

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**EFICÁCIA DAS RESTRIÇÕES HÍDRICA E DIETÉTICA DA  
PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA EM  
HEMODIÁLISE**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em  
Enfermagem

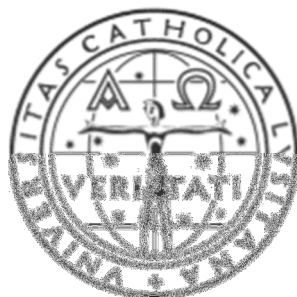
Por:

António Filipe Amaral Jesus Cristóvão

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Janeiro de 2016**





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**EFICÁCIA DAS RESTRIÇÕES HÍDRICA E DIETÉTICA DA  
PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA EM  
HEMODIÁLISE**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor em  
Enfermagem

Por:

António Filipe Amaral Jesus Cristóvão

Orientação: Professor Doutor Abel Paiva e Silva

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Janeiro de 2016**



## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço a colaboração dos doentes que voluntariamente partilharam as suas experiências, contribuindo para compreender melhor a forma como lidam com a doença e o tratamento.*

*Agradeço aos diretores clínicos das unidades de hemodiálise, aos enfermeiros-chefes e à restante equipa de enfermagem, a preciosa colaboração para a realização deste projeto.*

*O meu agradecimento aos colegas que se disponibilizaram para me ouvir, ajudar e que sempre me desejaram sucesso.*

*Um especial agradecimento ao Professor Doutor Abel Paiva e Silva, pela sua disponibilidade e apoio na orientação deste projeto.*

*Reservo o meu reconhecimento à Carmo que me incentivou a enfrentar as dificuldades e a ultrapassar os obstáculos durante estes últimos anos.*



## RESUMO

Portugal tem uma elevada prevalência de pessoas com doença renal crónica (DRC) em hemodiálise (HD), situação que implica um tratamento penoso, com fortes restrições alimentares e um complexo esquema medicamentoso.

Para conhecer a forma com os doentes gerem o regime terapêutico, desenvolvemos dois estudos. Um primeiro estudo descritivo com abordagem qualitativa, envolvendo uma amostra intencional de 20 informantes há mais de 6 meses em programa regular de HD. Identificámos as principais dificuldades relacionadas com o tratamento e as medidas usadas para enfrentar essas dificuldades. Um segundo estudo, descritivo e de natureza quantitativa, com uma amostra de conveniência de 254 sujeitos com DRC tratados em hemodiafiltração em quatro centros de HD da região de Lisboa, pretendeu avaliar a frequência com que as pessoas usavam um conjunto de medidas de autocuidado para gerir as restrições hídrica e dietéticas e analisar a eficácia dessas medidas de autocuidado.

Os dados das 20 entrevistas foram sujeitos a análise temática de conteúdo permitindo constatar que a restrição hídrica e alimentar se encontra entre as principais dificuldades. Para enfrentá-las os informantes usam sobretudo estratégias adaptativas orientadas para a resolução de problemas, o que sugere que os conseguem controlar. O apoio da equipa de saúde e da família (sobretudo o cônjuge) e a função renal residual, parecem facilitar a gestão do tratamento, enquanto o calor no verão e o fumo figuravam como fatores dificultadores da gestão do tratamento.

Questionámos as 254 pessoas com DRC em HD, sobre as medidas de autocuidado para controlar os líquidos, reduzir o consumo de sal, e para restringir o potássio e o fósforo da dieta. Concluímos que os sujeitos usam mais frequentemente as medidas para reduzir o consumo de sal do que as medidas de autocuidado nas outras dimensões, o que revela que os doentes estão cientes da necessidade de controlar a sede. Avaliámos a eficácia do autocuidado através do ganho de peso interdialítico (GPI) e dos valores séricos do potássio e do fósforo pré-diálise. As seguintes medidas mostraram valor terapêutico: “*Evitar comer refeições muito condimentadas*”, “*Beber só para tomar os comprimidos*”, “*Evitar beber álcool*”, “*Evitar o sal à mesa*”, “*Comer pouca carne ou peixe às refeições*”, “*Seguir a dieta recomendada*” e “*Aceitar/acomodar-se às restrições*”. Ao contrário, medidas como “*Beber líquidos frios*” e “*Controlar os líquidos em função dos sintomas*” revelaram-se ineficazes. A análise de *clusters* centrada nas características da amostra mostrou a importância do cônjuge na gestão da dieta. A análise de *clusters* focada nas medidas de autocuidado revelou que o agrupamento

dos sujeitos que mais utilizava as medidas de autocuidado apresentava um GPI significativamente menor e um Kt/V significativamente mais elevado, que os sujeitos que menos usavam as medidas de autocuidado. Estes resultados reforçam a importância do autocuidado, ajudam a selecionar as medidas mais úteis para gerir os líquidos e a dieta na pessoa com DRC em HD, e justificam a necessidade de educar e apoiar a família enquanto agente de autocuidado dependente.

Palavras-Chave: Doença Renal Crónica; Hemodiálise; Autocuidado

## ABSTRACT

Portugal has a high prevalence of chronic kidney disease (CKD) patients on hemodialysis (HD). This is a stressful treatment with strong dietary restrictions and a complex drug regimen.

To know how patients manage the therapeutic regimen, we conducted two studies. The first with a qualitative approach, was a descriptive study involving an intentional sample of 20 participants who had been on HD for more than six months. We identified the main difficulties related to the treatment and the measures used to address these difficulties. A second descriptive study with a quantitative approach included a convenience sample of 254 CKD patients under hemodiafiltration on line, in four HD centers in Lisbon. The aim was to evaluate the frequency with which the patients used a set of self-care measures to manage water and dietary restrictions and analyze the effectiveness of these self-care measures.

Data from those 20 interviews was subjected to thematic content analysis, allowing us to note that water and dietary restrictions are among the main difficulties patients face. The participants mainly use problem solving coping strategies, suggesting that patients have some control over these difficulties. Support received from the health care team and from family (especially spouse) as well as residual renal function seems to facilitate the treatment management. In contrast, summer heat and smoking habits appeared as hindering factors for treatment management.

We asked the 254 CKD patients on HD questions about self-care measures to control fluids, reduce salt intake and restrict potassium and dietary phosphorus. We highlight that subjects use measures to reduce salt consumption more often than other kind of self-care measures. This may suggest that patients are aware of the needing to control salt intake and thirst. The self-care measures efficacy was analyzed by interdialytic weight gain (IWG) and pre-dialysis blood levels of potassium and phosphorus. The following measures were proved to have therapeutic value: "*Avoid eating too much spicy food*", "*Drinking just to take the pills*", "*Avoid drinking alcohol*", "*Avoid using salt during meals*", "*Eat small amount of meat or fish at meals*", "*Follow the recommended diet*", and "*To accept/ accommodate themselves to the restrictions*". Unlike measures as "*Drinking cold liquids*" and "*Controlling the fluids according to symptoms*" which seem to be ineffective. Cluster analysis focused on the sample characteristics showed the importance of the spouse cooperation on dietary self-care management. The clusters analysis focused on self-care measures revealed that subjects who used self-care measures more often had a significantly lower IWG and significantly higher

Kt/V, than those who used the less often self-care measures. These results emphasize the importance of self-care, help to select the most useful measures to manage fluids and diet in CKD patients on HD and justify the need to educate and support the family as self-care dependent agency.

**Keywords:** Chronic Kidney Disease; Hemodialysis; Self Care Management

## ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ADH	Hormona Antidiurética
BIC	Critérios de Informação de Bayes
BCM	Body Composition Monitor
BUN	Concentração da Ureia Nitrogenada
CEC	Circuito extracorporal
DRC	Doença Renal Crónica
DRCT	Doença Renal Crónica Terminal
FAV	Fístula Arteriovenosa
GPI	Ganho de peso interdialítico
HD	Hemodiálise
HDF	Hemodiafiltração
HTA	Hipertensão arterial
HSS	Hemodialysis Stressor Scale
IECA	Inibidores da enzima de conversão da angiotensina
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IRD	Instrumento de Recolha de Dados
JCS	Jalowiec Coping Scale
Kg	Quilograma
mEq/L	Miliequivalentes por litro
mg/dl	Miligramas por decilitro
OCM	Online Clearance Monitor
PCR	Taxa de catabolismo proteico
pmp	Pessoas por milhão da população
PTFE	Prótese de politetrafluoretileno
PTH	Hormona paratiroideia
SPN	Sociedade Portuguesa de Nefrologia
TA	Tensão arterial
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TSR	Tratamento substitutivo renal



## ÍNDICE DE FIGURAS

p.

Figura 1 – Tipo de dificuldades e de estratégias adaptativas percebidas pela pessoa com doença renal crónica em hemodiálise.....	93
Figura 2 – Relação entre os fatores facilitadores e as dificuldades em gerir o regime terapêutico .....	98
Figura 3 – Perfil de coesão e de separação dos agrupamentos (análise 1).....	132
Figura 4 – Diferenças na distribuição das variáveis de caracterização da amostra pelos agrupamentos (análise 1).....	137
Figura 5 – Perfil de coesão e de separação dos agrupamentos (análise 2).....	139
Figura 6 – Diferenças na utilização das medidas de autocuidado entre os agrupamentos (análise 2) .....	142

## ÍNDICE DE QUADROS

**p.**

Quadro 1 – Evolução da doença renal crónica.....	28
Quadro 2 – Medidas de autocuidado para controlar a restrição hídrica.....	52
Quadro 3 – Medidas de autocuidado para controlar a restrição dietética .....	55
Quadro 4 – Classificação da frequência do uso das medidas de autocuidado .....	70
Quadro 5 – Critérios de avaliação da eficácia do autocuidado .....	71
Quadro 6 – Dificuldades relacionadas com a gestão do regime terapêutico .....	78
Quadro 7 – Estratégias usadas para enfrentar a restrição hídrica .....	83
Quadro 8 – Estratégias usadas para enfrentar as restrições na dieta.....	86
Quadro 9 – Estratégias usadas para enfrentar ter de realizar hemodiálise.....	88
Quadro 10 – Estratégias usadas para enfrentar a duração das sessões de hemodiálise .....	90
Quadro 11 – Estratégias usadas para enfrentar outras dificuldades relacionadas com o tratamento.....	92
Quadro 12 – Fatores facilitadores da gestão do regime terapêutico .....	94
Quadro 13 – Fatores dificultadores da gestão do regime terapêutico .....	96
Quadro 14 – Perceção dos doentes sobre o tratamento.....	99
Quadro 15 – Comportamentos de adesão ao regime terapêutico.....	100
Quadro 16 – Sentimentos em relação à doença e ao tratamento.....	101
Quadro 17 – Distribuição dos sujeitos por tipo de agregado familiar e por sexo.....	104
Quadro 18 – Distribuição dos sujeitos pela variável quem prepara as refeições e por sexo .	105
Quadro 19 – Distribuição dos sujeitos pelo GPI em percentagem do peso seco .....	107
Quadro 20 – Distribuição dos sujeitos por níveis de potássio sérico pré-diálise.....	108
Quadro 21 – Distribuição dos sujeitos por níveis de fósforo sérico pré-diálise .....	108
Quadro 22 – Distribuição dos sujeitos por níveis de albumina sérica pré-diálise .....	109
Quadro 23 – Distribuição dos sujeitos por valores de Kt/V .....	109
Quadro 24 – Distribuição dos sujeitos por níveis de sódio do dialisante .....	109
Quadro 25 – Score médio relativo às medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica .....	110
Quadro 26 – Score médio relativo às medidas de autocuidado para reduzir o consumo de sal .....	113

Quadro 27 – Score médio relativo às medidas de autocuidado para reduzir o potássio da dieta .....	115
Quadro 28 – Score médio relativo às medidas de autocuidado para reduzir o fósforo da dieta .....	117
Quadro 29 – Score médio relativo às medidas gerais de autocuidado para gerir a dieta .....	118
Quadro 30 – Diferença na distribuição de idades pelos níveis de diurese .....	119
Quadro 31 – Diferença na distribuição de tempo de HD pelos níveis de diurese .....	120
Quadro 32 – Diferença na distribuição da idade por fumadores e não fumadores.....	121
Quadro 33 – Correlações de Pearson entre as variáveis de caracterização da amostra e os critérios de eficácia de autocuidado.....	125
Quadro 34 – Correlações de Spearman significativas entre as medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica e os indicadores de eficácia do autocuidado .....	128
Quadro 35 – Correlações de Spearman entre as medidas de autocuidado para restringir o consumo de sal e os indicadores de eficácia do autocuidado .....	129
Quadro 40 – Distribuição dos sujeitos pelos agrupamentos (análise 2).....	141
Quadro 41 – Diferença na utilização das medidas de autocuidado entre os agrupamentos (análise 2) .....	142

## ÍNDICE DE TABELAS

p.

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos por sexo e tipo de agregado familiar .....	121
Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos por sexo e por quem “prepara as refeições” .....	122

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

p.

Gráfico 1 – Distribuição dos sujeitos por classes etárias .....	103
Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos por tempo de tratamento (em anos) .....	104
Gráfico 3 – Distribuição dos sujeitos pelo valor da diurese .....	106
Gráfico 4 – Distribuição dos sujeitos pelo GPI em Kg .....	107
Gráfico 5 – Frequência dos scores atribuídos às medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica.....	112
Gráfico 6 – Frequência dos scores atribuídos às medidas de autocuidado para reduzir o consumo de sal .....	114
Gráfico 7 – Frequência dos scores atribuídos às medidas de autocuidado para reduzir o potássio da dieta .....	116
Gráfico 8 – Frequência dos scores atribuídos às medidas de autocuidado para reduzir o fósforo da dieta.....	117
Gráfico 9 – Diferença na distribuição de idades pelos níveis de diurese .....	119
Gráfico 10 – Diferença na distribuição de tempo de HD pelos níveis de diurese.....	120
Gráfico 11 – Diferença na distribuição da idade por fumadores e não fumadores .....	121
Gráfico 12 – Diferença na distribuição do peso seco pelo sexo.....	122
Gráfico 13 – Diferença na distribuição do ganho de peso interdialítico (Kg) por sexo.....	123
Gráfico 14 – Diferença na distribuição do Kt/V pelo sexo .....	123
Gráfico 15 – Diferença na distribuição do ganho de peso interdialítico pelo uso de IECA...	124
Gráfico 16 – Importância dos preditores do modelo de agrupamento (análise 1).....	132
Gráfico 17 – Distribuição das variáveis de caracterização da amostra pelos agrupamentos (análise 1) .....	133
Gráfico 18 – Distribuição da variável “Entidade que prepara as refeições” pelos agrupamentos (análise 1) .....	134
Gráfico 19 – Distribuição da variável “Agregado familiar” pelos agrupamentos (análise 1)	134
Gráfico 20 – Distribuição da variável “Sexo” pelos agrupamentos (análise 1) .....	135
Gráfico 21 – Distribuição da variável “Kt/V” pelos agrupamentos (análise 1) .....	135
Gráfico 22 – Distribuição da variável “Diurese” pelos agrupamentos (análise 1).....	136
Gráfico 23 – Distribuição da variável “Idade” pelos agrupamentos (análise 1) .....	136
Gráfico 24 – Distribuição da variável “Peso seco” pelos agrupamentos (análise 1).....	137

Gráfico 25 – Importância dos preditores do modelo de agrupamento (análise 2) .....	140
Gráfico 26 – Diferenças da frequência de utilização das medidas de autocuidado pelos agrupamentos (análise 2) .....	140

## ÍNDICE GERAL

---

1 – INTRODUÇÃO.....	23
2 – QUADRO CONCETUAL.....	27
2.1 – A Doença Renal Crónica.....	27
2.1.1 – Conceito, etiologia e evolução da doença renal crónica.....	27
2.1.2 – O regime terapêutico da pessoa com doença renal terminal em hemodiálise.....	34
2.1.3 – A adaptação psicológica ao programa regular de hemodiálise.....	38
2.2 – <i>Stress e coping</i> na pessoa com doença renal crónica em hemodiálise.....	39
2.2.1 – A teoria de Lazarus e Folkman sobre <i>stress e coping</i> .....	39
2.2.2 – Fatores de <i>stress</i> em pessoas com doença renal crónica em hemodiálise.....	44
2.2.3 – Mecanismos de <i>coping</i> em pessoas com doença renal crónica em hemodiálise.....	46
2.3 – O autocuidado na gestão do regime terapêutico.....	47
2.3.1 – Teoria de autocuidado de Orem.....	47
2.3.2 – Medidas de autocuidado para gerir as restrições hídrica e dietética na pessoa com doença renal crónica em hemodiálise.....	51
2.3.3 – Eficácia do autocuidado para gerir as restrições hídrica e dietética na pessoa com doença renal crónica em hemodiálise.....	57
2.3.4 – Fatores que podem influenciar a eficácia do autocuidado na gestão hídrica e dietética da pessoa com doença renal crónica em hemodiálise.....	60
3 – MATERIAL E MÉTODOS.....	63
3.1 – Estudo I: Dificuldades e estratégias na gestão do regime terapêutico em pessoas com doença renal crónica em hemodiálise.....	63
3.1.1 – Objetivos do estudo.....	63
3.1.2 – Tipo de estudo.....	64
3.1.3 – Os informantes.....	64
3.1.4 – O guião da entrevista.....	64
3.1.5 – O tratamento dos dados.....	65
3.1.6 – Aspectos éticos.....	66
3.2 – Estudo II: Eficácia do autocuidado na gestão hídrica e dietética da pessoa com doença renal crónica em hemodiálise.....	67
3.2.1 – Objetivos do estudo.....	67

3.2.2 – Tipo de estudo .....	67
3.2.3 – População e amostra.....	67
3.2.4 – Variáveis do estudo .....	68
3.2.5 – Instrumento de recolha de dados.....	69
3.2.6 – Aspectos éticos .....	71
3.2.7 – Procedimentos .....	71
4 – RESULTADOS.....	77
4.1 – Apresentação e discussão dos resultados do Estudo I: Dificuldades e estratégias na gestão do regime terapêutico em pessoas com doença renal crónica em hemodiálise... 77	
4.1.1 – Caracterização dos Informantes.....	77
4.1.2 – Tema 1: Dificuldades em gerir o regime terapêutico.....	78
4.1.3 – Tema 2: Estratégias para gerir as dificuldades do regime terapêutico.....	83
4.1.4 – Tema 3: Fatores que influenciam a gestão do regime terapêutico.....	94
4.1.5 – Tema 4: Perceções sobre a doença e o tratamento.....	99
4.2 – Apresentação e discussão dos resultados do Estudo II: Eficácia do autocuidado na gestão hídrica e dietética da pessoa com doença renal crónica em hemodiálise .....	103
4.2.1 – Caracterização da amostra .....	103
4.2.2 – Medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica .....	110
4.2.3 – Medidas de autocuidado para reduzir o consumo de sal.....	113
4.2.4 – Medidas de autocuidado para restringir o potássio na dieta .....	114
4.2.5 – Medidas de autocuidado para restringir o fósforo na dieta.....	116
4.2.6 – Medidas de autocuidado gerais para gerir a dieta .....	118
4.2.7 – Estudo Correlacional.....	124
4.2.8 – Análise de <i>clusters</i> .....	131
4.2.8.1 – Análise de <i>clusters</i> focada nas variáveis que caracterizam a amostra .....	131
4.2.8.2 – Análise de <i>clusters</i> das medidas de autocuidado .....	139
4.3 – Discussão dos resultados globais .....	143
5 – CONCLUSÕES .....	148
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	159

## **ANEXOS:**

ANEXO I: Estudo I: Parecer da Comissão de Ética

ANEXO II: Estudo II: Parecer da Comissão de Ética

## **APÊNDICES:**

APÊNDICE I: Estudo I: Guião de entrevista

APÊNDICE II: Estudo II: Instrumento de Recolha de Dados Definitivo

APÊNDICE III: Estudo II: Avaliação dos Peritos sobre o Instrumento de Recolha de Dados Inicial

APÊNDICE IV: Estudo II: Avaliação da consistência interna do Instrumento de Recolha de Dados

APÊNDICE V: Resultados do Estudo I: Codificação dos dados no tema “Dificuldades na gestão do regime terapêutico”

APÊNDICE VI: Resultados do Estudo I: Codificação dos dados no tema “Estratégias para gerir as dificuldades do regime terapêutico”

APÊNDICE VII: Resultados do Estudo I: Codificação dos dados no tema “Fatores que influenciam a

APÊNDICE VIII: Resultados do Estudo I: Codificação dos dados no tema “Perceções sobre a doença e o tratamento”

APÊNDICE IX: Resultados do Estudo II: Análise das relações entre as variáveis de caracterização da amostra

APÊNDICE X: Resultados do Estudo II: Estudo Correlacional

APÊNDICE XI: Resultados do Estudo II: Relações entre os agrupamentos da análise de *clusters* 1 e as medidas de autocuidado

APÊNDICE XII: Resultados do Estudo II: Relações entre os agrupamentos da análise de *clusters* 2 e as variáveis do estudo



## 1 – INTRODUÇÃO

As pessoas com doença crónica enfrentam grandes dificuldades em cumprir o regime terapêutico aconselhado pela equipa de saúde, particularmente quando o tratamento é complexo e penoso. Um exemplo paradigmático desta realidade é a situação vivida pelas pessoas com doença renal crónica (DRC) em programa regular de hemodiálise (HD). Na fase final da doença a função renal é insuficiente para assegurar a sobrevivência do indivíduo, tornando-se necessário recorrer a uma modalidade de tratamento substitutivo renal (TSR): diálise ou transplante renal.

O constante aumento de pessoas com DRC justifica-se por vários fatores: novas tecnologias ao serviço da saúde que oferecem um tratamento de melhor qualidade e segurança; aumento da esperança de vida das pessoas com DRC; diagnóstico precoce e facilidade de acesso ao tratamento; envelhecimento da população; e pela prevalência de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, duas das principais causas da doença renal.

Estima-se que haja mais de 500 milhões de pessoas com DRC em todo o mundo e que em Portugal, no fim de 2013 houvesse cerca de 800 mil pessoas nesta condição (Vital Health, 2015). Segundo a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), havia em 2014 um total de 18703 pessoas em TSR, das quais 60,69% em HD. (Macário, 2015). Entre 2007 e 2014 houve um aumento de 25,6% no número de pessoas com DRC em programa regular de HD (Macário, 2015), sendo o TSR um dos processos de tratamento mais dispendiosos (KDIGO, 2013, p. 16).

As pessoas em programa regular de HD seguem um regime terapêutico complexo e penoso, cumprindo em regra 3 sessões de HD semanais, restrições alimentares e polimedicação. Assim, não é de estranhar que as pessoas sintam dificuldade em gerir o regime terapêutico, problema que muito preocupa os profissionais de saúde e que está associado ao aumento do risco de mortalidade, ao aumento do número de complicações e ao acréscimo de custos dos cuidados de saúde.

Gerir o regime terapêutico constitui um esforço para adotar comportamentos e alterar estilos de vida que correspondam às recomendações da equipa de saúde. Implica uma

persistente vontade de cumprir o tratamento, interiorizando o valor dos comportamentos saudáveis.

Os enfermeiros de nefrologia assumem o dever profissional de ajudar as pessoas com DRC a gerir o complexo regime terapêutico, aconselhando-as sobre as medidas de autocuidado relacionadas com as alterações do seu estado de saúde. Para (Orem, 2001) as pessoas adultas têm capacidades de autocuidado, assumindo a responsabilidade de cuidar de si mesmas. Significa que são capazes de agir intencionalmente no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Perante a doença, as pessoas necessitam de desenvolver ações adicionais de autocuidado para restabelecer e manter a sua saúde, usando métodos cientificamente válidos prescritos pela equipa de saúde. Quando as alterações no estado de saúde e a falta de recursos tornam a pessoa dependente para manter a vida e o bem-estar, a pessoa passa de agente de autocuidado a recetor de cuidados (Orem, 2001) .

Compreender as dificuldades impostas pelo tratamento, identificar o défice de autocuidado e promover a autonomia possível de cada doente, são desafios que se colocam aos enfermeiros. Nesse sentido, importa desenvolver estudos que permitam compreender a forma como os doentes lidam com as exigências do tratamento e que medidas de autocuidado podem promover uma melhor gestão do regime terapêutico. Aprofundar conhecimentos neste domínio permitirá compreender melhor a forma como as pessoas gerem as dificuldades relacionadas com o tratamento da DRC e identificar as medidas de autocuidado mais eficazes na gestão das restrições alimentares impostas pelo regime terapêutico. Esse conhecimento pode contribuir para um melhor aconselhamento da equipa de enfermagem.

Este projeto surge como um contributo para compreender melhor o autocuidado na pessoa com DRC em programa regular de HD e deriva das seguintes questões de investigação:

- De que forma as pessoas com doença renal crónica em hemodiálise, gerem o regime terapêutico?
- Qual a eficácia das medidas de autocuidado para gerir as restrições alimentares impostas pelo tratamento?

Para dar resposta a estas questões foram definidos os seguintes objetivos:

- a) Identificar as dificuldades percebidas pelas pessoas com DRC em HD, relacionadas com a gestão do regime terapêutico;
- b) Identificar as medidas de autocuidado, usadas pelas pessoas com DRC em HD, para gerir as restrições alimentares impostas pelo regime terapêutico;

c) Analisar a eficácia das medidas de autocuidado para gerir as restrições alimentares determinadas pelo regime terapêutico.

Para desenvolver este projeto foram realizados dois estudos:

Um estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa, visando identificar as dificuldades das pessoas com DRC em programa de HD, relacionadas com a doença e o tratamento e para identificar as medidas de autocuidado adotadas pelos doentes para enfrentar essas dificuldades. Entrevistámos 20 doentes com DRC em HD, de uma clínica da região de Lisboa e Vale do Tejo e analisámos os dados através de análise temática de conteúdo, de acordo com Bardin (1977).

Um estudo quantitativo, descritivo e analítico, envolvendo análise correlacional, teve em vista identificar a eficácia das medidas de autocuidado das pessoas com DRC para gerir as restrições alimentares, e as variáveis associadas à eficácia do autocuidado. O estudo envolveu uma amostra de conveniência de 254 pessoas com DRC em HD tratadas em unidades da região de Lisboa e Vale do Tejo. O questionário foi construído a partir da revisão da literatura e focou-se nas medidas para gerir as restrições hídrica e dietéticas e nos parâmetros que permitem avaliar a eficácia do autocuidado.

A estrutura deste relatório inclui quatro partes. A primeira parte apresenta o quadro concetual que inclui: a caracterização da DRC, a sua evolução e o regime terapêutico da pessoa em programa regular de hemodiálise; a teoria de *stress* e *coping* de Lazarus e Folkman (1984) na tentativa de melhor compreender as dificuldades dos doentes relacionadas com a doença e o tratamento, e os tipos de estratégias adaptativas usadas pelos doentes renais em hemodiálise; a teoria de autocuidado de Orem e as medidas de autocuidado para gerir as restrições hídricas e dietéticas impostas pelo tratamento; e os indicadores de eficácia de gestão do regime terapêutico. A segunda parte apresenta a metodologia dos dois estudos, com os respetivos objetivos, população e amostra, instrumentos de recolha de dados, e os procedimentos éticos adotados. A terceira parte é dedicada à apresentação e análise de resultados dos dois estudos. Na quarta e última parte apresentam-se as principais conclusões dos estudos.



## **2 – QUADRO CONCEPTUAL**

Este capítulo apresenta os conceitos fundamentais ao desenvolvimento deste estudo, designadamente: o conceito de doença renal crónica, a sua progressão e tratamento; a teoria de Lazarus e Folkman sobre stress e coping para compreender a forma como as pessoas enfrentam as situações perturbadoras do bem-estar; e as teorias de autocuidado de Orem.

### **2.1 – A Doença Renal Crónica**

A Doença Renal Crónica (DRC) é um problema de saúde a nível mundial, afetando mais 500 milhões de pessoas estimando-se que em Portugal haja mais de 800 mil pessoas nesta situação (**Portal da Saúde, 2015**). A DRC corresponde a uma perda progressiva e irreversível da função renal, situação que geralmente evolui de forma lenta e silenciosa, ao longo de meses ou anos, embora possa instalar-se rapidamente, como na sequência de um episódio de lesão renal aguda.

#### **2.1.1 – Conceito, etiologia e evolução da doença renal crónica**

A DRC pode ser definida como uma situação caracterizada por alterações da taxa de filtração glomerular acompanhada ou não de lesão do parênquima renal, que persistem por mais de três meses (Bastos & Kirsztajn, 2011). Esta situação parece associar-se ao envelhecimento, à perda progressiva da função renal ao longo da vida e à prevalência de outras doenças crónicas, como a diabetes mellitus e a hipertensão (Parker, 1998).

Levey et. al. (2007) referem os seguintes fatores de risco para o aparecimento da DRC: envelhecimento; história familiar de doença renal; alteração congénita ou adquirida do parênquima renal; baixo nível de escolaridade e de rendimento; doença cardiovascular; Diabetes mellitus; hipertensão arterial; obesidade; dislipidémia; doenças autoimunes; infeções e patologias obstrutivas do trato urinário; litíase renal; e toxicidade das drogas.

Para o Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI) da National Kidney Foundation (NKF, KDOQI - Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease:

Evaluation, Classification, and Stratification, 2012), a progressão da DRC é avaliada em função da estrutura renal e da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), sendo aceite uma classificação em 5 estádios, desde dum estágio inicial em que há risco aumentado de desenvolver DRC, até ao estágio 5, em que a TFG é inferior a 15 ml/min./1,73m<sup>2</sup> (quadro 1). Enquanto no estágio 1 ainda não há dano renal, no estágio 3 a TFG está ligeiramente diminuída. No estágio 5 o compromisso da função renal é tão grave que a alternativa à morte é a terapia substitutiva renal (TSR). Daí o estágio 5 ser considerado a fase da doença renal crónica terminal (DRCT).

No fim de 2014 havia em Portugal mais de 18703 pessoas em TSR, das quais 11350 (60,69%) eram tratadas em programa regular de hemodiálise. Dos doentes em hemodiálise, 57,67% tinha idade superior a 65 anos e 58,5% era do sexo masculino (Macário, 2015). A diabetes (27,7%) e a hipertensão arterial (15,4%) são das principais causas de DRC, para além de outras como a glomerulonefrite e a doença renal poliquística (Macário, 2015).

**Quadro 1 – Evolução da doença renal crónica**

**Table 3. Chronic Kidney Disease: A Clinical Action Plan**

Stage	Description	GFR (mL/min/1.73 m <sup>2</sup> )	Action*
	At increased risk	≥60 (with CKD risk factors)	Screening, CVD risk reduction
1	Kidney damage with normal or ↑ GFR	≥90	Diagnosis and treatment, Treatment of comorbid conditions, Slowing progression, CVD risk reduction
2	Kidney damage with mild ↓ GFR	60–89	Estimating progression
3	Moderate ↓ GFR	30–59	Evaluating and treating complications
4	Severe ↓ GFR	15–29	Preparation for kidney replacement therapy
5	Kidney failure	<15 or absent	Replacement therapy/assessment

Shaded area identifies patients who have chronic kidney disease; unshaded area designates individuals who are at increased risk for developing chronic kidney disease. Chronic kidney disease is defined as either kidney damage or GFR <60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> for ≥3 months. Kidney damage is defined as pathologic abnormalities or markers of damage, including abnormalities in blood or urine tests or imaging studies.

\* Includes actions from preceding stages.

Abbreviations: GFR, glomerular filtration rate; CKD, chronic kidney disease; CVD, cardiovascular disease

Fonte: NKF, KDOQI, 2012

A DRC traduz-se por um vasto conjunto de alterações, que se agravam ao aproximar-se o estágio 5, e que aqui resumimos (Parker, 1998, pp. 234-236):

- **Desequilíbrio hídrico:** o equilíbrio hídrico é determinado pelo volume de líquidos diariamente ingeridos e eliminados. A maioria dos líquidos é eliminada através da urina, embora as perdas insensíveis através da pele e da respiração (300 a 500cc/dia) sejam

relevantes. A regulação e a composição dos líquidos corporais são em grande parte asseguradas pela função excretora do rim e pelas hormonas como a aldosterona e hormona antidiurética (ADH). Enquanto a função renal se mantiver acima dos 25% do normal, a composição e o volume da urina permanecem dentro de valores normais, devido à ação de mecanismos adaptativos que aumentam a função renal tubular. À medida que a função renal se degrada a diurese vai diminuindo até à anúria. A tendência para reter líquidos reflete-se na formação de edemas, no aumento do peso corporal e da pressão arterial;

- **Desequilíbrio eletrolítico:** o desequilíbrio hídrico afeta o equilíbrio de eletrólitos como o sódio, o potássio, o fósforo ou o cálcio. O sódio é um dos principais responsáveis pela osmolaridade sérica. A progressiva perda de nefrónios funcionantes afeta, entre outras, a capacidade de regular a eliminação de sódio. A hipernatrémia (concentração sérica de sódio acima de 146 mEq/L) está associada à elevada mortalidade e deve-se à falência renal, ao aumento de aporte de sódio (por exemplo na dieta), à perda de fluidos e à redução no aporte de líquidos, (idosos, doentes críticos ou pessoas com alteração dos mecanismos reguladores da sede). Os sintomas incluem secura das mucosas, sede intensa, febre, oligoanúria, letargia e alteração do raciocínio devido a edema cerebral. A hiponatrémia (concentração sérica de sódio inferior a 135 mEq/L) pode estar associada à hipervolemia por retenção hídrica, mas também à hiperproteinemia e hiperglicemia, pois são substâncias osmoticamente ativas, que fazem a água mover-se para o espaço intravascular, diluindo o sódio. Além da fadiga e das câibras musculares, podem surgir sintomas graves devido a edema cerebral como cefaleias, confusão e coma. O potássio é o principal catião intracelular, contribuindo para manter a osmolaridade intracelular, mas também regula a atividade muscular e cardíaca, interfere no equilíbrio ácido-base e participa em muitas reações enzimáticas. A hipercalémia (concentração sérica de potássio superior a 5,5 mEq/L) está geralmente associada a: aumento do aporte de potássio (na dieta, pelo consumo de substitutos do sal com potássio ou pela rápida infusão de soluções com potássio); à passagem do potássio intracelular para o espaço extracelular (por hemólise, queimadura, catabolismo ou rabiólise); à diminuição da excreção do potássio, pela DRC, pela ação dos inibidores da enzima de conversão a angiotensina (IECA) ou dos anti-inflamatórios não esteroides; às faltas às sessões de hemodiálise; e ao deficiente controlo da glicemia em doentes diabéticos insulino-dependentes. A diabetes pode agravar esta condição devido à deficiente ação e à resistência à insulina. Na hipercalémia os músculos ficam mais reativos aos estímulos, podendo ocorrer cólica intestinal, diarreia, disritmia cardíaca, lentificação do complexo QRS e há risco de paragem cardíaca. A hipocalémia (concentração sérica de potássio

inferior a 3,5 mEq/L) resulta sobretudo da redução do aporte de potássio na dieta, das perdas gastrointestinais, do aumento da diurese e do aumento da passagem do potássio para a célula. Na DRC, a hipocalémia ocorre geralmente quando a alimentação é pobre em potássio e devido à diarreia. Os efeitos mais significativos são as arritmias auriculares e ventriculares com alterações eletrocardiográficas (achatamento da onda T), a obstipação, o cansaço, as mialgias ou mesmo a diminuição da mobilidade dos músculos respiratórios, quando o potássio desce abaixo de 2,0 mEq/L. A DRC produz alterações nos níveis séricos do cálcio e do fósforo devido a alterações na excreção, na absorção e no metabolismo dos eletrólitos. Os níveis séricos de cálcio são normalizados devido a três mecanismos reguladores principais, envolvendo o trato gastrointestinal, os ossos e o rim, todos mediados pela ação da hormona paratiroideia (PTH). O cálcio é o principal constituinte dos ossos, participa em reações enzimáticas intracelulares, na coagulação sanguínea e na transmissão neuromuscular. Apenas 0,1% do cálcio se encontra no fluido extracelular e metade desse cálcio está ligado às proteínas. Só a restante metade do cálcio sérico é ionizada e biologicamente ativa. Na DRC, a hipocalcemia (concentração sérica de cálcio inferior a 8,5 mg/dL) deve-se principalmente à diminuição do aporte e/ou da absorção gastrointestinal do cálcio, à diminuição do cálcio sérico ionizado (livre) e à alteração das paratiroides. A hipocalcemia causa aumento da irritabilidade neuromuscular, com contração muscular (sinal de Tussaud), parestesias e convulsões. Outros sinais são pele seca e descamada e unhas quebradiças. A hipocalcemia provoca um aumento da libertação de PTH, que estimula a atividade dos osteoclastos, libertando assim cálcio ionizado para repor os níveis séricos de cálcio. A PTH também estimula a conversão da provitamina D na sua forma ativa (1,25-(OH)<sub>2</sub>D<sub>3</sub> ou calcitriol) pelo rim, substância que promove a absorção do cálcio no intestino. A PTH favorece a absorção de fósforo ao nível gastrointestinal e a excreção renal do fósforo. O fósforo tende a ligar-se à fração ionizada de cálcio, causando hipocalcemia e formando complexos, que precipitam e causam calcificações vasculares e nos tecidos moles. A hipercalcemia (concentração sérica de cálcio superior a 10,5 mg/dL) surge sobretudo devido ao aumento da absorção gastrointestinal de cálcio, ao aumento da libertação de cálcio ósseo e alterações fisiológicas como a diminuição da sua excreção renal e hiperparatiroidismo secundário. As manifestações da hipercalcemia incluem desde leves alterações da personalidade até à psicose, embora possa ser acompanhada por obstipação, letargia, confusão ou coma. A hipofosfatemia (concentração de fósforo sérico inferior ou igual a 2,5 mg/dL) é causada por: diminuição da absorção gastrointestinal do fósforo (por défice de vitamina D, alcoolismo ou mal absorção); pelo aumento da sua excreção renal

(hiperparatiroidismo, acidose e diuréticos); pela transferência do fósforo do compartimento extracelular para o intracelular (devido a alcalose, ao abuso de salicilatos e pela ação da insulina); por déficit nutricional; e pelo uso excessivo de quelantes de fósforo. Os sintomas geralmente surgem quando o fósforo é inferior a 1 mg/dL e incluem manifestações neurológicas (encefalopatia e parestesias), diminuição do tônus muscular (favorável à dispneia) e alterações hematológicas (alteração da agregação plaquetária, hemólise e imunossupressão). A hiperfosfatemia (fosforo sérico superior a 4,5 mg/dl) é frequente na DRC e está associada a diminuição da TFG. A sua consequência mais imediata é a hipocalcemia, com a formação de cristais de fosfato de cálcio que se depositam nos tecidos moles, articulações, miocárdio, cérebro, pulmões, pele, vasos sanguíneos e nas conjuntivas. Por isso é importante restringir o fósforo da dieta e recorrer aos quelantes do fósforo. Em síntese, as alterações do cálcio e do fósforo são comuns na DRC, levando a calcificações ectópicas, ao hiperparatiroidismo secundário à doença renal e à osteodistrofia renal;

- **Desequilíbrio ácido-base:** os sistemas tampão do sangue, os mecanismos renais e respiratórios ajudam a manter e regular o pH entre os 7,35 e os 7,45. Um pH sanguíneo inferior a 7,35 corresponde a acidose, enquanto a alcalose ocorre com um pH acima de 7,45. Tanto a acidose como a alcalose podem ser de origem metabólica ou respiratória. As alterações do pH resultam em mudanças na excitabilidade das células nervosas e musculares, em alterações nas reações enzimáticas e em variações nos níveis de potássio nos compartimentos intra e extracelulares. A acidose metabólica é uma complicação da DRC e resulta do excesso de hidrogênio ( $H^+$ ) nos fluidos corporais. As principais causas são: a diminuição da excreção renal de  $H^+$ , o aumento da produção de  $H^+$  (como na acidose lática ou na cetoacidose), pela perda de bicarbonato (pelo rim e por diarreia) e pela ingestão de produtos (salicilatos ou metanol). A manifestação clínica mais evidente da acidose metabólica é o aumento da frequência e da profundidade da respiração (respiração de Kussmaul), que visa libertar  $CO_2$  e aliviar a acidose. Para corrigir o pH, os hidrogênios do sangue tendem a passar para a célula, por troca com os íons de potássio, instalando ou agravando a hipercalemia. A alcalose metabólica caracteriza-se pelo aumento da concentração de bicarbonato, com aumento do pH e do  $pCO_2$ . As principais causas de alcalose metabólica são: acumulação de valências alcalinas como o bicarbonato; perdas gastrointestinais ou renais de hidrogênios (por vômito, diuréticos ou por defeitos nos túbulos renais); e devido à depleção de potássio;
- **Alterações metabólicas:** os principais distúrbios incluem a intolerância à glicose e as alterações no metabolismo das proteínas e dos lípidos. A intolerância à glicose desenvolve-

se na maioria das pessoas com DRC, havendo uma diminuição da degradação da insulina e um aumento da resistência à insulina ao nível dos tecidos. O atraso na produção de insulina após a ingestão de glicose e a acidose são outros fatores que contribuem para a intolerância à glicose. A síntese proteica tende a diminuir à medida que a doença renal progride. A hipoalbuminemia pode ocorrer devido ao aumento da taxa de catabolismo proteico, à acidose metabólica e à resistência à insulina, sendo um indicador de déficit nutricional. É importante que a pessoa com DRC tenha um adequado aporte de proteínas, para evitar a diminuição das suas reservas proteicas, pois o balanço proteico negativo está associado ao aumento da mortalidade. A ureia é um dos principais produtos do catabolismo das proteínas e é excretada através da urina. O aumento do nível sérico da ureia resulta da falência renal, com retenção da ureia nitrogenada. Nos últimos estádios da DRC, esta situação pode ser acompanhada pelo aumento dos níveis séricos de creatinina. O aumento da ureia pode também dever-se a infeção grave (que aumenta o catabolismo proteico), à dieta hiperproteica e aos corticosteroides. A creatinina, usada para avaliar a função renal, resulta da degradação do fosfato de creatinina muscular que é normalmente excretada pelo rim;

- **Alterações cardiovasculares:** o sistema cardiovascular é afetado pela falência renal, pela diálise, mas também pela retenção de água, de sódio e pela anemia. A hipertensão é um achado comum devido à sobrecarga hídrica e à retenção de sódio, mas também tende a agravar-se com a diminuição da perfusão renal, por ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Para a pessoa com DRC, a hipertensão arterial não tratada é um importante fator de risco de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e de acidente vascular cerebral. A hipervolemia provoca hipertrofia ventricular esquerda e insuficiência cardíaca congestiva, para a qual também concorrem a anemia, a acidose e as calcificações ectópicas (das coronárias e das válvulas). As arritmias estão associadas à hipercalémia;
- **Alterações respiratórias:** incluem o edema do pulmão, a pleurite e a suscetibilidade à pneumonia, todos associados à síndrome urémica. O edema agudo do pulmão pode resultar da sobrecarga hídrica e da ICC. Em alguns doentes a hipoalbuminemia causa diminuição da pressão oncótica e favorece o edema pulmonar. A respiração de Kussmaul é característica da acidose metabólica;
- **Alterações hematológicas:** a redução da produção de eritropoietina, as hemorragias gastrointestinais e os distúrbios na coagulação explicam a anemia e a fadiga, tão frequentes na DRC. As alterações plaquetárias são das principais causas de hemorragia no doente urémico, pois a acumulação de toxinas urémicas interfere com a agregação plaquetária. Por isso, podem surgir perdas hemáticas gastrointestinais, epistaxes, gengivorragia e equimoses

espontâneas. Outros fatores como a hemodiluição, a diminuição da vida dos eritrócitos, a hemólise, as perdas hemáticas no CEC durante as sessões de hemodiálise, bem como a carência de ácido fólico e de ferro, explicam a anemia e as queixas (fadiga, intolerância à atividade ou anorexia). A uremia também induz alterações na atividade dos linfócitos e dos granulócitos, que favorecem a infecção;

- **Alterações gastrointestinais:** a síndrome urêmica é responsável pelo aparecimento de anorexia, náuseas, vômitos e a halitose. A acumulação de gastrina explica a doença ulcerosa e as hemorragias. A obstipação também é frequente devido à diminuição da atividade, à medicação fixadora do fósforo e à restrição hídrica e de alimentos ricos em fibra (geralmente também ricos em potássio e fósforo);
- **Alterações imunológicas:** os doentes tornam-se mais suscetíveis às infecções devido à menor produção de anticorpos e perturbação da função leucocitária;
- **Alterações músculo-esqueléticas:** a osteodistrofia parece ser o problema mais prevalente, mas também ocorrerem calcificações no tecido celular subcutâneo, nos músculos e nos órgãos, causando dores ósseas, musculares e nas articulações, que limitam a mobilização;
- **Alterações dermatológicas:** os problemas tegumentares são frequentes na DRC. O prurido tem várias causas: retenção de ureia e deposição de cristais de fosfato de cálcio na pele; pele seca; redução da atividade das glândulas sebáceas, reações alérgicas e até o hiperparatiroidismo secundário. A deposição de cristais de ureia na pele, acompanhando o suor e a cor bronzeada que a caracteriza, é hoje uma situação mais rara, devido à eficácia da diálise. As equimoses e as petéquias estão associadas às alterações da coagulação. As faneras, cabelos e unhas, tornam-se respectivamente finos e quebradiços e finas e frágeis;
- **Alterações neurológicas:** a neuropatia periférica explica as parestesias, a incapacidade de encontrar posição confortável para os membros inferiores (síndrome das pernas inquietas) e as alterações na marcha. O sistema nervoso central também é afetado, surgindo amnésia, dificuldade de concentração, irritabilidade, convulsões e até coma;
- **Alterações psicológicas:** incluem agitação motora, irritabilidade, labilidade emocional, dependência dos outros, fadiga, depressão, alucinações e psicoses.

Este quadro clínico afeta profundamente a saúde e o bem-estar do indivíduo. Quando se atinge o estágio 5 e a TFG decresce abaixo de 15 ml/min, torna-se então necessário instituir uma TSR. Aos indivíduos com DRCT oferecem-se três alternativas terapêuticas: a hemodiálise (HD), a diálise peritoneal e o transplante renal. Enquanto o transplante renal trata

efetivamente a DRCT, a diálise é um tratamento que, feito regularmente, visa preservar a função renal, corrigir os desequilíbrios, controlar a uremia e preparar a pessoa para receber um transplante renal.

### **2.1.2 – O regime terapêutico da pessoa com doença renal terminal em hemodiálise**

As linhas orientadoras do tratamento da DRCT incluem: uma modalidade de TSR, em que a hemodiálise é a modalidade de tratamento mais frequente; restrições de natureza hídrica e dietética; cuidados com os acessos vasculares; controlo da hipertensão arterial e da diabetes mellitus; controlo da anemia; e controlo de outras comorbidades, de que são exemplos o hiperparatiroidismo secundário e a osteodistrofia renal.

De seguida analisamos cada um dos componentes do regime terapêutico que é habitualmente gerido pela pessoa com DRC em programa regular de HD.

**a) As técnicas intermitentes de hemodiálise.** De acordo com o manual de boas práticas de diálise crónica (OM, 2011), existem 5 modalidades de hemodiálise: hemodiálise convencional; hemodiálise de alta eficácia; hemodiálise de alto fluxo; hemodiafiltração e hemofiltração. A principal diferença entre as modalidades reside no tipo de dialisadores, na velocidade de circulação do sangue e na possibilidade de infusão de líquido de reposição. Segundo o gabinete de registo da SPN, em 2014 a maioria (61,3%) dos doentes em HD era tratado através da Hemodiafiltração (HDF), seguida da HD de alto fluxo (36%) e da HD convencional (3%). A maioria (89,6%) dos doentes com DRC em HD é tratada em unidades periféricas (Macário, 2015).

O programa regular de HD implica geralmente três sessões de diálise por semana, cada uma durando 3 a 4,5 horas. Em regra, as sessões de diálise ocorrem em dias alternados, com um intervalo de 2 dias durante o fim de semana. O excesso de fluidos e as toxinas urémicas são temporariamente removidas durante as sessões de HD, mas tendem a acumular-se logo de seguida, pelo que o tratamento deve ser regular e ajustado às necessidades do indivíduo.

Na hemodiálise convencional o sangue é conduzido através de um circuito extracorporeal (CEC) até um filtro (dialisador) onde é depurado, para depois ser reconduzido ao organismo. O filtro é uma membrana semipermeável que permite eliminar os metabolitos acumulados no organismo, como a ureia, creatinina, ácido úrico e repor substâncias em falta, como o cálcio ou o bicarbonato (Thomas, 2005). Para além de depurar o sangue de produtos tóxicos, a HD possibilita uma remoção do excesso de água corporal. Este último objetivo é vital para a

pessoa sem função renal residual, com mais risco de desenvolver complicações respiratórias, como edema agudo do pulmão (Thomas, 2005). O equilíbrio hídrico é conseguido através da ultrafiltração, que remove o excesso de líquido acumulado no organismo, conhecido como ganho de peso interdialítico (GPI). Assim, no fim de cada tratamento pretende-se que a pessoa recupere o seu peso sem excesso de líquidos (peso seco). Na hemodiálise convencional o débito de sangue no CEC não excede habitualmente os 300 ml/min.

Na hemodiálise de alta eficácia, a baixa permeabilidade do filtro não permite depurar as grandes moléculas e depura de forma insuficiente as médias moléculas como a  $\beta_2$  microglobulina e a vitamina B 12. A grande diferença em relação à hemodiálise convencional reside nas características do filtro que confere maior capacidade de depuração da ureia e no débito de sangue do CEC que varia entre 500 e 800 ml/min. (OM, 2011).

A hemodiálise de alto fluxo conta com filtros de alta permeabilidade que aumentam a depuração das médias moléculas e tornam a diálise mais eficaz. O uso de membranas sintéticas de alto fluxo permite reduzir a amiloidose relacionada com a diálise, melhorar o controlo da hiperfosfatémia, reduzir o risco cardiovascular e melhorar o controlo da anemia. (Tattersall, et al.; 2007).

A hemodiafiltração é uma modalidade de alto fluxo que permite infundir no CEC um líquido de reposição. O líquido de reposição mais comum é o produzido *online* pelo monitor de hemodiálise. Por este motivo, estes monitores devem possuir duplo ultrafiltro para assegurar a qualidade bacteriológica do dialisante e do líquido de substituição. A solução é infundida no espaço vascular do doente, permitindo depurar as maiores moléculas por convecção. A elevada capacidade depurativa da HDF e a possibilidade de reposição do filtrado, permitem uma taxa de ultrafiltração muito elevada e uma diálise muito eficaz.

A eficácia dialítica pode ser avaliada pelo índice Kt/V (OM, 2011). A National Kidney Foundation Disease Outcomes Quality Initiative recomenda uma dose de diálise que permita uma eficácia traduzida por um valor de Kt/V maior que 1,2 (NKF, 2006). As avaliações de Kt/V podem ser feitas através das fórmulas de Lowrie e de Daugirdas, ou através de dispositivos como o Online Clearance Monitor – OCM (NKF, 2006).

Apesar da tecnologia avançada, a hemodiálise não está isenta de riscos e durante as sessões de HD podem surgir complicações das quais se destacam (Thomas, 2005; Salgueiro, 2011; Daugirdas T. J., 2007; Nascimento, 2005):

- Hipotensão arterial: deve-se à rápida perda de líquidos do plasma e à diminuição do débito cardíaco durante a HD. Se a taxa de ultrafiltração for elevada os fluidos são removidos do espaço intravascular a uma velocidade superior à da sua reposição no plasma, a partir dos espaços intersticial e intracelular, causando hipovolémia. As elevadas taxas de ultrafiltração podem causar hipotensão durante ou após a diálise. Os níveis de sódio na solução de diálise inferiores a 136 mEq/L, também levam à diminuição da osmolaridade plasmática, acentuando a redução da volemia. A ingestão de alimentos durante a HD e toma de medicação anti-hipertensiva quatro horas antes da diálise podem contribuir para a hipotensão arterial. A hipertrofia ventricular esquerda, as arritmias e a doença arterial coronária podem diminuir o débito cardíaco e favorecer a hipotensão;
- Cãibras musculares: podem estar relacionadas com a hipotensão, o peso corporal inferior ao peso seco e com a solução de diálise com baixo teor de sódio. Admite-se que as câibras estejam associadas à rápida diminuição da osmolaridade plasmática e à hiponatrémia. São mais frequentes quando se usam taxas de ultrafiltração elevadas para compensar grandes GPI. Quando surgem no final da diálise e persistem após o tratamento, podem dever-se à excessiva remoção de fluidos, ficando o doente abaixo do peso seco;
- Náuseas e vômitos: surgem geralmente relacionadas com a hipotensão em 10% das sessões de HD de rotina;
- Febre e calafrios: a febre no início da HD sugere infecção por contaminação da solução de diálise ou do equipamento. As endotoxinas existentes nas membranas semipermeáveis podem também causar febre e calafrios. A hipertermia pode dever-se à elevada temperatura do dialisante, enquanto as temperaturas mais baixas diminuem a eficácia dialítica e podem causar hipotermia;
- Dor torácica e lombar: surgem em 1 a 4% das sessões, relacionadas com doença arterial coronária, anemia ou hipovolémia grave;
- Síndrome de desequilíbrio: pode dever-se ao edema cerebral provocado pelo movimento da água quando os níveis da ureia no plasma são muito inferiores aos das células cerebrais e do líquor. Os sinais e sintomas incluem cefaleias, náuseas e vômitos, hipertensão e fadiga;
- Hemólise aguda: é uma emergência, quase sempre devido à solução de diálise, com contaminação por zinco, cobre, nitratos, cloraminas ou pelo formaldeído. Pode surgir com dor torácica e lombar, dispneia, sensação de queimadura no acesso vascular e hipotensão;
- Embolia gasosa: é uma complicação rara mas que pode ser fatal e está associada à entrada de ar no CEC;

- Reações ao dialisador: inclui reações anafiláticas e outras de causa desconhecida. Já foram descritas como “*síndrome do primeiro uso*” por estarem associadas à libertação do óxido de etileno dos dialisadores novos. Atualmente é raro surgir esta reação devido à remoção deste produto pelos fabricantes. Outras causas podem envolver reações das membranas aos IECA, reações alérgicas à heparina e ativação do complemento.

**b) O acesso vascular** é fundamental para a eficácia da HD que só é possível com um bom débito sanguíneo. Por isso, a equipa de saúde valoriza muito os cuidados com os acessos vasculares. Os acessos vasculares mais comuns são as fístulas arteriovenosas (FAV), o enxerto ou prótese arteriovenosa de politetrafluoretileno (PTFE) e o cateter de HD. A FAV e o enxerto são considerados acessos permanentes, enquanto o cateter funciona geralmente como um acesso temporário (Daugirdas, Blake, & Ing, 2010). O cateter de HD é um tipo de cateter venoso central colocado geralmente na veia jugular interna em situações de urgência e para uso temporário. Quando o patrónimo vascular da pessoa se esgota, a solução passa pela colocação de cateter permanente. Trata-se de um cateter venoso central, feito de material biocompatível, muitas vezes protegido por um acesso tunelizado, o que o torna num cateter de longa duração (Thomas, 2005; Fresenius Medical Care, 2011).

**c) A restrição hídrica** é um aspeto fundamental do tratamento e talvez o mais difícil de gerir (Baldree, Murphy, & Powers, 1982; Lok, 1996; Cristóvão, 1999). Resulta da necessidade de evitar as complicações cardiovasculares e respiratórias causadas pelo excesso de volume de líquidos acumulados no organismo entre as sessões de diálise. Habitualmente a pessoa pode ingerir 500 ml além do que urina por dia. Infelizmente muitas pessoas são anúricas e têm maior dificuldade em gerir a sede. A deficiente gestão da restrição hídrica pode causar um elevado ganho de peso interdialítico (GPI), resultando num aumento da mortalidade e morbidade cardiovascular (Leggat, et al., 1998). O GPI pode ser calculado em quilos ou em percentagem do peso seco da pessoa (Leggat, et al., 1998; Lok, 1996; Fincham, Kagee, & Moosa, 2008).

**d) As restrições dietéticas** resultam da necessidade de prevenir a hipercalémia, a hiperfosfatémia e a desnutrição calórico-proteica, problemas comuns que afetam a qualidade de vida das pessoas com DRCT (Thomas, 2005). A saúde nutricional da pessoa em diálise é um importante indicador do prognóstico e todas as pessoas deveriam beneficiar de uma avaliação nutricional por um dietista (Thomas, 2005).

A pessoa em programa regular de HD deve restringir o consumo de sal, potássio e fósforo (Barros, Manfro, Thomé, & Gonçalves, 2006) e ingerir cerca de 1,2g de proteínas por kg/dia. Devido à hipertensão arterial (HTA), as pessoas com DRCT devem restringir os alimentos ricos em sódio, face ao risco de edemas e de problemas cardíacos e respiratórios.

Nas pessoas com DRC em diálise é importante prevenir a hipercalemia, pelo risco de arritmias graves com eventual paragem cardíaca. Assim, é fundamental moderar o consumo de alimentos ricos em potássio como frutos secos, fruta crua, citrinos, leguminosas ou vegetais verdes. Recomendam-se níveis séricos de potássio inferiores a 6 mEq/L. (Leggat, et al., 1998; Fincham, Kagee, & Moosa, 2008).

A restrição de fósforo na dieta visa prevenir o hiperparatiroidismo e as calcificações ectópicas, recomendando-se níveis séricos de fósforo inferiores a 6,0 mg/dl. Muitos doentes têm ainda de restringir as gorduras e açúcares devido à dislipidemia e à diabetes mellitus.

**e) A terapêutica medicamentosa** é essencial para o controlo da anemia, da hipertensão arterial, da diabetes mellitus, mas também do desequilíbrio ácido-base, da hiperfosfatemia, da hipercalemia, ou da hipocalcemia. Entre os fármacos mais comuns destacam-se o calcitriol que promove a absorção intestinal de cálcio, regula a calcemia e ajuda a limitar a osteodistrofia renal e o hiperparatiroidismo; os fixadores do fósforo que evitam a hiperfosfatemia e a osteodistrofia renal; as resinas permutadoras de iões, para prevenir a hipercalemia; os anti hipertensores e entre eles os IECA; os estimulantes da eritropoiese para controlar a anemia (Barros, Manfro, Thomé, & Gonçalves, 2006), e ainda o ferro, o ácido fólico e a vitamina B<sub>12</sub>. Efetivamente, o tratamento da anemia é indispensável, na medida em que uma das consequências da anemia é a hipertrofia ventricular esquerda (APEDT, 2007).

### **2.1.3 – A adaptação psicológica ao programa regular de hemodiálise**

A adaptação psicológica à HD é um processo penoso. A evolução da DRC conduz a pessoa a uma situação clínica crítica descrita como síndrome urémica, que determina o início da TSR. As primeiras sessões de HD são vividas com grande ansiedade e por vezes pânico, possivelmente pelo receio do tratamento exigir um circuito extracorporeal de sangue e por surgirem complicações intradiálíticas. Contudo, alguns doentes apresentam-se desorientados, confusos ou apáticos.

No processo de adaptação psicológica ao tratamento estão descritas três fases: a fase de Lua-de-mel, a fase de Desilusão e a de Adaptação (Nolasco, 1982). Após várias sessões de HD, os sintomas da síndrome urémica tendem a desaparecer e a pessoa começa a sentir-se melhor e pode reagir com euforia. Esta primeira etapa é descrita como fase de *Lua-de-Mel* e dura até seis meses. É aquela em que a pessoa se mostra mais receptiva ao tratamento. Com o tempo, a pessoa percebe que depende do equipamento para viver e que a sua vida está condicionada pelo horário da diálise e pelas complicações intradialíticas. Surge então a fase de *Desilusão*, em que a pessoa pode apresentar-se deprimida, revoltada, projetando a ira sobre a equipa de saúde, manifestando comportamentos regressivos na sala de diálise e potencializando os conflitos com a equipa de saúde. Esta fase tende a prolongar-se por vários anos até que a pessoa aceite a sua nova realidade. Algumas pessoas encontram refúgio nas bebidas alcoólicas, outras tendem a exagerar na alimentação e a desprezar os conselhos da equipa de saúde sobre as restrições hídricas e dietéticas, numa atitude para-suicidária. Faltar às sessões de diálise e encurtar o tratamento revelam deficiente adesão ao regime terapêutico, aumentando o risco de morte. A fase de *Adaptação* só surge com a aceitação da doença e do tratamento, mas é comum haver episódios de depressão. Algumas pessoas nunca chegam a aceitar o tratamento e a alcançar esta fase.

Cohen (1995) citado por Polaschek (2003) propõe um processo adaptativo com três fases diferentes: a fase Inicial ou de Crise, seguida da fase de Vivência Crónica e que culmina na Fase Terminal. A fase *Inicial ou de Crise* tem início nas primeiras sessões de HD e pode durar até ao fim do primeiro ano de tratamento. A fase de *Vivência Crónica* corresponde ao tempo passado em programa regular de HD e com as suas complicações, podendo durar até 15 anos. A fase *Terminal* caracteriza-se pela deterioração do organismo e perda de saúde.

## **2.2 – Stress e coping na pessoa com doença renal crónica em hemodiálise**

Este subcapítulo visa oferecer uma compreensão sobre a forma como a pessoa com DRC enfrenta as dificuldades relacionadas com a doença e com o tratamento em hemodiálise.

