haverá mudanças no padrão de ganho de peso nos períodos interdialíticos dos participantes do grupo intervenção, após participarem da intervenção educativa e motivacional sobre consumo de líquidos.

H1- Haverá mudanças no padrão de ganho de peso nos períodos interdialíticos dos participantes do grupo intervenção, após participarem da intervenção educativa e motivacional sobre consumo de líquidos.

H0- Características sociodemográficas, clínicas, de autoeficácia, de enfrentamento, de resiliência e de sintomas de ansiedade e de depressão não influenciarão no padrão de ganho de peso, nos períodos interdialíticos dos participantes do grupo intervenção.

H1- Características sociodemográficas, clínicas, de autoeficácia, de enfrentamento, de resiliência e de sintomas de ansiedade e de depressão influenciarão no padrão de ganho de peso, nos períodos interdialíticos dos participantes do grupo intervenção.

H0- Não haverá mudanças nos escores das variáveis autoeficácia, enfrentamento, resiliência e sintomas de ansiedade e de depressão dos participantes do grupo intervenção, após participarem da intervenção educativa e motivacional sobre consumo de líquidos, quando comparados ao grupo controle.

H1- Haverá mudanças nos escores das variáveis autoeficácia, enfrentamento, resiliência e sintomas de ansiedade e de depressão dos participantes do grupo intervenção, após participarem da intervenção educativa e motivacional sobre consumo de líquidos, quando comparados ao grupo controle.

2.2 Objetivo Geral

- Analisar o impacto de uma intervenção educativa e motivacional no controle do consumo de líquidos, nos períodos interdialíticos, de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico.

2.3 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, econômico e clínico dos pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico;
- Avaliar e descrever a autoeficácia, o enfrentamento, a resiliência e os sintomas de ansiedade e de depressão de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico;
- Comparar a autoeficácia, o enfrentamento, a resiliência e os sintomas de ansiedade e de depressão, antes e após a realização de uma intervenção educativa e motivacional;
- Comparar a autoeficácia, o enfrentamento, a resiliência e os sintomas de ansiedade e de depressão entre os pacientes participantes da intervenção educativa e motivacional e pacientes não participantes;
- Avaliar o impacto da intervenção educativa e motivacional no controle do consumo de líquidos, por meio de medidas de ganho de peso interdialítico desses pacientes;
- Analisar a associação entre as características sociodemográficas, clínicas, autoeficácia, enfrentamento, resiliência, sintomas de ansiedade, de depressão e o ganho de peso interdialítico.

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quase experimental do tipo ensaio clínico não randomizado. Esse tipo de delineamento é normalmente utilizado quando se está tentando demonstrar a eficácia de um novo tratamento ou intervenção. Este desenho não consegue controlar outros fatores que podem ocorrer concomitantes à intervenção implantada e que podem contribuir para a mudança no desfecho (BURNS; GROVE, 2009; ELMER; KAHN, 2014; THIESE, 2014; NEDEL; SILVEIRA, 2016). Por outro lado, este tipo de estudo tem sido utilizado em situações de inviabilidade de randomização dos participantes, relacionada ao contexto ou condições logísticas de recrutamento, como foi o caso deste estudo, em que os pacientes interagem durante as sessões de hemodiálise e manteriam contato entre os grupos do estudo, caso fossem randomizados, podendo resultar em vieses nas avaliações do desfecho.

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada na Unidade de Nefrologia de um hospital no município de São José do Rio Preto. A unidade atendia, em dezembro de 2016, 346 pacientes em tratamento de hemodiálise, diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) e diálise automatizada (DPA).

No serviço de hemodiálise, o atendimento aos pacientes é realizado de segunda-feira a sábado das 6 às 21 horas. Os programas são realizados em turnos, com sessões de quatro horas cada, às segundas, quartas e sextas-feiras ou às terças, quintas-feiras e sábados. O serviço conta com 53 pontos de água tratada para conexão das máquinas, o que confere o número máximo de pacientes dialisados por turno.

A equipe de saúde é composta por cinco médicos, quatro residentes de medicina, oito enfermeiras, três aprimorandas de enfermagem, 42 técnicos de enfermagem, um assistente social, um psicólogo, um terapeuta ocupacional, um nutricionista e uma secretária. O serviço atende pacientes do SUS e convênios, sendo aproximadamente 90% e 10%, respectivamente.

3.3 População e participantes de estudo

A população deste estudo foram os pacientes com DRC terminal que utilizam a hemodiálise como terapia renal substitutiva em uma Unidade Nefrológica no município de São José do Rio Preto. Para a seleção dos participantes, foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Ter DRC terminal;
- Estar em tratamento crônico por hemodiálise, há seis meses ou mais;
- Apresentar o resultado satisfatório na avaliação cognitiva, segundo o Miniexame do Estado Mental (MEEM), segundo BRUCKI et al. (2003). A aplicação dessa escala foi adotada a fim de detectar possíveis comprometimentos cognitivos que dificultariam o entendimento dos itens dos instrumentos utilizados e da intervenção educativa.

Dos 346 pacientes em tratamento na unidade de nefrologia no início da pesquisa, foram excluídos 44 por apresentarem tratamento inferior a seis meses, 25 por realizarem outra modalidade de tratamento dialítico e quatro por serem menores de 18 anos.

Os 273 pacientes elegíveis para a pesquisa foram divididos em dois grupos: Grupo Intervenção (GI), os pacientes que realizavam hemodiálise nos dias de terça-feira, quinta-feira e sábado; e Grupo Controle (GC), os pacientes que realizavam hemodiálise nos dias de segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira.

No GC, foram excluídos 13 pacientes que apresentaram avaliação cognitiva insatisfatória, e houve perdas de 18 pacientes por recusa, dois pacientes por óbito, três pacientes por internação no período da pesquisa e um paciente que recebeu transplante renal. Entre os pacientes do GI, foram excluídos 15 pacientes que apresentaram avaliação cognitiva insatisfatória e perdas de 19 pacientes por recusa, quatro pacientes por óbito, três pacientes que foram transferidos para outros centros de diálise, dois pacientes por internação no período da pesquisa e um paciente alcoolista que se apresentou alcoolizado em três tentativas de coleta de dados. Portanto, participaram desta pesquisa 192 pacientes, 106 no GC e 86 no GI.

A Figura 1 apresenta o fluxograma de seleção e delineamento dos grupos participantes do estudo.

Figura 1 - Delineamento dos participantes do estudo

3.4 Variáveis e instrumentos utilizados no estudo

A seleção das variáveis para o estudo foi realizada com base na revisão da literatura e nos objetivos e hipóteses traçados. São elas:

- Variáveis independentes: Características sociodemográficas, econômicas e clínicas, Autoeficácia, Enfrentamento, Resiliência, Ansiedade e Depressão.
- Variável dependente ou desfecho: Percentual ideal de perda de peso

Miniexame do Estado Mental (MEEM)

O MEEM foi utilizado no estudo como um instrumento de avaliação cognitiva para a seleção dos pacientes, a fim de detectar possíveis comprometimentos cognitivos que dificultariam o entendimento dos itens dos demais instrumentos utilizados na coleta de dados e da intervenção educativa e motivacional proposta. Foi elaborado por Folstein, Folstein e McHugh (1975), nos Estados Unidos, traduzido e validado para o Brasil por Bertolucci et al. (1994) e modificado por Brucki et al. (2003).

O objetivo inicial do instrumento era o de avaliar o estado mental, mais especificamente sintomas de demência. Sua criação derivou da necessidade de uma avaliação padronizada, simplificada, reduzida e rápida no contexto clínico (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975).

Atualmente, o MMEM é o teste de rastreio cognitivo, para pessoas adultas e idosas, mais utilizado no mundo. Existem versões traduzidas e autorizadas para mais de 35 países (NILSSON, 2007; MARSHALL, 2014).

No Brasil, foi traduzido e validado em meados da década de 1990 e é tido como um importante instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo e pode ser usado como instrumento clínico para detectar perdas cognitivas no seguimento de doenças e no monitoramento de resposta ao tratamento (BERTOLUCCI et al., 1994; BRUCKI et al., 2003). É constituído de questões que avaliam as funções cognitivas específicas de orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação das palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e construção visual (1 ponto). Os escores variam de um valor mínimo de zero (maior grau de comprometimento cognitivo) até um total máximo

de 30 pontos (melhor capacidade cognitiva). A interpretação dos resultados considera a escolaridade da pessoa avaliada, e neste estudo foi baseada na recomendação de Brucki et al. (2003).

Instrumento de caracterização de dados sociodemográficos, econômicos e clínicos

Para caracterização sociodemográfica, econômica e clínica, quanto à DRC e hemodiálise dos pacientes, foi aplicado um instrumento (Apêndice A) adaptado de Kusumota (2005) que tem sido utilizado em pesquisas do grupo.

O instrumento contém os dados:

- sociodemográficos e econômicos: idade (em anos completos), sexo (Masculino/Feminino), residência (Rural/Urbano), anos de estudo (anos completos), estado civil (Solteiro/Casado/Divorciado/Viúvo), com quem vive (Cônjuge e filhos/Somente com companheiro(a)/Sozinho/Outra pessoa), fonte de renda (Aposentadoria, Pensão/Aluguel/Trabalho Próprio/Doações/Outros).
- clínicos relacionados à DRC e à hemodiálise – tempo de diagnóstico da DRC (em meses completos) acompanhamento clínico antes de iniciar hemodiálise (Sim/Não), tempo de realização da hemodiálise (em meses completos), escolha pelo tratamento por hemodiálise (Sim/Não – qual profissional indicou), complicações físicas associadas à DRC e hemodiálise autorreferida, doenças autorreferidas, realização de transplante renal anterior (Sim/Não), tipo de doador (Vivo/Falecido), diurese residual (em ml) e peso seco (kg) e peso interdialítico (kg).

As complicações físicas associadas à DRC autorreferidas e consideradas foram: câibras, hipotensão e/ou HA durante a hemodiálise, arritmia cardíaca, cefaleia, fraqueza, dor, infecções recorrentes, infertilidade, anemia, prurido, perda ou ganho de peso, constipação intestinal e outras.

As doenças autorreferidas foram definidas como a ocorrência de uma ou mais das seguintes doenças: insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, infarto agudo do miocárdio, varizes em membros inferiores, neoplasia maligna ou benigna, catarata, osteopatias, hepatopatias, HA, DM e outras.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com os pacientes e

consulta aos prontuários dos mesmos para busca de informações de data de início da hemodiálise, peso, diurese residual, bem como 16 medidas de peso pré e pós-diálise dos pacientes.

Foram coletados dados referentes ao peso seco do paciente, ou seja, o peso considerado ideal ou o peso-alvo, em que não há evidência clínica de sobrecarga de líquidos no organismo do paciente. O peso seco é um valor calculado pela equipe de saúde e fica registrado no prontuário, periodicamente a equipe avalia se esse peso sofreu alteração e, se necessário, redefine seu valor.

Foram coletados dados referentes aos pesos interdialíticos do paciente. Faz parte da rotina da unidade de hemodiálise a pesagem e anotação do peso de chegada e de saída do paciente, são esses os pesos pré-diálise e pós-diálise em todas as sessões. Esses dados são importantes para o tratamento do paciente, pois é por meio deles que é calculada a quantidade de líquido que deverá ser estipulado na máquina de hemodiálise para retirada do organismo do paciente, no decorrer de cada sessão de hemodiálise.

A coleta de dados dos pesos interdialíticos e o acompanhamento dos pacientes tiveram duração de 16 sessões, sendo esses dados de peso pré e pós-diálise registrados pela pesquisadora, no decorrer da coleta de dados. O percentual ideal de perda de peso foi a variável desfecho da pesquisa, pois foi considerada a maneira objetiva de medir a quantidade de líquido excedente no organismo do paciente. Expressa a razão da diferença real pela diferença ideal de peso, ou seja, o quanto de peso que o paciente realmente tirou durante a sessão da hemodiálise por quanto ele deveria retirar. Com o percentual ideal de perda de peso, pode-se verificar quão próximo da perda ideal que o paciente atingiu. Sendo que, quanto mais próximo de 100%, mais próximo da perda ideal, portanto, melhor seu resultado.

Instrumento de Autoeficácia Geral e Percebida

Para mensurar a autoeficácia, foi selecionado o instrumento de Autoeficácia Geral e Percebida (*General Perceived Self-Efficacy Scale*) que foi originalmente criado por Schwarzer, Jerusalem (1995). Trata-se de um instrumento composto por 10 itens em uma escala tipo Likert, com respostas que variam de um a cinco, sendo o valor um atribuído quando a pessoa discorda totalmente da sentença, dois discorda na maior parte, três não concorda nem discorda, quatro concorda na

maior parte e cinco quando a pessoa concorda totalmente. Cada item refere-se ao alcance de metas e atribui à percepção interna do sucesso, sendo que maior pontuação indica maior percepção da autoeficácia, em um intervalo de 10 a 50. Os itens da Escala de Autoeficácia Geral e Percebida estão apresentados na Figura 2.

Figura 2 - Itens da versão traduzida, adaptada e validada para o português da Escala de Autoeficácia Geral e Percebida, adaptada de SOUZA, I.; SOUZA, M., 2004

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

FONTE: SOUZA, I.; SOUZA, M., 2004

Originalmente a Escala foi criada para avaliar um senso geral de autoeficácia percebida com o objetivo de prever a capacidade da pessoa de superar dificuldades vivenciadas diariamente como também a sua adaptação depois da experiência dos eventos adversos da vida (SOUZA, I.; SOUZA, M., 2004).

Schwarzer e Jerusalem (1995) descrevem o processo de construção da Escala como criteriosa e adequada para sua utilização, com alpha de *Cronbach* de 0,84, e correlação positiva com o otimismo e a autoestima e negativa com o pessimismo, ansiedade e depressão. Os autores destacam que a Escala foi construída com o objetivo de avaliar o senso geral de autoeficácia, no entanto, muitos estudos a utilizaram em populações específicas, com intervenções direcionadas. Foi traduzida, adaptada e validada para mais de 30 idiomas em 23 países.

No Brasil, a Escala de Autoeficácia Geral e Percebida foi traduzida, adaptada e validada por Souza e Souza (2004), e o coeficiente de consistência foi

calculado por meio do alfa de *Cronbach*, com consistência interna de 0,81. Para avaliar a validade externa, foram realizados estudos de correlação entre a Escala de Autoeficácia, Anomia, Satisfação com o Suporte Social, Masculinidade e Feminilidade, nos quais evidenciaram a existência de uma correlação negativa com a anomia e positiva com a masculinidade, feminilidade e satisfação com o suporte social (SOUZA, I.; SOUZA, M., 2004).

Devido à ausência de uma escala específica para avaliar a autoeficácia de pacientes com DRC, validada para o Brasil, optou-se pela Escala de Autoeficácia Geral e Percebida que se apresenta como um importante instrumento no âmbito da avaliação proposta neste estudo.

Foi solicitado aos autores, que adaptaram e validaram a escala para o Brasil, a autorização para o uso na pesquisa (APÊNDICE B).

Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus (IEEFL)

Para avaliar os modos de enfrentamento, foi utilizado o IEEFL. O instrumento foi traduzido e validado para o português do Brasil por Savóia e Meijas em 1995, percorrendo todos os passos metodológicos para a tradução, validação e adaptação cultural de instrumentos de avaliação. Os resultados dos testes indicaram que o instrumento é preciso e válido para o estudo de estratégias de enfrentamento e que sua aplicação permite identificar maneiras de se lidar com o estresse (SAVÓIA; SANTANA; MEJIAS, 1996).

Com a finalidade de mensurar o enfrentamento, o inventário apresenta a reconstrução de situações estressantes que aconteceram recentemente, descrevendo como as pessoas enfrentam, o que sentem e como agem frente a essa situação. Inicialmente o instrumento era composto por 67 itens que foram aprimorados em estudos posteriores pelos autores, que agruparam os modos de enfrentamento em oito fatores (FOLKMAN, 1986; LAZARUS, 1984).

Na tradução e validação para o Brasil, os autores relataram a análise de 66 itens, sendo 46 itens que compõem os oito fatores. A validação foi realizada por meio de oito fatores, como na versão original, e grande parte dos itens encontrados em cada fator são os mesmos obtidos na versão de Folkman e Lazarus (1985) (SAVÓIA; SANTANA; MEJIAS, 1996). Os fatores e itens da versão adaptada para o português estão descritos na figura abaixo.

Figura 3 - Fatores e respectivos itens da versão traduzida, adaptada e validada para o português do IEEFL, adaptada de SAVÓIA; SANTANA; MEJIAS, 1996

Fator 1: Confronto
07-Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas ideias.
17-Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.
28-De alguma forma extravasei meus sentimentos.
34-Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.
40-Procurei fugir das pessoas em geral.
47-Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).
Fator 2: Afastamento
06-Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa.
10-Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.
13-Fiz como se nada tivesse acontecido.
16-Dormi mais que o normal.
21-Procurei esquecer a situação desagradável.
41-Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre essa situação.
44-Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.
Fator 3: Autocontrole
14-Procurei guardar pra mim mesmo(a) os meus sentimentos.
15-Procurei encontrar o lado bom da situação.
35-Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.
43-Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.
54-Procurei não deixar que os meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.
Fator 4: Suporte Social
08-Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.
18-Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.
22-Procurei ajuda profissional.
31-Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.
42-Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.
45-Falei com alguém sobre como estava me sentindo.
Fator 5: Aceitação de Responsabilidade
09-Me critiquei, me repreendi.
25-Desculpei ou fiz alguma coisa pra repor os danos.
29-Compreendi que o problema foi provocado por mim.
48-Busquei nas experiências passadas uma situação similar.

51-Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.
52-Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.
62-Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.
Fator 6: Fuga-esquiva
58-Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.
59-Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.
Fator 7: Resolução de Problemas
01-Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.
26-Fiz um plano de ação e o segui.
46-Recusei recuar e batalhei pelo o que eu queria.
49-Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.
Fator 8: Reavaliação Positiva
20-Me inspirou a fazer algo criativo.
23-Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.
30-Saí da experiência melhor do que eu esperava.
36-Encontrei novas crenças.
38-Redescobri o que é importante na vida.
39-Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.
56-Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.
60-Rezei.
63-Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.

FONTE: SAVÓIA; SANTANA; MEJIAS, 1996

O IEEFL contém itens que englobam pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas e externas de um evento estressante específico. Os 66 itens são respondidos em uma escala tipo Likert, com quatro possibilidades de resposta (0: não usei essa estratégia; 1: usei um pouco; 2: usei bastante; 3: usei em grande quantidade).

O instrumento não apresenta uma pontuação total, o modo de enfrentamento é avaliado por meio dos escores médios dentro de cada fator. Todos os fatores apresentam uma variação de zero a três pontos, onde zero representa a não utilização desse fator como modo de enfrentamento e três representa a maior pontuação usada por pessoas que utilizam esse fator como modo de enfrentamento. (FOLKMAN; LAZARUS, 1985; SAVÓIA; SANTANA; MEJIAS, 1996).

Foi solicitado aos autores, que adaptaram e validaram a escala para o Brasil, a autorização para o uso na pesquisa (APÊNDICE C).

Escala de Resiliência

Para avaliar a resiliência dos pacientes do estudo, foi utilizada a Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993) que mede os níveis de adaptação psicossocial positiva em face a eventos importantes de vida. Foi traduzida, adaptada e validada para o Brasil por Pesce et al. (2005).

A Escala de Resiliência é um dos poucos instrumentos usados para medir níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Possui 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo Likert, apresentando sete possibilidades de resposta: 1– discordo totalmente; 2– discordo muito; 3– discordo pouco; 4– nem concordo nem discordo; 5– concordo pouco; 6– concordo muito; 7– concordo totalmente. Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando alta resiliência (WAGNILD; YOUNG, 1993; PESCE et al., 2005). Os itens da Escala de Resiliência estão apresentados abaixo na Figura 4.

Figura 4 - Itens da versão traduzida, adaptada e validada para o português da Escala de Resiliência, adaptada de PESCE et al., 2005

1.Quando eu faço planos, eu levo até o fim.
2.Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.
3.Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.
4.Manter interesse nas coisas é importante para mim.
5.Eu posso estar por minha conta se eu precisar.
6.Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.
7.Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.
8. Eu sou amigo de mim mesmo.
9. Eu sinto que posso lidar com muitas coisas ao mesmo tempo.
10.Eu sou determinado.
11.Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.
12.Eu faço as coisas um dia de cada vez.
13.Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.
14.Eu sou disciplinado.
15.Eu mantenho interesse nas coisas.

16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.
21. Minha vida tem sentido.
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.
23. Quando eu estou em uma situação difícil, eu normalmente acho uma saída.
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.

FONTE: PESCE et al., 2005

Na tradução, adaptação e validação para o português, a Escala apresentou bons indicativos de equivalência, confiabilidade e validade. Apresentou um satisfatório grau de equivalência conceitual, semântica, operacional e de mensuração entre a versão original e a brasileira. Obteve uma consistência interna, avaliada pelo alfa de *Cronbach* de 0,85 no pré-teste e 0,80 na amostra total (n=997). Com relação à validade de constructo, a Escala de Resiliência apresentou correlação direta e significativa com autoestima, supervisão familiar, satisfação de vida e apoio social; e correlação inversa com a escala de violência psicológica.

Essa escala vem sendo utilizada em diversos estudos, especialmente com pacientes com doenças crônicas, como cardiopatias, HA, DM e pacientes oncológicos (BOELL, 2013; GENZ et al., 2016; SILVA et al., 2016; MARTINEZ; BOLOGNA; EL-KADRE, 2017; SLOMKA, 2011).

Escala de Ansiedade e Depressão - HAD

Para a identificação de sintomas de ansiedade e depressão, foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale* - HAD). Esse instrumento visa a detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos, em diversos contextos. É considerada uma escala de rápido manuseio, curta e de fácil execução. O paciente é orientado a basear suas respostas em como se sentiu durante a última semana (BOTEGA et al., 1995).

A escala HAD contém 14 itens que se compõem de duas subescalas, para ansiedade e para depressão, com sete itens cada. Cada item possui quatro opções

de respostas com valores que variam de zero a três. Na escala de sintomas de ansiedade, as respostas possuem valores decrescentes, onde três representa a maior proximidade com o fato descrito no item e zero, o maior distanciamento da situação apresentada. Na escala de sintomas de depressão, os valores das respostas estão em ordem crescente, onde zero é a alternativa mais próxima da situação apresentada no item e três, a mais distante ou a não utilizada. A pontuação global em cada subescala vai de zero a vinte e um, sendo que quanto maior o valor maior o transtorno emocional (ZIGMOND; SNAITH, 1983; BOTEAGA et al., 1995). Os itens da HAD estão apresentados abaixo nas Figuras 5 e 6.

Figura 5 - Itens da versão traduzida, adaptada e validada para o português da Escala de Ansiedade, adaptada de BOTEAGA et al., 1995

1.Eu me sinto tenso ou contraído.
2.Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa fosse acontecer.
3.Estou com a cabeça cheia de preocupações.
4.Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado.
5.Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago.
6.Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum.
7.De repente, tenho a sensação de estar em pânico.

FONTE: BOTEAGA et al., 1995

Figura 6 - Itens da versão traduzida, adaptada e validada para o português da Escala de Depressão, adaptada de BOTEGA et al., 1995

1.Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes.
2.Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas.
3.Eu me sinto alegre.
4.Eu estou lento para pensar e fazer as coisas.
5.Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência.
6.Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir.
7.Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa.

FONTE: BOTEGA et al., 1995

Estudo realizado por Zigmond e Snaith (1983) sugere o valor oito como ponto de corte, considerando os valores inferiores como ausência de sintomas de ansiedade e de depressão. Os mesmos autores referem que a escala pode ser utilizada a partir da pontuação total (HAD-Total) como um indicador clínico, desde que seja analisado como um índice de perturbação emocional (morbidade psicológica).

No que se refere às características psicométricas do instrumento, os coeficientes encontrados nas duas subescalas revelaram uma elevada consistência interna, com alfa de Cronbach de 0,93 para ansiedade e de 0,90 para sintomas depressivos, em uma amostra com 586 pessoas com câncer (MOOREY et al., 1991). As subescalas possuem validades convergentes, não discriminantes, a sensibilidade e especificidade foram de 93,7% e 72,6% para sintomas de ansiedade e 84,6% e 90,3% para sintomas de depressão (BORTEGA et al., 1995).

A ilustração a seguir resume as características dos instrumentos que foram utilizados para obter as medidas das variáveis estudadas no GI e no GC (Figura 7).

Figura 7 - Medidas aplicadas aos participantes do estudo no Grupo Controle (GC) e Grupo Intervenção (GI)

3.5 Elaboração do material da intervenção

Neste estudo foi planejada e elaborada uma mídia digital, no formato de vídeo, que foi utilizada como estratégia educativa e motivacional e compôs a intervenção do estudo.

Para a construção do material educativo, foi realizada uma busca na literatura científica e nos protocolos do serviço de diálise com o objetivo de realizar um levantamento sobre os temas a serem abordados. Buscou-se inserir conteúdos desde anatomia dos rins, definições acerca da doença e tratamento até as complicações dialíticas, com ênfase nas orientações sobre o consumo de líquidos.

Foi elaborado um *storyboard*, que é uma sequência de desenhos e informações que contam uma história sobre o usuário e a tarefa a ser executada em uma determinada unidade de apresentação (MULLER; WILDMAN, WHITE, 1993). Este termo, originário da indústria cinematográfica, designa o planejamento de sequência de imagens, a partir de desenhos que representam momentos estáticos da tomada de cena, orientando a filmagem de cada segmento do roteiro e a organização dos recursos necessários a cada um deles (MAGAJEWSKI, 2002). Nessa etapa foi realizada a validade de conteúdo e de face do *storyboard* por especialistas em nefrologia e educação, com o objetivo de analisar os itens e julgar abrangência e representatividade.

Assim, foi elaborado o vídeo educativo denominado *“Intervenção Motivacional – Como funcionam meus rins: tratamento e ganho de peso”*. Foram abordadas as temáticas: localização e funções dos rins; DRC e o comprometimento dos rins; hemodiálise; orientação sobre o consumo de líquidos e as complicações dialíticas; medidas e cuidados para a manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico.