### **2.2.1 – A teoria de Lazarus e Folkman sobre stress e coping**

Hans Selye usou o termo “*stress*” para significar uma reação padronizada das defesas do organismo contra qualquer estímulo nocivo, uma reação inespecífica que denominou *Síndrome Geral de Adaptação*. À corrente mais fisiológica de Selye contrapõe-se o *modelo transacional* de Richard Lazarus e Susan Folkman. Enquanto Selye realçou a reação fisiológica do organismo (estudou as respostas do organismo em animais), o *modelo*

*transacional* dá maior relevo aos processos perceptivos e está centrado nas complexas interações que envolvem o indivíduo e o ambiente (Monat and Lazarus, 1991).

Para Monat e Lazarus (1991) os fatores de *stress* não têm uma natureza exclusivamente física, pois as emoções também podem produzir reações típicas da síndrome de *stress*. Lazarus e Folkman (1984, p. 19) notam que nas situações mais comuns há uma grande variação nas respostas individuais aos agentes de *stress*. Uma explicação para as diferenças nas reações individuais aos stressores, reside no facto de as pessoas serem diferentes na percepção, sensibilidade e vulnerabilidade a certos tipos de acontecimentos.

Lazarus e Folkman (1984) apresentam dois argumentos que justificam a importância da percepção como mediador nas respostas individuais aos acontecimentos: a avaliação cognitiva traduz a relação específica que ocorre entre o indivíduo (com os seus valores, compromissos, modo de pensar e de ser) e um ambiente cujas características objetivas são interpretadas; e que não são os estímulos ou as características do ambiente, por si mesmas, que determinam as reações psicológicas, mas a avaliação que o indivíduo faz desses estímulos. Assim, a percepção é definida como um *“processo de avaliação cognitiva que ocorre entre a exposição a uma situação e a reação à mesma. Através destes processos a pessoa avalia o significado do que está a acontecer ao seu bem-estar”* (Cf. Lazarus & Folkman, 1984, p. 52).

Os mesmos autores descrevem três tipos de percepções cognitivas (1984, pp. 32-53): a **percepção primária**, que consiste num juízo sobre um acontecimento, pode ser assumida como irrelevante ou potencialmente perturbadora. Estas últimas podem ser percebidas como perdas, ameaças ou desafios. As perdas referem-se aos danos irreparáveis que a pessoa suportou, ou com os quais já se defrontou, enquanto a ameaça diz respeito a uma antecipação desses danos. O desafio refere-se a uma situação percebida como controlável, ou em relação à qual há a possibilidade de se obter ganhos; a **percepção secundária** constitui um juízo produzido pelo indivíduo sobre o que pode ser feito perante determinado acontecimento. Envolve também uma avaliação sobre a adequabilidade das atitudes que o indivíduo pode tomar perante a situação. Finalmente, a **reapreciação**, que consiste na modificação das percepções anteriores, em função de novos elementos ou informações provenientes tanto do ambiente como da própria pessoa. Às vezes o próprio indivíduo tenta encontrar um outro significado para a situação, constituindo isso um esforço para lidar com um problema ou preocupação.

Os principais fatores que podem afetar a percepção são os Compromissos Individuais e as Convicções Pessoais (Lazarus & Folkman, 1984, pp. 55-81):

- **Os Compromissos Individuais** constituem interesses que motivam o indivíduo para determinada percepção. Ao predispor a pessoa numa determinada direção, afetam a percepção do indivíduo face à situação com que se confronta;
- **As Convicções Pessoais** funcionam como valores ou crenças pessoais que determinam a forma como as pessoas avaliam os acontecimentos. As pessoas com fortes convicções de controlo criam expectativas que não sendo concretizadas ameaçam o seu bem-estar. Por outro lado, as convicções existencialistas como a fé, permitem atribuir um significado aos acontecimentos de modo a manter a esperança, mesmo nas circunstâncias mais difíceis.

Desta forma *stress* pode ser definido como a “relação particular entre a pessoa e o ambiente, que é percebida pelo indivíduo como penosa ou que excede as suas capacidades, colocando em perigo o seu bem-estar” (Cf. Lazarus e Folkman, 1984, p. 19)

A preocupação em estudar a forma como as pessoas atuam face aos eventos perturbadores do bem-estar (agentes de *stress*), deu origem ao conceito de *coping*. No modelo de Lazarus e Folkman, os processos adaptativos ou de *coping* correspondem a um ego maduro e são entendidos como um processo, indo além dos automatismos e dos estilos de funcionamento do indivíduo (1984, pp. 120-121; 139-140). Nesse sentido, valoriza-se a variação de estratégias usadas pelos indivíduos em circunstâncias diferentes.

Lazarus e Folkman adotam as seguintes premissas sobre o *coping* (1984, pp. 128-140):

- Os estilos preferidos de *coping* não permitem prever os processos de *coping* perante futuros eventos de *stress*. Afinal as pessoas não agem sempre da mesma forma, independentemente do agente de *stress*;
- O *coping* é um processo com várias dimensões em que as pessoas usam várias estratégias adaptativas em simultâneo, pois em regra enfrentam vários problemas ao mesmo tempo. Isso determina recorrer a uma gama de estratégias adaptativas, mesmo que a pessoa tenha um estilo preferido de enfrentar as dificuldades;
- Nem todas as respostas adaptativas constituem estratégias de *coping*. Excluem os automatismos pois não revelam um esforço adaptativo, embora reconheçam que a pessoa possa desenvolver processos automáticos com valor adaptativo;
- O *coping* não deve ser associado ao sucesso em enfrentar e resolver as dificuldades. As pessoas nem sempre conseguem resolver as dificuldades e isso não significa que não tenham desenvolvido estratégias adaptativas;

- Não há estratégias adaptativas ideais e intrinsecamente melhores ou piores que outras. O juízo sobre o valor adaptativo do *coping* deve ter em conta o contexto e os recursos do indivíduo. Os autores recordam que a negação ou a fuga (processos defensivos) podem não resolver problemas e até agravar a vulnerabilidade da pessoa, mas podem aliviar a pressão emocional, quando nada de relevante pode ser feito perante um dano ou uma ameaça;
- Finalmente o *coping* não pode ser confundido com o domínio de uma situação perturbadora do bem-estar. Muitas situações não podem ser controladas ou dominadas pelo indivíduo, como por exemplo, o falecimento de um ente querido ou o aparecimento de uma doença crónica grave.

Com base nestes pressupostos, o *coping* é formulado como: “um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais em permanente mudança, para gerir as exigências específicas, internas e externas, que são percecionadas como penosas ou que estão para além dos recursos pessoais” (Cf, Lazarus & Folkman, 1984, p. 178).

O *coping* é um processo de mudança, em que a pessoa umas vezes recorre a mecanismos defensivos e outras vezes usa estratégias de resolução de problemas, variando as soluções em função da perceção que o indivíduo faz da situação.

Lazarus e Folkman (1984, pp. 150-154) propõem dois tipos de *coping*, cada um com as suas estratégias: o *coping* orientado para o controlo das emoções e o *coping* orientado para a resolução de problemas.

O ***coping centrado no controlo das emoções*** é mais usado quando a pessoa percebe que nada de relevante pode ser feito para modificar o problema. Neste caso, o indivíduo tende sobretudo a diminuir a tensão emocional, a angústia e o sofrimento psicológico. Assim, é frequente a pessoa socorrer-se de estratégias como: minimizar o problema; evitar pensar no assunto; acomodar-se à nova situação; atribuir um significado positivo ou mais favorável à situação, decidir que há assuntos mais importantes a resolver; achar que a situação podia ser bem pior; achar que é cedo para pedir ajuda; tomar uma bebida; irritar-se; ou atribuir a culpa do sucedido a algo ou alguém. Os autores recordam que estas estratégias têm riscos afirmando: “*Usamos o coping centrado nas emoções para manter a esperança, para negar os factos e as suas implicações, para não reconhecer o pior, para agir como nada de importante tivesse acontecido (...) mas estes processos podem conduzir à desilusão...*” (Cf. Lazarus & Folkman, 1984, p. 151). Este tipo de *coping* tem riscos, pois os comportamentos não cooperantes usados por doentes com doenças graves, podem agravar a situação de saúde do indivíduo.

O *coping centrado na resolução de problemas* surge quando a pessoa tem a percepção de poder controlar ou de modificar a situação. Os esforços adaptativos levam a pessoa a: analisar e definir os problemas; a procurar alternativas para enfrentar a situação; a avaliar os custos e benefícios das alternativas disponíveis para lidar com o problema; a seleccionar a estratégia mais adequada; a agir; ou a ajustar as expectativas ou ambições.

Estes dois tipos de *coping* podem coexistir e surgem frequentemente associadas. O *coping* orientado para as emoções ocorre imediatamente após os acontecimentos e é gradualmente substituído por estratégias orientadas para resolver os problemas (Lazarus & Folkman, 1984, p. 155).

Um conjunto de fatores pode influenciar os processos de *coping*. A forma como a pessoa lida com as dificuldades ou agentes de *stress*, depende dos recursos individuais e dos constrangimentos que inibem o uso desses recursos. Assim podemos considerar os seguintes fatores (Lazarus & Folkman, 1984, pp. 159-164):

- **A saúde e vigor físico:** a pessoa debilitada dispõe de menos energia para enfrentar as dificuldades que uma pessoa saudável;
- **As convicções positivas:** a convicção de que é possível controlar ou influenciar o curso dos acontecimentos, suporta a esperança e os esforços adaptativos diante de situações adversas. Contudo, a crença num destino, a crença de que a doença constitui um castigo de Deus, a descrença nas próprias capacidades ou nas possibilidades do tratamento, podem desencorajar os esforços para resolver os problemas;
- **Os compromissos pessoais:** podem motivar as pessoas para lutarem contra a adversidade;
- **As competências individuais para resolver os problemas:** incluem a capacidade de procurar ajuda, de analisar a situação, de identificar e delimitar os problemas, de definir prioridades, de equacionar soluções alternativas, e de implementar ações concretas. Estas competências estão relacionadas com a maturidade e a experiência do indivíduo, os seus conhecimentos e a sua capacidade intelectual;
- **As competências sociais:** dependem da capacidade de comunicação, dos papéis que o indivíduo assume nas relações sociais e da forma como a pessoa é aceite pelos outros. Tais competências podem aumentar as possibilidades de receber ajuda, de ser incluído num grupo de apoio, de beneficiar de ajuda económica ou de um serviço de apoio domiciliário;
- **Recursos materiais:** incluem a disponibilidade económica do indivíduo e os bens e serviços que pode comprar. Podem facilitar o acesso à assistência médica, técnica ou jurídica e proporcionar conforto.

Porém, há constrangimentos que podem limitar a utilização dos recursos de *coping* (Lazarus & Folkman, 1984, pp. 165-170):

- **Os valores culturais e as crenças**, que impedem determinados comportamentos, designadamente a aceitação de medidas terapêuticas;
- **Os défices psicológicos**;
- **Os constrangimentos do ambiente**, quando várias exigências do indivíduo competem pelos mesmos recursos, ou quando as ajudas sociais são limitadas;
- **Os elevados níveis de ameaça**, que gerando medo e desespero, podem fazer com que a pessoa não use os recursos de *coping* de forma adequada. Elevados níveis de ansiedade podem conduzir ao uso de mecanismos defensivos e ao *coping* emocional, em vez de a pessoa tentar enfrentar e resolver as dificuldades.

### 2.2.2 – Fatores de *stress* em pessoas com doença renal crónica em hemodiálise

Estudar os fatores de *stress* em pessoas com DRC em programa regular de HD, permitiu identificar os principais problemas dos doentes relacionados com a doença e o tratamento e orientar as prioridades de intervenção de enfermagem. Esse contributo, em grande parte, foi obtido através da utilização da *Hemodialysis Stressor Scale* (HSS) criada por Baldree, Murphy e Powers (1982), que permitiu perceber que a adaptação à DRC e à HD é um fenómeno complexo e multidimensional, que conjuga fatores fisiológicos e psicossociais.

O estudo pioneiro de Baldree, Murphy e Powers (1982, pp. 109-111) avaliou o potencial de vários fatores de *stress* em 35 pessoas com DRC em HD, tendo notado elevados níveis globais de *stress* na população. Os autores identificaram e hierarquizaram 29 stressores. Os 10 primeiros foram: *restrição hídrica; cãibras; fadiga; incerteza em relação ao futuro; restrições dietéticas; interferência da doença e tratamento com o trabalho; prurido; limitação na atividade física; alteração da imagem corporal; e colocação das agulhas para a diálise*. Notaram que os doentes há menos de um ano em tratamento, tinham um nível global de *stress* inferior aos restantes, o que estaria de acordo com as fases de adaptação psicológica à HD.

Gurklis & Menke (1988, pp. 236-236) replicaram o estudo anterior numa amostra de 68 pessoas com DRC tendo notado que os principais fatores de *stress* eram: *fadiga, restrição hídrica, restrição dietética; limitação na atividade física e frequentes internamentos hospitalares*. Também observaram que os fatores fisiológicos produziam níveis médios de *stress* significativamente mais elevados que os fatores psicossociais.

O estudo desenvolvido por Bihl, Ferrans & Powers, (1988, pp. 33-35) também usando a HSS, confirmou que a *fadiga*, a *restrição hídrica* e a *limitação na atividade física* constituíam os principais fatores perturbadores do bem-estar nesta população, tal como o *aborrecimento com a rotina do tratamento*. Contudo, os autores não notaram diferença significativa entre os stressores fisiológicos e psicossociais. Respondendo à classificação da *restrição hídrica* como um fator de *stress* psicológico, estes autores entendem que os efeitos psicológicos da restrição de líquidos podem ser mais relevantes do que a sensação fisiológica da sede (Bihl, Ferrans & Powers, 1988, p. 35).

Um outro estudo de Gurklis e Menke (1995, p. 383) identificou 62 fatores de *stress* relacionados com a DRC e a HD. O estudo concluiu que os principais stressores fisiológicos eram a *fadiga*, *hipotensão*, *cãibras*, *náuseas e vômitos*, *perda da mobilidade* e *dores ósseas*. Entre os stressores psicológicos destacaram-se *ter de ir à hemodiálise*, *alterações nos papéis sociais*, *duração das sessões de hemodiálise* e o *tempo de recuperação após o tratamento*.

Lok (1996, pp. 875-878) analisou o mesmo problema em doentes australianos usando a HSS e verificou que o nível médio de *stress* dos fatores fisiológicos era significativamente superior ao nível de *stress* dos fatores psicossociais. Os fatores com maior potencial de *stress* foram a *limitação na atividade física*, *diminuição da atividade social*, *incerteza em relação ao futuro*, *fadiga* e *cãibras*. Também notou uma correlação positiva e significativa entre os níveis globais de *stress* e o tempo de permanência em HD.

Cristóvão (1999) estudou os fatores de *stress* em 75 doentes renais em programa regular de HD e notou que os fatores fisiológicos e psicossociais tinham elevado potencial de *stress*. Os principais fatores identificados foram: *fadiga*; *incerteza em relação ao futuro*; *não poder gozar férias*; *perda da função corporal*; *problemas económicos e familiares devido à doença e ao tratamento*; *problemas articulares*; *limitação na atividade física*; *a duração das sessões de hemodiálise*; *cãibras*; *restrições dietéticas*; e *colocação das agulhas para a hemodiálise*.

O estudo de Vale, Sousa e Ribeiro (2013) analisou o *stress* e ansiedade em 100 doentes brasileiros com DRC em programa de HD, usando o Inventário de sintomas de *stress* em adultos “Lipp 2000”. Os autores notaram que 71% dos sujeitos tinham elevados níveis de *stress* e que a incidência de sintomas psicológicos de *stress* era superior à dos sintomas físicos.

O estudo de Nasiri et al. (2013) envolvendo 113 pessoas com DRC em HD, usando o HSS para analisar os fatores de *stress*, concluiu que os principais fatores de *stress* fisiológico eram a *fadiga* e a *limitação da atividade física*, enquanto os principais stressores psicossociais eram a *limitação na atividade recreativa*, *incerteza em relação ao futuro*, *medo de ficar só*, *dependência de outros* e o *custo do tratamento*.

Outros estudos identificaram fatores de *stress* com menor impacto como *dificuldade com os transportes; horários de tratamento rigorosos, a duração do tratamento; a dificuldade em gozar férias e problemas com os acessos vasculares* (Mok & Tam, 2001; Tsay, Lee, & Lee, 2005). O regime terapêutico parece afetar a rotina diária devido às restrições hídricas e dietéticas, limitação na atividade física e social, incapacidade para trabalhar e por ter de tomar muitos fármacos (Baldree, Murphy, & Powers, 1982; Gurklis & Menke, 1988; Bihl, Ferrans & Powers, 1988; Lok, 1996; Mok & Tam, 2001; Kimmel, 2002; Tsay, Lee, & Lee, 2005). A doença e o tratamento causam ainda dependência dos técnicos de saúde e dos familiares, depressão e alteração de papéis (Welch & Austin, Stressors, coping and depression in haemodialysis patients, 2001; Kimmel, 2002).

### **2.2.3 – Mecanismos de *coping* em pessoas com doença renal crónica em hemodiálise**

Os esforços para compreender os mecanismos adaptativos usados pelos doentes renais ficaram um pouco facilitados a partir do momento em que Jalowiec e Powers aperfeiçoaram a *Jalowiec Coping Scale*. Seguindo a teoria de Lazarus e Folkman, os comportamentos foram agrupados em duas subescalas: o *coping* orientado para a resolução de problemas e *coping* orientado para o controlo das emoções.

Esse primeiro estudo (Baldree, Murphy, & Powers, 1982, pp. 109-112) sugeriu que os comportamentos mais usados pelos doentes renais em HD eram: *ter esperança; tentar controlar a situação; orar; encarar a dificuldade objetivamente; preocupar-se com a situação; e pensar em alternativas para resolver a dificuldade*. Os comportamentos menos usados eram: *culpar os outros; utilizar drogas; beber álcool; e não fazer nada esperando que a situação se resolvesse*. Também notaram que o *coping* centrado na resolução de problemas era significativamente mais frequente que o *coping* emocional. Este último tipo de *coping* parecia ser mais usado na fase inicial da adaptação à HD, quando os níveis de *stress* eram mais elevados.

Vários outros estudos utilizando a *Jalowiec Coping Scale* (JCS), mostram que as pessoas com DRC em HD usam o *coping* orientado para a resolução dos problemas mais vezes do que o *coping* orientado para o controlo das emoções (Gurklis & Menke, 1988; Lok, 1996; Lindqvist, Carlsson, & Sjoden, 1998; Cristóvão, 1999; Mok & Tam, 2001). Yeh e Chou (2007) constataram que os doentes com DRCT há menos de 6 meses em HD usavam preferencialmente estratégias de *coping* orientadas para o controlo das emoções.

O estudo realizado por Lok (1996) em doentes australianos mostra que as estratégias de *coping* mais usadas foram, por ordem decrescente: *encarar o problema objetivamente; aceitar*

*a situação tal como ela é; tentar controlar a situação; ter esperança em que a situação melhore; e preocupar-se.* Notaram que o *coping* centrado na resolução de problemas era mais usado que o *coping* centrado no controle de emoções. No estudo de Lindqvist, Carlsson, & Sjoden (1998), o estilo de *coping* menos usado e também considerado menos efetivo, foi o centrado nas emoções. Neste estudo, o uso de estratégias evasivas mostrava uma correlação negativa com a adesão ao tratamento. Também no estudo de Cristóvão (1999) com uma amostra de 75 doentes portugueses, as estratégias de *coping* orientadas para a resolução de problemas eram mais vezes usadas do que as orientadas para o controlo emocional. E o *coping* emocional estava significativa e positivamente correlacionado com os níveis de *stress*.

## **2.3 – O autocuidado na gestão do regime terapêutico**

Este subcapítulo apresenta as três teorias de Orem sobre o autocuidado e as medidas de autocuidado para gerir as restrições hídrica e dietética, na pessoa com DRC em hemodiálise.

### **2.3.1 – Teoria de autocuidado de Orem**

A perspetiva da pessoa assumir a gestão de cuidados de saúde enquadra-se com a teoria do autocuidado de Orem. Dorothea Orem desenvolveu uma teoria global suportada por três constructos teóricos que desenvolvem o conceito de autocuidado: a teoria do autocuidado, a teoria de défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (Orem, 2001).

Orem assume que os adultos têm o potencial para zelar pela sua saúde; que as pessoas cuidam voluntariamente de si mesmas ou das pessoas que de si dependem (bebés, crianças, idosos, doentes ou deficientes que necessitam de cuidados complexos ou de assistência total); e que as pessoas saudáveis assumem a responsabilidade de cuidar da própria saúde e bem-estar e de assegurar um desenvolvimento dentro dos parâmetros normais para os humanos (Orem, 2001). Deste modo, a pessoa é um agente deliberado (Tomey & Alligood, 2004).

Assim, Orem define *autocuidado* como “(...) *a prática de atividades iniciadas e realizadas pelos próprios indivíduos, para manter a vida, a saúde e o bem-estar*” (Cf. Orem, 2001, p. 43). Este conceito suporta-se nas seguintes premissas (Orem, 2001, p. 45):

- O autocuidado é um comportamento voluntário;
- É uma atividade aprendida;
- Os adultos têm o direito e a responsabilidade de cuidar de si próprios para manter a vida e a sua saúde, bem como a responsabilidade em relação aos seus dependentes;

- Os adultos necessitam da assistência de pessoas dos serviços de saúde, sempre que se mostrem incapazes de obter os recursos ou as condições necessárias para preservar a própria vida, saúde e bem-estar, ou a dos seus dependentes.

Orem entende o autocuidado como uma função reguladora, sendo uma ação deliberada do indivíduo para regular o seu próprio funcionamento ou desenvolvimento, ou dos seus dependentes (Orem, 2011). Acerca do autocuidado, Torney & Alligood (2004, p. 218) afirmam:

“O autocuidado é uma função humana reguladora que os indivíduos têm, deliberadamente, de desempenhar por si próprios (...) para preservar a vida, a saúde, desenvolvimento e o bem-estar. (...) O autocuidado tem que ser aprendido e executado deliberadamente e continuamente em conformidade com as necessidades reguladoras dos indivíduos. Essas condições estão associadas aos seus estádios de crescimento e de desenvolvimento, aos estados de saúde e características específicas da saúde (...)”

Também o Conselho Internacional de Enfermeiros através da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) define autocuidado como a “*atividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária*” (CIPE, 2005, p. 46).

O comportamento de autocuidado é influenciado por vários fatores como o autoconceito, as práticas culturais, o conhecimento científico da pessoa na área da saúde, a posição que a pessoa ocupa na família, os papéis e relações sociais e até pela decisão da pessoa envolver-se ou não em ações específicas de autocuidado (Orem, 2001, p. 46). Assim, a falta de conhecimentos sobre ações válidas de autocuidado, os compromissos funcionais ou os hábitos inadequados, limitam a capacidade da pessoa assumir o autocuidado ou de assistir outras pessoas.

O autocuidado implica comportamentos e recursos para ser adequadamente exercido. Exige conhecer: os objetivos dos cuidados e o domínio das práticas de autocuidado; conhecer a pessoa, o seu estado de saúde e sobre o ambiente em que está inserida; a intenção de procurar e colaborar nos cuidados de saúde prescritos pela equipa de saúde face a desvios de saúde; ações internas para controlar o comportamento; e ações para controlar o ambiente externo.

Orem define *requisitos de autocuidado* como “(...) *formulações sobre o tipo de ações necessárias e válidas para regular o funcionamento do organismo, o seu desenvolvimento e bem-estar*”. (Cf. Orem, 2001, p. 47). Estes requisitos constituem princípios que orientam as intervenções de enfermagem.

São identificados três tipos de requisitos de autocuidado – universal, de desenvolvimento de desvios de saúde. Os requisitos universais derivam da necessidade comum a todos os seres humanos de se abastecerem de água, ar e alimentos, para manter os processos vitais e o funcionamento do organismo, em todas as fases do ciclo vital. Os requisitos desenvolvimentais estão associados aos processos de crescimento e de desenvolvimento durante o ciclo vital, desde a vida intrauterina até à maturidade. Os requisitos de autocuidado de desvios de saúde estão relacionados com as alterações genéticas e com os processos que afetam a saúde do indivíduo, exigindo diagnóstico, prevenção, bem como ações reguladoras para tratar ou controlar a doença e mitigar os seus efeitos (Orem, 2001, pp. 47-48).

Para concretizar os objetivos inerentes ao autocuidado é necessário realizar uma série de ações, o que confere ao autocuidado a característica de sistema dinâmico. Os enfermeiros e outros cuidadores precisam compreender e conceber as ações de autocuidado. Apesar dos requisitos de autocuidados de desvios de saúde serem geralmente definidos por médicos, em muitas circunstâncias os enfermeiros e os doentes são envolvidos na definição das ações para alcançar os objetivos (Orem, 2001, p. 51).

A noção de *autocuidado terapêutico* é um conceito que corresponde às ações válidas e necessárias para satisfazer o conjunto de requisitos de autocuidado, a serem produzidos pela pessoa ou para a pessoa, por um período de tempo. A este propósito, Orem esclarece: “(...) *o adjetivo terapêutico é acrescentado ao termo requisito de autocuidado, para indicar que os processos, as sequências de ações ou as medidas de autocuidado necessárias para atender aos requisitos, são válidas para atingir os resultados desejados na regulação do funcionamento ou de desenvolvimento humano*” (Orem, 2001, p. 52).

O autocuidado pode ser bem-intencionado, mas não ser terapêutico. É pois necessário determinar o valor terapêutico das práticas prescritas pela cultura e até pelos profissionais de saúde (Orem, 2001). Assim, o autocuidado é terapêutico na medida em que contribua para suportar os processos vitais, para promover normal funcionamento, para manter o crescimento e desenvolvimento normais e a maturidade, para prevenir, controlar ou curar a doença, para prevenir ou compensar a incapacidade, e para promover o bem-estar (Orem, 2001).

O autocuidado é uma exigência que a pessoa percebe que tem necessidade de satisfazer. Essa exigência pode ter origem no indivíduo, ou ser recomendada por profissionais de saúde ou ainda por exemplo, por pessoas que cuidam de outras pessoas. No entanto, a necessidade/exigência de autocuidado é um estímulo que pode ser ignorado pela pessoa (Orem, 2001, p. 53).

A noção de *agente de autocuidado* corresponde à entidade que tem capacidade para prestar as ações tidas como necessárias, podendo ser o próprio indivíduo ou, em caso de incapacidade, o enfermeiro. Os conceitos de *autocuidado terapêutico* e de *agente de autocuidado* correspondem respetivamente, ao que as pessoas necessitam fazer e ao que as suas capacidades de autocuidado permitem fazer num determinado momento (Orem, 2001).

Quando a capacidade individual de autocuidado não é adequada para realizar as ações específicas para atender às necessidades de autocuidado terapêutico, então ocorre um défice entre o que a pessoa deveria realizar e o que pode ou deseja realizar.

A teoria do défice de autocuidado suporta-se no conceito de *défice de autocuidado*, que traduz um desequilíbrio entre as ações necessárias e o que a pessoa é capaz de realizar, indicando que a pessoa precisa de ajuda para satisfazer as suas necessidades de autocuidado (Orem, 2001, p. 53). É esse défice de autocuidado que justifica a intervenção de enfermagem.

O apoio de enfermagem implica fazer algo para suprir as necessidades de uma outra pessoa, a qual não é capaz, não sabe, não pode, ou não deseja fazer, prefere não fazer ou mesmo recusa-se a fazer algo de que necessita. As pessoas podem até sentir-se relutantes em aceitar a ajuda de enfermagem ou de outras pessoas, devido a diferenças culturais, ou porque não inspiram confiança a quem carece de ajuda.

A teoria dos sistemas de enfermagem é um constructo sobre o tipo de ajuda prestada pela enfermeira enquanto agente de autocuidado. Para Orem, a enfermagem é um processo de ajuda, através de intervenções para ultrapassar e compensar as limitações associadas à saúde, para as pessoas regularem o seu funcionamento ou desenvolvimento, ou dos seus dependentes. Orem descreve cinco métodos de ajuda (Orem, 2001, pp. 56-59):

- Agir ou fazer algo por outra pessoa: este método de ajuda exige que o cuidador tenha competências para prestar os cuidados adequados, que a pessoa cuidada aceite essa ajuda, o que implica uma forma de colaboração. Este método não é válido em pessoas inconscientes ou quando os resultados exigem controlar o próprio comportamento;
- Orientar e dirigir: consiste em guiar a ação de outra pessoa. É indicado quando a pessoa cuidada precisa de ajuda para fazer escolhas ou para realizar uma ação com supervisão;
- Providenciar apoio: significa encorajar e sustentar os esforços de outra pessoa, para evitar que a pessoa falhe ou para evitar situações ou decisões incómodas. Está indicado quando a pessoa cuidada enfrenta situações desagradáveis, incómodas ou dolorosas. O objetivo é que a pessoa consiga controlar a situação mesmo recebendo apoio físico ou psicológico;

- Promover um ambiente favorável ao desenvolvimento: este método exige que o cuidador providencie um ambiente motivador para a ação, que facilite a definição de objetivos, e o ajuste de comportamentos para atingir os resultados de acordo com os objetivos. Os resultados podem ser mudanças de atitudes e de valores, uso de capacidades ou alteração do autoconceito, além do desenvolvimento físico;
- Educar: é um método válido para quem precisa desenvolver o conhecimento ou uma habilidade específica. O método exige motivação, consciência da necessidade de ajuda e interesse na aprendizagem. O enfermeiro precisa avaliar as competências da pessoa e conhecer as preferências individuais, para selecionar as ações a desenvolver.

Orem propõe três sistemas de enfermagem: o sistema totalmente compensatório, o parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação (Petronilho, 2012). O sistema totalmente compensatório é indicado para situações críticas ou de total dependência, em que a pessoa é incapaz de decidir, agir, e nem é capaz de atender às suas necessidades de autocuidado. O sistema parcialmente compensatório é indicado para quem precisa de ajuda qualificada para compensar as suas limitações e para realizar certas medidas de autocuidado. O sistema de Apoio-educação é adequado para quem apenas precisa de orientação ou de instrução.

### **2.3.2 – Medidas de autocuidado para gerir as restrições hídrica e dietética na pessoa com doença renal crónica em hemodiálise**

Porque a doença renal crónica é uma situação clínica que afeta a capacidade de autocuidado do doente, cabe ao enfermeiro assegurar os requisitos de autocuidado associados a desvios de saúde. Isso implica identificar e resolver os défices de autocuidado, envolver a pessoa no tratamento, prestar orientação e incentivar os comportamentos de autocuidado relativos ao regime terapêutico, particularmente sobre as restrições hídricas e alimentares.

A pessoa com DRC em programa de HD é submetida a um tratamento penoso e complexo, com necessidade de gerir os líquidos e a dieta, habitualmente considerados problemas dominantes (Kaptein, et al., 2010). Muitos doentes não conseguem adotar os comportamentos de autocuidado prescritos, levando a complicações e internamentos, que aumentam os custos do tratamento (Morgan, 2000). O excesso de líquidos é um dos principais problemas nas pessoas com DRCT (Lindberg M. , 2010) podendo causar complicações cardiovasculares e respiratórias, e está associado a um maior risco de morrer (Leggat, et al., 1998). As restrições dietéticas visam prevenir a hipercalemia, a hiperfosfatemia e a desnutrição

calórico-proteica (Thomas, 2005) e os doentes com dificuldade em controlar o potássio e o fósforo, apresentam maior risco de morte prematura (Morgan, 2000; Leggat, et al., 1998).

Relativamente à restrição hídrica (requisito de autocuidado de manter um aporte hídrico de acordo com as restrições impostas pela doença renal e pelo tratamento hemodialítico), uma revisão da literatura permitiu identificar medidas de autocuidado, organizadas em dois grupos: as que visam **reduzir o consumo de sal**, e as **medidas de autocuidado que ajudam a pessoa a controlar a ingesta hídrica** (Lindberg, Wikstrom, & Lindberg, 2011; Karalis, 2003; Tomson, 2001). O quadro 2 resume as medidas de autocuidado relativas à restrição hídrica.

**Quadro 2 – Medidas de autocuidado para controlar a restrição hídrica**

<b>Medidas de Autocuidado</b>	<b>Dimensão</b>
Chupar pedras de gelo, pastilha elástica, rebuçados ou limão	Medidas para controlar a ingestão hídrica
Bochechar com água sem engolir	
Controlar o açúcar do sangue e evitar bebidas açucaradas	
Usar chávenas e copos pequenos	
Evitar refeições muito condimentadas	
Evitar comer sopa líquida ou alimentos com muita água	
Beber líquidos frios/gelados ou mornos/quentes para matar a sede	
Beber pouco de cada vez/ aos golos	
Medir a quantidade de líquidos que é permitida por dia	
Beber apenas a quantidade de líquidos que é permitida	
Controlar o peso e a quantidade de líquido que bebe em cada dia	
Beber menos quando tem edemas ou dispneia	
Manter-se ocupado	
Beber apenas meia chávena ou meio copo de cada vez	
Colocar a quantidade de líquido permitida por dia numa garrafa	
Avaliar a diurese	Medidas para reduzir o consumo de sal
Beber apenas às refeições	
Evitar os alimentos salgados	
Evitar usar o sal à mesa	
Usar pouco sal ao confeccionar/cozinhar os alimentos	
Verificar a quantidade de sódio (sal) nos rótulos dos produtos	
Evitar a carne e peixe embalados/enlatados/processados	
Evitar a carne e peixe defumados/enchidos/charcutaria	
Evitar os produtos processados	
Evitar os produtos instantâneos (...)	
Usar Ketchup muito moderadamente	
Evitar os molhos pré-preparados	
Usar ervas aromáticas para dar sabor	
Evitar os produtos substitutos do sal	
Usar manteiga sem sal	
Evitar restaurantes de fast food	
Evitar caldo de carne	
Evitar molho de soja	
Evitar comida asiática	

A redução do consumo de sal é essencial para controlar a pressão arterial e não agravar a insuficiência cardíaca congestiva (edemas, dificuldade respiratória) para reduzir a sede e facilitar a gestão da restrição hídrica (Karalis, 2003). Tomson defende que não basta reduzir o sal na cozinha e à mesa, pois muitos alimentos apresentam alto teor de sódio e afirma: “o ser humano normal pode permanecer saudável ingerindo 10 mmol/dia de sódio, mas a média da dieta dos países ocidentais contém 10-15 vezes mais sódio” (Tomson, 2001, p. 1539). Para Lindberg, M. (2010, p. 16), “*a ingestão de sódio é a principal causa de sede em doentes em HD. Por isso, a restrição do sódio é uma componente essencial do comportamento de controlo hídrico no doente em hemodiálise*”. Ou seja, há necessidade de *evitar os alimentos salgados* (Karalis, 2003; Porcu & Zampieron, 2007; Rocco & Blumenkrantz, 2003; NephroCare, 2006; Fresenius Medical Care a. , sd; Fresenius Medical Care b. , sd).

Lindey et al. (2012) recomendam ainda as seguintes medidas de autocuidado: *Evitar ou reduzir o sal na confeção dos alimentos (mesmo no arroz e nas massas); Evitar adicionar sal à mesa; Verificar a quantidade de sal nos rótulos dos produtos; Evitar carne e peixe fumados, enlatados ou de charcutaria; Evitar produtos instantâneos, como sopas e os molhos pré-preparados; evitar o ketchup e molhos de soja; temperar os alimentos com ervas aromáticas em vez de sal; ser cuidadoso ao usar os substitutos do sal por conterem cloreto de potássio; e usar manteiga ou margarina sem sal, especialmente em doentes hipertensos ou que toleram menores volumes de ultrafiltração.*

Nesta linha de pensamento, Roberts (1998) sugere ainda *evitar os caldos de carne e os molhos orientais à base de soja* e Vennegoor (2005) recomenda ainda *evitar comer em restaurantes de fast food, e de comer comida asiática.*

Relativamente às medidas para ajudar a controlar a ingestão de líquidos, encontramos na literatura (Lindberg, Wikstrom, & Lindberg, 2011; Porcu & Zampieron, 2007; NephroCare, 2006; Karalis, 2003; Fresenius Medical Care a. , sd; Fresenius Medical Care b. , sd) medidas como: *chupar pedras de gelo; chupar rebuçados ou pastilha elástica com aroma, mas sem açúcar; bochechar água sem engolir; bochechar com água morna; chupar uma rodela de limão; controlar a glicémia, especialmente em diabéticos; usar copos ou chávenas pequenas em vez de recipientes maiores; evitar refeições muito condimentadas com picantes; evitar comer sopa ou então comer sopas espessa; evitar alimentos com muito líquido (melancia, gelatina); beber líquidos frios ou gelados para atenuar a sede; beber pouco de cada vez; só beber para tomar os comprimidos às refeições; controlar a ingestão hídrica em função da diurese; medir a quantidade de líquidos permitida por dia; não*

*ultrapassar a quantidade de líquido recomendada por dia; evitar a exposição ao sol; manter-se ocupado para não pensar na sede; distribuir os líquidos ao longo do dia; evitar os doces (gelados, bolos ou bebidas açucaradas); controlar a quantidade de líquidos ingeridos usando um recipiente para todo o dia; e beber líquidos mornos.* Foram ainda identificadas outras sugestões neste domínio como: *registar a quantidade de líquido ingerido durante o dia*, pois ajuda a tomar consciência do comportamento de autocuidado (Welch et al., 2010); *beber menos quando sente edemas ou dificuldade respiratória* (Richard, 2006); e *controlar o peso* (Moltó, Roig, & Pastor, 2012).

Karalis (2003) nota que o volume de líquidos permitido por dia depende da diurese, e que a maioria dos doentes em HD está limitada a uma ingestão diária de 700 a 1000 ml de líquidos, além da diurese. Já Tomson (2001) considera que a perda de água pelo suor, geralmente não é superior a 500 ml por dia na maioria dos países europeus.

Lindberg, M. (2010) recorda que as consequências do excesso de líquidos incluem as câibras, hipertensão, fadiga, edemas das extremidades, dificuldade respiratória e edema agudo pulmonar. Para este autor os doentes não percebem os efeitos positivos da restrição hídrica, mas sentem os resultados dos abusos sobre a sua condição física. (Lindberg M. , 2010, p. 26).

É importante referir alguns fatores que parecem influenciar a gestão hídrica. Os doentes mais jovens parecem ter mais dificuldade em gerir os líquidos; também a função renal residual, particularmente os doentes anúricos, os níveis de sódio do dialisante e a própria técnica de diálise, parecem influenciar a capacidade de gerir o excesso de líquidos (Lindberg M. , 2010, pp. 28,58). Os diabéticos têm tendência para maiores ganhos de fluidos entre as sessões de HD (Lindberg M. , 2010; Brady, Tucker, P.A., Tarrant, & & Finlayson, 1997) .

Relativamente à restrição dietética (requisito de autocuidado manter um aporte nutricional de acordo com as restrições impostas pela doença renal e pelo tratamento hemodialítico), a revisão da literatura permite identificar várias medidas de autocuidado, sobretudo em dois domínios: **para restringir alimentos ricos em potássio** e as **medidas para restringir os alimentos ricos em fósforo** (NephroCare, 2006; Vennegoor, 2005; Daugirdas & Kjellstrand, 2003; Roberts, 1998).

O quadro 3 resume as medidas de autocuidado para gerir as restrições dietéticas.

**Quadro 3** – Medidas de autocuidado para controlar a restrição dietética

<b>Medidas de autocuidado</b>	<b>Dimensão</b>
Descascar batatas, cortá-las em pedaços	Medidas para restringir o potássio na dieta
Deixar as batatas de molho durante uma hora pelo menos	
Evitar alimentos ricos em fibra	
Moderar o consumo de vegetais	
Restringir os produtos lácteos	
Moderar o consumo de legumes	
Moderar o consumo de leguminosas secas	
Evitar os frutos secos	
Evitar as nozes, avelãs e amêndoas	
Não comer mais de 2 peças de fruta por dia	
Não comer mais que uma fruta crua por dia	
Cozer os legumes por duas vezes em muita água	
Moderar o consumo de tomate e cenoura	
Não cozer alimentos no micro-ondas, panela de pressão ou ao vapor	
Evitar comer alimentos ricos em potássio	
Prefira arroz e massa à batata	
Moderar o consumo de leite e derivados	Medidas para restringir o fósforo na dieta
Evitar o consumo de vísceras	
Evitar o chocolate e cacau	
Não abusar no consumo de carne e peixe	
Moderar o consumo de cereais	
Reduzir o consumo de nozes, amêndoas e pinhões	
Evitar produtos integrais	
Evitar o consumo de bolachas, bolos e tostas	
Evito conservas de carne e peixe	
Evito as farinhas lácteas (papas)	

Em relação ao potássio é importante recordar que é vital para manter a frequência e o ritmo cardíacos regulares e é essencial para a condução do impulso nervoso (O'Neill, 2007). Quando a pessoa atinge o estágio 5 da DRC é provável que seja necessário restringir os alimentos ricos em potássio, (Brookhyser, 2007). Ainda O'Neill (2007) recorda que o valor normal do potássio sérico varia entre os 3,5 e os 5,0 mEq/L e que tanto a hipocalémia como a hipercalémia causam graves alterações clínicas. Recorda ainda que a hipercalémia superior a 6,0 mEq/l é perigosa e pode ser acompanhada de hiperatividade da musculatura gastrointestinal (com náuseas, cólicas e diarreia), parestesias, fraqueza muscular, alterações no traçado eletrocardiográfico e disritmia cardíaca.

As medidas de autocuidado mais divulgadas dizem respeito à preparação e confeção de batatas e legumes, alimentos com um teor considerável de potássio. Assim O'Neill, P. (2007) a NephroCare (2006) e a Fresenius Medical Care c), (sd) recomendam: *reduzir o consumo de batata; preferir o arroz e a massa à batata; retirar a pele à batata antes de a cozer; cortar a batata aos pedaços pequenos; demolhar a batata e os legumes durante pelo menos uma hora, mas preferencialmente por duas horas ou mais; desprezar essa água; ferver a batata e os legumes em abundante água; e não aproveitar a água da sua cozedura.* Em relação aos vegetais e na tentativa de extrair o máximo possível de potássio, os autores acrescentam a conveniência de *os cozer em duas águas, desprezando a água da primeira cozedura.*

Brookhyser (2007, p. 23) considera que cerca de dois terços do potássio da dieta provém da fruta, dos vegetais e dos sumos de fruta, pelo que limitar o seu consumo reduz o aporte de potássio. Este autor aconselha *reduzir o consumo de alimentos ricos em fibras como o pão e os cereais, reduzir o consumo de vegetais e legumes; e evitar os substitutos do sal por conterem cloreto de potássio.* Na mesma linha, Roberts (1998, p. 288) concorda com a restrição de fruta, vegetais e legumes, mas acrescenta a necessidade de *reduzir ou evitar o chocolate.* Também os alimentos ricos em proteína, como a carne e o leite, contêm um valor considerável de potássio (O'Neill, 2007), mas receber um adequado aporte proteico na dieta é sempre preferível a favorecer a desnutrição (Roberts, 1998).

A NephroCare (2006, pp. 13-21) e a Fresenius Medical Care, c) (sd) elencam as seguintes medidas para reduzir o consumo de potássio na dieta: *reduzir todos os alimentos com mais de 600 mg de potássio por 100gramas; evitar as leguminosas secas (grão, feijão, ervilha e favas) mesmo na sopa; evitar os frutos secos (passas de uva ou de figo); evitar os frutos oleaginosos como as nozes, avelãs e amêndoas; limitar o consumo de fruta fresca a duas peças por dia, devendo uma ser cozida; restringir o consumo de salada de tomate, alface e cenoura; comer em pequenas quantidades; e evitar o uso de micro-ondas ou da panela de pressão, preferindo cozinhar em muita água para dissolver o potássio.*

A NephroCare (2006, p. 37) e Vennegoor (2005, p. 307) esclarecem que os doentes devem evitar consumir alimentos ricos em potássio imediatamente antes do tratamento, ou nas primeiras horas das sessões de HD, pois o trânsito do tubo digestivo pode durar até 9 a 12 horas, antes de ocorrer a absorção do potássio para a circulação sanguínea. Isso significa que, nessas situações, é possível que o potássio não seja removido durante a diálise.

Relativamente ao fósforo, convém recordar que a pessoa com DRC em estágio 5 tem dificuldade em excretar o fósforo. Elevados valores séricos de fósforo podem estimular a

produção de hormona paratiroideia (PTH), que aumenta a oferta de cálcio a partir dos ossos, favorecendo a deposição de cálcio nos vasos sanguíneos, nos pulmões, nos olhos e no coração (Brookhyser, 2007). O mesmo autor considera que mesmo com a diálise o fósforo não é bem removido da circulação, pelo que é necessário recorrer aos fixadores de fósforo para prevenir a sua absorção a nível intestinal (Brookhyser, 2007, p. 23).

O controlo do fósforo representa um desafio especial, pois está muito presente na nossa dieta. Os alimentos ricos em proteínas como a carne, o peixe ou o leite são ricos em fosfatos e devem ser consumidos com moderação, mas os doentes em diálise podem justificar uma alimentação rica em proteínas (Brookhyser, 2007). A este propósito Vennegoor (2005, p. 300) afirma: “*à medida que aumentam as necessidades proteicas (...) o fósforo aumenta proporcionalmente*”. De qualquer modo, é preferível receber um adequado aporte proteico na dieta para evitar a malnutrição, do que seguir uma dieta pobre em fósforo (Roberts, 1998).

As recomendações diárias de fósforo dependem da função renal residual, do tamanho corporal, do catabolismo, da presença de infeções e do próprio dialisante (Roberts, 1998, p. 288). O fósforo também está presente nos cereais ricos em fibras, nas vísceras e nos legumes (Vennegoor, 2005), pelo que estes alimentos devem ser consumidos com moderação.

A NephroCare (2006), Vennegoor (2005), Roberts (1998) e a Fresenius Medical Care, d) (sd) recomendam as seguintes medidas de autocuidado para controlar o fósforo sérico: *limitar o consumo de leite e derivados (leite condensado, requeijão ou iogurte); evitar carne e peixe em conserva ou defumados; evitar as vísceras (miolos, rim, coração ou fígado); restringir as leguminosas secas (grão, feijão, fava e ervilha); evitar as nozes, amêndoas e pinhões; evitar o chocolate e cacau; evitar as farinhas, bolachas e outros produtos integrais; é preferível adotar uma dieta fracionada e comer pouco a cada refeição; e pode ser necessário tomar fixadores de fósforo, para manter os níveis séricos inferiores a 6 mg/dl.*

### **2.3.3 – Eficácia do autocuidado para gerir as restrições hídrica e dietética na pessoa com doença renal crónica em hemodiálise**

A importância do autocuidado deriva do valor terapêutico das medidas prescritas pela equipa de saúde (Orem, 2001). A perspetiva da pessoa assumir a gestão de cuidados de saúde enquadra-se com a necessidade de avaliar os resultados dos cuidados, o que pode ser conseguido pelos resultados de saúde ou por indicadores de adesão ao regime terapêutico, o que se ajusta à teoria do autocuidado de Orem.

Se é fundamental que as pessoas com DRC em hemodiálise consigam gerir o regime terapêutico nas suas várias dimensões, no contexto deste estudo interessa valorizar os cuidados relativos à gestão da dieta. A dieta inclui o que o doente come e bebe, implicando duas dimensões: os cuidados ou medidas de autocuidado relacionados com a restrição hídrica; e os cuidados relativos à restrição dietética.

A revisão da literatura sobre a adesão ao tratamento em pessoas com DRC em HD (Leggat, et al., 1998; Morgan, 2000; Brookhyser, 2007; Lindberg M. , 2010; Kaptein, et al., 2010; Lindey, 2012; Moltó, Roig, & Pastor, 2012) identifica e valoriza os seguintes critérios para avaliar os comportamentos de adesão ao tratamento, nos domínios da restrição hídrica e da restrição dietética; (a) o ganho de peso interdialítico entre as sessões de hemodiálise, por constituir um indicador fiável sobre o cumprimento das restrições de sódio e de líquidos; (b) os níveis séricos de potássio pré-diálise, por constituir um indicador fiável sobre a restrição de alimentos ricos em potássio; e (c) os níveis séricos de fósforo pré-diálise, porque constituem um indicador do consumo de alimentos ricos em fósforo.

O **ganho de peso interdialítico** (GPI) é calculado pela diferença entre o peso da pessoa antes de iniciar uma sessão de hemodiálise e o peso com que ela concluiu a última sessão de HD. Como geralmente a pessoa termina a sessão de diálise com um valor que corresponde ao seu peso seco, essa variação de peso traduz teoricamente a acumulação de líquidos no período entre os tratamentos. O peso seco corresponde ao peso corporal do indivíduo sem evidência de sobrecarga hídrica (Lindberg M. , 2010).

O GPI pode ser avaliado em termos absolutos, ou seja em Kg, mas considerando as diferenças na compleição física dos doentes, talvez seja mais adequado considerar o GPI em percentagem do peso seco do próprio indivíduo (Vennegoor, 2005).

Não há consenso quanto ao valor adequado de GPI. Leggat et al (1998) estudaram 6251 doentes renais americanos em HD, notando que um GPI superior a 5,7% do peso seco correspondia a um aumento de 35% no risco de morte desta população ( $p < 0,001$ ). Por isso, vários autores (Smith, 2010; Denhaerynck, 2007; White, 2004) adotaram esse limite para o GPI.

Já Vennegoor (2005, p. 305), seguindo as diretrizes da EDTNA/ERCA, defende como aceitável um GPI de 4% do peso seco, enquanto outros autores (Lindberg M. , 2010; Lindberg & Fernandes, 2010) consideram excesso de líquidos um GPI superior a 3,5% do peso seco. A esse respeito Moltó, Roig & Pastor (2012, p. 478) referem que um GPI inferior a 3% do peso seco está associado à malnutrição.

Usando valores absolutos, Daugirdas & Kjellstrand (2003, p. 147) entendem que os doentes devem manter um GPI abaixo de 1,0 Kg. Mais restritivo é o critério usado por Morgan, Lois (2000) sugerindo um GPI de 0,5 Kg entre as sessões de HD. Outro critério é ponderar o GPI em função do peso seco. Assim, Moltó, Roig & Pastor (2012, pp. 477-9) propõem o seguinte ajuste do GPI ao peso seco:  $GPI \leq 1$  Kg para pessoas até 70 Kg ;  $GPI \leq 1,1$  Kg para pessoas entre os 70 e os 80 Kg;  $GPI \leq 1,2$  Kg para indivíduos entre os 80 e os 90 Kg; e  $GPI \leq 1,3$  Kg por dia, para quem tenha mais de 90 Kg de peso seco. Uma outra forma de avaliar o GPI é calcular a média de GPI por um determinado período de tempo, por parecer um critério mais preciso, aceitando um valor de GPI médio que não ultrapasse 1 Kg.

Vennegor, M. (2005, p. 305) recorda que os alimentos também têm líquidos e que as pessoas com mais apetite podem apresentar um GPI mais elevado, sem que isso traduza uma verdadeira sobrecarga hídrica. De qualquer modo, o GPI tem sido uma medida fiável para avaliar a sobrecarga hídrica, especialmente em doentes anúricos (Lindberg M. , Excessive fluid overload among haemodialysis patients. Prevalence, individual characteristics and self-regulation of fluid intake, 2010). Assim, se um GPI muito reduzido pode significar malnutrição (Tomson, 2001) e se o pretendido é evitar o risco de sobrecarga hídrica, então parece razoável aceitar GPI médios de até 2,0 Kg e GPI entre 3,0% e 5,0% do peso seco (Moltó, Roig, & Pastor, 2012; Lindberg M., 2010; Denhaerynck et al; 2007; Vennegoor, 2005).

O **nível sérico de potássio pré-diálise** é um indicador amplamente usado pelos investigadores para avaliar a forma como o doente renal em HD segue as recomendações da dieta para restringir o potássio, uma vez que a hipercalemia inferior a 3,5 mEq/L e superior a 6,5 mEq/L está associada a um aumento da taxa de mortalidade (Leggat, et al., 1998; Daugirdas & Kjellstrand, 2003). Por isso a generalidade dos autores (Daugirdas, Blake, & Ing, 2010; Denhaerynck, et al.; 2007; Durose, Holdsworth, & Watson, 2004; Daugirdas & kjellstrand, 2003) recomenda que os doentes em HD devem seguir uma dieta cujo alvo seja manter os níveis séricos de potássio entre os 3,5 mEq/L e os 6,5 mEq/L. No entanto, Denhaerynck, et al. (2007, p. 228) recordam que o valor sérico do potássio não reflete apenas o tipo de dieta, mas também a função renal residual, a adequação da diálise e o efeito da medicação.

O **nível sérico de fósforo pré-diálise** é outro dos parâmetros laboratoriais que a generalidade dos estudos (Leggat et al, 1998; Roberts, 1998; Morgan, 2000; NephroCare, 2006; Denhaerynck, et al.; 2007) toma como referência para avaliar a adesão às medidas aconselhadas para restringir o fósforo da alimentação. No entanto, não há consenso quanto ao valor limite.

Leggat et al (1998) notaram que um nível de fosfato superior a 7,5 mg nos doentes renais em HD estava associado a um aumento de risco morrer de 13% ( $p < 0.05$ ). Esse valor limite foi

usado num estudo calculando a média de 3 meses (Kutner, Zhang, McClellan, & Cole, 2002). Já Roberts (1998) defende que os valores séricos de fósforo não deveriam ultrapassar os 6 mg/dl, o que poderia ser conseguido com a ajuda dos fixadores ou quelantes do fósforo.

A posição mais restritiva é a de Morgan (2000), que entende que o valor sérico pré-diálise do fósforo não deve ultrapassar os 5,0 mg/dl. Daugirdas & Kjellstrand (2003, p. 148) acham que o valor sérico do fósforo pré-diálise associado à menor mortalidade é de 5 a 7 mg/dl. A NephroCare (2006, p. 37) considera adequado manter o fósforo da dieta entre os 3,5 e os 5,5 mg/dl. E Denhaerynck, et al., (2007, p. 230), consideram que níveis de fosfato superiores a 6,5 mg/dl estão associados a um aumento do risco relativo de morrer.

Duas outras considerações são relevantes: o fósforo sérico não reflete apenas o tipo de dieta, mas também a função renal residual e o uso de fixadores de fósforo (Denhaerynck, 2007); e um baixo valor sérico de fósforo pode significar malnutrição (Vennegoor, 2005). Assim, considerando as opiniões dos autores citados, parece que a eficácia do autocuidado pode ser avaliada pelo valor sérico de fósforo pré-diálise, cujos valores não devem exceder os 7 mg/dl, já que é o valor limite mais citado e que se aproxima do risco aumentado de morrer.

Outros indicadores têm sido sugeridos para avaliar o estado geral do doente renal em HD e podem ser usados para avaliar a eficácia do autocuidado. O Monitor da composição corporal – *Body Composition Monitor* (BCM) permite avaliar o estado de hidratação e de nutrição do indivíduo (Lindberg M. , 2010, p. 25; Lindey, 2012, p. 185). Sendo uma tecnologia relativamente recente, não está disponível em todas as unidades de hemodiálise e não é usada diariamente, de forma a substituir o GPI. A tensão arterial (TA) parece estar correlacionada com o GPI (Barnett, Yoong, Pinikahana, & Si-Yen, 2008, p. 301) e a redução do sódio no dialisante pode contribuir para reduzir o GPI e a TA (Chang, 2011, p. 367).

#### **2.3.4 – Fatores que podem influenciar a eficácia do autocuidado na gestão hídrica e dietética da pessoa com doença renal crónica em hemodiálise**

A capacidade cognitiva, muitas vezes associada ao estado de saúde e à idade, além da falta de recursos familiares e sociais podem condicionar a capacidade de autocuidado. A ineficaz gestão do regime terapêutico parece associar-se a esquemas terapêuticos complexos, ao défice de conhecimentos, à falta de habilidades para executar o tratamento, ou à falta de resultados positivos do tratamento (Machado, 2009).

É importante considerar alguns aspetos sobre o estado nutricional do indivíduo: o GPI pode ser afetado pela quantidade de alimentos ingerida; o fósforo está presente em muitos dos

alimentos da dieta comum; os baixos valores séricos de fósforo podem não corresponder à eficácia no autocuidado, mas antes significar malnutrição.

O estado nutricional pode ser avaliado através da concentração da ureia nitrogenada no sangue (BUN), pela taxa de catabolismo proteico (PCR) e pela albuminemia. Roberts (1998, p. 200) lembra que os doentes com insuficiente aporte proteico e calórico revelam uma diminuição das proteínas séricas designadamente a albumina e uma diminuição da PCR.

Os níveis de PCR tendem a aumentar com as infeções, sendo comuns valores acima de 50 mg/L em doentes renais em hemodiálise, devido a vários fatores: biocompatibilidade das membranas do dialisador; ao tempo de tratamento; e às infeções nos acessos vasculares (Vennegoor, 2005, p. 309). A albumina talvez seja um indicador mais fácil de obter na maioria das unidades de hemodiálise. A hipoalbuminemia é um indicador importante da morbidade e mortalidade porque diminui em caso de desnutrição, nas situações de infeção ou de catabolismo proteico, quando ocorre proteinúria, embora possa estar mascarada por diluição, nos casos de sobrecarga hídrica (Daugirdas & Kjellstrand, 2003, pp. 147-8; Vennegoor, 2005, p. 309). O nível desejável de albumina no sangue é de 4,0 g/dl (Daugirdas & Kjellstrand, 2003, p. 148).

Um parâmetro a considerar é o  $Kt/V$ , em que (K) significa a capacidade de depuração do dialisador expressa em mililitros por minuto; (t) corresponde à duração da sessão de HD em minutos; e (V) traduz a distribuição de ureia no organismo expressa em mililitros (Lin, 2009, p. 447). O  $Kt/V$  é um método de referência (Kugler, 2005) e o seu valor deve situar-se acima de 1,2 (Daugirdas & Kjellstrand, 2003). A eficácia da diálise pode ser avaliada através de:

- $spKt/V = -\ln(R - 0.008 \times t) + (4 - 3,5 \times R) \times Uf/V$ ;
- $spKt/V = -\ln(R - 0.008 \times t) + (4 - 3,5 \times R) \times Uf/W$ , quando V não é conhecido e se procede a uma estimativa antropométrica substituindo V por 55% do peso pós-diálise;
- $eKt/V = \ln(R_{eq} - 0.008 \times t) + (4 - 3,5 \times R_{eq}) \times Uf/V$  para considerar o efeito *rebote* da ureia pós-diálise, que se verifica até 60 minutos após a sessão dialítica e que faz diminuir o valor de  $spkt/V$  em cerca de 0,2 (Daugirdas & Kjellstrand, 2003, p. 34);
- ou através da avaliação on-line da clearance da ureia (OCM). A condutividade permite comparar a concentração de sódio na solução dialisante e no dialisado (respetivamente à entrada e à saída do filtro) e avaliar o perfil de difusão dos iões de sódio através da membrana de diálise (dialisância). Esse valor é aproximado à "capacidade de difusão" de ureia através da membrana (NKF, 2006; Thomson, 2004). Porém, para Breitsameter, Figueiredo, S., & Kochann (2012) os resultados obtidos pelo método OCM parecem um pouco (0,2) superiores aos obtidos pela fórmula  $eKt/V$ , para avaliar a eficácia dialítica.



### **3 – MATERIAL E MÉTODOS**

O projeto de investigação inclui dois estudos de natureza diferente. No primeiro estudo pretendeu-se conhecer as estratégias ou medidas usadas para enfrentar as dificuldades percebidas pela pessoa com DRC em programa regular de HD. O segundo estudo, de natureza quantitativa, partiu da identificação das medidas de autocuidado referidas na literatura, e pretendeu avaliar a frequência de utilização das medidas de autocuidados para gerir a restrição hídrica e dietética e analisar a eficácia dessas medidas de autocuidado.

#### **3.1 – Estudo I: Dificuldades e estratégias na gestão do regime terapêutico em pessoas com doença renal crónica em hemodiálise**

##### **3.1.1 – Objetivos do estudo**

Nas últimas décadas a hemodiálise tornou-se mais segura e eficaz com o controlo automático da ultrafiltração, com membranas mais biocompatíveis e de elevada permeabilidade, modalidades de hemodiálise de alta eficácia e alto fluxo, e com estimulantes da eritropoiese que permitem hoje controlar melhor a anemia. Mas ainda subsistem problemas de ordem fisiológica e psicossocial dos doentes. Sendo importante compreender a forma como os doentes gerem o tratamento, importa considerar a perspetiva subjetiva dos doentes.

Surge assim a seguinte questão de investigação: de que forma as pessoas com doença renal crónica em hemodiálise, gerem o regime terapêutico? Para dar resposta a esta questão, definimos os seguintes objetivos:

- a) Identificar as dificuldades percebidas pelas pessoas com DRC em programa regular de HD, relacionadas com a gestão do regime terapêutico;
- b) Identificar as estratégias adaptativas usadas pelas pessoas em programa regular de HD, para enfrentar as dificuldades relacionadas com a gestão do regime terapêutico;
- c) Identificar fatores que influenciem a gestão do regime terapêutico, em pessoas com doença renal crónica em programa regular de HD.

### **3.1.3 – Tipo de estudo**

A opção pelo método qualitativo justifica-se quando a finalidade é compreender a perspectiva dos sujeitos e estudar a experiência humana de forma mais aprofundada. Este estudo pretende compreender a experiência do doente renal crónico em hemodiálise na gestão do regime terapêutico.

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com recurso à análise temática de conteúdo. Os estudos descritivo-exploratórios consistem em “*descobrir fatores, descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento*” (Fortin, 2000) numa determinada população, recorrendo a observações não estruturadas, entrevistas estruturadas e questionários. Os estudos descritivos permitem descrever variáveis, conceitos e elaborar uma interpretação teórica dos resultados.

### **3.1.2 – Os informantes**

A população acessível foi constituída por pessoas com DRC de um centro privado de HD da região de Lisboa e Vale do Tejo, com os critérios de inclusão: ter mais de 18 anos; estar há pelo menos seis meses em programa de HD; e ser capaz de comunicar em português. A amostra intencional foi constituída por 20 informantes de um centro de HD. Os informantes foram seleccionados com a ajuda do enfermeiro chefe da unidade de tratamento, considerando a capacidade de descrever a experiência sobre a gestão do regime terapêutico (Streubert & Carpenter, 2002). A análise das entrevistas levou a admitir a saturação de dados, pelo que a dimensão da amostra foi limitada aos 20 informantes. No entanto, a saturação pode ser um mito, pois um novo grupo de indivíduos entrevistado, pode fornecer novos dados (Streubert & Carpenter, 2002).

### **3.1.3 – O guião da entrevista**

Para dar resposta aos objetivos enunciados, utilizamos a entrevista semiestruturada (Fortin, 2009, pp. 376-8), para recolher a opinião dos informantes sobre o fenómeno em estudo – a experiência na gestão do regime terapêutico. Assim, o guião da entrevista continha apenas três questões sobre: (a) dificuldades percebidas na gestão do tratamento; (b) estratégias adotadas para enfrentar essas dificuldades; e (c) fatores que pudessem facilitar essa gestão. Para testar a clareza e funcionalidade do instrumento de recolha de dados, sujeitámos o guião à apreciação de

quatro enfermeiros (com mais de 10 anos de experiência em nefrologia, todos com o grau de mestre em enfermagem e um deles com o grau de Doutor) que consideraram as questões finais claras e pertinentes para os objetivos do estudo. Realizamos duas entrevistas para testar o instrumento de recolha de dados que não foram incluídas no estudo. Como os informantes não revelaram dificuldade em compreender as questões colocadas e as respostas correspondiam aos objetivos do estudo, entendemos não alterar o guião (Apêndice I).

As entrevistas decorreram entre fevereiro e setembro de 2009, de acordo com a disponibilidade dos informantes e antes dos doentes iniciarem a sessão de HD, de forma a alterar o menos possível as condições em que o fenómeno decorre (Streubert & Carpenter, 2002). As entrevistas foram realizadas sempre pelo mesmo investigador, em ambiente reservado do centro de HD. Procurámos criar um ambiente favorável à expressão da opinião dos informantes e captar a subjetividade das suas experiências. As entrevistas tiveram uma duração média de 40 minutos e foram gravadas em áudio. Posteriormente foram transcritas e arquivadas em formato Microsoft Office Word 97-2003, permitindo a sua análise.

### **3.1.4 – O tratamento dos dados**

As entrevistas foram sujeitas a análise temática de conteúdo que é definida como um *“conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.”* (Bardin, 1977, p. 42).

Neste tipo de análise é a presença de certas características de conteúdo da entrevista que é tomada em consideração. Procurámos delimitar unidades de registo (palavras ou frases), que *“corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial”* (Bardin, 1977, p. 104). Procedemos depois à codificação, *“um processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo”* (Bardin, 1977, pp. 103-4). A codificação permitiu agrupar unidades de registo com sentido idêntico em categorias e temas. As categorias foram definidas pela frequência de itens de sentido e obedecendo aos princípios da objetividade e da racionalização (Bardin, 1977, pp. 36-7), e ajudaram a compreender o fenómeno em estudo.

Como Bardin (1977, p. 42) afirma: “*a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos (...) e as associações subjacentes de um indivíduo, a partir dos seus enunciados.*” Assim, além de tentarmos evidenciar as avaliações dos informantes, desejamos compreender as associações subjacentes ao discurso dos informantes. A categorização começou na revisão da literatura, permitindo antever alguns temas (dificuldades, estratégias e fatores facilitadores). Os vários estudos (Kimmel, 2002; Lok, 1996; Gurklis & Menke, 1988; Baldree, Murphy, & Powers, 1982) permitiram elencar algumas categorias entre as dificuldades em gerir o regime terapêutico e sobre as estratégias usadas pelos doentes para enfrentar essas dificuldades. Desta forma, definimos previamente algumas categorias suscetíveis de serem encontradas no discurso dos informantes (Fortin, 2009, p. 379). Mas a leitura dos depoimentos permitiu não só encontrar algumas das categorias previamente identificadas, como identificar novas categorias, relativamente à forma como as pessoas com DRC em HD gerem o regime terapêutico. Para validar os achados, seguimos as orientações de Fortin (2009, p. 305) e dois investigadores independentes analisaram quatro entrevistas sorteadas, tendo concordado em 83,25% com as categorias identificadas. As categorias que mereceram maior acordo foram as do tema “dificuldades em gerir o regime terapêutico” (100%) e as que mereceram maior discordância foram as do tema “Perceções sobre a doença e o tratamento” (62%).

### **3.1.5 – aspetos éticos**

O projeto deste estudo foi apresentado à Comissão de Ética da *Fresenius Medical Care* (FMC) que aprovou o estudo (Anexo I). Posteriormente, com a autorização do diretor clínico da unidade de HD, foi possível proceder à seleção dos sujeitos, de entre os doentes adultos inscritos na unidade de tratamento e em programa regular de HD. A cada sujeito selecionado foram apresentados os objetivos do estudo e solicitada a participação voluntária, através da realização de uma entrevista gravada. Os sujeitos foram esclarecidos da possibilidade de interromperem a colaboração a qualquer momento, sem prejuízo dos seus direitos, tendo sido assegurada a confidencialidade dos dados. As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos informantes que aceitaram colaborar no estudo. As entrevistas ocorreram antes do início das sessões de HD, depois dos informantes assinarem um termo de consentimento informado, que foi ratificado no final da entrevista.

## **3.2 – Estudo II: Eficácia do autocuidado na gestão hídrica e dietética da pessoa com doença renal crónica em hemodiálise**

### **3.2.1 – Objetivos do estudo**

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa que pretende contribuir para alcançar os seguintes objetivos:

- Identificar as medidas de autocuidado mais usadas pelas pessoas com doença renal crónica em hemodiálise, para gerir as restrições hídricas e dietéticas impostas pelo tratamento;
- Analisar a eficácia das medidas de autocuidado, usadas pelas pessoas com doença renal crónica em hemodiálise, para gerir as restrições hídricas e dietéticas, exigidas pelo tratamento ao doente renal crónico em hemodiálise.

### **3.2.2 – Tipo de estudo**

Desenvolvemos um estudo descritivo-correlacional para descrever e estudar as relações entre variáveis (Fortin, 2000, p. 244), e uma análise de *clusters* no sentido de identificar agrupamentos homogéneos que ajudem a avaliar a dimensionalidade da matriz de dados (Marôco, 2011).

### **3.2.3 – População e amostra**

A população acessível (Fortin, 2009, p. 312) para este estudo são os doentes com DRC em hemodiálise em centros periféricos de uma mesma empresa, da região de Lisboa e Vale do Tejo. Seleccionámos este tipo de unidades de tratamento por tratarem 89,6% dos doentes renais em HD (Macário, 2015) e porque as unidades hospitalares frequentemente assistem doentes agudos, hemodinamicamente instáveis, geralmente no início do tratamento hemodialítico e muitas vezes em hemodiálise convencional. A opção por unidades da mesma empresa visou garantir a uniformidade de equipamento e de processos de tratamento e de prestação de cuidados. A limitação geográfica do estudo deveu-se a constrangimentos económicos e operacionais do investigador.

Definimos os seguintes critérios de inclusão: indivíduos com mais de 18 anos; há mais de um ano em programa regular de hemodiálise; atualmente tratados em hemodiafiltração; capazes de comunicar em português; e que aceitem colaborar voluntariamente no estudo. Os critérios de exclusão foram: indivíduos com história de doença mental; não orientados (espaço, tempo e pessoa); visivelmente debilitados; e indivíduos com internamentos há menos de 3 meses. O tempo mínimo de tratamento em hemodiálise visou evitar o viés da pessoa estar na fase de Lua-de-mel ou inicial da DRC (Nolasco, 1982; Polaschek, 2003) e excluímos sujeitos com internamentos recentes, para não influenciar o comportamento de autocuidado.

A amostra de conveniência foi constituída por um total 254 sujeitos inscritos em 4 centros periféricos de HD da região de Lisboa e Vale do Tejo: NephroCare Torres Vedras; NephroCare Alverca; NephroCare Lisboa, Lumiar; e NephroCare Lisboa, SAMS.

A amostra de 254 sujeitos correspondeu a 84,7% da população acessível de 300 sujeitos. Dos sujeitos convidados a participar no estudo, 29 recusaram e 17 não foram consultados por estarem ausentes em férias e a receber tratamento em outro local.

### 3.2.4 – Variáveis do estudo

As variáveis foram definidas em função do quadro concetual e dos objetivos do estudo. As **variáveis dependentes** correspondem a conceitos mensuráveis, cujo resultado pode sofrer um efeito das variáveis independentes (Fortin, 2009, p. 48). Neste estudo as variáveis dependentes são:

- 1) A opinião das pessoas com DRC em programa regular de HD sobre as medidas de autocuidado para gerir as restrições hídricas associadas ao regime terapêutico. Esta variável foi considerada em duas dimensões: medidas para controlar a ingestão hídrica; e medidas para reduzir o consumo de sal;
- 2) A opinião das pessoas com DRC em programa regular de HD sobre as medidas de autocuidado para gerir as restrições da dieta associadas ao regime terapêutico. Esta variável foi considerada em três dimensões: medidas para restringir o potássio na dieta; medidas para restringir o fósforo na dieta; e medidas gerais para gerir a dieta;

As **Variáveis independentes** são as introduzidas para caracterizar a amostra e para avaliar o efeito sobre a variável dependente (Fortin, 2009, p. 48). Foram selecionadas as seguintes:

- a) Explicativas sociodemográficas (idade; sexo; composição do agregado familiar; pessoa que prepara as refeições; hábito tabágico; necessidade de efetuar refeições fora de casa);
- b) Explicativas cronológicas (tempo de tratamento em hemodiálise);
- c) Explicativas clínicas (diurese; presença de diabetes; medicação IECA; peso seco; ganho de peso interdialítico; potássio sérico pré-diálise; fósforo sérico pré-diálise; sódio sérico pré-diálise; sódio do dialisante; albumina sérica pré-dialise; e eficácia da diálise;).

### 3.2.5 – Instrumento de recolha de dados

Com base na revisão da literatura e nos achados do estudo I construímos o instrumento de recolha de dados (IRD) que foi administrado como questionário-entrevista, por ser preenchido pelo investigador na presença do sujeito (Fortin, 2009, p. 380). Esta opção visou evitar a elevada perda de respostas, comum aos questionários autoadministrados. O IRD definitivo consta do Apêndice II.

A **Primeira parte** inclui 9 perguntas fechadas para caracterização da amostra (idade; sexo; agregado familiar; tempo de tratamento em hemodiálise; pessoa que prepara as refeições; hábito tabágico; necessidade de efetuar refeições fora de casa; presença de Diabetes Mellitus; e diurese).

A **Segunda parte** inclui 8 questões fechadas para registo de dados obtidos a partir do processo clínico (prescrição de medicação IECA; peso seco; média do ganho de peso interdialítico; potássio sérico pré-dialítico; fósforo sérico pré-dialítico; sódio sérico pré-dialítico; albumina sérica pré-dialítica; Kt/V; sódio do dialisante).

A **Terceira parte** inclui um total de 77 questões fechadas em escala tipo Likert com 5 posições, para avaliar a frequência com que os doentes usam medidas de autocuidado para gerir a restrição hídrica associada ao regime terapêutico (46 questões) e para gerir as restrições da dieta associadas ao regime terapêutico (31 questões).

A frequência de utilização das medidas de autocuidado foi avaliada através de uma escala tipo Likert de 5 pontos, com scores variando de 1 a 5 do seguinte modo:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Quase Nunca	Poucas Vezes	Às Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
0 Dias na semana	1 – 2 Dias na semana	3 – 4 Dias na semana	5 – 6 Dias na semana	7 Dias na semana

Em 27 questões para avaliar a frequência com que os sujeitos usavam medidas de autocuidado para gerir a restrição hídrica, fizemos corresponder aos comportamentos mais frequentes um score mais elevado. Nas restantes 19 questões atribuímos scores inferiores aos comportamentos mais frequentes e que se afastavam das recomendações. Da mesma forma, entre as perguntas para avaliar a frequência de utilização de medidas de autocuidado relativas à dieta, 18 questões foram classificadas de forma inversa (ao comportamento mais frequente correspondeu um score inferior). Para avaliar a frequência do uso das medidas de autocuidado, calculamos os scores médios (mínimo de 1 e máximo de 5), o ponto médio (3) e os quartis, de forma a classificar a utilização das medidas de autocuidado, conforme mostra o quadro 4.

**Quadro 4** – Classificação da frequência do uso das medidas de autocuidado

Score	Classificação
1 - 2	Muito pouco frequente
> 2 - 3	Pouco frequente
> 3 - 4	Frequente
> 4 - 5	Muito frequente

Avaliámos a eficácia do autocuidado em relação à restrição hídrica, através do GPI em percentagem do peso seco. Calculámos o GPI em Kg, subtraindo o peso seco do sujeito ao peso apresentado no início da sessão de HD. Dividindo o GPI em Kg pelo peso seco do sujeito achámos o GPI em percentagem do peso seco. Seguindo as diretrizes da EDTNA/ERCA (Vennegoor, 2005, p. 305) e as recomendações de vários autores (Moltó, Roig, & Pastor, 2012; Lindberg M., 2010; Denhaerynck et al; 2007), considerámos eficaz o autocuidado que correspondesse a um GPI de 3% a 5% do peso seco e ineficaz um resultado acima dos 5%.

Ao avaliar a eficácia do autocuidado em relação às restrições na dieta, considerámos os níveis do potássio e do fósforo séricos pré-diálise. Assim, seguindo a recomendação de vários autores (Daugirdas, Blake, & Ing, 2010; Denhaerynck, et al.; 2007; Durose, Holdsworth, & Watson, 2004; Daugirdas & Kjellstrand, 2003), definimos como eficaz o autocuidado que correspondesse a valores séricos de potássio entre os 3,5 mEq/L e os 6,5 mEq/L.

Em relação aos níveis de fósforo, não havendo consenso entre os autores, considerámos eficaz o autocuidado que correspondesse a valores de fósforo entre 5 a 7 mg/dl, como

recomendam Daugirdas & Kjellstrand (2003, p. 148). O quadro 5 resume os critérios de avaliação da eficácia do autocuidado usados neste estudo.

**Quadro 5 – Critérios de avaliação da eficácia do autocuidado**

<b>Domínio do Autocuidado</b>	<b>Critério de eficácia</b>
Autocuidado para gerir a restrição hídrica	<ul style="list-style-type: none"><li>• GPI entre 3% e 5% do peso seco</li></ul>
Autocuidado para gerir a restrição na dieta	<ul style="list-style-type: none"><li>• Potássio sérico pré-diálise entre 3,5 mEq/L e 6,5 mEq/L</li><li>• Fósforo sérico pré-diálise entre 5 a 7 mg/dl</li></ul>

### **3.2.6 – Aspetos éticos**

Para a realização deste estudo, em 25.02.2013 solicitámos o parecer da Comissão de Ética, reunindo toda a informação constante do projeto do estudo, bem como o registo na Comissão Nacional de Proteção de Dados e o parecer favorável dos diretores clínicos de cada uma dos centros de HD. Em 20.02.2014 a Comissão de Ética emitiu parecer favorável à realização do estudo (Anexo II).

Os sujeitos selecionados foram previamente esclarecidos dos objetivos e metodologia da pesquisa, sobre a possibilidade de desistirem de participar no estudo sem prejuízo dos seus direitos, mesmo depois da realização da entrevista e foi assegurada a confidencialidade dos dados. As entrevistas foram realizadas durante as sessões de HD, de modo a não coincidir com o início o e fim do tratamento e depois de obter o consentimento escrito dos sujeitos.

### **3.2.7 – Procedimentos**

Para promover a validade de conteúdo, além de construir o IRD com base na revisão da literatura e na definição das dimensões do conceito, solicitámos o parecer de 5 peritos (Fortin, 2009, p. 355) com pelo menos 15 anos de experiência em nefrologia e especialistas em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem de nefrologia: a professora doutora Maria de Lourdes Saraiva; a Sra. Enfermeira Rita, mestre em enfermagem médico-cirúrgica e com experiência clínica e na docência; o Sr. Enfermeiro Sampaio Dias e a Sra. Enfermeira Elizabete Dias, ambos com experiência clínica e na docência; e o Sr. Enfermeiro Daniel Lanzas, mestre em enfermagem e com experiência clínica.

Os peritos analisaram o **IRD inicial** com 83 perguntas distribuídas pelas seguintes áreas: a) Medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica (perguntas 1 a 32); b) Medidas de autocuidado para reduzir o consumo de sal (perguntas 33 a 50); c) Medidas de autocuidado para restringir o potássio na dieta (perguntas 51 a 66); d) Medidas de autocuidado para restringir o fósforo na dieta (perguntas 67 a 77); e) Medidas de autocuidado gerais para gerir a dieta (perguntas 78 a 83).

Os peritos avaliaram as perguntas quanto à pertinência, formulação e pontuação. O grau de concordância foi expresso por um score entre 1 (total desacordo) e 5 (total acordo). Sempre que o score médio foi igual ou inferior a 4,5 as perguntas foram alteradas seguindo as sugestões dos peritos. O Apêndice III apresenta este procedimento de forma detalhada. Desse IRD inicial foram excluídas 6 perguntas por serem pouco claras ou repetidas.

Assim, o **IRD provisório** incluiu 77 questões nas seguintes dimensões e subescalas:

A – Medidas de autocuidado para gerir a restrição hídrica: 46 perguntas;

- Medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica: 31 perguntas (1 a 31);
- Medidas de autocuidado para reduzir o consumo de sal: 15 perguntas (32 a 46);

B – Medidas de autocuidado para gerir as restrições da dieta: 31 perguntas;

- Medidas de autocuidado para restringir o potássio na dieta: 15 perguntas (47 a 61);
- Medidas de autocuidado para restringir o fósforo na dieta: 10 perguntas (62 a 71);
- Medidas de autocuidado gerais para gerir a dieta: 6 perguntas (72 a 77);

Realizámos o **pré-teste** no centro de HD da NephroCare de Vila Franca de Xira, em março de 2014. O pré-teste envolveu 40 sujeitos e pretendeu avaliar a clareza das perguntas, o tempo necessário para responder ao questionário, e a viabilidade na recolha dos dados laboratoriais (Burns & Grove, 1993, p. 372).

Os resultados mostraram que a maioria das questões era clara, concisa, respeitando a inclusividade e mútua exclusividade das respostas (Burns & Grove, 1993, p. 371). Contudo, considerou-se necessário ajustar o IRD inicial nos seguintes termos:

- Reformular as perguntas 01 e 04, acrescentando “para matar a sede”;
- Reformular a pergunta 17, fornecendo exemplos de sintomas;
- Alterar as modalidades das respostas às perguntas 08, 09, 30, 33, 36, 38, 42 e 66, passando de número de refeições para dias por semana;

A estabilidade do IRD não foi avaliada pela dificuldade em obter a colaboração dos sujeitos para este procedimento, embora as respostas possam ser alteradas por experiências ocorridas entre os testes e a recordação das respostas anteriores pode resultar em coeficientes de estabilidade falsamente elevados (Burns & Grove, 1993, p. 340).

Avaliamos ainda a consistência interna do IRD, através do cálculo de alfa de Cronbach, (Apêndice IV) considerando as 77 perguntas da versão definitiva do IRD e obtivemos os seguintes resultados nas seguintes subescalas:

- Medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica (31 itens): 0,525;
- Medidas de autocuidado para reduzir o consumo de sal (15 itens): 0,371;
- Medidas de autocuidado para restringir o potássio na dieta (15 itens): 0,381;
- Medidas de autocuidado para restringir o fósforo na dieta (10 itens): 0,227;
- Medidas de autocuidado gerais para gerir a dieta (6 itens): 0,050.

Embora a consistência interna fosse fraca (Fortin, 2009, p. 354), não alterámos as subescalas, pois todos os itens eram relevantes na literatura consultada. Acreditamos que os resultados foram condicionados pela reduzida variabilidade em muitas das respostas.

**A aplicação do IRD definitivo** foi realizada entre abril e julho de 2014. Os sujeitos foram selecionados respeitando os critérios estabelecidos. Todos foram informados dos objetivos e metodologia do estudo, antes de serem convidados a participar voluntariamente no estudo. Depois de obtido o consentimento informado por escrito, realizaram-se as entrevistas, que foram sempre conduzidas pelo autor da pesquisa. As entrevistas tiveram uma duração de 30 a 45 minutos, começando meia hora após o início da sessão de HD e terminaram pelo menos 10 minutos antes do fim do tratamento.

Os dados antropométricos e laboratoriais foram fornecidos pelo enfermeiro-chefe de cada centro de HD. Os valores laboratoriais foram apurados através das seguintes técnicas: Albumina sérica: método Imunoturbidimetria; Cálcio e fósforo: Método Compleximetria; Sódio e Potássio: Método elétrodos seletivos; e Ureia: Método Urease UC Cinético.

A eficácia da diálise foi determinada através do *Online Clearance Monitor* – OCM F5008, que permite calcular a "capacidade de difusão" de ureia através da membrana (NKF, 2006; Thomson, 2004), através da condutividade da solução de diálise antes e após o filtro.

**O tratamento estatístico** foi feito através do programa Statistical Package for the Social Sciences – IBM SPSS Statistics (Versão 21.0). Para descrever as variáveis estudadas recorreremos à estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão). Para tirar conclusões a partir da amostra do estudo, recorreremos à estatística inferencial usando sempre um nível de significância mínimo de 0,05 para o erro tipo I.

Utilizámos testes paramétricos quando as variáveis se apresentavam numa escala intervalar ou contínua, desde que verificados os pressupostos de distribuição normal da amostra. Recorremos neste caso à análise de variância para testar diferenças de médias entre três ou mais variáveis e ao coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ), para testar a força e o sentido das correlações entre variáveis (Marôco, 2011; Fortin, 2009). Os scores das medidas de autocuidado foram tratados como dados intervalares como sugerem Burns e Grove (1993, p. 376).

Utilizámos testes não paramétricos para variáveis nominais, ou ordinais quando não se observaram os pressupostos exigidos para os testes paramétricos. Nesse sentido utilizamos os seguintes testes:

- Coeficiente de correlação de Spearman ( $\rho$ ) como recomendado por Fortin (2009, pp. 434-5;460);
- Teste U de Mann-Whitney, para comparar distribuições em duas amostras independentes (Marôco, 2011, p. 307);
- Teste de Kruskal-Wallis, para comparar distribuições de três ou mais variáveis em amostras independentes (Marôco, 2011, p. 317);
- Teste de Qui-quadrado, para testar se duas ou mais amostras independentes diferem relativamente a uma determinada característica (Marôco, 2011, p. 99);
- Teste Exato de Fisher, para comparar duas ou mais amostras independentes de pequena dimensão, provenientes de variáveis qualitativas (Marôco, 2011, p. 108).

Para identificar grupos de variáveis/sujeitos com características comuns que ajudem a compreender o autocuidado, optamos por uma análise de *clusters* que “*é uma técnica exploratória de análise multivariada que agrupa sujeitos ou variáveis em grupos homogêneos, relativamente a uma ou mais características comuns*” (Marôco, 2011, p. 531). A identificação de agrupamentos de sujeitos ou variáveis permite avaliar a dimensionalidade da matriz de dados e analisar as relações entre variáveis (Marôco, 2011, p. 531). Considerando a capacidade de criar *clusters* conjugando variáveis qualitativas e quantitativas

e a capacidade de selecionar automaticamente o número de *clusters*, optámos pelo método *TwoStep Clusters* que permite identificar agrupamentos naturais de variáveis/sujeitos que, de outra forma, passariam despercebidos. A identificação dos agrupamentos exige um procedimento para medir as semelhanças e dissemelhanças entre eles (Marôco, 2011), o que foi calculado através do método *Log-likelihood*.

Para a formação dos agrupamentos, foram consideradas as variáveis mais relevantes em estudo, constituindo centróides em relação aos quais foram definidas distâncias entre grupos e se foram apurando os agrupamentos finais. Para Marôco (2011, p. 539), “*Neste método o novo cluster formado é representado por um ponto cujas coordenadas são a média dos sujeitos que fazem parte do mesmo cluster para cada uma das variáveis (pelo centróide). As novas distâncias são então calculadas usando estas médias e os restantes objetos*”

A aglomeração dos *clusters* foi feita de forma automática, usando o Critério de Informação de Bayes (BIC) e a qualidade do modelo foi considerada “suficientemente adequada ou aceitável” (fair), com um perfil de dois agrupamentos finais e um grau de coesão e separação de 0,3. Este valor significa que foi assegurada a homogeneidade entre os elementos de cada agrupamento e a heterogeneidade entre os elementos dos dois agrupamentos. Foi ainda determinada a importância preditiva das variáveis estudadas.



## **4 – RESULTADOS**

### **4.1 – Apresentação e discussão dos resultados do Estudo I: Dificuldades e estratégias na gestão do regime terapêutico em pessoas com doença renal crónica em hemodiálise**

#### **4.1.1 – Caraterização dos Informantes**

Os 20 informantes do estudo apresentaram os seguintes dados sociodemográficos: 12 informantes eram do sexo masculino (60%); o grupo tinha uma média etária de 57,5 anos, variando entre os 28 e os 81 anos, mas com 14 (70%) entre os 50 e 79 anos de idade; o tempo médio de permanência em programa regular de HD foi de 4,13 anos, variando entre 1 e 12 anos de tratamento, mas 11 doentes (55%) tinham mais de 1 e menos de 5 de HD; as principais comorbidades foram a diabetes (2) e a litíase renal (1); todos os 20 informantes residiam com familiares; apenas um informante tinha sido beneficiado de um transplante renal; e 19 (95%) eram de nacionalidade portuguesa, enquanto 1 era de Cabo-Verde.

A predominância do sexo masculino é consistente com os dados da SPN que revelam uma maioria (58,5%) de homens em HD (Macário, 2015). A média etária dos informantes fica aquém da média de 67,7 anos dos doentes em HD observada em 2014 (Macário, 2015), mas mostra a tendência para o envelhecimento desta população. Em 2014, a maioria (57,7%) dos doentes renais em HD tinha 65 ou mais anos de idade (Macário, 2015). O tempo de tratamento é uma variável importante na forma como a pessoa se adapta ao mesmo. No estudo verificámos que a maioria (55%) dos informantes estava há menos de 5 anos em programa regular de HD. Alguns estudos mostram que os doentes mais velhos ou há mais tempo em tratamento aderem melhor ao regime terapêutico (Kugler, 2005), o que pode dever-se ao maior conhecimento do tratamento e ao receio de complicações.

As comorbidades podem condicionar a gestão do tratamento, sendo de esperar um aumento na população idosa. Apenas dois informantes referiram a *diabetes mellitus*, uma das principais causas da DRC. A família pode ser um valioso recurso na gestão do regime terapêutico e todos os informantes referiram residir com familiares, o que pode constituir uma

ajuda na gestão das dificuldades relacionadas com o tratamento. A nacionalidade pode estar associada à cultura e influenciar a gestão do tratamento e a capacidade de expressão.

Respondendo aos objetivos propostos, a análise de conteúdo permitiu identificar quatro temas: dificuldades em gerir o regime terapêutico; estratégias usadas para gerir essas dificuldades; fatores que influenciam a gestão do tratamento; e perceção da doença e do tratamento. Os três primeiros temas eram esperados e decorriam da estrutura da entrevista, organizada em função do quadro de referência. No entanto, da análise de conteúdo emergiu o último tema, que ajuda a compreender a forma como as pessoas vivem a doença e o tratamento.

#### 4.1.2 – Tema 1: Dificuldades em gerir o regime terapêutico

Definimos dificuldades como *aspetos relativos ao cumprimento do regime terapêutico percebidos pelos doentes como penosos, desafiando ou excedendo os seus recursos individuais*. Este tema inclui duas categorias de dificuldades – as de ordem fisiológica e as de ordem psicossocial – cada uma com várias subcategorias, como se apresenta no quadro 6.

**Quadro 6** – Dificuldades relacionadas com a gestão do regime terapêutico

<b>Categorias</b>	<b>Dificuldades (nº de informantes)</b>
Dificuldades de ordem psicossocial	Restrição hídrica (15) Restrições na dieta (10) Ter de realizar hemodiálise (9) Duração das sessões de hemodiálise (9) Tomar a medicação como prescrita (8) Limitações em relação às férias (5) Não poder realizar algumas atividades sociais (3) Conciliar as sessões de hemodiálise com o trabalho (2) Indiferença do enfermeiro (1) Tempo gasto nos transportes (1) Receio de perder o acesso vascular (1)
Dificuldades de ordem fisiológica	Dor ao puncionar (4) Complicações intradialíticas (3) Dor no acesso vascular (1) Dor após a diálise (1)

De acordo com Monat e Lazarus (1991), considerámos duas categorias de dificuldades: as *dificuldades fisiológicas*, quando relacionadas com os distúrbios dos sistemas do organismo e

manifestadas por sintomas físicos; e as *dificuldades psicossociais*, se relacionadas com alterações sociais, com a componente afetiva e traduzidas por sintomas psicológicos.

As dificuldades mais vezes referidas foram: *restrição hídrica* (15 informantes), *restrição na dieta* (10); *ter de realizar hemodiálise* (9); *a duração das sessões de hemodiálise* (9); *tomar a medicação prescrita* (8) *limitações em relação às férias* (5) e *dor ao punccionar* (4). A maioria (11) das dificuldades identificadas é de natureza psicossocial, o que é consistente com outros achados (Tsay, Lee, & Lee, 2005; Mok & Tam, 2001; Lok, 1996; Gurklis & Menke, 1988) e sugere que os problemas psicossociais são tão relevantes como os fisiológicos. Só foram identificadas 4 dificuldades fisiológicas, talvez porque as atuais tecnologias tornem a diálise mais segura, com problemas fisiológicos menos frequentes e melhor tolerados pelos doentes.

Dificuldades como a *restrição hídrica*, *restrições na dieta*, *ter de realizar hemodiálise* e suportar *a duração das sessões de HD* estão entre os principais fatores de *stress* identificados em vários estudos (Tsay, Lee, & Lee, 2005; Mok & Tam, 2001; Lok, 1996; Gurklis & Menke, 1988). Outras dificuldades menos referidas, como *limitações em relação às férias*, *não poder realizar algumas atividades sociais* ou o *tempo gasto nos transportes*, foram consideradas de elevado potencial de *stress* (Tsay, Lee, & Lee, 2005; Lok, 1996). A *indiferença do enfermeiro* tem especial importância na relação entre o enfermeiro e o doente, caracterizada pela proximidade e dependência do doente em relação à equipa de saúde. Como o tratamento é penoso e gera grande pressão emocional, às vezes os doentes projetam alguma agressividade sobre os cuidadores mais próximos. É possível que os enfermeiros tentem evitar os conflitos com os doentes através de uma relação distante e limitada aos contactos estritamente necessários, o que hipoteca a relação de ajuda. O *receio de perder o acesso vascular* é relevante porque a eficácia da diálise depende de um acesso funcionante e porque os idosos e os diabéticos apresentam maior risco de complicações vasculares (Daugirdas, Blake, & Ing, 2010).

De seguida destacamos várias subcategorias (dificuldades), ilustradas com algumas unidades de registo. O Apêndice V disponibiliza todas as unidades de registo. A categoria *dificuldades psicossociais* inclui as seguintes 11 subcategorias:

A dificuldade “**Restrição hídrica**” foi relatada por 15 informantes. A falência renal (sobretudo em pessoas anúricas) exige apertado controlo hídrico, sob o risco causar HTA e edema pulmonar. O sofrimento pode ser maior se a pessoa cumpria reforço hídrico antes de iniciar a diálise, ou devido à sede no fim das sessões de HD. As seguintes unidades de registo ilustram este significado: “*A única coisa que custa mais é a água. A sede é que é pior...*” (E3); “*(...) não beber água, ou a proibição de beber líquidos. É a parte mais complicada.*”

(E4); *“Mais grave mesmo, é não poder beber a água que eu bebia”* (E8); *“A restrição hídrica é que é mais complicado, porque o tratamento faz sede e ter de controlar a quantidade de líquidos que ingerimos, para mim, é o mais penoso.”* (E10); *“É muito difícil controlar os líquidos.”* (E17).

A dificuldade **“Restrições na dieta”** foi identificada no discurso de 10 informantes, revelando desconforto por não poderem comer alguns alimentos com a frequência ou na quantidade desejada. Com efeito, a gestão da dieta implica alterações no estilo de vida e pode limitar o prazer de comer. Os seguintes depoimentos traduzem esse sentido: *“Porque comecei a fazer a hemodiálise e cortaram-me essas comidas que não convêm. Porque o feijão e o grão são leguminosas e têm muito fósforo, porque o leite além do líquido tem muito fósforo, a não ser a manteiga, mas como ela se põe no pão e ele tem fósforo, também não se pode comer muito pão...”* (E9); *“(...) ter de comer fruta cozida, não poder comer sopa, é uma coisa que me faz muita diferença...”*(E18); *“É muito difícil de cumprir. (...). Todos os alimentos têm aqueles ingredientes que fazem mal. Uns têm potássio, depois têm mais ...o fósforo.”* (E19).

A dificuldade **“Ter de realizar hemodiálise”** (observada em 9 informantes) traduz o desconforto por ter de cumprir indefinidamente várias sessões de HD semanais, em que qualquer falta pode colocar a vida em risco. Este sentido pode ser captado nas seguintes unidades de registo: *“(...) sentir a obrigação de não poder faltar a nenhum tratamento (...) É doloroso pensar que, mesmo constipada ou com outro problema qualquer, não se pode faltar ao tratamento.”* (E4); *“Para mim é angustiante. Isto é como se viesse prá... prá forca. (...) Antes queria estar na prisão do que vir prá aqui. Ao fim de um tempo cumpria a pena...”* (E8).

A dificuldade **“Duração das sessões de hemodiálise”** incluiu 9 informantes que manifestaram incómodo com as várias horas das sessões de HD. A dificuldade caracteriza-se por ter de ficar confinado a um espaço reduzido, pela obrigação de cumprir o tempo completo do tratamento, além de não poder realizar outras atividades. As seguintes unidades de registo ilustram esta dificuldade: *“(...) são quatro horas e meia que me retiram de outras atividades”*(E5); *“Depois outro aspeto é relacionado com o tempo de prisão, entre aspas, com o tempo da diálise”* (E12); *“às vezes, têm que me estar a desligar para ir à casa de banho e voltar novamente. Mas isso, aquela meia hora, para mim, às vezes é um suplício.”* (E19).

A dificuldade **“Tomar a medicação como prescrita”** foi identificada no discurso de 8 informantes. Esta dificuldade é justificada pela polimedicação, redução da memória, da atenção e visão (especialmente em idosos), ou pela pirose associada a alguns fármacos. As seguintes expressões ilustram esta dificuldade: *“(...) mesmo os medicamentos, davam-me assim uma reação (...), dava-me uma reação bastante má”* (E1); *“Tomo muitos medicamentos.*

*É muito complicado. São, ao todo quinze comprimidos por dia.” (E3); “(...) cheguei a tomar 25 comprimidos por dia (...) agora andam por volta de 15.” (E17); “Muitos de nós não temos mesmo cabeça para ver os comprimidos que são.” (E17).*

A dificuldade “**Limitações em relação às férias**” foi descrita por 4 informantes. Esta dificuldade resulta de entraves burocráticos, falta de unidades de HD no local de destino, ou da falta de vagas para realizar HD no horário pretendido. Os seguintes depoimentos revelam o significado desta dificuldade: “(...) porque nem sempre há vagas noutras centros de hemodiálise...” (E7); “Nem sempre nós temos a possibilidade de poder ir, uma semana ou duas de férias para onde queremos. Ou porque não há tratamento naquela zona, ou fica afastado... ou não há vaga etc., etc.” (E16).

A dificuldade “**Não poder realizar atividades sociais**”, foi identificada no discurso de 3 informantes. O horário e o programa regular de HD limita a possibilidade da pessoa efetuar grandes deslocações e condiciona o contacto com a família, amigos ou colegas. As restrições alimentares limitam a participação em atividades sociais e de lazer. A anemia debilita a pessoa, impedindo-a de trabalhar. As seguintes frases parecem expressar esta dificuldade: “(...) tenho um neto lá em casa, podia ter dado uma volta com ele (...) tive que vir fazer o tratamento.” (E1); “A componente social, estar num restaurante, aspeto que eu nem ponho às pessoas que estão comigo, mas que me causa realmente problemas.” (E5); “(...) o tempo perdido, que me impossibilita de estudar, de fazer outro tipo de atividades.” (E10).

A dificuldade “**Conciliar as sessões de hemodiálise com o trabalho**” emergiu do relato de 2 informantes e traduz a dificuldade em compatibilizar o horário das sessões de HD com o horário de trabalho. Esta questão é relevante porque a ocupação/atividade laboral está relacionada com a independência económica e a qualidade de vida das pessoas com DRC em HD. É o que concluímos das expressões como: “A ginástica para conseguir conciliar o tratamento com a vida profissional e a vida familiar é muito difícil” (E6); “trabalhar é muito complicado, tanto mais que nunca mais trabalhei...” (E8).

A dificuldade “**Indiferença do enfermeiro**” emergiu do discurso de um informante e caracteriza a relação com o enfermeiro, que age de forma mecânica, sem envolver a pessoa nos cuidados. As frases seguintes parecem ter este significado: “Não se concebe que um indivíduo (...) espeta as agulhas e vai-se embora e não diz uma palavra.” (E7); “quando a máquina dá o alarme, vai lá o enfermeiro, carrega, (...) e vai-se embora! Eu gostava de saber, pelo menos nalguns casos, porque é que isso acontecia!” (E7).

A dificuldade “**Tempo gasto nos transportes**” foi referida por um informante e mostra o desconforto pelo tempo de espera nos transportes, entre o domicílio e o centro de HD. Com

efeito, uma viatura pode transportar vários doentes e os últimos podem esperar muito tempo até chegarem ao destino. A situação é penosa para o doente debilitado, indisposto ou com dores no fim da diálise. Eis uma das expressões: *“Nos transportes (...) as pessoas depois de fazer quatro horas de diálise, estão aí durante uma hora, à espera que o transporte as largue.”* (E7).

A dificuldade **“Receio de perder o acesso vascular”** também emergiu do relato de um dos informantes. Um acesso vascular com bom débito é fundamental para a eficácia da diálise (Daugirdas, Blake, & Ing, 2010) e as FAV são os acessos de eleição. Registamos as seguintes afirmações: *“Outra coisa que me assusta em relação à diálise (...) são as fístulas. Porque já fiz três fístulas, ou seja, esta que tenho neste momento é a última porque não tenho mais acessos. Se esta parar eu não sei como vou fazer diálise porque não tenho mais veia nenhuma. Isso assusta-me um bocadinho.”* (E10).

A categoria *dificuldades fisiológicas* inclui as seguintes 4 subcategorias. A dificuldade **“Dor ao puncionar”** foi encontrada no discurso de 4 informantes. Para obter um bom débito sanguíneo é necessário puncionar o acesso vascular com agulhas de elevado calibre (Daugirdas, Blake, & Ing, 2010) e a punção pode ser dolorosa. É o significado atribuído às seguintes expressões: *“(...) as espetadas das agulhas (...) provoca sempre dor no início”* (E3); *“É, nem consigo olhar (...) parecem agulhas de fazer croché. Metem impressão.”* (E8); *“Era três ou quatro [punções], formavam-se hematomas (...) Portanto era mais difícil e doloroso.”* (E9); *“As picadelas das agulhas, que tenho muito medo”* (E20).

A dificuldade **“Complicações intradialíticas”** foi mencionada por 3 informantes. Embora hoje a técnica seja mais segura, ainda é comum ocorrerem hipo ou hipertensão arterial, câibras, náuseas e vômitos. Eis algumas citações dos entrevistados: *“(...) tensões que chegaram aos 200 / 100”* (E5); *“(...) na terça-feira fui para casa e fartei-me de vomitar... umas dores de cabeça muito grandes porque a tensão depois sobe....”* (E8).

A dificuldade **“Dor no acesso vascular”** foi descrita só por um informante. Esta queixa pode estar associada a disfunção do acesso ou a um débito sanguíneo deficiente. O seguinte depoimento sugere isso mesmo: *“(...) a veia dói-me sempre um bocado”* (E2); *“Sim, é o que me custa mais. Mas eu também não tenho muito bom acesso.”* (E2).

A dificuldade **“Dor após a diálise”**, também referida por apenas um informante, relata o sofrimento de alguns doentes após o tratamento. A dor pode estar associada a calcificações ectópicas, ao reumatismo, gota, infeção, sepsis, entre outras (Daugirdas, Blake, & Ing, 2010). Este foi o sentido atribuído ao excerto: *“Acontece que, quando eu saio daqui (...) vou cheio de dores e tenho que andar, literalmente, agarrado às paredes, porque sujeito-me a cair.”* (E17).

### 4.1.3 – Tema 2: Estratégias para gerir as dificuldades do regime terapêutico

Este tema representa *os esforços cognitivos e comportamentais dos informantes para enfrentar as dificuldades relacionadas com o tratamento*. Identificámos duas categorias: as *estratégias orientadas para a resolução de problemas*, que são esforços cognitivos e comportamentais para resolver as dificuldades; e as *orientadas para o controlo das emoções* que são esforços para diminuir a tensão emocional associada às dificuldades (Lazarus & Folkman, 1984). De seguida apresentamos as estratégias relativas às principais dificuldades, com especial destaque para as dificuldades na gestão hídrica e dietética. A codificação completa está disponível no Apêndice VI.

O quadro 7 apresenta as estratégias utilizadas para enfrentar a restrição hídrica. Das 17 subcategorias (estratégias), a maioria (15) estão orientadas para a resolução de problemas e só 2 pertencem à categoria das estratégias orientadas para o controlo das emoções.

**Quadro 7 – Estratégias usadas para enfrentar a restrição hídrica**

<b>Categorias</b>	<b>Estratégia (nº de informantes)</b>
Estratégias orientadas para a resolução de problemas	Reduzir o volume de líquido ingerido (14) Esforçar-se por não beber (9) Avaliar a diurese (8) Limitar a ingestão hídrica ao volume de uma garrafa (8) Controlar o ganho de peso interdialítico (7) Chupar gelo (5) Controlar a ingestão de líquidos (4) Beber líquidos gelados (4) Evitar alimentos doces e salgados (4) Bochechar (4) Comer sopa mais espessa (3) Beber pouco de cada vez (3) Beber água morna (2) Beber apenas às refeições (1) Beber álcool só em dias de festa (1)
Estratégias orientadas para o controlo das emoções	Manter-se ocupado (1) Minimizar o problema (1)

A estratégia “**Reduzir o volume de líquido ingerido**”, registada em 14 informantes, agrega esforços como beber menos vezes durante o dia ou beber sobretudo para tomar a medicação. Algumas das unidades de registo: “*é só aquela medida mais ou menos que eu bebo.*” (E3); “*Sobretudo é reduzir a quantidade do que bebo.*” (E6); “*Bebo água quando tenho de tomar os comprimidos e pouco mais.*” (E7); “*bebo leite numa chávena de café.*” (E8); “*é tentar beber o menos possível, mais nada.*” (E18).

A estratégia “**Esforçar-se por não beber**” infere-se do discurso de 9 informantes e traduz um esforço consciente para resolver o problema, apelando à resistência do indivíduo. É o sentido das seguintes frases: “*A gente tem que pensar é que não pode beber água.*” (E13); “*eu estou aqui, estou a suportar a sede, mas gostava de beber.*” (E18); “*E quando penso em beber, digo assim: não vais beber porque já bebeste.*” (E20).

A estratégia “**Avaliar a diurese**” foi descrita por 8 informantes e consiste numa avaliação, nem sempre rigorosa nem regular, da urina produzida nas 24 horas. Alguns doentes notam que urinam mais ao fim de semana do que nos dias de diálise. Como o aporte hídrico depende da diurese, esta medida ajuda a prevenir complicações. Eis algumas das afirmações: “*tenho um medidor e geralmente ao fim de semana, como tenho mais cuidado, é que meço.*” (E8); “*De sábado para domingo é muito menos, à volta de meio litro. De domingo para segunda, faço sete e meio quase oito.*” (E20).

A estratégia “**Limitar a ingestão hídrica ao volume de uma garrafa**” foi descrita por 8 informantes que bebiam apenas o volume de água de uma pequena garrafa, por dia. Alguns doentes preferiam dividir o volume de água por duas garrafas, criando a ilusão de beberem mais. Esta medida prática é inferida das seguintes frases: “*Encho uma garrafa de água de três decilitros, dessas garrafas pequenas, de plástico. (...) Isso tem que me dar para todo o dia.*” (E3); “*quando vou trabalhar levo uma garrafa pequenina e sei que não posso beber mais do que aquela garrafa, portanto tenho que a dosear.*” (E10).

A estratégia “**Controlar o ganho de peso interdialítico**” foi encontrada no discurso de 7 informantes. A medida permite monitorizar o controlo hídrico. Transcrevem-se alguns registos: “*faço o possível por não entrar aqui com pesos que passem dos dois quilos*” (E5); “*(...) é raro trazer peso muito exagerado... portanto, controlo as coisas mais ou menos.*” (E14); “*com a balança eu verificava o peso e então podia beber mais água ou não*” (E18).

A estratégia “**Chupar gelo**” foi uma estratégia relatada por 5 informantes. A medida ajuda a aliviar temporariamente a sede. Seguem-se algumas das afirmações: “*Quando tenho muita sede como uma pedra de gelo.*” (E10); “*Meto uma pedra de gelo na boca.*” (E12).

A subcategoria “**Controlar a ingestão de líquidos**” estava presente no discurso de 4 informantes, que contabilizavam os líquidos durante o dia. É o sentido extraído dos seguintes excertos: “*É uma questão de pensar (...) ponderar o que já bebi.*” (E6); “*Durante um dia... meio litro. Café e leite também conta? (...) Meio litro, seis decilitros, por aí.*” (E18).

A estratégia “**Beber líquidos gelados**”, descrita por 4 informantes, é uma alternativa a “chupar ou trincar gelo”. Eis algumas das expressões: “*tenho uma garrafinha sempre no frigorífico, gosto de água gelada. Muito gelada. Mesmo em pleno Inverno*” (E4); “*Quando me apetecesse ia beber dois golinhos de água fresquinha, sempre fresca*” (E15).

A estratégia “**Bochechar**” foi identificada no discurso de 4 informantes, embora um deles utilizasse água morna, o que revela uma combinação de métodos para atenuar a sede. Eis os registos: “*Bochecho com água morna*” (E2); “*bochecho e passa-me aquela segura que eu tenho...*” (E3); “*Bebo um bocadinho e deito fora, não posso beber*” (E13).

A estratégia “**Evitar alimentos doces e salgados**” foi registada em 4 informantes. A medida ajuda a evitar a sede e a controlar a pressão arterial. Eis algumas das unidades de registo: “*(...) não como coisas salgadas.*” (E15); “*Não como coisas que façam sede. Coisas salgadas não vou comer, coisas picantes também não. Como mais à base de ervas aromáticas... e isso não me provoca assim muita sede.*” (E20).

A estratégia “**Comer sopa mais espessa**” foi referida por 3 informantes e é uma forma de diminuir o aporte hídrico. É o sentido apreendido destas frases: “*(...) como um bocadinho de sopa (...) bastante grossa*” (E2); “*a sopa não se pode comer com caldo, tem que ser comida com um garfo...*” (E3); “*Tira a canja um bocadinho mais grossa para não ficar com tanta água.*” (E13).

A estratégia “**Beber pouco de cada vez**” foi referida por 3 informantes. É uma forma alternativa de reduzir a ingestão hídrica, que se depreende das seguintes frases: “*Agora bebo menos, bebo assim um golinho*” (E2); “*Não bebo um copo de água, se bem que me apetecesse beber a garrafa toda, (...) bebo aos bocadinhos.*” (E4).

A estratégia “**Beber água morna**” foi identificada em 2 informantes e pode ser uma alternativa ao uso de água gelada ou do gelo. Está documentada nas expressões: “*Bochecho com água morna*” (E2); “*Eu até se sentir muita sede, muita sede que não aguento, sou capaz de amornar um bocadinho de água e beber.*” (E15).

A estratégia “**Beber apenas às refeições**” foi revelada por um informante e é uma rotina para beber menos vezes, como se infere da expressão: “*Só bebo às refeições. Mais nada.*” (E7).

A estratégia “**Beber álcool só em dias de festa**” foi revelada por um informante. Eis uma das frases: “*bebidas alcoólicas (...) só em dias de festa...*” (E1).

A estratégia “**Manter-se ocupado**” foi descrita por um informante e visa desviar a atenção da sede. É o que mostra a frase “*Se andar sempre fora de casa não bebo.*” (E4).

A estratégia “**Minimizar o problema**” também só foi referida por um informante. É uma estratégia orientada para o controlo emocional que visa desvalorizar o problema, mas pode colocar a pessoa em risco (Lazarus & Folkman, 1984). Eis as unidades de registo: “*Eu acho que nos vamos conhecendo e sabendo as coisas que podemos fazer com a nossa doença. E sei que ainda posso beber mais do que eles me dizem, porque consigo urinar ainda.*” (E4).

O quadro 8 apresenta as estratégias para enfrentar as restrições na dieta. Registámos 11 subcategorias, 10 incluídas na categoria das estratégias orientadas para a resolução de problemas e 1 nas orientadas para o controlo emocional.

**Quadro 8** – Estratégias usadas para enfrentar as restrições na dieta

<b>Categorias</b>	<b>Estratégia (nº de informantes)</b>
Estratégias orientadas para a resolução de problemas	Moderar o consumo de certos alimentos (15) Evitar certos alimentos (10) Cozer os alimentos (6) Comer pouco (5) Reduzir o sal (5) Cumprir a dieta com rigor (4) Procurar informação (4) Fracionar as refeições (2) Comer antes da diálise (2) Controlar o ganho de peso interdialítico (1)
Estratégias orientadas para o controlo das emoções	Aceitar as restrições (1)

A estratégia “**Moderar o consumo de certos alimentos**” foi descrita por 15 informantes e consiste em comer menos quantidade de alimentos ricos em potássio ou fósforo. Transcrevemos algumas frases: “*(...) não como assim muitas hortaliças porque a dietista disse-me que a hortaliça tem muito potássio.*” (E2); “*Por exemplo, laranja, kiwi e banana. Como muito pouco.*” (E11); “*Arranjo sempre a posta mais pequenina.*” (E13); “*se há um bocadinho de feijão, uma feijoadazinha... eu sou capaz de tirar duas colheres de sopa de feijoadada...*” (E15); “*eu como de tudo, mas ao comer de tudo sei que tem de ser moderadamente.*” (E17).

A estratégia “**Evitar certos alimentos**” foi encontrada no discurso de 10 informantes. É um esforço deliberado para evitar alimentos (ricos em sódio, potássio ou açúcar) que comportem riscos para a saúde. Apresentamos algumas das afirmações: “*Banana também nunca mais comi, porque também tem muito potássio.*” (E2); “*O que faço é não como! Não é para comer, não como.*” (E9); “*Se não evitar não vale a pena estar a fazer este tratamento.*” (E13); “*Tudo o que eu via que me fazia mal, (...) aquelas coisas todas, eu passei a evitar.*” (E15).

A estratégia “**Comer pouco**” foi descrita por 5 informantes e consiste em comer menos, independentemente do tipo de alimentos. Esta estratégia pode favorecer a desnutrição. Deixamos algumas unidades de registo: “*Eu como muito pouquinho desde que faço diálise*” (E2); “*como eu como pouco tenho-me aguentado*” (E7); “*Eu nunca comi muito, sempre comi pouco.*” (E8); “*(...) se almoçar já não janto*” (E9).

A estratégia “**Cozer os alimentos**” foi referida por 6 informantes. É um procedimento recomendado e consiste em retirar os iões nocivos à saúde, através da cozedura dos alimentos. O processo é moroso e requer esforço. As seguintes afirmações ilustram esta medida: “*Fervo as hortaliças duas vezes por causa do potássio, deito aquela água fora e depois ponho a cozer já para comer.*” (E2); “*Para se comer um pouco de feijão, aquilo tem de ser passado em diversas águas, para tirar o potássio*” (E3); “*A hortaliça fervo também numa água e depois deito fora, aquilo é uma trabalhadeira!*” (E8).

A estratégia “**Reduzir o sal**”, reportada por 5 informantes, é uma das medidas mais aconselhadas pelos técnicos de saúde e ajuda a prevenir a sede e a controlar a hipertensão arterial. Eis algumas das expressões: “*é comida com pouco sal e eu já estava habituado a comer a comida com pouco sal*” (E3); “*comer a comida sem sal*” (E13).

A estratégia “**Cumprir a dieta com rigor**” foi referida por 4 informantes e traduz um esforço por seguir estritamente as recomendações dos técnicos de saúde. É o que inferimos das seguintes unidades de registo: “*A gente tem de levar isto à risca se quer realmente seguir com a nossa vida ainda mais um tempo.*” (E3); “*Como do que está no livro*” (E20)

A estratégia “**Procurar informação**” foi referida por 4 informantes e é um esforço de buscar na literatura ou nos técnicos de saúde, soluções para enfrentar as dificuldades. É o sentido que atribuímos às seguintes expressões: “*E depois li, antes de começar a ter consultas com o dietista, que ainda demorou um tempo. Informe-me.*” (E4); “*Fui à nutricionista para que ela me explicasse o que é que eu poderia comer. E como é que eu devia de comer.*” (E17).

A estratégia “**Fracionar as refeições**” foi revelada por 2 informantes. Corresponde a uma tentativa de limitar o consumo de alimentos, muito útil para os diabéticos. Algumas

afirmações: “(...) *passado uma hora e tal como uma peça de fruta, depois passado uma hora e tal como um iogurte*” (E2); “*Embora eu coma mais vezes, mas pouco de cada vez.*” (E13).

A estratégia “**Comer antes da diálise**” foi referida por 2 informantes e consiste em ingerir os alimentos de uso mais restrito, no dia ou imediatamente antes da hemodiálise, para que o tratamento remova os produtos tóxicos ingeridos. A medida traz riscos para a saúde. Eis algumas frases: “*Como sopa, até como sopa de feijão... aí guardo para os dias da diálise...*” (E18); “*tenho o cuidado de comer as coisas com mais potássio nos dias das diálises. É uma razão pela qual gosto da noite, porque eu como ao almoço e limpo à tarde.*” (E18).

A estratégia “**Controlar o ganho de peso interdialítico**” foi registada por um informante. Visa controlar a quantidade dos alimentos ingeridos e traz riscos - o doente pode comer menos para beber mais, sem alterar o peso. Este é um depoimento: *Não venho com peso a mais (...) costume vir com oitocentas, novecentas...*” (E20).

A estratégia “**Aceitar as restrições**” foi descrita também por um informante e traduz o esforço para se conformar e aceitar a realidade, uma vez que não pode ser controlada pelo indivíduo (Baldree, Murphy, & Powers, 1982; Lazarus & Folkman, 1984). É o que traduz a afirmação: “*A gente tem de se habituar...*” (E3)

O quadro 9 revela as estratégias usadas para enfrentar a necessidade de ter de realizar hemodiálise. Das 9 subcategorias, 8 são estratégias orientadas para o controlo das emoções e 1 estratégia é orientada para a resolução de problemas.

**Quadro 9** – Estratégias usadas para enfrentar ter de realizar hemodiálise

<b>Categorias</b>	<b>Estratégia (nº de informantes)</b>
Estratégias orientadas para o controlo das emoções	Aceitar a realidade (12) Ter esperança no transplante (4) Atribuir um significado positivo à diálise (4) Considerar o tratamento como um trabalho (3) Evitar pensar no assunto (3) Distrair-se (2) Pensar em algo agradável (1) Rezar (1)
Estratégias orientadas para a resolução de problemas	Procurar informação (1)

A estratégia **“Aceitar a realidade”** foi descrita por 12 informantes e representa o esforço para aceitar a realidade e conformar-se. Estas expressões traduzem este sentido: *“Bem, tenho que aceitar as coisas como elas são. É que não pode ser de outra maneira.”* (E1); *“É saber que não se pode fugir desta situação e ter que a aceitar.”* (E4).

A estratégia **“Ter esperança no transplante”** foi encontrada no relato de 4 informantes. O transplante justifica todos os esforços e ajuda a enfrentar o problema. É o que se deduz das seguintes unidades de registo: *“(...) aquilo que eu queria era aparecer o transplante e acabar de fazer isto...”* (E13); *“o objetivo é esperar pelo transplante.”* (E14).

A estratégia **“Atribuir um significado positivo à diálise”** foi referida por 4 informantes e consiste em perceber o benefício do tratamento, ajudando a suportar as dificuldades. Os seguintes frases esclarecem: *“tento encarar isso como um mal necessário, e como sendo aquela máquina que me salva a vida, senão já nem vida tinha.”* (E10); *“(...) encarar que temos de fazer isto, que vimos aqui buscar um bocado da nossa saúde.”* (E15); *“a diálise, não há dúvida nenhuma, pôs-me melhor do que estava”* (E18).

A estratégia **“Considerar o tratamento como um trabalho”** foi identificada por 3 informantes e também visa atribuir um sentido à diálise. As seguintes frases evidenciam a ideia: *“Isto é um part-time a que não posso faltar.”* (E13); *“tenho ultrapassado e sempre encarado isto como seja um trabalho temporário.”* (E19).

A estratégia **“Evitar pensar no assunto”** foi revelada por 3 informantes e visa esquecer o problema e aliviar a tensão emocional. Os seguintes registos revelam esse sentido: *“Esquecer-me do problema tanto quanto posso.”* (E4); *“Bem, se começo a pensar muito nisto posso ter uma depressão. (...) O melhor é ver se deito o resto para trás das costas e que não pense.”* (E4); *“pondo algumas coisas de lado e não pensar no dia de hoje.”* (E13).

A estratégia **“Distrair-se”**, que foi descrita por 2 informantes, consiste em conversar, ler ou manter o senso de humor, de forma a atenuar a pressão, sem resolver o problema. É o sentido destas unidades de registo: *“Ao fim ao cabo distrai-se, a conversar a gente esquece.”* (E3); *“Esquecer, é estar a rir”* (E15).

A estratégia **“Pensar em algo agradável”**, referida por um informante, é uma forma de não pensar no problema e aliviar a pressão. Esta afirmação ilustra isso mesmo: *“Tenho os meus netos, tenho a minha família e vou pensando neles. Posso estar com eles, posso divertir-me com eles...”* (E4).

A estratégia **“Rezar”** foi identificada também por um informante. Orar pode atenuar a tensão, confiando em Deus. É o que encontramos nas seguintes frases: *“Quem é religioso, eu acho que ajuda muito. Porque nós temos uma coisa e podemos pedir: Nosso Senhor, ajudai-me.”*

*Eu sinto, na minha maneira de ver, sinto que há uma coisa comigo que é fora do vulgar... portanto, sinto que Deus me ajuda.” (E15).*

A estratégia “**Procurar informação**” registada por um informante visa obter informação para resolver o problema. As seguintes unidades de registo revelam essa intenção: *“houve uma altura que estava apensar na diálise peritoneal para ver se haveria vantagens de mudar para a peritoneal, fui investigar, fui ler, pedi um livro no hospital” (E16).*

O quadro 10 revela as estratégias utilizadas para enfrentar a duração das sessões de HD. Identificámos 9 subcategorias, 4 incluídas na categoria das estratégias orientadas para a resolução de problemas e 5 na categoria das estratégias orientadas para o controlo emocional.

**Quadro 10** – Estratégias usadas para enfrentar a duração das sessões de hemodiálise

<b>Categorias</b>	<b>Estratégia (nº de informantes)</b>
Estratégias orientadas para a resolução de problemas	Pedir para reduzir a duração do tratamento (1) Procurar apoio médico (1) Reconhecer a necessidade do tratamento (1) Pedir para interromper o tratamento (1)
Estratégias orientadas para o controlo das emoções	Ler (4) Ver filmes ou TV (3) Conversar (2) Tentar dormir (2) Ouvir música (1)

A estratégia “**Ler**” foi descrita por 4 informantes. É uma forma de distração que alivia o desconforto associado ao problema. Os seguintes exemplos mostram esse sentido: *“Leio o jornal, estou entretido, etc., não penso no tratamento.” (E16).*

A estratégia “**Ver filmes ou TV**”, revelada por 3 informantes, é outro tipo de distração. Alguns exemplos: *“vejo um filme e lá se vão mais duas horas... e então passa-se rapidamente.” (E16); “a gente procura sempre um dos melhores canais (...) para podermos nos distrair e abstrairmos daquilo que estamos a fazer em plena sala de diálise.” (E17).*

A estratégia “**Conversar**” foi referida por 2 informantes. Conversar com outros doentes e com os enfermeiros é outro tipo de distração. Estes registos sugerem isso mesmo: *“tenho que me relacionar bem com os doentes que estão na sala, para ajudar o tempo a passar” (E14); “os enfermeiros (...) têm sempre uma conversazinha connosco, para também nos aliviar o nosso pensamento da própria diálise.” (E17).*

A estratégia “**Tentar dormir**” foi relatada por 2 informantes. A medida pode colocar o doente em risco se ocorrerem acidentes intradialíticos. Eis algumas afirmações: “*A maior parte do tempo estive a dormir. Olhe, nem dei por ela...*” (E1); “*Tento adormecer*” (E16).