A edição do vídeo foi realizada por um profissional especializado e com experiência em vídeo educacional. O tempo de duração é de quatro minutos e vinte e dois segundos e está disponível nas versões para computadores, *tablets*, iPad e WhatsApp com o título “Como funcionam meus rins: tratamento e ganho de peso”. As imagens utilizadas na elaboração do vídeo são de domínio do grupo de pesquisa e vêm sendo utilizadas em diversos materiais educativos sobre a temática do paciente com DRC. O material educativo está editado em português e possui legendas para uma melhor compreensão, a fim de incluir os pacientes com déficit auditivo, o vídeo

foi traduzido para a Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS). Os atores que participaram dessa etapa consentiram na utilização e reprodução de voz e imagem à pesquisadora (Apêndice D). A ferramenta de exposição para os pacientes do estudo foram *tablets* com o uso de fone de ouvido para uma melhor compreensão do áudio.

Ao elaborar o vídeo, atentou-se para o nível de alfabetização do público-alvo, buscando adequar a linguagem para um nível de fácil compreensão. Outros fatores, como a brevidade e clareza do material também foram considerados, com foco no conteúdo considerado importante e a inclusão de figuras e legendas (escrita e linguagem de sinais) para facilitar o entendimento.

Foram utilizadas algumas diretrizes descritas por Bastable (2010), para facilitar a compreensão do material, como usar palavras curtas, de vocabulário simples; escrever as palavras por extenso em vez de usar abreviaturas, utilizar termos familiares, evitar terminologias médicas e jargões e usar voz ativa no paciente.

Considerando o referencial da Teoria Social Cognitiva, o constructo de autoeficácia descrito em suas quatro fontes (realização do desempenho, experiências vicárias, persuasão verbal e estímulo emocional) menciona que um programa educativo utiliza mais de uma fonte de autoeficácia, elas são complementares entre si e trabalham juntas para atingir um mesmo objetivo (BANDURA, 1977; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008), e neste estudo a principal fonte de autoeficácia utilizada na intervenção educativa foi a persuasão. Nesse modelo, as pessoas são levadas, por meio de sugestões, a acreditar que são capazes de superar as dificuldades e realizar o comportamento necessário (BANDURA, 1977; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008). As outras fontes foram também utilizadas na implementação da intervenção.

3.6 Estudo-piloto

Com o intuito de testar os procedimentos para a coleta de dados, a pesquisadora realizou um estudo-piloto com seis pacientes que realizavam hemodiálise em outro centro de diálise, sendo um paciente de cada turno, nos dias segunda, quarta e sexta-feira e terça, quinta-feira e sábado, com o objetivo de aprimorar os instrumentos e operacionalizar a coleta de dados. Esses pacientes não compuseram os grupos de participantes do estudo.

Detectou-se uma boa aplicabilidade dos instrumentos e compreensão da intervenção educativa e motivacional. No decorrer da apresentação do vídeo, notou-se a necessidade de utilização de fones de ouvido, para uma melhor compreensão do áudio e assim foi incluído este dispositivo na implementação da intervenção.

3.7 Coleta de dados e implementação da intervenção

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora e duas auxiliares de pesquisa, no período de janeiro a abril de 2017. Todas as etapas foram realizadas individualmente com cada paciente, durante a sessão de hemodiálise, com o procedimento estável.

A pesquisadora principal foi responsável pela aplicação de todas as etapas da intervenção e do reforço, ficando as auxiliares de pesquisa designadas para as etapas de entrevistas (T_0 e T_5).

O estudo foi realizado em seis etapas, em um período de cinco semanas de seguimento, como especificado na Figura 8. A intervenção foi realizada por meio de dois encontros para as sessões de intervenção e dois para os reforços.

Figura 8 - Etapas do estudo, conforme as cinco semanas de seguimento para coleta de dados e implementação da intervenção

Primeira Etapa – T₀ (baseline)

No primeiro encontro, os integrantes da pesquisa foram convidados a participar da pesquisa após serem informados sobre a mesma, sua relevância e a duração da coleta de dados. Foi explicada e coletada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nessa etapa foram coletadas as informações sociodemográficas e clínicas, bem como mensuradas as variáveis de autoeficácia, enfrentamento, resiliência e sintomas de ansiedade e de depressão.

Participaram dessa etapa todos os pacientes do GC e GI.

Segunda etapa – T₁ (Uma semana após T₀)

No segundo encontro, uma semana após T₀, foi realizada a primeira sessão de intervenção somente com os participantes do GI.

Essa etapa teve como objetivo fornecer informações sobre o tratamento hemodialítico e suas complicações, demonstrando os efeitos do excesso de ingestão hídrica nos pacientes com DRC. Durante a sessão de hemodiálise, com o procedimento estável, foi apresentado o vídeo educativo em formato digital, com o auxílio de um *tablet*.

O vídeo foi apresentado ao paciente, sem interferência da pesquisadora, que no decorrer dessa etapa não emitiu comentários e/ou orientações. O vídeo baseado na fonte de autoeficácia de persuasão foi considerado o mensageiro das informações capazes de modificar o comportamento do paciente frente à ingestão hídrica.

Essa etapa foi realizada exclusivamente pela pesquisadora, a fim de minimizar interferências na execução da intervenção.

Terceira etapa – T₂ (Duas semanas após T₀)

Duas semanas após o primeiro encontro (T₀), foi realizada uma abordagem presencial, durante a sessão de hemodiálise, pela pesquisadora para o reforço da intervenção e acompanhamento das orientações por meio de *feedback*. Nessa etapa foi realizado um encontro dialogado entre a pesquisadora e o paciente, com o objetivo de verificar o que foi apreendido pelo paciente na primeira intervenção. Para tanto o paciente foi estimulado a verbalizar o conteúdo da intervenção, o que direcionou a realização de orientações complementares relacionadas às possíveis dúvidas sobre

o vídeo educativo e motivacional.

Segundo o referencial teórico utilizado, essa estratégia representa o processo de experiência vicária, no qual os pacientes podem vislumbrar novas metas a partir de resultados já alcançados e orientações reforçadas (BANDURA, 1977; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Essa etapa foi realizada exclusivamente pela pesquisadora, a fim de minimizar interferências na execução da intervenção e foi realizada somente com os participantes do GI.

Quarta – T₃ (Três semanas após T₀)

Foi realizada a segunda sessão da intervenção, três semanas após T₀. Essa etapa teve como objetivo intensificar as informações sobre o tratamento hemodialítico e suas complicações e discutir estratégias para a redução da ingestão hídrica.

As informações fornecidas nessa etapa com relação ao tratamento hemodialítico e suas complicações foram transmitidas pela pesquisadora por meio de orientação verbal, e foi apresentado novamente o vídeo educativo somente aos participantes do GI. Foram discutidas entre a pesquisadora e o paciente estratégias que pudessem contribuir para a redução da ingestão hídrica.

Nessa etapa foram utilizadas as fontes de persuasão e estímulo emocional, de acordo com o referencial teórico. Buscou-se nessa etapa reduzir a ansiedade relacionada à doença e ao tratamento, melhorando o enfrentamento dos participantes. Para Bandura; Azzi; Polydoro (2008), essa fase é denominada *feedback* corretivo, a qual envolve a reprodução e treinamento mental das informações adquiridas e fortalece a reprodução do comportamento.

Essa etapa foi realizada exclusivamente pela pesquisadora, a fim de minimizar interferências na execução da intervenção.

Quinta etapa – T₄ (Quatro semanas após T₀)

Quatro semanas após o primeiro encontro (T₀), foi realizada uma nova abordagem presencial, pela pesquisadora, para o reforço da intervenção. Foi realizado um encontro dialogado entre a pesquisadora e o paciente, e discutidos todos os temas abordados desde o início do estudo com o objetivo de reforçar e manter o

que foi apreendido.

Nessa etapa foi realizado um último reforço após a segunda intervenção, utilizando a fonte de estímulo emocional, a fim de fortalecer e fixar a reprodução do comportamento adquirido (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Essa etapa foi realizada exclusivamente pela pesquisadora, a fim de minimizar interferências na execução da intervenção, somente com os participantes do GI.

Sexta etapa – T₅ (Cinco semanas após T₀)

No último encontro, foram mensuradas novamente as variáveis psicossociais de interesse (autoeficácia, enfrentamento, resiliência e sintomas de ansiedade e de depressão), por meio de entrevista com os pacientes. Participaram dessa etapa todos os pacientes do GC e GI.

Por fim, os pacientes foram pesados pré e pós-diálise, em todas as sessões de hemodiálise durante o período de pesquisa, o que totalizou 16 medidas de peso nesse período.

Os participantes do GC foram submetidos às mesmas medidas das variáveis de interesse na primeira e sexta etapas e pesados em todos os intervalos como no GI. Após a finalização da coleta de dados, tiveram acesso ao vídeo educativo e motivacional.

3.8 Aspectos éticos

Foi solicitada permissão, por escrito, para realização da pesquisa, ao chefe da Unidade de Diálise em questão. Esta pesquisa foi encaminhada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP, conforme determinação da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos sob o CAAE: 54339616.6.0000.5393 e Parecer: 1.689.258 (ANEXO A). Posteriormente, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP, local onde foram coletados os dados, sob o CAAE: 54339616.6.3001.5415 e Parecer: 1.887.840 (ANEXO B). A pesquisa foi incluída no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), sob o parecer RBR-4XYTP6 (Anexo C).

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice E), com informações claras e simples sobre os objetivos da pesquisa, participação dos pacientes, garantia do sigilo e direito de exclusão em qualquer momento, sem que houvesse quaisquer prejuízos. A coleta de dados teve início após a assinatura do TCLE pelo paciente, autorizando sua participação na pesquisa. O TCLE foi assinado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e uma com o paciente, com o nome e telefone do responsável pela pesquisa.

3.9 Análise dos dados

Para a organização dos dados, foi realizada a dupla digitação no programa *EXCEL for Windows*, para assegurar a fidelidade na transcrição dos dados e obtenção de dados livres de erros de digitação. As análises foram feitas por meio do *software* estatístico SAS 9.0 e programa R (R Core Team, 2017) versão 3.4.1.

Para a realização das análises da variável desfecho, houve a necessidade de transformar e disponibilizar os valores coletados da variável “16 medidas de pesos pré e pós-diálises e peso seco” em uma medida apropriada para análise dessa variável no estudo.

O ganho de peso interdialítico foi calculado como a diferença entre o peso pré-diálise atual e o peso pós-diálise anterior, ou seja, o peso que o paciente chegou à sessão a ser realizada menos o peso que saiu da sessão anterior.

Para tanto, tais medidas foram transformadas no “percentual ideal de perda de peso” e foi considerada da variável desfecho. A seguir, estão apresentados os cálculos realizados:

1. Foi calculada a **diferença de peso ideal**, determinada pelo peso pré-diálise menos o peso seco. Com esse cálculo obteve-se o valor ideal que deveria ser eliminado pelo paciente durante a sessão de hemodiálise. Quando não há sobrecarga de líquidos e/ou intercorrência intradialítica, o paciente deve terminar a sessão de hemodiálise atingindo seu peso seco, ou seja, sem sobrecarga hídrica. No entanto, o paciente pode, algumas vezes, não atingir seu peso ideal, terminando a sessão de hemodiálise com valores de peso acima ou abaixo do seu peso seco. Essa é a **diferença de peso real** determinada subtraindo o peso pré-diálise do

peso pós-diálise, de acordo com as fórmulas:

$$\text{Dif Ideal} = \text{Ppré} - \text{Pseco}$$

$$\text{Dif Real} = \text{Ppré} - \text{Ppós}$$

Nos quais:

Dif Ideal = Diferença Ideal

Dif Real = Diferença Real

Ppré = Peso pré-diálise

Ppós = Peso pós-diálise

Pseco = Peso seco

2. Foi calculado o **percentual ideal de perda de peso**, para melhor visualização de quão próximo da perda ideal que o paciente atingiu. Sendo que, quanto mais próximo de 100%, mais próximo da perda ideal, portanto, melhor seu resultado. Esse dado foi utilizado posteriormente nas análises para verificação das mudanças no padrão de ganho de peso nos períodos interdialítico. O percentual ideal de perda de peso foi determinado pela razão entre a diferença real e a diferença ideal, conforme a fórmula descrita a seguir:

$$\% \text{Ideal} = \frac{\text{Dif Real}}{\text{Dif Ideal}}$$

No qual:

%Ideal = Percentual ideal de perda de peso

Em seguida, foram realizadas as **análises descritivas** para todas as variáveis categóricas por meio de frequência simples, e as variáveis numéricas foram analisadas segundo as medidas de tendência central (mediana e média) e de dispersão (desvio-padrão).

Na **análise bivariada**, foram selecionadas variáveis independentes, baseando-se na literatura científica e a partir da seleção foram realizadas algumas análises gráficas cruzando cada variável independente com a variável desfecho com o intuito de obter indícios de variáveis possivelmente significantes.

As variáveis independentes utilizadas foram: Grupo (Intervenção/Controle), Sexo, Anos de Estudo, Estado Conjugal, Tempo de Diagnóstico, Tempo de Hemodiálise, Número de Complicações, Número de doenças autorreferidas, Escores Totais de Autoeficácia, Resiliência, Sintomas de Ansiedade e de Depressão e Fatores de Enfrentamento. Para as variáveis Categóricas foram feitos Boxplot's. Para as demais variáveis (numéricas), foram feitos gráficos de dispersão. Com o intuito de ajudar na identificação da melhor forma funcional, foi aplicado um ajuste polinomial local através do método loess (CLEVELAND; GROSSE; SHYU, 1993).

Para as variáveis que foram mensuradas nas duas etapas T_0 e T_5 (Autoeficácia, Resiliência, Sintomas de Ansiedade e de Depressão e Fatores de Enfrentamento), foram realizadas comparações entre os grupos e os tempos, para tanto foram propostos modelos de **regressão linear com efeitos mistos** (efeitos aleatórios e fixos). Os modelos lineares de efeitos mistos são utilizados na análise de dados em que as respostas estão agrupadas (mais de uma medida para uma mesma pessoa) e a suposição de independência entre as observações em um mesmo grupo não é adequada (SCHALL, 1991). Para as comparações, foi utilizado o pós-teste por contrastes ortogonais.

O **teste de Mann-Whitney** foi utilizado para a comparação dos grupos, e foi calculado considerando as diferenças entre as medidas entre T_5 e T_0 para as variáveis independentes. Tal técnica foi selecionada, pois permite a comparação de dois grupos independentes, sem que haja suposições quanto à distribuição dos dados.

A **variável dependente** do estudo é o percentual ideal de perda de peso obtido com relação ao estipulado idealmente. Como é possível que o paciente consiga atingir a meta (perder 100% do estipulado) ou não ter perda (perder 0% do estipulado), para esta variável, adotou-se o uso da distribuição Beta inflacionada de Zeros e Uns (BEINF), proposta por Ospina e Ferrari (2010) e parte integrante da biblioteca de classe de Modelos Aditivos Generalizados para Posição, Escala e Forma (GAMLSS) (STASINOPOULOS; RIGBY, 2007).

A função densidade de probabilidade de uma variável aleatória Y com distribuição BEINF, aqui denotada por BEINF (μ, σ, ν, τ), é definida por:

$$f_Y(y|\mu, \sigma, \nu, \tau) = \begin{cases} p_0 & \text{if } y = 0 \\ (1 - p_0 - p_1) \frac{1}{B(\alpha, \beta)} y^{\alpha-1} (1 - y)^{\beta-1} & \text{if } 0 < y < 1 \\ p_1 & \text{if } y = 1 \end{cases}$$

para $0 < y < 1$, onde $\alpha = \mu(1 - \sigma^2)/\sigma^2$, $\beta = (1 - \mu)(1 - \sigma^2)/\sigma^2$, $p_0 = \nu(1 + \nu + \tau)^{-1}$, $p_1 = \tau(1 + \nu + \tau)^{-1}$ tal que $\alpha > 0$, $\beta > 0$, $0 < p_0 < 1$, $0 < p_1 < 1 - p_0$.

Dessa forma, a BEINF tem os parâmetros $\mu = \alpha/(\alpha + \beta)$, $\sigma = (1 + \alpha + \beta)^{-1/2}$, $\nu = p_0/p_2$, $\tau = p_1/p_2$, onde $p_2 = 1 - p_0 - p_1$, com isso tem-se que $0 < \mu < 1$, $0 < \sigma < 1$, $\nu > 0$ e $\tau > 0$.

E, $B(a, b) = \Gamma(a)\Gamma(b)/\Gamma(a + b)$ é a função beta.

Seja $\mathbf{y} = (y_1, y_2, \dots, y_n)$ o vetor de n observações da variável dependente e seja $g(\cdot)$ uma função de ligação monótona. Tem-se que as funções de ligação que relacionam os parâmetros da distribuição Beta Inflacionada com as variáveis explanatórias são dadas por

$$\begin{aligned} g_1(\mu) &= \eta_1 = \mathbf{X}_1\beta_1 + \sum_{j=1}^{J_1} \mathbf{Z}_{j1}\gamma_{j1} \\ g_2(\sigma) &= \eta_2 = \mathbf{X}_2\beta_2 + \sum_{j=1}^{J_2} \mathbf{Z}_{j2}\gamma_{j2} \\ g_3(\nu) &= \eta_3 = \mathbf{X}_3\beta_3 + \sum_{j=1}^{J_3} \mathbf{Z}_{j3}\gamma_{j3} \\ g_4(\tau) &= \eta_4 = \mathbf{X}_4\beta_4 + \sum_{j=1}^{J_4} \mathbf{Z}_{j4}\gamma_{j4}. \end{aligned}$$

Nos quais μ , σ , ν e τ são vetores de comprimento n , $\beta_k = (\beta_{1k}, \beta_{2k}, \dots, \beta_{jk})$ é um vetor de comprimento J^k , $\mathbf{X}_k$ é a matriz de delineamento dos efeitos fixos de ordem $n \times J^k$, $\mathbf{Z}_{jk}$ é a matriz de delineamento dos efeitos aleatórios de ordem $n \times q_{jk}$ e γ_{jk} é uma variável aleatória de dimensão q_{jk} , para a qual é assumida a distribuição $\gamma_{jk} \sim N(0, G_{jk}^{-1})$, onde G_{jk}^{-1} é a matriz inversa de uma matriz simétrica G_{jk} de ordem $q_{jk} \times q_{jk}$. Tem-se que $g_1(\mu) = \text{logit}(\mu)$, $g_2(\sigma) = \text{logit}(\sigma)$, $g_3(\nu) = \log(\nu)$ e $g_4(\tau) =$

$\log(\tau)$ são as respectivas funções de ligações dos vetores de parâmetros μ , σ , v e τ da distribuição Beta Inflacionada.

No presente estudo, a **análise de regressão do modelo Beta Inflacionado** seguiu as seguintes etapas:

1. Primeiro realizou-se a inserção das variáveis independentes grupo, tempo, anos de estudo, tempo de diagnóstico, tempo de hemodiálise, número de doenças autorreferidas e os escores das escalas de autoeficácia, resiliência, sintomas de ansiedade e de depressão e os fatores de enfrentamento para o parâmetro média (μ), mantendo-se constantes os parâmetros de dispersão (σ) e escala (τ) (modelo 1) (Apêndice F).
2. Em seguida, fez-se a inserção das variáveis independentes grupo, estado conjugal, tempo de hemodiálise, número de complicações, número de doenças autorreferidas e os escores das escalas de autoeficácia, resiliência, sintomas de ansiedade e de depressão e os fatores de enfrentamento para o parâmetro dispersão (σ), mantendo-se as variáveis significantes para média (μ), obtidos na etapa 1 e escala (τ) constante (modelo 2) (Apêndice G).
3. Comparação dos modelos 1 e 2 pelo teste da Razão de Verossimilhança
H0: modelo homocedástico (1) *versus* H1: modelo heterocedástico (2) (Apêndice H).
4. Inserção das variáveis independentes já apresentadas para o parâmetro escala (τ), mantendo-se as variáveis significantes do modelo escolhido no teste de Razão de Verossimilhança (modelo 3).
5. Comparação dos modelos resultantes nas etapas 3 e 4 pelo teste da Razão de Verossimilhança.
H0: variáveis inflação não significantes *versus* H1: variáveis inflação significantes (Apêndice I).

Para verificar a adequacidade do modelo proposto nos modelos 1, 2 e 3 e verificar se as suposições do modelo foram satisfeitas, foi necessária a realização de uma análise diagnóstica do modelo (Apêndices J e K). Para isso, procedeu-se com a avaliação dos gráficos dos resíduos *versus* valores ajustados, resíduos *versus* o índice de observação, a densidade estimada dos resíduos e o Q-Q Plot Normal. O teste de Shapiro-Wilk foi aplicado sobre os resíduos do modelo para verificar a

hipótese de normalidade dos mesmos. Para encontrar as estimativas dos parâmetros p_0 e p_1 , utilizou-se o método Delta (OEHLERT, 1992).

Para todas as comparações, adotou-se um nível de significância de 5%.

4 RESULTADOS

Diante do objetivo deste estudo de avaliar o impacto de uma intervenção educativa e motivacional no controle do consumo de líquidos no período interdialítico, de pacientes com DRC em tratamento hemodialítico, faz-se pertinente reconhecer as características destes pacientes.

A seguir, estão apresentados os resultados referentes à caracterização sociodemográfica, econômica e clínica, bem como a autoeficácia, enfrentamento, resiliência, sintomas de ansiedade e depressão e o percentual ideal de perda de peso dos pacientes do GC e GI.

4.1 Caracterização sociodemográfica, econômica e clínica dos participantes do estudo

Participaram de todas as fases do estudo 192 pacientes, sendo 106 no GC e 86 no GI. As características sociodemográficas, econômicas e clínicas foram apresentadas, de acordo com o grupo de participação.

Na Tabela 1, estão apresentadas as características sociodemográficas dos pacientes do GC e GI coletadas na primeira etapa do estudo (T₀).

Houve predomínio de participantes do sexo masculino em ambos os grupos (57,6% no GC e 66,3% no GI). A idade variou entre 18 e 90 anos, com média de 57,6 anos no GC e de 58,9 anos no GI. Em relação ao estado conjugal, a maioria dos participantes era casada ou vivia em união consensual (68,9% no GC e 76,7% no GI). Quanto à escolaridade, a maioria sabia ler e escrever (91,5% no GC e 87,2% no GI), com média de 7,6 anos de estudo do GC e 6,8 anos de estudo no GI.

Tabela 1 – Descrição das variáveis sociodemográficas dos 192 pacientes em tratamento hemodialítico, segundo grupo de participação no estudo. São José do Rio Preto-SP, 2017

Variáveis sociodemográficas	GC (n=106)		GI (n=86)	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	61	57,6	57	66,3
Feminino	45	42,5	29	33,7
Faixa etária (em anos)				
até 59 anos	53	50,0	39	45,3
60 anos ou mais	53	50,0	47	54,7
Local de residência				
Urbano	104	98,1	78	90,7
Rural	2	1,9	8	9,3
Estado conjugal				
Mora com companheiro(a)	73	68,9	66	76,7
Separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a)	14	13,2	9	10,5
Nunca se casou	13	12,2	6	7,0
Viúvo(a)	6	5,7	5	5,8
Escolaridade				
Sabe ler/escrever	97	91,5	75	87,2
Analfabeto	9	8,5	11	12,8
Com quem vive				
Cônjuge e filhos	70	66,0	43	50,0
Somente com companheiro(a)	28	26,4	36	41,9
Sozinho	7	6,6	7	8,1
Outra pessoa	1	0,9	0	0,0
TOTAL	106	100	86	100

Na Tabela 2, estão apresentados os resultados sobre as variáveis socioeconômicas dos participantes do estudo. A maioria dos participantes se mantinha com a aposentadoria (50,9% no GC e 64% no GI). Poucos pacientes referiram ter como renda o trabalho próprio (2,8% no GC e 11,6% no GI), estes referiram exercer a atividade profissional como: advogado, costureira e comerciante. A idade média que os pacientes se aposentaram foi de 54,6 anos no GC e 52,9 anos no GI. Quanto à satisfação das necessidades básicas, 44,3% no GC e 47,7% no GI classificaram como regular.

Tabela 2 – Descrição das variáveis socioeconômicas dos 192 pacientes em tratamento hemodialítico, segundo grupo de participação no estudo. São José do Rio Preto-SP, 2017

Variáveis socioeconômicas	GC (n=106)		GI (n=86)	
	N	%	n	%
Aposentadoria				
Não tem	52	49,1	31	36,1
Tem	54	50,9	55	64,0
Pensão				
Não tem	100	94,3	79	91,9
Tem	6	5,7	7	8,1
Aluguel				
Não tem	101	95,3	77	89,5
Tem	5	4,7	9	10,5
Trabalho próprio				
Não tem	103	97,2	76	88,4
Tem	3	2,8	10	11,6
Doações				
Não tem	104	98,1	83	96,5
Tem	2	1,9	3	3,5
Outras				
Não tem	87	82,1	61	70,9
Tem	19	17,9	25	29,1
Satisfação das necessidades básicas				
Muito boa	1	0,9	1	1,2
Boa	43	40,6	25	29,1
Regular	47	44,3	41	47,7
Ruim	14	13,2	6	7,0
Péssima	1	0,9	13	15,1
Local onde reside				
Próprio/quitado	79	74,5	53	61,6
Próprio/paga prestação	2	1,9	10	11,6
Aluguel	23	21,7	22	25,6
Cedido/sem aluguel	1	0,9	0	0,0
Outra	1	0,9	1	1,2
TOTAL	106	100	86	100

Quanto à caracterização clínica, os pacientes estudados apresentaram uma média de 69,6 meses de diagnóstico da DRC no GC e 101,7 meses no GI, sendo o mínimo de 8 meses nos dois grupos e máximo de 240 meses no GC e 600 meses no GI. Destes, 50,9% do GC e 37,2% do GI não realizaram acompanhamento médico, antes do início da TRS.

Com relação ao tempo em tratamento por hemodiálise, os pacientes do GC apresentaram uma média de 50,2 meses com variação de 6 e 192 meses, e no GI, apresentaram uma média de 48,2 meses de tratamento por hemodiálise, com mínimo de 6 meses e máximo de 216 meses.

Quanto à realização de outro tratamento para DRC em período anterior ao tratamento atual por hemodiálise, 17,9% dos pacientes do GC e 17,4% do GI realizaram diálise peritoneal. Com relação ao transplante renal, 5,7% dos pacientes do GC e 3,5% do GI o receberam anteriormente.

As doenças autorreferidas pelos pacientes, nos dois grupos, estão apresentadas na Tabela 3. As mais frequentes foram HA (81,1% no GC e 68,6% no GI, déficit visual (70,8% no GC e 57% no GI) e DM (50,9% no GC e 43,0% no GI), dentre outras. A média de doenças autorreferidas por paciente foi de 3,4 no GC e 2,9 no GI.

Tabela 3 – Distribuição das doenças autorreferidas dos 192 pacientes em tratamento hemodialítico, segundo grupo de participação no estudo. São José do Rio Preto-SP, 2017

Doenças autorreferidas*	GC (n=106)	GI (n=86)	TOTAL
	n	n	n
Hipertensão arterial	86	59	145
Déficit visual	75	49	124
Diabetes <i>mellitus</i>	54	37	91
Varizes	34	12	46
Insuficiência cardíaca	16	20	36
Osteopatias	25	10	35
Doença cerebrovascular	13	17	30
Déficit auditivo	13	16	29
Infarto agudo do miocárdio	9	16	25
Doença autoimune	15	1	16
Neoplasia maligna	6	10	16
Tumores benignos	7	5	12
Hepatopatias virais	2	1	3
Outras	2	1	3
Desnutrição	0	1	1
Pericardite	1	0	1

*Admite-se mais de uma resposta

As complicações físicas relacionadas à DRC e ao tratamento hemodialítico estão apresentadas na Tabela 4. As mais referidas pelos pacientes foram: câibras (83% no GC e 80,2% no GI), anemia (80,2% no GC e 75,6% no GI) e hipotensão arterial durante a sessão de diálise (79,3% no GC e 73,3% no GI). A média de complicações por pacientes no GC foi de 6,2 e no GI foi de 7,4 complicações por paciente.

Tabela 4 – Distribuição das complicações físicas relacionadas à DRC e à Hemodiálise, referidas pelos 192 pacientes em tratamento hemodialítico, segundo grupo de participação no estudo. São José do Rio Preto-SP, 2017

Complicações físicas*	GC (n=106)	GI (n=86)	TOTAL
	n	n	n
Cãibras	88	69	157
Anemia	85	65	150
Hipotensão arterial (durante diálise)	84	63	147
Fraqueza	64	64	128
Hipertensão arterial (durante diálise)	71	52	123
Perda de peso	51	56	107
Prurido	42	51	93
Cefaleia	33	55	88
Ganho de peso	53	35	88
Dor	37	39	76
Constipação intestinal	29	30	59
Arritmia cardíaca	16	32	48
Outras complicações	2	10	12
Infecções repetitivas	0	10	10
Infertilidade	1	3	4

*Admite-se mais de uma resposta

Diante dos resultados descritivos de caracterização, observaram-se similaridades entre os grupos controle e intervenção.

4.2 Resultados sobre autoeficácia, enfrentamento, resiliência e sintomas de ansiedade e depressão dos participantes do estudo

As variáveis autoeficácia, enfrentamento, resiliência e sintomas de ansiedade e de depressão foram avaliadas na primeira (**T₀**) e na sexta (**T₅**) etapas do estudo no GC e GI, e a hipótese do estudo relacionada a tais variáveis era que haveria mudanças nos escores dessas variáveis no GI, após participarem da atividade educativa e motivacional sobre consumo de líquidos, quando comparados com o GC.

Em relação à autoeficácia, constatou-se que na avaliação inicial, obtida durante a primeira etapa do estudo (**T₀**), os valores médios foram de 39,1 ($\pm 6,3$) no GC e 39,9 ($\pm 8,1$) no GI. Após a intervenção, na sexta etapa (**T₅**), os valores médios

foram de 39,2 ($\pm 6,2$) no GC e 42,9 ($\pm 5,9$) no GI. Observa-se que o escore médio da variável autoeficácia apresentou uma variação maior no GI, quando comparado ao GC.

Quanto à variável enfrentamento, nota-se que o fator reavaliação positiva apresentou melhores escores no GC [2,11 ($\pm 0,58$) e 2,09 ($\pm 0,56$)] enquanto no GI [1,53 ($\pm 0,50$) e 1,67 ($\pm 0,44$)]. Já no GI observa-se no primeiro momento da coleta um melhor escore do fator reavaliação positiva [1,53 ($\pm 0,50$)] e no segundo momento, o fator resolução de problemas apresentou um maior escore [1,81 ($\pm 0,42$)]. O fator afastamento foi o que apresentou escores médios mais baixos nos dois grupos e nos dois momentos [1,52 ($\pm 0,56$) e 1,55 ($\pm 0,58$)] no GC e [1,11 ($\pm 0,43$) e 1,19 ($\pm 0,39$)] no GI.

Com relação à variável resiliência, observa-se que os pacientes do GI apresentaram maior variação nos escores médios, indicando uma melhor resiliência em T₅. Notam-se valores médios semelhantes entre o GC e GI na primeira etapa do estudo (T₀) [142,93 ($\pm 16,94$) e 142,74 ($\pm 16,40$)], no entanto, na sexta etapa (T₅) houve um aumento maior no GI quando comparado ao GC [143,01 ($\pm 16,86$) e 145,91 ($\pm 15,17$)].

Quanto às variáveis sintomas de ansiedade e de depressão, constatou-se que o GI apresentou diminuição nos valores médios para as duas variáveis com relação à primeira etapa do estudo (T₀) e para a sexta etapa (T₅), sendo [9,36 ($\pm 2,76$) e 8,91 ($\pm 2,69$)] para sintomas de ansiedade e [8,91 ($\pm 2,44$) e 8,58 ($\pm 2,50$)] para sintomas de depressão. Os pacientes do GI apresentaram uma diminuição nos escores médios da sintomatologia de ansiedade e depressão, enquanto os pacientes do GC apresentaram um aumento nos escores de sintomatologia para as duas variáveis.

Os resultados obtidos estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Autoeficácia, enfrentamento, resiliência e sintomas de ansiedade e depressão dos 192 pacientes em tratamento hemodialítico, segundo o Grupo Controle (GC) e Grupo Intervenção (GI) na primeira etapa (T₀) e na sexta etapa (T₅) da pesquisa. São José do Rio Preto-SP, 2017

Variáveis	GC (n=106)				GI (n=86)			
	T ₀		T ₅		T ₀		T ₅	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Autoeficácia	39,10	6,30	39,20	6,20	39,90	8,10	42,90	5,90
Enfrentamento								
Confronto	1,23	0,60	1,27	0,56	0,75	0,51	0,87	0,50
Afastamento	1,52	0,56	1,55	0,58	1,11	0,43	1,19	0,39
Autocontrole	2,04	0,56	2,05	0,56	1,45	0,53	1,51	0,52
Suporte social	1,88	0,72	1,89	0,71	1,39	0,55	1,42	0,53
Aceitação de responsabilidade	1,70	0,70	1,72	0,68	1,32	0,56	1,44	0,47
Fuga-esquiva	1,92	0,90	1,88	0,92	1,43	0,71	1,43	0,71
Resolução de problemas	2,06	0,68	2,05	0,68	1,41	0,57	1,81	0,42
Reavaliação positiva	2,11	0,58	2,09	0,56	1,53	0,50	1,67	0,44
Resiliência	142,93	16,94	143,01	16,86	142,74	16,4	145,91	15,17
Ansiedade	9,44	2,79	9,75	2,65	9,36	2,76	8,91	2,69
Depressão	9,27	2,17	9,64	2,31	8,91	2,44	8,58	2,50

A Tabela 6 apresenta a análise de regressão de efeito misto da variável autoeficácia. Pode-se observar que após a intervenção houve um aumento médio de 3 pontos na Escala de Autoeficácia Geral e Percebida entre a primeira etapa do estudo (T₀) e a sexta etapa (T₅) do GI. O GI apresentou uma diferença média de 3,74 pontos na escala em relação ao GC na sexta etapa (T₅), demonstrando que, após a intervenção educativa e motivacional, os pacientes do GI apresentaram um aumento médio de 3,74 pontos na Escala de Autoeficácia Geral e Percebida, quando comparados aos pacientes do GC nessa mesma etapa.

Tabela 6 – Análise de Regressão de Efeito Misto da variável Autoeficácia nos 192 pacientes em tratamento hemodialítico, segundo o Grupo Controle (GC) e Grupo Intervenção (GI), nos dois momentos de coleta de dados. São José do Rio Preto-SP, 2017

Comparação	Diferença Estimada	Valor-p	IC (95%)	
T ₀ (GC-GI)	-0,84	0,39	-2,74	1,06
T ₅ (GC-GI)	-3,74	<0,01	-5,65	-1,84
GC (T ₅ -T ₀)	0,09	0,76	-0,52	0,70
GI (T ₅ -T ₀)	3,00	<0,01	2,32	3,68

Na análise intergrupos (GC e GI) da variável enfrentamento, observa-se que houve significância estatística em todos os fatores, demonstrando que tanto na primeira etapa do estudo (T₀), quanto na sexta (T₅) já havia diferenças nos modos de enfrentamento entre os pacientes do GC e do GI. Quando comparadas as diferenças intragrupos (T₀ e T₅), tem-se que apenas o fator fuga-esquiva não apresentou diferença no GI, enquanto o fator resolução de problemas apresentou um aumento médio de 0,39 pontos no IEEFL. A Tabela 7 apresenta a análise de regressão de efeito misto da variável enfrentamento e seus fatores.

Tabela 7 – Análise de Regressão de Efeito Misto da variável Enfrentamento nos 192 pacientes em tratamento hemodialítico, segundo o Grupo Controle (GC) e Grupo Intervenção (GI). nos dois momentos de coleta de dados. São José do Rio Preto-SP, 2017

Estratégia de Enfrentamento	Comparação	Diferença Estimada	Valor-p	IC (95%)	
Confronto	T ₀ (GC-GI)	0,48	<0,01	0,33	0,64
	T ₅ (GC-GI)	0,39	<0,01	0,24	0,55
	GC (T ₅ -T ₀)	0,03	0,02	0,00	0,06
	GI (T ₅ -T ₀)	0,12	<0,01	0,09	0,16
Afastamento	T ₀ (GC-GI)	0,41	<0,01	0,26	0,55
	T ₅ (GC-GI)	0,36	<0,01	0,21	0,50
	GC (T ₅ -T ₀)	0,03	0,04	0,00	0,06
	GI (T ₅ -T ₀)	0,08	<0,01	0,05	0,12
Autocontrole	T ₀ (GC-GI)	0,59	<0,01	0,44	0,75
	T ₅ (GC-GI)	0,54	<0,01	0,39	0,70
	GC (T ₅ -T ₀)	0,01	0,41	-0,02	0,04
	GI (T ₅ -T ₀)	0,06	<0,01	0,03	0,09
Suporte Social	T ₀ (GC-GI)	0,49	<0,01	0,30	0,67
	T ₅ (GC-GI)	0,47	<0,01	0,29	0,66
	GC (T ₅ -T ₀)	0,02	0,15	-0,01	0,04
	GI (T ₅ -T ₀)	0,03	0,02	0,00	0,06
Aceitação de Responsabilidade	T ₀ (GC-GI)	0,38	<0,01	0,20	0,56
	T ₅ (GC-GI)	0,28	<0,01	0,10	0,45
	GC (T ₅ -T ₀)	0,01	0,38	-0,02	0,04
	GI (T ₅ -T ₀)	0,12	<0,01	0,09	0,15

continua...

Estratégia de Enfrentamento	Comparação	Diferença Estimada	Valor-p	IC (95%)	
Fuga-Esquiva	T ₀ (GC-GI)	0,49	<0,01	0,26	0,73
	T ₅ (GC-GI)	0,45	<0,01	0,21	0,69
	GC (T ₅ -T ₀)	-0,04	0,08	-0,09	0,00
	GI (T ₅ -T ₀)	0,00	0,99	-0,05	0,05
Resolução de Problemas	T ₀ (GC-GI)	0,65	<0,01	0,47	0,82
	T ₅ (GC-GI)	0,25	<0,01	0,07	0,42
	GC (T ₅ -T ₀)	-0,01	0,79	-0,06	0,05
	GI (T ₅ -T ₀)	0,39	<0,01	0,33	0,45
Reavaliação Positiva	T ₀ (GC-GI)	0,57	<0,01	0,42	0,72
	T ₅ (GC-GI)	0,42	<0,01	0,27	0,57
	GC (T ₅ -T ₀)	-0,02	0,18	-0,04	0,01
	GI (T ₅ -T ₀)	0,14	<0,01	0,11	0,17

conclusão

Na Tabela 8, tem-se a análise de regressão de efeito misto da variável resiliência. Observa-se que não houve significância estatística na diferença intergrupos (GC e GI). No entanto, ao comparar a diferença estimada intragrupo (T_0 e T_5) do GI, após a intervenção educativa e motivacional, houve um aumento médio de 3,16 pontos na Escala de Resiliência, mostrando que, após a intervenção, os pacientes do GI tiveram um aumento no escore da variável resiliência.

Tabela 8 – Análise de Regressão de Efeito Misto da variável Resiliência nos 192 pacientes em tratamento hemodialítico, segundo o Grupo Controle (GC) e Grupo Intervenção (GI), nos dois momentos de coleta de dados. São José do Rio Preto-SP, 2017

Comparação	Diferença Estimada	Valor-p	IC (95%)	
T_0 (GC-GI)	0,19	0,94	-4,51	4,89
T_5 (GC-GI)	-2,90	0,23	-7,60	1,80
GC (T_5-T_0)	0,08	0,80	-0,50	0,65
GI (T_5-T_0)	3,16	<0,01	2,53	3,80

A Tabela 9 apresenta a análise de regressão de efeito misto da variável sintomas de ansiedade e depressão.

Para as duas variáveis, observa-se que não houve diferenças intergrupo (GC e GI) na primeira etapa do estudo (T_0). Quando comparadas as diferenças na sexta etapa (T_5), houve um aumento médio de 0,85 pontos na Escala HAD-Ansiedade e 1,06 na HAD-Depressão. Como a Escala HAD possui interpretação inversa, ou seja, quanto maior o escore, maiores os níveis de ansiedade e depressão, destaca-se que no T_5 os pacientes do GC apresentaram um aumento nos escores de sintomas de ansiedade e depressão, com relação ao mesmo tempo do GI.

Na análise intragrupos, tanto a variável sintomas de ansiedade quanto a variável sintomas de depressão apresentaram diferenças com significância estatística, nos dois grupos e nos dois momentos. Observa-se que no GI houve uma diminuição nos escores de sintomas de ansiedade e depressão, demonstrando que os pacientes do GI apresentaram melhoras nos níveis de sintomas de ansiedade e depressão, após a intervenção educativa e motivacional.

Tabela 9 – Análise de Regressão de Efeito Misto da variável Sintomas de Ansiedade e Depressão nos 192 pacientes em tratamento hemodialítico, segundo o Grupo Controle (GC) e Grupo Intervenção (GI), nos dois momentos de coleta de dados. São José do Rio Preto-SP, 2017

Variável	Comparação	Diferença Estimada	Valor-p	IC (95%)	
Ansiedade	T ₀ (GC-GI)	0,08	0,83	-0,70	0,86
	T ₅ (GC-GI)	0,85	0,03	0,07	1,63
	GC (T ₅ -T ₀)	0,31	<0,01	0,14	0,48
	GI (T ₅ -T ₀)	-0,45	<0,01	-0,64	-0,27
Depressão	T ₀ (GC-GI)	0,37	0,28	-0,30	1,04
	T ₅ (GC-GI)	1,06	<0,01	0,39	1,73
	GC (T ₅ -T ₀)	0,37	<0,01	0,21	0,52
	GI (T ₅ -T ₀)	-0,33	<0,01	-0,50	-0,15

Para a avaliação das mudanças nas variáveis autoeficácia, enfrentamento, resiliência e sintomas de ansiedade e depressão, após a intervenção educativa e motivacional, foi calculado o delta para cada variável, ou seja, a diferença dos valores de escores da sexta etapa do estudo (T₅) em relação à primeira etapa (T₀).

A Tabela 10 apresenta a comparação entre os grupos em relação à diferença das variáveis autoeficácia, enfrentamento, resiliência e ansiedade e depressão.

Em relação aos efeitos da intervenção nos grupos, observou-se relevância estatística para as variáveis apresentadas, demonstrando que o GI apresentou maior aumento dos escores médios das variáveis autoeficácia, enfrentamento, resiliência e sintomas de ansiedade e depressão em relação ao GC. Exceto para os fatores suporte social e fuga-esquiva da variável enfrentamento que não apresentaram mudança entre os grupos.

Tabela 10 – Teste de comparação da diferença dos valores de escores de T₅ em relação a T₀ das variáveis autoeficácia, enfrentamento, resiliência e sintomas de ansiedade e depressão entre GC e GI. São José do Rio Preto-SP, 2017

Diferença (pós-pré)	GC (n=106)		GI (n=86)		Valor p
	mediana (Q1-Q3)	mín;máx	mediana (Q1-Q3)	mín;máx	
Autoeficácia	0 (0-1)	-6 ; 6	1 (0-5)	0 ; 20	<0,01
Enfrentamento					
Confronto	0 (0-0)	-0,33 ; 0,33	0 (0-0,33)	-0,17 ; 0,5	<0,01
Afastamento	0 (0-0)	-0,43 ; 0,43	0 (0-0,14)	-0,43 ; 0,57	<0,01
Autocontrole	0 (0-0)	-0,4 ; 0,6	0 (0-0)	0 ; 0,4	<0,01
Suporte social	0 (0-0)	-0,5 ; 0,67	0 (0-0)	0 ; 0,33	0,11
Aceitação de responsabilidade	0 (0-0)	-0,43 ; 0,43	0,14 (0-0,29)	-0,29 ; 0,43	<0,01
Fuga-esquiva	0 (0-0)	-1,5 ; 1	0 (0-0)	0 ; 0	0,40
Resolução de problemas	0 (0-0)	-0,75 ; 0,5	0,25 (0,25-0,5)	-0,25 ; 1,5	<0,01
Reavaliação positiva	0 (0-0)	-0,33 ; 0,33	0,11 (0-0,22)	-0,22 ; 0,67	<0,01
Resiliência	0 (0-0)	-8 ; 6	2 (0-5)	-4 ; 19	<0,01
Ansiedade	0 (0-0)	-2 ; 4	0 (-1-0)	-4 ; 2	<0,01
Depressão	0 (0-0)	-1 ; 4	0 (0-0)	-3 ; 1	<0,01

Teste de Mann-Whitney

As figuras a seguir ilustram a comparação dos efeitos da intervenção no GC e no GI nas variáveis autoeficácia, enfrentamento, resiliência, sintomas de ansiedade, sintomas de depressão e os fatores do IEEFL.

Figura 9 – Gráficos Boxplot's para a comparação dos efeitos indiretos da intervenção no GC e GI nas variáveis autoeficácia, enfrentamento, resiliência e sintomas de ansiedade e depressão

Sintomas de Depressão

Sintomas de Depressão

Figura 10 – Gráficos Boxplot's para a comparação dos efeitos indiretos da intervenção no GC e GI nos Fatores do Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus

Fator Aceitação de Responsabilidade do IEEFL

Fator Fuga-Esquia do IEEFL

Fator Resolução de Problemas do IEEFL

Fator Resolução de Problemas do IEEFL

Fator Reavaliação Positiva do IEEFL

Fator Reavaliação Positiva do IEEFL

Assim, pode-se observar que as variáveis autoeficácia, enfrentamento, resiliência e sintomas de ansiedade e depressão apresentaram diferenças no GI, após participarem da atividade educativa e motivacional sobre consumo de líquidos, quando comparados com o GC.

4.3 Resultados relacionados ao impacto da intervenção educativa e motivacional no controle da ingestão hídrica de pacientes em tratamento hemodialítico

Neste tópico estão apresentados os resultados da análise feita para responder às hipóteses da pesquisa de que haveria mudanças no padrão de controle da ingestão hídrica, medido por meio do ganho de peso nos períodos interdialíticos dos participantes do GI, após participarem da intervenção educativa e motivacional. Bem como se as variáveis sociodemográficas, clínicas, de autoeficácia, de enfrentamento, de resiliência e de sintomas de ansiedade e depressão influenciariam no percentual ideal de perda de peso desses pacientes, e se existiria a associação entre essas variáveis.

O percentual ideal de perda de peso foi calculado pela razão entre a diferença real (peso pré-diálise – peso pós-diálise) e a diferença ideal de peso (peso pré-diálise – peso seco). Quanto mais o paciente se aproxima de 100%, mais próximo ele está da perda ideal de peso.

Na Tabela 11, é apresentado o cálculo das medidas resumo relativas ao percentual ideal de perda de peso, na qual pode-se observar que houve uma tendência de aumento desta variável, no decorrer das sessões.

Tabela 11 – Descrição da variável percentual ideal de perda de peso nas 16 medidas dos 192 pacientes em tratamento hemodialítico. São José do Rio Preto-SP, 2017

Tempo	Mínimo	Mediana	Média	DP	Máximo	% Ideal Peso Perdido
P1	29,55	100,00	94,93	8,85	100,00	0,5417
P2	50,00	100,00	95,99	7,01	100,00	0,5781
P3	50,41	100,00	96,51	7,07	100,00	0,6510
P4	48,76	100,00	96,27	7,15	100,00	0,6406
P5	49,59	100,00	97,35	7,01	100,00	0,7760
P6	48,00	100,00	97,36	7,00	100,00	0,7604
P7	48,03	100,00	97,27	6,92	100,00	0,7240
P8	49,59	100,00	96,74	8,07	100,00	0,7500
P9	47,93	100,00	97,21	7,42	100,00	0,7604
P10	49,59	100,00	96,59	8,01	100,00	0,7083
P11	41,18	100,00	96,63	8,43	100,00	0,7188
P12	50,41	100,00	97,20	7,34	100,00	0,7656
P13	51,67	100,00	97,00	7,42	100,00	0,7396
P14	47,50	100,00	97,26	7,23	100,00	0,7604
P15	47,93	100,00	97,00	7,57	100,00	0,7396
P16	51,61	100,00	97,45	6,86	100,00	0,7708

Na Figura 11, pode ser observado um maior percentual de participantes que conseguiram se aproximar da meta estabelecida de perda de peso (100%). A distribuição da variável, ao longo do tempo, pode ser observada na Figura 11.

Figura 11 – Distribuição do percentual de participantes conforme o percentual ideal de perda de peso ao longo do tempo

Na Tabela 12, têm-se os correspondentes cálculos das medidas resumos separadas por grupo (GC e GI). A variabilidade do GI foi menor comparada ao GC, enquanto o percentual ideal de perda de peso dos pacientes que atingiram a meta no GI, com exceção do tempo inicial, foi maior comparado ao GC.

Tabela 12 - Descrição das 16 medidas da variável peso dos 192 pacientes em tratamento hemodialítico, segundo o GC e GI. São José do Rio Preto-SP, 2017

Tempo	GC (n=106)						GI (n=86)					
	Mínimo	Mediana	Média	Máximo	DP	% Ideal	Mínimo	Mediana	Média	Máximo	DP	% Ideal
						Perda de Peso						Perda de Peso
P1	29,55	100,00	94,72	100,00	10,52	0,5849	70,69	96,92	95,18	100,00	6,26	0,4884
P2	50,00	100,00	95,38	100,00	8,46	0,5755	84,21	100,00	96,76	100,00	4,60	0,5814
P3	50,41	100,00	95,73	100,00	8,59	0,6321	83,05	100,00	97,46	100,00	4,42	0,6744
P4	48,76	100,00	95,62	100,00	8,68	0,6321	81,40	100,00	97,08	100,00	4,54	0,6512
P5	49,59	100,00	96,03	100,00	8,38	0,6604	66,67	100,00	98,97	100,00	4,32	0,9186
P6	48,00	100,00	95,86	100,00	8,65	0,6698	71,43	100,00	99,21	100,00	3,35	0,8721
P7	48,03	100,00	95,95	100,00	8,51	0,6321	70,59	100,00	98,90	100,00	3,65	0,8372
P8	49,59	100,00	95,19	100,00	9,31	0,6321	54,84	100,00	98,66	100,00	5,72	0,8953
P9	47,93	100,00	95,53	100,00	9,42	0,6698	81,25	100,00	99,28	100,00	2,49	0,8721
P10	49,59	100,00	95,25	100,00	9,17	0,6226	54,55	100,00	98,24	100,00	5,95	0,8140
P11	47,58	100,00	95,19	100,00	9,12	0,5849	41,18	100,00	98,40	100,00	7,16	0,8837
P12	50,41	100,00	95,39	100,00	9,08	0,6415	71,43	100,00	99,45	100,00	3,18	0,9186
P13	51,67	100,00	95,27	100,00	9,19	0,6132	78,12	100,00	99,13	100,00	3,31	0,8953
P14	47,50	100,00	95,54	100,00	9,11	0,6226	82,35	100,00	99,38	100,00	2,61	0,9302
P15	47,93	100,00	95,41	100,00	9,34	0,6226	75,00	100,00	98,95	100,00	3,74	0,8837
P16	51,61	100,00	95,76	100,00	8,69	0,6415	87,10	100,00	99,54	100,00	2,08	0,9302

Na Figura 12, pode-se observar a evolução do percentual ideal de perda de peso ao longo do tempo. Houve um maior aumento do percentual ideal de perda de peso no GI, com destaque a partir da quinta medida (p5) que correspondeu ao período de realização da primeira implementação da intervenção educativa e motivacional. Diante desses resultados, é possível afirmar que a intervenção educativa e motivacional teve impacto positivo no controle de ingestão de líquidos, medido pelo percentual ideal de perda de peso, dos pacientes em tratamento hemodialítico.

Figura 12 – Distribuição do percentual ideal de perda de peso por grupos (GC e GI), ao longo do tempo

A seguir, serão apresentadas análises gráficas com o intuito de observar a influência dessas variáveis no percentual ideal de perda de peso.

Na análise bivariada, observam-se nas Figuras 13, 14 e 15 os Boxplot's do percentual ideal de perda de peso para as variáveis estado civil, grupo do estudo e sexo. Houve uma maior variabilidade do percentual ideal de perda de peso entre os casados, bem como no GC e nas pessoas do sexo masculino.