A estratégia “**Ouvir música**”, revelada por um informante, é um tipo de distração. É o que se conclui da frase: “*(...) ouvir música para tentar abstrair-me do sítio onde estava*” (E6).

A estratégia “**Pedir para reduzir a duração do tratamento**” foi referida por um informante. Reduzir a sessão de diálise ou o número de sessões semanais, pode ser uma estratégia inadequada. Este registo denota essa ideia: “*se eu fizesse duas vezes por semana ou reduzir o tempo para três horas e meia, talvez eu conseguisse, que eu sinto-me perfeitamente bem...e já falei nisso à medica,*” (E19).

A estratégia “**Pedir apoio médico**”, igualmente referida por um informante, é uma estratégia de suporte social para resolver o problema. Eis o registo: “*Falei aqui com a médica e no fim deixou uma espécie de um calmantezinho.*” (E6).

A estratégia “**Reconhecer a necessidade do tratamento**”, também descrita por um informante, confere um sentido positivo ao tratamento, como documenta a frase seguinte: “*se quiser viver mais uns anitos tenho que fazer hemodiálise.*” (E14).

A estratégia “**Pedir para interromper o tratamento**” foi referida apenas por um informante. Interromper ou terminar a diálise mais cedo, visa atenuar o sofrimento e confere algum controlo sobre a situação, mas podem comprometer a eficácia da diálise. Estes registos documentam esta estratégia: “*há outros dias que eu peço para me desligarem para ir à casa de banho.*” (E19); “*se estou mesmo, mesmo na reta final, então é que eu peço, por favor ao... enfermeiro que está a tomar conta, que me desligue para ir à casa de banho.*” (E19).

O quadro 11 apresenta as estratégias usadas para enfrentar os restantes problemas identificados no estudo. Podemos notar que os doentes enfrentam as dificuldades combinando estratégias de ambos os tipos (as orientadas para a resolução de problemas e as de controlo emocional). E para algumas dificuldades (Indiferença do enfermeiro; tempo gasto nos transportes; receio de perder o acesso vascular; e dor após a diálise) os doentes parecem ter poucas estratégias disponíveis. As unidades de registo podem ser consultadas no Apêndice VI.

Os achados também revelam um vasto arsenal de *estratégias para enfrentar as dificuldades* relacionadas com a gestão do regime terapêutico. As *estratégias orientadas para a resolução de problemas* parecem mais numerosas e, em algumas situações, são mais usadas do que as *estratégias orientadas para o controlo das emoções*, o que é consistente com estudos anteriores (Welch & Austin, 2001; Mok & Tam, 2001; Lindqvist, Carlsson, & Sjoden, 1998; Lok, 1996). O primeiro tipo de estratégias parece mais eficaz na gestão do *stress* (Mok & Tam,

2001; Lindqvist, Carlsson, & Sjoden, 1998), mas é possível que os doentes tenham respondido da forma socialmente conveniente e omitido o uso de outras estratégias de controlo emocional como negar a realidade, fantasiar, culpar os outros ou irritar-se. Os achados também mostram que os informantes tendem a conjugar os dois tipos de estratégias, o que pode significar que não há estratégias intrinsecamente melhores que outras e que as estratégias são escolhidas de acordo com o contexto e a pessoa (Lazarus & Folkman, 1984).

**Quadro 11** – Estratégias usadas para enfrentar outras dificuldades relacionadas com o tratamento

<b>Dificuldade</b>	<b>Tipo de Estratégia (nº de informantes)</b>
Tomar a medicação como prescrita	P - Criar uma rotina (6) P - Utilizar um dispensador de comprimidos (6) P - Esforçar-se por cumprir o tratamento (4) P - Trazer a medicação consigo (3) P - Registrar a medicação prescrita (2) P - Pedir apoio à equipa de saúde (1) P - Pedir o apoio do cônjuge (1) E - Atribuir um significado positivo ao tratamento (1) E - Não se importar (1) E - Aceitar a realidade (1)
Limitações em relação às férias	P - Planear o tratamento em férias (4) P - Faltar a uma sessão de diálise (2) E - Conformar-se (1)
Realizar algumas atividades sociais	E - Conformar-se (2) E - Aceitar a realidade (2)
Conciliar as sessões de hemodiálise com o trabalho	P - Ajustar o horário de trabalho (1) P - Ajustar o horário da diálise (1)
Indiferença do enfermeiro	E - Conformar-se (1)
Tempo gasto nos transportes	P - Usar transporte próprio (1)
Receio de perder o acesso vascular	P - Evitar esforços (2)
Dor ao puncionar	P - Aplicar anestésico tópico (2) P - Puncionar no mesmo local (1) E - Evitar pensar no assunto (1) E - Evitar olhar (1) E - Aceitar a situação (1) E - Relaxar (1)
Complicações intradialíticas	P - Procurar informação (1) P - Tentar soluções alternativas (1) E - Preparar-se para o pior (1)
Dor no acesso vascular	P - Selecionar o calibre da agulha (2) P - Propor o uso de cateter de hemodiálise (1) P - Tomar medicação (1) E - Suportar a dor (1)
Dor após a diálise	P - Descansar (1)

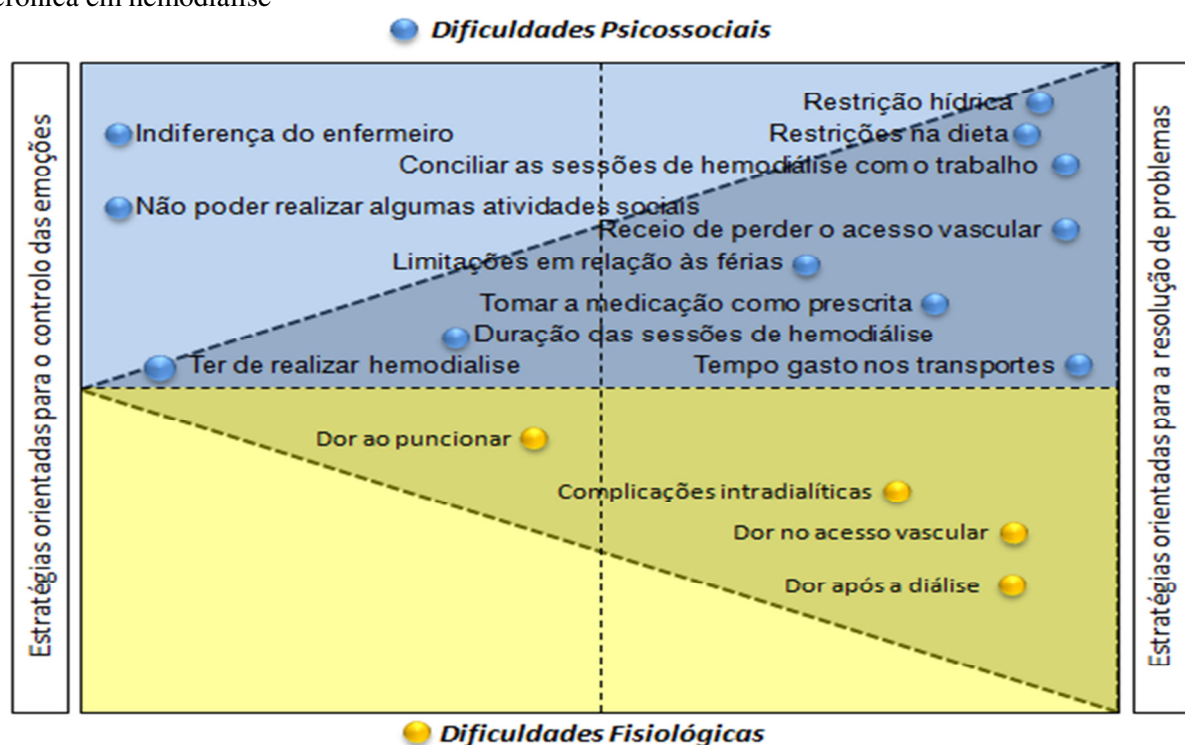
*(P) Estratégias orientadas para a resolução de problemas*

*(E) Estratégias orientadas para o controlo das emoções*

Para enfrentar algumas dificuldades (*restrição hídrica; da dieta, dor no acesso vascular*) os informantes mobilizam sobretudo as *estratégias orientadas para a resolução de problemas*, o que sugere que os doentes conseguem exercer algum controlo sobre essas situações. Se assim for, é importante motivar os doentes para desenvolver o potencial para lidar com essas dificuldades. Os informantes parecem mobilizar mais as *estratégias de controlo emocional* para gerir outras dificuldades (*ter de realizar hemodiálise; indiferença do enfermeiro ou a dor ao punccionar*) talvez por reduzirem a tensão emocional, quando o indivíduo percebe que nada pode fazer para alterar a situação (Lazarus & Folkman, 1984). Os enfermeiros devem estar atentos para que estratégias de evitação ou de negação, não agravem o estado de saúde dos doentes.

A figura 1 organiza o tipo de estratégias adaptativas pelas dificuldades identificadas pelos informantes.

**Figura 1** – Tipo de dificuldades e de estratégias adaptativas percebidas pela pessoa com doença renal crónica em hemodiálise



Verifica-se que as dificuldades “*Indiferença do enfermeiro*” e “*Não poder realizar algumas atividades sociais*” mobilizam sobretudo o *coping* emocional, enquanto as dificuldades “*Restrição hídrica*”, “*Receio de perder o acesso vascular*” e “*Dor no acesso*

vascular”, mobilizam mais o  *coping*  para a resolução de problemas. Ou seja, os informantes parecem controlar melhor as dificuldades localizadas à direita da figura, que as localizadas à esquerda. Assim, os informantes parecem ter potencial para controlar a maioria das dificuldades que enfrentam.

#### 4.1.4 – Tema 3: Fatores que influenciam a gestão do regime terapêutico

Este tema agrega as  *condições que não dependem da vontade da pessoa e que podem influenciar a gestão do tratamento* , distribuídas por duas categorias:  *os fatores facilitadores e os dificultadores* . As unidades de registo podem ser consultadas no Apêndice VII.

O quadro 12 apresenta os  *fatores facilitadores da gestão do regime terapêutico* , que emergiram da análise dos dados.

**Quadro 12** – Fatores facilitadores da gestão do regime terapêutico

Fatores (nº de informantes)	
Apoio dos técnicos de saúde (15)	Ter uma ocupação (3)
Apoio da família (14)	Estar em lista de espera para transplante (3)
Manter função renal residual (9)	Apoio de associações (2)
Características da personalidade (9)	Habilidade do enfermeiro (2)
Atitude da equipa de saúde (6)	Disponer de meios de distração (1)
Apoio de doentes e amigos (6)	

O fator “**Apoio dos técnicos de saúde**” foi descrito por 15 informantes que valorizaram: os conselhos dos médicos acerca da dieta; o ensino dos dietistas sobre o consumo de alimentos e líquidos; o apoio dos enfermeiros perante as complicações nos acessos vasculares e para ajustar o horário da diálise; e a necessidade de uma consulta pré-diálise e de apoio psicológico. Os seguintes depoimentos ilustram esta subcategoria: “*O doutor falou-me nas consultas e eu mais ou menos aprendi aquilo que podia comer e que não podia comer.*” (E7); “*a dietista também me deu um livrinho para vermos os alimentos que podíamos ou não tomar.*” (E4); “*os próprios enfermeiros também nos dizem, põe pomada (...) que isto passa*” (E3).

O fator “**Apoio da família**” emergiu do discurso de 14 informantes revelando a forma como a família ajuda a enfrentar as dificuldades da doença e do tratamento. Destaca-se o apoio psicológico e económico; a ajuda no transporte; a ajuda da mulher ou irmã na alimentação e na medicação; e o apoio económico e nas deslocações prestado pelo marido. As seguintes unidades de registo traduzem o significado desta categoria: “*A minha mulher tem o cuidado de tirar a*

*medicação todos os dias” (E1); “o meu marido (...) vem buscar-me.” (E2); “é a minha mulher que faz a comida.” (E9); “O meu companheiro ajuda sempre, nas despesas (...) está sempre também disponível quando eu não estou bem-disposta” (E11); “Verdade seja dita, a minha irmã é que me põe os comprimidos.” (E18).*

O fator “**Manter função renal residual**” foi referido por 9 informantes. O facto de o rim produzir urina facilita a gestão da restrição hídrica. É o sentido atribuído às seguintes afirmações: *“tenho uma coisa que me vai ajudando ainda, é que ainda vou urinando. E isso é uma grande ajuda.” (E1); “ainda bebo bastante porque faço xixi, muito.” (E8); “não tenho restrição porque ainda urino. Se não urinasse devia ser mais complicado porque é capaz de dar para o inchaço e coisa do género...” (E14).*

O fator “**Características da Personalidade**” emergiu do discurso de outros 9 informantes e inclui o otimismo, a determinação e a resiliência. Estas condições psicológicas permitem lidar melhor com os problemas e resistir à adversidade. Eis algumas frases: *“Dizem que sou uma pessoa muito forte porque ultrapasso... que estou sempre bem-disposta.” (E10); “chego aqui e esqueço tudo. Porque eu sou, por sistema, muito brincalhona.” (E15); “A força de vontade é que faz com que eu lide com estas coisas todas.” (E13).*

O fator “**Atitude da equipa de saúde**” foi encontrado no discurso de 6 informantes que valorizaram a disponibilidade para atender as queixas dos doentes, envolver o doente nas decisões e preocupar-se com a evolução do estado clínico. Transcrevemos alguns depoimentos: *“eu acho que é fundamental a atenção e a disponibilidade dos profissionais...” (E6); “Ó Sr. (...), quero fazer um acordo consigo! Aquilo a mim caiu-me bem. Então está bem, diga lá? É que vamos fazer uns buraquinhos novos” (E7); “E eu chegava a casa e, sensivelmente à hora de jantar, mais meia hora menos meia hora, havia um médico aqui da clínica que me ligava a perguntar como é que eu estava.” (E9).*

O fator “**Apoio de doentes e amigos**” foi descrito por 6 informantes. Inclui o apoio de outros doentes, amigos e colegas de trabalho, que partilham as suas experiências e dão conselhos. Seguem-se alguns excertos: *“Eu falo com outros colegas e de início até me ajudavam bastante” (E2); “Vamos aprendendo até talvez mais com os doentes que vão falando que propriamente com o pessoal de saúde.” (E4).*

O fator “**Ter uma ocupação**” foi indicado por 3 informantes e consiste em trabalhar ou ter um passatempo. Estas frases revelam esse significado: *“Uma pessoa anda distraída a fazer as coisas (...) acho que trabalhar é saudável.” (E2); “tenho uma ocupação e isso faz esquecer completamente a minha situação” (E12).*

O fator “**Estar em lista de espera para transplante**”, referido por 3 informantes, constitui um estímulo para aderir ao tratamento. Segue-se uma frase: “*Se fizesse o transplante faria a minha vida completamente diferente daquilo a que eu faço agora.*” (E1).

O fator “**Apoio de Associações**” surgiu no discurso de 2 informantes. Em Portugal, a APIR edita uma revista aos associados com conselhos úteis. Eis os relatos: “*Vou lendo os conselhos que eles me vão dando e vou lendo as revistas que eles me mandam*” (E1); “*sou sócio da... dos doentes renais, da APIR, eles mandam-me livros*” (E3).

O fator “**Habilidade do enfermeiro**” foi referido por 2 informantes e relaciona a dor com a técnica de punção. Eis alguns registos: “*(...) depende muito do enfermeiro que nos pica. Porque eu tenho enfermeiros que me picam e não me magoam nada e outros picam e dói-me*” (E2); “*Lembro-me de às vezes pensar: hoje estou com o enfermeiro A ou B, hoje as coisas vão correr melhor.*” (E6).

O fator “**Disponibilidade de meios de distração**” foi sugerido por um informante. A possibilidade de cada doente poder escolher um tipo de entretenimento ajuda a tolerar a duração da diálise. É este o sentido da expressão: “*se cada um tivesse o seu monitor (...) penso que seria, digamos, muito mais facilitada aquelas horas que nós temos que passar ali no tratamento.*” (E16).

O quadro 13 apresenta os fatores incluídos na categoria dos *fatores dificultadores da gestão do regime terapêutico*, que emergiram da análise dos dados.

**Quadro 13** – Fatores dificultadores da gestão do regime terapêutico

<b>Fatores (nº de informantes)</b>	
Estar habituado ao reforço hídrico (4)	Alteração de rotinas na sala de diálise (1)
O calor do verão (3)	Ruído (1)
Ter de comer fora (1)	Conflitos na sala de diálise (1)
Fumar (1)	Burocracia (1)

O fator “**Estar habituado ao reforço hídrico**” emergiu do discurso de 4 informantes. Nas fases anteriores da doença, os doentes são aconselhados a aumentar a ingestão hídrica, pelo que inverter esse comportamento é mais uma dificuldade na gestão hídrica. É o sentido atribuído aos seguintes registos: “*Antes de começar a fazer hemodiálise eu bebia muita água, por aconselhamento médico e porque eu gostava.*” (E7); “*eu bebia cerca de três a quatro litros de água, por dia (...) agora com a hemodiálise a coisa teve que alterar radicalmente.*” (E16).

O fator “**O calor de verão**” foi descrito por 3 informantes. O calor agrava a sede e torna mais difícil a gestão hídrica. Seguem-se algumas frases dos entrevistados: “*É a sede. Custa muito. E no verão principalmente custa muito.*” (E2); “*“Bebo mais durante o verão”*” (E12).

O fator “**Ter de comer fora**” foi descrito por um informante. É muito difícil encontrar um restaurante que confeccione uma refeição que permita cumprir a dieta personalizada. É o que se deduz dos depoimentos seguintes: “*O mais difícil é comer fora de casa (...) não pode ser confeccionado da maneira que eu estou habituado...*” (E5).

O fator “**Fumar**” foi relatado por outro informante. Fumar favorece a xerostomia e dificulta o controlo da restrição de líquidos. A frase seguinte ilustra esta ideia: “*Como fumo tenho tendência a boca estar seca.*” (E12).

O fator “**Alteração de rotinas na sala de diálise**” foi referido por um outro informante. As mudanças no espaço onde os doentes habitualmente realizam HD (como ter cadeira ou máquina de HD diferente), parecem perturbar o bem-estar. É o significado retirado das frases seguintes: “*O simples facto de mudar de cadeira (...) ter qualquer coisa fora do sítio, ou fazer com que o braço não estivesse no mesmo sítio; essas pequenas coisas fazem a diferença.*” (E6).

O fator “**Ruído**” foi indicado por apenas um informante e pode dificultar o repouso, a comunicação e a distração: “*O próprio ruído da sala.*” (E6).

O fator “**Conflitos na sala de diálise**” foi igualmente referido por um informante e refere-se às discussões durante as sessões de HD, tornando mais difícil suportar o tratamento. Segue-se o registo: “*(...) uns porque achavam que a TV estava muito alta, outros porque estava muito baixa e tudo isto gera algum desconforto e faz com que as pessoas estejam menos (...) sossegadas e a conseguir tolerar devidamente o tratamento.*” (E16).

O fator “**Burocracia**” foi notado por um informante e refere-se aos procedimentos a cumprir para poder realizar HD em outra unidade de saúde: “*tinha de esperar pela confirmação da clínica (...) tinha de ir ao centro de saúde pedir a credencial, depois quinze dias para aprovar, depois ir buscar (...) Devia ser mais rápido...*” (E12).

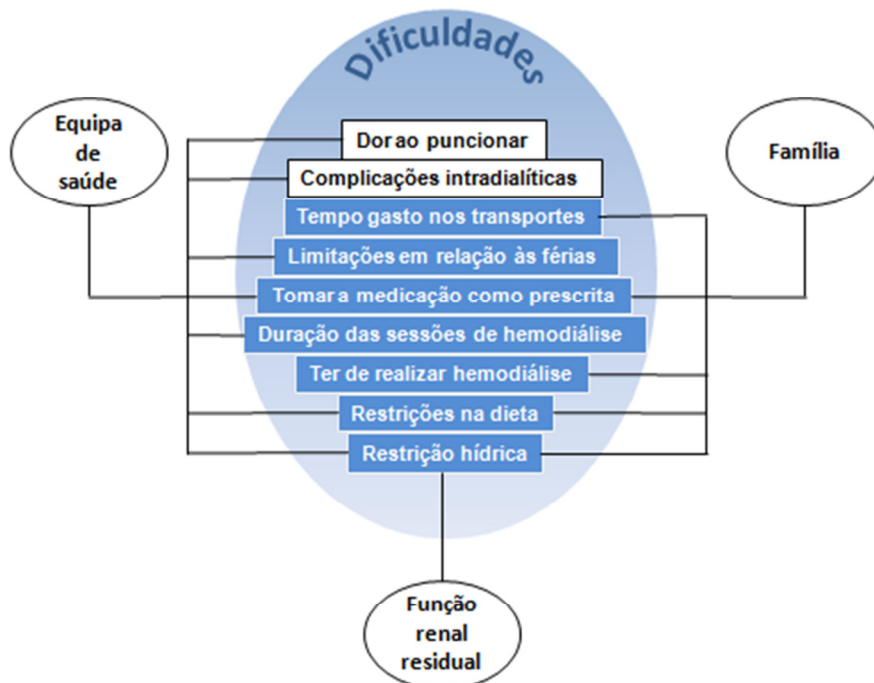
Em síntese, os principais fatores facilitadores da gestão do regime terapêutico foram: o apoio dos técnicos de saúde; apoio da família; manter a função renal residual; características da personalidade; atitude da equipa de saúde e o apoio de doentes e amigos. Outros fatores menos referidos incluíam: ter uma ocupação; estar em lista de espera para transplante renal; apoio de associações; e a habilidade do enfermeiro.

O apoio dos técnicos de saúde é garantido sobretudo pelo médico, dietista e enfermeiro. Pela análise dos achados, a equipa de saúde ajuda a enfrentar as seguintes dificuldades: ter de realizar hemodiálise; restrições na dieta; tomar a medicação como prescrita; limitações em

*relação às férias; complicações intradialíticas; e dor ao puncionar.* O médico surge mais associado às decisões sobre a duração das sessões de diálise, à medicação e às férias, enquanto o dietista se associa mais ao ensino sobre a dieta e o controlo dos líquidos. Os enfermeiros aparecem mais associados à ajuda para resolver os problemas da restrição hídrica e da dieta, as complicações intradialíticas e a dor ao puncionar.

A família, sobretudo o cônjuge, é um valioso recurso para enfrentar as dificuldades (Cohen, 1995) nomeadamente: *ter de realizar hemodiálise; restrição hídrica e na dieta; tomar a medicação como prescrita; e tempo gasto nos transportes.* Os familiares do sexo feminino (a mulher, a irmã, ou a filha) ajudam sobretudo na dieta, na medicação e incentivam a continuar o tratamento dialítico. O sexo masculino (marido, pai) parece mais envolvido na resolução dos problemas económicos e de transporte. Manter a função renal residual foi descrito como um aspeto que muito contribui para gerir a restrição hídrica, já que os doentes podem beber mais porque ainda urinam. A figura 2 ilustra a relação destes três fatores com as dificuldades dos doentes em gerir o tratamento.

**Figura 2** – Relação entre os fatores facilitadores e as dificuldades em gerir o regime terapêutico



Os informantes também indicaram alguns fatores que dificultam a gestão do regime terapêutico como: *estar habituado ao reforço hídrico; o calor do verão; fumar; ou ter de*

*comer fora*. Os três primeiros fatores dificultam a gestão hídrica. O hábito de fumar seca a mucosa oral e aumenta a sede. Sendo um fator modificável, merece a atenção dos agentes de saúde. Comer em restaurantes, onde não é viável oferecer uma “dieta renal”, afeta sobretudo a necessidade de restringir alguns alimentos da dieta.

#### 4.1.5 – Tema 4: Percepções sobre a doença e o tratamento

Este tema traduz a percepção dos participantes sobre o que é viver com uma doença renal em programa regular de HD. A análise das entrevistas permitiu identificar 3 categorias: *a percepção dos doentes sobre o tratamento; os comportamentos de adesão ao regime terapêutico; e os sentimentos em relação à doença e ao tratamento*. O Apêndice VIII apresenta a codificação de todas as unidades de registo deste tema.

O quadro 14 apresenta as subcategorias incluídas na categoria *percepção dos doentes sobre o tratamento*.

**Quadro 14 – Percepção dos doentes sobre o tratamento**

<b>Percepção (nº de informantes)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• O tratamento é um conjunto de obrigações (6)</li><li>• O tratamento prejudica a função renal (1)</li><li>• O tratamento prejudica a imagem corporal (1)</li></ul>

A percepção “**O tratamento é um conjunto de obrigações**” emergiu do discurso de 6 informantes. O tratamento é percebido como um conjunto de regras às quais o doente deve obedecer, para não colocar a vida em risco. Apresentamos algumas unidades de registo: “(...) *não se pode comer...*”(E1) “*eu não posso beber muito leite, não posso comer muitos iogurtes, não posso comer queijo*” (E8); “*Olho para aquilo, quero comer e não posso porque me faz mal. Estou cheio de sede e quero beber água, não posso*” (E13).

A percepção “**O tratamento prejudica a função renal**” estava presente no relato de um informante que associa a restrição hídrica à diminuição da diurese. Eis uma parte do registo: “*Eu acho que se fizesse só os dois decilitros e meio ou a garrafinha pequena de água que eles me disseram eu já tinha deixado de urinar*” (E4).

A percepção “**O tratamento prejudica a imagem corporal**” foi descrita por um informante, que considerava que a FAV prejudica a imagem corporal. É este o sentido da

frase: “*Se me perguntam o que tenho no braço, o que é isto aqui assim... que já tem passado ir no comboio e as pessoas olham para aqui e fogem, mudam de lugar...*” (E20).

O quadro 15 resume as subcategorias incluídas na categoria *Comportamentos de adesão ao regime terapêutico*.

**Quadro 15 – Comportamentos de adesão ao regime terapêutico**

<b>Subcategorias / nº de informantes</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dificuldade em cumprir o regime terapêutico (11)</li><li>• O tratamento não impõe restrições absolutas (2)</li><li>• Cumprir a dieta com rigor prejudica a saúde (2)</li><li>• Não cumprir o tratamento faz bem (2)</li><li>• Importância do ganho de peso interdialítico (1)</li><li>• Cumprir o tratamento em função dos sintomas (1)</li></ul>

A opinião “**Dificuldade em cumprir o regime terapêutico**” foi encontrada no discurso de 11 informantes e revela que os doentes estão conscientes de que nem sempre cumprem o tratamento. Alguns informantes notam que o cônjuge é conivente nesse incumprimento. As componentes mais associadas ao incumprimento são as restrições alimentares e de líquidos, a medicação e os cuidados com os acessos vasculares. As unidades de registo que apresentamos revelam este significado: “*A fruta como mais do que devia, os líquidos ainda bebo mais do que... (...) vou fazendo assim uma asneira ou outra.*” (E4); “*às vezes bebo 5 ou 6 copos de água por dia quando não devia, mas...*” (E9); “*a minha esposa. Ela sabe. Sabe mas também não cumpre lá muito bem*” (E12); “*Às vezes abuso mais um bocadinho mas aí sei que estou a fazer asneira.*” (E13); “*alguma da medicação não tomo regularmente como devia, principalmente o ácido fólico e a vitamina B.*” (E16).

A opinião “**O tratamento não impõe restrições absolutas**” foi registada por 2 informantes. Corresponde à ideia de que não há alimentos proibidos, mas o consumo deve ser moderado. Esta perceção ajuda a gerir a ansiedade. Eis alguns excertos: “*Por exemplo, eu não comia ovos estrelados, não comia peixe, e eu posso comer duas vezes por semana.*” (E2); “*nunca me limitaram nada, nem lá vem no livrinho que nos deram, nada que é proibido.*” (E7).

A opinião “**Cumprir a dieta com rigor prejudica a saúde**” foi também referida por 2 informantes. Alguns doentes consideram que a dieta recomendada é tão restrita que pode ser fatal. É o significado atribuído às seguintes frases: “*E tudo aquilo que vem dentro dos livros ensina-nos (...) a passar fome e a gente se não tiver cuidado, a gente em vez de ficarmos bons*

e conseguir o tratamento, em poucos meses a gente morre.” (E17); “não sigo à risca o que a dietista me diz, senão já tinha pateado, já tinha morrido” (E20).

A opinião “**Não cumprir o tratamento faz bem**” emergiu do relato de 2 informantes. Não aderir pontualmente ao tratamento pode ser uma forma da pessoa exercer a sua liberdade e autonomia, com consciência dos riscos para a saúde. Eis algumas das frases: “As asneiras têm que ser feitas, não podem é ser feitas com regularidade.” (E5); “Às vezes faço umas asneiras, também faz bem. (risos) Faz bem ao ego.” (E8).

A opinião “**Importância do ganho de peso interdialítico**” foi encontrada no discurso de um informante e significa sentir-se pressionado pela equipa de saúde para não ganhar muito peso entre as sessões de HD. Um elevado GPI é visto como má adesão ao tratamento e pode agravar seriamente a saúde. Seguem-se algumas das frases: “Enquanto aqui somos escravos do peso (...) lá em cima (...) vão com sete, sete quilos e o médico (...) tira durante a semana. (...) A pessoa sai com peso e ao outro dia já lhe tira mais do que aquilo que lhe devia tirar.” (E7).

A opinião “**Cumprir o tratamento em função dos sintomas**” foi referida por um informante e revela que alguns doentes gerem o tratamento em função dos sintomas e da percepção que têm do funcionamento do corpo. Eis a afirmação: “Há dias que acordo com as mãos mais esquisitas, uma sensação que nós notamos. Também começamos a aprender.” (E4).

O quadro 16 resume as subcategorias incluídas na categoria *Sentimentos em relação à doença e ao tratamento*.

**Quadro 16** – Sentimentos em relação à doença e ao tratamento

Subcategorias / nº de informantes	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Privação da liberdade (8)</li><li>• Sofrimento (6)</li><li>• Revolta (4)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dependência (2)</li><li>• Desânimo (1)</li><li>• Incerteza em relação ao futuro (1)</li></ul>

O sentimento “**Privação da liberdade**” estava presente no discurso de 8 informantes e surge associado à necessidade de realizar HD. Eis algumas das unidades de registo: “(...) desde o princípio isto deu um bocado de prisão à minha vida, não é?” (E1); “isto é uma prisão, estamos condicionados quatro horas ou cinco a esta questão” (E9); “A diálise é essa prisão, a pessoa é muito condicionada, não tem uma vida própria.” (E12).

O sentimento “**Sofrimento**” foi referido por 6 informantes que realçaram a penosidade do tratamento. É um aspeto relevante porque o sofrimento surge associado às componentes do tratamento. Seguem-se algumas das expressões que ilustram o sentido desta subcategoria: “*Há dias em que é muito difícil*” (E2); “*São todas más de cumprir*” (E13); “*A princípio eu passava fome e sede*” (E15); “*eu por vezes choro muito*” (E15).

O sentimento “**Revolta**” foi notado por 4 informantes. Este sentimento surge associado à necessidade de realizar HD e uma dieta muito restritiva. As seguintes expressões mostram esse sentido: “*(...) cheguei a sair daqui revoltado com aquilo que via.*” (E7); “*Pergunto muitas vezes porque é que aconteceu a mim? Porque tenho de ser eu? Eu não merecia...*” (E10).

O sentimento “**Dependência**” foi destacado por 2 informantes. É comum os doentes renais lamentarem que a sua vida depende das sessões de diálise, de um equipamento especial, mas também da equipa de saúde. As frases seguintes atestam esse sentido: “*(...) a dependência de uma máquina. Pensando bem, é um bocado doloroso. Não físico, mas mais psicológico, é doloroso, o sentirmos que dependemos de uma, de uma máquina.*” (E4).

O sentimento “**Desânimo**” foi identificado por um informante e caracteriza o impacto psicológico da doença e do tratamento, com episódios de depressão (Nolasco, 1982). É o sentido das seguintes afirmações: “*são fases que eu tenho, estas fases mais baixas que estou agora a atravessar e que depois recupero, um bocado desanimado e depois recupero.*” (E12); “*Sou uma pessoa que na doença vou muito abaixo e se não tiver uma coisa que me incentive então pior. É a fase em que estou neste momento.*” (E12).

O sentimento “**Incerteza em relação ao futuro**” foi referido por um informante. Corresponde à incapacidade de prever o curso do tratamento e de impedir as complicações associadas à doença. O participante afirmava: “*Também me questiono sobre o que vai ser para o futuro, não é? Isso preocupa-me (...) Não vai ser fácil, porque vejo as amputações, as cadeirinhas de rodas, essas coisas todas que aparecem na diálise. E não sou mais nem menos que os outros e vou ter possivelmente os mesmos problemas.*” (E4).

Os achados revelam que na categoria “*Perceção dos doentes sobre o tratamento*” sobressai a impressão de que o tratamento é um conjunto de obrigações, e que prejudica a função renal e a imagem corporal. Perceber o tratamento como uma série de obrigações é problemático, sobretudo se a pessoa não valoriza os benefícios de cumprir o tratamento. Na categoria “*Comportamentos de adesão ao regime terapêutico*”, os informantes realçam a dificuldade em cumprir o tratamento, consideram não haver restrições absolutas, entendem que cumprir a dieta à risca prejudica a saúde e que é saudável desrespeitar ocasionalmente o tratamento. Estes achados evidenciam a penosidade do tratamento, os elevados níveis de *stress*

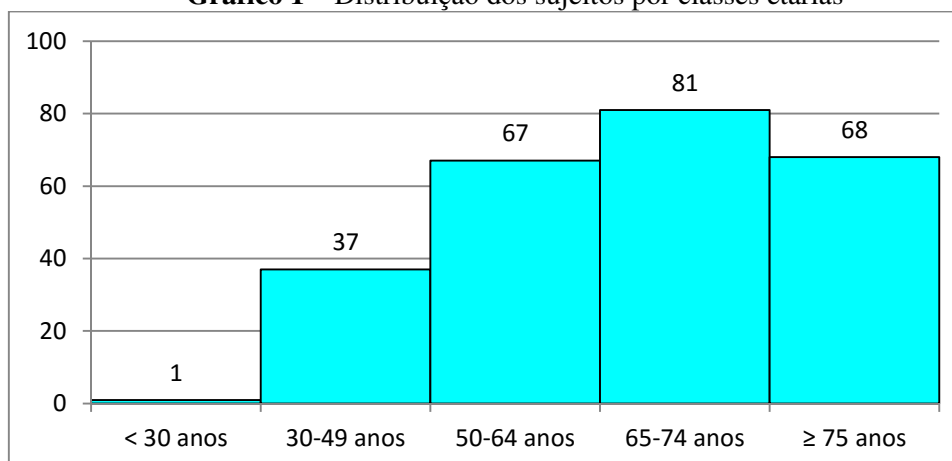
a que doentes estão sujeitos (Tsay, Lee, & Lee, 2005; Mok & Tam, 2001; Lok, 1996), e a vontade de afirmarem a sua individualidade e de terem uma vida normal (Polaschek, 2003). Na categoria “*Sentimentos em relação à doença e ao tratamento*” destacam-se os sentimentos negativos como a falta de liberdade, o sofrimento, a revolta e a dependência. A privação da liberdade afasta a pessoa da normalidade e gera o que é descrito como paradoxo da diálise – o tratamento é essencial para manter a vida, mas altera a identidade da pessoa (Polaschek, 2003). Em alguns doentes a revolta resulta da perceção de não poder ter uma vida normal (Lindqvist, Carlsson, & Sjoden, 1998) e o desânimo caracteriza os momentos de depressão (Nolasco, 1982).

## 4.2 – Apresentação e discussão dos resultados do Estudo II: Eficácia do autocuidado na gestão hídrica e dietética da pessoa com doença renal crónica em hemodiálise

### 4.2.1 – Caracterização da amostra

**Idade:** os sujeitos tinham entre 29 e 90 anos, com média nos 65,19 anos ( $\pm 13,6$ ) e mediana de 67 anos, o que traduz uma população envelhecida. Em 2014, a média etária dos doentes renais em Hemodiálise era de 67,17 anos (Macário, 2015). O gráfico 1 apresenta a distribuição dos sujeitos por classes etárias, evidenciando que 38 (15%) da amostra tinha até 50 anos de idade. Com 65 e mais anos havia 149 (58,7%) sujeitos da amostra, o que é próximo dos 57,7% de doentes com mais de 65 anos em HD no país, em 2014 (Macário, 2015). Os 68 (26,8%) sujeitos com 75 e mais anos reforçam a ideia de uma população envelhecida.

**Gráfico 1 – Distribuição dos sujeitos por classes etárias**



**Sexo:** a maioria (143;56,3%) dos sujeitos é do sexo masculino, valor próximo dos resultados observados para a população dos doentes renais em HD da grande Lisboa (59,9%) e para o todo nacional (58,5%) em 2014 (Macário, 2015).

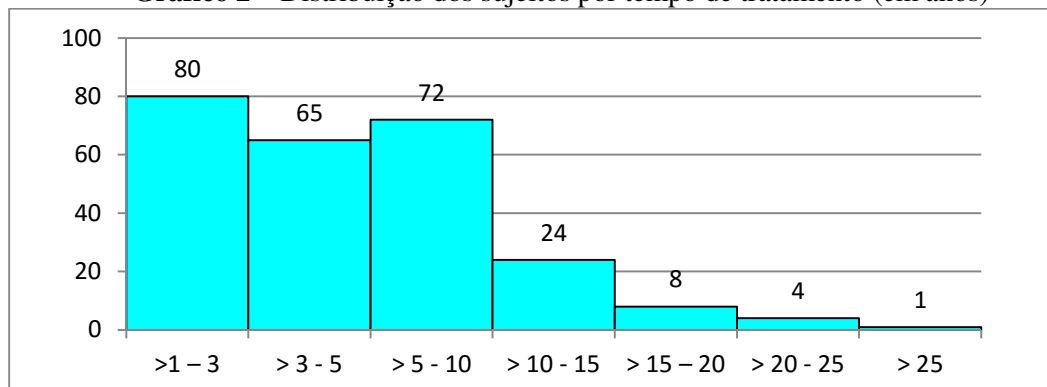
**Agregado familiar:** como revela o quadro 17, a maioria dos sujeitos (113;44,5%) vivia com o cônjuge, mas note-se que 141 (55,5%) contavam com a presença do cônjuge nos seus agregados familiares; 6 (2,4%) sujeitos viviam com outros familiares e 49 (19,3%) viviam sós; Os 58 (22,8%) sujeitos que viviam com outras pessoas correspondem em grande parte a pessoas institucionalizadas. Uma larga maioria (147;57,9%) dos sujeitos vivia com familiares, o que pode ser um fator facilitador da gestão da dieta, como foi referido no estudo I.

**Quadro 17 – Distribuição dos sujeitos por tipo de agregado familiar e por sexo**

Agregado familiar	Sexo	Feminino	Masculino	Total	
		N	N	N	%
Vive com o cônjuge		29	84	113	44,5
Vive com o cônjuge e outros familiares		11	17	28	11,0
Vive com outros familiares		3	3	6	02,4
Vive com outras pessoas		38	20	58	22,8
Vive só		30	19	49	19,3
<b>Total</b>		<b>111</b>	<b>143</b>	<b>254</b>	<b>100,0</b>

**Tempo de tratamento em hemodiálise:** o tempo de tratamento variou entre os 12 e os 311 meses, situando-se a média nos 70,17 meses ( $\pm 56,2$  meses) e mediana nos 50 meses. O gráfico 2 mostra que a maioria (145; 57,1%) dos sujeitos tinha até 60 meses ou 5 anos de tratamento em HD. Observámos 37 (14,5%) sujeitos há mais de 10 anos em HD, altura em que as complicações da doença e do tratamento (cardiovasculares e dos acessos vasculares) podem diminuir a tolerância do organismo aos exageros da dieta e dos líquidos.

**Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos por tempo de tratamento (em anos)**



**Pessoa que prepara as refeições:** o quadro 18 revela que 105 sujeitos (41,4%) preparavam as próprias refeições, mas a maioria (76) eram mulheres. Ao contrário, dos 89 (35,0%) sujeitos que recebiam ajuda do cônjuge, a larga maioria (84) eram homens; 32 (12,6%) sujeitos recebiam ajuda de um não familiar para preparar as refeições, podendo corresponder a pessoas internadas em lares, ou beneficiando de apoio domiciliário; e 28 (11,0%) recebiam ajuda de outro familiar para confeccionar as refeições. Os dados mostram a importância da família e do cônjuge, particularmente do sexo feminino, na gestão da dieta (aspecto referido como fator facilitador na gestão da dieta, no estudo I), reforçando a necessidade de integrar o cônjuge e a família na equipa de saúde e incluindo-os na educação acerca da alimentação.

**Quadro 18** – Distribuição dos sujeitos pela variável quem prepara as refeições e por sexo

Quem prepara as refeições	Sexo		N	%
	Feminino	Masculino		
O próprio	76	29	105	41,4
O cônjuge	05	84	89	35,0
Outra pessoa	16	16	32	12,6
Outro familiar	14	14	28	11,0
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>143</b>	<b>254</b>	<b>100,0</b>

**Necessidade de comer fora de casa:** a necessidade de comer fora de casa dificulta o controlo das restrições dietéticas. A maioria dos sujeitos (224; 88,2%) refere não ter necessidade de comer fora, o que facilita a gestão das restrições dietéticas. A maioria dos restantes 11,8% recebia regularmente alimentação do apoio domiciliário.

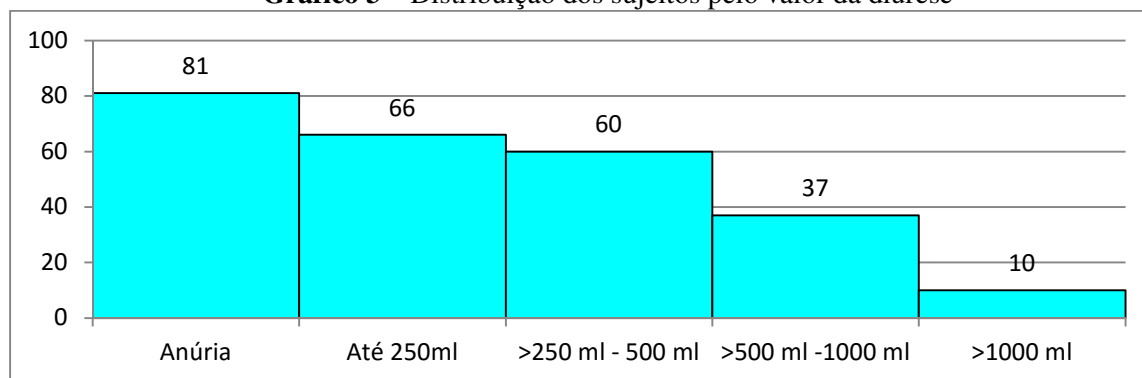
**Hábitos tabágicos:** os hábitos tabágicos têm sido associados à dificuldade em controlar a restrição hídrica (Kutner, Zhang, McClellan, & Cole, 2002; Vlaminck, Maes, Jacob, Reyntjens, & Evers, 2001; Leggat, et al., 1998). Os resultados mostram que só 20 (7,9%) indivíduos eram fumadores.

**Diabetes:** a Diabetes Mellitus dificulta a gestão da restrição hídrica, especialmente em doentes que não controlam a glicemia (Lindberg M. , 2010; Richard, 2006). Observámos que 65 (25,6%) sujeitos eram diabéticos o que se aproxima dos 27,8% da população de doentes renais diabéticos em TSR em 2014 (Macário, 2015).

**Diurese:** a diminuição da diurese está associada à maior dificuldade em gerir os líquidos, sobretudo em doentes anúricos (Lindberg M. , 2010; Denhaerynck, 2007; Karalis, 2003). O gráfico 3 revela que havia 81 (31,9%) de sujeitos em anúria; 66 (26%) sujeitos

referiram uma diurese até 250 ml; 60 (23,6%) apresentavam uma diurese entre 250 e 500 ml; 37 (14,6%) afirmavam urinar entre 500 e 1000 ml; e 10 (3,9%) sujeitos indicaram uma diurese superior a 1 litro.

**Gráfico 3 – Distribuição dos sujeitos pelo valor da diurese**



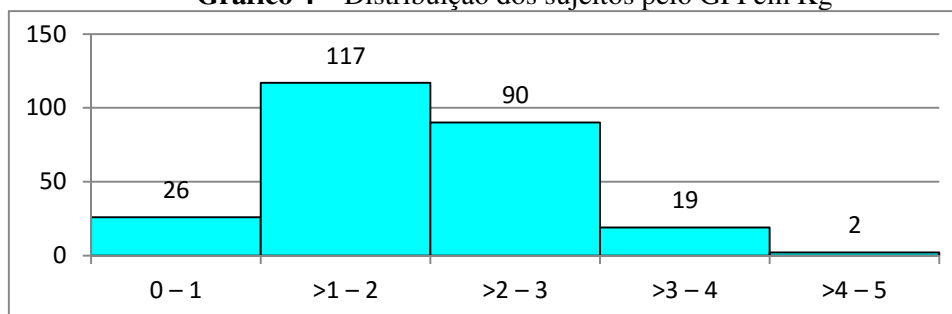
Devido à anúria, a maioria dos sujeitos não deve ingerir mais que 500 ml de líquidos por dia (Lindberg M. , 2010; Karalis, 2003; Tomson, 2001), o que constitui um fator dificultador da gestão dos líquidos, identificado no estudo I.

**Medicação IECA:** alguns estudos (Vennegoor, 2005; Parker, 1998) sugerem que a medicação IECA contribui para diminuir a sede, ajudando dessa forma a gerir a restrição hídrica. Observámos que 97 (38,2%) dos sujeitos tem prescrito este tipo de medicação.

**Peso Seco:** o peso seco permitiu calcular o GPI durante o último mês. Sempre que houve alterações no peso seco, considerámos a média do último mês. O peso seco da amostra variou entre os 36 e os 131 Kg (média=70,1;  $\pm 13,99$ ). O sexo feminino apresentou entre 36 e 106,5 Kg de peso seco, com uma média de 66,91 Kg ( $\pm 14,24$ ) e mediana nos 67 Kg. O sexo masculino tinha entre 48,1 e 131 Kg, com média nos 72,63 Kg ( $\pm 13,32$ ) e mediana nos 70,5 Kg. As variações antropométricas entre os sexos podem justificar o peso seco mais baixo no sexo feminino.

**Ganho de Peso Interdialítico:** este foi o critério usado para avaliar a eficácia do autocuidado na gestão hídrica e pode ser traduzido em Kg ou em percentagem do peso seco. O gráfico 4 apresenta a média do GPI em Kg, no último mês de tratamento.

**Gráfico 4 – Distribuição dos sujeitos pelo GPI em Kg**



O GPI médio dos sujeitos situou-se entre os 0,20 e os 4,90 Kg, com média global nos 1,94 Kg ( $\pm 0,75$ ) e mediana nos 1,91 Kg. Apenas 21 (08,5%) sujeitos apresentaram uma média de GPI superior a 3 Kg. Não há consenso quanto ao valor do GPI em Kg sugestivo de boa adesão ao tratamento, com alguns autores a definirem um valor até 1,3 Kg (Moltó, Roig, & Pastor, 2012) e outros a adotarem critérios mais rígidos até 1 Kg (Daugirdas & Kjellstrand, 2003). Mesmo considerando que os critérios podem ser muito apertados, nota-se que a maioria dos sujeitos (143; 56,3%) apresentou um GPI até 2 Kg.

O quadro 19 apresenta os valores da média do GPI em percentagem do peso seco, relativos ao último mês. A média situou-se nos 2,8% ( $\pm 1,12$ ), com a mediana nos 2,7%. A maioria (151; 59,4%) dos sujeitos registou um GPI até 3% do peso seco; 77 (30,3%) sujeitos apresentaram um GPI entre os 3 e 4% do peso seco; e 26 (10,2%) sujeitos ultrapassam um GPI de 4% do peso seco, limite que a EDTNA/ERCA considera aceitável para o GPI (Vennegoor, 2005). Já de acordo com os critérios deste estudo, apenas 10 (3,9%) sujeitos excederam um GPI acima de 5% do seu peso seco. Estes achados sugerem que a larga maioria da amostra faz uma boa gestão dos líquidos, embora a eficácia da diálise (Kt/V) possa influenciar estes resultados.

**Quadro 19 – Distribuição dos sujeitos pelo GPI em percentagem do peso seco**

GPI (Kg)	N	%
0 – 1%	07	02,8
>1 – 2%	48	18,9
>2 – 3%	96	37,8
>3 – 4%	77	30,3
>4 – 5%	16	06,3
>5%	10	03,9
<b>Total</b>	<b>254</b>	<b>100,0</b>

**Nível sérico de potássio pré-diálise:** o nível do potássio pré-dialítico dos últimos 3 meses variou entre os 3,67 e os 7,47 mEq/L, com média nos 5,13 mEq/L ( $\pm 0,59$ ). Pelo quadro

20 nota-se que 196 (77,2%) sujeitos tinham níveis de potássio até 5,5 mEq/L; outros 55 (21,7%) sujeitos apresentaram um potássio sérico superior a 5,5 e até 6,5 mEq/L; e só 3 (1,2%) sujeitos tinham níveis de potássio pré-diálise superiores a 6,5 mEq/L. Estes resultados sugerem que a maioria dos sujeitos (251; 98,8%) gere bem a dieta, no que respeita à restrição de alimentos ricos em potássio, pois não excedem os 6,5 mEq/L (Daugirdas, Blake, & Ing, 2010; Denhaerynck, 2007; Durose, Holdsworth, & Watson, 2004). Contudo, a eficácia dialítica (Kt/V) e um bom controlo da glicemia nos doentes diabéticos insulínodépendentes, pode contribuir para estes resultados.

**Quadro 20** – Distribuição dos sujeitos por níveis de potássio sérico pré-diálise

Potássio (mEq/L)	N	%
3 – 5,5	196	77,2
>5,5 – 6,5	55	21,6
>6,5	3	01,2
<b>Total</b>	<b>254</b>	<b>100,0</b>

**Fósforo sérico pré-diálise:** o nível de fósforo pré-diálise dos últimos 3 meses situou-se entre 1,30 e 7,63 mg/dl, com média nos 4,37 mg/dl ( $\pm 1,10$ ) e mediana nos 4,30 mg/dl. Pelo quadro 21 verifica-se que apenas 7 (2,75%) sujeitos tinham valores inferiores a 2,5 mg/dl, geralmente associados à malnutrição; até aos 3,5 mg/dl encontramos 53 (20,9%) sujeitos; a maioria (198; 78%) da amostra apresentava níveis séricos de fósforo superiores a 3,5 e até 7,0 mg/dl; e só 3 (1,2%) sujeitos apresentaram valores acima de 7,0 mg/dl. Notámos que só 62 (24,4%) dos sujeitos se situavam dentro dos níveis de fósforo pré-diálise associados ao menor risco de mortalidade (Daugirdas & Kjellstrand, 2003).

**Quadro 21** – Distribuição dos sujeitos por níveis de fósforo sérico pré-diálise

Fósforo (mg/dl)	N	%
Até 2,5	07	02,8
>2,5 – 3,5	46	18,1
>3,5 – 5,0	136	53,5
>5,0 – 7,0	62	24,4
>7,0	03	01,2
<b>Total</b>	<b>254</b>	<b>100,0</b>

**Albumina sérica pré-diálise:** os valores apurados (n=253) situaram-se entre 2,70 e 4,73 mg/dl, com média nos 3,93 mg/dl ( $\pm 0,38$ ) e mediana nos 3,94 mg/dl. O quadro 22 revela que 38 (15%) dos sujeitos apresentavam níveis de albuminemia inferiores ao recomendado, o

que pode estar associado a défice nutricional, mas também ao elevado catabolismo proteico (Venneboor, 2005; Daugirdas & Kjellstrand, 2003).

**Quadro 22** – Distribuição dos sujeitos por níveis de albumina sérica pré-diálise

Albumina (mg/dl)	N	%
Até 3,5	38	15,0
>3,5 a 5	215	85,0
<b>Total</b>	<b>253</b>	<b>100,0</b>

**Eficácia da diálise:** os resultados de Kt/V obtidos através do OCM, variaram entre 0,98 e 3,45 com média nos 1,99 ( $\pm 0,39$ ). A NKF defende um valor mínimo de 1,2 de Kt/V para assegurar a eficácia do tratamento. O quadro 23 mostra que apenas 2 (0,8%) sujeitos tiveram um valor aquém de 1,2; a maioria (145; 57,1%) apresentou valores entre 1,2 e 2; e 107 (42,1%) sujeitos apresentaram valores de Kt/V superiores a 2. Esta avaliação pelo OCM mostra uma elevada eficácia dialítica, possivelmente explicada pela HDF. A menor eficácia dialítica pode dever-se a problemas nos acessos vasculares ou a má tolerância do doente à diálise.

**Quadro 23** – Distribuição dos sujeitos por valores de Kt/V

Kt/V	N	%
Até 1,2	02	0,8
>1,2 e 2	145	57,1
>2	107	42,1
<b>Total</b>	<b>254</b>	<b>100,0</b>

**Nível de sódio sérico pré-diálise:** só obtivemos resultados dos 96 sujeitos tratados em dois centros de HD. Os níveis de sódio variaram entre os 133 e os 145 mEq/L, com média nos 137,90 ( $\pm 2,21$ ) mEq/L. Os resultados sugerem que os sujeitos respeitam a restrição de sal aconselhada.

**Nível de sódio do dialisante:** Um elevado nível de sódio da solução dialisante pode fazer aumentar a sede do indivíduo. Os níveis de sódio na solução dialisante variavam entre 135 e 145 mEq/L e a maioria dos sujeitos (213; 83,9%) concluiu a sessão de HD com níveis entre 135 e 140 mEq/L (quadro 24).

**Quadro 24** – Distribuição dos sujeitos por níveis de sódio do dialisante

Na (mEq/L)	N	%
135-140	213	83,9
>140-145	41	16,1
<b>Total</b>	<b>254</b>	<b>100,0</b>

#### 4.2.2 – Medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica

Apresentam-se de seguida as medidas de autocuidado por ordem decrescente de utilização. As medidas assinaladas com asterisco correspondem a perguntas classificadas de forma inversa no IRD definitivo. O autocuidado para gerir a restrição hídrica foi analisado nas dimensões: medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica (31 perguntas); e medidas de autocuidado para reduzir o consumo de sal (15 perguntas).

O quadro 25 ordena o score médio de utilização das 31 medidas de autocuidado para controlar os líquidos, de acordo com os scores do quadro 4. O score médio global desta dimensão foi de 2,55.

**Quadro 25** – Score médio relativo às medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica

Medidas de autocuidado	Score Médio (2,55)
1. Evitar expor-se ao sol *	4,72
2. Evitar comer refeições muito condimentadas *	4,65
3. Evitar comer alimentos com muita água *	4,64
4. Evitar comer doces *	4,09
5. Evitar ultrapassar a quantidade de líquido permitido por dia *	4,03
6. Evitar beber álcool *	4,00
7. Comer sopa espessa/grossa	3,93
8. Controlar a glicemia capilar	3,66
9. Restringir o consumo de sopa *	3,64
10. Beber pouco de cada vez/aos golos	3,48
11. Beber só meio copo ou meia chávena	3,01
12. Beber líquidos frios/gelados	2,87
13. Beber apenas às refeições	2,82
14. Distribuir o volume de líquido permitido pelo dia	2,74
15. Usar chávena ou copo mais pequenos para beber	2,36
16. Bochechar com água sem engolir	2,35
17. Colocar a quantidade de líquido para todo o dia numa garrafa	2,00
18. Beber só para tomar os comprimidos	1,98
19. Controlar o peso (sem ser na sala de diálise)	1,89
20. Manter-se ocupado para não pensar em beber	1,84
21. Medir a quantidade de líquidos que pode beber por dia	1,62
22. Chupar rebuçados	1,42
23. Comer uma peça de fruta para diminuir a sede	1,42
24. Controlar o volume de líquidos em função dos sintomas	1,40
25. Chupar cubos de gelo	1,38
26. Chupar limão	1,28
27. Bochechar com água morna	1,26
28. Mascar pastilha elástica	1,23
29. Beber água morna	1,23
30. Ajustar a quantidade dos líquidos à diurese	1,19
31. Registar a quantidade de líquido bebido durante o dia	1,07

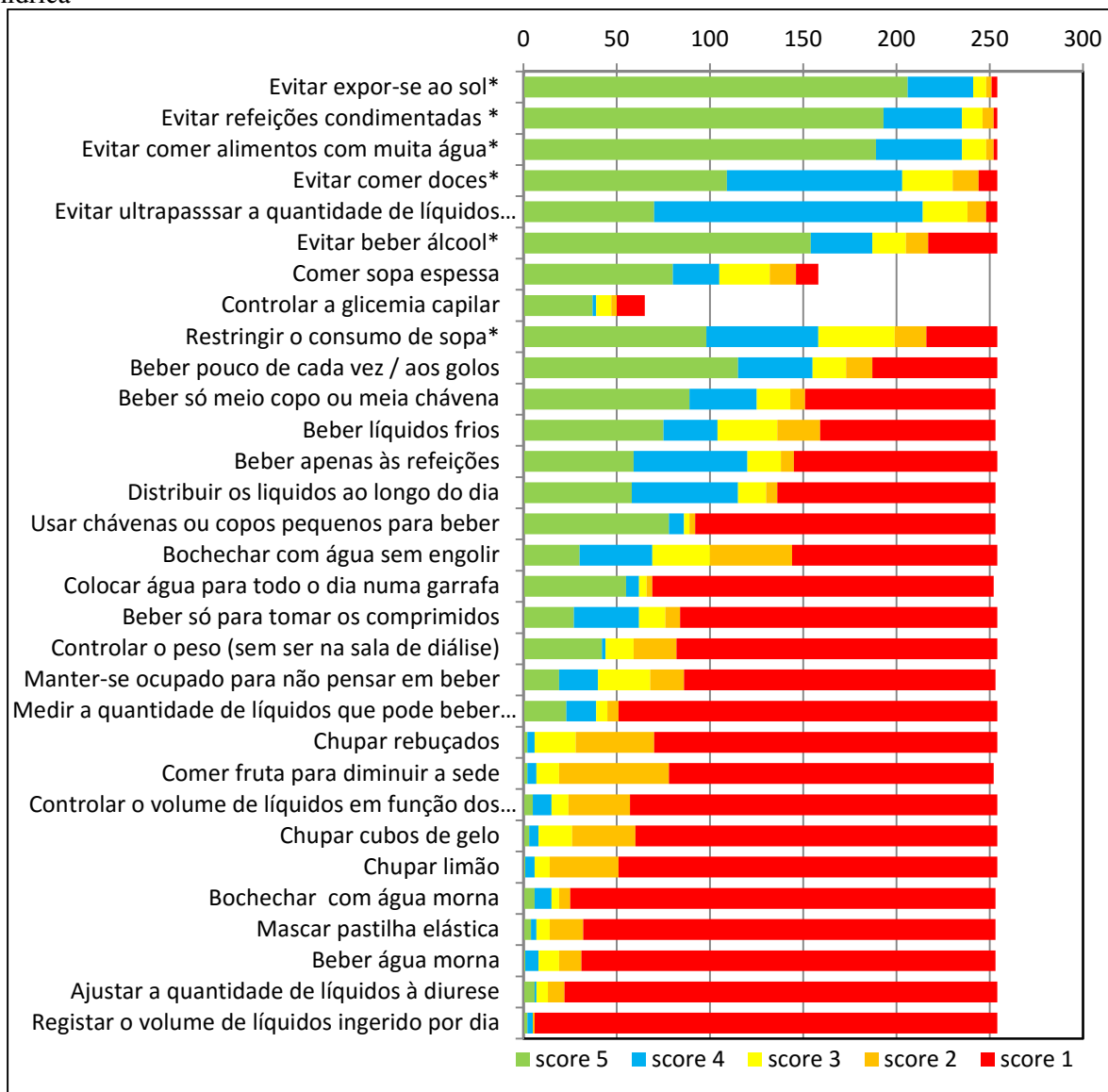
Os resultados revelam 5 medidas de autocuidado muito frequentes como: *evitar expor-se ao sol* (4,72); *evitar comer refeições muito condimentadas* (4,65); *evitar alimentos com muita água* (4,64); *evitar comer doces* (4,09); e *evitar ultrapassar a quantidade de líquido permitida por dia* (4,03); As 6 medidas de autocuidado frequentes incluem: *evitar beber álcool* (4,00); *comer sopa espessa* (3,93); *controlar a glicemia capilar* (3,66); *restringir o consumo de sopa* (3,64); *beber pouco de cada vez* (3,48) e *beber só meio copo/meia chávena* (3,01). As 6 medidas pouco usadas incluem: *beber líquidos frios/gelados* (2,87); *beber apenas às refeições* (2,82); *distribuir o volume de líquido permitido pelo dia* (2,74); ou *usar uma chávena ou copo mais pequeno para beber* (2,36). Entre as 15 medidas menos frequentes figuram: *medir a quantidade de líquidos que pode beber por dia* (1,62); *comer uma peça de fruta para diminuir a sede* (1,42); *controlar o volume de líquidos em função dos sintomas* (1,40); *chupar cubos de gelo* (1,38); *bochechar com água morna* (1,26);  *mascar pastilha elástica* (1,23); *beber água morna* (1,23); *ajustar a quantidade de líquidos à diurese* (1,19); e *registar a quantidade de líquido bebido durante o dia* (1,07).

Note-se que as 6 medidas mais usadas para controlar os líquidos são de carácter restritivo, revelando um claro esforço adaptativo dos sujeitos. A medida de autocuidado mais frequente (evitar a exposição ao sol) pode estar associada à idade (149 sujeitos com mais de 65 anos) e ao facto de muitos doentes estarem aposentados e não realizarem muita atividade ao ar livre. Esperávamos que a avaliação da glicémia capilar (só realizada nos diabéticos) obtivesse um score médio superior aos 3,66. É possível que os sujeitos não avaliem a glicemia nos dias de diálise e confiem na avaliação realizada nos centros de HD. Os sujeitos parecem bem cientes da importância de evitar alimentos muito condimentados (picantes, pimenta) e os doces, condições que causam sede. Também parecem respeitar a necessidade de não ultrapassar o limite de líquidos a ingerir por dia, de evitar o álcool e de comer sopa poucas vezes e espessa. Beber pouco de cada vez e beber só meio copo ou meia chávena, parecem ser medidas úteis e frequentes. Ao contrário, beber líquidos frios pode ser desagradável no tempo fresco e distribuir os líquidos ao longo do dia pode exigir um plano de ação e ser mais difícil de implementar. Outras medidas parecem ser menos usadas por vários motivos: controlar o peso, medir e registar a quantidade de líquidos ingerida, e ajustar os líquidos à diurese, podem ser ações mais complexas, pouco práticas e morosas; chupar rebuçados e mascar pastilha elástica (ambos sem açúcar) podem ser menos comuns por questões culturais e pelo receio de serem doces e causarem sede; embora chupar cubos de gelo alivie temporariamente a sede, pode fazer aumentar a ingestão hídrica se for usada muitas vezes ao dia. Manter-se ocupado para evitar pensar nos líquidos parece ser uma medida muito pouco usada, mas foi sugerida

no estudo I. Controlar a ingestão hídrica pelos sintomas (edemas, dispneia, mal estar) também parece ser uma medida muito pouco frequente, talvez porque os sujeitos tenham consciência de que é uma medida desaconselhada.

O gráfico 5 mostra que os scores das 31 medidas de autocuidado para controlar os líquidos estão concentrados nos scores extremos, revelando pequena variação nas respostas. Ou seja, cada medida tende a ser “muito frequente” ou “muito pouco frequente”. A medida “comer sopa espessa” só obteve resposta de 158 sujeitos, pois os restantes 96 afirmaram não comer sopa. Já a medida “controlar a glicemia capilar” só foi registada nos 65 sujeitos diabéticos.

**Gráfico 5** – Frequência dos scores atribuídos às medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica



### 4.2.3 – Medidas de autocuidado para reduzir o consumo de sal

O quadro 26 apresenta o score médio de utilização das 15 medidas de autocuidado para reduzir o consumo de sal. Os dados revelam que a maioria (12) das medidas era usada com muita frequência (score médio superior a 4) e que nenhuma delas era muito pouco frequente. O score médio desta dimensão foi de 4,20, o que revela que os sujeitos usam mais as medidas de autocuidado para reduzir o sal, do que as medidas de autocuidado para gerir a restrição hídrica.

**Quadro 26** – Score médio relativo às medidas de autocuidado para reduzir o consumo de sal

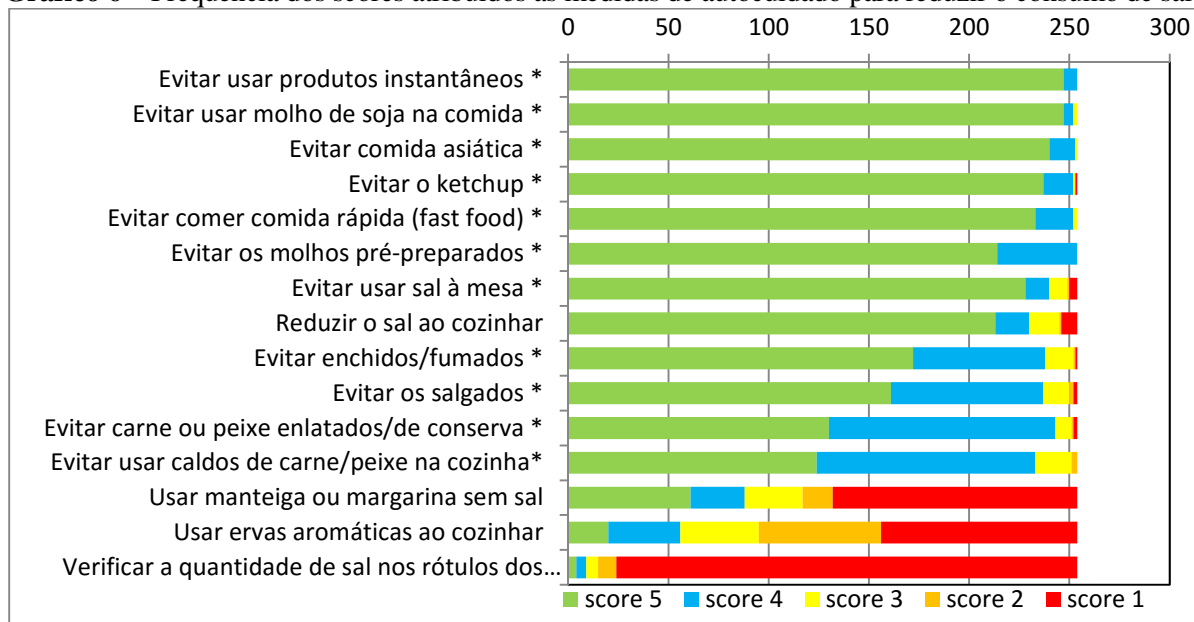
Medidas de autocuidado	Score Médio (4,20)
1. Evitar usar produtos instantâneos *	4,97
2. Evitar usar molho de soja na comida *	4,96
3. Evitar comida asiática *	4,94
4. Evitar o ketchup *	4,92
5. Evitar comer comida rápida (fast food) *	4,91
6. Evitar os molhos pré-preparados *	4,85
7. Evitar usar sal à mesa *	4,81
8. Reduzir o sal ao cozinhar	4,68
9. Evitar enchidos/fumados *	4,60
10. Evitar os salgados *	4,54
11. Evitar carne ou peixe enlatados/de conserva *	4,45
12. Evitar usar caldos de carne/peixe na cozinha*	4,39
13. Usar manteiga ou margarina sem sal	2,56
14. Usar ervas aromáticas ao cozinhar	2,29
15. Verificar a quantidade de sal nos rótulos dos produtos	1,20

De entre as 12 medidas muito frequentes destacam-se: *evitar os produtos instantâneos* (4,97) *ou molho de soja na comida* (4,96); *evitar comida asiática* (4,94); *evitar o ketchup* (4,92) *e fast food* (4,91); *evitar usar o sal à mesa* (4,81); *reduzir o sal ao cozinhar* (4,68); *evitar os enchidos/fumados* (4,60) *e os salgados* (4,54). Como medidas frequentes notámos: *usar manteiga sem sal* (2,56); *e usar ervas aromáticas ao cozinhar* (2,29). A única medida pouco frequente, foi *verificar os rótulos dos produtos* (1,2). Nota-se o predomínio de medidas restritivas, evidenciando as limitações impostas pela doença e tratamento. É possível que as medidas mais frequentes (evitar os produtos instantâneos, o molho de soja; a comida asiática; o ketchup; fast food; e os molhos pré-preparados) sejam seguidas com muita frequência por não se ajustarem aos hábitos e à cultura, em particular nos idosos. Muitas das outras medidas (como evitar o sal à mesa e ao cozinhar, evitar os enchidos, os salgados e os produtos de conserva) sugerem que os sujeitos têm conhecimentos, cumprem as medidas aconselhadas e

realizam um esforço concreto para gerir a situação. A medida menos usada (verificar o teor de sal nos rótulos dos produtos) pode ser explicada pelo facto dos sujeitos terem dificuldade em ler, já conhecerem os produtos que compram, inovarem pouco a alimentação, ou porque nem sempre os rótulos oferecem informação clara sobre o teor de sal. Os resultados sugerem que os sujeitos percebem que reduzir o sal é fundamental para reduzir a sede (Lindberg M. , 2010; Porcu & Zampieron, 2007; Karalis, 2003; Tomson, 2001) e são consistentes com os achados do estudo I, que deixavam entender que os doentes se sentiam capazes de controlar a situação.

O gráfico 6 mostra que a maioria das medidas de autocuidado é usada com muita frequência (score 5), que as primeiras 8 medidas têm pequena variação das respostas e que em 12 medidas de autocuidado, o score 5 foi registado por pelo menos em 125 sujeitos.

**Gráfico 6** – Frequência dos scores atribuídos às medidas de autocuidado para reduzir o consumo de sal



#### 4.2.4 – Medidas de autocuidado para restringir o potássio na dieta

As medidas de autocuidado para gerir as restrições dietéticas foram estudadas em três dimensões: medidas para restringir o potássio na dieta (15 perguntas); medidas para restringir o fósforo na dieta (10 perguntas); e medidas gerais para gerir a dieta (6 perguntas). O quadro 27 apresenta o score médio de utilização das 15 medidas para reduzir o potássio na dieta. O score médio desta dimensão foi de 3,75.

Os resultados mostram que os sujeitos utilizam com muita frequência 7 medidas: *evitar comer frutos secos* (4,96); *evitar cozer legumes ou batatas em micro-ondas ou panela de pressão* (4,92); *cozer as batatas cortadas aos pedaços* (4,74); *evitar as leguminosas secas* (4,58); *evitar alimentos ricos em potássio* (4,46); *evitar comer mais do que duas peças de fruta por dia* (4,43); e *descascar as batatas antes de as cozer* (4,40). As 5 medidas frequentes foram: *reduzir o consumo de vegetais crus* (3,74) e *de legumes* (3,71); *comer fruta sem casca* (3,63); *evitar comer mais do que uma peça de fruta crua por dia* (3,59); e *comer arroz ou massa* (3,27).

**Quadro 27** – Score médio relativo às medidas de autocuidado para reduzir o potássio da dieta

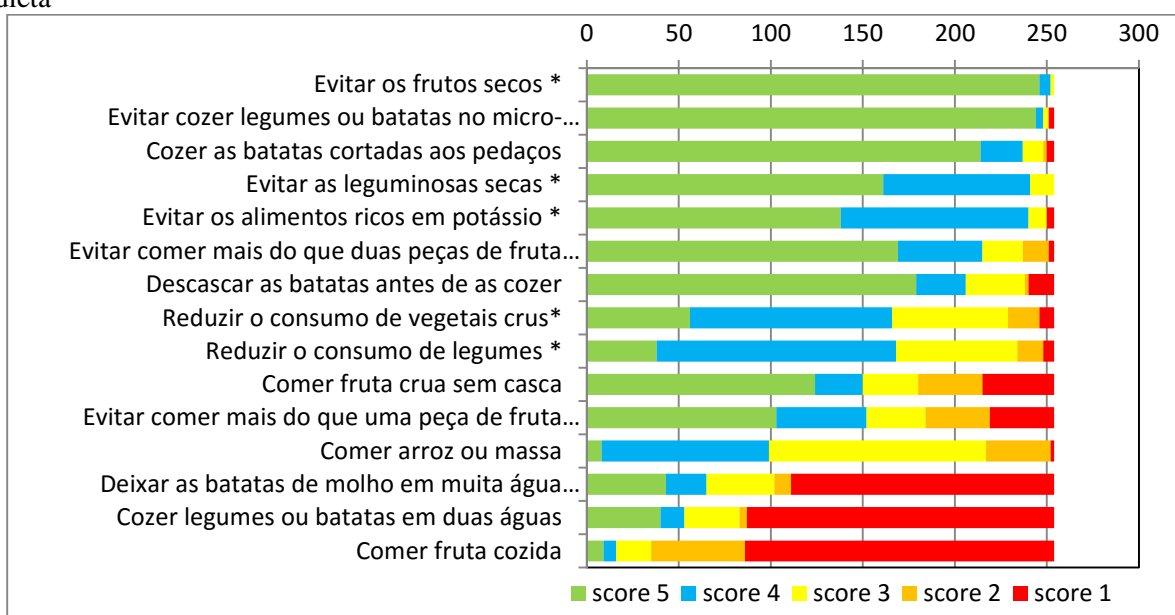
Medidas de autocuidado	Score Médio (3,75)
1. Evitar os frutos secos *	4,96
2. Evitar cozer legumes ou batatas no micro-ondas/panela de pressão *	4,92
3. Cozer as batatas cortadas aos pedaços	4,74
4. Evitar as leguminosas secas *	4,58
5. Evitar os alimentos ricos em potássio *	4,46
6. Evitar comer mais do que duas peças de fruta por dia *	4,43
7. Descascar as batatas antes de as cozer	4,40
8. Reduzir o consumo de vegetais crus*	3,74
9. Reduzir o consumo de legumes *	3,71
10. Comer fruta crua sem casca	3,63
11. Evitar comer mais do que uma peça de fruta crua por dia *	3,59
12. Comer arroz ou massa	3,27
13. Deixar as batatas de molho em muita água antes de as cozer	2,26
14. Cozer legumes ou batatas em duas águas	2,04
15. Comer fruta cozida	1,57

As 2 medidas pouco usadas foram: *deixar as batatas de molho em muita água antes de as cozer* (2,26); *cozer legumes ou batatas em duas águas* (2,04). O hábito de *comer fruta cozida* (1,57) é muito pouco frequente. Os resultados sugerem que os sujeitos procuram cumprir as recomendações dos técnicos de saúde, mas seguem menos vezes os processos mais morosos. Evitar os frutos secos foi a medida mais frequente, mas pode estar associado à sazonalidade, ou ao seu uso apenas em ocasiões festivas. Evitar cozinhar alimentos na panela de pressão ou no micro-ondas pode estar associado à cultura e ao rendimento, em vez de refletir o conhecimento dos sujeitos. Outras medidas refletem o empenho em restringir o potássio na dieta (evitar as leguminosas secas; os alimentos ricos em potássio; os vegetais crus; não comer mais que 2 peças de fruta por dia, sobretudo fruta crua; descascar as batatas; e restringir o consumo de legumes). Ao contrário, os sujeitos parecem seguir raramente

algumas recomendações como demolhar as batatas e os legumes antes de cozer, cozê-los em duas águas e comer fruta cozida, possivelmente por serem medidas pouco práticas. Medidas muito frequentes como evitar as leguminosas secas e os alimentos ricos em potássio, constavam das preferências dos informantes do estudo I.

O gráfico 7 evidencia que apenas as 7 primeiras medidas de autocuidado são amplamente usadas (prevalece o score 5) por mais de 15 sujeitos, enquanto há 3 medidas muito pouco usadas (prevalece o score 1).

**Gráfico 7** – Frequência dos scores atribuídos às medidas de autocuidado para reduzir o potássio da dieta



#### 4.2.5 – Medidas de autocuidado para restringir o fósforo na dieta

O quadro 28 apresenta o score médio de utilização das 10 medidas de autocuidado para reduzir o fósforo da dieta. O score médio desta dimensão foi de 3,93.

Os resultados mostram 6 medidas muito frequentes, todas elas restritivas: *evitar comer vísceras* (4,90); *as oleaginosas* (4,88); *os produtos integrais* (4,83); *as farinhas lácteas* (4,81); *os cereais* (4,70); e *o chocolate/cacau* (4,70). Como medida frequente encontramos apenas *comer pouca quantidade de carne ou peixe às refeições* (3,77); as medidas pouco frequentes foram: *reduzir o consumo de derivados do leite* (2,8); e *do leite* (2,63). Os sujeitos referiram ser muito pouco frequente *reduzir o consumo de pão e tostas* (1,3).

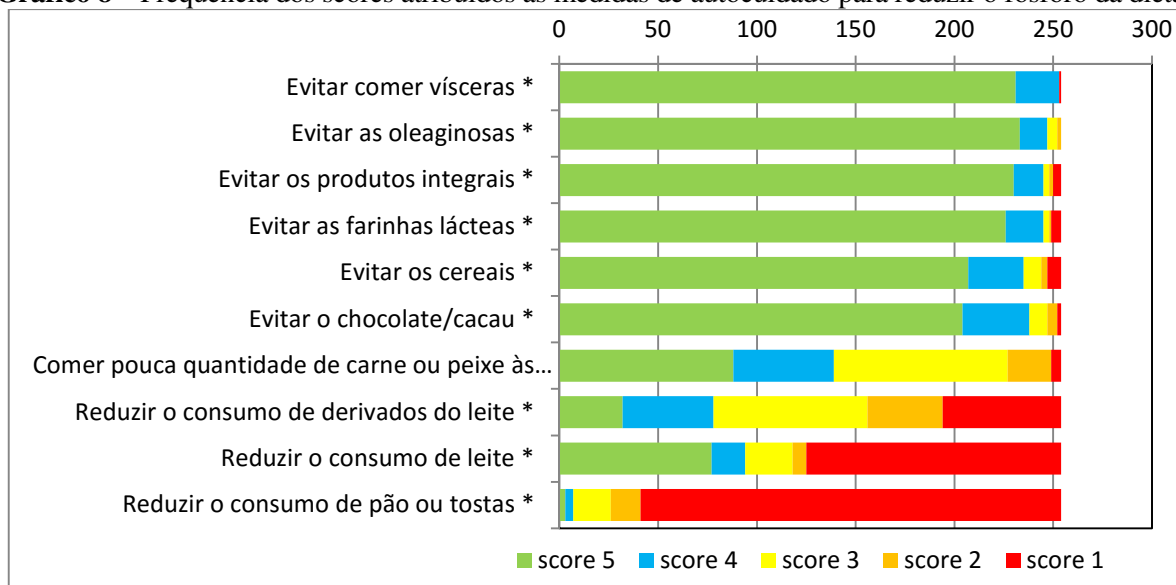
Comer menos carne ou peixe às refeições pode dever-se ao fraco rendimento de muitos idosos. O reduzido consumo de oleaginosas (nozes, amêndoas ou pinhões) pode se explicar por serem consumidas sobretudo em épocas festivas. É possível que os sujeitos não evitem tanto o pão, o leite e seus derivados, por serem alimentos economicamente acessíveis, comuns na dieta nacional e por serem bem tolerados por pessoas com dificuldade na mastigação.

**Quadro 28** – Score médio relativo às medidas de autocuidado para reduzir o fósforo da dieta

Medidas de autocuidado	Score Médio (3,93)
1. Evitar comer vísceras *	4,90
2. Evitar as oleaginosas *	4,88
3. Evitar os produtos integrais *	4,83
4. Evitar as farinhas lácteas *	4,81
5. Evitar os cereais *	4,70
6. Evitar o chocolate/cacau *	4,70
7. Comer pouca quantidade de carne ou peixe às refeições	3,77
8. Reduzir o consumo de derivados do leite *	2,80
9. Reduzir o consumo de leite *	2,63
10. Reduzir o consumo de pão ou tostas *	1,30

O gráfico 8 evidencia que as primeiras 6 medidas de autocuidado são muito utilizadas (predomina o score 5) por mais de 200 sujeitos do estudo. Ao contrário, as 2 últimas medidas são muito pouco usadas (predomina o score 1).

**Gráfico 8** – Frequência dos scores atribuídos às medidas de autocuidado para reduzir o fósforo da dieta



#### 4.2.6 – Medidas de autocuidado gerais para gerir a dieta

Por último, o quadro 29 apresenta o score médio de utilização das 6 medidas gerais para gerir a dieta, extraídas do estudo I. Os resultados mostram que é frequente os sujeitos usarem medidas como: *aceitar as restrições/acomodar-se* (3,7); e *seguir a dieta recomendada* (3,3). As medidas muito pouco frequentes, foram: *comer alimentos ricos em potássio imediatamente antes da diálise* (1,58); e *procurar informação sobre a dieta* (1,57). Esta dimensão obteve um score médio de 2,50.

**Quadro 29** – Score médio relativo às medidas gerais de autocuidado para gerir a dieta

Medidas de autocuidado	Score Médio (2,50)
Aceitar as restrições/acomodar-se	3,70
Seguir a dieta recomendada	3,30
Fracionar as refeições	2,50
Comer de tudo, mas em pouca quantidade	2,38
Comer os alimentos ricos em potássio imediatamente antes da diálise	1,58
Procurar informação sobre a dieta	1,57

Os resultados sugerem que uma boa parte dos sujeitos se esforça por aceitar as limitações impostas pelo tratamento (estratégia de *coping* emocional) e também por cumprir a dieta recomendada (estratégia de *coping* de resolução de problemas), o que é consistente com a teoria de *stress* e *coping* (Lazarus & Folkman, 1984) e com os achados do estudo I, que apontavam para uma conjugação de ambos os tipos de *coping*. É possível que os sujeitos não procurassem mais vezes informação, por já terem acumulado conhecimentos ao longo dos anos de tratamento.

Apresentamos de seguida o resultado da análise das relações entre as variáveis de caracterização da amostra (Apêndice IX):

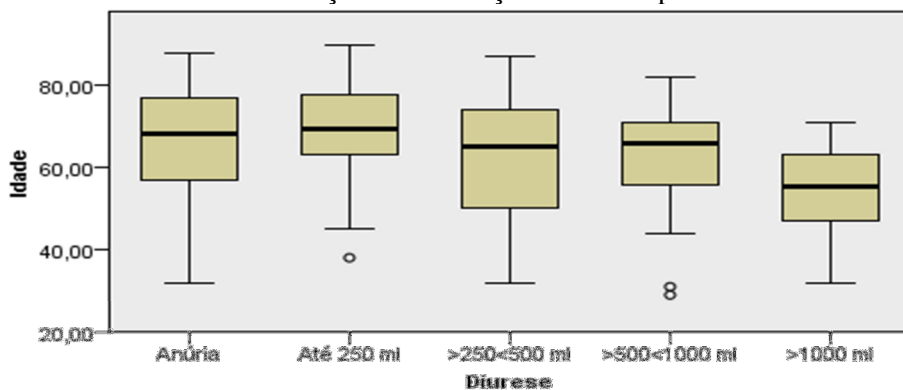
1. Há diferença significativa na distribuição da idade em pelo menos uma das categorias da diurese ( $H=18,020$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,001$ ). Como se observa pelo quadro 30 e gráfico 9, há diferença significativa apenas quando se compara a idade dos anúricos e dos que urinam até 250 ml/dia, com os sujeitos com diurese superior a 1000 ml. Este resultado mostra que os sujeitos anúricos e com diurese até 250ml são significativamente mais velhos que os doentes com diurese superior a 1000ml.

**Quadro 30** – Diferença na distribuição de idades pelos níveis de diurese

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.-Sig.
Anúria-Até 250 ml	-16,429	12,177	-1,349	,177	1,000
>250<500 ml-Anúria	20,264	12,508	1,620	,105	1,000
>250<500 ml-Até 250 ml	36,693	13,099	2,801	,005	,051
>500<1000 ml-Anúria	21,619	14,572	1,484	,138	1,000
>500<1000 ml-Até 250 ml	38,048	15,082	2,523	,012	,116
>500<1000 ml->250<500 ml	1,355	15,350	,088	,930	1,000
>1000 ml-Anúria	69,139	24,614	2,809	,005	,050
>1000 ml-Até 250 ml	85,568	24,920	3,434	,001	,006
>1000 ml->250<500 ml	48,875	25,083	1,949	,051	,514
>1000 ml->500<1000 ml	47,520	26,173	1,816	,069	,694

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

**Gráfico 9** – Diferença na distribuição de idades pelos níveis de diurese



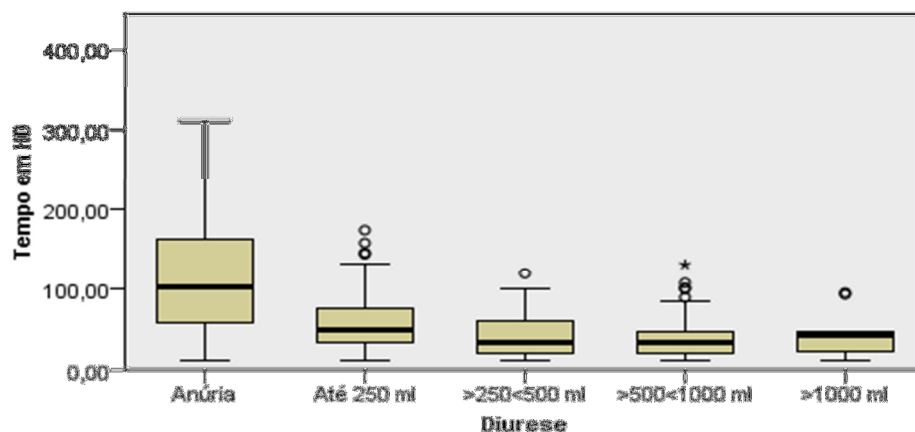
2. Há diferença significativa na distribuição do tempo de tratamento em hemodiálise em pelo menos uma das categorias da diurese ( $H=72,671$ ;  $gl=4$ ;  $p<0,001$ ). Como o quadro 31 e o gráfico 10 mostram, o tempo de tratamento em HD dos sujeitos anúricos é significativamente diferente e superior ao tempo de tratamento de HD dos doentes com outros níveis de diurese. Este resultado sugere que a diurese tende a diminuir com o tempo de tratamento.

**Quadro 31** – Diferença na distribuição de tempo de HD pelos níveis de diurese

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
>500<1000 ml->250<500 ml	2,663	15,355	,173	,862	1,000
>500<1000 ml->1000 ml	-6,972	26,181	-,266	,790	1,000
>500<1000 ml-Até 250 ml	31,978	15,087	2,120	,034	,340
>500<1000 ml-Anúria	93,788	14,576	6,434	,000	,000
>250<500 ml->1000 ml	-4,308	25,091	-,172	,864	1,000
>250<500 ml-Até 250 ml	29,314	13,103	2,237	,025	,253
>250<500 ml-Anúria	91,125	12,512	7,283	,000	,000
>1000 ml-Até 250 ml	25,006	24,928	1,003	,316	1,000
>1000 ml-Anúria	86,817	24,622	3,526	,000	,004
Até 250 ml-Anúria	61,811	12,181	5,074	,000	,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

**Gráfico 10** – Diferença na distribuição de tempo de HD pelos níveis de diurese

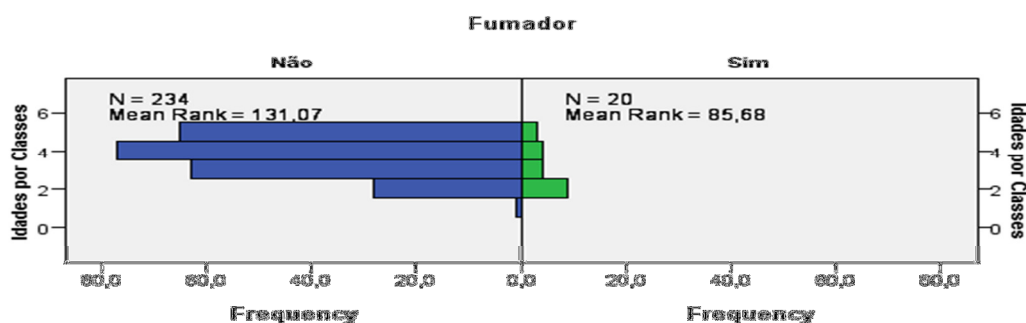


- Há diferença significativa entre a idade dos fumadores e não fumadores ( $U = -2,755$ ;  $p = 0,006$ ). O quadro 32 e gráfico 11 revelam que há significativamente mais fumadores entre os sujeitos mais novos do que entre os mais velhos.

**Quadro 32** – Diferença na distribuição da idade por fumadores e não fumadores

<b>Total N</b>	254
<b>Mann-Whitney U</b>	1.503,500
<b>Wilcoxon W</b>	1.713,500
<b>Test Statistic</b>	1.503,500
<b>Standard Error</b>	303,620
<b>Standardized Test Statistic</b>	-2,755
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,006

**Gráfico 11** – Diferença na distribuição da idade por fumadores e não fumadores  
Independent-Samples Mann-Whitney U Test



4. A distribuição do sexo não é homogênea entre as categorias do agregado familiar ( $\chi^2=32,597$ ;  $gl=4$ ;  $p<0,001$ ). A tabela 1 revela que há mais homens entre os sujeitos que vivem com o cônjuge e com o cônjuge e outros familiares, enquanto há mais mulheres entre os sujeitos que vivem com outros familiares e que vivem sós. Nesse sentido, os homens podem beneficiar mais do apoio do cônjuge, do que as mulheres.

**Tabela 1** – Distribuição dos sujeitos por sexo e tipo de agregado familiar

		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Agregado Familiar	Cônjuge	29	84	113
	Cônjuge e outros familiares	11	17	28
	Outros	3	3	6
	Outros Familiares	38	20	58
	Só	30	18	48
Total		111	143	254

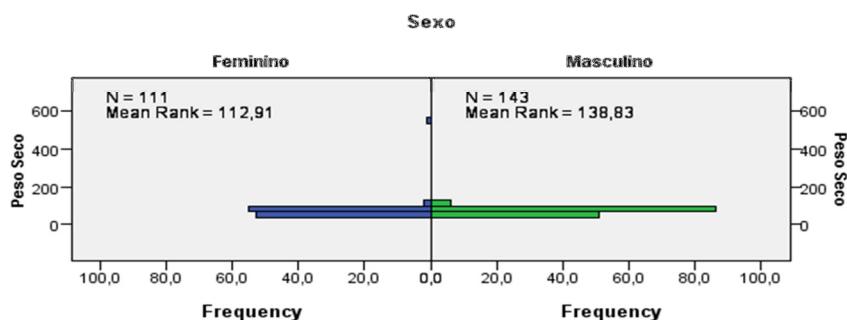
5. A distribuição do sexo não é homogénea entre as categorias de quem prepara as refeições ( $\chi^2=88,535$ ;  $gl=3$ ;  $p<0,001$ ). Pela tabela 2 verifica-se uma maioria de mulheres entre os sujeitos que preparam as próprias refeições, enquanto os homens predominam entre os sujeitos que recebem refeições preparadas pelo cônjuge. Este resultado evidencia o apoio das mulheres aos doentes masculinos na preparação das refeições e, eventualmente, na gestão da dieta.

**Tabela 2** – Distribuição dos sujeitos por sexo e por quem “prepara as refeições”

		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Quem prepara refeições	Cônjuge	5	84	89
	Outro	16	16	32
	Outro familiar	14	14	28
	Próprio	76	29	105
Total		111	143	254

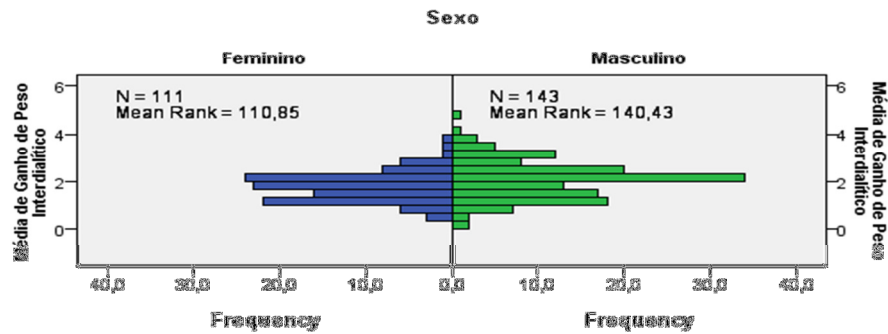
6. Há diferença significativa na distribuição do peso seco pelo sexo ( $U= 2,790$ ;  $p=0,005$ ). Pelo gráfico 12 nota-se que o peso seco é significativamente mais elevado nos homens do que nas mulheres, o que pode ser justificado pela idade e pelas características antropométricas.

**Gráfico 12** – Diferença na distribuição do peso seco pelo sexo  
Independent-Samples Mann-Whitney U Test



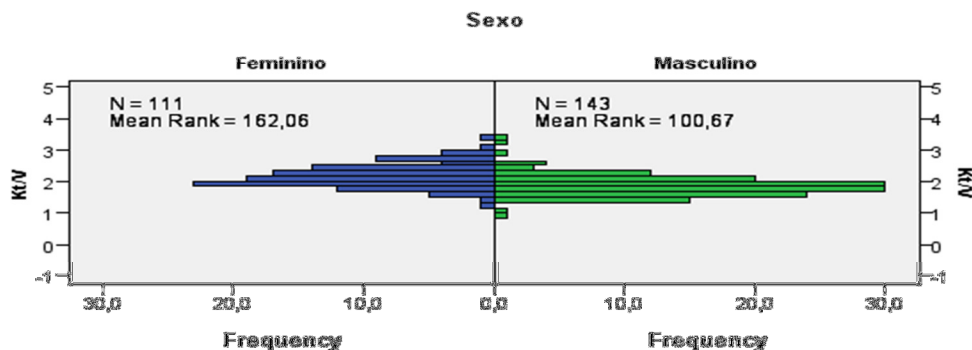
7. Há diferença significativa na distribuição do ganho de peso interdialítico (Kg) pelo sexo ( $U=3,7184$ ;  $p=0,001$ ). Pelo gráfico 13 nota-se que o GPI em Kg é significativamente mais elevado nos homens do que nas mulheres. É possível que os homens tenham maior GPI por também terem um peso seco maior.

**Gráfico 13** – Diferença na distribuição do ganho de peso interdialítico (Kg) por sexo  
Independent-Samples Mann-Whitney U Test



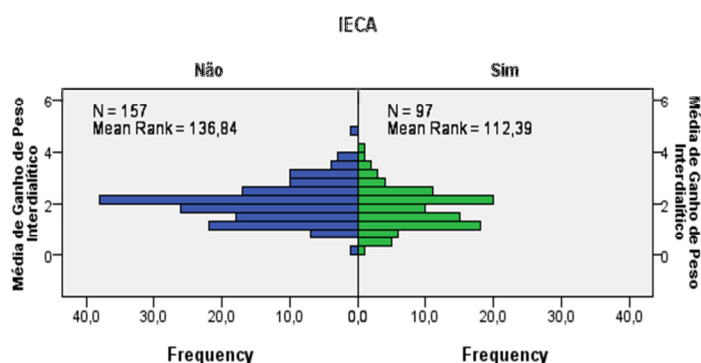
8. Há diferença significativa na distribuição do Kt/V pelo sexo ( $U=-6,606$ ;  $p<0,001$ ). Pelo gráfico 14 nota-se que a eficácia da diálise (Kt/V) é significativamente maior nas mulheres do que nos homens. É possível que o menor GPI das mulheres contribua para a maior eficácia dialítica.

**Gráfico 14** – Diferença na distribuição do Kt/V pelo sexo  
Independent-Samples Mann-Whitney U Test



9. Há diferença significativa na distribuição do ganho de peso interdialítico e o uso de IECA ( $U=-2,578$ ;  $p=0,01$ ). Pelo gráfico 15 podemos observar que o ganho de peso interdialítico é significativamente maior entre os sujeitos sem medicação IECA, do que entre os sujeitos com essa medicação. Este resultado parece confirmar a ideia de que os IECA ajudam no controlo da sede (Vennegoor, 2005; Parker, 1998).

**Gráfico 15** – Diferença na distribuição do ganho de peso interdialítico pelo uso de IECA  
Independent-Samples Mann-Whitney U Test



#### 4.2.7 – Estudo Correlacional

As correlações entre as variáveis de caracterização da amostra, as medidas de autocuidado e os critérios de eficácia de autocuidado, são apresentadas com mais detalhe no Apêndice X.

Respeitando os pressupostos enunciados por Fortin (2009) e Burns & Grove (1993), estudamos os coeficientes de correlação de Pearson ( $r$ ) entre as variáveis de caracterização da amostra (idade; tempo de tratamento em hemodiálise; peso seco; albumina Pré-diálise; e  $Kt/V$ ) e os indicadores de eficácia do autocuidado (GPI em Kg; GPI em percentagem do peso seco; potássio sérico pré-diálise; fósforo sérico pré-diálise) como é apresentado no quadro 33. Consideramos fracas as correlações entre 0,1 e 0,3 e moderadas as correlações entre 0,3 e 0,5 (Burns & Grove, 1993, p. 511).

**Quadro 33** – Correlações de Pearson entre as variáveis de caracterização da amostra e os critérios de eficácia de autocuidado

<i>Correlações Pearson (r)</i>	Idade	Tempo de HD	Peso Seco	GPI em Kg	GPI em % Peso Seco	Potássio Pré-dialise	Fósforo Pré-dialise	Sódio Pré-dialise	Albumina Pré-dialise	KtV
<b>Idade</b>	1	0,018	-0,068	-0,216**	-0,176**	-0,007	-0,225**	0,266**	-0,397**	0,227**
<b>Tempo de HD</b>		1	-0,098	0,014	0,137*	0,215*	0,003	0,159	0,027	0,109
<b>Peso Seco</b>			1	0,058	-0,223**	-0,044	0,079	0,108	0,038	-0,127*
<b>GPI em Kg</b>				1	0,840**	0,184**	0,094	-0,254*	0,063	-0,153*
<b>GPI em % Peso Seco</b>					1	0,170**	0,007	-0,321**	-0,018	0,142*
<b>Potássio Pré-dialise</b>						1	0,237**	-0,102	0,082	-0,078
<b>Fósforo Pré-dialise</b>							1	0,119	0,073	-0,177**
<b>Sódio Pré-dialise</b>								1	-0,362**	-0,020
<b>Albumina Pré-dialise</b>									1	-0,112
<b>KtV</b>										1

\*\* Correlações significativas a um nível de 0,01 (bicaudal); \* Correlações significativas a um nível de 0,05 (bicaudal)

Podemos notar as seguintes correlações de Pearson significativas:

- A idade estava negativamente correlacionada (-0,216\*\*) com o GPI em Kg; (-0,176\*\*) com a média do GPI em percentagem do peso seco; (-0,225\*\*) com o fosfato sérico pré-diálise; e (-0,397\*\*) com a Albumina sérica pré-diálise. E estava significativa e positivamente correlacionada (0,266\*\*) com o sódio sérico pré-diálise e (0,227\*\*) com o Kt/V. Estes resultados sugerem que à medida que a idade avança, os sujeitos tendem a apresentar menor GPI (em Kg e em percentagem do peso seco) e um maior Kt/V, isto é, parecem gerir melhor a restrição hídrica, o que pode favorecer a eficácia dialítica. Porém, tendem a apresentar valores séricos de fósforo e de albumina pré-diálise mais baixos, o que pode significar que se alimentam pior, pois 53 (20,8%) sujeitos tinham níveis de fósforo inferiores a 3,5 mg/dl e 38 (15%) sujeitos tinham uma albumina sérica inferior a 3,5 g/dl. Já o aumento do sódio pode dever-se a um aumento de concentração deste ião nos sujeitos que bebem menos líquidos e que apresentam menor GPI;
- O tempo de tratamento em hemodiálise estava positivamente correlacionado (0,137\*) com a média de GPI em percentagem do peso seco; e (0,215\*\*) com o potássio sérico pré-diálise. Parece que à medida que o tempo de tratamento aumenta, os doentes tendem a aumentar o GPI em percentagem do peso seco. Não havendo essa correlação entre o GPI em percentagem do peso seco e a idade, é possível que esse GPI se verifique nos doentes mais novos e com mais tempo de tratamento, os mesmos que tenderiam a aumentar os níveis de potássio sérico antes da diálise. Estes resultados não vão ao encontro dos estudos que associaram os doentes mais novos e com menos tempo de tratamento à não adesão ao tratamento (Moltó, Roig, & Pastor, 2012; Kutner, Zhang, McClellan, & Cole, 2002);
- O peso seco em Kg estava negativamente correlacionado (-0,233\*\*) com a média de GPI em percentagem do peso seco, e (-0,127\*) com o Kt/V. Estes resultados parecem mostrar que os sujeitos com menor peso seco tendem a apresentar um maior GPI em percentagem do seu peso seco e a apresentar menor eficácia dialítica. Na verdade, um GPI de 4 Kg corresponde a 8% do peso de um doente de 50 Kg e a 5,7% do peso de um doente de 70 Kg.;
- A média de GPI em Kg estava positivamente correlacionada (0,840\*\*) com a média do GPI em percentagem do peso seco e (0,184\*\*) com o potássio pré-diálise e negativamente correlacionada (-0,245\*) com o sódio sérico pré-diálise e (-0,153\*) com o Kt/V. É natural que o GPI em percentagem do peso seco acompanhe o GPI em Kg e que

o aumento do GPI diminua ligeiramente a eficácia dialítica. Também é possível que os sujeitos com maior GPI não sejam tão eficientes na gestão da restrição da dieta em relação ao potássio. Já a correlação negativa do GPI com o sódio pré-diálise pode traduzir uma diluição deste ião quando há acumulação de líquidos;

- O GPI em percentagem do peso seco estava positivamente correlacionado (0,170\*\*) com o potássio pré-diálise e (0,142\*) com o Kt/V e negativamente correlacionado (-0,321\*\*) com o sódio pré-dialise. Isso indicia que os sujeitos que acumulam mais peso entre as diálises, também gerem pior as restrições do potássio, e prejudicam a eficácia dialítica. Como já referido, a correlação negativa com o sódio pode refletir a sua diluição quando se acumulam líquidos;
- O potássio sérico pré-diálise surgiu positivamente correlacionado (0,237\*\*) com o fosfato sérico pré-diálise, sugerindo que os sujeitos com dificuldade em gerir as restrições do potássio, também sentem essa dificuldade em relação ao fósforo;
- O fósforo sérico pré-diálise estava negativamente correlacionado (-0,177\*\*) com o Kt/V, mostrando que os sujeitos que acumulam mais fosfatos, talvez por comerem e beberem mais, também tornam a diálise menos eficaz;
- O sódio sérico pré-diálise apresentou uma correlação negativa (-0,362\*\*) com a albumina sérica pré-diálise, o que pode significar que as pessoas que ingerem mais proteínas (mais leite, carne ou peixe) também ingerem mais líquidos, diluindo o sódio sérico.

Como as medidas de autocuidado foram avaliadas em escala ordinal procedemos ao estudo das correlações de Spearman entre as medidas de autocuidado e os indicadores de eficácia.

Da análise das correlações de Spearman entre as medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica e os indicadores de eficácia (Ganho de Peso interdialítico em Kg e em percentagem do peso seco), observamos as seguintes correlações significativas, embora fracas, expressas no quadro 34:

- A medida de autocuidado “*Evitar comer refeições muito condimentadas*” estava negativamente correlacionada com o GPI em Kg (-0,229\*\*) e com o GPI em percentagem do peso seco (-0,141\*), o que sugere que esta medida pode ajudar a diminuir a sede;
- A medida “*Comer sopa espessa/grossa*” estava positivamente correlacionada (0,173\*) apenas com o GPI em percentagem do peso seco, sugerindo que os sujeitos que mais

utilizam esta medida, mais peso ganham. Alguns doentes relataram que espessavam a sopa juntando pão em vez de retirar o caldo, o que pode contribuir para esse aumento de peso;

- A medida de autocuidado “*Beber líquidos frios/gelados*” estava positivamente correlacionada com o GPI em Kg (0,191\*\*) e com o GPI em percentagem do peso seco (0,127\*). É possível que os sujeitos que usam esta medida com muita frequência acabem por ganhar algum peso, retirando valor terapêutico a esta medida;
- A medida “*Beber só para tomar os comprimidos*” apresentava uma correlação negativa com o GPI em Kg (-0,167\*\*) e com o GPI em percentagem do peso seco (-0,152\*). Este resultado sugere que limitar a ingestão hídrica ao estritamente necessário pode ajudar a controlar o GPI;
- A medida “*Controlar o líquido que bebe em função dos sintomas*” estava positivamente correlacionada com o GPI em Kg (0,135\*), o que desaconselha esta medida;
- A medida “*Evitar expor-se ao sol*” estava negativamente correlacionada com o GPI em Kg; (-0,153\*), o que indica que a medida pode ajudar a controlar a sede;
- A medida “*Evitar beber álcool*” estava negativamente correlacionada com o GPI em Kg (-0,132\*), o que também sugere ser algo eficaz no controlo dos líquidos.

**Quadro 34** – Correlações de Spearman significativas entre as medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica e os indicadores de eficácia do autocuidado

<i>Spearman (rho)</i>	<b>GPI em Kg</b>	<b>GPI em % Peso Seco</b>
Evitar comer refeições muito condimentadas	-0,229**	-0,141*
Comer sopa espessa/grossa	-	0,173*
Beber líquidos frios/gelados	0,191**	0,127*
Beber só para tomar os comprimidos	-0,167**	-0,152*
Controlar o líquido que bebe em função dos sintomas	0,135*	-
Evitar expor-se ao sol	-0,153*	-
Evitar ultrapassar a quantidade de líquido permitida por dia	-0,294**	-0,244**
Evitar beber álcool	-0,132*	-

\*\* Correlações significativas a um nível de 0,01 (bicaudal); \* Correlações significativas a um nível de 0,05 (bicaudal)

Da análise das correlações de Spearman entre as medidas de autocuidado para reduzir o consumo de sal e os indicadores de eficácia, notámos as seguintes correlações significativas, que constam do quadro 35:

**Quadro 35** – Correlações de Spearman entre as medidas de autocuidado para restringir o consumo de sal e os indicadores de eficácia do autocuidado

<i>Spearman (rho)</i>	<b>GPI em Kg</b>	<b>GPI em % Peso Seco</b>
Evitar o sal à mesa	-0,138**	-
Verificar a quantidade de sal nos rótulos dos produtos	-0,141*	0,145*

\*\* Correlações significativas a um nível de 0,01 (bicaudal); \* Correlações significativas a um nível de 0,05 (bicaudal)

- A medida de autocuidado “*Evitar usar sal à mesa*” estava negativamente correlacionada (-0,138\*) com o GPI em Kg, o que significa que quanto mais se evita o sal menor o GPI, o que é consistente com as observações de Tomson (2001);
- A medida “*Verificar a quantidade de sal nos rótulos dos produtos*” estava negativamente correlacionada (-0,141\*) com o GPI em Kg; e (-0,145\*) com o GPI em percentagem do peso seco, o que significa que os sujeitos que mais se preocupam em verificar o teor de sal nos rótulos, menos peso interdialítico tendem a acumular.

Não encontramos correlações de Spearman significativas entre as medidas de autocuidado para restringir o potássio na dieta e o nível sérico do potássio pré-diálise.

Entre as medidas de autocuidado para restringir o fósforo na dieta e o nível sérico do fosfato pré-diálise, observamos as seguintes correlações significativas, apresentadas no quadro 36:

**Quadro 36** – Correlações de Spearman entre as medidas de autocuidado para restringir o fósforo na dieta e os indicadores de eficácia do autocuidado

<i>Spearman (rho)</i>	<b>Fósforo Pré-HD</b>
Evitar chocolate e cacau	-0,190**
Comer pouca carne ou peixe às refeições	-0,156*

\*\* Correlações significativas a um nível de 0,01 (bicaudal); \* Correlações significativas a um nível de 0,05 (bicaudal)

- A medida “*Evitar chocolate e cacau*” estava negativamente correlacionada (-0,190\*) com o fosfato sérico pré-diálise;
- A medida “*Comer pouca carne ou peixe às refeições*” estava negativamente correlacionada (-0,156\*) com o fosfato sérico pré-diálise;

Também notamos que o indicador do estado nutricional (Albumina sérica pré-diálise) apresentava correlações significativas com as duas anteriores medidas de autocuidado para restringir o fósforo na dieta:

- Estava negativamente correlacionada (-0,131\*) com a medida de autocuidado “*Evitar chocolate e cacau*”;
- E também estava negativamente correlacionada (-0,179\*) com a medida “*Comer pouca carne ou peixe às refeições*”. Os dados sugerem que os esforços para reduzir os níveis de fósforo podem afetar a nutrição. Por isso pode ser preferível conjugar uma maior liberdade no consumo destes alimentos com a prescrição de fixadores do fósforo.

Relativamente às medidas de autocuidado gerais para gerir a dieta encontramos as seguintes correlações significativas com os indicadores de eficácia do autocuidado (GPI em Kg; GPI em percentagem do peso seco; e fósforo sérico pré-diálise), como resume o quadro 37:

**Quadro 37** – Correlações de Spearman entre as medidas de autocuidado gerais para gerir a dieta e os indicadores de eficácia do autocuidado

<i>Spearman (rho)</i>	<b>GPI em Kg</b>	<b>GPI % Peso Seco</b>	<b>Fósforo Pré-diálise</b>
Seguir a dieta recomendada	-0,244**	-0,171**	-0,153*
Procurar informação sobre a dieta	-0,131*	-	-
Aceitar as restrições/acomodar-se	-0,282**	-0,187**	-0,125*
Comer os alimentos ricos em potássio imediatamente antes da diálise	-	-	0,129*

\*\* Correlações significativas a um nível de 0,01 (bicaudal); \* Correlações significativas a um nível de 0,05 (bicaudal)

- A medida de autocuidado “*Seguir a dieta recomendada*” estava negativamente correlacionada (-0,244\*\*) com o GPI em Kg; (-0,171\*\*) com o GPI em percentagem do peso seco; e (-0,153\*) com o fosfato pré-diálise. Ou seja, parece que os sujeitos que seguem esta medida com mais frequência tendem a acumular menos peso e menos fósforo entre as diálises;
- A medida de autocuidado “*Procurar informação sobre a dieta*” surgiu negativamente correlacionada (-0,131\*) com o GPI em Kg, sugerindo que as pessoas que procuram mais informação conseguem ganhar menos peso. No entanto, é provável que alguns sujeitos não procurem tanta informação por terem vários anos de experiência do tratamento;

- A medida “*Aceitar as restrições/acomodar-se*” encontrava-se negativamente correlacionada (-0,282\*\*) com o GPI em Kg; (-0,187\*\*) com o GPI em percentagem do peso seco; e (-0,125\*) com o fósforo pré-diálise. Os resultados sugerem que os sujeitos que mais usam esta medida descrita no estudo I, (ou seja, os que mais aceitam e se acomodam à realidade da dieta), menos peso e menos fósforo acumulam entre as diálises.
- A medida “*Comer alimentos ricos em potássio imediatamente antes da diálise*” estava significativa e positivamente (0,129\*) correlacionada com o nível de fósforo pré-diálise. Este resultado sugere que esta medida não tem valor terapêutico, pois quem mais a utiliza, mais fósforo acumula entre os tratamentos.

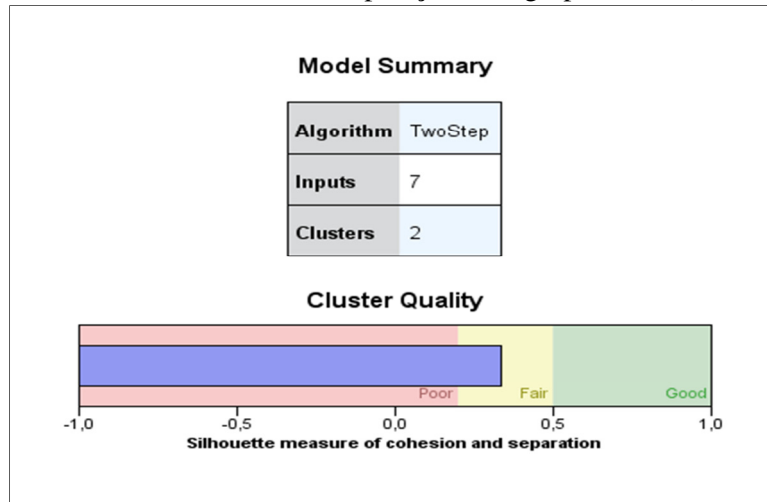
#### **4.2.8 – Análise de *clusters***

Procedemos a uma análise global dos dados para identificar como as variáveis ou os sujeitos se agrupam, de forma a encontrar modelos dos comportamentos de autocuidado, quer em função das variáveis que caracterizam os sujeitos do estudo (análise 1), quer em função das várias dimensões em que o autocuidado foi estudado (análise 2). Optámos pela análise de *clusters* como “*técnica exploratória de análise multivariada que agrupa sujeitos ou variáveis em grupos homogéneos, relativamente a uma ou mais características comuns*” (Marôco, 2011, p. 531). Este procedimento descritivo permite identificar agrupamentos que passariam despercebidos ao investigador e avaliar a dimensionalidade da matriz de dados e colocar hipóteses relativas às relações estruturais entre variáveis (Marôco, 2011, p. 531).

##### **4.2.8.1 – Análise de *clusters* focada nas variáveis que caracterizam a amostra**

Para compreender de que forma as características dos sujeitos estudados formam agrupamentos homogéneos, seleccionámos as seguintes sete variáveis centrais, tidas como relevantes pela análise estatística anterior: variáveis categóricas (sexo; agregado familiar; entidade que prepara as refeições; e diurese) e variáveis contínuas (idade; peso seco; e Kt/V). O *TwoStep Cluster* (SPSS; versão 21) permitiu gerar dois agrupamentos com um perfil de coesão e de separação considerado “aceitável” (fair) com um nível de 0,3 (figura 3).

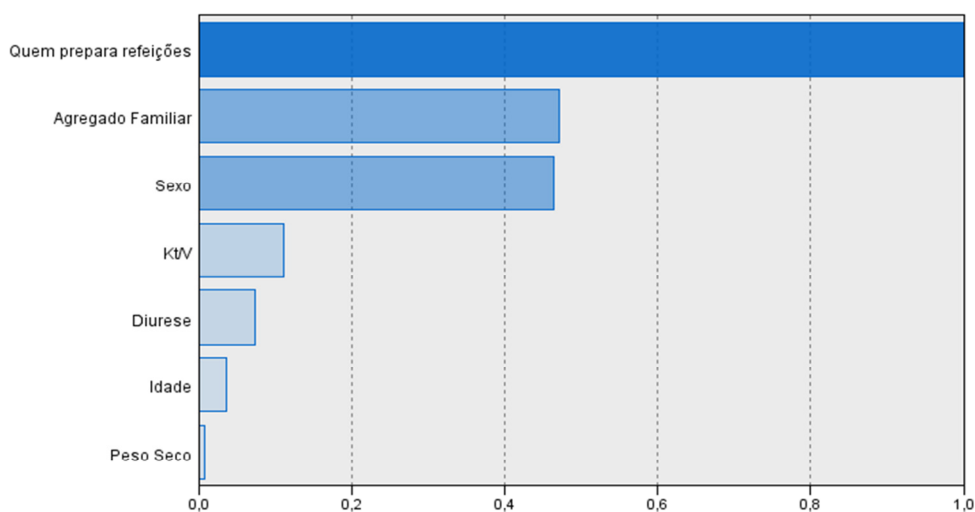
**Figura 3** – Perfil de coesão e de separação dos agrupamentos (análise 1)



A partir dos 254 sujeitos e das sete variáveis consideradas centrais, foram gerados dois agrupamentos, um com 164 sujeitos (64,6%) e outro com 90 sujeitos (35,4%).

A importância das variáveis estudadas neste modelo é apresentada pelo gráfico 16, que mostra que o principal preditor é a “Entidade que prepara as refeições” (1,00), seguido do “Agregado familiar” (0,47) e do “Sexo” (0,46). À variável “Kt/V”, que traduz a eficácia dialítica (0,11), tal como à “Diurese” (0,07), à “Idade” (0,04) e ao “Peso seco” (0,01) foi atribuída menor importância na distinção dos agrupamentos.

**Gráfico 16** – Importância dos preditores do modelo de agrupamento (análise 1)





Cada agrupamento reúne características que o distingue do outro em relação à amostra. Tendo em conta a importância preditiva das variáveis do modelo, definimos o agrupamento 1 por “*Autonomia na preparação das refeições*” (Preparação Refeições - A) e o agrupamento 2 por “*Apoio do cônjuge na preparação das refeições*” (Preparação Refeições – AC), como retrata o quadro 38.

**Quadro 38** – Distribuição dos sujeitos pelos agrupamentos (análise 1)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Preparação Refeições - A	164	64,6	64,6	64,6
Preparação Refeições - AC	90	35,4	35,4	100,0
Total	254	100,0	100,0	

O gráfico 17 caracteriza as principais diferenças na distribuição das variáveis de caracterização da amostra entre o agrupamento 1 (*Autonomia na preparação das refeições*) e o agrupamento 2 (*Apoio do cônjuge na preparação das refeições*).