Figura 13 – Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável estado civil

Figura 14 – Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável grupo

Figura 15 – Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável sexo

As Figuras 16, 17, 18, 19, 20 e 21 apresentam os correspondentes de dispersão do percentual ideal de perda de peso com a idade, anos de estudo, tempo de diagnóstico da DRC, tempo de tratamento por hemodiálise, número de complicações e número de doenças autorreferidas. Pode-se observar que, para as variáveis tempo de tratamento por hemodiálise, número de complicações e número de doenças autorreferidas, há indicativo de que se relacionaram negativamente com o percentual ideal de perda de peso, ou seja, quanto maior o tempo de tratamento por hemodiálise, maior o número de complicações e maior o número de doenças autorreferidas, menor o percentual ideal de perda de peso.

Figura 16 – Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável idade

Figura 17 – Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável anos de estudo

Figura 18 – Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável tempo de diagnóstico da DRC

Figura 19 – Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável tempo de tratamento por hemodiálise

Figura 20 – Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável número de complicações

Figura 21 – Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável número de doenças autorreferidas

A seguir, serão apresentadas as figuras correspondentes aos escores das Escalas de Autoeficácia, Resiliência, Sintomas de Ansiedade e Depressão da Escala HAD e os domínios do IEEFL (confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva). Pode-se observar que a autoeficácia e sintomas de depressão se relacionaram com o percentual ideal de perda de peso, assim como o autocontrole, confronto, fuga-esquiva, reavaliação positiva, resolução de problemas e suporte social.

Por meio da análise descritiva bivariada apresentada a seguir, pôde-se observar uma tendência de que as variáveis sociodemográficas, clínicas, de autoeficácia, de enfrentamento, de resiliência e sintomas de ansiedade e depressão influenciaram nas mudanças do padrão de consumo de líquidos, refletidas no percentual ideal de perda de peso.

Figura 22 – Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Autoeficácia

Figura 23 – Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Resiliência

Figura 24 – Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Sintomas de Ansiedade

Figura 25 – Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Sintomas de Depressão

Figura 26 – Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Fator Confronto do IEEFL

Figura 27 – Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Fator Afastamento do IEEFL

Figura 28 – Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Fator Autocontrole do IEEFL

Figura 29 – Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Fator Suporte Social do IEEFL

Figura 30 – Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Fator Aceitação de Responsabilidade do IEEFL

Figura 31 – Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Fator Fuga-Esquiva do IEEFL

Figura 32 – Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Fator Resolução de Problemas do IEEFL

Figura 33 – Distribuição do percentual ideal de perda de peso para a variável Fator Reavaliação Positiva do IEEFL

A partir dos resultados descritivos que indicaram relações entre as variáveis independentes e a variável desfecho, realizou-se a análise de regressão do modelo beta inflacionado.

De acordo com as etapas descritas para a análise do modelo beta inflacionado, desenvolveu-se o Modelo 1 resultante da modelagem para o parâmetro μ (Apêndice F), no qual as variáveis independentes inseridas se relacionaram com o desfecho, porém o modelo foi rejeitado, pois alguns valores situados nos extremos da distribuição e no afastamento dos quantis da amostra indicaram que o ajuste não foi satisfatório. O teste de normalidade de Shapiro-Wilk indicou a rejeição da hipótese de normalidade para os resíduos ($W=0,9983$, $p\text{-valor}=0,0020$) (Apêndice J).

Diante da rejeição do Modelo 1, desenvolveu-se o Modelo 2 no qual se inseriram as variáveis independentes para a dispersão e mantiveram-se as variáveis com significância na primeira etapa. Tal modelagem para o parâmetro σ (Apêndice G) foi satisfatório para o teste de normalidade de Shapiro-Wilk e indicou a não rejeição da hipótese de normalidade para os resíduos ($W=0,9993$, $p\text{-valor}=0,3467$) (Apêndice K).

No entanto, optou-se por acrescentar a modelagem para o parâmetro τ , ou seja, a probabilidade de se atingir a meta (perder 100% do peso estipulado) (Modelo 3). Para a comparação dos modelos propostos, realizou-se o teste da Razão de Verossimilhança entre os modelos 1 e 2 (Apêndice H) e entre os modelos 2 e 3 (Apêndice L).

Para a modelagem do parâmetro τ , foram mantidas as variáveis significantes da μ e da σ obtidas no modelo 2. As variáveis significativas para τ foram grupo e percentual ideal de perda de peso nos 16 tempos, bem como os escores das escalas de resiliência e sintomas de ansiedade e os fatores confronto, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade e reavaliação positiva do IEEFL. Destaca-se que, para as variáveis independentes inseridas no Modelo 3, foi obtida significância estatística, com exceção do peso 2 (Tabela 13).

Para a variável grupo, os participantes da intervenção tiveram 3,54 vezes mais chance de atingir a meta comparados aos participantes do controle. No tempo 3 de medida do peso, os participantes tiveram 1,67 vez mais chance de atingir a meta comparada ao tempo 1 (baseline). A interpretação é análoga para os demais tempos.

As escalas de resiliência e os fatores confronto e resolução de problemas do IEEFL apresentaram uma relação positiva com a probabilidade de se atingir a meta,

enquanto os domínios fuga-esquiva e reavaliação positiva apresentaram uma relação negativa. Os escores das escalas de autoeficácia e sintomas de ansiedade também apresentaram uma relação negativa com a probabilidade de se atingir a meta.

Tem-se que nos fatores confronto, resolução de problemas e resiliência, para cada ponto a mais no IEEFL têm-se 2,07, 1,33 e 1,02 vezes mais chances, respectivamente, de se atingir a meta de percentual ideal de perda de peso (100%).

Na autoeficácia, para cada ponto a mais na escala, tem-se uma redução de 3,62% ($1 - 0.9638$) de chance de se atingir a meta de percentual ideal de perda de peso (100%). Houve associação negativa também para os fatores do IEEFL, fuga-esquiva e reavaliação positiva, nos quais, tem-se redução na chance de atingir a meta de percentual ideal de perda de peso, de 17,5% ($1 - 0.825$) e 31,54% ($1 - 0.6846$) respectivamente, para cada ponto a mais nas escalas.

Em sintomas de ansiedade, a redução é de 3,91% ($1 - 0.9609$) para cada ponto a mais na escala.

Tabela 13 – Análise de Regressão do Modelo Beta Inflacionada para o parâmetro escala, mantendo-se as variáveis significantes para média e dispersão dos 192 pacientes em tratamento hemodialítico. São José do Rio Preto-SP, 2017

Parâmetros Média (μ)	Estimativa	Erro-padrão	Valor T	p-valor	μ	IC 95% μ	
(Intercept)	2,8302	0,1776	15,9355	0,0000*			
Grupo GI	0,0867	0,0443	1,9572	0,0504	1,0906	0,9999	1,1895
Tempo Diag DRC	0,0009	0,0002	4,4464	0,0000*	1,0009	1,0005	1,0012
Tempo de Hemodiálise	0,0037	0,0004	-9,9166	0,0000*	0,9963	0,9956	0,9971
Número de doenças autorreferidas	-0,0364	0,0052	-6,9882	0,0000*	0,9643	0,9545	0,9742
Autoeficácia	-0,0072	0,0023	-3,1532	0,0016*	0,9929	0,9884	0,9973
Fator Confronto (IEEFL)	0,4452	0,0244	18,2470	0,0000*	1,5608	1,4879	1,6372
Fator Autocontrole (IEEFL)	-0,3123	0,0289	-10,8077	0,0000*	0,7318	0,6915	0,7744
Fator Suporte Social (IEEFL)	-0,1736	0,0221	-7,8589	0,0000*	0,8407	0,8050	0,8778
Fator Fuga-Esquiva (IEEFL)	-0,0750	0,0201	-3,7273	0,0002*	0,9277	0,8918	0,9650
Fator Reav Positiva (IEEFL)	0,1586	0,0345	4,5952	0,0000*	1,1719	1,0952	1,2539
Resiliência	0,0035	0,0011	3,2853	0,0010*	1,0035	1,0014	1,0055
Sintomas de Depressão	-0,0256	0,0067	-3,8205	0,0001*	0,9747	0,9620	0,9876
Peso 2	0,0501	0,0516	0,9710	0,3316	1,0514	0,9503	1,1632
Peso 3	0,0992	0,0525	1,8891	0,0590	1,1042	0,9963	1,2239
Peso 4	0,0909	0,0553	1,6447	0,1001	1,0952	0,9827	1,2205
Peso 5	0,0976	0,0573	1,7027	0,0887	1,1025	0,9854	1,2336
Peso 6	0,1206	0,0626	1,9272	0,0540	1,1281	0,9980	1,2753
Peso 7	0,1642	0,0626	2,6209	0,0088*	1,1784	1,0423	1,3324
Peso 8	-0,0365	0,0654	-0,5589	0,5763	0,9641	0,8482	1,0959
Peso 9	0,0463	0,0633	0,7314	0,4646	1,0474	0,9252	1,1856
Peso 10	0,0712	0,0661	1,0772	0,2815	1,0738	0,9434	1,2222
Peso 11	0,0344	0,0710	0,4844	0,6281	1,0350	0,9006	1,1894
Peso 12	0,0857	0,0656	1,3067	0,1914	1,0894	0,9581	1,2388
Peso 13	0,0064	0,0605	0,1059	0,9157	1,0064	0,8938	1,1332
Peso 14	0,0930	0,0602	1,5460	0,1222	1,0975	0,9754	1,2348
Peso 15	0,0243	0,0702	0,3466	0,7289	1,0246	0,8929	1,1757
Peso 16	0,1062	0,0685	1,5500	0,1213	1,1120	0,9723	1,2718

continua...

Parâmetros Dispersão (σ)	Estimativa	Erro-padrão	Valor T	p-valor	σ	IC 95% σ	
(Intercept)	-2,7667	0,3503	-7,8978	0,0000*	0,0629	0,0316	0,1249
Grupo GI	0,4434	0,0890	4,9841	0,0000*	1,5579	1,3087	1,8547
Casado	0,4694	0,1003	4,6778	0,0000*	1,5990	1,3135	1,9466
Separado	0,4436	0,1376	3,2253	0,0013*	1,5584	1,1901	2,0406
Viúvo	0,1891	0,1618	1,1686	0,2427	1,2082	0,8798	1,6592
Tempo de Hemodiálise	0,0024	0,0008	2,9936	0,0028*	1,0024	1,0008	1,0040
Número de complicações	-0,0364	0,0150	2,4327	0,0150*	1,0371	1,0071	1,0680
Número de doenças autorreferidas	-0,0388	0,0160	-2,4301	0,0152*	0,9619	0,9322	0,9925
Fator Confronto (IEEFL)	0,2351	0,0664	3,5386	0,0004*	1,2650	1,1106	1,4409
Fator Autocontrole (IEEFL)	-0,3377	0,0642	-5,2641	0,0000*	0,7134	0,6291	0,8090
Fator Suporte Social (IEEFL)	-0,2021	0,0632	-3,1975	0,0014*	0,8170	0,7218	0,9248
Fator Aceitação de Responsabilidades (IEEFL)	0,2616	0,0664	3,9403	0,0001*	1,2990	1,1405	1,4796
Fator Reav Positiva (IEEFL)	0,3526	0,0825	4,2750	0,0000*	1,4228	1,2104	1,6724
Resiliência	-0,0049	0,0019	-2,5482	0,0109*	0,9951	0,9913	0,9989
Sintomas de Ansiedade	-0,0322	0,0140	-2,3112	0,0209*	0,9683	0,9422	0,9951
Sintomas de Depressão	0,0788	0,0162	4,8732	0,0000*	1,0820	1,0482	1,1168
Peso 2	-0,4741	0,1302	-3,6416	0,0003*	0,6224	0,4822	0,8034
Peso 3	-0,4579	0,1388	-3,2983	0,0010*	0,6326	0,4819	0,8305
Peso 4	-0,2451	0,1352	-1,8135	0,0699	0,7826	0,6005	1,0200
Peso 5	-0,3555	0,1566	-2,2696	0,0233*	0,7008	0,5155	0,9527
Peso 6	-0,1174	0,1531	-0,7670	0,4432	0,8892	0,6587	1,2004
Peso 7	-0,1188	0,1508	-0,7879	0,4308	0,8880	0,6608	1,1933
Peso 8	0,0458	0,1535	0,2982	0,7656	1,0468	0,7749	1,4142
Peso 9	-0,1073	0,1562	-0,6867	0,4923	0,8983	0,6614	1,2201
Peso 10	0,0776	0,1497	0,5182	0,6044	1,0807	0,8059	1,4492
Peso 11	0,2037	0,1490	1,3672	0,1717	1,2260	0,9155	1,6418
Peso 12	-0,0157	0,1578	-0,0995	0,9207	0,9844	0,7225	1,3413
Peso 13	-0,1724	0,1533	-1,1244	0,2609	0,8416	0,6232	1,1367
Peso 14	-0,1905	0,1576	-1,2084	0,2270	0,8266	0,6069	1,1258
Peso 15	0,1574	0,1540	1,0217	0,3070	1,1704	0,8654	1,5830
Peso 16	0,0579	0,1594	0,3633	0,7164	1,0596	0,7753	1,4482

continuação

Parâmetros Escala (τ)	Estimativa	Erro-padrão	Valor T	p-valor	τ	IC 95% τ	
(Intercept)	-1,6424	0,4419	-3,7170	0,0002*	0,1935	0,0814	0,4601
Peso 2	0,1666	0,2183	0,7632	0,4454	1,1813	0,7701	1,8119
Peso 3	0,5125	0,2220	2,3087	0,0210*	1,6695	1,0805	2,5796
Peso 4	0,4616	0,2213	2,0861	0,0371*	1,5866	1,0283	2,4481
Peso 5	1,1975	0,2379	5,0337	0,0000*	3,3118	2,0776	5,2791
Peso 6	1,1013	0,2349	4,6888	0,0000*	3,0081	1,8983	4,7669
Peso 7	0,8912	0,2292	3,8874	0,0001*	2,4380	1,5556	3,8209
Peso 8	1,0394	0,2331	4,4592	0,0000*	2,8275	1,7906	4,4650
Peso 9	1,1013	0,2349	4,6888	0,0000*	3,0081	1,8983	4,7669
Peso 10	0,8061	0,2273	3,5462	0,0004*	2,2391	1,4341	3,4958
Peso 11	0,8625	0,2286	3,7735	0,0002*	2,3691	1,5136	3,7080
Peso 12	1,1329	0,2358	4,8037	0,0000*	3,1047	1,9555	4,9291
Peso 13	0,9791	0,2315	4,2301	0,0000*	2,6620	1,6912	4,1900
Peso 14	1,1013	0,2349	4,6888	0,0000*	3,0081	1,8983	4,7669
Peso 15	0,9791	0,2315	4,2301	0,0000*	2,6620	1,6912	4,1900
Peso 16	1,1650	0,2368	4,9187	0,0000*	3,2058	2,0153	5,0997
Grupo GI	1,2642	0,1097	11,5265	0,0000*	3,5404	2,8555	4,3895
Autoeficácia	-0,0369	0,0078	-4,7285	0,0000*	0,9638	0,9492	0,9787
Fator Confronto (IEEFL)	0,7270	0,0830	8,7559	0,0000*	2,0689	1,7582	2,4345
Fator Fuga-Esquiva (IEEFL)	-0,1924	0,0609	-3,1595	0,0016*	0,8250	0,7321	0,9296
Fator Resolução de Problemas (IEEFL)	0,2868	0,0855	3,3526	0,0008*	1,3322	1,1265	1,5753
Fator Reav Positiva (IEEFL)	-0,3789	0,1078	-3,5144	0,0004*	0,6846	0,5542	0,8457
Resiliência	0,0200	0,0032	6,2416	0,0000*	1,0203	1,0138	1,0267
Sintomas de Ansiedade	-0,0399	0,0168	-2,3700	0,0179*	0,9609	0,9297	0,9931

conclusão

*p<0,05

Na Figura 34, pode-se verificar a análise de diagnóstico do Modelo 3, no qual foi demonstrado que os resíduos do modelo não apresentaram qualquer tendência de crescimento ou decrescimento, nem qualquer indício de dependência entre os resíduos do modelo. O teste de normalidade de Shapiro-Wilk indicou a não rejeição da hipótese para os resíduos ($W=0.9994$, $p\text{-valor} = 0.3614$).

Figura 34 – Análise de diagnóstico do Modelo 3, segundo o teste de normalidade de Shapiro-Wilk

Pode-se perceber que o modelo de regressão do modelo beta inflacionado respondeu ao objetivo geral proposto, ao analisar o percentual ideal de perda de peso no decorrer das sessões de hemodiálise, no período da intervenção. Observa-se um aumento no percentual ideal de perda de peso dos pacientes do GI comparados ao GC.

Os pacientes com DRC em tratamento hemodialítico que participaram da intervenção educativa e motivacional sobre o consumo de líquidos diminuíram o padrão de ganho de peso, nos períodos interdialíticos. As variáveis autoeficácia, sintomas de ansiedade e de depressão e os fatores fuga-esquiva e reavaliação positiva do IEEFL apresentaram relação negativa com percentual ideal de perda de peso, enquanto a resiliência e os fatores confronto e resolução de problemas do IEEFL tiveram relação positiva com o percentual ideal de perda de peso.

5 DISCUSSÃO

A intervenção utilizada no presente estudo foi elaborada de acordo com a Teoria Social Cognitiva de Bandura. Os pacientes do GI participaram de uma intervenção educativa com a demonstração de um vídeo, durante a sessão de hemodiálise, e foram realizadas conversas dialogadas para reforço das orientações sobre a DRC e o controle de ingestão hídrica. Com isso, buscou-se confirmar a hipótese de que haveria mudanças no padrão de ganho de peso nos períodos interdialíticos dos pacientes do GI, após participarem da intervenção educativa e motivacional sobre consumo de líquidos.

A escolha adequada da ferramenta para o desenvolvimento da intervenção educativa, associada à adoção de um referencial teórico, foi fundamental para a condução da intervenção. Nesse sentido, o referencial teórico deve permitir o favorecimento do processo de ensino-aprendizagem.

As imagens estão presentes desde os primeiros registros da humanidade. Cavalcante; Moreira e Araújo (2010) descrevem que a força comunicacional das imagens consegue dizer muito mais do que captamos e encontramos dentro de nós uma repercussão em imagens básicas, centrais, simbólicas, arquetípicas, com as quais nos identificamos, ou que se relacionam conosco de alguma forma.

Stina, Zamarioli e Carvalho (2014) verificaram o efeito de um vídeo educativo sobre o conhecimento do aluno sobre higiene bucal de pacientes em quimioterapia. Os resultados evidenciaram que o vídeo educativo contribuiu para melhorar o conhecimento cognitivo e procedimental de alunos de graduação em enfermagem quanto à higiene bucal. As autoras relatam que o vídeo proporcionou uma mudança comportamental imediata, pois se trata de uma mídia de fácil acesso e de retorno rápido.

Figueira et al. (2017), em seu estudo, avaliaram o efeito de intervenções educativas para o conhecimento da doença, adesão ao tratamento medicamentoso e controle glicêmico de pessoas com DM. As autoras utilizaram a Teoria Social Cognitiva para a condução das intervenções, por meio de Mapas de Conversação em DM. Os pacientes do estudo apresentaram melhora significativa nas variáveis investigadas, após a intervenção.

Já outro estudo, realizado com 63 pacientes em uma unidade de saúde do interior paulista, avaliou a efetividade do suporte telefônico no controle metabólico de idosos com DM. Os participantes foram divididos em dois grupos, e o suporte telefônico foi oferecido durante quatro meses para um grupo com conteúdo educativo,

para o outro grupo foram enviadas correspondências por via postal. Os autores constataram que houve significância estatística na redução dos parâmetros das variáveis glicemia de jejum, pressão arterial sistólica e diastólica. O suporte telefônico foi considerado uma estratégia educativa efetiva para essa população estudada (BECKER et al., 2017).

São escassas as pesquisas com fundamentação teórica em Bandura com vistas aos pacientes com DRC. No entanto, pesquisas internacionais têm tido um crescente interesse no desenvolvimento e utilização de intervenções, para promover e apoiar pacientes em relação ao cuidado de saúde (YUN; CHOI, 2016; JOBOSHI; OKA, 2017)

Orquendo, Asencio e Nieves (2017) enfatizam em seu estudo a importância do uso de intervenções educativas e motivacionais para incentivar a adesão à prescrição dietética e hídrica dos pacientes com DRC em hemodiálise.

Em adição, há também grande relevância em avaliar e descrever o perfil da população estudada, quanto às características sociodemográficas, econômicas e clínicas e sua associação com os desfechos, neste estudo representado pelo percentual ideal de perda de peso, na busca da compreensão não somente da significância estatística, mas do contexto clínico, frente aos resultados do estudo.

Nesta pesquisa, houve predominância do sexo masculino nos dois grupos. Dados que corroboram estudos nacionais e internacionais de pacientes que fazem hemodiálise, nos quais a porcentagem de homens é superior à de mulheres em tratamento de hemodiálise (BERTOLIN et al., 2011; VALCANTI et al., 2012; PERALES-MONTILLA; DUSCHEK; PASO, 2013; WU et al., 2016; BETTONI; OTTAVIANI; ORLANDI, 2017; NIIHATA et al., 2017). No Brasil, segundo o Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica de 2016, 57% dos pacientes em tratamento dialítico eram do sexo masculino (SESSO et al., 2017).

Embora a expectativa de vida entre as mulheres seja maior, e, portanto, estas são mais vulneráveis a desenvolver doenças crônicas, incapacidades e dependência com o envelhecimento, estas ainda procuram mais os serviços de saúde do que os homens. Culturalmente, as mulheres realizam consultas periódicas de rotina e possuem uma melhor adesão ao tratamento prescrito, quando comparadas aos homens. Estudos demonstram que os homens têm sido mais acometidos por doenças crônicas em virtude de se julgarem invulneráveis, o que contribui para que ele se exponha a mais situações de risco e cuide menos da sua saúde (GOMES;

SCHRAIBER; COUTO, 2005; ASSUNÇÃO; URSINE, 2008; LOUREIRO, et al., 2011). No estudo, observou-se uma menor variabilidade do percentual ideal de perda de peso entre as mulheres, indicando que a maioria das mulheres manteve um padrão mais constante de consumo de líquidos, o que reflete em uma proximidade maior com a meta de perder 100% do peso interdialítico.

Com relação à idade, os resultados deste estudo corroboram uma realidade mundial, o envelhecimento populacional. A maioria dos pacientes era idosa. O Inquérito Brasileiro de Diálise de 2016 mostra que o percentual de pacientes em diálise com idade menor ou igual a 12 anos, entre 13 e 19, de 20 a 64 anos, de 65 a 74 anos ou ≥ 75 anos foi de 0,3%, 0,9%, 65,7%, 21,8% e 11,2% respectivamente (SESSO et al., 2017).

De acordo com Tonelli e Riella (2014), a prevalência da DRC é maior em pessoas que possuem idades mais avançadas. No idoso, há uma diminuição do fluxo renal devido ao aumento da resistência intrarrenal e da perda da capacidade de autorregulação que desencadeia a insuficiência do sistema renal (RIELLA, 2010; ABREU; SCHOR, 2011), dentre outras alterações decorrentes do envelhecimento. Associadas às alterações da senescência, há elevadas taxas de HA e DM na população geral e mais frequentes nos idosos, doenças estas consideradas atualmente as principais causas da DRC, o que tem gerado um aumento do número de idosos em TRS (FRANCO; FERNANDES, 2013).

Para Rabelo e Neri (2013), a implementação de intervenções para a população idosa exige habilidades e conhecimentos adequados que permitam incentivar e promover recursos pessoais e psicossociais que possam impactar positivamente no tratamento. O idoso deve estar inserido na intervenção, considerando-se seu entendimento e limitações decorrentes do processo de envelhecimento.

No estudo, observou-se um padrão de perda de peso entre as faixas etárias da população, não havendo tendências de diferenças no percentual ideal de perda de peso com relação à idade.

Notou-se na pesquisa um maior percentual de pacientes casados ou em união estável. Para os pacientes em tratamento hemodialítico, possuir um companheiro aumenta a chance de ter uma pessoa para auxiliá-los nos cuidados diários. O papel da família é fundamental enquanto parte da rede de apoio ao paciente renal crônico, visto que exerce papel de proteção e socialização, além de servir como

apoio no enfrentamento das dificuldades advindas com a doença e o tratamento (PREZOTTO; ABREU, 2014).

No entanto, no presente estudo os pacientes casados ou em união estável apresentaram uma maior variabilidade do percentual ideal de perda de peso.

Quanto à escolaridade, pôde-se observar uma parcela da população estudada que é analfabeta, e a média de anos de estudo sugere baixo nível instrucional. Esses dados condizem com a realidade brasileira, na qual uma parcela significativa da população é analfabeta ou tem poucos anos de estudo. Dados do censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstraram que 9,6% da população brasileira é analfabeta, o que corresponde a 13.933.173 milhões de pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). A baixa escolaridade é um dificultador para o processo ensino-aprendizagem, podendo interferir na adesão do paciente ao regime terapêutico, assim como limitar o acesso e compreensão às informações.

Vasconcelos; Vasconcelos (2013) discutem a importância da implementação de práticas educativas para a transformação dos comportamentos em saúde, ressaltando o valor de projetos informativos e educativos específicos para o público-alvo, respeitando as necessidades e limitações da população assistida.

Assim, considera-se que o nível de escolaridade e a renda são variáveis importantes que devem ser consideradas, ao elaborar uma intervenção. É preciso aprimorar as estratégias e direcionar a ação educativa para que tenham impacto positivo na construção do conhecimento e adesão do paciente ao tratamento.

No que se refere aos meios de obtenção de renda, a maioria dos pacientes do estudo se mantinha com a aposentadoria. Estudo realizado por Calil (2016), em um centro de diálise do interior paulista, apresentou que apenas 7,43% dos pacientes trabalhavam. Dos nove pacientes que trabalhavam, a autora descreve que cinco apresentavam capacidade moderada, dois, capacidade boa e dois, capacidade baixa para o trabalho.