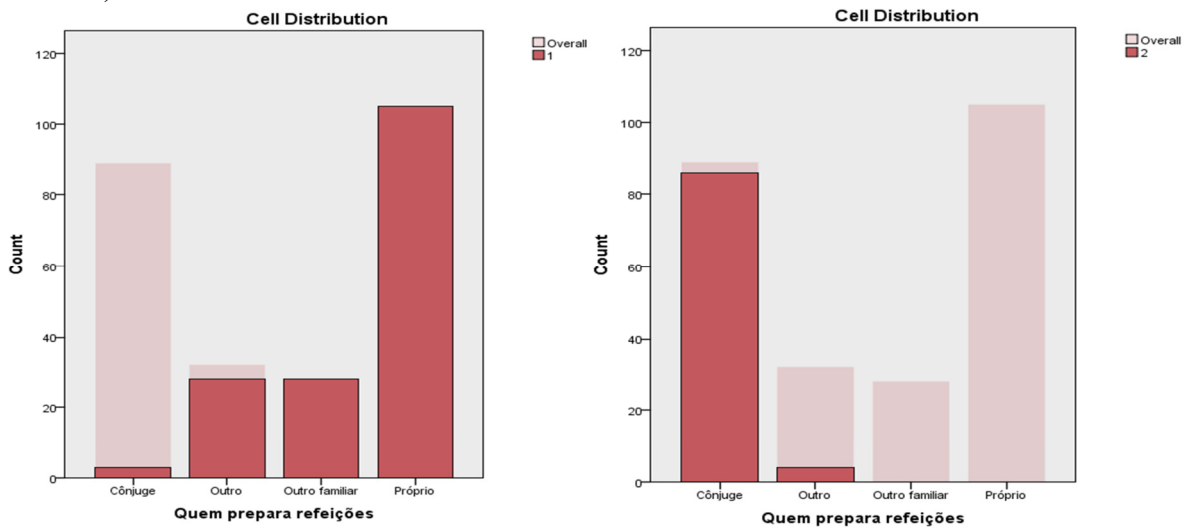
**Gráfico 17** – Distribuição das variáveis de caracterização da amostra pelos agrupamentos (análise 1)

Cluster	Label	Description	Size	Inputs						
1		Autonomia na preparação das refeições	 64,6% (164)	Quem prepara refeições	Agregado Familiar	Sexo Feminino (66,5%)	KIV 2,08	Diurese Anúria (37,2%)	Idade 63,71	Peso Seco 70,80
2		Apoio do cônjuge na preparação das refeições	 35,4% (90)	Quem prepara refeições	Agregado Familiar Cônjuge (82,2%)	Sexo Masculino (97,8%)	KIV 1,85	Diurese	Idade 67,89	Peso Seco 74,52

De uma forma mais detalhada podemos notar que:

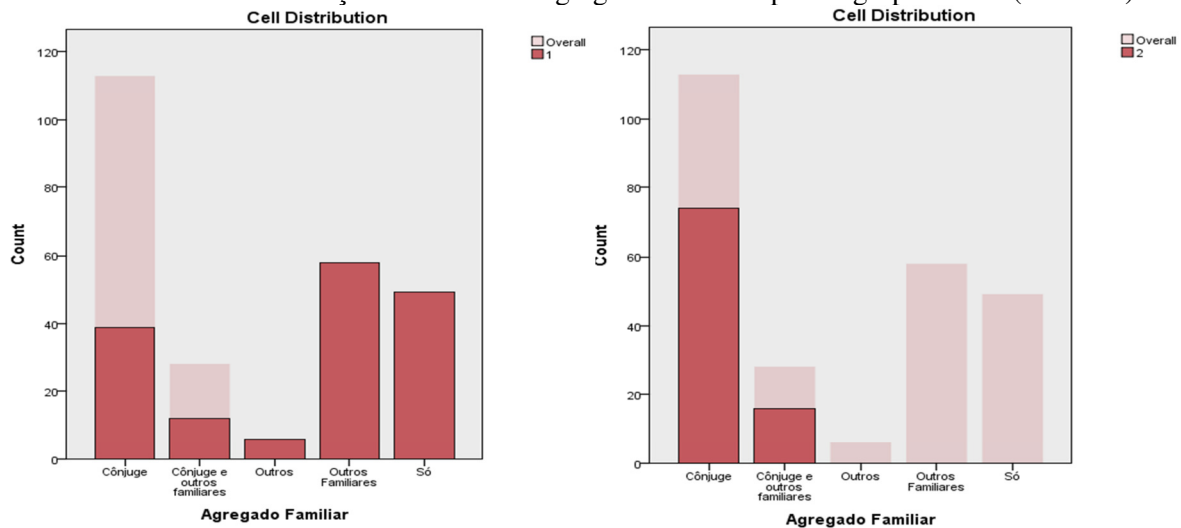
- O gráfico 18 mostra que em relação à variável *Entidade que prepara as refeições*, no agrupamento 1 predominava a categoria “O próprio” (104; 64,0%) e no agrupamento 2 predominava a categoria “Cônjuge” (86; 95,6%). Como o agrupamento 2 é maioritariamente masculino, são geralmente as mulheres que preparam as suas próprias refeições e que apoiam os homens na preparação das refeições, contribuindo assim para a gestão da dieta;

**Gráfico 18** – Distribuição da variável “Entidade que prepara as refeições” pelos agrupamentos (análise 1)



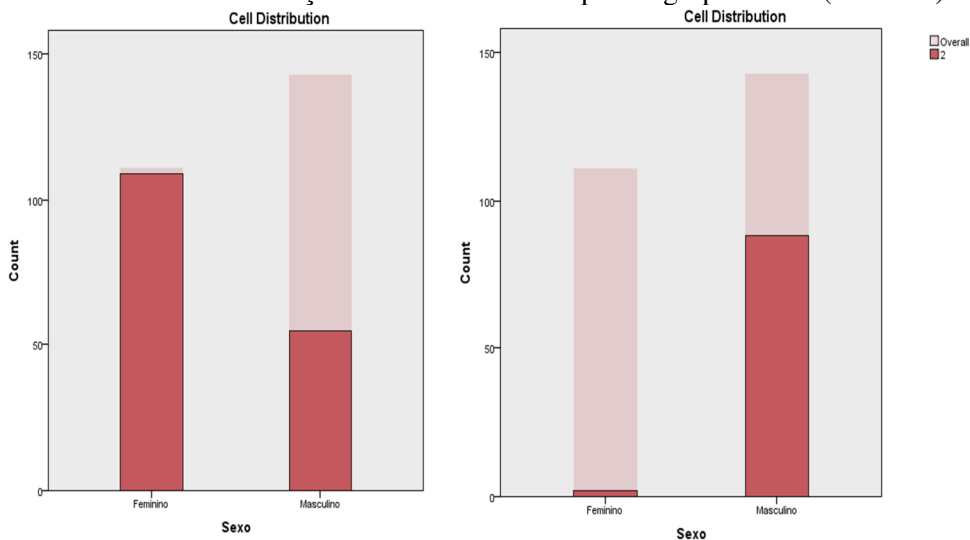
- Em relação à variável “Agregado familiar”, no agrupamento 1 predominava a categoria “Outros familiares” (58; 35,4%), enquanto no agrupamento 2 predominava a categoria “Cônjuge” (74; 82,2%), como mostra o gráfico 19;

**Gráfico 19** – Distribuição da variável “Agregado familiar” pelos agrupamentos (análise 1)



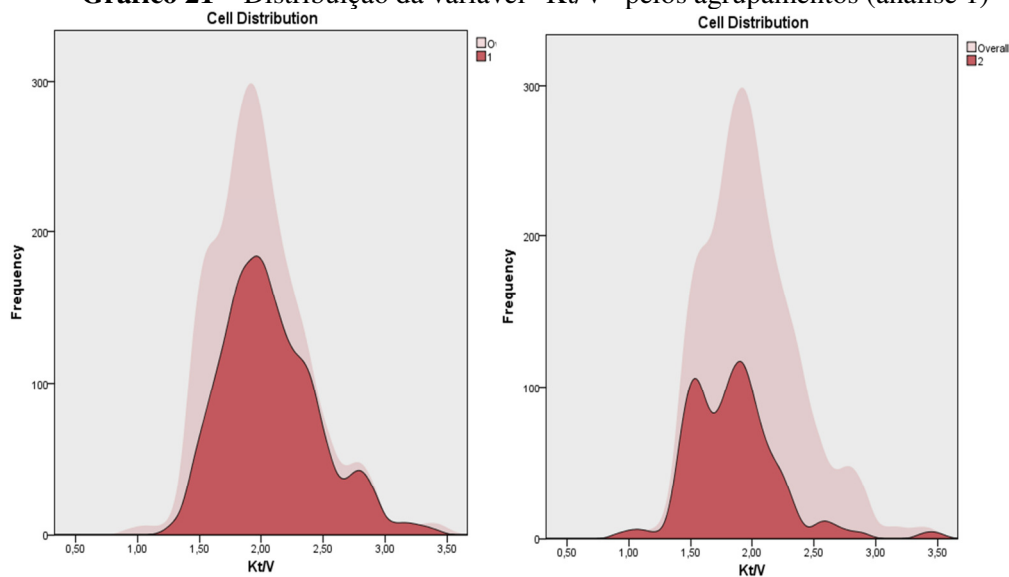
- Em relação à variável “Sexo”, no agrupamento 1 predomina o feminino (109; 66,5%), enquanto no agrupamento 2 predomina o masculino (88; 97,8%), como revela o gráfico 20;

**Gráfico 20** – Distribuição da variável “Sexo” pelos agrupamentos (análise 1)



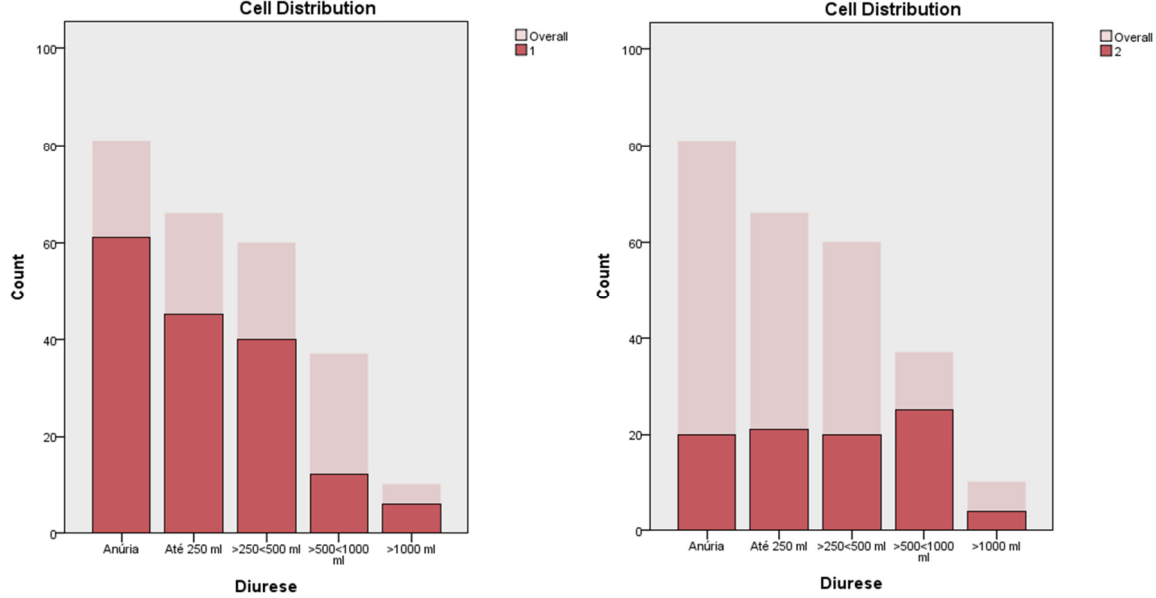
- Em relação à variável “Kt/V”, no agrupamento 1 a média foi 2,08 e superior à média de 1,85 verificada no agrupamento 2, como revela o gráfico 21.

**Gráfico 21** – Distribuição da variável “Kt/V” pelos agrupamentos (análise 1)



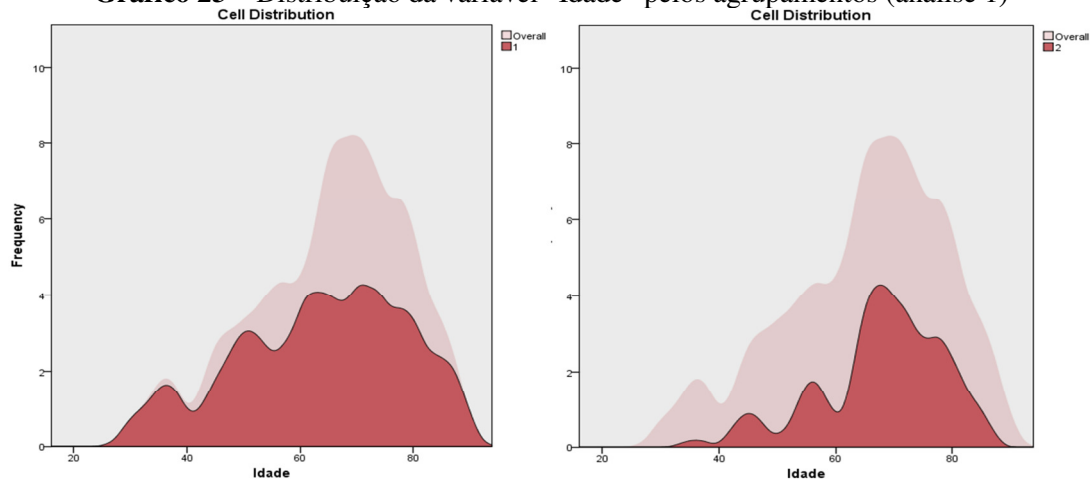
- Em relação à variável “Diurese”, no agrupamento 1 predominava a categoria anúria (61;37,2%), enquanto no agrupamento 2 predominava a categoria superior a 500 e até 1000ml (25;27,8%), como apresentado no gráfico 22. Este resultado mostra que o agrupamento 1 terá maior dificuldade em gerir os líquidos.

**Gráfico 22 – Distribuição da variável “Diurese” pelos agrupamentos (análise 1)**



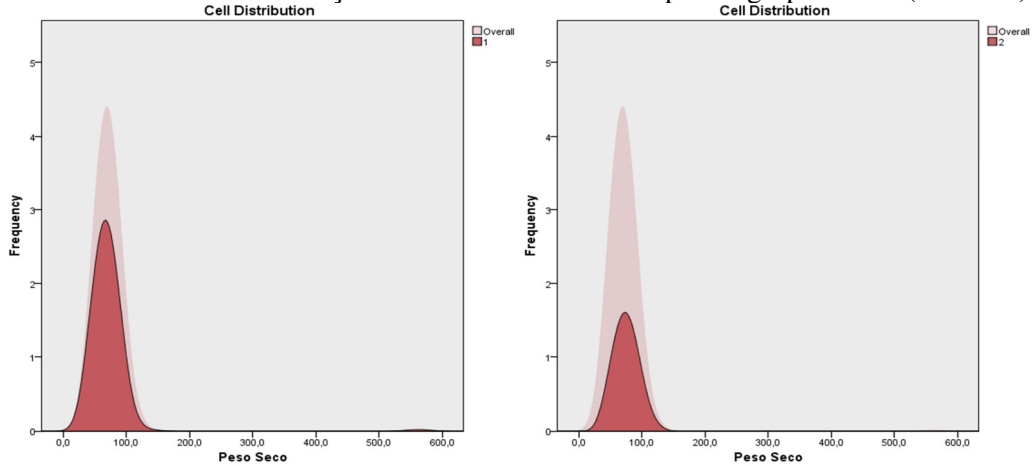
- Em relação à variável “*Idade*”, no agrupamento 1 a média observada foi de 63,71 anos, inferior à média de 67,89 anos verificada no agrupamento 2 (gráfico 23);

**Gráfico 23 – Distribuição da variável “Idade” pelos agrupamentos (análise 1)**



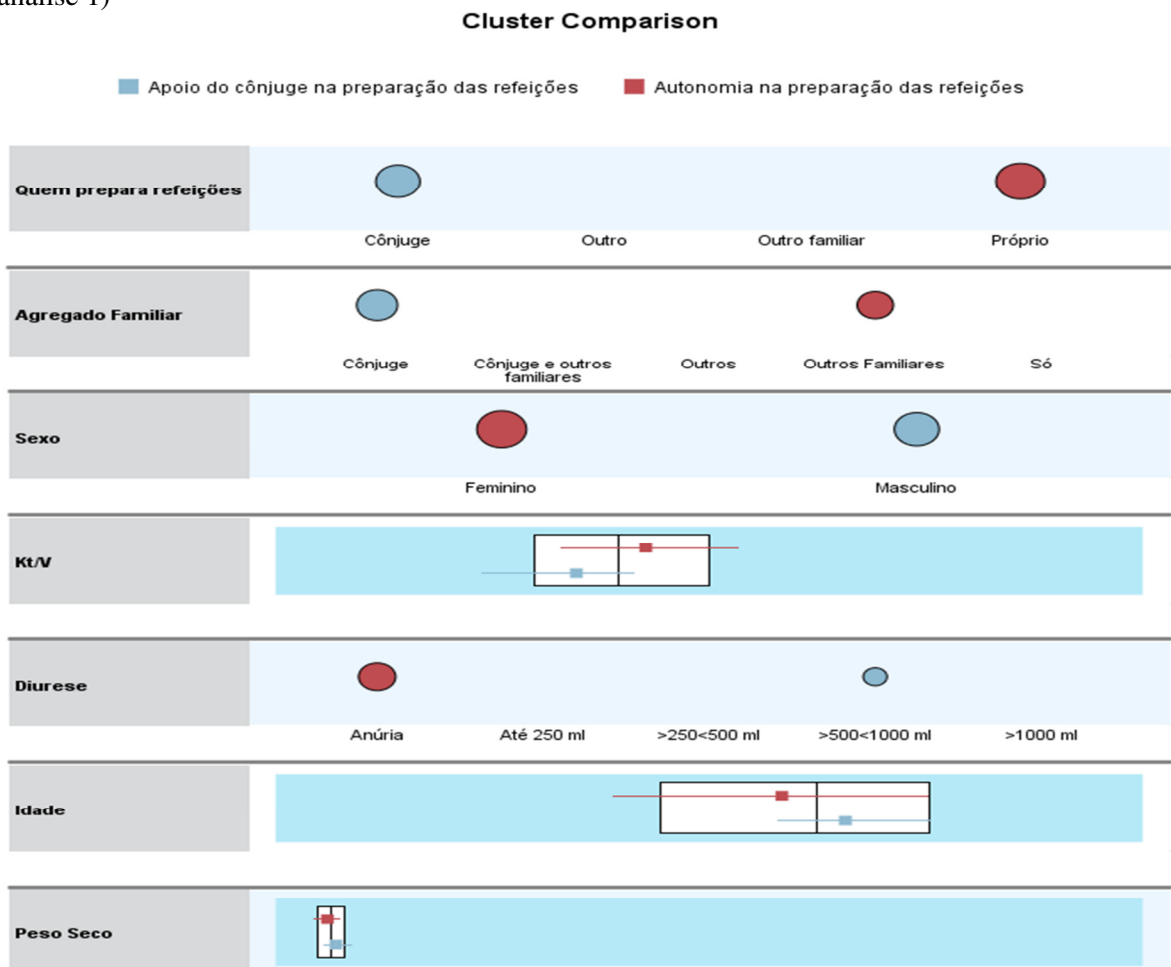
- Em relação à variável “*Peso seco*”, no agrupamento 1 a média observada foi de 70,80 Kg e inferior à média de 74,52 Kg verificada no agrupamento 2 (gráfico 24). Os dados sugerem que o agrupamento com mais mulheres tende a apresentar um peso seco inferior ao agrupamento onde prevalecem os homens.

**Gráfico 24** – Distribuição da variável “Peso seco” pelos agrupamentos (análise 1)



A figura 4 resume as principais diferenças na distribuição das variáveis de caracterização da amostra entre os agrupamentos.

**Figura 4** – Diferenças na distribuição das variáveis de caracterização da amostra pelos agrupamentos (análise 1)



Em síntese, o agrupamento 1 (*Autonomia na preparação das refeições*) é caracterizado por sujeitos que tendem a confeccionar as próprias refeições, que vivem com outros familiares e em que predomina o sexo feminino. O agrupamento 2 (*Apoio do cônjuge na preparação das refeições*) caracteriza-se por sujeitos que geralmente recebem apoio do cônjuge para preparar as refeições, que vivem com o cônjuge e que são maioritariamente do sexo masculino. Os sujeitos do agrupamento 1 são ligeiramente mais novos e têm um peso seco ligeiramente inferior ao dos sujeitos do agrupamento 2, mas o Kt/V é ligeiramente superior ao do agrupamento 2.

Testámos a diferença de utilização das medidas de autocuidado em cada uma das dimensões, pelos dois agrupamentos: (1) *Autonomia na preparação das refeições*; (2) *Apoio do cônjuge na preparação das refeições*. Apenas observámos diferença significativa entre os agrupamentos quanto à frequência de utilização de medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica ( $t=2,852$ ;  $gl=252$ ;  $p=0,005$ ).

Não achámos diferenças significativas entre os agrupamentos (*Autonomia na preparação das refeições*; e *Apoio do cônjuge na preparação das refeições*), quanto aos indicadores de eficácia (GPI em percentagem do peso seco; potássio ou fósforo sérico pré-diálise).

Encontrámos ainda várias diferenças significativas entre estes agrupamentos e algumas medidas de autocuidado, resumidas no quadro 39. Note-se que em todas as situações, os sujeitos do agrupamento 1 (*Autonomia na preparação das refeições*) apresentaram uma média de frequência de utilização das medidas de autocuidado, significativamente superior à média dos sujeitos do agrupamento 2 (*Apoio do cônjuge na preparação das refeições*).

**Quadro 39** – Diferença na utilização das medidas de autocuidado entre os agrupamentos (análise 1)

Medida de autocuidado	Mean Ranks	Mann Whitney U	p
Chupar cubos de gelo	1 – 134,45 2 – 114,83	U = - 2,741	p = 0,006
Chupar limão	1 – 133,27 2 – 116,99	U = - 2,422	p = 0,015
Medir a quantidade de líquidos que pode beber por dia	1 – 133,25 2 – 117,03	U = - 2,408	p = 0,016
Controlar o volume de líquidos em função dos sintomas	1 – 133,40 2 – 116,76	U = - 2,369	p = 0,018
Evitar beber álcool	1 – 140,15 2 – 104,46	U = - 4,216	p < 0,001

Pela análise, cujo detalhe pode ser consultado no Apêndice XI, concluímos que, na amostra em estudo:

- a) Os sujeitos do agrupamento 1 utilizavam mais vezes a medida de autocuidado “Chupar cubos de gelo” do que os sujeitos do agrupamento 2;
- b) Os sujeitos do agrupamento 1 utilizavam mais vezes a medida de autocuidado “Chupar limão” do que os sujeitos do agrupamento 2;
- c) Os sujeitos do agrupamento 1 utilizavam mais vezes a medida de autocuidado “Medir a quantidade de líquidos que pode beber por dia” do que os sujeitos do agrupamento 2;
- d) Os sujeitos do agrupamento 1 utilizavam mais vezes a medida de autocuidado “Controlar o volume de líquidos em função dos sintomas” do que os sujeitos do agrupamento 2;
- e) Os sujeitos do agrupamento 1 utilizavam mais vezes a medida de autocuidado “Evitar beber álcool” do que os sujeitos do agrupamento 2.

#### 4.2.8.2 – Análise de *clusters* das medidas de autocuidado

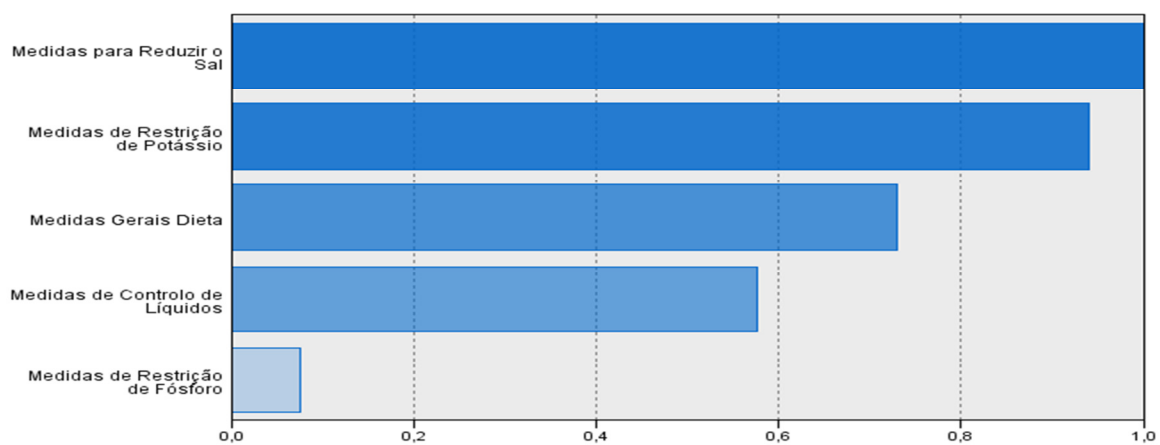
Para a segunda análise de *clusters* seleccionámos as variáveis relativas à frequência de utilização de medidas de autocuidado (para gerir os líquidos; para reduzir o sal; para restringir o potássio da dieta; para restringir o fósforo da dieta; e as medidas de autocuidado gerais para gerir a dieta) pretendendo identificar agrupamentos homogêneos, que traduzam um modelo da estrutura da matriz dos dados iniciais. A aglomeração automática dos *clusters* produziu um modelo aceitável” (fair), a um nível de 0,3 com dois agrupamentos finais (figura 5).

**Figura 5** – Perfil de coesão e de separação dos agrupamentos (análise 2)



A partir dos 254 sujeitos e das cinco variáveis centrais, foram gerados dois agrupamentos, um com 168 sujeitos (66,1%) e outro com 86 sujeitos (33,9%). A importância das medidas de autocuidado é apresentada pelo gráfico 25, que mostra que o principal preditor são as “Medidas de autocuidado para reduzir o consumo de sal” (1,00), seguidas das “Medidas de autocuidado para restringir o potássio na dieta” (0,94), das “Medidas de autocuidado gerais para gerir a dieta” (0,73); das “Medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica” (0,58) e das “Medidas de autocuidado para restringir o fósforo na dieta” (0,08).

**Gráfico 25** – Importância dos preditores do modelo de agrupamento (análise 2)



Cada agrupamento tem características que o torna homogêneo e que o distingue do outro agrupamento. Considerando a utilização das estratégias ou medidas de autocuidado nas diferentes dimensões (gráfico 26), definimos o agrupamento 1 por “Utilização mais frequente das medidas de autocuidado” e o agrupamento 2 por “Utilização menos frequente das medidas de autocuidado”, como consta do quadro 40.

**Gráfico 26** – Diferenças da frequência de utilização das medidas de autocuidado pelos agrupamentos (análise 2)

Cluster	Label	Description	Size	Inputs				
1		Utilização mais frequente das medidas de autocuidado	66,1% (168)	Estrat_RestrSal 4,31	Estrat_RestrK 3,89	Estrat_RestrGerais 2,69	Estrat_RestrLiquidos 2,62	Estrat_RestrFosf 3,97
2		Utilização menos frequente das medidas de autocuidado	33,9% (86)	Estrat_RestrSal 4,00	Estrat_RestrK 3,49	Estrat_RestrGerais 2,15	Estrat_RestrLiquidos 2,30	Estrat_RestrFosf 3,86

**Quadro 36** – Distribuição dos sujeitos pelos agrupamentos (análise 2)

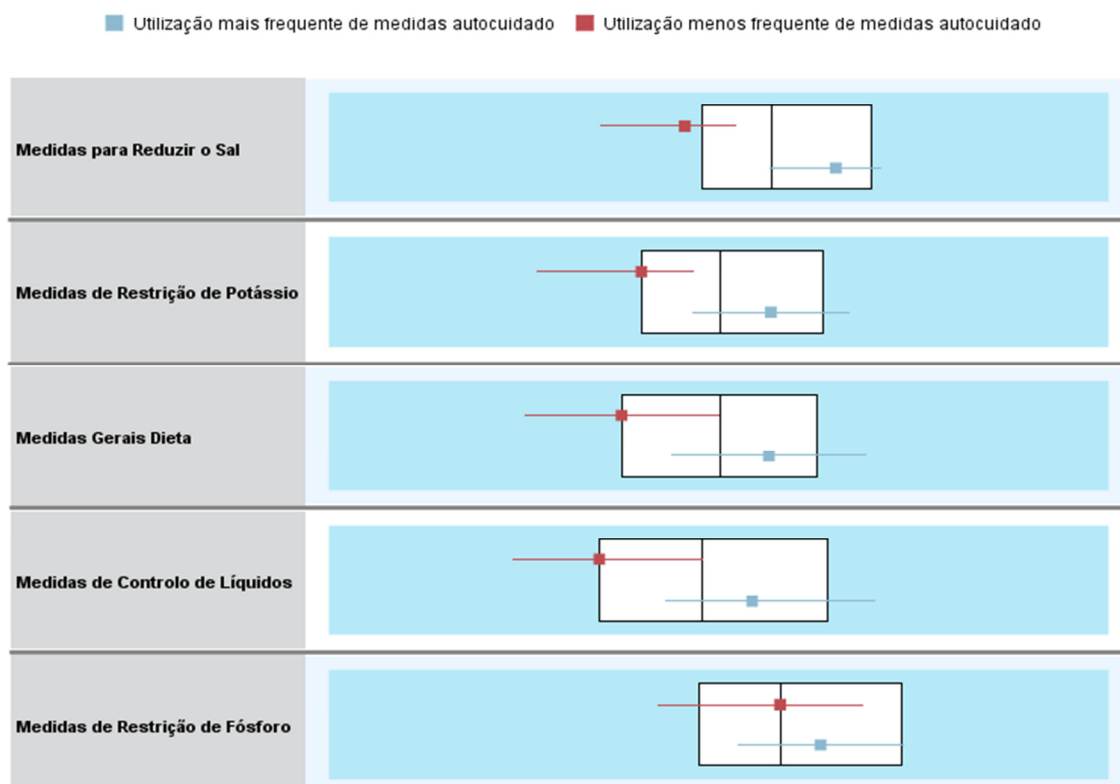
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Utilização mais frequente das medidas de autocuidado	168	66,1	66,1	66,1
	Utilização menos frequente das medidas de autocuidado	86	33,9	33,9	100,0
	Total	254	100,0	100,0	

De uma forma mais detalhada, a figura 6 revela as diferenças entre os agrupamentos quanto às medidas de autocuidado, nas diferentes dimensões. Cada *boxplot* apresenta a distribuição da frequência de utilização global de cada dimensão de autocuidado, registrando a mediana e os intervalos interquartis (25 e 75). Os marcadores quadrados e as linhas horizontais indicam, respectivamente, a mediana e a amplitude da distribuição de cada agrupamento, quanto à frequência de utilização das medidas de autocuidado.

Da análise das variáveis resulta que apenas em relação às “*Medidas de autocuidado para restringir o consumo de sal*”, ocorre um maior afastamento entre as medianas da distribuição de cada agrupamento, em relação ao valor da mediana da distribuição global. Neste caso, a mediana do agrupamento 1 (*Utilização mais frequente das medidas de autocuidado*) fica no quartil 25 e a mediana do agrupamento 2 (*Utilização menos frequente das medidas de autocuidado*) situa-se no quartil 75, mostrando uma grande diferença entre os agrupamentos, quanto ao uso de medidas de autocuidado nessa dimensão.

Já em relação às outras dimensões do autocuidado (*Medidas de autocuidado para restringir o potássio na dieta; Medidas de autocuidado gerais para gerir a dieta; e Medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica*) as respectivas medianas das distribuições dos dois agrupamentos afastam-se menos do valor da mediana da distribuição global, tornando as diferenças entre os agrupamentos menos acentuadas. Mesmo assim, a mediana do agrupamento 2 (*Utilização menos frequente das medidas de autocuidado*) situa-se sempre no limite do quartil 25. Na dimensão das “*medidas de autocuidado para restringir o fósforo na dieta*”, as medianas dos dois agrupamentos ainda se afastam menos da mediana da distribuição global desta dimensão. Esta análise traduz a maior importância que o modelo confere à dimensão “*medidas de autocuidado para restringir o consumo de sal*” e a menor importância da dimensão “*medidas de autocuidado para restringir o fósforo na dieta*”.

**Figura 6 –** Diferenças na utilização das medidas de autocuidado entre os agrupamentos (análise 2)  
**Cluster Comparison**



Testámos de seguida as relações entre estes dois agrupamentos, as variáveis de caracterização da amostra e os critérios de eficácia do autocuidado. O quadro 41 resume as diferenças significativas observadas entre o agrupamento 1 (*Utilização mais frequente das medidas de autocuidado*) e o agrupamento 2 (*Utilização menos frequente das medidas de autocuidado*), em relação às variáveis de caracterização da amostra e os indicadores de eficácia do autocuidado. Os detalhes dos testes estatísticos estão disponíveis no Apêndice XII.

**Quadro 37 –** Diferença na utilização das medidas de autocuidado entre os agrupamentos (análise 2)

Variáveis	Mean Ranks	Mann Whitney U	p
Idade	1 – 139,53 2 – 104,01	U = -3,648	p < 0,001
Peso seco	1 – 119,21 2 – 143,70	U = -2,514	p = 0,012
GPI em Kg	1 – 112,35 2 – 157,10	U = 4,597	p < 0,001
Albumina Pré-HD	1 – 117,22 2 – 146,33	U = 2,989	p = 0,003
Kt/V	1 – 141,29 2 – 100,56	U = -4,182	p < 0,001

Assim, podemos concluir que:

- f) Os sujeitos do agrupamento 1 tinham idade superior aos sujeitos do agrupamento 2, o que nos leva a admitir que os sujeitos mais velhos usavam mais frequentemente as medidas de autocuidado. Estes dados são consistentes com os estudos que referem que os doentes mais novos aderem menos ao tratamento (Kutner, Zhang, McClellan, & Cole, 2002);
- g) Os sujeitos do agrupamento 1 tinham um peso seco inferior ao dos sujeitos do agrupamento 2;
- h) Os sujeitos do agrupamento 1 tinham um GPI (Kg), inferior ao dos sujeitos do agrupamento 2, o que nos faz admitir que os sujeitos com menor GPI (Kg) eram os que usavam mais frequentemente as medidas de autocuidado;
- i) Os sujeitos do agrupamento 1 tinham um nível de albumina sérica pré-diálise inferior ao dos sujeitos do agrupamento 2, o que nos leva a admitir que os sujeitos com um nível de albumina sérica inferior eram os que usavam mais frequentemente as medidas de autocuidado (que também eram mais velhos);
- j) Os sujeitos do agrupamento 1 tinham um Kt/V superior ao dos sujeitos do agrupamento 2, o que sugere que os sujeitos com maior eficácia dialítica eram os que usavam mais frequentemente as medidas de autocuidado, os mesmos que também tinham menor GPI (Kg);
- k) A distribuição do sexo não é homogénea entre os agrupamentos 1 e 2 ( $\chi^2=22,090$ ; gl=1;  $p<0,001$ ). A proporção de mulheres era maior entre os sujeitos que usavam mais frequentemente as medidas de autocuidado do que entre os sujeitos que as usavam menos vezes;

#### **4.3 – Discussão dos resultados globais**

Os dois estudos realizados realçam a complexidade da gestão hídrica e da dieta na pessoa com DRC em programa de HD. A análise das entrevistas mostrou que gerir os líquidos e as restrições da dieta estão entre as principais dificuldades percebidas pelos doentes, o que é consistente com outros estudos (Yeh & Chou, 2007; Denhaerynck, 2007; Welch & Austin, 2001; Cristóvão, 1999; Leggat, et al., 1998; Lok, 1996; Gurklis & Menke, 1995). Mas também mostrou que os sujeitos parecem usar predominantemente o coping centrado na resolução de problemas, o que permite exercer algum controlo sobre a situação (Lazarus &

Folkman, 1984). O primeiro estudo realçou a importância do apoio dos elementos femininos da família e da equipa de saúde na gestão dessas dificuldades. Tais achados justificam a necessidade dos enfermeiros de nefrologia não só compreenderem os mecanismos adaptativos usados pela pessoa com DRC em HD, como dominarem as várias medidas de autocuidado para gerir cada problema, de forma a melhor poderem orientar e aconselhar os doentes.

O segundo estudo revelou que a maioria (58,7%) dos sujeitos era idosa, que 55,5% da amostra vivia com o cônjuge e/ou outros familiares e que 31,9% eram anúricos. Sendo os compromissos cognitivos e as limitações físicas e sensitivas tão comuns nos idosos, há vantagem num acompanhamento regular de enfermagem, capaz de identificar precocemente os défices de autocuidado e de oferecer a ajuda necessária, através do sistema de apoio-educação (Orem, 2001). Atendendo ao tipo de agregado familiar dominante e às exigências do tratamento, mais se justifica envolver os familiares ou os elementos significativos no processo de cuidados.

A avaliação da eficácia do autocuidado, usando como critérios os valores do GPI e os níveis séricos do potássio e fósforo pré-diálise, parece mais favorável que a observada em estudos sobre adesão ao tratamento (Lindberg M. , 2010; Denhaerynck, 2007; Kugler, 2005; Kutner, Zhang, McClellan, & Cole, 2002; Vlaminck, Maes, Jacob, Reyntjens, & Evers, 2001). Embora os nossos resultados sugiram eficácia na gestão hídrica e alimentar, não podemos ignorar que nos estudos anteriores os doentes eram tratados com hemodiálise convencional e que a hemodiafiltração (modalidade recente), proporciona elevados níveis de eficácia dialítica (superior a 2 em 42% dos sujeitos), que muito contribuem para alcançar aqueles valores.

Os resultados mostram que a diurese tende a diminuir com a idade e com tempo de tratamento, o que sugere que a pessoa com DRC em HD venha a enfrentar crescentes dificuldades na gestão hídrica. Os doentes precisam de compreender as alterações fisiológicas associadas à doença e ao tratamento, para não alimentarem a crença de que deixam de urinar porque cumprem o tratamento prescrito. Observámos também que o GPI era menor em doentes com medicação IECA, o que pode constituir mais um recurso para gerir a sede em alguns doentes hipertensos (Vennegoor, 2005; Parker, 1998).

Verificámos que os sujeitos usavam várias medidas de autocuidado para gerir os líquidos e as restrições dietéticas. Para controlar os líquidos os doentes parecem usar muito frequentemente medidas restritivas como evitar expor-se ao sol, evitar refeições muito condimentadas ou alimentos com muita água, e evitar ultrapassar o volume de líquido aconselhado por dia. As medidas de autocuidado menos usadas parecem ser incómodas ou difíceis de operar, como controlar o peso, ou beber só para tomar a medicação. Notámos que

os sujeitos usavam com muita frequência a maioria das medidas para reduzir o sal (evitar os produtos instantâneos ou pré-preparados, evitar os salgados, o sal à mesa ou reduzir o sal na cozinha) o que significa que estavam cientes da importância de controlar a sede. Ao contrário, era raro verificarem o teor de sal nos rótulos dos produtos, talvez por não estarem sensibilizados para o efeito, ou por terem dificuldade em ler. A preocupação com o sal também emergiu da análise das entrevistas. Para restringir o potássio da dieta, os doentes afirmaram evitar sobretudo comer frutos e leguminosas secas, vegetais crus e comer mais que duas peças de fruta crua por dia. Também costumavam descascar as batatas e cortá-las aos pedaços antes de as cozer. Mais raro era comer fruta cozida, demolhar e cozer os legumes e as batatas em duas águas. Os sujeitos parecem optar por medidas mais práticas e fáceis de implementar, o que pode corresponder à aprendizagem e à intencionalidade da ação do autocuidado (Orem, 2001). As medidas mais usadas para restringir o fósforo incluíam evitar comer vísceras, oleaginosas, produtos integrais, farinhas lácteas e chocolate. Ao invés, era menos frequente reduzir o consumo de pão e de leite, possivelmente por serem alimentos mais acessíveis para doentes idosos com menor rendimento, e melhor tolerados em pessoas com problemas na mastigação. Nem sempre os baixos níveis séricos de potássio e de fósforo significam eficácia no autocuidado, pois podem acompanhar a malnutrição, que está associada ao aumento da mortalidade (Vennegoor, 2005; Roberts, 1998). Nesse sentido, é importante considerar a albumina sérica e aspetos que aumentem o catabolismo proteico, como a presença de infeção. Neste estudo, apenas 3,5% dos doentes apresentaram uma albumina sérica abaixo dos 3,5 g/dL recomendados (Daugirdas & Kjellstrand, 2003). Em relação a algumas medidas gerais para gerir a dieta, que emergiram da análise das entrevistas, observámos que era frequente os sujeitos acomodarem-se às restrições e seguir a dieta recomendada, enquanto era muito pouco frequente os comerem alimentos ricos em potássio imediatamente antes da diálise. Estes resultados mostram que os sujeitos se esforçam por se adaptarem às exigências do tratamento. Contudo, alguns doentes acreditam que o potássio ingerido um pouco antes da diálise é depurado durante a sessão de HD. É importante que estes doentes sejam esclarecidos de que a absorção dos alimentos pode levar horas, inviabilizando a depuração do potássio durante a diálise (NephroCare, 2006; Vennegoor, 2005). Tal comportamento pode ser considerado mal adaptativo (Lazarus & Folkman, 1984) e colocar a pessoa em risco.

O estudo correlacional pretendeu avaliar a eficácia das medidas de autocuidado em função de critérios como o GPI e os níveis séricos de potássio e de fósforo. Em relação à gestão dos líquidos, constatámos que as medidas *“Evitar comer refeições muito*

*condimentadas*”, “*Beber só para tomar os comprimidos*” e “*Evitar beber álcool*” estavam significativamente e negativamente correlacionadas com o GPI (em Kg e em percentagem do peso seco), o que sugere o valor terapêutico dessas ações de autocuidado (Orem, 2001). Também as medidas para reduzir o sal como “*Evitar o sal à mesa*”, e “*Verificar a quantidade de sal nos rótulos dos produtos*” estavam significativa e negativamente correlacionadas com o GPI, mostrando o seu valor terapêutico. Ao contrário, encontramos correlações significativas e positivas entre as medidas “*Comer sopa espessa*”, “*Beber líquidos frios*” e “*Controlar os líquidos em função dos sintomas*” e os valores do GPI (em Kg e em percentagem do peso seco), o que significa que podem favorecer a acumulação de líquidos e não terem valor terapêutico. Alguns doentes referem que os líquidos frios saciam a sede por pouco tempo, sentindo-se tentados a beber mais. Outros afirmam que espessam a sopa com pão, revelando défice no autocuidado e necessitar de educação e orientação (Orem, 2001). Também registámos que as medidas “*Evitar chocolate e cacau*” e “*Comer pouca carne ou peixe às refeições*” apresentavam correlação significativa e negativa com o fósforo, sugerindo assim o seu valor terapêutico. Da mesma forma, medidas gerais como “*Seguir a dieta recomendada*” e “*Aceitar/acomodar-se às restrições*” (medidas sugeridas pelos informantes do estudo I) revelaram correlações significativas e negativas, quer com o GPI (em Kg e em percentagem do peso seco), quer com o fósforo sérico pré-diálise. Estes achados são animadores e contrariam a opinião dos doentes que acreditam que cumprir a dieta aconselhada prejudica a saúde.

A análise de *clusters* centrada nas variáveis de caracterização da amostra permitiu identificar dois agrupamentos: o agrupamento 1 que designámos por “*Autonomia na preparação das refeições*” composto maioritariamente por sujeitos mais novos, do sexo feminino, anúricos, vivendo com familiares (que não o cônjuge), e que confeccionavam as suas próprias refeições; e o agrupamento 2 que designámos por “*Apoio do cônjuge na preparação das refeições*”, composto sobretudo por sujeitos mais velhos, do sexo masculino, com uma diurese entre 500 e 1000ml, vivendo com o cônjuge, que era quem lhes preparava as refeições. O conhecimento do perfil dos doentes pode ajudar o enfermeiro a identificar dificuldades no processo adaptativo dos doentes, e a planear intervenções que favoreçam o autocuidado. É interessante notar que os sujeitos do agrupamento 1 utilizavam significativamente mais vezes as medidas de autocuidado “*Medir o volume de líquido permitido por dia*” e “*Evitar o álcool*” que os sujeitos do agrupamento 2. Os dados sugerem que os homens, em maioria no agrupamento 2, beneficiam do apoio do cônjuge (feminino) na confeção das refeições, o que vai ao encontro dos achados do estudo qualitativo que revelava

que os elementos femininos da família eram um fator facilitador na gestão da dieta. Nesse sentido, esses familiares devem ser incluídos no sistema de apoio e educação e podem funcionar como agentes de autocuidado dependente (Orem, 2001).

Da análise de *clusters* focada nas medidas de autocuidado, resultaram também dois agrupamentos: o agrupamento 1 definido por “*Utilização mais frequente das medidas de autocuidado*” e o agrupamento 2 definido por “*Utilização menos frequente das medidas de autocuidado*”. A análise revelou que os sujeitos do agrupamento 1 utilizavam mais medidas de autocuidado, que os sujeitos do agrupamento 2. Isso ocorreu em todas as dimensões, mas a maior diferença registou-se em relação às medidas de autocuidado para reduzir o sal, precisamente a dimensão que mais importância conferiu a este modelo de análise. Este achado pode significar que os sujeitos que mais frequentemente implementam as ações de autocuidado, também valorizam mais as medidas para reduzir o sal e gerir a sede. De facto, este estudo mostrou que os sujeitos usavam mais as medidas de autocuidado para reduzir o sal (score médio de 4,20), do que as medidas de autocuidado nas restantes dimensões (scores médios entre 3,93 e 2,50). É de realçar que os sujeitos do agrupamento 1 eram significativamente mais velhos, com menor GPI (Kg) e com um Kt/V mais elevado que os sujeitos do agrupamento 2. É possível que os sujeitos do agrupamento 1 consigam maior eficácia na gestão hídrica avaliada pelo GPI em Kg, por mobilizarem mais medidas de autocuidado (Tomson, 2001), mas não se pode desprezar a possibilidade dos idosos terem um menor GPI por terem menos sede (Vennegoor, 2005). Contudo, revelando a complexidade deste processo, a mesma análise revelou que os sujeitos do agrupamento 1 tinham níveis de albumina significativamente inferiores aos do agrupamento 2, o que permite supor que o GPI pode também sofrer influência da alimentação. Ou seja, um GPI baixo pode não significar boa gestão hídrica, mas pior nutrição (Vennegoor, 2005). O mesmo se poderia afirmar em relação aos níveis de fósforo.

Estes resultados apontam a dificuldade em avaliar a eficácia das medidas para gerir os líquidos e a dieta nas pessoas com DRC em HD. Isso justifica a necessidade de desenvolver mais estudos para aprofundar esta área de conhecimento e de ser cauteloso na utilização dos critérios muito restritos para avaliar a eficácia da gestão hídrica e dietética nestes doentes.

## 5 – CONCLUSÕES

Nas próximas páginas começamos por apontar as limitações deste projeto, para depois apresentar as principais conclusões dos dois estudos. Concluímos refletindo sobre as implicações dos resultados na prática clínica, para a investigação e para a formação em enfermagem de nefrologia.

### Limitações dos estudos

A complexidade do presente projeto que envolveu dois estudos traz sempre algumas limitações. A natureza e os objetivos do estudo qualitativo sobre as *“Dificuldades e estratégias na gestão do regime terapêutico em pessoas com doença renal crónica em hemodiálise”* levaram à seleção intencional dos informantes, impedindo dessa forma a generalização dos resultados. Há sempre a possibilidade de outros informantes poderem oferecer dados dos quais podem emergir novas categorias e relações entre elas. Acreditamos que o recurso aos peritos para a construção do guião da entrevista e para a validação dos achados, tenha contribuído para a validade interna dos resultados desse estudo.

A realização do estudo sobre a *“Eficácia do autocuidado na gestão hídrica e dietética da pessoa com doença renal crónica em hemodiálise”* exigiu tomar decisões que certamente limitam a validade dos resultados. A amostra não é representativa porque: não incluiu elementos da população dos doentes renais em programa de hemodiálise tratados em hospitais centrais (habitualmente mais instáveis e muitos deles sujeitos a hemodiálise convencional); não incluiu elementos de todo o país, dadas as limitações económicas e geográficas do investigador; nem incluiu doentes elegíveis tratados em outros centros privados periféricos, que operam com equipamento distinto e adotam procedimentos diferentes, dificultando a comparação dos dados.

O instrumento de recolha de dados do segundo estudo obteve uma consistência interna geralmente fraca, mas não foi alterado porque a perda de alguns itens das escalas hipotecaria os objetivos do estudo.

Outro aspeto a realçar foi a morosidade para obter as autorizações para a realização dos estudos. Apesar de não ter havido dificuldade em obter o parecer favorável dos responsáveis clínicos dos centros de diálise, a resposta da Comissão de Ética demorou entre 6 a 9 meses, respetivamente para o primeiro e segundo estudo. O acesso aos dados laboratoriais nem sempre foi fácil, chegando em alguns casos a levar 3 meses.

O facto de as entrevistas terem sido conduzidas sempre pelo mesmo investigador, favoreceu a uniformidade de procedimentos, mas retardou o desenvolvimento do estudo. Também não foram incluídos entrevistadores para evitar recorrer a pessoas de outras unidades e/ou empresas privadas, situação que certamente causaria um desconforto entre as entidades envolvidas.

Finalmente há duas condições do segundo estudo que podem dificultar a comparação dos atuais resultados com outros: os critérios usados para avaliar a eficácia do autocuidado são dos mais usados na literatura, mas sabemos que não há consenso nesse domínio; todos os sujeitos foram tratados com hemodiafiltração, processo dialítico cada vez mais usado em Portugal, em vez da hemodiálise convencional, modalidade de tratamento que predominava até há poucos anos.

### *Principais conclusões dos estudos*

A doença renal crónica (DRC) é um problema de saúde pública, estimando-se que existam 800 mil pessoas nesta condição (Vital Health, 2015). A DRC evolui até ao estágio 5, em que a pessoa necessita de um tratamento substitutivo renal (TSR) que representa elevados custos para o sistema de saúde (KDIGO, 2013). A maioria (60,7%) das pessoas que carecem de TSR são tratadas em programa regular de hemodiálise (HD) e entre 2007 e 2014 o número de doentes em HD aumentou em cerca de 25,6% (Macário, 2015). A prevalência de doentes renais em HD é muito elevada, especialmente em idosos, chegando a atingir uma taxa de 3162,6 pmp (Macário, 2015). De entre as principais causas de DRC destacam-se a diabetes mellitus e a hipertensão arterial com uma incidência, respetivamente de 32,2% e 14,7% (Macário, 2015). O tratamento da pessoa com DRC em HD obriga a múltiplas restrições que condicionam a sua vida, desde a necessidade de realizar sessões de HD geralmente 3 vezes por semana, até às restrições hídricas e dietéticas.

Para compreender a forma como as pessoas com DRC em HD gerem o regime terapêutico, desenvolvemos dois estudos: o primeiro estudo qualitativo, descritivo e exploratório, visou identificar as dificuldades percebidas pelos doentes em relação ao

tratamento, as estratégias usadas para enfrentar essas dificuldades, bem como os fatores que condicionam a gestão do regime terapêutico; seguiu-se um estudo quantitativo, de tipo descritivo-exploratório, visando identificar a frequência com que os sujeitos usam as medidas de autocuidado para gerir as restrições hídricas e dietéticas, e para avaliar a eficácia dessas medidas de autocuidado. Para o efeito, considerámos o ganho de peso interdialítico (GPI) em percentagem do peso seco como indicador de eficácia da gestão da restrição hídrica, e os níveis de potássio e de fosforo séricos pré-diálise, como indicadores para avaliar a eficácia da gestão das restrições dietéticas.

Através da análise temática de conteúdo das 20 entrevistas realizadas no estudo I, concluímos que:

- A gestão das restrições hídrica e dietéticas estão entre as principais dificuldades enfrentadas pelos doentes, relacionadas com a gestão do tratamento da DRC em HD;
- Para enfrentar as dificuldades relacionadas com o tratamento, os informantes parecem combinar mecanismos de *coping* orientados para a resolução de problemas e centrados no controlo das emoções. Porém, em relação às restrições hídrica e dietética, os informantes parecem privilegiar as *estratégias orientadas para a resolução de problemas*, o que sugere poderem exercer algum controlo sobre essas situações, ou seja, percebem que os resultados podem depender das ações que desenvolvem.
- Também percebemos que as ações para controlar o sal na dieta são percebidas como medidas úteis para gerir a restrição hídrica. Entre as outras medidas mais usadas para gerir os líquidos constam “*reduzir o volume de líquidos ingerido*”, “*esforçar-se por não beber*”, “*avaliar a diurese*”; “*limitar a ingestão hídrica ao volume de uma garrafa por dia*”; “*controlar o ganho de peso interdialítico*”, “*chupar gelo*”; “*beber líquidos gelados*” e “*evitar alimentos doces e salgados*”
- Para gerir a restrição dietética foram referidas medidas como: “*moderar ou evitar consumo de certos alimentos*”; “*cozer os alimentos*”; “*comer pouco*”; “*reduzir o sal*”, “*cumprir a dieta com rigor*” e “*procurar informação*”;
- Do discurso dos informantes emergiram os seguintes principais fatores facilitadores da gestão hídrica e dietética: “*apoio dos técnicos*”, *apoio da família*”, “*manter a função renal residual*”; “*características da personalidade*”; Como fatores dificultadores da gestão do tratamento emergiram: “*estar habituado ao reforço hídrico*”; “*o calor do verão*” e “*ter de comer fora*”;

O estudo II, envolveu uma amostra de conveniência de 254 sujeitos com DRC tratados em centros de HD periféricos da região de Lisboa e Vale do Tejo e permitiu concluir que:

- Os sujeitos do estudo apresentaram uma média etária de 65 anos, com 58,7% acima dos 65 anos, o que revela uma população envelhecida, com valores próximos da população nacional;
- Entre os sujeitos do estudo predominava o sexo masculino (56,3%), o que se aproxima da distribuição deste tipo de doentes a nível nacional. Predominavam os sujeitos vivendo com o cônjuge (44,5%) ou com o cônjuge e outros familiares (11%), o que sugere a importância do apoio da família na gestão do regime terapêutico;
- A maioria (57,1%) dos sujeitos estava em tratamento hemodialítico entre 1 e 5 anos;
- Notámos que 41,4% preparavam as suas próprias refeições, enquanto 35% recebiam apoio do cônjuge na confeção das suas refeições;
- Observámos que 7,9% dos sujeitos eram fumadores e que só 25,6% eram diabéticos, condição que pode dificultar a gestão hídrica;
- A maioria apresentava diminuição da diurese, havendo 31,9% de doentes anúricos e 26% com diurese até 250 ml, condições que agravam a gestão dos líquidos. Só 3,9% dos sujeitos tinham uma diurese superior a 1000 ml;
- Também notámos que 38,2% da amostra cumpria medicação IECA, que pode contribuir para reduzir a sensação da sede (Vennegoor, 2005; Parker, 1998);
- Verificámos que a maioria (56,3%) dos sujeitos apresentou um GPI médio de até 2 Kg no último mês. Também a maioria (59,4%) registou um GPI até 3% do peso seco no último mês, o que sugere um bom controlo hídrico. De facto, apenas 10,2% dos doentes ultrapassaram o limite de 4% proposto pela EDTNA/ERCA e só 3,9% excederam um GPI de 5% do peso seco, critério de ineficácia aceite neste estudo. Estes dados sugerem fortemente que a amostra consegue uma boa gestão hídrica;
- Nos últimos três meses 77,2% da amostra apresentou um nível sérico de potássio pré-diálise entre 3 e 5,5 mEq/L e apenas 1,2% revelaram um potássio sérico superior a 6,5 mEq/L. De acordo com os critérios deste estudo, os dados também apontam para uma eficaz gestão da dieta;
- Ainda nos últimos três meses só 1,2% dos sujeitos apresentou um nível sérico de fósforo superior a 7,0 mg/dl, sugerindo que a larga maioria consegue uma boa gestão da dieta, seguindo o critério deste estudo. Contudo, 2,8% dos doentes apresentaram um nível de

fósforo inferior a 2,5 mg/dl, considerado fator de risco associado a eventual má nutrição (Daugirdas & Kjellstrand, 2003);

- Também nos últimos três meses notámos que 15% dos sujeitos apresentavam níveis baixos de albumina pré-diálise, o que pode eventualmente estar associado a má nutrição ou a elevado catabolismo proteico (Daugirdas & Kjellstrand, 2003);
- A eficácia dialítica no último mês traduziu-se por um Kt/V médio de 1,99. A maioria (99,2%) apresentou um Kt/V superior a 1,2, sendo que 42,1% dos sujeitos apresentaram um Kt/V superior a 2,0. Estes resultados podem dever-se à elevada eficácia associada à hemodiafiltração;

Relativamente à frequência de utilização das medidas de autocuidado nas diferentes dimensões (controlar a ingestão hídrica e gerir as restrições da dieta). Na primeira dimensão estudámos as medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica e para reduzir o sal. Na segunda dimensão estudámos as medidas de autocuidado para restringir o potássio, o fósforo, e as medidas gerais para gerir a dieta. A frequência de utilização das medidas de autocuidado foi traduzida em scores variando entre 1 e 5. Os resultados permitem concluir que:

- As medidas de autocuidado mais usadas para controlar a ingestão hídrica foram: *“evitar expor-se ao sol”*; *“evitar comer refeições muito condimentadas”*; *“evitar alimentos com muita água”*; *“evitar comer doces”*; e *“evitar ultrapassar a quantidade de líquido permitida por dia”*. Note-se que estas medidas são todas restritivas;
- As 10 medidas de autocuidado mais usadas para reduzir o consumo de sal foram: *“evitar os produtos instantâneos”*; *“evitar o molho de soja na comida”*; *“evitar comida asiática”*; *“evitar o ketchup”*; *“evitar fast food”*; *“evitar molhos pré-preparados”*; *“evitar usar o sal à mesa”*; *“reduzir o sal ao cozinhar”*; e *“evitar os enchidos/fumados”*. Tal como na dimensão anterior as medidas são todas restritivas e mostram a penosidade do tratamento;
- Das medidas mais usadas para reduzir o potássio da dieta destacamos: *“evitar comer frutos secos”*; *“evitar cozer legumes ou batatas em micro-ondas ou panela de pressão”*; *“cozer as batatas cortadas aos pedaços”*; *“evitar as leguminosas secas”*; *“evitar alimentos ricos em potássio”*; *“evitar comer mais do que duas peças de fruta por dia”*; e *“descascar as batatas antes de as cozer”*;
- De entre as medidas para reduzir o fósforo da dieta destacamos: *“evitar comer vísceras”*; *“evitar as oleaginosas”*; *“evitar os produtos integrais”*; *“evitar as farinhas lácteas”*; *“evitar*

*os cereais*”; “evitar o chocolate/cacau e “comer pouca quantidade de carne ou peixe às refeições;

- Em relação às medidas gerais para gerir a dieta destacamos as medidas mais usadas: “aceitar as restrições/acomodar-se”; e “seguir a dieta recomendada”;
- Notámos que os sujeitos usam mais frequentemente as medidas de autocuidado para reduzir o sal (score médio de 4,20), do que as medidas de autocuidado nas restantes dimensões: para reduzir o fósforo da dieta (3,93); para reduzir o potássio da dieta (3,36); para controlar a ingestão hídrica (2,55); e medidas gerais para gerir a dieta (2,50).

O estudo mostrou correlações significativas, geralmente fracas, entre as variáveis de caracterização da amostra, das quais se destacam:

- A idade estava negativamente correlacionada com o GPI em Kg e com o GPI em percentagem do peso seco, o que sugere que os doentes mais velhos tendem a apresentar um menor GPI que os doentes mais novos (Moltó, Roig, & Pastor, 2012), talvez por terem menos sede e apetite que os doentes mais jovens;
- O tempo de tratamento em HD estava positivamente correlacionado com o nível de potássio pré-diálise;
- Os níveis séricos de potássio e de fósforo pré-diálise estavam positivamente correlacionados, sugerindo que quem tem dificuldade em reduzir o potássio na dieta, também não consegue gerir bem o fósforo da dieta;
- A diurese estava negativamente correlacionada com o tempo de HD, o que é consistente com a experiência que mostra que a diurese tende a diminuir com o tempo de tratamento.

Ao analisarmos as correlações entre as medidas de autocuidado e os critérios de eficácia do autocuidado, destacamos as principais correlações significativas:

- O GPI (Kg) estava negativamente correlacionado com as medidas de autocuidado: “evitar refeições muito condimentadas”; com “evitar ultrapassar a quantidade de líquido permitida por dia”; com “seguir a dieta recomendada”; e com “aceitar/acomodar-se às restrições”. Estes resultados apontam para a necessidade de respeitar essas recomendações da equipa de saúde. Contrariamente à crença de alguns doentes, seguir a dieta recomendada parece contribuir para um melhor controlo do GPI. Ao mesmo tempo, aceitar as limitações impostas pelo tratamento (estratégia adaptativa de controlo emocional) parece facilitar a adaptação ao regime terapêutico;

- O GPI em percentagem do peso seco estava negativamente correlacionada com a medida “evitar ultrapassar a quantidade de líquidos permitida por dia”, o que reforça a importância desta medida de autocuidado.

Da análise inferencial observamos algumas relações significativas entre as variáveis de caracterização da amostra, das quais destacamos:

- Há diferença significativa entre as médias de idade pelas categorias da diurese, verificando-se que os sujeitos com diurese superior a 1000 ml são significativamente mais novos que os anúricos e que os que urinam até 250 ml por dia;
- Há diferença significativa entre as médias de tempo de tratamento em HD pelas categorias da diurese, verificando-se que os doentes anúricos estavam há mais tempo em HD do que os doentes nas restantes categorias da diurese;
- Há associação significativa do sexo com a variável “quem prepara as refeições”, predominando o sexo masculino entre os que recebem refeições preparadas pelo cônjuge, e o sexo feminino entre os que preparam as próprias refeições;
- A média de GPI (Kg) é significativamente diferente entre os sexos, tendo os homens um GPI superior ao das mulheres;
- A média de GPI (Kg) é significativamente diferente entre os doentes que têm e que não têm prescrita medicação IECA, verificando-se que os sujeitos com medicação IECA têm menor GPI. Este dado é consistente com a opinião de que os IECA podem ajudar a controlar o GPI (Vennegoor, 2005; Parker, 1998);

A análise de *clusters* envolvendo as variáveis de caracterização da amostra, através do procedimento *TwoStep Clusters* gerou dois agrupamentos com um perfil de coesão e de separação aceitável. Tendo em conta que a variável “quem prepara as refeições” foi o preditor mais importante na definição destes *clusters*, designámos o agrupamento 1 por “*Autonomia na preparação das refeições*”; e o agrupamento 2 por “*Apoio do cônjuge na preparação das refeições*”,

O agrupamento 1, com 164 sujeitos, apresentou as seguintes características principais: era o próprio sujeito quem geralmente preparava as refeições (64,0%); tendia a viver com outros familiares, excluindo o cônjuge (35,4%); era sobretudo do sexo feminino (66,5%); e muitos deles anúricos (37,2%). O agrupamento 2, com 90 sujeitos, era composto sobretudo por indivíduos que beneficiavam do apoio do cônjuge para preparar as refeições (95,6%);

vivendo com o cônjuge (82,2%); maioritariamente masculinos (97,8%); e com muitos deles (27,8%) com uma diurese superior a 500 e inferior a 1000 ml.

As principais diferenças estatísticas entre os sujeitos do agrupamento 1 (*Autonomia na preparação das refeições*) e 2 (*Apoio do cônjuge na preparação das refeições*) foram:

- Os sujeitos do agrupamento 1 utilizavam mais vezes a medida de autocuidado “Medir a quantidade de líquidos que pode beber por dia” do que os sujeitos do agrupamento 2;
- Os sujeitos do agrupamento 1 utilizavam mais vezes a medida de autocuidado “Controlar o volume de líquidos em função dos sintomas” do que os sujeitos do agrupamento 2;
- Os sujeitos do agrupamento 1 utilizavam mais vezes a medida de autocuidado “Evitar beber álcool” do que os sujeitos do agrupamento 2;

A análise de *clusters* envolvendo as medidas de autocuidado, também através do procedimento *TwoStep Clusters* gerou dois agrupamentos com um perfil de coesão e de separação aceitável. Atendendo ao tipo de variáveis envolvidas e respetivas medianas, designámos o agrupamento 1 (n=168) por “*Utilização mais frequente das medidas de autocuidado*” e o agrupamento 2 (n=86) por “*Utilização menos frequente das medidas de autocuidado*”. As principais diferenças entre estes dois agrupamentos foram:

- Os sujeitos do agrupamento 1 apresentavam em todas as dimensões de autocuidado, uma frequência de uso de medidas de autocuidado superior à dos sujeitos do agrupamento 2;
- Os sujeitos do agrupamento 1 tinham idade superior aos sujeitos do agrupamento 2, o que nos leva a admitir que os sujeitos mais velhos usavam mais frequentemente as medidas de autocuidado. Estes dados são consistentes com os estudos que referem que os doentes mais novos aderem menos ao tratamento (Kutner, Zhang, McClellan, & Cole, 2002);
- Os sujeitos do agrupamento 1 tinham um GPI (Kg), inferior ao dos sujeitos do agrupamento 2, o que nos faz admitir que os sujeitos com menor GPI (Kg) eram os que usavam mais frequentemente as medidas de autocuidado;
- Os sujeitos do agrupamento 1 tinham um nível de albumina sérica pré-diálise inferior ao dos sujeitos do agrupamento 2, o que nos leva a admitir que quem usa mais frequentemente as medidas (restritivas) de autocuidado (curiosamente os mais velhos) tende a apresentar um menor nível sérico de albumina;

- Os sujeitos do agrupamento 1 tinham um Kt/V superior ao dos sujeitos do agrupamento 2, o que sugere que os sujeitos com maior eficácia dialítica eram os que usavam mais frequentemente as medidas de autocuidado, os mesmos que também tinham menor GPI (Kg);
- A distribuição do sexo não é homogênea entre os agrupamentos 1 e 2, ou seja, a proporção de mulheres era maior entre os sujeitos que usavam mais frequentemente as medidas de autocuidado do que entre os sujeitos que as usavam menos vezes.

Em síntese, os resultados mostram que a larga maioria dos sujeitos estudados parecia gerir com eficácia as restrições hídricas e dietéticas impostas pelo tratamento. É possível que essa eficácia dependa não só do tipo de medidas de autocuidado usadas pelos sujeitos, mas também da elevada eficácia do tratamento dialítico proporcionada pela hemodiafiltração.

Os resultados mostram que os sujeitos usam com maior frequência as medidas de autocuidado para reduzir o sal, do que usam os outros tipos de medidas para gerir os líquidos e a dieta; que a diurese tende a diminuir com a idade e com o tempo de tratamento em programa regular de hemodiálise; que o GPI tende a ser maior entre o sexo masculino e menor entre os sujeitos tratados com medicação IECA.

Os sujeitos do sexo feminino eram os que geralmente preparavam as próprias refeições, e tinham menor diurese. Já a maioria dos sujeitos masculinos vivia com o cônjuge, que os ajudava na preparação das refeições. As pessoas que usam mais vezes as medidas de autocuidado parecem ser sobretudo do sexo feminino, ter mais idade, menor GPI e apresentar maior eficácia dialítica (Kt/V).

### Implicações para a prática, investigação e formação

Este projeto estudou várias medidas de autocuidado para gerir as restrições hídrica e dietética nas pessoas com DRC em HD. É importante que os enfermeiros conheçam estratégias para enfrentar as dificuldades associadas à gestão dos líquidos e da dieta, ajudando os doentes a selecionar as medidas de autocuidado que melhor se ajustam às suas necessidades e características pessoais. A identificação de medidas com valor terapêutico, isto é, que possam contribuir para a eficácia do tratamento, constitui um passo importante para afirmar a qualidade das intervenções de enfermagem, com base na evidência científica.

Ao enfermeiro não basta dispor de informação sobre medidas para gerir o regime terapêutico. É fundamental conhecer as características, os recursos e a personalidade dos

doentes de quem cuida, para poder ajudá-los a satisfazer os requisitos de autocuidado de desvios de saúde, neste caso relacionados com o regime alimentar. É importante perceber que medidas o doente é capaz ou está disposto a realizar, e de que apoios necessita para satisfazer as suas necessidades de autocuidado. É essencial prevenir os comportamentos inadequados que resultam de uma incorreta informação, como confundir líquidos com água ou espessar a sopa adicionando-lhe pão. É fundamental que cada doente conheça o seu peso seco, saiba avaliar a diurese e saiba calcular o volume de líquidos que pode beber por dia. Mas também é relevante conhecer as razões da inadequada gestão dos líquidos e da dieta.

Os resultados destes dois estudos apontam para a necessidade de assistir pessoas com DRC em HD, cada vez mais idosas, com crescentes limitações físicas e cognitivas, o que desafia o enfermeiro a encontrar processos de educação e orientação adequados. A implementação de uma consulta de enfermagem de nefrologia pode ser um recurso para o enfermeiro oferecer uma assistência regular e personalizada ao doente renal em HD. O cônjuge e os familiares próximos do doente, que durante anos colaboram na gestão da dieta, e que pouco ou nenhum contacto têm com a equipa de saúde, precisam de ser incluídos no sistema de apoio-educação e, quando necessário, serem preparados para funcionarem como agentes de autocuidado dependente. A existência de um enfermeiro de referência para o doente renal em programa regular de hemodiálise, permitiria conhecer melhor cada pessoa e equacionar intervenções de enfermagem personalizadas.

Parece-nos importante prosseguir os estudos para identificar as medidas de autocuidado mais eficazes para gerir os líquidos e a dieta, nas pessoas com DRC em HD. É necessário aprofundar o conhecimento sobre os critérios para avaliar a eficácia do autocuidado e perceber em que medida a eficácia dialítica associada à hemodiafiltração influencia os resultados do autocuidado. Esse esforço permitirá não só oferecer melhores recomendações aos doentes, mas também documentar e avaliar os resultados das intervenções de enfermagem e do próprio indivíduo, enquanto agente de autocuidado.

A enfermagem de nefrologia precisa desenvolver protocolos entre as entidades formadoras e as unidades prestadoras de cuidados, para atender às necessidades de formação dos profissionais nesse domínio. Sendo uma área menos explorada ao nível da licenciatura em enfermagem, é essencial que estes aspetos sejam aprofundados na formação em serviço e nas pós-graduações. Há verdadeira necessidade de criar sinergias, mobilizando os recursos e saberes da academia e dos campos da prática clínica.



## 6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APEDT. (2007). *Doença Renal Crônica: Guia para a Prática Clínica (estádios 1-3)*. Lisboa: APEDT.
- Baldree, K., Murphy, S., & Powers, M. (1982). Stress identification and coping patterns in patients on hemodialysis. *Nursing Research, Mar-Apr, 31(2)*, pp. 107-112.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70, Lda.
- Barnett, T., Yoong, T. L., Pinikahana, J., & Si-Yen, T. (2008). Fluid compliance among patients having haemodialysis: can an educational programme make a difference? *Journal of Advanced Nursing, 61(3)*, pp. 300-306.
- Barros, E., Manfro, R. C., Thomé, F. S., & Gonçalves, L. F. (2006). *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento* (3ª Ed. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bastos, M. G., & Kirsztajn, G. M. (2011). Doença renal crônica: diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem multidisciplinar em pacientes não submetidos à diálise. (L. Elsevier Editora, Ed.) *Jornal Brasileiro de Nefrologia, 33* (1): 93-108.
- Bihl, Ferrans & Powers. (1988). Comparing stressors and quality of life of dialysis patients. *American Nephrology Nurses Association, Vol. 15*, pp. 27-37.
- Brady, B., Tucker, C. M., P.A., A., Tarrant, D. G., & Finlayson, G. (1997). An investigation of factors associated with fluid adherence among hemodialysis patients: a self-efficacy theory based approach. *Annals of Behavioral Medicine, 19*, pp. 339-343.
- Breitsameter, G., Figueiredo, A. E., S., & Kochann, D. (Jan./Mar. de 2012). Cálculo de Kt/V em hemodiálise: comparação entre fórmulas. *Jornal Brasileiro de Nefrologia, vol.34 no.1*, 22-26.
- Brookhyser, J. (2007). Nutrition management of kidney disease. *Dietary Manager, April*, pp. 20-66.
- Burns, N., & Grove, S. (1993). *The practice of nursing research. Conduct, critique & utilization* (2nd editon ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Chang, T. (2011). Systolic blood pressure and mortality in patients on hemodialysis. *Current Hypertension Reports, 13:*, pp. 362-369.
- CIPE, V. 1. (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem* (Versão 1.0 ed.). ICN – International Council of Nurses.
- Cristóvão, F. (1999). Stress, coping and quality of life among chronic haemodialysis patients. *EDTNA/ERCA Journal, XXV*, pp. 35-38.
- Daugirdas, J. T., Blake, P. G., & Ing, T. S. (2010). *Manual de Diálise* (4ª Ed. ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Daugirdas, J., & Kjellstrand, C. (2003). Prescrição de hemodiálise crônica: uma abordagem da cinética da ureia. In: Daugirdas, Blake e Ing. Manual de Diálise. 2003, 3ª Edição Medsi ISBN 85-7199-312-2, 174 p. In B. e. Daugirdas, *Manual de Diálise* (3ª Edição ed., p. 174 p). Medsi.
- Daugirdas, T. J. (2007). *Handbook of Dialysis* (4ª ed. ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Denhaerynck, e. (2007). Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *American Journal of Critical Care, May, Vol.16* (3), pp. 223-234.

- Durose, C., Holdsworth, M., & Watson, V. &. (2004). Knowledge of dietary restrictions and the medical consequences of non-compliance by patients on hemodialysis are not predictive of dietary compliance. *Journal of the American Dietetic Association*, 104, pp. 35-41.
- Fincham, M. A., Kagee, A., & Moosa, M. R. (2008). Dietary and fluid adherence among haemodialysis patients attending public sector hospitals in the Western Cape. *South African Journal of Clinical Nutrition*, 21(2), pp. 7-12.
- Fortin, M.-F. (2000). *O processo de investigação. Da concepção à realização*. (2ª Edição ed.). Lusociência.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fresenius Medical Care. (2011). *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros*. Lisboa: Almedina.
- Fresenius Medical Care, a. (sd). *Líquidos. Nutrição em Hemodiálise*. Fresenius Medical Care Portugal.
- Fresenius Medical Care, b. (sd). *Sódio. Nutrição em Hemodiálise*. Fresenius Medical Care Portugal.
- Fresenius Medical Care, c. (sd). *Potássio. Nutrição em Hemodiálise*. Fresenius Medical Care Portugal.
- Fresenius Medical Care, d. (sd). *Fósforo. Nutrição em Hemodiálise*. Fresenius Medical Care Portugal.
- Gurklis, J. A., & Menke, E. (1988). Identification of stressors and use of coping methods in chronic hemodialysis patients. *Nursing Research*, 37(4) Jul-Aug, pp. 236-239,248.
- Gurklis, J., & Menke, E. (1995). Chronic hemodialysis patient's perceptions of stress, coping and social support. *ANNA journal*, 22 (4) Aug, pp. 381-385.
- Kaptein, A., Di, v. D., Broadbent, E., Falzon, L., Thong, M., & Dekker, F. (2010). Behavioral research in patients with end-stage renal disease: A review and research agenda. *Patient Education and counseling*, pp. 23-29.
- Karalis, M. (2003). *Sodium, fluids & your health*. (Renalife, Editor) Obtido de American Assotiation of Kidney Patients: [www.aakp.org/print-version/dsp\\_library\\_art.cfm?art=183](http://www.aakp.org/print-version/dsp_library_art.cfm?art=183)
- KDIGO, K. D. (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 3, pp. 15-18.
- Kimmel, P. (2002). Depression in patients with chronic renal disease; What we know and what we need to know. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, pp. 951-956.
- Kugler, C. V. (2005). Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 37:1, pp. 25-29.
- Kutner, N., Zhang, R., McClellan, W., & Cole, S. (2002). Psychosocial predictors of non-compliance in haemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 17; pp. 93-99.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Leggat, J., Orzol, S., Hulbert-Shearon, T., Golper, T., Jones, C., & Held, P. (1998). Noncompliance in hemodialysis: Predictors and survival analysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 32(1), pp. 139-145.
- Levey, A. S. (2007). Chronic kidney disease as a global public health problem: Approaches and initiatives - a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes. *Kidney International*, Vol. 72, pp. 247-259.

- Lin, Y.-F. (September de 2009). Residual urine output and postoperative mortality in maintenance haemodialysis patients. *American Journal of Critical Care*, 33, n° 4, pp. 446-455.
- Lindberg, M. (2010). Excessive fluid overload among haemodialysis patients. Prevalence, individual characteristics and self-regulation of fluid intake. *Acta Universitatis Upsaliensis. Digital comprehensive summaries of Uppsala Dissertations from the faculty of medicine*, 89 pp.
- Lindberg, M., & Fernandes, M. A. (2010). Self-efficacy in relation to limited fluid intake amongst portuguese heomodialysis patients. *Journal of renal care*, 36(3), pp. 133-138.
- Lindberg, M., Wikstrom, B., & Lindberg, P. (2011). A Behavioural nursing intervention for reduced fluid overload in hemodialysis patients. Initial results of a acceptability, feasibility and efficacy. *Journal of Nursing and Health Care of Chronic Illness*, 36(3), pp. 87-98.
- Lindey, e. (2012). *Management of fluid status in haemodialysis patients*. Obtido em 15 de 11 de 2012, de [www.intechopen.com](http://www.intechopen.com): [www.intechopen.com/books/Technical-problems-in-patients-on-hemodiaysis/management-of-fluid-status](http://www.intechopen.com/books/Technical-problems-in-patients-on-hemodiaysis/management-of-fluid-status)
- Lindqvist, R., Carlsson, M., & Sjoden, P. (1998). Coping strategies and quality of life among patients on hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 12(4):, pp. 223-30.
- Lok, P. (May de 1996). Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 23 (5), pp. 873-881.
- Macário, F. (2015). *Relatório Gabinete de Registo da SPN. Tratamento Substitutivo da Doença Renal Crónica Estadio V em Portugal - In Encontro renal 2015, 16 Abril*. Vilamoura: SPN.
- Machado, M. M. (2009). *Adesão ao regime terapêutico – representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia. Tese de Mestrado.
- Marôco, j. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics (5ª Edição ed.)*. Pero Pinheiro: Report Number, Lda.
- Mok, E., & Tam. (2001). Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 10, pp. 503-511.
- Moltó, I., Roig, L., & Pastor. (2012). Prevalence of adherence to fluid restriction in kidney patients in hemodialysis: objective indicator and perceived compliance. *Nefrologia*, 32(4), pp. 477-85.
- Monat and Lazarus. (1991). *Stress and Coping. An Anthology (3 th Edition ed.)*. New York: Columbia University Press.
- Morgan, L. (2000). A decade review: methods to improve adherence to the treatment regimen among hemodialysis patients. *Nephrology Nursing Journal*, pp. Vol. 27, n° 3, 299-304.
- Nascimento, C. et al. (2005). Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol.58, n°6, p.719-722. Acedido em 2014/11/09. Disponível em: <http://www.>, pp. Nascimento, C., [et al] (2005). Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise:Vol.58, n°6, p.719-722.
- Nasiri, M. et al. (2013). Stressfull factors, coping mechanisms and quality of life in hemodialysis patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 6(2), pp. 119-126.
- NephroCare. (2006). *a e i o u. Para uma. dieta saudável de um doente em hemodiálise (4ª Edição ed.)*. Frsenius Medical Care.

- NKF. (2006). National Kidney Foundation NKF/DOQI. Clinical practice guidelines and clinical practice recommendations, 2006 updates hemodialysis adequacy, peritoneal dialysis adequacy, vascular access. *Am. J. Kidney Dis.*, p. 48 (Suppl): S1.
- NKF. (2012). *KDOQI - Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification*. Obtido em 03 de março de 2012, de NKF - National Kidney Foundation: [http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines\\_ckd/toc.htm](http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_ckd/toc.htm)
- Nolasco, F. (1982). Patlogia do hemodialisado: alterações psicológicas. In J. R. Santos, P. Ponce, & C. d. Renais (Ed.), *Manual de hemdiálise para enfermeiros*. (pp. 157-160). Lisboa.
- O'Neill, P. (2007). Helping your patient to restrict potassium. *Hospital Nursing 2007, Vol. 37, Number 4*, pp. 64-68.
- OM. (2011). *Manual de boas práticas de diálise crónica*. Obtido em 08 de Outubro de 2014, de Ordem dos Médicos - Colégio da especialidade de nefrologia: <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=45fbc6d3e05ebd93369ce542e8f2322d&id=44a2e0804995faf8d2e3b084a1e2db1d>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6. ed., Ed.) St. Louis: Mosby.
- Parker, K. (1998). Acute and Chronic Renal Failure. In A. N. Association, *Contemporary Nephrology Nursing* (pp. 201-265). New Jersey: Janel Parker Editor.
- Petronilho, F. A. (2012). *O autocuidado: conceito central da Enfermagem. Da Conceptualização aos Dados Empíricos através de uma Revisão da Literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde.
- Polaschek, N. (June de 2003). The Experience of living on Dialysis: a literature review. *Nephrology Nursing Journal, Vol. 30, n° 3*, pp. 303-309.
- Porcu, M. F., & Zampieron, A. (2007). Thirst distress and interdialytic weight gain: a study on a sample of hemodialysis patients. *Journal of renal care, xxxiii 4*, pp. 179-181.
- Portal da Saúde. (12 de Março de 2015). Obtido em 13 de Março de 2015, de Portal da Saúde: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/saude+renal.htm>
- Richard, C. (2006). Self-care management in adults undergoing hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, pp. 33 (4), 387-394.
- Roberts, S. D. (1998). Nutritional Care of Renal Patients. In A. N. (ANNA), *Contemporary Nephrology Nursing*. New Jersey: Janel Parker Editor.
- Rocco, M. V., & Blumenkrantz, M. J. (2003). Nutrição. In B. e. augirdas, *Manual de Diálise* (3ª Edição ed., p. 714 p.). Medsi.
- Salgueiro, J. e. (2011). Complicações e acidentes. In F. M. Care, *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (pp. 259-78). Lisboa: Almedina.
- Smith, e. (2010). Patients perspectives on fluid management in chrocin hemodialysis. *Journal of Renal Nutricion, September; 20 (5)*, pp. 334-341.
- Streubert, H., & Carpenter. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista*. (2ª Edição ed.). Lusociência.
- Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Thomson, D. (2004). Conventional blood sampling versus On-Line Clearance Monitoring. *EDTNA ERCA Journal, 30(1)*, pp. 10-2.
- Tomey, A., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5ª. Edição ed.). Loures: Lusociência.
- Tomson, C. (2001). Advising dialysis patients to restrict fluid intake without restricting sodium intake is not based on evidence and is a waste of time. *Nephro Dial Transplant*, pp. 16; 1538-1542.

- Tsay, S. L., Lee, Y. C., & Lee, Y. C. (2005). Effects of an adaptation training programme for patients with end-stage renal disease. *Journal of Advance Nursing* 2005, 50(1), pp. 39-46.
- Vale, L., Sousa, V., & Ribeiro, A. (2013). Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Estudos de Psicologia*, 30(1), pp. 131-138.
- Vennegoor, M. (2005). Nutrição em nefrologia. In N. Thomas, *Enfermagem em Nefrologia* (2ª Edição ed., p. 489). Loures: Lusociência.
- Vital Health. (27 de 02 de 2015). *Prevenção e diagnóstico podem prevenir doença renal crónica*. Obtido de <http://www.vitalhealth.pt/noticias/2515-prevencao-e-diagnostico-podem-prevenir-doenca-renal-cronica>
- Vlaminck, H., Maes, B., Jacob, A., Reyntjens, S., & Evers, G. (2001). The dialysis diet and fluid nonadherence questionnaire: validity testing of a self-report instrument for clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 10, pp. 707-715.
- Welch, J. L., & Austin, J. (2001). Stressors, coping and depression in haemodialysis patients. *Journal of Advance Nursing*, 33(2), pp. 200-7.
- Welch, J. L., & Austin, J. K. (2001). Stressors, coping and depression in haemodialysis patients. *Journal of Advance Nursing*, 33(2), pp. 200-7.
- White, R. B. (2004). Adherence to the dialysis prescription: partnering with patients for improvement outcomes. *Nephrology Nursing Journal*, August, Vol.31 (4), pp. 432-435.
- Yeh, S., & Chou, H. (2007). Coping Strategies and Stressors in Patients With Hemodialysis. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 69, pp. 182-190.



## **ANEXO I**

### **Estudo I: Parecer da Comissão de Ética**



Fresenius Medical Care Portugal

Exm<sup>o</sup>. Senhor  
ENF. ANTÓNIO FILIPE CRISTÓVÃO

Assunto: Projecto "Factores que Influenciam a Gestão do Regime Terapêutico em Pessoas com Insuficiência Renal Crónica em Hemodiálise"

Lisboa, 07 de Novembro de 2008

Exm<sup>o</sup>. Sr. Enf. António Filipe Cristóvão,

Reportando-nos à proposta em epígrafe que foi enviado à Comissão de Ética para a Saúde da Fresenius Medical Care Portugal e, analisada na última reunião desta Comissão, que decorreu a 23 de Outubro p.p., informamos que foi dado parecer favorável para o desenvolvimento do referido estudo, a realizar em 30 doentes de Centros de Hemodiálise da Fresenius Medical Care do Distrito de Lisboa.

Com os nossos cumprimentos,

Rafael Adolfo Coelho  
Presidente da CES - FMC-P

## **ANEXO II**

### **Estudo II: Parecer da Comissão de Ética**



Fresenius Medical Care Portugal

Exm<sup>o</sup>. Senhor

[Redacted text]

Reg. 148

**Assunto: "Eficácia do autocuidado na gestão do regime terapêutico em pessoas com insuficiência renal crónica em hemodialise"**

**Lisboa, 20 de Fevereiro de 2014**

Exm<sup>o</sup>. Sr. Dr. Anibal Ferreira,

Por deliberação da Comissão de Ética para a Saúde da NephroCare Portugal, reunida a 04 de Outubro de 2013, e após a recepção dos documentos em falta, a 23 de Outubro de 2013, o estudo em epígrafe, proposto pelo Dr. Anibal Ferreira, foi objeto de parecer favorável por parte desta Comissão.

Com os nossos cumprimentos,

Pl<sup>o</sup> Dr. José Vinhas  
Presidente da CES

[Handwritten signature]  
Céu de Almeida Junça  
Secretária da CES

[Handwritten signature]  
20/2/2014

## **APÊNDICE I**

### **Estudo I: Guião de entrevista**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

CURSO DE DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

**DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS NA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO  
EM PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÓNICA EM HEMODIÁLISE**

António Filipe Cristóvão

Guião da Entrevista

Entrevista semiestruturada na qual serão colocadas as seguintes questões:

1. Quais os aspetos do tratamento da sua IRC que considera mais difíceis de cumprir?
2. Que medidas ou estratégias utiliza para cumprir o tratamento aconselhado pela equipa de saúde?
3. De acordo com a sua experiência que condições facilitam o cumprimento do tratamento, tal como foi aconselhado pela equipa de saúde?

Ao longo da entrevista poderão ser colocadas questões complementares, sempre no sentido de esclarecer ou detalhar as informações prestadas pelos entrevistados.

António Filipe Cristóvão

---

## **APÊNDICE II**

### **Estudo II: Instrumento de Recolha de Dados Definitivo**

Exmo.(a) Senhor(a):

As pessoas com Doença Renal Crónica em Hemodiálise enfrentam um tratamento muito penoso. Uma das principais dificuldades costuma ser gerir a restrição de líquidos e a dieta.

Sou enfermeiro e estou a realizar um doutoramento na Universidade Católica Portuguesa. Estudo a forma como os doentes enfrentam as restrições hídricas e dietéticas devido ao tratamento, para tentar perceber se há estratégias mais eficazes que outras.

A sua experiência é fundamental porque vive diariamente este problema. Por isso, agradeço a sua colaboração respondendo a este questionário, que deverá ocupar cerca de 15 a 20 minutos.

Não há respostas corretas, boas ou más. Cada pessoa tem o seu estilo próprio de lidar com o tratamento. É isso que se pretende estudar. Por favor, responda a todas as perguntas que vão ser colocadas por um enfermeiro(a) que não pertence à clínica onde faz o seu tratamento.

As suas respostas são confidenciais.

Os resultados deste estudo serão comunicados ao Centro e eventualmente publicados.

***Muito Obrigado***

**PARTE I - Caracterização da Amostra**

01	Idade (anos completos à data da aplicação do questionário):				
02	Gênero:	Masculino <input type="checkbox"/>	Feminino <input type="checkbox"/>		
03	Agregado Familiar:	Vive com o cônjuge/companheiro <input type="checkbox"/>			
	Vive com o cônjuge e outros familiares	<input type="checkbox"/>	Vive com outros familiares <input type="checkbox"/>		
	Vive com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	Vive só <input type="checkbox"/>		
04	Tempo de tratamento em hemodiálise (meses completos até à presente data):				
05	Quem prepara as refeições:	O próprio <input type="checkbox"/>	Outro familiar <input type="checkbox"/>		
		O cônjuge/companheiro <input type="checkbox"/>	Outra pessoa <input type="checkbox"/>		
06	E ou foi fumador durante o último ano?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>		
07	A sua vida/trabalho obriga a comer fora?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>		
08	Diabetes Mellitus:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>		
09	Que volume de urina produz em 24 horas (em ml)?				
	Nada <input type="checkbox"/>	até 250 ml <input type="checkbox"/>	Mais de 250 ml até 500 ml <input type="checkbox"/>	Mais de 500 ml até 1000ml <input type="checkbox"/>	Mais de 1000 ml (1 litro) <input type="checkbox"/>

**PARTE II – Dados obtidos do processo clínico**

10	Prescrição de medicação IECA?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
11	Peso Seco (Kg)		
12	Média do ganho de Peso Interdialítico no último mês (Kg; até à data)		
13	Média do Potássio Sérico Pré-diálise dos últimos 3 meses (mEq/L)		
14	Média do Fósforo Sérico Pré-diálise dos últimos 3 meses (mg/dl)		
15	Média da Albumina Sérica Pré-diálise dos últimos 3 meses (mg/dl)		
16	Média do Kt/V no último mês		
17	Sódio do dialisante antes de aplicar o questionário (mEq/L)		

### PARTE III – Estratégias para gerir os líquidos e a dieta

Em relação ao último mês, indique a frequência com usou cada uma das seguintes estratégias:

#### A – Para controlar os líquidos:

01	Com que frequência chupa cubos de gelo para matar a sede?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
02	Com que frequência chupa rebuçados para matar a sede?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
03	Com que frequência masca pastilha elástica para matar a sede?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
04	Com que frequência bochecha com água sem engolir para matar a sede?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
05	Com que frequência chupa uma rodela de limão para matar a sede?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
06	Com que frequência controla o açúcar do sangue? *	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
07	Com que frequência usa uma chávena ou um copo mais pequenos para beber?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
08	Com que frequência come refeições muito condimentadas (com picante, pimenta)?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
09	Com que frequência come sopa?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
10	Se respondeu sim à questão anterior, com que frequência come sopa espessa /grossa?	Quase Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
11	Com que frequência bebe líquidos frios/gelados para matar a sede?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
12	Com que frequência come alimentos com muita água (melancia, melão, meloa, laranja, gelatina)?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
13	Com que frequência come uma peça de fruta para diminuir a sede?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
14	Com que frequência bebe pouco de cada vez/aos golos quando tem sede?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
15	Com que frequência bebe líquidos só para tomar os comprimidos?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
16	Com que frequência mede a quantidade de líquidos que pode beber por dia?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana

\* Só respondem os doentes diabéticos, que responderem "Sim" à pergunta 8 da parte I.

17	Com que frequência controla os líquidos que bebe em função do que sente (inchaço, falta de ar, mal estar)?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
18	Com que frequência regista a quantidade de líquidos que bebe durante o dia?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
19	Com que frequência controla o seu peso (sem ser na sala de diálise)?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
20	Com que frequência se expõe ao sol?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
21	Com que frequência ultrapassa a quantidade de líquidos permitida por dia?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
22	Com que frequência se mantém ocupado(a) para não pensar em beber?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
23	Com que frequência distribui os líquidos que pode beber ao longo do dia?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
24	Com que frequência come doces (bolos, gelados, refrigerantes, bebidas açucaradas)?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
26	Com que frequência bochecha com água morna?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
27	Com que frequência coloca a quantidade de líquido para todo o dia numa garrafa?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
28	Com que frequência prefere beber água morna?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
29	Com que frequência ajusta a quantidade de líquidos que bebe ao volume da urina de 24 horas?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
30	Com que frequência bebe apenas às refeições?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
31	Com que frequência bebe álcool?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
32	Com que frequência come salgados (aperitivos salgados ou pastelaria salgada)?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
33	Com que frequência usa sal à mesa, durante as refeições?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana

34	Com que frequência verifica a quantidade de sal nos rótulos dos produtos que não conhece?	Quase Nunca	Poucas vezes	As vezes	Muitas vezes	Quase sempre
35	Com que frequência usa produtos instantâneos (sopa, molhos, cremes)?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
36	Com que frequência usa pouco sal ao cozinhar?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
37	Com que frequência come carne ou peixe enlatados ou de conserva?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
38	Com que frequência usa ervas aromáticas para dar sabor à comida?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
39	Com que frequência come enchidos ou fumados (salmão, linguiça, chouriços)?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
40	Com que frequência usa ketchup?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
41	Com que frequência usa molhos pré-preparados (maionese, mostarda)?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
42	Com que frequência usa caldos de carne ou de peixe pré-preparados?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
43	Com que frequência usa manteiga ou margarina sem sal?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
44	Com que frequência come comida rápida (fast food)?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
45	Com que frequência usa molho de soja?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
46	Com que frequência come comida asiática (chinesa, indiana)?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana

#### B – Para controlar a dieta

47	Com que frequência descasca as batatas antes de as cozer?	Quase Nunca	Poucas vezes	As vezes	Muitas vezes	Quase sempre
48	Com que frequência coze legumes ou batatas no micro-ondas?	Quase Nunca	Poucas vezes	As vezes	Muitas vezes	Quase sempre
49	Com que frequência deixa as batatas de molho em muita água antes de cozer?	Quase Nunca	Poucas vezes	As vezes	Muitas vezes	Quase sempre

50	Com que frequência come legumes (couve, espinafre, pepino)?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
51	Com que frequência coze a batata cortada aos pedaços?	Quase Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
52	Com que frequência come leguminosas secas (grão, feijão, ervilha, favas)?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
53	Com que frequência come frutos secos (passas de uva e de figo)?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
54	Com que frequência come mais do que 2 peças de fruta por dia?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
55	Com que frequência coze legumes ou batatas em duas águas?	Quase Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
56	Com que frequência come alimentos ricos em potássio (batata frita; tomate concentrado)?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
57	Com que frequência come arroz ou massa?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
58	Com que frequência come fruta crua sem casca?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
59	Com que frequência come fruta cozida?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
60	Com que frequência come mais do que uma peça de fruta crua por dia?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
61	Com que frequência come vegetais crus (alface, tomate, cenoura)?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
62	Com que frequência consome leite?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
63	Com que frequência come derivados do leite (iogurte, queijo)?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
64	Com que frequência come vísceras (fígado, rim, coração ou miolos)?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
65	Com que frequência come chocolate/cacau?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
66	Com que frequência come carne ou peixe em pouca quantidade às refeições?	Quase Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre

67	Com que frequência come cereais?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
68	Com que frequência come farinhas lácteas (para papas)?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
69	Com que frequência come oleaginosas (nozes, amêndoas, pinhões)?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
70	Com que frequência come pão ou tostas?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
71	Com que frequência come produtos integrais (pão, arroz, massas)?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
72	Com que frequência segue a dieta recomendada à risca?	Quase Nunca	Poucas vezes	<del>As</del> <del>vezes</del>	Muitas vezes	Quase sempre
73	Com que frequência procura informação sobre a dieta quando tem dúvidas?	Quase Nunca	Poucas vezes	<del>As</del> <del>vezes</del>	Muitas vezes	Quase sempre
74	Com que frequência aceita as restrições da dieta / conforma-se?	Quase Nunca	Poucas vezes	<del>As</del> <del>vezes</del>	Muitas vezes	Quase sempre
75	Com que frequência prefere comer de tudo mas em pouca quantidade?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
76	Com que frequência fraciona /come pequenas refeições durante o dia?	0 dias na semana	1 - 2 dias na semana	3 - 4 dias na semana	5 - 6 dias na semana	7 dias na semana
77	Com que frequência come os alimentos com mais potássio imediatamente antes da diálise?	Quase Nunca	Poucas vezes	<del>As</del> <del>vezes</del>	Muitas vezes	Quase sempre

Obrigado pela sua colaboração

## **APÊNDICE III**

### **Estudo II: Avaliação dos Peritos sobre o Instrumento de Recolha de Dados Inicial**

## Avaliação dos Peritos sobre o Instrumento de Recolha de Dados Inicial

O grupo de 5 peritos avaliou o IRD Inicial, propondo a eliminação das seguintes perguntas por as considerar repetidas ou inadequadas, pelo que foram retiradas. O quadro A1 apresenta as perguntas retiradas e as respectivas dimensões:

**A1** – Perguntas retiradas do Instrumento de Recolha de Dados inicial

Pergunta		Dimensão
32	Com que frequência acha que pode beber mais do que lhe dizem?	<i>Medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica</i>
36	Com que frequência evita juntar sal à água quando cozinha arroz ou massa?	<i>Medidas de autocuidado para reduzir o consumo de sal</i>
40	Com que frequência evita produtos aromatizados?	
41	Com que frequência evita os substitutos do sal?	
52	Com que frequência modera o consumo de leite e derivados?	<i>Medidas de autocuidado para restringir o fosforo da dieta</i>

Assim, o instrumento de recolha de dados passou a incluir 77 perguntas distribuídas pelas seguintes dimensões e subescalas:

A – Medidas de autocuidado para gerir a restrição hídrica: 46 perguntas

- Perguntas 01 a 31: *medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica*
- Perguntas 32 a 46: *medidas de autocuidado para reduzir o consumo de sal*

B – Medidas de autocuidado para gerir as restrições da dieta: 31 perguntas;

- Perguntas 47 a 61: *medidas de autocuidado para restringir o potássio da dieta*
- Perguntas 62 a 71: *medidas de autocuidado para restringir o fosforo da dieta*
- Perguntas 72 a 77: *medidas de autocuidado gerais para gerir a dieta*

Avaliação das perguntas quanto a: a) pertinência; b) formulação; e c) forma de pontuar. Os peritos expressaram o seu grau de concordância usando scores entre 1 (total desacordo) e 5 (total acordo). Sempre que se obteve um score médio de avaliação igual ou inferior a 4,5 as perguntas foram alteradas e aceites as sugestões dos peritos.

O quadro A2 apresenta o grau de concordância dos peritos em relação às perguntas incluídas na subescala “medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica”.

**A2 – Perguntas da subescala “medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica”**

Perguntas	Score médio		
	Pertinência	Formulação	Pontuação
1	5,0	5,0	5,0
2	4,7	4,8	4,8
3	5,0	5,0	5,0
4	5,0	5,0	5,0
5	5,0	5,0	5,0
6	4,8	5,0	5,0
7	5,0	4,0	5,0
8	5,0	4,0	5,0
9	4,8	5,0	5,0
10	5,0	5,0	5,0
11	5,0	3,5	5,0
12	5,0	5,0	5,0
13	5,0	5,0	5,0
14	5,0	4,7	5,0
15	5,0	5,0	5,0
16	5,0	3,8	5,0
17	5,0	5,0	5,0
18	5,0	4,5	5,0
19	5,0	5,0	5,0
20	5,0	4,7	5,0
21	5,0	5,0	5,0
22	5,0	5,0	5,0
23	5,0	4,8	5,0
24	5,0	5,0	5,0
25	5,0	5,0	5,0
26	5,0	5,0	5,0
27	5,0	5,0	5,0
28	5,0	5,0	5,0
29	5,0	4,7	5,0
30	5,0	4,8	5,0
31	5,0	5,0	5,0

Considerando a avaliação dos peritos procedeu-se à alteração das seguintes perguntas:

Pergunta	Formulação inicial	Nova formulação
7	Com que frequência usa uma chávena ou um copo mais pequeno?	Com que frequência bebe por uma chávena ou por um copo mais pequenos?
8	Com que frequência come refeições muito condimentadas?	Com que frequência come refeições muito condimentadas (com picante, pimenta)?
11	Com que frequência alimentos com muita água (melancia, gelatina)?	Com que frequência come alimentos com muita água (melancia, melão, meloa, laranja, gelatina)?
16	Com que frequência controla os líquidos em função dos sintomas (edemas/falta de ar)?	Com que frequência controla os líquidos que bebe em função do que sente (inchaço, falta de ar, mal estar)?
18	Com que frequência controla o seu peso?	Com que frequência controla o seu peso (sem ser na sala de diálise)?

O quadro A3 apresenta o grau de concordância dos peritos em relação às perguntas incluídas na subescala “medidas de autocuidado para reduzir o consumo de sal”.

**A3 – Perguntas da subescala “medidas de autocuidado para reduzir o consumo de sal”**

Perguntas	Score médio		
	Pertinência	Formulação	Pontuação
32	5,0	3,8	5,0
33	5,0	5,0	5,0
34	5,0	5,0	5,0
35	5,0	4,7	5,0
36	5,0	5,0	5,0
37	5,0	5,0	5,0
38	5,0	5,0	5,0
39	5,0	4,2	5,0
40	4,7	4,8	5,0
41	4,7	4,3	5,0
42	4,7	4,7	5,0
43	5,0	4,5	5,0
44	5,0	4,7	5,0
45	5,0	5,0	5,0
46	5,0	4,7	5,0

Considerando a avaliação dos peritos procedeu-se à alteração das seguintes perguntas:

Pergunta	Formulação inicial	Nova formulação
32	Com que frequência come alimentos salgados?	Com que frequência come salgados (aperitivos salgados ou pastelaria salgada)?
39	Com que frequência come enchidos e fumados (linguiça, chouriços)?	Com que frequência come enchidos ou fumados (salmão, linguiça, chouriços)?
41	Com que frequência usa molhos pré-preparados?	Com que frequência usa molhos pré-preparados (maionese, mostarda)?
44	Com que frequência come em restaurantes de comida rápida (fast food)?	Com que frequência come comida rápida (fast food)?

O quadro A4 apresenta o grau de concordância dos peritos em relação às perguntas incluídas na subescala “medidas de autocuidado para restringir o potássio da dieta”.

**A4 – Perguntas da subescala “medidas de autocuidado para restringir o potássio da dieta”**

Perguntas	Score médio		
	Pertinência	Formulação	Pontuação
47	5,0	5,0	5,0
48	5,0	5,0	2,0
49	5,0	5,0	5,0
50	5,0	5,0	1,3
51	5,0	5,0	5,0
52	5,0	5,0	5,0
53	4,7	5,0	5,0
54	5,0	5,0	5,0
55	5,0	5,0	5,0
56	5,0	5,0	5,0
57	5,0	5,0	5,0
58	4,7	5,0	5,0
59	5,0	5,0	5,0
60	5,0	5,0	5,0
61	5,0	5,0	4,7

Considerando a avaliação dos peritos procedeu-se à alteração das seguintes perguntas:

Pergunta	Pontuação inicial	Nova pontuação
48	<i>Com que frequência coze legumes ou batatas no micro-ondas ou na panela de pressão?</i>	
	De Quase nunca (1) a Quase sempre (5)	De Quase nunca (5) a Quase sempre (1)
50	<i>Com que frequência come legumes (couve, espinafre, pepino)?</i>	
	De Quase nunca (1) a Quase sempre (5)	De Quase nunca (5) a Quase sempre (1)

O quadro A5 apresenta o grau de concordância dos peritos em relação às perguntas incluídas na subescala “medidas de autocuidado para restringir o fósforo da dieta”.

**A5 – Perguntas da subescala “medidas de autocuidado para restringir o fósforo da dieta”**

Perguntas	Score médio		
	Pertinência	Formulação	Pontuação
62	4,7	4,5	5,0
63	5,0	5,0	5,0
64	5,0	5,0	5,0
65	5,0	5,0	5,0
66	4,7	5,0	5,0
67	5,0	5,0	5,0
68	5,0	5,0	5,0
69	4,8	5,0	5,0
70	4,8	4,7	5,0
71	4,7	5,0	5,0

Considerando a avaliação dos peritos procedeu-se à alteração da seguinte pergunta:

<b>Pergunta</b>	<b>Formulação inicial</b>	<b>Nova formulação</b>
62	Com que frequência modera o consumo de leite?	Com que frequência consome leite?

O quadro A6 apresenta o grau de concordância dos peritos em relação às perguntas incluídas na subescala “medidas de autocuidado gerais para gerir a dieta”.

**A5 – Perguntas da subescala “medidas de autocuidado gerais para gerir a dieta”**

<b>Perguntas</b>	<b>Score médio</b>		
	<b>Pertinência</b>	<b>Formulação</b>	<b>Pontuação</b>
72	5,0	5,0	5,0
73	5,0	5,0	5,0
74	4,8	4,8	5,0
75	5,0	5,0	5,0
76	5,0	5,0	5,0
77	4,7	5,0	5,0

Face à avaliação dos peritos não foram feitas alterações às perguntas desta dimensão.

## **APÊNDICE IV**

**Estudo II: Avaliação da consistência interna do Instrumento de Recolha de Dados**

## Avaliação da Consistência Interna do Instrumento de Recolha de Dados

O coeficiente de consistência interna de cada dimensão das escalas de autocuidado foi avaliado na amostra de 254 sujeitos. Para a dimensão “Medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica” com 31 itens, obteve-se um alfa de Cronbach de 0,525 (quadro B1).

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,525	,580	31

**B1** – Avaliação da consistência interna na dimensão “Medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica”

Item	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Chupar cubos de gelo	,503
Chupar rebuçados	,511
Mascar pastilha elástica	,528
Bochechar com água sem engolir	,488
Chupar limão	,503
Controlar a glicemia capilar	,543
Usar chávena ou copo mais pequenos para beber	,511
Evitar comer refeições muito condimentadas *	,522
Restringir o consumo de sopa *	,507
Comer sopa espessa/grossa	,529
Beber líquidos frios/gelados	,531
Evitar comer alimentos com muita água *	,527
Comer uma peça de fruta para diminuir a sede	,530
Beber pouco de cada vez/aos golos	,465
Beber só para tomar os comprimidos	,537
Medir a quantidade de líquidos que pode beber por dia	,493
Controlar o líquido que bebe em função dos sintomas	,517
Registar a quantidade de líquido bebido durante o dia	,514
Controlar o peso (sem ser na sala de diálise)	,538
Evitar expor-se ao sol *	,548
Evitar ultrapassar a quantidade de líquido permitido por dia *	,485
Manter-se ocupado para não pensar em beber	,483
Distribuir o volume de líquido permitido ao longo do dia	,474
Evitar comer doces *	,520
Beber só meio copo ou meia chávena	,544
Bochechar com água morna	,495
Colocar a quantidade de líquido para todo o dia numa garrafa	,474
Beber água morna	,527
Ajustar a quantidade dos líquidos à diurese	,540
Beber apenas às refeições	,593
Evitar beber álcool *	,498

Para a dimensão “Medidas de autocuidado para reduzir o consumo de sal” com 15 itens, obteve-se um alfa de Cronbach de 0,371 (quadro B2).

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,371	,546	15

**B2** – Avaliação da consistência interna na dimensão “Medidas de autocuidado para reduzir o consumo de sal”

Item	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Evitar os salgados *	,349
Evitar usar sal à mesa *	,351
Verificar a quantidade de sal nos rótulos dos produtos	,322
Evitar usar produtos instantâneos *	,364
Reduzir o sal ao cozinhar	,337
Evitar carne ou peixe enlatados/de conserva *	,343
Usar ervas aromáticas ao cozinhar	,339
Evitar enchidos/fumados *	,341
Evitar o ketchup *	,431
Evitar os molhos pré-preparados *	,370
Evitar usar caldos de carne/peixe na cozinha*	,351
Usar manteiga ou margarina sem sal	,347
Evitar comer comida rápida (fast food) *	,366
Evitar usar molho de soja na comida *	,368
Evitar comida asiática *	,370

Na dimensão “Medidas de autocuidado para restringir o potássio na dieta” com 15 itens, obteve-se um alfa de Cronbach de 0,381 (quadro B3).

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,381	,374	15

**B3** – Avaliação da consistência interna na dimensão “Medidas de autocuidado para restringir o potássio na dieta”

Item	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Descascar as batatas antes de as cozer	,336
Evitar cozer legumes ou batatas no micro-ondas/panela de pressão	,394
Deixar as batatas de molho em muita água antes de as cozer	,288
Comer legumes *	,406
Cozer as batatas cortadas aos pedaços	,356
Comer leguminosas secas *	,366
Comer frutos secos *	,379
Comer mais do que duas peças de fruta por dia *	,325
Cozer legumes ou batatas em duas águas	,326
Comer alimentos ricos em potássio *	,370
Comer arroz ou massa	,381
Comer fruta crua sem casca	,456
Comer fruta cozida	,355
Comer mais que uma peça de fruta crua por dia *	,363
Comer vegetais crus*	,341

Na dimensão “Medidas de autocuidado para restringir o fósforo na dieta” com 10 itens, obteve-se um alfa de Cronbach de 0,227 (quadro B4).

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,227	,288	10

**B4** – Avaliação da consistência interna na dimensão “Medidas de autocuidado para restringir o fósforo na dieta”

Item	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Reduzir o consumo de leite *	,254
Reduzir o consumo de derivados do leite *	,132
Evitar comer vísceras *	,198
Evitar o chocolate/cacau *	,189
Comer pouca quantidade de carne ou peixe às refeições	,266
Evitar os cereais *	,139
Evitar as farinhas lácteas *	,180
Evitar as oleaginosas *	,232
Reduzir o consumo de pão ou tostas *	,245
Evitar os produtos integrais *	,243

Para a dimensão “Medidas de autocuidado gerais para gerir a dieta” com 6 itens, obteve-se um alfa de Cronbach de 0,050 (quadro B5).

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,050	,031	6

**B5** – Avaliação da consistência interna na dimensão “Medidas de autocuidado gerais para gerir a dieta”

Item	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Seguir a dieta recomendada	-,043
Procurar informação sobre a dieta	,031
Aceitar as restrições/acomodar-se	-,104
Comer de tudo, mas em pouca quantidade	,296
Fracionar as refeições	-,257
Comer os alimentos ricos em potássio imediatamente antes da diálise	,160



## **APÊNDICE V**

**Resultados do Estudo I: Codificação dos dados no tema “Dificuldades na gestão do regime terapêutico”**

## Codificação dos dados no tema “Dificuldades na gestão do regime terapêutico”

Dificuldade	Unidades de Registo
Ter de ir fazer diálise	<p>“A gente a ver bem, entretanto sabe que tem que fazer isto dia sim, dia não”(E1); “tenho um ou outro dia em que digo assim: que chatice ter de ir agora lá fazer... não me apetecia nada...”(E1)</p> <p>“sentir a obrigação de não poder faltar a nenhum tratamento. Começa logo por aí. É doloroso pensar que, mesmo constipada ou com outro problema qualquer, não se pode faltar ao tratamento.”(E4);</p> <p>“Para mim é angustiante. Isto é como se viesse prá... prá força. Pior. Antes queria estar na prisão do que vir prá aqui. Ao fim de um tempo cumpria a pena... e assim não...”(E8);</p> <p>“a vontade de vir para aqui às oito da manhã, dia sim, dia não, não é muita. É nenhuma até.”(E10); “a minha vontade, a maior parte das vezes, é não vir.”(E10);</p> <p>“É uma dificuldade em todos os sentidos. Ter de cá vir no tempo certo, não é?”(E12);</p> <p>“Claro, incomoda minimamente, digamos que a nível psicológico.”(E16);</p> <p>“A parte mais difícil de cumprir até à data de hoje é, indiretamente, sermos obrigados a vir fazer diálise à clínica.”(E17);</p> <p>“a pessoa ter que vir aqui os três dias por semana, que é uma visão sempre um bocado presa, não é?”(E19); “Às vezes custa-me um bocadinho, agora não apetece nada...”(E19);</p> <p>“talvez não esteja bem...não sei bem, no fim... a relação de fazer ou não a hemodiálise”(E20);</p>
Restrições dietéticas	<p>“É a dieta! É a dieta e ter cuidado com a alimentação.”(E1) “Também sou diabético e... tenho que ter cuidado precisamente porque tem que ser duas dietas, tenho que fazer a dieta para os diabetes e tenho que fazer a dieta para o rim, não é?”(E1)</p> <p>“É não comer aquilo que quero...”(E8); “eu não posso beber muito leite, não posso comer muitos iogurtes, não posso comer queijo, porque me faz mal.”(E8);</p> <p>“Porque comecei a fazer a hemodiálise e cortaram-me essas comidas, que não convêm porque o feijão e o grão são leguminosas e têm muito fósforo, porque o leite além do líquido tem muito fósforo, a não ser a manteiga, mas como ela se põem no pão e ele tem fósforo, também não se pode comer muito pão...”(E9); “Afinal comecei a fazer hemodiálise e as restrições da alimentação são piores que antigamente. Isso custou-me porque gostava de comer uma feijoada que já não como há ano e meio.”(E9);</p> <p>“em parte, um bocadinho a dieta”(E12);</p> <p>“é muito, muito restrita.”(E13);</p> <p>“passava fome (...) Era o que mais me custava nessa altura.”(E15);</p> <p>“tenho uma certa dificuldade com o comer, porque o ter de comer fruta cozida, não poder comer sopa, é uma coisa que me faz muita diferença...”(E18); “a dieta é um problema. Foi um problema durante bastante tempo...”(E18); “Porque não podia comer fruta sem ser cozida, porque por exemplo, o bacalhau tinha muito potássio, a hortaliça...”(E18);</p> <p>“É muito difícil de cumprir. Muito difícil porque, se formos a ver, todos os alimentos têm aqueles ingredientes que fazem mal. Uns têm potássio, depois têm mais o... o fósforo.”(E19); “vou reduzindo substancialmente algumas coisas, mas não deixo de comer.”(E19);</p>
Restrição Hídrica	<p>“o que custa mais é a sede”(E2); “O que me custa mais é a sede.”(E2);</p> <p>“A única coisa que custa mais é a água. A sede é que é pior...”(E3); “É por causa da sede. Muita sede”(E3);</p> <p>“não beber água, ou a proibição de beber líquidos. É a parte mais complicada.”(E4);</p> <p>“É o meu maior problema. Porque durante anos tive de me disciplinar a beber muitos líquidos e agora, gradualmente, tenho que fazer o contrário. Essa é a minha principal dificuldade.”(E6);</p>

	<p>“Outra coisa que também me pode limitar é a questão da água, embora eu não costume ter muita sede.”(E7); “O resto não me preocupa, mas a água gostava de facto, de poder beber mais.”(E7);</p> <p>“Mas, mais grave mesmo, é não poder beber a água que eu bebia”(E8); “Eu bebia, sei lá, era capaz de beber um litro de leite. E agora não posso nem pensar, nem metade, nem um quarto.”(E8); “É a sede. Agora já estou mais... ao princípio foi mais difícil.”(E8);</p> <p>“Um dos aspetos é o não poder beber água”(E9); “ Claro, muito mais difícil do que agora, foi sem dúvida nenhuma o não poder beber água. Esse foi o aspeto que foi muito difícil de cumprir. (...) com o tempo diminuí bastante a quantidade de água, mas foi sem dúvida nenhuma o mais difícil.”(E9); “o que me custa mais é, sem dúvida nenhuma, a água.”(E9);</p> <p>“A restrição hídrica é que é mais complicado, porque o tratamento faz sede e ter de controlar a quantidade de líquidos que ingerimos, para mim, é o mais penoso.”(E10); “é a restrição hídrica, realmente, que é mais penosa.”(E10); “O aspecto mais difícil é a água, não posso beber muita água e estou sempre cheia de sede. Isso é muito mal para mim que eu depois, eu fico muito inchada e muito mal disposta. Isso é muito difícil para nós que fazemos hemodiálise.”(E11); “Mas é difícil porque estou sempre a beber... é muito difícil controlar.”(E11);</p> <p>“E muita sede.”(E12);</p> <p>“Isso Jesus é do piorio. Isso é mais difícil...”(E13); “é que eu tenho sede!”(E13); “Mas isto dos líquidos é um problema e bastante grande. Porque a gente tem vontade de beber água e não pode.”(E13); “Por causa da sede, exatamente, que a gente tem sede.”(E13); “...tenho a garganta seca, tenho os lábios secos, é a vontade mesmo de beber água.”(E13);</p> <p>“Outra coisa que tenho que ultrapassar é a questão da bebida (...)a água, água ou sumos, isso é que não posso exagerar.”(E14);</p> <p>“passava fome e sede. Era o que mais me custava nessa altura.”(E15); “Era a coisa que mais me custava. Era ter sede e não poder beber.”(E15);</p> <p>“É muito difícil controlar os líquidos.”(E17);</p> <p>“Olhe, o consumo de líquidos, para mim, também é problema. Tenho muita sede, ainda hoje, é um dia em que estou cheio de sede.”(E18);</p>
Tomar a medicação prescrita	<p>“mesmo os medicamentos, davam-me assim uma reação... principalmente o Renagel, dava-me uma reação bastante má”(E1);</p> <p>“Dava era a sensação de tínhamos aqui... uma coisa incomodativa, sempre aqui, como quando estamos constipados, temos assim uma expetoração que não conseguimos tirar. Pronto aquilo não saía daqui. Era uma coisa bastante incomodativa.”(E2);</p> <p>“Tomo muitos medicamentos. É muito complicado. São, ao todo... ora tomo 9 de manhã, 2 ao almoço, onze, catorze, quinze comprimidos por dia. É um pouco difícil, mas tem que ser” (E3);</p> <p>“Uma multidão. Sobretudo na área do coração, praticamente as famílias de hipotensores que existem. Quase todos eles. Estou a utilizá-los precisamente por causa desta hipertensão que regularmente aparece...”(E5);</p> <p>“Às vezes é difícil que eu esqueço”(E11);</p> <p>“com o Renagel, assim que tomava dois comprimidos ia logo para a casa de banho.”(E13);</p> <p>“Esqueço-me às vezes...”(E16); “Às vezes esqueço-me, esqueço-me”(E16);</p> <p>“levo comigo sempre no bolso, sempre no bolso – só que às vezes, ou de manhã ao tomar o pequeno-almoço, estou no trabalho e por qualquer razão esqueço-me de tomar. Tomo o pequeno-almoço e depois vou para o escritório e esqueço-me... por qualquer razão, um telefonema, ou... qualquer assunto relacionado com o trabalho.”(E16);</p> <p>“eu chego a tomar, agora já não mas ao princípio, eu cheguei a tomar 25 comprimidos, por dia (...) só que, chegou a uma altura... os medicamentos foram começando a diminuir e agora andam por volta de 15.”(E17); “e muitos de nós não temos mesmo cabeça para ver os comprimidos que são (...) Torna-se um bocado aborrecido por causa disso.”(E17);</p>

<p>Não poder realizar atividades sociais</p>	<p><i>“é mais a gente querer ir aqui ou acolá e não poder”(E1); “tenho um neto lá em casa, podia ter dado uma volta com ele e essas coisas, porque ele está lá em casa e vai-se hoje embora, e isso a mim prendeu-me. Por não poder ir, tive que vir fazer o tratamento.”(E1)</i></p> <p><i>“A componente social, estar num restaurante, aspeto que eu nem ponho às pessoas que estão comigo, mas que me causa realmente problemas.”(E5); “É nas alturas em que trago um bocado mais de peso. É quando tenho uma componente social... que quero alinhar com a mesa, com o que se passa. É a situação mais gravosa. É a componente social, que me agrada mas que é nitidamente um aspeto negativo.”(E5);</i></p> <p><i>“O que me incomoda, o que me transtorna mais a nível do tratamento é o tempo perdido. (...) no fim não se sai muito bem, não é, saio com a tensão baixa, saio um bocado debilitada e isso influi com o meu trabalho, que eu às vezes vou entrar às quatro da tarde e é complicado.”(E10); “É fundamentalmente o tempo perdido, que me impossibilita de estudar, de fazer outro tipo de atividades.”(E10); “acabo por só ter tempo para diálise e trabalho, trabalho e diálise, queria estudar e não consigo, não consigo frequentar a faculdade porque não tenho tempo físico para o fazer, e outras atividades normais como sair, ir ao cinema.”(E10); “eu trabalho no corpo de bombeiros e fazia serviço de ambulância, e tive de deixar de fazer porque não tenho condições físicas para tal. Além de não me sentir bem. Se, por exemplo, se apanhar uma reanimação num terceiro andar, não consigo ir a correr com as malas e com aquilo tudo, para socorrer a pessoa. É impensável. Também não consigo fazer força para levar um doente numa cadeira de rodas ou para pô-lo numa ambulância. Não consigo e não posso fazer força. É outra das limitações que me incomoda,”(E10);</i></p>
<p>Duração das sessões de hemodiálise</p>	<p><i>“a tomada de tempo, que realmente, o tratamento me leva e a sua periodicidade. (...) Corta muito da vida que o indivíduo regularmente tem, não é? São quatro horas e meia que eu estou a fazer regularmente.”(E5); “são quatro horas e meia que me retiram de outras atividades”(E5); “Um tratamento regular com um número de horas grande”(E5)</i></p> <p><i>“O mais difícil mesmo são as quatro horas que se passam aqui no tratamento. Esse foi desde o início o aspeto mais difícil de assimilar, digamos assim. Continua a ser aquele que é mais difícil, que apresenta mais dificuldades de suportar...”(E6); “as quatro horas é um tempo que custa demasiado a passar (...) quando chegava pelo menos às duas horas de tratamento e sentia que faltavam ainda duas horas para finalizar, gerava um processo de ansiedade muito grande”(E6); “Tinha mesmo a ver com o sentimento de quase claustrofobia, por saber que estava ali 4 horas e que durante essas 4 horas não podia levantar.”(E6); “depois de ter começado a fazer hemodiálise gerava um mecanismo de alguma dificuldade em tolerar o tempo”(E6);</i></p> <p><i>“E os tratamentos também são, às vezes, nem sempre, um bocadinho difíceis de suportar.”(E7);</i></p> <p><i>“Depois outro aspeto é relacionado com o tempo de prisão, entre aspas, com o tempo da diálise”(E12);</i></p> <p><i>“Ao princípio o que se tornava mais difícil era as quatro horas de diálise que teria que estar sentado ou deitado. Esse espaço de tempo era muito difícil de ... ultrapassar, essas quatro horas.”(E14);</i></p> <p><i>“Penso que será a duração do tratamento. É o mais difícil de cumprir neste momento. (...) é apenas o período prolongado do tratamento que é o mais difícil de aceitar e de nos adaptarmos.”(E16); “é só aquela questão de ser quatro horas de tratamento. Provavelmente, se fosse duas horas de tratamento, passava muito mais facilmente e era, digamos, muito mais simples, né?”(E16);</i></p> <p><i>“É as quatro horas que nós temos de fazer. Não é tanto a deslocação, é as quatro horas, porque a gente chega a uma altura que, por muito bom que as cadeiras são, a gente chega a uma altura que já não tem posição para estar. E isso, parecendo que não, acaba por nos incomodar um bocado e a gente, como hei de dizer, enervarmo-nos literalmente por causa de não ter mais</i></p>

	<p>posição.”(E17);</p> <p>“... é aborrecido também estar quatro horas em cima da cama.” (E18);</p> <p>“pela minha experiência e desde que eu cá estou, tem sido, ultimamente, aquela última meia hora, porque eu, uma vez que ainda urino, por vezes é um pouco difícil estar ali as quatro horas”(E19); “às vezes, têm que me estar a desligar para ir à casa de banho e voltar novamente. Mas isso, aquela meia hora, para mim, às vezes é um suplício.”(E19); “Uma pessoa está ali e às vezes e não consegue aguentar, têm que me desligar para ir ali urinar.”(E19);</p> <p>“uma parte que, realmente também, às vezes custa um bocado, é quando dizem que só faltam 15 minutos. Só faltam 15 minutos sempre a aguentar um bocadinho. Está bem, só 15 minutos. Só que os 15 minutos é o tempo da máquina, e depois mais a hemostase, que se as coisas correrem bem são mais dez minutos, mas se correrem muito mal são mais 20 ou 30 minutos. É esse espaço que, por vezes, uma pessoa está assim, eh pá, será que consigo estar aqui, será que não?”(E19);</p>
Dor no acesso vascular	<p>“fiz a fístula e não funcionou, depois fiz esta, e depois fiz o cateter. Custou-me bastante, eu desmaiava e ... até pedia a morte.”(E2); “a veia debaixo dói-me sempre um bocado”(E2); “Sim, é o que me custa mais. Mas eu também não tenho muito bom acesso.”(E2);</p>
Dor ao puncionar	<p>“as espetadas das agulhas” (E3); “provoca sempre dor no início”(E3);</p> <p>“Não falando nas agulhas, que esse é o maior.”(E8); “É, porque eu tinha pavor às agulhas.”(E8); “É, nem consigo olhar. Para já são umas agulhas, ainda agora estava a dizer ao enfermeiro, parecem agulhas de fazer croché. Metem impressão.”(E8); “Era uma dor muito forte.”(E8);</p> <p>“Outro que foi muito difícil foi, no princípio, a questão da picadela porque a veia ainda não estava completamente dilatada e portanto, picava-se duas, três, quatro vezes até acertar...”(E9); “A dor existe sempre e no princípio acho que é até maior do que agora.”(E9); “No princípio doía mais por vários motivos: além de não estarmos habituados como estamos agora – que é uma situação quase rotineira – havia o problema de que não era só uma vez nem duas. Era três ou quatro, formavam-se hematomas (...) Portanto era mais difícil e doloroso.”(E9);</p> <p>“As picadelas das agulhas, que tenho muito medo”(E20); “Enervo-me sempre (...) Enervo-me, ao picar...”(E20); “É o medo de ser picado (...) estico-me sempre quando me picam. Sinto medo da agulha, quando eles picam, mas depois passa... Depois de estar ligada, de me picarem as agulhas, já fico bem...”(E20);</p>
Limitação em relação às férias	<p>“não posso ir de férias... (...) Não é como antigamente, que nos apetecia e íamos, não é? Agora não. Agora tem de ser tudo bem programado, coisa a que eu não estava habituada (...) para o estrangeiro já não penso ir mais. Isso também me custa, não é? Também me custa.”(E4);</p> <p>“não poder deslocar, porque nem sempre há vagas noutros centros de hemodiálise do país. Isso aí limita um bocado”(E7); “Eu estou limitado porque, se quero ir para um sítio, não tenho um centro de hemodiálise perto, se quero ir para um sítio onde tenho a hemodiálise não tenho facilidade em arranjar alojamento...essas coisas”(E7);</p> <p>“o caso de férias, é uma complicação. Ou de ir para outros sítios, um fim-de-semana... ou como agora, com a Páscoa, venho fazer hoje e quarta-feira. Pedi para marcarem em Viana do Castelo e não havia vaga...”(E12); “Surge qualquer problema em que a pessoa tem que se deslocar, está presa aqui, tem que fazer diálise... é preciso credenciais... é uma certa burocracia.”(E12);</p> <p>“Quer dizer, no caso de fim-de-semana ou de férias. Esse é o problema número um”(E12);</p> <p>“Nem sempre nós temos a possibilidade de poder ir, uma semana ou duas de férias para onde queremos. Ou porque não há tratamento naquela zona, ou fica afastado... ou não há vaga etc., etc. e isso também afeta um bocadinho a nossa vida...”(E16); “Para onde eu queria ir não há diálise, não há clínicas de diálise...”(E16);</p>