A DRC e seu tratamento implicam em limitações significativas na vida do paciente, mas não são impedimentos para o trabalho. Muitos pacientes relatam não trabalharem por ter dificuldades para realizar as atividades laborais devido à impossibilidade de manter uma jornada de trabalho adequada. Essa privação ao trabalho representa uma condição de risco para a saúde mental do paciente e interfere em suas relações pessoais. Todavia, a DRC e seu tratamento não constituem fator

impeditivo direto e absoluto para a realização de algum tipo de atividade remunerada por parte da maioria dos pacientes, no entanto é necessário reconhecer as limitações que são impostas à vida e à rotina do paciente e as consequências do tratamento dialítico (CARREIRA; MARCON, 2003; LARA; SARQUIS, 2004).

Pilger et al. (2010) descrevem que a readaptação ao trabalho de pessoas em tratamento contínuo, como a hemodiálise, gera sentimentos de impotência devido à perda de seu papel produtivo na sociedade. Sabe-se ainda que a importância do trabalho não se limita apenas ao retorno financeiro, os pacientes que possuem uma atividade laboral apresentam melhor qualidade de vida relacionada à saúde e mais autoestima, visto que se sentem úteis e independentes (CARREIRA; MARCON, 2003; OLIVEIRA et al., 2012).

O sentimento de impotência e a perda de produtividade estão relacionados com maiores níveis de ansiedade e de depressão em pacientes com doenças crônicas (PILGER et al., 2010; COUTINHO; COSTA, 2015). Estudos nacionais e internacionais descrevem que fatores como ansiedade e depressão possuem relação direta com o ganho de peso interdialítico (OTTAVIANI et al., 2016; SHARAF, 2016; LIU et al., 2017; SANTOS et al., 2017). Os autores indicam que pacientes acometidos por sintomas ansiosos e/ou depressivos possuem mais chances de não aderirem corretamente ao regime terapêutico prescrito.

Em relação ao perfil clínico dos participantes do estudo, a HA foi a doença mais autorreferida, seguida do déficit visual e DM. Observou-se que a maioria dos pacientes apresentou em média duas ou mais doenças autorreferidas.

No estudo de Pinho, Silva e Pierin (2015), foram avaliados 1.422 pacientes internados na enfermaria da clínica médica em um hospital universitário na cidade de São Paulo com o objetivo de identificar a prevalência e os fatores associados à DRC. Os autores constataram a HA e o DM como os principais fatores de risco cardiovascular passíveis de internação.

A HA tem sido considerada uma afecção onipresente na DRC, pois além de constituir uma das causas mais importantes para a instalação e desenvolvimento da doença, a HA também pode ser uma consequência da DRC (ANDERSEN; AGARWAL, 2005).

A prevalência de DM vem aumentando consideravelmente nos últimos anos, de acordo com o Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica de 2016, o número total de pacientes novos que iniciaram diálise apresentando nefropatia diabética foi de

16.309, correspondendo a uma taxa de 79 pacientes pmp (41% do total de casos incidentes), sendo essa uma taxa maior que diversos países europeus e próxima à norte-americana que é de 44% (UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM, 2014; SESSO et al., 2017).

No presente estudo, as complicações físicas mais referidas pelos pacientes foram câibras, anemia e hipotensão arterial, durante a sessão de hemodiálise. Destaca-se que os pacientes do estudo apresentaram um aumento na média de complicações físicas autorreferidas, quando comparados com o estudo de Oller et al. (2012) nessa mesma população em 2011, os quais encontraram uma média de 4,7 complicações por paciente.

Diversos autores associam as complicações dialíticas ao consumo alimentar e hídrico do paciente com DRC (SARKAR et al., 2006; HOLMBERG, STEGMAYR; 2009; NERBASS, 2013; SHARAF, 2016). Além da não adesão ao regime terapêutico prescrito sobre a restrição hídrica, o consumo excessivo de sódio também contribui para o aumento do peso interdialítico, visto que este é o principal desencadeador do aumento da osmolaridade extracelular, desencadeando a sede (NERBASS, 2013; SHARAF, 2016).

Uma revisão integrativa, realizada nas bases PubMed, CUIDEN, CINAHL, The Cochrane Library e ScienceDirect em 2015 com o objetivo de identificar os fatores que contribuem para a adesão à dieta dos pacientes com DRC em hemodiálise, encontrou que 25% dos pacientes não têm adesão ao tratamento prescrito e que em 86% dos casos tal fato influencia na morbidade e mortalidade dessa população. A idade, tempo de diálise, motivação e percepção distorcida da adesão ao tratamento foram fatores levantados como barreiras intrínsecas à adesão à prescrição dietética e hídrica, enquanto a autoeficácia, a percepção da doença e a percepção de controle da doença foram facilitadores do tratamento (ORQUENDO; ASECIO; NIEVES, 2017).

Retomando a hipótese de que haveria mudanças nos escores da variável autoeficácia dos participantes do GI, após participarem da intervenção educativa e motivacional sobre consumo de líquidos, quando comparados ao GC, esta foi comprovada, pois se obteve uma variação maior no escore de autoeficácia do GI comparada ao GC, indicando melhores resultados de autoeficácia no GI. No entanto, quando comparada a autoeficácia com o percentual ideal de perda de peso, houve uma associação negativa.

A variável autoeficácia, embora seja um fator que compõe o referencial teórico utilizado neste estudo, bem como um constructo utilizado na elaboração da intervenção educativa, não foi avaliada por meio de um instrumento específico para os pacientes em tratamento hemodialítico, o que pode justificar a associação negativa com o desfecho. Para Bandura; Azzi; Polydoro (2008), a autoeficácia baseia-se na percepção de competência, é prospectiva, relacionada à ação e depende da situação/domínio/tarefa específicos. A autoeficácia específica é considerada um *estado* motivacional, enquanto a autoeficácia geral é um *traço* motivacional.

Diante da ausência de uma escala de avaliação da autoeficácia em pacientes com DRC em tratamento hemodialítico na literatura brasileira, a mensuração dessa variável deu-se a partir da Escala de Autoeficácia Geral e Percebida, o que dificultou a avaliação de parâmetros específicos desta população, uma vez que os pacientes com DRC possuem particularidades às quais a escala geral pode não ter sido sensível.

Um estudo brasileiro, que utilizou um programa educativo estruturado a partir da Teoria Social Cognitiva de Bandura com um dos objetivos de testar o efeito de um programa educativo e de estimulação ao autocuidado sobre a autoeficácia dos pacientes, teve como resultado que o grupo que participou do programa educativo não apresentou significância estatística na variável autoeficácia, quando comparado com o grupo controle. A autora atribuiu o resultado também à não utilização de um instrumento específico para os pacientes em uso de terapia de anticoagulante oral (CORBI, 2013). Já no estudo de Pelegrino (2013), foi encontrada maior autoeficácia entre os pacientes do GI, quando comparados com os pacientes do GC, no entanto a autora não encontrou significância estatística intragrupos.

Wells e Anderson (2011) utilizaram a Escala de Autoeficácia Geral e Percebida em um estudo transversal com 85 pacientes com DRC. Os autores identificaram alta autoeficácia entre os participantes, o que sugere bons resultados para essa população.

Um estudo de intervenção educativa realizado no Japão com 65 pacientes com DRC em pré-diálise detectou um aumento significativo nos parâmetros de autoeficácia no grupo que recebeu a intervenção em relação ao grupo controle. No grupo GI, o escore médio de autoeficácia variou de 80,5 no pré-teste para 85,0 no pós-teste, enquanto no GC houve uma redução no escore médio, de 81,0 no pré-teste para 80,0 no pós-teste. Os autores atribuem os resultados ao fato de os pacientes do

GI poderem, com a intervenção educativa, rever suas metas e ajustar seus comportamentos. No estudo, os autores utilizaram uma escala de autoeficácia específica para pacientes com DRC, considerando todas as especificidades da população estudada (JOBOSHI; OKA, 2017).

Yun e Choi (2016) utilizaram o constructo de autoeficácia para a elaboração de um vídeo educativo para avaliar o efeito de um programa alimentar em pacientes com DRC em hemodiálise na Coreia. O vídeo foi elaborado com base na fonte de autoeficácia, da persuasão verbal e, no decorrer das etapas foram utilizadas as fontes de experiências vicárias e estímulo emocional, e o estudo teve duração de oito semanas. Os autores concluíram que a intervenção baseada no constructo autoeficácia foi eficaz para melhorar a adesão às orientações da dieta para os pacientes com DRC em hemodiálise, no entanto a autoeficácia não foi considerada uma variável do estudo.

Considerando-se outra hipótese deste estudo, de que haveria mudanças nos escores da variável enfrentamento no GI após a intervenção educativa e motivacional, quando comparados ao GC, obteve-se na análise dos fatores do IEEFL que no GC não houve mudanças com significância estatística, quando comparados os fatores nos dois momentos de coleta de dados (T_0 e T_5). Enquanto no GI os fatores confronto, afastamento, autocontrole, aceitação de responsabilidade, resolução de problemas e reavaliação positiva apresentaram mudanças com significância estatística, quando comparados antes e após a intervenção. O fator com melhores escores no GC foi a reavaliação positiva, e no GI foram a resolução de problemas e a reavaliação positiva.

Quando realizada a análise entre enfrentamento e percentual ideal de perda de peso, os fatores confronto e resolução de problemas do IEEFL apresentaram relação positiva com o percentual ideal de perda de peso, enquanto os fatores fuga-esquiva e reavaliação positiva apresentaram relação negativa.

As pessoas apresentam formas diferentes de adaptação ao diagnóstico da DRC e hemodiálise. Essa adaptação depende do processo de enfrentamento que se inicia a partir do diagnóstico. O modo com que cada paciente lida com os estressores relacionados ao diagnóstico são resultados dos recursos individuais e de sua relação com o meio externo (SOUZA et al., 2015).

O interesse dos enfermeiros pelo processo de enfrentamento dos pacientes em tratamento hemodialítico é importante, pois há grande participação desse

profissional no processo, principalmente no auxílio e direcionamento do paciente no enfrentamento focado no problema (BERTOLIN et al., 2007).

Neste estudo destaca-se a estratégia de reavaliação positiva como a mais utilizada, estes dados corroboram estudos semelhantes e também apontaram a reavaliação positiva como fator mais utilizado pelos pacientes. (BERTOLIN et al., 2011; BOTELHO et al., 2011; SOUZA et al., 2015). Essa estratégia descreve os esforços para proporcionar crescimento pessoal e criar significados positivos diante dos problemas. É o controle da tristeza que serve como forma de ressignificar, aprender e mudar, a partir de uma situação conflitante (FOLKMAN et al., 1986; RIBEIRO et al. 2015).

Pode-se analisar, também, que a estratégia menos utilizada foi fuga-esquiva, com um escore médio de 1,21 seguida da estratégia confronto, 1,27. A negação ou a esquiva, como fuga da realidade, ou tentativa de se adaptar à sua nova condição, faz com que a pessoa deixe de buscar auxílio para sua saúde física e emocional, diminuindo a sua rede de apoio (SILVA et al., 2016). Por isso, sua baixa utilização significa bons resultados ao que se espera do trabalho.

Assim, como havia a hipótese de que pessoas com maior resiliência apresentariam maior percentual ideal de perda de peso, verificou-se que a variável resiliência apresentou maior alteração no escore médio, na escala dos pacientes do GI com relação ao GC, quando comparados antes e após a intervenção educativa e motivacional. A resiliência apresentou relação positiva com o percentual ideal de perda de peso.

A resiliência é descrita pela psicologia como uma qualidade, uma capacidade das pessoas de resistirem a situações adversas sem perderem o seu equilíbrio inicial, seja individualmente ou em grupo, ou seja, se acomodar e se reequilibrar constantemente. Nos pacientes em hemodiálise, a resiliência influencia na adaptação às limitações biopsicossociais impostas pela DRC e no tratamento (CARDOSO; SADE, 2012).

Santos e Costa (2016) utilizaram a Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993) para avaliar a resiliência de 61 pacientes com DRC, em tratamento de hemodiálise. As autoras mostram que os pacientes avaliados apresentam tendência à resiliência, o que significa dizer que há probabilidade de esses pacientes enfrentarem melhor o tratamento.

Diversos autores atribuem a prática religiosa como benéfica a pacientes

com doenças crônicas (RAZALI; HASANAH; AMINAH, 1998; PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007; SANTOS; COSTA, 2016). Possuir atividade religiosa é uma das características comumente encontradas na história de vida de pessoas resilientes (RAZALI; HASANAH; AMINAH, 1998; PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007).

Stroppa e Almeida (2008) relatam que os estudos sobre religiosidade e espiritualidade associados à saúde demonstram níveis positivos de indicadores de bem-estar psicológico, como satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo, moral elevada, melhor saúde física e mental. Os autores discutem que o impacto positivo do desenvolvimento religioso na saúde mental é mais intenso nas pessoas que estão vivenciando um grande estresse ou que estão em situação de vulnerabilidade, como doenças crônicas.

Com relação às variáveis sintomas de ansiedade e de depressão, esperava-se que com os menores escores dessas variáveis, haveria aumento no percentual ideal de perda de peso. Essas variáveis foram avaliadas por meio da Escala de Ansiedade e Depressão, na qual faz-se uma interpretação inversa de seus resultados, ou seja, quanto menores os escores obtidos com a aplicação da escala, menor os níveis de ansiedade e depressão apresentados pelos pacientes.

No presente estudo, teve-se que tanto os sintomas de ansiedade quanto os de depressão apresentaram variação maior nos escores no GI, quando comparados ao GC antes e após a intervenção educativa e motivacional. As variáveis sintomas de ansiedade e de depressão apresentaram relação negativa com o percentual ideal de perda de peso.

Um estudo realizado com pacientes com DRC em tratamento hemodialítico em 2013 apresentou que 59,4% dos pacientes apresentavam sintomas depressivos, e 32,9% tinham presença de sintomas de ansiedade (PALMIERI et al., 2017).

Alguns estudos demonstram importante prevalência destes sintomas nessa população, sugerindo que a depressão e a ansiedade parecem ser os transtornos psíquicos mais frequentes nos pacientes em tratamento de hemodiálise (RECKERT et al., 2013; LILYMPAKI et al., 2016; PALMIERI et al., 2017).

Um estudo, que envolveu 152 pacientes no início da TRS, constatou que a qualidade de vida é afetada significativamente pelo início do tratamento dialítico em todos os aspectos. Além disso, os sintomas de ansiedade e de depressão estavam presentes em 26,6% e em 27% dos pacientes, respectivamente, estando relacionados

com o componente emocional da qualidade de vida (REBOLLO RUBIO; MORALES ASENCIO; EUGENIA PONS RAVENTOS, 2017).

Olaqunju, Campbell e Adeyemi (2015), que exploraram a associação entre ansiedade, depressão e qualidade de vida em 100 pacientes com DRC, mostraram que o emprego, o *status* de casado, a idade jovem e o custo do tratamento estavam relacionados positivamente com a qualidade de vida. Além disso, ansiedade e depressão foram relacionadas a essa variável de forma independente. Visto que os sintomas depressivos e ansiosos estão associados com a diminuição da qualidade de vida, alguns autores apoiam que o reconhecimento e tratamento precoce desses transtornos psicoafetivos são estratégias fundamentais em pacientes em hemodiálise (HMWE et al., 2015; KIM et al., 2016).

Estudos sugerem também que diferentes modalidades de tratamento estão associadas a diferentes riscos de desenvolver depressão maior em pacientes com DRC. Entre as TRS, os pacientes submetidos à diálise peritoneal têm maior risco de desenvolver depressão, quando comparados com pacientes submetidos à hemodiálise, enquanto pacientes que realizaram transplante renal apresentaram menor risco de desenvolver essa complicação (ALDUKHAYEL, 2015; CHEN; WANG; LANG, 2016).

A relação de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes em hemodiálise com variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas têm sido estudada na literatura. Recente estudo sugere relação entre sintomas depressivos com *status* econômico mais baixo, menos subsídios, tempo inferior a três anos em tratamento hemodialítico e presença de comorbidades, além de demonstrar associação entre ansiedade e depressão (WANG et al., 2015). Outro estudo evidenciou associação entre sintomas depressivos e ansiosos com sexo, *status* de emprego e atividade física, além de sugerir relação entre sintomas de ansiedade e índice de massa corporal (RECKERT et al., 2013).

Os mecanismos potenciais responsáveis pela associação de sintomas depressivos e ansiosos com resultados clínicos adversos não são completamente claros. Um mecanismo plausível é a não adesão ao tratamento médico prescrito. Este fenômeno foi demonstrado em pacientes em hemodiálise com sintomas depressivos que demonstraram ser menos aderentes ao tratamento medicamentoso prescrito (OSSAREH et al., 2014; GHIMIRE et al., 2015).

A ansiedade e depressão em pacientes submetidos à hemodiálise também apresentaram associação positiva com maior incidência de sintomas somáticos, principalmente imunológicos, cardiovasculares, gastrointestinais e dermatológicos (PERALES-MONTILLA; DUSCHEK; REYES-DEL PASO, 2013), o que explica, em parte, a presença de sintomas físicos sem mecanismos fisiopatológicos claros.

É evidente a escassez de estudos de intervenção com pacientes com DRC, em especial pesquisas que buscam investigar o controle da ingestão hídrica. Assim, pode-se concluir que a intervenção educativa e motivacional utilizada neste estudo foi efetiva para o controle do consumo de líquidos nos períodos interdialíticos de pacientes com DRC em tratamento hemodialítico. Observou-se no estudo que houve um aumento no percentual ideal de perda de peso de peso entre os pacientes que participaram da intervenção educativa e motivacional, sendo possível afirmar que a intervenção teve impacto positivo no controle de ingestão de líquidos.

Tem-se no estudo que pacientes com maior resiliência e que utilizam os fatores de resolução de problemas e confronto como estratégias de enfrentamento possuem mais chances de atingir a meta de 100% de peso perdido.

Diante do estudo apresentado, tem-se como limitações a ausência de uma escala de avaliação específica para a avaliação da autoeficácia em pacientes com DRC em tratamento hemodialítico. A mensuração dessa variável por meio da escala de autoeficácia geral e percebida dificultou a avaliação de parâmetros específicos dessa população.

A não randomização do estudo foi também considerada uma limitação, uma vez que os pacientes em tratamento hemodialítico realizam as sessões de hemodiálise em dias e horários fixos. A randomização desses pacientes traria vieses nas avaliações do desfecho do estudo, pois os pacientes participantes da intervenção educativa e motivacional entrariam em contato direto com os não participantes, possibilitando a troca de informações e orientações quanto ao seguimento da pesquisa.

Uma dificuldade encontrada, no decorrer do estudo, foi a elaboração do vídeo educativo e motivacional. São escassos os investimentos das instituições de saúde e acadêmicas para a produção de materiais educativos do tipo mídias digitais, pois possuem um custo elevado na elaboração e produção, bem como na sua reprodutibilidade e manutenção, porém são mais eficazes comparados a meios tradicionais como, por exemplo, os panfletos e pôsteres.

A realização do vídeo demandou um investimento financeiro custeado pela pesquisadora que outrora, nos serviços de saúde, poderia não ter acesso. Cabe ressaltar a importância de produção e utilização de materiais tecnológicos na educação em saúde, como foi apresentado no estudo, esse tipo de material tem se mostrado mais eficaz, quando comparado ao fornecimento de informações de forma estática (como cartilhas e panfletos).

O tempo de seguimento do estudo foi considerado satisfatório. Embora tenha demandado grande investimento de tempo de trabalho para o cumprimento das etapas, verificou-se que os intervalos estabelecidos entre estas foram adequados para o desenho proposto.

Com o resultado de um impacto positivo do vídeo educativo e motivacional no controle da ingestão hídrica dos pacientes em tratamento hemodialítico avaliados nesta pesquisa, o material educativo elaborado será disponibilizado para futuros estudos em outras populações de pacientes com DRC em hemodiálise, a fim de avaliar sua aplicabilidade em outras realidades.

Em suma, é possível afirmar que os pacientes com menores sintomas de ansiedade e de depressão, bem como com melhores escores de resiliência e que utilizam os fatores de confronto e resolução de problemas como estratégias de enfrentamento são os com maior chance de mudar o comportamento para controlar a ingestão hídrica. Assim como também é possível afirmar que a intervenção educativa e motivacional é uma estratégia capaz de proporcionar mudanças no padrão de ganho de peso, nos períodos interdialíticos.

Estudos futuros de intervenção e uso de tecnologias são louváveis e neles poderão ser incluídos o planejamento do cuidado de enfermagem para subsidiar melhorias na assistência prestada.

6 CONCLUSÕES

O presente estudo possibilitou analisar o impacto de uma intervenção educativa e motivacional no controle do consumo de líquidos, nos períodos interdialíticos de pacientes com DRC em tratamento hemodialítico, e foram obtidas as seguintes conclusões desta investigação, de acordo com os objetivos propostos:

- Os participantes do GI e GC apresentaram características similares. Dos 192 pacientes participantes do estudo, a maioria era homem, com idade média de 57,6 anos no GC e 58,9 anos no GI, casado ou vivia em união consensual e sabia ler e escrever. A média de estudo foi de 7,6 anos no GC e 6,8 anos no GI, e a maioria se mantinha com aposentadoria. O tempo mínimo de tratamento hemodialítico foi de seis meses e máximo de 192 meses, no GC, e 216, no GI. A maioria apresentou percepção da própria saúde como razoável. As doenças mais autorreferidas foram: HA, déficit visual e DM, e as complicações físicas mais frequentes no autorrelato foram: câibras, anemia e hipotensão arterial, durante a sessão de hemodiálise.
- Com relação às variáveis autoeficácia, enfrentamento, resiliência e sintomas de ansiedade e de depressão, ao final do estudo (T₅), teve-se que os pacientes apresentaram bons níveis de autoeficácia, nos dois grupos de estudo. Quanto ao enfrentamento, no GC o fator com melhores escores foi a reavaliação positiva e no GI foi a resolução de problemas e a reavaliação positiva. Os fatores confronto e afastamento apresentaram escores mais baixos em GC e GI, respectivamente. Os pacientes apresentaram boa resiliência no GC e no GI. Com relação aos sintomas de ansiedade e de depressão, constatou-se que os pacientes apresentam sintomas de ansiedade e de depressão, nos dois grupos.
- Ao comparar as variáveis autoeficácia, enfrentamento, resiliência e sintomas de ansiedade e de depressão, antes e após a realização da intervenção educativa e motivacional no GI, teve-se que todas as variáveis apresentaram mudanças. A variável autoeficácia apresentou um aumento médio de 3 pontos na Escala de Autoeficácia Geral e Percebida. Com relação ao fator resolução de problemas do IEEFL, houve um aumento médio de 0,39 pontos e apenas o fator fuga-esquiva não apresentou diferença com significância estatística. A

variável resiliência apresentou um aumento médio de 3,16 pontos na Escala de Resiliência. As variáveis sintomas de ansiedade e de depressão apresentaram melhoras nos níveis de sintomas de ansiedade e depressão, após a intervenção educativa e motivacional.

- Ao comparar as variáveis autoeficácia, enfrentamento, resiliência e sintomas de ansiedade e de depressão entre o GI, pacientes participantes da intervenção educativa e motivacional, e GC, pacientes não participantes, observou-se que a maioria apresentou diferenças com significância estatística. O GI apresentou um aumento médio de 3,74 pontos na escala de autoeficácia, após a intervenção educativa e motivacional, quando comparado ao GC. Nos fatores de enfrentamento do IEEFL, teve-se que o GI apresentou aumento nos escores dos fatores de enfrentamento, quando comparados aos pacientes do GC após a intervenção. Para a variável resiliência, não foi encontrada significância estatística na análise entre os grupos dos pacientes que participaram da intervenção educativa e motivacional e os não participantes. As variáveis sintomas de ansiedade e de depressão apresentaram um aumento médio de 0,85 pontos na Escala HAD-Ansiedade e 1,06 na HAD-Depressão, ou seja, os pacientes do GC apresentaram um aumento nos escores de sintomas de ansiedade e de depressão com relação ao mesmo tempo do GI.
- Com relação à avaliação do impacto da intervenção educativa e motivacional no controle do consumo de líquidos, avaliada por meio de medidas de ganho de peso interdialítico dos pacientes com DRC em tratamento hemodialítico, houve um aumento do percentual ideal de perda de peso no decorrer das sessões, ou seja, após a participação do GI na intervenção, os pacientes apresentaram percentual ideal de perda de peso mais próximo do ideal (100%). Os pacientes que participaram da intervenção apresentaram diminuição no padrão de ganho de peso nos períodos interdialíticos, com 3,54 vezes mais chance de atingir a meta de 100% de perda de peso, comparados aos participantes do grupo controle. Os pacientes do GI apresentaram um maior aumento do percentual ideal de perda de peso, comparados aos pacientes do GC.

- Ao analisar a associação entre as características sociodemográficas, clínicas, autoeficácia, enfrentamento, resiliência, sintomas de ansiedade, de depressão e o percentual ideal de perda de peso interdialítico, teve-se que as variáveis autoeficácia, sintomas de ansiedade e de depressão e os fatores fuga-esquiva e reavaliação positiva do IEEFL apresentaram relação negativa com o percentual ideal de perda de peso, enquanto a resiliência e os fatores confronto e resolução de problemas do IEEFL tiveram relação positiva com o percentual ideal de perda de peso.

Assim, com relação ao objetivo geral deste estudo, pode-se afirmar que a intervenção educativa e motivacional para o controle do consumo de líquidos, nos períodos interdialíticos de pacientes com DRC em tratamento hemodialítico, apresentou um impacto positivo, avaliado por meio do percentual ideal de perda de peso.

*7 REFERÊNCIAS**

* De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

- ABREU, P. F.; SCHOR, N. Alterações da função renal com o progredir da idade. In: _____. (Coords.). **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESO-EPM: nefrologia**. Barueri: Manole, 2011. cap. 37, p. 517-525.
- AHRARI, S; MOSHKI, M.; BAHRAMI, M. The relationship between social support and adherence of dietary and fluids restrictions among hemodialysis patients in Iran. **Journal of Caring Sciences**, Tabrīz Iran, v. 27, n. 3, p. 11-19, 2014.
- AJZEN, H.; SCHOR, N. (coords.). **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM: nefrologia**. Barueri: Manole, 2011.
- AJZEN, I. **The theory of planned behavior**. Organizational Behavior and Human Decision Processes. v. 50, n. 2, p. 179-211, 1991.
- ALDUKHAYEL, A. Prevalence of Depressive Symptoms among Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients. **International Journal of Health Sciences**, Qassim, v. 9, n. 1, p. 9-16, 2015.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV**. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- ANAUT, M. **Resiliência ultrapassar traumatismos**. Lisboa: Climepsi, 2005. 157 p.
- ANASTASIOU, L. G. C. **Metodologia de Ensino na Universidade Brasileira: elementos de uma trajetória**. Campinas: Papirus, 2001.
- ANDERSEN, M. J.; AGARWAL, R. Etiology and management of hypertension in chronic kidney disease. **Medical Clinics of North America**, Philadelphia, v. 89, n. 3, p. 525-547, 2005.
- ANGST, R. Psicologia e Resiliência: uma revisão de literatura. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 27, n. 58, p. 253-260, 2009.
- ANTONIAZZI, A. L.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998.
- ARAI, S. R. et al. Quench the thirst: lessons from clinical thirst trials **Biological Research for Nursing**, Thousand Oaks, v. 16, n. 4, p. 456-466, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24136996>>. Acesso em: 8 out. 2017.
- ARAI, S.; STOTTS N.; PUNTILLO, K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. **American Journal of Critical Care**. Aliso Viejo, v. 22, n. 4, p. 328-336, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3718499/>>. Acesso em: 2 out. 2017.
- ARMITAGE, C.; CONNER, M. Social cognition models and health behavior: a structured review. **Psychology & Healthy**, London, v. 15. p. 173-189, 2000.
- ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao

tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2189-2197, 2008.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, Washington, v.84, n.2, p.191-215, 1977.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, Washington, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.

_____. Self-efficacy mechanism in human agency. **American Psychologist**, Washington, v. 37, n. 2, p. 122-147, 1982.

BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BARAZ, S. et al. Dietary and fluid compliance: an educational intervention for patients having haemodialysis. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 66, n. 1, p. 66-68, 2010.

BARBARA, A. I. et al. Health Education and Community Empowerment: Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational, and Community Control. **Health Education Quarterly**, New York, v. 21, n. 2, p. 149-170, 1994. Disponível em: <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/66559/10.1177_109019819402100203.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 5 dez. 2014.

BARLOW, J. et al. Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. **Patient Education and Counseling**, Princenton, v. 48, n. 2, p. 177-187, 2002.

BARRETO, J. C. **Educação de Adultos na Ótica Freiriana**. 1986. João Pessoa: Artigos de Revista. Disponível em: <[http://www.paulofreire.ufpb.br/paulofreire/Files/revista/Educacao de Adultos na otica Freiriana.pdf](http://www.paulofreire.ufpb.br/paulofreire/Files/revista/Educacao%20de%20Adultos%20na%20otica%20Freiriana.pdf)>. Acesso em 19 nov. 2015.

BARUTH, K. E.; CAROLL, J. J. A formal assessment of resilience: The Baruth Protective Factors Inventory. **Journal of Individual Psychology**, Washington, v. 58, n. 3, p. 235-244, 2002.

BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador: princípios de ensino aprendizagem para a prática de enfermagem**. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 248-253.

BAUM, A.; POSLUSZNY, D. M. Health Psychology: Mapping Biobehavioral Contributions to Health and Illness. **Annual Review of Psychology**, Palo Alto, v. 50,

p. 137-164, 1999.

BEAGLEHOLE, R.; YACH, D. Globalisation and prevention and control for non-communicable disease: the neglected chronic diseases of adults. **Lancet**, London, v. 362, n. 9387, p. 903-908, 2003.

BECKER, T. A. C. et al. Efeitos do suporte telefônico no controle metabólico de idosos com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 737-743, 2017.

BERTOLIN, D. C. et al. Associação entre modos de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas de pessoas em hemodiálise crônica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1070-1076, 2011.

BERTOLUCCI, P. H. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BETTONI, L. C.; OTTAVIANI, A. C.; ORLANDI, F. S. Relação entre autocuidado e sintomas depressivos e ansiosos de indivíduos em tratamento hemodialítico. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 18, n. 2, p. 181-186, 2017

BIANCHINI, D. C. S.; DELL'AGLIO, D. D. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 35, p. 427-436, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n35/v16n35a13.pdf>>. Acesso em: 10 out. de 2017.

BODENHEIMER, T.; WAGNER, E. H.; GRUMBACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model. **JAMA**, Chicago, v. 288, n. 14, p. 1909-1914, 2002.

BOELL, J. E. W. **Resiliência de pessoas com doenças crônicas: diabetes mellitus e insuficiência renal crônica terminal**. 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 2013.

BÖELL, J. E. W.; SILVA, D. M. G. V. ; HEGADOREN, K. M. Fatores sociodemográficos e condicionantes de saúde associados à resiliência de pessoas com doenças crônicas: um estudo transversal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2786, 2016.

BOIM, M. A. Aspectos importantes e resumos da fisiologia renal. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. (Coord.). **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM: nefrologia**. Barueri: Manole, 2011. cap. 3, p. 17-24.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 355-363, 1995.

BOTELHO R. M. et al. Hemodiálise: Criando estratégias para enfrentá-la. In: **Encontro Internacional de Produção Científica**, 7, Maringá, 2011

BRAGA, S. F. M. et al. Fatores associados com a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em hemodiálise. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1127-1136, 2011.

BRANDÃO, J. M.; MAHFOUD, M.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 49, p. 263-271, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 37 p. Disponível em: <<http://sonerj.org.br/wp-content/uploads/2014/03/diretriz-cl-nica-drc-versao-final2.pdf>>. Acesso em: 22 ago.15.

BREGMAN, R. Doença renal crônica. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia no consultório**. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap. 11, p. 211-231.

BRIGHENTI, J.; BIAVATTI, V. T.; SOUZA, T. R. Metodologias de ensino-aprendizagem: uma abordagem sob a percepção dos alunos. **Revista GUAL**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 281-304, 2015.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3 B, p. 777-781, 2003.

BURNS, N. GROVE, S. **The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence**. Saunders Elsevier, St. Louis, 6th Edition, 2009.

CALIL, G. A. C. **Capacidade para o trabalho e expectativa sobre o trabalho de pacientes em hemodiálise**. 2016. 92 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2249.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2017

CARDOSO, L. B.; SADE, P. M. C. O enfermeiro frente ao processo de resiliência do paciente em tratamento hemodialítico. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 2-10, 2012.

CARMEN, M. et al. Influencia de los factores emocionales sobre el informe de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis crónica: relevancia de la ansiedad. **Nefrología**, Madrid, v. 33, n. 6, p. 816-825, 2013.

CARNEIRO, A. F. et al. Avaliação da ansiedade e depressão no período pré-operatório em pacientes submetidos a procedimentos cardíacos invasivos. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 431-438, 2009.

CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos

portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 823-831, 2003.

CAVALCANTE, B. B.; MOREIRA, A. G.; ARAÚJO, S. T. C. A comunicação terapêutica do enfermeiro: desafios no treinamento do cliente em diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD). **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 1015-1017, 2010. Suplemento 2.

CHAN, R. et al. The psychosocial correlates of quality of life in the dialysis population: Systematic review and meta-regression analysis. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 563-580, 2012.

CHARRA, B. Fluid balance, dry weight, and blood pressure in dialysis. **Hemodialysis International**, Milton, v. 11, n. 1, p. 21-31, 2007.

CHEEMA, B. S.; SINGH, M. A. Exercise training in patients receiving maintenance hemodialysis: a systematic review of clinical trials. **American Journal of Nephrology**, Basel, v. 25, n. 4, p. 352-364, 2005.

CHEN, S. F.; WANG, I. J.; LANG, H. C. Risk of major depression in patients with chronic renal failure on different treatment modalities: A matched-cohort and population-based study in Taiwan. **Hemodialysis International**, Milton, v. 20, n. 1, p. 98-105, 2016. doi: 10.1111/hdi.12334

CHIASSON, M. A.; HIRSHFIELD, S.; RIETMEIJER, C. HIV Prevention and Care in the Digital Age. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, New York, v. 55, p. S94-S97, 2010. Supplement 2.

CLEVELAND, W. S.; GROSSE, E.; SHYU, M.. Local Regression Models. In: CHAMBERS, J.; HASTIE, T. (Eds.). **Statistical Modelling in S**. New York: Chapman and Hall, 1993. p. 309-376.

COHEN, J. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences**. New York, NY: Routledge Academic, 1988.

CONCHON, M. F. et al. Perioperative thirst: an analysis from the perspective of the Symptom Management Theory. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 120-128, 2015.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON-LINE. **Brasília**: Ministério da Saúde. 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude/htm>>. Acesso em: 20 jun, 2017.

CONNER, M.; NORMAN, P. **Predicting Health Behaviour**: Reserch and practice with social cognition models. Buckingham: Open University Press, 1995.

CONNOR, K. M.; DAVIDSON, J. R. T. Development of a new Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (Cd-Risc). **Depress Anxiety**, New York, v. 18, n. 2, p. 76-82, 2003. doi: da.10113/pdf.

CORBI, I. S. A. **Efeitos de um programa educativo na qualidade de vida relacionada à saúde e na adesão à terapia de anticoagulação oral: estudo clínico randomizado**. 2013. 98 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

CORESH, J. et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United State. **JAMA**, Chicago, v. 298, n. 17. p. 2038-2047, 2011.

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

CRAVO, C. D. L. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em hemodiálise de um hospital universitário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 110-115, 2011.

CRAMER, P. Defense mechanisms in psychology today: Further process for adaptation. **American Psychologist**, Washington, v. 55, n. 6, p. 637-646, 2000.

CUKOR, D. et al. Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: A single-center study. **American Journal of Kidney Diseases**, Philadelphia, v. 52, n. 1, p. 128-136, 2008.

CUSUMANO, A. M. et al. The Latin American Dialysis and Transplantation registry (RLDT) anual report 2004. **Ethnicity & Disease**, Atlanta, v. 16, n. 2, p. 10-13, 2006. Supplement 2.

D'AGOSTINI, M. M. **Serious game e-Baby-Família: tecnologia educacional digital direcionada a oxigenação de bebês pré-termo desenvolvida junto aos pais**. 2015. 93 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DAVENPORT, A. Intradialytic complications during hemodialysis. **Hemodialysis International**, Milton, v. 10, n. 2, p. 162-167, 2006.

_____. Can advances in hemodialysis machine technology prevent intradialytic hypotension? **Seminars in Dialysis**, Baltimore, v 22, n. 3, p. 231-236, 2009.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 6-11, 1999.

DELA COLETA, M. F. Introdução. In: _____. **Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos em saúde**. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004.

DENHAERYNCK, K. et al. Prevalence and consequences of non adherence to hemodialysis regimens. **American Journal of Critical Care**, Aliso Viejo, 16, n. 3, p.

222-235, 2007.

DIAS, D. R. et al. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doença renal crônica em programa de hemodiálise: um estudo transversal. **Arquivos Médicos**, São Paulo, v. 60, p. 65-71, 2015.

DILLES, A. et al. Comparison of a computer assisted learning program to standard education tools in hospitalized heart failure patients. **European Journal Cardiovascular Nursing**, Amsterdam, v. 10, n. 3, p. 187-193, 2011.

DOAK, C. C., DOAK, L. G., ROOT, J. H. **Teaching patients with low literacy skills**. Edição 2: Philadelphia, 1996.

DRAIBE, S. A.; AJZEN, H. Doença renal crônica. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. (Coords.). **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM: nefrologia**. Barueri: Manole, 2011a. cap. 26, p. 327-341.

ELMER, J. KAHN, J. Implementing evidence-based practice in the neuroscience intensive care unit. **Crit. Care**, v.18, n.2, 2014.

FALLER, H. et al. Patientenschulung. **Rehabilitation**, London, v. 44, n. 5, p. 277-286, 2005.

FERNANDEZ, J. B. et al. Use of Mobile Electronic Devices as Educational Tool in Pediatric Community Outreach. **New York State Dental Journal**, New York, v. 77, n. 6, p. 32-35, 2011.

FERREIRA, R. C.; GONÇALVES, C. M.; MENDES, P. G. Depressão: do transtorno ao sintoma. **Psicologia.PT**. 2014. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0828.pdf>>. Acesso em: 15 jun.2016

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

FIGUEIRA, A. L. G. et al. Intervenções educativas para o conhecimento da doença, adesão ao tratamento e controle do diabetes mellitus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2863, 2017.

FLECK, M. P. A. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 431-438, 2002.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. **Understanding attitudes and predicting social behaviour**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1980.

FOLKMAN, S. et al. Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 50, n. 5. p. 992-1003, 1986.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health Social Behaviour**, Albany, v. 21, n. 3, p. 219-239, 1980.

_____. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 48, n. 1, p. 150-170, 1985.

FOLKMAN, S.; MOSKOWITZ, J. T. Coping: Ptfalls and Promise. **Annual Review of Psychology**, v. 55, p. 745-774, 2004.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

FONSECA, L. M. M. et al. Development of the e-Baby serious game with regard to the evaluation of oxygenation in preterm babies: contributions of the emotional design. **Computers, Informatics, Nursing**, Hagerstown, v. 32, n. 9, p. 428-436, 2014.

FRANCO, M. R. G.; FERNANDES, N. M. S. Diálise no paciente idoso: um desafio do século XXI – revisão narrativa. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 132-141, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. 13th ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

FRIBORG, O. et al. A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, Hoboken, v. 12, n. 2, p. 65-76, 2003.

FURUYA, R. K. et al. A randomized controlled trial of an educational programme to improve self-care in Brazilian patients following percutaneous coronary intervention. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 71, n. 4, p. 895-908, 2015.

GARCIA, T.; VEIGA, J. P. R.; MOTA, L. O. C. Comportamento depressivo e má qualidade de vida em homens com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise. **Rev Bras Psiquiatria**, v.32, n.4, p.369-374, 2010.

GENZ, N. et al. Estadiamento e grau de resiliência do sobrevivente ao cancer de mama Staging and resilience degree in breast cancer survivors. **Revista online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v.8, n.4, 2016.

GHIMIRE, S. et al. Nonadherence to Medication Therapy in Haemodialysis Patients: A Systematic Review. **PLoS One**, San Francisco, v. 10, n. 12, e0144119, 2015. doi: 10.1371/journal.pone.0144119

GOLDSTEIN, R. B. et al. The impact of a video intervention on the use of low vision assistive devices. **Optometry and Vision Science**, Baltimore, v. 84, n. 3, p. 208-217, 2007.

Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1858638/pdf/nihms14626.pdf>.

Acesso em: 20 abr. 2013. doi: 10.1097/OPX.0b013e3180339a03

GOMES, R.; SCHRAIBER, L. B.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

GONÇALVES, E. A. P. et al. Complicações clínicas em diálise crônica. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. (Coords.). **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM: nefrologia**. Barueri: Manole, 2011. cap. 32, p. 461-477.

GONÇALVES, N. et al. A randomized controlled trial of an educational programme with telephone reinforcement to improve perceived health status of Brazilian burn victims at 6-month post discharge. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 72, n. 10, p. 2508-2523, 2016.

GROTBERG, E. H. Introdução: novas tendências em resiliência. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. **Resiliência descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 15-22.

GRUBER, D. Consumer Engagement for Diabetes Technology: Easier Said Than Done. **Journal of Diabetes Science and Technology**, Teaneck, 2010, v. 54, n. 3, p. 754-758, 2010.

GUILLAUMIE, L. et al. The impact of self-efficacy and implementation intentions-based interventions on fruit and vegetables intake among adults. **Psychology & Health**, Chur, v. 27, n. 1, p. 30-50, 2012.

GUIMARÃES, H. C. Q. C. P.; BARROS, A. L. B. L. Controlar líquidos: uma intervenção de enfermagem para o paciente com excesso de volume de líquidos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 734-741. 2003.

GUYTON, A. C.; HALL, E. **Tratado de Fisiologia Médica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

HAMER, R. A.; NAHAS, A. M. The burden of chronic kidney disease is rising rapidly worldwide. **BMJ**, London, v. 332, n. 7541, p. 563-564, 2006.

HERRERA-ANÁZCO, P. et al. Baja Adherencia al régimen de heodiálisis em pacientes com enfermedad crónica renal em um hospital de referencia del Ministerio de Salud em Perú. **Anales de la Facultad de Medicina**, Lima, v. 75, n. 4, p. 323-326, 2014.

HILL, N. R. et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLoS ONE**, London, v. 11, n. 7, e0158765. doi: [10.1371/journal.pone.0158765](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158765). 2016

HMWE, N. T. et al. The effects of acupressure on depression, anxiety and stress in patients with hemodialysis: A randomized controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 52, n. 2, p. 509-518, 2015. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.00

HOLMBERG, B.; STEGMAYR, B. Cardiovascular conditions in hemodialysis patients may be worsened by extensive interdialytic weight gain. **Hemodialysis International**, Milton, v. 13, n. 1, p. 27-31, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo2010>>. Acesso em: 20 out. 2017.

JACKSON, D.; FIRTKO, A.; EDENBOROUGH, M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 60, n. 1, p. 1-9, 2007

JAEGER, J.; MEHTA, R. Assessment of dry weight in hemodialysis: An Overview. **Journal of the American Society of Nephrology**, Baltimore, v. 10, n. 2, p. 392-403, 1999.

JOBOSHI, H.; OKA, M. Effectiveness of an educational intervention (the Encourage Autonomous Self-Enrichment Program) in patients with chronic kidney disease: a randomized controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 67, p. 51-58, 2017.

KAGEE, D.; MOOSA, M. Dietary and fluid adherence among haemodialysis patients attending public sector hospitals in the Western Cape. **South African Journal of Clinical Nutrition**, Lyttelton, v. 21, n. 2, pp. 7-12, 2008.

KARA, B. Validity and Reliability of the Turkish version of the Thirst Distress Scale in patients on hemodialysis. **Asian Nursing Research**, Singapore, v. 7, n. 4, p. 212-218, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25030347>>. Acesso em: 7 out. 2017.

KEIL, R. M. K. Coping and stress: a conceptual analysis. **Journal of advanced nursing**, v. 45, n. 6, p. 659-665, 2003.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES. CKD-MBD WORK GROUP. KDIGO clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of chronic kidney disease-mineral and bone disorder (CKD-MBD). **Kidney international. Supplement**, Malden, n. 113, p. S1-S130, 2017.

KIM, K. H. et al. Acupuncture and related interventions for symptoms of chronic kidney disease. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 28, n. 6, CD009440, 2016. doi: 10.1002/14651858

KIRSZTAJN, G. M. et al. Leitura rápida do KDIGO 2012: Diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na prática clínica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 63-73, 2014.

KIMMEL, P. L. et al. Depression in patients with chronic renal disease: where are we going? **Journal of Renal Nutrition**, Philadelphia, v. 18, n. 1, p. 99-103, 2008.

KNOLL, N. et al. Effects of received and mobilized support on recipients' and providers' self-efficacy beliefs: A 1 year follow-up study with patients receiving radical prostatectomy and their spouses. **International Journal of Psychology**, Chichester, v. 44, n. 2, p. 129-137, 2009.

KUSUMOTA, L. et al. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, p. 152-159, 2008. Número especial.

LARA, E. A.; SARQUIS, L. M. M. O paciente renal crônico e sua relação com o trabalho. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 99-105, 2004.
LARK, S. M. **Ansiedade e Stress**. São Paulo: Cultrix, 2001.

LAZARUS, R. S. **Ajustment and personality**. New York: Mc Graw-Hill, 1961.
LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York, Springer Publishing Company, 1984.

LEAVELL, H.; CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva**. New York: McGraw-Hill, 1976.
LEE, L. L. et al. The effect of na intervention combining self-efficacy theory and pedometers on promoting physical activity among adolescents. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, n. 7-8, p. 914-922, 2011.

LEIPER, J. Thirst. In: CABALLERO, B.; ALLEN, L.; PRENTICE, A. (Eds.). **Encyclopedia of human nutrition**. 2nd. Oxford: Elsevier Ltd/Academic Press, 2005. p. 278-286. Disponível em <http://content.yudu.com/Library/A17k4j/EncyclopediaofHumanN/resources/1969.htm> >. Acesso em: 2 out. 2017.

LEVEY, A. S.; CORESH, J. Chronic Kidney Disease. **Lancet**, London, v. 379, n. 9811, p. 165-180, 2012.

LILYMPAKI, I. et al. Effect of perceived social support on the levels of anxiety and depression of hemodialysis patients. **Materia Socio-Medica**, Sarajevov, 28, n. 5, p. 361-365, 2006. doi: 10.5455/msm.2016.28.361-365.

LIMA, A. B. **Estresse, depressão e suporte familiar em pacientes em diálise peritoneal e hemodiálise**. 2016. Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/handle/11449/138927> >. Acesso em: 11 fev. 2017.

LIMA, J. B.; ARAUJO, T. C. C. F. Avaliação de resiliência: um estudo exploratório com pacientes oncológicos. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 30, n. 68, 2012

LINGERFELT, K. L.; THORNTON, K. An educational project for patients on hemodialysis to promote self-management behaviors of end stage renal disease. **Nephrology Nursing Journal**, Pitman, v. 38, n. 6, p. 483-488, 2011.

LINS, S. M. B. et al. Validation on of the adherence questionnaire for Brazilian Chronic Kidney disease patients under hemodialysis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 558-565, 2017.

LIU, X. et al. Prevalence and related factors of depressive symptoms in hemodialysis patients in northern China. **BMC Psychiatry**, London, v. 17, p. 128, 2017. doi: 10.1186/s12888-017-1294-2

LOK, P. Stressors, Coping Mechanisms and Quality of Life Among Dialysis Patients in

Australia. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 23, n. 5, p. 873-881, 1996.

LOURENÇO, L. B. A. et al. A randomized controlled trial of the effectiveness of planning strategies in the adherence to medication for coronary artery disease. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 70, n. 7, p. 1616-1628, 2014.

LOUREIRO, F. M. et al. Perfil de pacientes com insuficiência renal crônica, atendidos na unidade de hemodiálise de Linhares – ES. **Enciclopédia Biosfera**, Goiânia, v. 7, n. 13, p. 1506-1513, 2011.

LUSZCZYNSKA, A.; TRYBURCY, M.; SCHWARZER, R. Improving fruit and vegetable consumption: a self-efficacy intervention compared with a combined self-efficacy and planning intervention. **Health Education Research**, Oxford, v. 22, n. 5, p. 630-638, 2007.

LUTHAR, S. S.; ZIGLER, E. Vulnerability and competence: a review of research on resilience in childhood. **American Journal Orthopsychiatry**, Menasha, v. 61, n. 1, p. 6-22, 1991.

MAGAJEWSKI, F. R. L. **Contribuições da ergonomia para o desenvolvimento de projetos/atividades de comunicação de informações de saúde: o caso das “salas de Situação” no SUS**. 2002. Tese (Doutorado) – Engenharia de Produção, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MAGALHÃES, C. R.; GUIMARÃES, E. C.; AGUIAR, B. G. C. O papel do enfermeiro educador: ação educativa do enfermeiro no pré e pós-operatório. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1-2, p. 115-119, 2004.

MARSHALL, D.; FOLSTEIN, S. MacKinnon. Psych and Behavioral Sciences. 2014. Disponível em: <http://www.hopkinsmedicine.org/psychiatry/about/anniversary/stars/folsteins.html>
Acesso em: 13 de maio de 2017.

MARTINEZ, J. E.; BOLOGNA, S. C. B.; EL-KADRE, J. M. R. Há correlação entre o grau de resiliência e o impacto da fibromialgia na qualidade de vida? **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v.19, n.1, 2017.

MARTINS, M. V. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento de hemodiálise para doença renal crônica. **Revista Científica da FAMINAS**, Muriaé, v. 12, n. 1, p. 5-15, 2017.

MATA, L. R. F. et al. Postoperative self-efficacy and psychological morbidity in radical prostatectomy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 806-813, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

- MOK, E.; TAM, B. Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 10, n. 4, p. 503-511, 2001.
- MOOREY, S. et al. The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 158, p. 255-259, 1991.
- MOURA JUNIOR, J. A. et al. Prevalence of psychiatric disorders in patients in hemodialysis in the state of Bahia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 3, p. 178-183, 2006.
- MULLER, M. J.; WILDMAN, D. M.; WHITE, E. A. Taxonomy of participatory design (PD) practices: A brief practitioner's guide. **Communications of the ACM**, Amsterdam, v. 36, n. 6, p. 26-27, 1993.
- NEDEL, W. L., SILVEIRA, F. Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, v.28, n.3, p.256-260, 2016.
- NERBASS, F. B. Fatores associados a ingestão de sal em pacientes em tratamento crônico na hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 87-92, 2013.
- NEWMAN, S.; STEED, L.; MULLIGAN, K. Self-management interventions for chronic illness. **Lancet**, London, v. 364, n. 9444, p. 1523-1537, 2004.
- NIFA, S.; RUDNICKI, T. Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. **Rev Soc Bras Psicol**, v.13, n.1, p.64-75, 2010.
- NIHATA, K. Association of coping strategies with mortality and health-related quality of life in hemodialysis patients: The Japan dialysis outcomes and practice patterns study. **Plos One**, San Francisco, v. 12, n. 7, e0180498, 2017.
- Nilsson, f. m. Mini mental state examination (MMSE)-probably one of the most cited papers in health science. **Acta Psychiatr Scand**, v.116, n.2, p.156-157, 2007.
- NORMAN, P.; CONNER, M.; BELL, R. The theory of planned behavior and exercise: evidence for the mediating and moderating roles of planning on intention-behavior. **British Journal Health Psychology**, London, v. 5, n. 3, p. 249-261, 2000.
- O'BYRNE, P. J.; PATRY, A.; CARNEGIE, J. A. The development of interactive online learning tools for the study of Anatomy. **Medical Teacher**, Ottawa, v. 30, n. 8, p. e260-e271, 2008.
- OEHLERT, G. W. A note on the delta method. **American Statistician**, [s.l.], v. 46, n. 1, 1992.
- OLAQUNJU, A. T.; CAMPBELL, E. A.; ADEYEMI, J. D. Interplay of anxiety and depression with quality of life in endstage renal disease. **Psychosomatic**, Washington,

v. 56, n. 1, p. 67-77, 2015. doi: 10.1016/j.psych.2014.03.006

OLIVEIRA, M. A. et al. Resiliência: análise das publicações no período de 2000 a 2006. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 754-767, 2008.

OLIVEIRA, M. P. et al. Trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em diálise peritoneal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 352-357, 2012.

OLIVEIRA, J. B.; LIPP, M. E. N. Resiliência e controle do stress em juízes e servidores públicos. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 287-306, 2009.

OLLER, G. A. S. A. O. et al. Functional ndependence in patients with chronic kidney disease being treated with haemodialysis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1033-1040, 2012.

ONG, J. et al. A. Effect of a Preoperative Instructional Digital Video Disco n Patient Knowlwdge and Preparedness for Engaging in Postoperative Care Activities. **Nursing Clinics of North America**, Los Angeles, v. 44, p. 103-115, 2009.

_____. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Prevenção de Doenças Crônicas**: um investimento vital. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_pot.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2014.

ORQUENDO, L. G.; ASECIO, J. M. M.; NIEVES, C. B. Contributing factors for therapeutic diet adherence in patients receiving haemodialysis treatment: an integrative review. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, p. 1-13, 2017. doi: 10.1111/jocn.13804

OSBORNE, R. H.; ELSWORTH, G. R.; WHITFIELD, K. The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): An outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 66, n. 2, p. 192-201, 2007.

OSHIO, A. et al. Development and validation of an adolescent resilience scale. **Japanese Journal of Counseling Science**, Tokio, v. 35, p. 57-65, 2002.

OSHVANDI, K. et al. Effects of small group education on interdialytic weight gain, and blood pressures in hemodialysis' patients. **Nursing and Midwifery Studies**, Hoensbroek, v. 2, n. 1, p. 128-132, 2013.

OSPINA, R.; FERRARI, S. L. P. Inflated beta distributions. **Statistical Papers**, v.23, p.111-126,2010.

Ossareh, S. et al. Prevalence of depression in maintenance hemodialysis patients and

its correlation with adherence to medications. **Iranian Journal of Kidney Diseases**, v.8, n.6, p.467-474, 2014.

OTTAVIANI, A. C. et al. Associação entre ansiedade e depressão e a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 3, e00650015, 2016.

PALMER, B. Can chronic volume overload be recognized and prevented in hemodialysis patients? Preventing intradialytic hypotension. **Seminars in Dialysis**, Baltimore, v. 22, n. 5, p. 489-491, 2009.

PALMIERI, G. A et al. Sintomatologia ansiosa e depressiva em pacientes em tratamento hemodialítico. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 11, p. 4360-4368, 2017.

PALOMBINI, D. V.; MANFRO, R. C.; KOPSTEIN, J. Aspectos emocionais dos pacientes em hemodiálise crônica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 31, n. 5-6, p. 81-84, 1985.

PECOITS-FILHO, R.; RIELLA, M. C. Toxinas urêmicas. In: RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. cap. 44, p. 827-835.

PELEGRINO, F. M. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, adesão ao tratamento medicamentosos e autoeficácia de indivíduos submetidos a um programa educacional após iniciarem o uso de anticoagulante oral**. 2013. 101 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

PELEGRINO, F. M. et al. Protocolo educativo para pacientes em uso de anticoagulante oral: construção e validação. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 799-806, 2014.

PERALES-MONTILLA, C. M., DUSCHEK, S., REYES-DEL PASO, G.A. The influence of emotional factors on the report of somatic symptoms in patients on chronic haemodialysis: the importance of anxiety. **Nefrologia**, Madrid, v. 33, n. 6, p. 816-825, 2013. doi: 10.3265/Nefrologia.pre2013.Aug.12097

PEREIRA, L. P.; GUEDES, M. V. C. Hemodiálise: a percepção do portador renal crônico. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 689-695, 2009.

PERES, J. F. P.; SIMÃO, M. J. P.; NASELLO, A. G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 136-145, 2007.

PESCE, R. P. et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 436-448, 2005.

PILGER, C. et al. Hemodiálise: significado e impacto para o idoso. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 677-683, 2010.

PINHEIRO, D. P. N. A Resiliência em Discussão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004.

PINHO, N. A.; SILVA, G. V.; PIERIN, A. M. G. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP, Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 91-97. 2015.

PREZOTTO, K. H.; ABREU, I. S. O paciente renal crônico e a adesão ao tratamento hemodialítico. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 3, p. 600-605, 2014.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. Intervenções psicossociais com grupos de idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 6, p. 43-63, 2013.

RAHIMI, F. et al. Effect of self-care education on self efficacy in patients undergoing hemodialysis. **Life Science Journal**, Amsterdam, v. 11, n. 1s, p. 136-140, 2014.

RAMOS, I. C.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Cuidado em situação de doença renal crônica: representações sociais elaboradas por adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 193-200, 2008.

RAVAGNANI, L. M. B.; DOMINGOS, N. A. M.; MIYAZAKI, M. O. S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 177-184, 2007.

RAZALI, S. M.; HASANAH, C. I.; AMINAH, K. Religious–sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Carlton South, v. 32, n. 6, p. 867-872, 1998.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2017. Disponível em: <<https://www.R-project.org>>. Acesso em: 20 jul 2017

REBOLLO RUBIO, A.; MORALES ASECIO, J. M.; EUGENIA PONS RAVENTOS, M. Depression, anxiety and health-related quality of life amongst patients who are starting dialysis treatment. **Journal of Renal Care**, Paris, v. 43, n. 2, p. 73-82, 2017. doi: 10.1111/jorc.12195 2017

RECKERT, A. et al. Prevalence and correlates of anxiety and depression in patients with end-stage renal disease (ESRD). **Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**, Göttingen, v. 59, n. 2, p. 170-188. doi: 10.13109/zptm.2013.59.2.170

RIBEIRO, R. C. H. M. et al. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, p. 207-211, 2008. Número especial.

RIBEIRO, R. C. H. M. et al. O perfil sócio-demográfico e as principais complicações intradialíticas entre pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Revista**

Arquivos de Ciências da Saúde, São José do Rio Preto, v. 16, n. 4, p. 175-180, 2009.

RIBEIRO, R. M. et al. Estratégias de enfrentamento dos enfermeiros em serviço hospitalar de emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo v. 28, n. 3. p. 216-223, 2015.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

RODRIGUES, A. B.; CHAVES, E. C. Fatores estressantes e estratégias de coping dos enfermeiros atuantes em oncologia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 24-28, 2008.

ROMÃO JUNIOR, J. E. et al. Censo SBN 2002: informações epidemiológicas das unidades de diálise do Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 187-198, 2003.

ROSA, J. H. S.; MOTTA, B. F. B. Aspectos sociais da resiliência em pacientes com Diabetes Mellitus Tipo II. **Revista Científica FAGOC-Saúde**, Ubá, v. 1, n. 1, 2016.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatry**, Menasha, v. 57, n. 3, p. 316-331, 1987.

SALEHI, L.; MOHAMMAD, K.; MONTAZERI, A. Fruit and vegetables intake among elderly Iranians: a theory-based interventional study using the Five-A-Dy program. **Nutrition Journal**, London, v. 10, p. 123, 2011.

SALVETTI, M. G.; PIMENTA, C. A. M. Dor crônica e a crença de autoeficácia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 135-40, 2007.

SANTOS, R. I.; COSTA, O. R. S. Avaliação da Resiliência em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica Submetidos à Hemodiálise. **Revista Ciências em Saúde**, Itajubá, v. 6, n. 1, p.50-58, 2016.

SANTOS, P. R. et al. Emotion-oriented coping increases the risk of depression among caregivers of end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis. **International Urology and Nephrology**, Budapest, v. 49, p. 1667-1672, 2017. doi: 10.1007/s11255-017-1621-z

SÃO PAULO (Prefeitura Municipal). Perfil da doença renal crônica: o desafio brasileiro. 2007. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/programas/0007/Doenca_Renal_Cronica.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2010.

SARKAR, S.; KOTANKO, P.; LEVIN, N. Interdialytic weight gain: implications in hemodialysis patients. **Seminars in Dialysis**, Baltimore, v. 19, n. 5, p. 429-433, 2006.

SAS/STAT®. **User's Guide, Version 9.0**. Cary: SAS Institute Inc., 2002.

- SAVÓIA, M. G.; SANTANA, P.; MEJIAS, N. P. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 7, n. 1-2, p. 183-201, 1996.
- SCHALL, R. Estimation in generalized linear models with random effects, **Biometrika**, Oxford, v. 78, n. 4, p. 719-727. 1991.
- SCHWARZER, R.; SCHOLZ, U. Cross-Cultural Assessment of Coping Resources: The General Perceived Self-Efficacy Scale. In: **Asian Congress of Health Psychology 2000: Health Psychology and Culture**, Tokio, 2000.
- SCHWARZER, R.; JERUSALEM, M. Generalized Self-Efficacy scale. In: WEINMAN, J.; WRIGHT, S.; JOHNSTON, M. **Measures in Health Psychology: A User's Portfolio**. Causal and control beliefs. Windsor: Nfer-Nelson, 1995
- SESSO, R. C. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 261-266, 2017.
- SHARAF, A. The impact of educational interventions on hemodialysis patients' adherence to fluid and sodium restrictions. **IOSR Journal of Nursing and Health Science**, New Yolimark, v. 5, n. 3, p. 50-60, 2016
- SILVA, A. B.; AMORIM, A. C. A brazilian educational experimete: teleradiology on TV Web. **Journal of Telemedicine and Telecare**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 7, p. 373-376, 2009.
- SILVA, D. M. L.; CARREIRO, F. A.; MELLO, R. Tecnologias educacionais na assistência de enfermagem em educação em saúde: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, p. 1044-1051, 2017. Suplemento 2.
- SILVA, D. M. G. V. et al. Qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 5, p. 562-567, 2002.
- SILVA, L. F. et al. Coping with fluid restriction and the quality of life in hemodialysis patients with very low or no daily urine output. **International Journal of Artificial Organs**, Milano, v. 37, n. 6, p. 427-435, 2014.
- SILVA, R. A. S. et al. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 147-154, 2016.
- SILVA, D. R. et al. Estudo nutricional e sintomas de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. **Gep News**, Maceió, v. 1, n. 2, p. 46-50, 2017.
- SINCLAIR, P.; PARKER, V. Pictures and perspectives: a unique reflection on interdialytic weight gain. **Nephrology Nursing Journal**, Pitman, v. 36, n. 6, p. 589-596, 2009.

SINCLAIR, V. G.; WALLSTON, K. A. The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. **Assessment**, Odessa, v. 11, n. 1, p. 94-101, 2004.

SLOMKA, L. Associação entre o nível de resiliência e o estado clínico de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, v. 34, n. 1, 23-37, 2011. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1205>>1570. Acesso em: 15 jun. 2017.

SMITH, K. et al. Patient perspectives on fluid management in chronic hemodialysis. **Journal of Renal Nutrition**, Philadelphia, v. 20, n. 5, p. 334-341, 2010.

SOMERFIELD, M. R.; MCCRAE, R. R. Stress and coping research: Methodological Challenges, Thorical Advances, and Clinical Applications. **American Psychologist**, Washington, v. 55, n. 6, p. 620-625, 2000.

SOUZA, I; SOUZA, M. A. Validação da Escala de Auto-Eficácia Geral Percebida. **Revista da Universidade Rural: Série Ciências Humanas**, v. 26, n. 1-2, p. 12-17, 2004.

SOUZA I. F. et al. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes que realizam hemodiálise. In: **Congresso de extensão universitária da UNESP**, 8, 2015.

STASINOPOULOS, D. M.; RIGBY, R. A. Generalized additive models for location scale and shape (GAMLSS) in R. **Journal of Statistical Software**, [s.l.], v. 23, n. 7, 2007

STINA, A. P. N.; ZAMARIOLI, C. M.; CARVALHO, E. C. Efeito de vídeo educativo no conhecimento do aluo sobre higiene bucal de pacientes em quimioterapia. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 2, p. 220-225. 2015.

STOPPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e Saúde. In: SALGADO, M.; FREIRE, G. (Orgs.). **Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina**. Belo Horizonte: Inede, 2008.

STROPP, M.; ALMEIDA, A. Religiosidade e saúde. In: SALGADO, M. I.; FREIRE, G. (Orgs.). **Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina**. Belo Horizonte: Inede, 2008. p. 427-443.

TERRA, F. S.; COSTA, A. M. D. D. Avaliação da qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 430-436, 2007.

THIESE, M. S. Observational and interventional study design types; na overview. **Biochem Med (Zagreb)**, v.24, n.2, p.199-210, 2014.

THOMÉ, F. S. et al. Insuficiência renal crônica. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 381-404.

TONELLI, M.; RIELLA, M. Chronic kidney disease and the aging population. **Indian Journal of Nephrology**, Ahmedabad, v. 24, n. 2, p. 71-74, 2014.

TWARDOWSKI, Z. Can chronic volume overload be recognized and prevented in hemodialysis patients? The critical role of treatment time. **Seminars in Dialysis**, Baltimore, v. 22, n. 5, p. 486-489, 2009.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Centers for Disease Control and Prevention**: Physical Activity Evaluation Handbook. Atlanta: CDC, 2002.

UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM. **Annual Data Report**. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, International comparisons. Minneapolis: USRD, 2014. v. 2. Disponível em: <http://www.usrds.org/2013/pdf/V2_12_09.PDF>. Acesso em: 20 out. 2017

VALCANTI, C. C. et al. Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 838-845, 2012.

VALLE, L. S.; SOUZA, V. F.; RIBEIRO, A. M. Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 1, p. 131-138, 2013.

VAN DER BIJL, J. J.; SHORTRIDGE-BAGGETT, L. M. The theory and measurement of self-efficacy construct. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice**, New York, v. 15, n. 3, p. 189-207, 2001.

VASCONCELOS, D. F. P.; VASCONCELOS, A. C. C. G. Desenvolvimento de um ambiente virtual de ensino em histologia para estudantes da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 132-137, 2013.

VEIGA, I. P. A. **Técnicas de ensino**: novos tempos, novas configurações. Papirus Editora, 2006.

VINACCIA, S. e J.; QUICENO, M. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Factores Psicológicos: Un Estudio desde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC. **Terapia Psicológica**, Santiago, v. 29, n. 1, p. 65-75, 2011.

WAGNILD, G. M.; YOUNG, H. M. Development and psychometric evaluation of resilience scale. **Journal of Nursing Measurement**, New York, v. 1, n. 2, p. 165-178, 1993.

WANG, S. Y. et al. Indicators and correlates of psychological disturbance in Chinese patients receiving maintenance hemodialysis: a cross-sectional study. **International Urology and Nephrology**, Budapest, v. 47, n. 4, p. 679-689, 2015. doi: 10.1007/s11255-015-0910-7.

WELCH, J.; THOMAS-HAWKINS, C. Psycho-educational strategies to promote fluid adherence in adult hemodialysis patients: a review of intervention studies. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 42, n. 5, p. 597-608, 2005.

WELCH, J. et al. Patterns of interdialytic weight gain during the first year of hemodialysis. **Nephrology Nursing Journal**, Pitman, v. 33, n. 5, p. 493-499, 2006.

WELLS, J. R.; ANDERSON, S. T. Self-efficacy and social support in African Americans diagnosed with end stage renal disease. **ABNF Journal**, Lisle, v. 22, n. 1, p. 9-12, 2011.

WU, S. F. V. et al. Prediction of self-care behaviour on the basis of knowledge about chronic kidney disease using self-efficacy as a mediator. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 25, n. 17-18, p. 2609-2618, 2016

YACH, D. et al. The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. **JAMA**, Chicago, v. 291, n. 21, p. 2616-2622, 2004.

YUN, K. S.; CHOI, J. Y. [Effects of Dietary Program based on Self-efficacy Theory on Dietary Adherence, Physical Indices and Quality of Life for Hemodialysis Patients]. **Journal of Korean Academy of Nursing**, Seoul, v. 46, n. 4, p. 598-609, 2016. doi: 10.4040/jkan.2016.46.4.598.

ZAGO, M. M. F. **O ritual de orientação de pacientes pelos enfermeiros cirúrgicos: um estudo etnográfico**. 1994. 154 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 67, n. 6, p. 361-370, 1983.

ZIMMERMAN, M. A.; ARUNKUMAR, R. Resiliency research: Implications for schools and policy. **Social Policy Report**: Society for Research in Child Development, Washington, v. 8, n. 4. p. 1-18, 1994.

ZIMMERMAN, M. et al. Severity Clasification on the Hamilton depression rating scale. **Journal of Affective Disorders**, v. 27, n. 13, p. 1-5, 2013.

APÊNDICES

Apêndice A – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, ECONÔMICA E CLÍNICA.

Data entrevista: ____/____/____ Data nascimento: ____/____/____

1) Sexo: () 1- Masculino () 2- Feminino

2) Idade (anos completos): _____

3) Local de Residência: 1- Urbano 2- Rural
Cidade: _____ Estado: _____

4) Mora sempre no mesmo endereço ou existe outro lugar para residir? () 1- Só neste local () 2- mais de 1 local

5) Qual o seu estado conjugal?

- 1- Nunca se casou ou morou com companheiro(a)
- 2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a)
- 3- Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)
- 4- Viúvo(a)

6) Há quanto tempo está no estado atual? _____

7) Quantos filhos vivos tem?.....

Perfil Social

8) Escolaridade: () 1- Analfabeto () 2- sabe ler/escrever
Anos de estudo _____

9) Qual (is) dessa(s) renda(s) o senhor(a) tem?

- a) aposentadoria d) trabalho próprio
- b) pensão e) doações
- c) aluguel f) outras.....

10) Principal atividade profissional exercida atualmente.....

11) Principal atividade profissional exercida anteriormente.....

12) Idade que se aposentou?.....

13) No seu entender, de acordo com sua situação econômica atual, de que forma o(a) senhor(a) satisfaz suas necessidades básicas:

() 1. muito boa () 2- boa () 3- regular () 4- ruim () 5- péssima () 6- não sabe

14) A casa onde mora é:

- () 1- própria/quitada () 2- própria/paga prestação () 3- paga aluguel () 4- cedida/sem aluguel () 5- asilo () 6- casa de repouso () 7- outro

15) Com quem o(a) senhor(a) mora?

() 1- sozinho(a) () 2- esposo(a) () 3- família () 4- acompanhante particular () 5- casa de outra pessoa () 6- asilado

Dados relacionados à DRC e tratamento

16) Desde quando você tem o diagnóstico de DRC? _nos e _____meses

17) Você teve acompanhamento médico, relacionado à DRC, antes de iniciar diálise? () 0- não () 1- sim () NSA

18) Você já realizou outro tratamento da Doença Renal? () 0- não () 1- sim () NSA
Qual?

19) Há quanto tempo realiza o tratamento atual (Conservador, HD ou DP (anos/meses)?
.....

20) Você escolheu o tratamento por hemodiálise ou diálise peritoneal?
() 0- não, quem indicou? _____ () 1- sim () NSA

21) Você tem ou teve alguma(s) dessas complicações associadas à DRC:

(a) câimbras	(h) infertilidade	(o) peritonite
(b) hipotensão arterial	(i) anemia	(p) infecção de túnel do cateter peritoneal
(c) hipertensão arterial	(j) coceira	(q) problemas de drenagem do cateter peritoneal
(d) dor de cabeça	(k) perda de peso	
(e) fraqueza	(l) ganho de peso	
(f) dor	(m) constipação intestinal	
g) infecções repetitivas	(n) arritmia cardíaca	

22) Você possui outras doenças?

(a) insuficiência cardíaca	(k) neoplasia benigna	(s outras _____)
(b) infarto do miocárdio	(l) catarata	
(c) doença cerebrovascular	(m) osteopatias	
(d) pericardite	(n) hepatopatia () HbsAg+; () antiHCV+	
(e) varizes	(o) hipertensão arterial	
(f) neoplasia maligna	(p) diabetes mellitus	
(g) doença autoimune	(q) déficit auditivo	
(h) déficit visual	(r) desnutrição	

23) Já fez transplante renal?

() 0- não () 1- sim
Doador: () vivo () falecido

24) Peso seco _____

Apêndice B - Autorização para uso da Escala de Autoeficácia

Re: escala de autoeficacia

31 de Maio de 2016 14:46

De: "gra oller" <gra.oller@usp.br>

Para: "Marcos Aguiar" <maguiarsouza@uol.com.br>

De: "Marcos Aguiar" <maguiarsouza@uol.com.br>

Para: "gra oller" <gra.oller@usp.br>

Enviadas: Terça-feira, 31 de Maio de 2016 14:35:14

Assunto: Fwd: Enc: escala de autoeficacia

De:

gra.oller@usp.br

Para: maguiarsouza@uol.com.br **Cópia: Cópia**

oculta: Assunto: Autorização para uso do Instrumento de Autoeficácia Geral e Percebida **Data:** 31/05/2016 00:34

Prezado Prof Dr Marco Aguiar de Souza

Olá Graziela,

fique à vontade para usar a escala.

abcs

Marcos Aguiar de Souza

Sou Graziella, aluna do programa de pós graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP/USP, com orientação da Profa Dra Luciana Kusumota.

No nosso estudo temos como objetivo avaliar o efeito de uma intervenção educativa e motivacional no controle do consumo de líquidos no período interdialítico, de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Para mensurar os efeitos da intervenção temos como proposta utilizar o Instrumento de Autoeficácia Geral e Percebida na população estudada.

Para tanto, peço a autorização para utilizar a versão do Instrumento de Autoeficácia Geral e Percebida (2004).

No aguardo, coloco-me a disposição para esclarecimentos.

Atenciosamente,
Graziella Oller

Apêndice C – Autorização para uso do Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Lazarus e Folkman

Re: Autorização para uso do Inventário de Estratégias de Enfrentamento

1 de Junho de 2016 22:49

De: "Mariangela Gentil Savoia" <mangy.savoia@globo.com>

Para: "gra oller" <gra.oller@usp.br>

Prezada Graziella

O invent[ario] que eu traduzi é de domínio público, pode utiliza-lo sem problemas

Att---

Mangy

Mariangela Gentil Savoia - Dra em Psicologia Clínica - Instituto de Psicologia - USP

Programa Ansiedade - AMBAN - Instituto de Psiquiatria - FMUSP

Coordenadora do Núcleo Conscientia - Estudos de Comportamento e Saúde Mental

55 11 3159 1225/ 55 11 99973 5829

Em 31/05/2016 0:38, gra.oller@usp.br escreveu:

Prezada Profa Dra Mariangela Savoia

Sou Graziella, aluna do programa de pós graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP/USP, com orientação da Profa Dra Luciana Kusumota.

No nosso estudo temos como objetivo avaliar o efeito de uma intervenção educativa e motivacional no controle do consumo de líquidos no período interdialítico, de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Para mensurar os efeitos da intervenção temos como proposta utilizar o Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus na população estudada.

Para tanto, peço a autorização para utilizar a versão do Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus.

No aguardo, coloco-me a disposição para esclarecimentos.

Atenciosamente,
Graziella Oller

Apêndice D – Autorização de uso de imagem

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM - CAMPANHAS EDUCATIVE PRODUTORA

Neste ato, Cauê Henrique Brazolin, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro, portador da Cédula de identidade RG nº 47.745.289-9, CPF sob nº 387.668.298-36, residente à Rua/Av. João del Campes, nº 760, município de S.J. Rio Preto / SP. AUTORIZO o uso de minha imagem em todo e qualquer material entre fotos, vídeos, voz, para ser utilizada em campanhas promocionais e institucional da Educative Produtora e seus representados, com sede administrativa na Av. Bady Bassitt, nº 3980, Nossa Senhora Aparecida, CEP: 15025-000, Fone: (17) 3216-3226, sejam essas destinadas à divulgação ao público em geral para a divulgação de cursos e produtos da Educative. A presente autorização é concedida mediante sem remuneração, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, das seguintes formas: (I) outdoor; (II) busdoor; folhetos em geral (encartes, mala direta, catálogo, etc.); (III) folder de apresentação; (IV) anúncios em revistas e jornais em geral; (V) home page; (VI) cartazes; (VII) back-light; (VIII) mídia eletrônica (painéis, vídeo-tapes, televisão, cinema, programa para rádio, entre outros). Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

São José do Rio Preto, 27 de outubro de 2016

Assinatura:

Nome: Cauê Henrique Brazolin

Telefone p/ contato: (17) 9 9222 2205

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM - CAMPANHAS
EDUCATIVE PRODUTORA**

Neste ato, Graziella Allana Serrão Alves de Oliveira^{albo} nacionalidade brasileira, estado civil casada, portador da Cédula de identidade RG nº 30.997.071-4, CPF sob nº 299.085.718-42, residente à Rua/Av. Francisco Gigliotti, 329 pta 24 nº 329, município de St. Rio Preto / SP. AUTORIZO o uso de minha imagem em todo e qualquer material entre fotos, vídeos, voz, para ser utilizada em campanhas promocionais e institucional da Educative Produtora e seus representados, com sede administrativa na Av. Bady Bassitt, nº 3980, Nossa Senhora Aparecida, CEP: 15025-000, Fone: (17) 3216-3226, sejam essas destinadas à divulgação ao público em geral para a divulgação de cursos e produtos da Educative. A presente autorização é concedida mediante sem remuneração, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, das seguintes formas: (I) outdoor; (II) busdoor; folhetos em geral (encartes, mala direta, catálogo, etc.); (III) folder de apresentação; (IV) anúncios em revistas e jornais em geral; (V) home page; (VI) cartazes; (VII) back-light; (VIII) mídia eletrônica (painéis, vídeo-tapes, televisão, cinema, programa para rádio, entre outros). Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

São José do Rio Preto, 14 de dezembro de 2016

Assinatura:

Nome: Graziella Allana Serrão Alves de Oliveira
Telefone p/ contato: (17) 9.8821-1324

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM - CAMPANHAS
EDUCATIVE PRODUTORA**

Neste ato, Rodolfo Eduardo Branco Kfouri, nacionalidade brasileira, estado civil Solteiro, portador da Cédula de identidade RG nº 47.109.079-7, CPF sob nº 334.969.168-03, residente à Rua/Av. Douglas Machado Campos nº 1165, município de São José do Rio Preto SP. AUTORIZO o uso de minha imagem em todo e qualquer material entre fotos, vídeos, voz, para ser utilizada em campanhas promocionais e institucional da Educative Produtora e seus representados, com sede administrativa na Av. Bady Bassitt, nº 3980, Nossa Senhora Aparecida, CEP: 15025-000, Fone: (17) 3216-3226, sejam essas destinadas à divulgação ao público em geral para a divulgação de cursos e produtos da Educative. A presente autorização é concedida mediante sem remuneração, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, das seguintes formas: (I) outdoor; (II) busdoor; folhetos em geral (encartes, mala direta, catálogo, etc.); (III) folder de apresentação; (IV) anúncios em revistas e jornais em geral; (V) home page; (VI) cartazes; (VII) back-light; (VIII) mídia eletrônica (painéis, vídeo-tapes, televisão, cinema, programa para rádio, entre outros). Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

São José do Rio Preto, 14 de Dezembro de 2016

Assinatura:

Nome: Rodolfo Eduardo Branco Kfouri

Telefone p/ contato: (17) 98887-1210

Apêndice E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller, enfermeira, aluna de Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, sob orientação da Profa. Luciana Kusumota, venho convidá-lo(a) a participar de um estudo que busca acompanhar os pacientes que realizam hemodiálise e comparar as maneiras de orientar quanto ao consumo de líquidos. Você não receberá benefício direto por participar deste estudo, porém sua participação contribuirá para um melhor entendimento e acompanhamento desses pacientes.

A sua participação constará em responder a cinco questionários com informações relacionadas: à sua capacidade de compreensão e memória (realização de alguns testes, cálculo e desenho); aos seus aspectos sociais e clínicos (idade, sexo, estado conjugal, entre outras); ao seu enfrentamento; a sua autoeficácia e à sua resiliência (que é sua capacidade de passar por momentos difíceis). O tempo necessário para responder aos questionários é de aproximadamente 40 (quarenta) minutos.

Caso aceite participar do estudo, o Sr.(a) será sorteado(a) a participar de um seguimento por três meses, sendo que serão feitas perguntas sobre seu estado geral, autoeficácia, enfrentamento, hábitos de vida e intenção comportamental. Se o Sr.(a) for sorteado para o grupo que receberá a orientação das pesquisadoras, além das entrevistas, o Sr.(a) participará de uma orientação em grupo duas vezes durante esse período. Caso não seja sorteado para o grupo de orientação, ao final da pesquisa a pesquisadora se compromete em passar todas as orientações para o Sr.(a).

Garanto que seu nome será mantido em segredo e que as informações obtidas servirão apenas para divulgação em eventos e artigos científicos. Você poderá tirar dúvidas ou desistir da participação em qualquer momento que desejar, sem que isso lhe traga prejuízos. Sua participação neste estudo não lhe trará gastos e você não receberá gratificação por participar.

Os riscos que você corre ao participar deste estudo são mínimos, caso experimente algum tipo de desconforto ou sentimentos desagradáveis, por se lembrar da experiência que teve durante a doença, poderá conversar comigo ou interromper sua participação no estudo. Caso você se sinta lesado por algum dano decorrente de sua participação neste estudo, o senhor tem direito à indenização por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Eventuais despesas que você tiver para participar deste estudo serão ressarcidas pelo pesquisador.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, um órgão que acompanha e avalia todas as etapas do estudo, colaborando para o desenvolvimento da competência ética e de uma visão mais ampla dos valores humanos.

O telefone e o endereço para contato com o pesquisador e com o Comitê de Ética em Pesquisa estão no final desta página.

Diante do exposto, declaro que estou ciente das informações recebidas e que concordo voluntariamente em participar deste estudo, recebendo uma via desse termo, o que me permitirá entrar em contato com o pesquisador e com o Comitê de Ética em Pesquisa, em algum outro momento, caso eu deseje ou sinta necessidade de obter novos esclarecimentos a respeito deste estudo.

Ribeirão Preto, ____ de ____ de 201__.

Nome do participante

Assinatura do participante

Graziella Allana S. A. Oliveira Oller

Profa. Luciana Kusumota Telefone: (16) 3315-0534 E-mail: kusumota@eerp.usp.br	Graziella Allana S. A. Oliveira Oller Telefone: (17) 98821-1324 E-mail: gra.oller@usp.br
Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP: Telefone: (16) 3315-3386 Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, das 09h às 18h Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Avenida Bandeirantes, 3.900 – CEP: 14.040-902	

Apêndice F - Análise de Regressão do Modelo Beta Inflacionada para o parâmetro média (Modelo 1), mantendo-se constantes os parâmetros dispersão e escala dos 192 pacientes em tratamento hemodialítico. São José do Rio Preto-SP, 2017

Parâmetros Média (μ)	Estimativa	Erro Padrão	Valor T	p-valor	μ	IC 95% μ	
(Intercept)	2,5463	0,1999	12,7393	0,0000*			
Grupo GI	0,1952	0,0465	4,1988	0,0000*	1,2155	1,1097	1,3314
Anos de Estudo	-0,0144	0,0033	-4,4339	0,0000*	0,9857	0,9794	0,9920
Tempo Diag DRC	0,0007	0,0002	2,8902	0,0039*	1,0007	1,0002	1,0012
Tempo de HD	-0,0035	0,0004	-8,1063	0,0000*	0,9965	0,9956	0,9973
Número de doenças autorreferidas	-0,0302	0,0068	-4,4427	0,0000*	0,9703	0,9574	0,9833
Autoeficácia	-0,0065	0,0028	-2,3247	0,0202*	0,9936	0,9882	0,9990
Fator Confronto (IEEFL)	0,4271	0,0299	14,2640	0,0000*	1,5328	1,4454	1,6254
Fator Autocontrole (IEEFL)	-0,2904	0,0318	-9,1414	0,0000*	0,7480	0,7028	0,7960
Fator Suporte Social (IEEFL)	-0,1358	0,0283	-4,8075	0,0000*	0,8730	0,8260	0,9227
Fator Fuga-Esquiva (IEEFL)	-0,1096	0,0218	-5,0228	0,0000*	0,8962	0,8586	0,9353
Fator Reav Positiva (IEEFL)	0,1803	0,0391	4,6145	0,0000*	1,1976	1,1093	1,2929
Resiliência	0,0032	0,0012	2,6957	0,0071*	1,0032	1,0009	1,0056
Sintomas de Depressão	-0,0196	0,0075	-2,6015	0,0093*	0,9806	0,9662	0,9952
Peso 2	0,1508	0,0667	2,2613	0,0238*	1,1628	1,0203	1,3251
Peso 3	0,1459	0,0694	2,1017	0,0357*	1,1571	1,0099	1,3257
Peso 4	0,1631	0,0684	2,3860	0,0171*	1,1772	1,0296	1,3460
Peso 5	0,2074	0,0767	2,7048	0,0069*	1,2304	1,0588	1,4299
Peso 6	0,2801	0,0759	3,6916	0,0002*	1,3232	1,1404	1,5354
Peso 7	0,2931	0,0743	3,9441	0,0001*	1,3405	1,1588	1,5507
Peso 8	0,0436	0,0728	0,5985	0,5496	1,0446	0,9056	1,2048
Peso 9	0,2019	0,0748	2,6978	0,0070*	1,2237	1,0568	1,4170

Peso 10	0,1766	0,0708	2,4944	0,0127*	1,1931	1,0386	1,3707
Peso 11	0,0544	0,0721	0,7547	0,4505	1,0559	0,9168	1,2161
Peso 12	0,1603	0,0757	2,1170	0,0343*	1,1739	1,0120	1,3617
Peso 13	0,1539	0,0736	2,0920	0,0365*	1,1664	1,0098	1,3473
Peso 14	0,1933	0,0753	2,5662	0,0103*	1,2132	1,0467	1,4062
Peso 15	0,1734	0,0738	2,3490	0,0189*	1,1893	1,0291	1,3744
Peso 16	0,2741	0,0774	3,5396	0,0004*	1,3154	1,1301	1,5310

Parâmetros Dispersão (σ)	Estimativa	Erro Padrão	Valor T	p-valor	σ	IC 95% σ	
(Intercept)	-1,9184	0,0271	-70,6642	0,0000*	0,1280	0,1222	0,1341
Parâmetros Escala (τ)	Estimativa	Erro Padrão	Valor T	p-valor	τ	IC 95% τ	
(Intercept)	0,8958	0,0399	22,4680	0,0000*	2,4492	2,2651	2,6483

*p<0,05

Apêndice G - Análise de Regressão do Modelo Beta Inflacionada para o parâmetro dispersão (Modelo 2), mantendo-se as variáveis significantes para média e escala constante dos 192 pacientes em tratamento hemodialítico. São José do Rio Preto-SP, 2017

Parâmetros Média (μ)	Estimativa	Erro Padrão	Valor T	p-valor	μ	IC 95% μ	
(Intercept)	2,8302	0,1776	15,9355	0,0000*			
Grupo GI	0,0867	0,0443	1,9572	0,0504	1,0906	0,9999	1,1895
Anos de Estudo	-0,0184	0,0026	-7,0606	0,0000*	0,9818	0,9768	0,9868
Tempo Diag DRC	0,0009	0,0002	4,4464	0,0000*	1,0009	1,0005	1,0012
Tempo de HD	-0,0037	0,0004	-9,9166	0,0000*	0,9963	0,9956	0,9971
Número de doenças autorreferidas	-0,0364	0,0052	-6,9882	0,0000*	0,9643	0,9545	0,9742
Autoeficácia	-0,0072	0,0023	-3,1532	0,0016*	0,9929	0,9884	0,9973
Fator Confronto (IEEFL)	0,4452	0,0244	18,2470	0,0000*	1,5608	1,4879	1,6372
Fator Autocontrole (IEEFL)	-0,3123	0,0289	-10,8077	0,0000*	0,7318	0,6915	0,7744
Fator Suporte Social (IEEFL)	-0,1736	0,0221	-7,8589	0,0000*	0,8407	0,8050	0,8778
Fator Fuga-Esquiva (IEEFL)	-0,0750	0,0201	-3,7273	0,0002*	0,9277	0,8918	0,9650
Fator Reav Positiva (IEEFL)	0,1586	0,0345	4,5952	0,0000*	1,1719	1,0952	1,2539
Resiliência	0,0035	0,0011	3,2853	0,0010*	1,0035	1,0014	1,0055
Sintomas de Depressão	-0,0256	0,0067	-3,8205	0,0001*	0,9747	0,9620	0,9876
Peso 2	0,0501	0,0516	0,9710	0,3316	1,0514	0,9503	1,1632
Peso 3	0,0992	0,0525	1,8891	0,0590	1,1042	0,9963	1,2239
Peso 4	0,0909	0,0553	1,6447	0,1001	1,0952	0,9827	1,2205
Peso 5	0,0976	0,0573	1,7027	0,0887	1,1025	0,9854	1,2336
Peso 6	0,1206	0,0626	1,9272	0,0540	1,1281	0,9980	1,2753
Peso 7	0,1642	0,0626	2,6209	0,0088*	1,1784	1,0423	1,3324
Peso 8	-0,0365	0,0654	-0,5589	0,5763	0,9641	0,8482	1,0959
Peso 9	0,0463	0,0633	0,7314	0,4646	1,0474	0,9252	1,1856
Peso 10	0,0712	0,0661	1,0772	0,2815	1,0738	0,9434	1,2222
Peso 11	0,0344	0,0710	0,4844	0,6281	1,0350	0,9006	1,1894
Peso 12	0,0857	0,0656	1,3067	0,1914	1,0894	0,9581	1,2388
Peso 13	0,0064	0,0605	0,1059	0,9157	1,0064	0,8938	1,1332
Peso 14	0,0930	0,0602	1,5460	0,1222	1,0975	0,9754	1,2348
Peso 15	0,0243	0,0702	0,3466	0,7289	1,0246	0,8929	1,1757
Peso 16	0,1062	0,0685	1,5500	0,1213	1,1120	0,9723	1,2718

Parâmetros Dispersão (σ)	Estimativa	Erro Padrão	Valor T	p-valor	σ	IC 95% σ	
(Intercept)	-2,7667	0,3503	-7,8978	0,0000*	0,0629	0,0316	0,1249
Grupo GI	0,4434	0,0890	4,9841	0,0000*	1,5579	1,3087	1,8547
Casado	0,4694	0,1003	4,6778	0,0000*	1,5990	1,3135	1,9466
Separado	0,4436	0,1376	3,2253	0,0013*	1,5584	1,1901	2,0406
Viúvo	0,1891	0,1618	1,1686	0,2427	1,2082	0,8798	1,6592
Tempo de HD	0,0024	0,0008	2,9936	0,0028*	1,0024	1,0008	1,0040
Número de complicações	0,0364	0,0150	2,4327	0,0150*	1,0371	1,0071	1,0680
Número de doenças autorreferidas	-0,0388	0,0160	-2,4301	0,0152*	0,9619	0,9322	0,9925
Fator Confronto (IEEFL)	0,2351	0,0664	3,5386	0,0004*	1,2650	1,1106	1,4409
Fator Autocontrole (IEEFL)	-0,3377	0,0642	-5,2641	0,0000*	0,7134	0,6291	0,8090
Fator Suporte Social (IEEFL)	-0,2021	0,0632	-3,1975	0,0014*	0,8170	0,7218	0,9248
Fator Aceitação de Responsabilidades (IEEFL)	0,2616	0,0664	3,9403	0,0001*	1,2990	1,1405	1,4796
Domínio Reav Positiva (IEEFL)	0,3526	0,0825	4,2750	0,0000*	1,4228	1,2104	1,6724
Resiliência	-0,0049	0,0019	-2,5482	0,0109*	0,9951	0,9913	0,9989
Ansiedade	-0,0322	0,0140	-2,3112	0,0209*	0,9683	0,9422	0,9951
Sintomas de Depressão	0,0788	0,0162	4,8732	0,0000*	1,0820	1,0482	1,1168
Peso 2	-0,4741	0,1302	-3,6416	0,0003*	0,6224	0,4822	0,8034
Peso 3	-0,4579	0,1388	-3,2983	0,0010*	0,6326	0,4819	0,8305
Peso 4	-0,2451	0,1352	-1,8135	0,0699	0,7826	0,6005	1,0200
Peso 5	-0,3555	0,1566	-2,2696	0,0233*	0,7008	0,5155	0,9527
Peso 6	-0,1174	0,1531	-0,7670	0,4432	0,8892	0,6587	1,2004
Peso 7	-0,1188	0,1508	-0,7879	0,4308	0,8880	0,6608	1,1933
Peso 8	0,0458	0,1535	0,2982	0,7656	1,0468	0,7749	1,4142
Peso 9	-0,1073	0,1562	-0,6867	0,4923	0,8983	0,6614	1,2201
Peso 10	0,0776	0,1497	0,5182	0,6044	1,0807	0,8059	1,4492
Peso 11	0,2037	0,1490	1,3672	0,1717	1,2260	0,9155	1,6418
Peso 12	-0,0157	0,1578	-0,0995	0,9207	0,9844	0,7225	1,3413
Peso 13	-0,1724	0,1533	-1,1244	0,2609	0,8416	0,6232	1,1367
Peso 14	-0,1905	0,1576	-1,2084	0,2270	0,8266	0,6069	1,1258
Peso 15	0,1574	0,1540	1,0217	0,3070	1,1704	0,8654	1,5830
Peso 16	0,0579	0,1594	0,3633	0,7164	1,0596	0,7753	1,4482
Parâmetros Escala (τ)	Estimativa	Erro Padrão	Valor T	p-valor	τ	IC 95% τ	
(Intercept)	0,8958	0,0399	22,4680	0,0000*	2,4492	2,2651	2,6483

*p<0,05

Apêndice H – Comparação dos modelos 1 e 2 pelo Teste da Razão de Verossimilhança

Modelos	Medida	Grau de liberdade (gl)	TRV	gl dif	p-valor
H0	189,32	139,32			
H1	-92,58	170,14	281,90	30,82	<0.0001

Rejeito H0 a favor de H1

Onde:

H0: Modelo Homocedástico (média): parâmetros relacionados à variabilidade não são estatisticamente significantes

H1: Modelo Heterocedástico (média e dispersão): parâmetros relacionados à variabilidade são estatisticamente significantes

Apêndice I – Análise de diagnóstico do Modelo 3**Apêndice L – Comparação dos modelos 2 e 3 pelo Teste da Razão de Verossimilhança**

Modelos	Medida	Grau de liberdade (gl)	TRV	gl dif	p-valor
H0	-92,58	170,14			
H1	-447,64	193,14	355,06	23,00	<0.0001

Rejeito H0 a favor de H1

Onde:

H0: Modelo Heterocedástico (média e dispersão): parâmetros relacionados ao parâmetro de escala não são estatisticamente significantes

H1: Modelo Heterocedástico Inflacionado (média, dispersão e inflação covariáveis): parâmetros relacionados ao parâmetro de escala são estatisticamente significantes

Apêndice J – Análise de diagnóstico do Modelo 1

Apêndice K – Análise de diagnóstico do Modelo 2

Anexo A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa EERP/USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto de uma intervenção educativa e motivacional para o controle da ingestão hídrica de pacientes em tratamento hemodialítico

Pesquisador: Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54339616.6.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.689.258

Apresentação do Projeto:

Apreciado anteriormente.

Objetivo da Pesquisa:

Apreciado anteriormente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apreciado anteriormente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apreciado anteriormente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apreciado anteriormente.

Recomendações:

Não há recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora acatou todas as recomendações feitas por este CEP em parecer referente a apreciação anterior do projeto. Recomendo aprovação.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.689.258

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado Ad Referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_657522.pdf	12/08/2016 12:08:09		Aceito
Outros	Carta_CEP.pdf	12/08/2016 12:07:54	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	12/08/2016 12:07:35	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/08/2016 12:07:09	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito
Outros	autorizacao_uso_das_escalas.pdf	11/08/2016 10:06:26	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	16/03/2016 22:09:44	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito
Outros	coleta_dados.pdf	16/03/2016 14:31:02	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_atividades_de_Pesquisa.pdf	16/03/2016 14:29:22	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito
Declaração de Pesquisadores	oficio_de_encaminhamento.pdf	16/03/2016 14:28:56	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito
Outros	Declaracao_autorizacao_servico.png	06/02/2016 08:28:03	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	06/02/2016 06:29:33	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.689.258

RIBEIRÃO PRETO, 22 de Agosto de 2016

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

Anexo B – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa FAMERP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto de uma intervenção educativa e motivacional para o controle da ingestão hídrica de pacientes em tratamento hemodialítico

Pesquisador: Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54339616.6.3001.5415

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.887.840

Apresentação do Projeto:

O presente estudo tem como objetivo Avaliar o efeito de uma intervenção educativa e motivacional no controle do consumo de líquidos no período interdialises, de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Trata-se de um estudo de intervenção, longitudinal, com seis etapas em seis semanas de seguimento. A pesquisa será realizada com pacientes em tratamento por hemodiálise, em um serviço no município de São José do Rio Preto. Como critérios de seleção o paciente deve ter idade de 18 anos ou mais; ter DRC terminal; estar em tratamento crônico por hemodiálise; não ter realizado outros modos de tratamento dialítico anterior e apresentar o resultado da avaliação cognitiva do Minixame do Estado Mental dentro dos parâmetros estabelecidos. Participarão do estudo todos os pacientes atendidos no referido centro de tratamento, que se incluam nos critérios de seleção. Os participantes serão encaminhados de forma aleatória para dois grupos: Grupo Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC). Os dados serão analisados pelo o programa de software estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 17.0. Serão realizadas análises descritivas, comparação entre médias dos grupos e intragrupos. Será estabelecido nível de significância de 5%.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
 Bairro: VILA SAO PEDRO CEP: 15.090-000
 UF: SP Município: SAO JOSE DO RIO PRETO
 Telefone: (17)3201-5813 Fax: (17)3201-5813 E-mail: cepfamerp@famerp.br

Continuação do Parecer: 1.887.840

Avaliar o efeito de uma intervenção educativa e motivacional no controle do consumo de líquidos no período interdiálises, de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico.

Objetivo Secundário:

- Avaliar o efeito de uma intervenção educativa e motivacional no controle do consumo de líquidos no período interdiálises, de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico.- Caracterizar o perfil socioeconômico e clínico dos pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico;
- Avaliar e descrever a autoeficácia, o enfrentamento e a resiliência desses pacientes;- Comparar a autoeficácia, o enfrentamento e a resiliência antes e após a intervenção educativa e motivacional;
- Comparar a autoeficácia, o enfrentamento e a resiliência entre esses pacientes participantes da intervenção educativa e motivacional e os pacientes não participantes;
- Avaliar o impacto da autoeficácia, enfrentamento e resiliência entre os pacientes participantes da intervenção educativa e motivacional e os pacientes não participantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são experiências de desconforto ou sentimentos desagradáveis dos pacientes, por se lembrarem de experiências que tiveram durante a doença.

Benefícios:

Uso de estratégias educacionais e motivacionais para diminuir a ingestão hídrica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa em que este CEP é coparticipante, sendo a Unidade Nefrológica do Hospital de Base a ser abordada; um estudo de intervenção, longitudinal, com seis etapas em seis semanas de seguimento. O primeiro momento por ocasião da primeira abordagem (T0); a segunda etapa (T1) uma semana após T0; a terceira etapa (T2) duas semanas após T1; a quarta etapa (T3) duas semanas após T2; a quinta etapa (T4) duas semanas após T3; e a sexta etapa (T5) duas semanas após T4, totalizando 10 semanas de seguimento. A pesquisa será realizada com pacientes em tratamento por hemodiálise, em um serviço no município de São José do Rio Preto, estado de São Paulo, que atualmente atende 294 pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
Bairro: VILA SÃO PEDRO CEP: 15.090-000
UF: SP Município: SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 Fax: (17)3201-5813 E-mail: cepfamerp@famerp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSE DO RIO PRETO- FAMERP - SP

Continuação do Parecer: 1.887.840

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto CoParticipante Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_657522.pdf	12/08/2016 12:08:09		Aceito
Outros	Carta_CEP.pdf	12/08/2016 12:07:54	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	12/08/2016 12:07:35	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/08/2016 12:07:09	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_657522.pdf	11/08/2016 10:06:57		Aceito
Outros	autorizacao_uso_das_escalas.pdf	11/08/2016 10:06:26	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_657522.pdf	16/03/2016 22:10:54		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/03/2016 22:10:34	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	16/03/2016 22:09:44	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	16/03/2016 22:09:34	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_657522.pdf	16/03/2016 14:33:56		Aceito
Outros	coleta_dados.pdf	16/03/2016	Graziella Allana	Aceito

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416

Bairro: VILA SAO PEDRO

CEP: 15.090-000

UF: SP

Município: SAO JOSE DO RIO PRETO

Telefone: (17)3201-5813

Fax: (17)3201-5813

E-mail: cepfamerp@famerp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
SÃO JOSE DO RIO PRETO-
FAMERP - SP

Continuação do Parecer: 1.887.840

Outros	coleta_dados.pdf	14:31:02	Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_atividades_de_Pesquisa.pdf	16/03/2016 14:29:22	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito
Declaração de Pesquisadores	oficio_de_encaminhamento.pdf	16/03/2016 14:28:56	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_657522.pdf	06/02/2016 08:30:31		Aceito
Outros	Declaracao_autorizacao_servico.png	06/02/2016 08:28:03	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito
Outros	coleta_dados.docx	06/02/2016 08:27:20	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	06/02/2016 08:25:54	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rostoassinada.pdf	06/02/2016 06:29:33	Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOSE DO RIO PRETO, 10 de Janeiro de 2017

Assinado por:
GERARDO MARIA DE ARAUJO FILHO
(Coordenador)

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
Bairro: VILA SAO PEDRO CEP: 15.090-000
UF: SP Município: SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 Fax: (17)3201-5813 E-mail: cepfamerp@famerp.br

Anexo C – Parecer de inclusão no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos-REBEC

Ministério da Saúde

REGISTRO BRASILEIRO DE
Ensaios Clínicos

USUÁRIO
grazi.oller
SUBMISSÕES
001
PENDÊNCIAS
000
Perfil
Painel
SAIR

PT | ES | EN

NOTÍCIAS | SOBRE | AJUDA | CONTATO

[BUSCA AVANÇADA](#)

[HOME](#) / [SUBMISSÕES](#) / [SUMÁRIO](#) / TRIAL: RBR-4XYTP6 IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA E MOTIVACIONAL NO CONTROLE DO CONSUMO DE ÁGUA POR PACIENTES EM TRATAMENTO POR HEMODIÁLISE

Observações

- Identificação do ensaio:** O título público deve estar de acordo com o título, mas em uma linguagem mais coloquial, visando o público em geral. Não utilizar termos técnicos de difícil compreensão. Por exemplo: ao invés de “cirurgia bariátrica”, use “cirurgia de redução do estômago”; ou, ao invés de “alopecia”, use “calvície”. Somente a primeira letra de cada palavra do título deve estar em caixa alta. Não deve haver pontuação no final da sentença. Exemplos: Exemplo 01) Título científico: “A Efetividade da bandagem funcional em pacientes com osteoartrite de joelho - ensaio clínico randomizado: estudo piloto”; Título Público: “O efeito da bandagem elástica em pacientes com artrose de joelho”; Exemplo 02) “Estudo Fase IIb, randomizado e controlado por placebo para avaliar a eficácia clínica e segurança da Terapia de Indução e de Manutenção com BMS-936557 em indivíduos com Colite Ulcerativa (UC) ativa”; Título Público: “Avaliação de eficácia e segurança da Terapia de Indução e de Manutenção com BMS-936557 em indivíduos com Colite Ulcerativa”; Exemplo 03) “Alterações na expressão gênica do tecido gástrico e intestinal de pacientes diabéticos tipo 2 submetidos à Gastroplastia Redutora a Y-ROUX”; Título Público: “Alterações no tecido do estômago e intestino de pacientes diabéticos que fizeram cirurgia de redução do estômago”.
Situação: Fechado
- Identificação do ensaio:** Nos campos “título científico” e título público”, favor colocar a primeira letra dos nomes das doenças, dos procedimentos e/ou drogas em caixa alta.
Situação: Fechado
- Identificação do ensaio:** No campo “identificadores secundários”, sugiro que seja retirado o número: 1.887.840 e seu respectivo órgão emissor.
Situação: Fechado
- Identificação do ensaio:** No campo “Identificadores secundários”, sugiro que no órgão emissor (referente ao número 1.689.258) tenha suas siglas especificadas por extenso.