Incidentes Intradialíticos	<p>“como sabe há problemas que surgem durante a diálise (...) qualquer das ocorrências são para mim muito mais gravosas do que o estar aqui.”(E5);</p> <p>“Passei recentemente, desde Setembro do ano passado até há pouco tempo, períodos de tensões que chegaram aos 200 / 100”(E5);</p> <p>“às vezes passo mal... por exemplo na terça-feira fui para casa e fartei-me de vomitar... umas dores de cabeça muito grandes porque a tensão depois sobe... quando fui para casa tinha a tensão em 18 e tal. É só à terça-feira.”(E8);</p> <p>“eu tenho tensões baixas, entro na diálise e a tensão cai. Cai, para menos de dez, e às vezes sinto-me mal... sinto-me mal no aspeto de não começar a ver bem, etc.”(E18); “É que saio grosso...são os enfermeiros que dizem: vai grosso (...)é o andar desequilibrado”(E18);</p>
Conciliar as sessões de HD com o trabalho	<p>“É um dos aspetos que mais dificulta a aceitação do tratamento, a pessoa saber que tem durante três tardes por semana, ou as quatro horas três vezes por semana, que estar ali, que deixar de trabalhar...”(E6); “A ginástica para conseguir conciliar o tratamento com a vida profissional e a vida familiar é muito difícil”(E6);</p> <p>“Faz-me muita confusão porque... trabalhar é muito complicado, tanto mais que nunca mais trabalhei...”(E8);</p>
Indiferença do enfermeiro	<p>“Olhe, uma das coisas que me custou muito ao princípio foi, estava bastante debilitado e havia um pessoal de enfermagem que acho que é ótimo, em questão de técnicas, mas na questão de lidar com... pelo menos eu senti isso muito...”(E7); “às vezes são um bocadinho frios nesse aspeto. (...) Enquanto aqui são um número, estão ali é para espetar as farpes, como a gente diz, lá em cima há sempre uma palavrinha, “donde é que vem? de onde é que é?”(E7); “Não se concebe que um indivíduo que ao fim de dois, três anos, chega ali e põe a bata, espeta as agulhas e vai-se embora e não diz uma palavra.”(E7); “quando a máquina dá o alarme, vai lá o enfermeiro, carrega, tarará, tarará e vai-se embora! Eu gostava de saber, pelo menos nalguns casos, porque é que isso acontecia!”(E7); “custava muito não saber nada do que faziam, porque é que a máquina apitava, porque é que aquilo fazia. E eu gostava de saber.”(E7);</p>
Tempo gasto nos transportes	<p>“Ao princípio ainda requisitei o transporte, que não tinha capacidades para isso. Mas nos primeiros dias veio cá o meu cunhado trazer-me e eu pedi aqui na clínica para desistir, quando comecei a ver os problemas, ter de andar duas horas... eu acho que um dos grandes males, de que se queixa muita gente é andar muito tempo nos transportes.”(E7); “Nos transportes (...) as pessoas depois de fazer quatro horas de diálise, estão aí durante uma hora, à espera que o transporte as largue.”(E7);</p>
Receio de perder o acesso vascular (FAV)	<p>“Outra coisa que me assusta em relação à diálise e que não mencionei há bocado são as fístulas. Porque já fiz três fístulas, ou seja, esta que tenho neste momento é a última porque não tenho mais acessos. Se esta parar eu não sei como vou fazer diálise porque não tenho mais veia nenhuma. Isso assusta-me um bocadinho. Provavelmente terei de por um cateter e não vou estar eternamente com cateter. Esse fator assusta-me um bocadinho.”(E10); “Mas o meu medo essencial é se ela parar.”(E10);</p>
Dor após a diálise	<p>“Acontece que, quando eu saio daqui, vou no transporte, quando saio em casa, acontece que eu vou cheio de dores e tenho que andar, literalmente, agarrado às paredes, porque sujeito-me a cair.”(E17);</p>

## **APÊNDICE VI**

**Resultados do Estudo I: Codificação dos dados no tema “Estratégias para gerir as dificuldades do regime terapêutico”**

## Codificação dos dados no tema “Estratégias para enfrentar as dificuldades na gestão do regime terapêutico”

### 1. Estratégias para enfrentar a Restrição hídrica

Estratégia	Unidades de Registo
Só beber álcool em dias de festa	<i>“bebidas alcoólicas, também não sou de beber muito, é muito raro, só em dias de festa ou qualquer coisa é que eu posso beber...”(E1)</i>
Reduzir o volume de líquido ingerido	<p><i>“bebo uma pinga de água para tomar os comprimidos quando eles são maiores porque custam mais a engolir...”(E1);</i></p> <p><i>“Bebo uma chávenazinha assim pequenina,”(E2); “não bebo muito, mas bebo”(E2);</i></p> <p><i>“Eu bebo água, bebo uma média de dois decilitros de água por dia...”(E3); “é só aquela medida mais ou menos que eu bebo.”(E3);</i></p> <p><i>“Em relação aos líquidos, às vezes apetecia-me comer sopa e não como.”(E4);</i></p> <p><i>“Tento beber menos quantidade. Tento reduzir a quantidade de cada vez...”(E6); “tento não beber às refeições. Sobretudo é reduzir a quantidade do que bebo. Não é que deixe de beber, porque bebo mas bebo menos quantidade.”(E6);</i></p> <p><i>“Bebo água quando tenho de tomar os comprimidos e pouco mais. Pouco mais bebo. Às vezes, ao almoço e jantar, meio copinho pequeno de vinho, mas tirando isso, eu não bebo praticamente líquidos nenhuns.”(E7);</i></p> <p><i>“eu primeiro bebia tudo num copo, ou bebia leite numa caneca ou numa chávena grande. Agora, por exemplo, bebo leite numa chávena de café.”(E8);</i></p> <p><i>“às vezes poderia beber mais um sumo e não bebo porque o sumo sabe bem fresco, mas depois, mais tarde dá um pouco mais de sede, e portanto, corta-se no sumo... Portanto, essa foi um bocado a estratégia que eu utilizei para dar a volta, para beber muito menos água que aquilo que bebia...”(E9);</i></p> <p><i>“Só para tomar os comprimidos. Sei que não posso tomar e não bebo.”(E13); “Eu sei é que é aquele bocadinho de água que bebo e mais nada. Tenho uma coisinha da água assim no fundo do copo, só para tomar os comprimidos.”(E13) “Não abusar dos líquidos”(E13); “a única coisa que bebo de água é só assim um bocadinho de água para tomar os comprimidos de manhã, à hora de almoço e o resto, durante o dia bebo um bocadinho, meia de leite ou isso, à tarde com o lanche.”(E13);</i></p> <p><i>“eram os dois decilitros e meio e nunca bebia os dois decilitros e meio, que era para depois se me apetecer alguma coisinha, eu guardar...”(E15);</i></p> <p><i>“consegui-me adaptar, de alguma maneira á grande redução de ingerir água... e consigo aguentar a beber... sete... sete, oito e meio a um litro por dia.”(E16);</i></p> <p><i>“Não bebo mesmo água. Há dias em que não bebo mesmo. À noite deixei de lado... aliás aquilo que toco na água é só para tomar os comprimidos, pura e simplesmente, mais nada”(E17);</i></p> <p><i>“A única coisa que eu... é tentar beber o menos possível, mais nada. Sim, de facto, mais nada. Não bebo, hoje naturalmente queria beber mais do que bebi...”(E18);</i></p> <p><i>“Tenho que guardar para tomar os comprimidos, a pouca água que bebo.”(E20); “mas quando tenho sede bebo um bocadinho de água... não molho só a boca, que isso de deitar fora também não é solução, penso... bebo, dois, três golinhos de água, bebo...”(E20); “Bebo um bocadinho de café de manhã, feito em casa... ou um pouco de chá, meia caneca...”(E20);</i></p>
Avaliar a diurese	<p><i>“Ainda há coisa de uns 3 meses, medi e ainda consegui acabar quase a garrafa de litro e meio, nas 24 horas.”(E1)</i></p> <p><i>“Urino bastante, eu devo... sei lá... quase um litro.”(E8); “Agora tenho um medidor e geralmente ao fim-de-semana, como tenho mais cuidado, é</i></p>

	<p>que meço. Mas eu primeiro media sempre, porque o médico disse-me que se eu fizer meio litro de xixi posso beber meio litro de água.”(E8);</p> <p>“Agora a uma terça-feira de manhã, que estou sem fazer hemodiálise domingo e segunda, sou capaz ainda de fazer aí umas 800, 750 mililitros. Depois nos outros dias, sou capaz de fazer, no total, aí meio litro por dia ou á volta disso.”(E9); “É assim, eu como ainda faço xixi e consigo ainda deitar para fora líquido, sou capaz de beber mais um ou dois copos de água por dia porque sei que isso vai sair. Por acaso, se de um momento para o outro deixar de fazer, é lógico que sou capaz de beber menos, os tais dois copos de água por dia, porque sei que já não faço e que não consigo deitar cá para fora. E como nesta situação não pode haver um excesso de líquidos, essa é uma situação... é importante saber que faço para saber aquilo que bebo. Se não fizer então beberei menos com medo que haja um excesso não é, mas é muito importante saber qual é o valor que ainda posso beber de água por dia.”(E9); “eu meço a urina que faço, quando faço e tenho a ideia de que... portanto, se bebi mais dois ou três copos de água por dia, do que aquilo que é normal, porque eu conto, eu conto.”(E9);</p> <p>“Ah, urino à vontade um litro. Sim, sim.”(E14);</p> <p>“Ainda urino cerca de três vezes por dia...e á partida essa água que ingiro... (...) Aí á volta de um litro”(E16);</p> <p>“Na segunda-feira, nas 24 horas anda á volta aí de seis decilitros, na segunda-feira, porque nos outros dias, três, quatro...nas 24 horas.”(E18);</p> <p>“Eu tenho a impressão que urinei mais de meio litro, mas á vontade, á vontade. Pelas vezes que eu vou á casa de banho durante o dia ou durante a noite, de certeza de é mais de meio litro. É mais de meio litro (...) faço uma média, mais ou menos.”(E19);</p> <p>“De sábado para domingo é muito menos, á volta de meio litro. De domingo para segunda, faço sete e meio quase oito.”(E20); “comprei um bacio de plástico (risos) e depois vi como estava e marquei por fora a quantidade. Então vejo se aquilo está mais ou menos.”(E20); “Junto as 24 horas, de sábado de manhã a domingo de manhã. Primeira de manhã faço fora e depois junto, até á primeira de domingo. E depois noto que, de domingo para segunda, faço um bocadinho mais. E tenho por fora marcado... vejo se ficou neste risco ou se ficou naquele, ou se fica no intermédio de um ou outro.”(E20);</p>
<p>Limitar a ingestão hídrica ao volume de uma garrafa</p>	<p>“Tenho uma medida, uma garrafinha, uma garrafinha daquelas de dois decilitros e meio.”(E2);</p> <p>“Encho uma garrafa de água de três decilitros, dessas garrafas pequenas, de plástico. (...) Isso tem que me dar para todo o dia. Quando estou em casa tem de me dar para todo o dia, para tomar comprimidos, para o almoço, jantar. Tem que ser essa medida, não pode ultrapassar essa medida.”(E3);</p> <p>“Utilizo a garrafa. Não bebo pelo copo, a não ser à mesa para tomar o comprimido. Mas para beber durante o dia utilizo a garrafa.”(E4);</p> <p>“Ponho a água em duas garrafas de três decilitros. Bebendo aquelas duas garrafas eu sei automaticamente que eu não devia beber mais, não é?. Antes eu enchia uma de meio litro, só que eu bebia mais rápido. E assim encho duas e bebo mais ou menos o mesmo e a água rende mais. Porquê? É a ilusão que uma pessoa tem duas garrafas... Bem, já bebi muito e não bebeu...”(E8);</p> <p>“quando vou trabalhar levo uma garrafa pequenina e sei que não posso beber mais do que aquela garrafa, portanto tenho que a dosear.”(E10);</p> <p>“Um dia inteiro, uma garrafinha daquelas... num dia todo não chego a beber uma aquelas de 33 cl, aquelas garrafinhas mais pequenas de água.”(E13); “é aquelas garrafinhas de água de 3 decilitros, mais ou menos o dia todo, nem digo que beba a garrafa toda...”(E13);</p> <p>“quando tinha aquela gula, tinha aquilo ali [garrafa de 2,5 dl] para beber. Quando me apetecesse ia beber dois golinhos de água fresquinha,</p>

	<p><i>sempre fresca.”(E15);</i>  <i>“uma garrafinha daquelas de três decilitros se calhar dá-me para dois dias...e às vezes ainda mais”(E20);</i></p>
Comer sopa mais espessa	<p><i>“como um bocadinho de sopa (...) bastante grossa e não como muita.”(E2);</i>  <i>“a sopa não se pode comer com caldo, tem que ser comida com um garfo...”(E3); “A sopa também só com garfo e não é sempre (...) senão é muito líquido que entra...”(E3);</i>  <i>“A minha mulher faz canja. Tira a canja um bocadinho mais grossa para não ficar com tanta água.”(E13); “como não posso beber a canja, não bebo, tenho de tirar a mais grossa e então como com a colher.”(E13);</i></p>
Beber água morna	<p><i>“Bochecho com água morna”(E2);</i>  <i>“Eu até se sentir muita sede, muita sede que não aguento, sou capaz de amornar um bocadinho de água e beber.”(E15);</i></p>
Beber pouco de cada vez	<p><i>De vez em quando bebo um golinho”(E2); “Agora bebo menos, bebo assim um golinho”(E2);</i>  <i>“Não bebo um copo de água, se bem que me apetecesse beber a garrafa toda, não bebo, mas bebo aos bocadinhos.”(E4);</i>  <i>“Quando me apetecesse ia beber dois golinhos de água”(E15);</i></p>
Controlar o ganho de peso interdialítico	<p><i>“Agora nunca trago muito peso. De um dia para o outro trago um quilo, um quilo e trezentas, o que é ótimo.”(E2); “ainda este fim de semana, e foi porque eu bebi um bocadinho de líquidos a mais porque fui até à praia com o meu marido, estava o sol muito quente e tive um bocadinho de sede e pronto, acabei por beber só assim um bocadinho de água da garrafa. E ainda trouxe, ainda tinha água. Mas trazia dois quilos e cem. Mas são dois dias...”(E2);</i>  <i>“E tenho menos peso no fim-de-semana do que de um dia para o outro, talvez porque tenha mais cuidado, sempre são dois dias. Num Domingo é capaz de ir a um litro. Nos dias em que não vou (à diálise), meio litro, um bocadinho mais e ao Domingo, para aí um litro. (E4);</i>  <i>“faço o possível por não entrar aqui com pesos que passem, entre sessões regulares, dos dois quilos”(E5);</i>  <i>“Por isso eu trago muito pouco peso, por exemplo eu hoje trouxe 800 gramas.”(E8);</i>  <i>“saio sempre com o peso seco, às vezes até menos que o peso seco. Respeito mais ou menos, pá... é raro trazer peso muito exagerado... portanto, controlo as coisas mais ou menos. Controlo as coisas, sem deixar de comer ou beber aquilo que me apetece.”(E14);</i>  <i>“com a balança eu verificava o peso e então podia beber mais água ou não”(E18);</i>  <i>“acho que vai tudo de uma pessoa mentalizar-se, para não vir com muito peso”(E20);</i></p>
Beber líquidos gelados	<p><i>“Tenho sempre a garrafa no frigorífico, no verão”(E2);</i>  <i>“tenho uma garrafinha sempre no frigorífico, gosto de água gelada. Muito gelada. Mesmo em pleno Inverno”(E4);</i>  <i>“tomo sumos com gelo, para refrescar e para diluir um bocado mais o sumo enquanto o gelo derrete, para matar a sede. É isso que eu faço...”(E12);</i>  <i>“Quando me apetecesse ia beber dois golinhos de água fresquinha, sempre fresca”(E15); “Mas tinha de ser água fresquinha... sempre fresca, o mais fresco possível.”(E15);</i></p>
Bochechar	<p><i>“Bochechar a boca de vez em quando com água”(E3); “bochecho e passa-me aquela secura que eu tenho...”(E3);</i>  <i>Deixo estar a água um grande bocado de tempo na boca e depois engulo. É para saborear. Saboreio a água.”(E4);Nesta caso agora. Eu não estou com sede, tenho a boca seca. Aqui lá vou, um copinho de água, bochecho, engulo e pronto.”(E12); “Bebo um bocadinho e deito fora, não posso beber”(E13);</i></p>
Minimizar o problema	<p><i>“Eu acho que nos vamos conhecendo e sabendo o que é que podemos fazer, as coisas que podemos fazer com a nossa doença. E sei que ainda</i></p>

	<i>posso beber mais do que eles me dizem, porque consigo urinar ainda.”(E4);</i>
Estar ocupada	<i>“Se andar sempre fora de casa não bebo.”(E4);</i>
Evitar alimentos doces e salgados	<i>“Regras essas que passam principalmente por comer sem sal e a partir daí, a necessidade de beber líquidos é altamente atenuada”(E5); “estamos a falar da parte da comida, porque há tipos de comida que também dão mais sede. Portanto, aí comecei a cortar com certas coisas que eu gostava e que comia, comecei a cortar para não ter tanta sede.”(E9); “Oh, sei lá... a questão de utilizar muito menos sal na comida por exemplo, gostava muito de beber leite com chocolate. Mas também como o leite é líquido e o chocolate tem fósforo, e como bebia também dava muita sede, então, ao cortar os dois além de não estar a utilizar isso, também tinha menos sede.”(E9); “A questão de leite com chocolate que gostava, portanto tudo aquilo que me provoque sede, cortando o máximo possível.”(E9); “hoje não tenho sede porque não como coisas salgadas.”(E15); “eu prefiro a comida mais insossa do que propriamente com aquele tempero verdadeiro. Se puser um bocadinho mais um bocadinho de sal eu já tenho de deitar água, porque não consigo... portanto, a comida que eu como não me faz sede.”(E15); “Não como coisas que façam sede. Coisas salgadas não vou comer, coisas picantes também não. Como mais à base de ervas aromáticas... e isso não me provoca assim muita sede.”(E20);</i>
Chupar ou trincar gelo	<i>“Tento trabalhar muito com gelo, que diluo com um bocadinho de água e que dá uma sensação diferente”(E5); “fui ao McDonalds buscar um copo com gelo e andei com ele no bolso, porque tinha comido uma comida um bocado mais desequilibrada.”(E5); “é um aporte de líquidos que passa por um volume muito inferior, mas que me dá... uma tablete de gelo... e consegue...”(E5); “A única coisa que faço é cada vez que preciso beber água, em vez de beber água, chego ao frigorífico e disparo um bocado de gelo moído. Se não consigo fazer isso, como lhe disse, na rua peço um copo com gelo e ultrapasso a sede.”(E5); “é fundamentalmente comer gelo. Quando tenho muita sede como uma pedra de gelo.”(E10); “Eu às vezes faço gelo né, e fico sempre a ingerir o gelo.”(E11); “ponho uma pedra de gelo na boca... outra e é sempre assim. (...) eu começar fazer assim, a meter os pedras de gelo na boca para ver se resulta.”(E11); “Quando sinto só a boca seca o que é que costumo fazer? Meto uma pedra de gelo na boca. Refresca-me a boca e vai derretendo e tal. Mas aquilo não dura para sempre. Passadas umas horas, volto outra vez e faço isso.”(E12); “Quando vejo que já bebi assim mais que a conta, então, para cortar, a pedra de gelo na boca para me refrescar a boca.”(E12); “Em casa, como já ultrapassei o meu limite, então para não ultrapassar mais, opto pela pedra de gelo, que me refresca a boca nem que seja por uma hora... e não estou a ingerir tanto líquido.”(E12); “às vezes via uma pedrinha de gelo e chupava, ou trincava. Nem chupava, eu trincava porque era aquela aflição da sede.”(E15);</i>
Controlar a ingestão de líquidos	<i>“É uma questão de pensar... sempre que bebo pensar... ponderar o que já bebi.”(E6); “Tenho a sensação e a perceção de que se de manhã me levantar e beber um copo de água, possivelmente sou irei beber um copo de água à hora de almoço, e possivelmente sou irei beber um copo de água, se possível, quando chegar a casa do trabalho. Portanto sei que bebi três copos de água. E se calhar sou capaz de beber um copo de água antes de me deitar, ou então já não beber esse copo de água. Portanto eu sei se bebo três ou quatro, se há um dia que bebo, que estou com sede e que bebi seis ou sete... portanto eu conto, controlo isso.”(E9); “e então eu faço assim, eu almoço, não ponho água como muitas pessoas fazem que põem um copo de água... e no fim de comer como uma</i>

	<p>laranja ou como um coisinho de uvas, e isso mata-me a sede e já não preciso de beber água.”(E15);</p> <p>“Durante um dia... meio litro. Café e leite também conta? (...) Meio litro, seis decilitros, por aí... à volta disso.”(E18);</p>
Beber apenas às refeições	<p>“Só bebo às refeições. Mais nada. Mesmo até de manhã normalmente tomo um copo de leite ou uma caneca com qualquer coisa, mas depois só bebo ao almoço. Depois ao lanche, um garoto normalmente, ou uma meia de leite se acho que não bebi ou não fiz nada que possa trazer mais peso. Bebo meia de leite ou um garoto com um bolo ou com uma torrada. E depois ao jantar, posso molhar um bocadinho a boca, mas normalmente não bebo nada.”(E7);</p> <p>“Bebo sempre a mesma coisa. Não ando a beber... bebo o café com leite, bebo o chá... o chá, uma pinguinha ao almoço e uma pinguinha também ao jantar, não bebo uma chávena inteira...e ao lanche.”(E18);</p>
Esforçar-se por não beber	<p>“não bebo muito, mas bebo”(E2);</p> <p>Aguento. Aguento. (...) “às vezes posso estar com um bocadinho de sede, mas não é nada que não possa aguentar.”(E7);</p> <p>“Não bebo. Não há problema. Sou assim um bocadinho de ideias fixas. Não bebo, não bebo, acabou.”(E8);</p> <p>“Mas há certas alturas que corto mesmo, por uma questão de.... Pronto, não posso beber não bebo! E tento me aguentar o máximo possível.”(E9); “E mesmo tendo necessidade, eh pá eu agora bebia um copo ou dois, tento não beber, aguentar mais uma hora ou duas, pode ser que entretanto passe... e me aguarde.”(E9);</p> <p>“nunca bebo aquilo que me apetece. Bebo sempre menos.”(E10);</p> <p>“A gente tem que pensar é que não pode beber água.”(E13); “É por exemplo, pensar, não posso beber água! É isso que tenho que pensar, não posso pensar outra coisa.”(E13); “; “Não é que não possa. Posso beber, só que tenho de evitar e não bebo. É esse o problema, que a gente tem que pensar que não pode beber água...”(E13); “Certas vezes estou em casa, olho para a garrafa de água e dava-me vontade de agarrar na garrafa de água ou num copo de água e beber o copo todo. Só que é fazer asneira. Aquilo que eu sei é que estou a fazer asneira. Tenho que pensar nisso, é uma asneira que a gente está a fazer e não pode.”(E13);</p> <p>“eu estou aqui, estou a suportar a sede, mas gostava de beber.”(E18);</p> <p>“digo: não bebes que ainda agora acabaste de beber”(E20); “E quando penso em beber, digo assim: não vais beber porque já bebeste.”(E20);</p> <p>“Eu evito o máximo. Como estou a acabar de dizer, penso... não bebo porque já acabei de beber...”(E20)</p>

## 2. Estratégias para enfrentar a Restrição na dieta

Estratégia	Unidades de Registo
Evitar certos alimentos	<p>“não se pode comer bananas, não se pode comer tanta laranja, não se pode beber sumo de laranja”(E1); “não como bolos ou coisa assim, mas isso é um problema da parte dos diabetes.”(E1)</p> <p>“Antes bebia sumo de laranja natural, mas como eu gosto tanto e a laranja também não nos faz bem, deixei. Que eu tenho um bocado de medo do potássio.”(E2); “Eu não faço assim refogados”(E2); “Banana também nunca mais comi, porque também tem muito potássio.”(E2); “Eu não como assim guisados, não como gorduras.”(E2); “como uma torradinha com uma fatia de fiambre, mas sem aquela gordura”(E2);</p> <p>“não como bananas porque tem muito potássio”(E3);</p> <p>“Tomate também não, gosto muito, mas deixei de comer por causa dos potássios.”(E4); “em casa deixei de fazer determinadas coisas... sei lá, feijão, grão, ervilhas. Ervilhas, às vezes faço, mas não como.”(E4);</p> <p>“O que faço é não como! Não é para comer, não como.”(E9);</p> <p>“Proibido, não como. Proibido, não posso comer, não posso. Se eu sei que tenho de comer 20 gramas de carne não vou comer 50.”(E13); “Evito.</p>

	<p>Tenho mesmo que evitar. Se não evitar não vale a pena estar a fazer este tratamento.”(E13);</p> <p>“comidas mais apimentadas ou coisa assim no género, não faço... (...) comidas mais fortes, que puxem mais condimento, isso provoca realmente mais sede... e daí um indivíduo já bebe água...”(E14); “Portanto eu sou capaz de enfrentar essas situações assim, eh pá, não pode, não pode! Acabou não é? Eu evito”(E14);</p> <p>“eu tinha cuidado, não comia laranja, banana nunca mais comi, o meu medo era tudo o comer.”(E15); “Tudo o que eu via que me faziam mal, o marisco que eu gostava muito, aquelas coisas todas, eu passei a evitar.”(E15);</p> <p>“uma das vezes bebi leite, mas isso foi uma situação que eu bebi leite a mais, e eu próprio notei pá, com comichão no corpo... foi logo o fósforo a subir por ali... e eu, já sei é por causa disto. Cortei logo no leite.”(E19);</p> <p>“Não vou comer aquilo que sei que me vai fazer mal.”(E20); “Açúcar não ponho, portanto vou controlando assim...”(E20);</p>
<p>Moderar o consumo de certos alimentos</p>	<p>“Em casa à mesa, se uma pessoa estiver a comer lagosta, eu como lagosta à vontade... Agora é claro, sei que posso comer uma gamba e como uma gamba. Não vou é comer meia dúzia de gambas. É isso que tenho que fazer.”(E1); “não abusar”(E1); “Não abusar no pão”(E1)</p> <p>“Também não como assim muitas hortaliças porque a dietista disse-me que a hortaliça tem muito potássio.”(E2); “Ele disse: pode comer duas vezes peixe frito. Esta semana já comi uma vez, já não como mais.”(E2); “Também posso comer um ovo estrelado ou de vez em quando uma laranja.”(E2);</p> <p>“como também uma fruta crua por dia, uma pêra, uma maçã”(E3); “as carnes, as carnes de porco...isso tem de ser mais... portanto, uma vez por outra, com pouca quantidade”(E3);</p> <p>“em vez de comer a laranja, parto e deixo-a numa taça e quando vou à cozinha vou tirando um gomo ou dois. Raramente como uma laranja assim inteira.”(E4); “Faço a restrição da sopa, porque tem líquidos e prefiro beber água do que beber a sopa. Deixei de comer assim muitas hortaliças, por no trabalho ter de ferver duas vezes, cozer em duas águas.”(E4);</p> <p>“normalmente como de tudo. Tudo, até inclusivamente os chocolates, que está lá nas restrições que se pode comer menos. Claro, só como um chocolate durante o dia, como um daqueles de gíngua ou um Ferrero Rocher e fico satisfeito, não me preocupa em comer mais. Mas também não abuso. Na comida também não abuso. Sei que os enchidos não se podem comer. Ainda agora lá fui no Carnaval, que é a festa dos enchidos, trouxe e comprei, mas quando lá comi, como um bocadinho de cada coisa, não abuso em nada.”(E7); “se num dia como uma coisa que tem mais potássio, evito outra. Portanto, a outra como no outro dia.”(E7);</p> <p>“Mas é como digo, quando chegar agora ao verão, vai haver um dia em que antes de fazer hemodiálise, digo: tenho muita pena, mas já há dois anos que não como – sei lá, cozido à portuguesa, para não falar na feijoada, na dobrada ou noutro tipo de comida mais condimentada e mais forte – e nesse dia, vou comer um prato. Se calhar vou comer um prato ao fim de um ano e meio, numa situação diferente de logo ao princípio, ao fim de um mês. Possivelmente daqui a três ou quatro meses há-de haver um dia que, tenho pena mas vou comer...”(E9);</p> <p>“Por acaso eu como de tudo. Menos pouca coisa que tem muito potássio, né?”(E11); “Por exemplo, laranja, Kuiwi e banana. Come muito pouco. Tem muito potássio e é muito mal para nós.”(E11); “e também os knorr, os médico disse que não pode usar muito knorr... não comer muito, tentar comer o mínimo possível...”(E11);</p> <p>“É assim, eu como um bocadinho de tudo e não abuso.”(E12); “Na fruta aí tenho um bocado de mais cuidado. De vez em quando como uma laranjinha, uma vez por mês como uma banana... como pêra e maçã. Um bocadinho mais o morango, de vez em quando não é todos os dias. A nível de fruta é isso.”(E12);</p>

	<p>“Se vou comer uma posta de peixe grande, não como. Arranjo sempre a posta mais pequenina.”(E13); “Se pensei que abusei um bocadinho eu amanhã não como, amanhã tenho de cortar outra vez.”(E13); “mas amanhã já tento remediar outra vez, vou intervalando as coisas, mais ou menos.”(E13); “Eu estou a ver a sopa e apetece-me a sopa. Só que em vez de comer uma tigela cheia como só um bocadinho, para matar aquela força que a gente tem para comer a sopa.”(E13);</p> <p>“na questão de frutas... não como aquilo que realmente poderá fazer mal, a não ser uma vez por outra, mesmo esporadicamente. (...) se for uma mariscada, eu alinho... não como muito.”(E14); “É raro comer sopa (...) mas não abuso, já sei que bebo água, bebo chá, à noite...”(E14);</p> <p>“Comecei a comer um bocadinho, eu não como ervilhas, eu não como favas, eu não como feijão, mas dentro dessas coisas que mais posso comer eu como um bocadinho e habituei-me a comer um bocadinho de tudo.”(E15); “Por exemplo, se há um bocadinho de feijão, uma feijoadazinha... eu sou capaz de tirar duas colheres de sopa de feijoada e o resto de arroz.”(E15); “quando vejo favas que a minha filha às vezes leva... é um bocadinho, muito pouco. Pronto, não fico com aquela coisa de comer mais e mais...”(E15); “só se for um bocadinho de peixe frito e já não é assim muito, é uma postinha de peixe pequena, de pescada ou de peixe que eu fizer...(...) eu como só uma postinha. Quer dizer, podia comer duas porque gosto muito daquele peixe, mas como só uma porque sei que me faz mal...”(E15);</p> <p>“Porque eu como de tudo, mas ao comer de tudo sei que tem de ser moderadamente.”(E17);</p> <p>“Eu normalmente também não como muito. As quantidades que eu como, para mim são normais, não... não como daqueles pratos assim cheios. Como de tudo, como bacalhau, como batatas e grão. Mas o grão que eu ponho para comer contam-se assim pelos dedos... são dez grãos... portanto, acho que não faço disparate...”(E18);</p> <p>“quando há uns certos tipos de comida que uma pessoa não deve, enfim exceder, por causa do potássio e de outras coisas – como menos.”(E19);</p> <p>“bebo um garoto escuro, uma vez que tenho o fósforo um bocadito elevado...”(E20); “Feijoada, eu como uma vez, agora no verão não dá... duas vezes ou três no Inverno, mas como pouca quantidade, não é um prato cheio, como só um bocadinho.”(E20); “Também faço uma saladinha fria e como assim um bocadinho e depois, pronto, matei o desejo, comi um bocadinho e passou.”(E20);</p>
Cozer os alimentos	<p>“a minha mulher tem o cuidado..., até com as couves, a hortaliça...”(E1);</p> <p>“Fervo as hortaliças duas vezes por causa do potássio, deito aquela água fora e depois ponho a cozer já para comer. A nível de fruta, é pêra cozida ou às vezes cozo uma maçã.”(E2); “Troco sempre os legumes duas vezes”(E2);</p> <p>“Para se comer um pouco de feijão, aquilo tem de ser passado em diversas águas, para tirar o potássio”(E3);</p> <p>“as batatas eu costumo cozê-las, ferver primeiro e depois... (...) A hortaliça fervo também numa água e depois deito fora, aquilo é uma trabalhadeira!”(E8);</p> <p>“De facto deixo as batatas de molho, escaldo as hortaliças...”(E18);</p> <p>“E o resto, tudo escaldado e posto de molho. Batata, hortaliça, fervida e deitar a água fora para tirar o máximo de potássio, porque a diálise também não tira o potássio todo, não tira o fósforo, não tira essas coisas...então vou reduzindo assim a comida.”(E20);</p>
Reduzir o sal	<p>“Tem que se ter cuidado com o sal.”(E2);</p> <p>“é comida com pouco sal e eu já estava habituado a comer a comida com pouco sal”(E3);</p> <p>“Com o sal, tenho muito cuidado com o sal”(E11);</p> <p>“Em relação ao sal já reduzi um bocado, que a princípio custou-me um bocado, mas agora já estou mais habituado. Já consumo com menos sal.”(E12);</p> <p>“comer a comida sem sal”(E13);</p>

Comer pouco	<p>“Eu como muito pouquinho desde que faço diálise”(E2); “Por exemplo, se almoço já não janto. Hoje não almoço e janto.”(E2);</p> <p>“como eu como pouco tenho-me aguentado”(E7);</p> <p>“Eu nunca comi muito, sempre comi pouco.”(E8);</p> <p>“eu como de tudo, só que é menos do que eu comia primeiro.”(E8);</p> <p>“Como sou caseiro, consigo controlar perfeitamente, se almoçar já não janto”(E9); “Como à noite já estou em casa e já não tenho que fazer esforço e vou para a acama cedo, depois já só como uma sandes e bebo um sumo ou coisa assim, porque já vou para a cama e já não tenho tanto problema. E portanto, é assim que costumo fazer.”(E9);</p> <p>“não gosto muito de todas as comidas e portanto, como pouco...”(E12);</p>
Fracionar as refeições	<p>“Como é várias vezes.”(E2); “Depois passado uma hora e tal como uma peça de fruta, depois passado um hora e tal como um iogurte”(E2);</p> <p>“Embora eu coma mais vezes, mas pouco de cada vez.”(E13);</p>
Comer antes da diálise	<p>“A dietista disse que no dia em que lhe apetecer muito comer uma manga, come uma fatia antes de ir para a diálise e não como mais nenhuma fruta.”(E2);</p> <p>“E eu hoje como tudo, sem problemas nenhum. Como sopa, até como sopa de feijão... aí guardo para os dias da diálise...”(E18); “tenho o cuidado de comer as coisas com mais potássio nos dias das diálises. É uma razão pela qual gosto da noite, porque eu como ao almoço e limpo à tarde.”(E18);</p>
Cumprir a dieta com rigor	<p>“Faço mesmo a dieta que me disseram para fazer.”(E2);</p> <p>“A gente tem de levar isto à risca se quer realmente seguir com a nossa vida ainda mais um tempo.”(E3);</p> <p>“Eu, se cismar que não bebo ou que não como, não como, acabou. Pronto não como.”(E8);</p> <p>“Como do que está no livro”(E20);</p>
Aceitar	<p>“a gente tem de se habituar”(E3); “A gente tem de se habituar...”(E3);</p>
Procurar informação	<p>“E depois li, antes de começar a ter consultas com o dietista, que ainda demorou um tempo. Informe-me.”(E4);</p> <p>“livro que tenho em casa, de vez em quando vou ver. Esta coisa que tem muito fósforo... vou ver se está certo ou não está.”(E7);</p> <p>“Fui à nutricionista para que ela me explicasse o que é que eu poderia comer. E como é que eu devia de comer.”(E17);</p> <p>“O livro pode assustar, porque não deixa comer isto, não deixa comer aquilo, assusta mas ajuda muito. Ensina coisas... para comer, nas condições que eles pedem”(E18);</p>
Controlar o ganho de peso interdialítico	<p>“Não venho com peso a mais...este fim-de-semana vim com um quilo e trezentas e já foi demais...costumo vir com oitocentas, novecentas...”(E20);</p>

### 3. Estratégias para enfrentar Ter de realizar hemodiálise

Estratégia	Unidades de Registo
Aceitar a realidade	<p>“habituei-me a esta situação. Não vale a pena a gente estar com coisas porque tenho de o fazer. Habituei-me à situação. Não me vou por aí com problemas, a lastimar-me.”(E1);“E aceitei a coisa como ela tem que ser, não pode ser de outra maneira...Não posso viver com ela de outra maneira. Como não pude fazer o transplante tenho que fazer a minha vida assim. E foi assim que tive que aceitar.”(E1); “Bem, tenho que aceitar as coisas como elas são. É que não pode ser de outra maneira.”(E1); “Eu não me ponho a chorar a dizer que tenho de ir para a diálise. Eu aceito, pronto!”(E1); “virmos para aqui para a diálise”(E1); “Pego no carro e venho embora. Vou para aqui e pronto.”(E1);</p> <p>“Mas olhe, eu tenho que aceitar, às vezes penso que há coisas mais difíceis não é?”(E2)</p> <p>“É a nossa vida. A gente não pode fugir a esta regra. Se a gente foge a esta regra estamos mal. (...) Isto é um dia de cada vez, a gente tem de levar a</p>

	<p>vida assim.”(E3);</p> <p>“Aceitar isto”(E4); “É saber que não se pode fugir desta situação e ter que a aceitar.”(A4); “... não me vitimizar. Não sou coitadinha. Comecei logo na primeira altura por deixar de ser coitadinha e deixar de lamentações.”(E4);</p> <p>“Eu acho que apesar de tudo, consegui arranjar uma forma de interiorizar esta nova rotina na minha vida e tentar não fazer grande alarido em torno desta minha nova situação.”(E6); “Acho que é fundamental a pessoa interiorizar como normal esta nova situação e não como algo muito penalizador, tentando encontrar dentro destes constrangimentos alguma normalidade” (E6);</p> <p>“Porque tenho que vir... (longa pausa) não tenho outra alternativa...”(E8);</p> <p>“mas sem dúvida nenhuma se não tivéssemos isto, além de não nos sentirmos bem, também a gente morre e portanto, eu acho que isso facilita a pessoa a pensar que tem de ser feito, tem de ser feito. De uma maneira ou outra, tem de ser feito.”(E9);</p> <p>“Portanto, é mais uma atitude mental, de tentar convencer-me de que tem de ser.”(E10); “Tenho de cumprir, tenho que fazer. (...) Passa tudo por uma estratégia mental. E tentar aceitar.”(E10)”;</p> <p>“Tem que ser. É o nosso meio de vida.”(12); “Tem que ser. Há dias... faz hoje oito dias que estava num estado sem ação, não sei, muito mole, nem me apetecia sair... Vim aqui porque tinha de vir e não podia faltar.”(E12);</p> <p>“Já aceitei completamente”(E16);</p> <p>“a minha reação é facilitar... não é facilitar, ao fim ao cabo é aceitar que isto tem que ser assim.”(E18);</p> <p>“mas pronto, as coisas têm que ser assim pá.”(E19);</p>
Evitar pensar no assunto	<p>“Temos que entrar aqui dentro e não pensar sequer nisto.”(E3);</p> <p>“Esquecer-me do problema tanto quanto posso.”(E4); “Evitar pensar no assunto. (...) não estou de véspera a pensar, coitadinha que tenho que ir para lá amanhã. Deixo-me andar.”(E4); “Bem, se começo a pensar muito nisto posso ter uma depressão. Ter uma insuficiência renal e uma depressão não me leva a lugar nenhum. O melhor é ficar só com o que tenho e ver se deito o resto para trás das costas e que não pense.”(E4);</p> <p>“Tentar não pensar no futuro, sei lá, num AVC, um... outra doença que possa surgir e que vá agravar esta situação. Para vir à diálise muito bem, com outro problema e de maca, com amputações como eu tenho visto... quer dizer, será outro problema já, não é? E eu tento não pensar porque pode eventualmente vir a acontecer isso, quer dizer, vivo só o problema que tenho.”(E4);</p> <p>“a gente vem para aqui e não vai estar a pensar que vai ser picado e que vai ser isto ou aquilo... é não estar a pensar naquilo que vai acontecer agora quando a gente deitar ali diante das máquinas.”(E13); ” pondo algumas coisas de lado e não pensar no dia de hoje, pronto, já passou.”(E13);</p>
Distrair-se	<p>“Ao fim ao cabo distrai-se, a conversar a gente esquece.”(E3);</p> <p>“chego lá dentro e sou capaz de me divertir com eles porque eles são benfiquistas e eu sou porto, eles não gostam, e então há aquelas brincadeiras...”(E15); “o senhor [nome do enfermeiro] é uma maravilha... chego e meto-me logo com ele. E ele com aquelas graças... o [nome do enfermeiro] e outro que não tenho tanta confiança mas meto-me com ele...”(E15); “Esquecer, é estar a rir”(E15);</p>
Pensar em algo agradável	<p>“Tenho os meus netos, tenho a minha família e vou pensando neles. Posso estar com eles, posso me divertir com eles...”(E4); “Que tenho miúdos pequenos e que posso ir aos fins-de-semana ali e acolá e que não vou durante a semana... mas vou aos fins-de-semana.”(E4);</p>
Ter esperança no transplante	<p>“só o transplante...”(E8);</p> <p>“Olhe coisa mais importante para mim, aquilo que eu queria era aparecer o transplante e acabar de fazer isto...”(E13); “Penso, penso. A única coisa que eu precisava era que aparecesse um rim para mim, para eu... pelo menos que eu aguentasse uns aninhos sem... não é que eu não goste de vir para aqui fazer o tratamento, que tenho que fazer, mas se aparecesse um</p>

	<p>rim e que eu deixasse de fazer, era uma grande alegria para mim.”(E13);  “a esperança. É a ultima a morrer. Estou à espera a todo o momento. E vou para frente. Além das operações que eu já fiz e é mais uma que eu vou fazer, vou para frente.”(E13);  “o objectivo é esperar pelo transplante. Dizem que sim senhor e tudo bem, que o vão fazer e espero por isso, positivamente, sempre à espera.”(E14);  “atingir o próximo obstáculo... que é o transplante (...) para depois poder adquirir melhor qualidade de vida.”(E14); “enquanto há vida há esperança. Desde Janeiro então muito mais, porque já me disseram que sim, que vão fazer o transplante do rim (...) todos os dias estou à espera. Assim que toca começo logo a pensar, pode ser que seja, pode ser que não seja. Pronto, estou à espera disso...”(E14);  “não sei se haveria outra solução que pudesse... a não ser o transplante”(E20);</p>
<p>Atribuir um significado positivo à diálise</p>	<p>“Mas tento encarar isso como um mal necessário, e como sendo aquela máquina que me salva a vida, senão já nem vida tinha.”(E10); “Mas tenho noção da minha doença, sei perfeitamente, estou perfeitamente esclarecida e sei que tenho de cumprir...”(E10); “sem diálise já tinha morrido... Portanto tenho de me mentalizar que a diálise é que me salva a vida, e que embora tenham de ficar outras coisas para trás, como a faculdade ou outro tipo de coisas, a diálise é prioritária.”(E10); Tento não encarar isto como um problema, mas como uma solução. A diálise não é um problema, é uma solução.”(E10); “porque o que nos dá a força são os problemas. Sem problemas essa força não é necessária e as pessoas não sabem que a têm. Se surgisse algum problema como aconteceu comigo, iam descobri-la.”(E10);  “a gente encarar que temos de fazer isto, que vimos aqui buscar um bocado da nossa saúde. A nossa saúde, não um bocado! Vamos aqui buscar a nossa saúde”(E15); “deixei de ter aquelas cólicas horríveis que me matavam pouco a pouco. Isso deu-me muita saúde”(E15); “acho que as pessoas quando vierem e que encarem isto como a saúde que a gente vem buscar, porque há muitos... nós temos isto porque queremos ser tratados”(E15); “Portanto, acho que as pessoas, a primeira coisa é encararem... e pensarem que vimos aqui buscar a nossa saúde”(E15); “isto não é uma doença, para mim não é uma doença, é um tratamento que eu venho fazer...”(E15);  “a diálise, não há dúvida nenhuma, pôs-me melhor do que estava, eu passei a andar desequilibrado, tenho muita pena, mas senão, andava a vomitar todos os dias, que é uma coisa que me mete confusão...”(E18);  “eu acho que tenho de pensar amanhã hei-de estar melhor ao sair da diálise.”(E20);</p>
<p>Considerar o tratamento como um trabalho</p>	<p>“Eu tenho de tirar partido da vinda aqui como se fosse para um trabalho”(E5); “Para mim, é uma atividade que eu tenho como se fosse ir para um trabalho”(E5);  “Isto é um part time que não posso faltar.”(E13); “Encaro isto aqui a mesma coisa como se tivesse de ir para o meu trabalho, uma coisa qualquer, que não se pode faltar. No trabalho a gente tem as nossas coisas a cumprir e gente tem de cumprir.”(E13);  “tenho ultrapassado e sempre encarado isto como seja um trabalho temporário.”(E19); “eu encaro isto como se fosse um trabalho (...) Um trabalho, é isso, exato. Um trabalho preso, pronto, para mim e para a família, mas é um trabalho, não deixa de ser um trabalho.”(E19);</p>
<p>Rezar</p>	<p>“Quem é religioso, eu acho que ajuda muito. Porque nós temos uma coisa e podemos pedir: Nosso Senhor, ajudai-me. Eu sinto, na minha maneira de ver, sinto que há uma coisa comigo que é fora do vulgar... portanto, sinto que Deus me ajuda.”(E15); “por exemplo, vou-lhe mostrar uma coisa (destapa uma medalha pendurada ao pescoço), eu tenho que vir para aqui e trago isto sempre comigo, está a ver? Não sou capaz de vir para aqui sem isto (...) Isto pode ser um disparate mas para mim é importante e acho que aqui há uma coisa que ajuda, sinto que há uma coisa que ajuda...”(E15); “</p>

Procurar informação	“como sou uma pessoa estudiosa e procurei informar-me como é que funcionava”(E16); “Há algumas situações que eu vou estudar por mim mesmo, na Internet, as várias situações que vou averiguar, como por exemplo, houve aí uma altura que estava apensar na diálise peritoneal para ver se haveria vantagens, no meu caso, de mudar para a peritoneal, fui investigar, fui ler, pedi um livro no hospital”(E16);
---------------------	---

#### 4. Estratégias para enfrentar a Duração das sessões de hemodiálise

Estratégia	Unidades de Registo
Ouvir música	“Num primeiro momento foi a música. Quando chegava mais ou menos a meio do tratamento...”(E6); “Depois passou a funcionar a música; conseguia ouvir a música para tentar abstrair-me do sítio onde estava”(E6);
Reconhecer a necessidade do tratamento	“Eh pá, eu sei que devo a mim próprio, se quiser viver mais uns anitos tenho que fazer hemodiálise.”(E14); “se quiser viver mais alguns anos, então tenho que fazer o tratamento”(E14);
Procurar apoio médico	“Falei aqui com a médica e no fim deixou uma espécie de um calmantezinho.”(E6);
Tentar dormir	“agora fiz o tratamento. A maior parte do tempo estive a dormir. Olhe, nem dei por ela...”(E1); “Tento adormecer... não se consegue! Absolutamente, com o medo das agulhas, etc., não se consegue...”(E16);
Ler	“tentava trabalhar e ler, mas chegou a um ponto em que eu não conseguia... eu quando chegava aí às 2 horas, 2 horas e meia, já não tinha sequer paciência para tolerar a leitura, mesmo que fosse uma leitura que me estivesse a interessar...”(E6); “Dantes trazia muitos livros (...) Agora os livros já me aborrecem um bocadinho. Uma revistazinha”(E15); “Eu, todos os dias que venho para o tratamento trago um jornal, normalmente um jornal desportivo para ler, dá-me cerca de uma hora e meia de entretenimento em que não noto... digamos, que não estou no tratamento, entre aspas. Leio o jornal, estou entretido, etc., não penso no tratamento.”(E16); “leio, não estou a ler até ao fim... paro um bocadinho antes, mas aquele tempo que estou a ler desaparece num instante...”(E18);
Ver filmes ou TV	“o que resultou mesmo foi eu passar a trazer um leitor de DVD ou um computador, onde pudesse ver um filme, uma série... Comecei pelas séries, aquelas séries de 24 horas, em que a pessoa vê não sei quantos episódios de seguida...”(E6); “o facto de durante aquele período em que me sentia mais angustiada, desligar e estar concentrada, focada em alguma coisa que me conseguisse reter a atenção, fez com que eu desligasse gradualmente da sensação que era estar ali oprimida.”(E6); “pelo menos no período da novela que eram 40 minutos, se eu estivesse concentrada, o tempo passava mais rápido”(E6); “umas vezes trago uns DVD’s para ver... como a televisão, digamos, não interessa muito, neste momento, né? ...os programas que mostra... então de vez em quando trago um DVD, vejo um filme e lá se vão mais duas horas... e então passa-se rapidamente.”(E16); “Ah... uma das coisas que eu faço (...) era estar com tanta atenção á televisão a ver o que é que se passa. E como nós temos, dentro da própria sala de diálise, televisões, a gente procura sempre um dos melhores canais, para nós e para os outros que estejam ao nosso lado, para podermos nos distrair e abstrairmos daquilo que estamos a fazer em plena sala de diálise.”(E17);
Conversar	“tenho que me relacionar bem com os doentes que estão na sala – para ajudar o tempo a passar”(E14); “relacionar-me com o pessoal técnico, enfermeiros, médico (...) uma boa conversa entre eles e tal, no género de amizade, isso ajuda bastante a passar o tempo e hoje em dia faço isso

	com á vontade sem problemas nenhuns.”(E14); “quando nos damos melhor, a falar com os enfermeiros, para também... porque os enfermeiros, chega a uma altura que nos começam a conhecer melhor e têm sempre uma conversazinha connosco, para também nos aliviar o nosso pensamento da própria diálise. Que a gente depois, quando começa a conversar não para e a gente abstrai-se do sítio onde estamos.”(E17);
Pedir para interromper o tratamento	“há dias que consigo estar as quatro horas, mas há outros dias que eu peço para me desligarem para ir à casa de banho.”(E19); “se estou mesmo, mesmo na... naquela reta final, então é que eu peço, por favor ao... enfermeiro que está a tomar conta, que me desligue para ir à casa de banho.”(E19);
Pedir para reduzir a duração do tratamento	“eu chego a pensar e tenho dito aliás, eh pá, se eu fizesse duas vezes por semana ou reduzir o tempo para três horas e meia, talvez eu conseguisse, que eu sinto-me perfeitamente bem...e já falei nisso à medica, ó doutora, isto com três horas e meia, isto se calhar...”(E19); “eu pessoalmente, penso que se tivesse com três horas e meia, acabava por fazer bem a diálise na mesma, penso eu que assim fosse, e evitava menos meia hora, ou então duas vezes por semana.”(E19);

## 5. Estratégias para tomar a medicação prescrita

<b>Estratégia</b>	<b>Unidades de Registo</b>
Criar uma rotina	“Tomo a minha medicação a tempo e horas”(E1) “é assim, tomo 4 comprimidos antes das refeições. Já sei que ao pequeno-almoço, ao almoço e ao jantar tenho de os tomar. Portanto quando chega a altura dessas refeições tomo-os antes. E depois existem mais três comprimidos que por acaso são tomados a seguir ao almoço. Portanto, assim que acabo o almoço, tomo os três comprimidos. E a questão fica resolvida.”(E9); “É um hábito que eu já tenho, que é à hora certa é aquela que eu tenho de tomar e não falha. Ao pequeno-almoço, ao almoço, ao jantar e ao deitar.”(E13); “Depois ao almoço, já me obrigo, porque tenho aquele regime que depois de almoçar, tenho de tomar aqueles três comprimidos de Renagel. Portanto, aí já não dá para esquecer.”(E16); “trago os comprimidos num pires. Comprimidos para o pequeno-almoço, está aqui. Depois ao almoço, comprimidos para...”(E18); “o meio comprimido é só de manhã. Esse nunca falho, levanto-me já sei que esses comprimidos estão ali e vou buscá-los e tiro da coisa.”(E19);
Utilizar um dispensador de comprimidos	“está dividida: medicação para de manhã, para a tarde e para a noite”(E1) “Tem uma caixinha de plástico, a medicação que faz para uma semana. Eu por ali tiro a medicação de manhã; tenho a medicação agora quando chegar a casa (...); tomo a medicação da tarde e tomo a medicação da noite”(E1); “Uso uma caixinha com os medicamentos dentro. Tiro os medicamentos todos para a caixa”(E2); “tenho uma caixa onde tenho todos os medicamentos. Cada caixa tem lá escrito de manhã ou de tarde, duas vezes, etc. disparo aquilo dentro de umas caixinhas, ao almoço faço uma toma por causa da diálise e é assim que controlo...”(E5); “tenho uma caixinha com divisórias e ponho-os sempre de manhã”(E16); “tem uma caixinha que está dividida em quatro partes. Ela põe de manhã... está escrito nas caixas de manhã, meio dia, à noite e se for preciso, lanche... e ela põe a quantidade de comprimidos dentro de um compartimento para poder tomar.”(E17); “É uma caixinha daquelas das farmácias, que eles dão, em plástico, onde a gente junta os comprimidos para o dia...”(E19);
Pedir apoio à equipa de saúde	“Eu de início deixei de tomar e disse à médica: eu não tomo o Renagel (...) depois até me receitaram anti-alérgicos porque eu tinha alergia

	àquele medicamento, aquilo incomodava-me imenso”(E2); “Depois falei com (identifica elementos da equipa de saúde) e o doutor tirou-me quatro. Tomo só dois.”(E2);
Aceitar a realidade	“É um pouco difícil, mas tem que ser”(E3);
Registar a medicação prescrita	“tenho um livro, passado aqui pela nossa médica em que está tudo destinado à hora em que tenho de tomar os comprimidos”(E3); “Logo no princípio pus num blocozinho, dia tal às tantas horas, tantas horas...”(E13);
Esforçar-se por cumprir a prescrição	“Eu não me posso esquecer. Não me posso esquecer desses comprimidos, faz parte da ....”(E3); “mas tento me lembrar sempre dos medicamentos. Tem que tomar todos os dias, na hora, é isso...”(E11); “ando vou comer eu lembro sempre que tenho de tomar os medicamentos...”(E11); “tenho de estar sempre com atenção: é de manhã ao pequeno-almoço; ao almoço não me posso esquecer, tenho sempre o medicamento ali perto para eu saber que tenho de tomar à hora do almoço”(E13); “não me esqueço deles. À hora de almoço tomo sempre um cálcio e à noite tomo outro cálcio, depois de jantar.”(E15);
Trazer a medicação consigo	“tenho uma caixinha que trago na carteira, para se for a qualquer lado...”(E4); “E para aqui trago também certo (mostra os comprimidos embrulhados separadamente por horas).”(E7); “Levo os medicamentos para o trabalho e ando sempre com eles.”(E10); “Por norma ando sempre com eles”(E10);
Atribuir um significado positivo ao tratamento	“Quanto mais me derem mais tomo que é melhor para a minha saúde. A minha saúde está em primeiro lugar.”(E15); “uma das coisas que realmente me obrigo a tomar é o Renagel, porque se não tomar – e já passei por essa situação – o fósforo aumenta, não é? e causa comichão, etc., etc., e desconforto.. Então aí obrigo-me mesmo a tomar o Renagel” (E15);
Pedir o apoio do cônjuge	“portanto terá que haver sempre alguém a verificar isso, para nós podermos tomar os comprimidos”(E17); “É precisamente a mulher que tem essa responsabilidade de separar os comprimidos da manhã, comprimidos da hora do almoço e os comprimidos da noite.”(E17);
Não se importar	“Não tomo nesse dia, tomo no dia a seguir.”(E19); “Nesse dia já não tomo, só tomo no dia a seguir (...) Faltou, faltou...”(E19);

## 6. Estratégias para enfrentar as limitações em relação às férias

Estratégia	Unidades de Registo
Planear o tratamento em férias	“agora vou de férias para a Páscoa e já pedi para me marcarem uns dias, precisamente para Aveiro (...) Desde que lá tenha lugar, que até hoje tenho tido sempre, faço a mesma vida que lá fora.”(E1); “tive que mudar os meus hábitos. Se vou de férias tenho que programar tudo antes.”(E4); “entretanto abriu o centro de hemodiálise da Covilhã e agora tenho lá tido sempre vaga. Vou quando quero, até à data... não tenho tido problema. A Guarda é que é ... onde é a aldeia, digamos, onde eu nasci, está a ver... isso para mim foi muito bom.(E7); “Tem que se avisar e fazer a marcação.” (E12); “Tenho que fazer as coisas antecipadamente, quando tenho previsões. No caso das férias, já pedi marcação lá para Faro e para a Madeira.”(E12);
Conformar-se	“Eu tenho resolvido o problema, olhe não tenho ido.”(E7);
Faltar a uma sessão de diálise	“eu vou passar este fim-de-semana sem fazer na terça-feira... Já não é a primeira vez, já no ano passado nas férias de verão ocorreu a situação, não houve nada de grave, estive quatro ou cinco dias sem fazer.”(E12); “Tenho que faltar a uma sessão de diálise, que é á quarta-feira, que é, digamos, a menos perigosa e depois do tratamento de segunda avançar para onde quero ir e vir à sexta-feira, à tardinha. Portanto, só me dá quatro dias, digamos, de férias. Nestes últimos cinco anos foi a única hipótese que tive.”(E16);

## 7. Estratégias para enfrentar a dificuldade em realizar algumas atividades sociais

Estratégia	Unidades de Registo
Conformar-se	“o tratamento está em primeiro lugar. E tenho que cumprir!”(E1); “não há nada a fazer, tenho que o fazer”(E1); “eu acho que nestas coisas, dos problemas desta doença, a gente tem que se ir habituando às coisas”(E1); “mas que já aceitei porque não tenho outro remédio.”(E10);
Aceitar a realidade	“Eu sei que tenho de fazer o tratamento. Tenho que vir para aqui.”(E1); “é a nível de... psicológico, de me sentir bem, de não encarar a diálise como uma prisão que não me deixa fazer aquilo que eu quero. Portanto, é tudo a nível mental. Mentalizar-me que a diálise é um mal necessário. Tento encará-la não como algo que me impede de fazer o resto, mas como algo que me salva a vida.”(E10);

## 8. Estratégias para enfrentar a dificuldade em conciliar as sessões de hemodiálise com o trabalho

Estratégia	Unidades de Registo
Ajustar o horário de trabalho	“felizmente tive a sorte de no trabalho ter conseguido que a situação tivesse sido aceite e ter conseguido conjugar com o horário, para já sem grandes implicações...”(E6); “negocieei com a minha entidade patronal fazer no horário da uma, trago trabalho sempre que posso”(E6);
Ajustar o horário da diálise	“consegui fazer no horário da tarde, que era na altura a minha grande questão, era como é que eu ia conseguir disponibilizar 4 horas para o tratamento.”(E6); “sempre que é necessário tento trocar para o turno da noite, o que tem já acontecido com alguma frequência. Portanto, aqui o aspeto fundamental foi a flexibilidade que a clínica me possibilitou. Penso que se não fosse essa possibilidade que tenho de, de vez em quando, trocar para a tarde, para a manhã, trocar para a noite, teria sido bastante mais difícil a gestão.”(E6);

## 9. Estratégias para enfrentar a indiferença do enfermeiro

Estratégia	Unidades de Registo
Conformar-se	“Agora faço uma coisa, calo-me também.”(E7);

## 10. Estratégias para enfrentar o tempo gasto nos transportes

Estratégia	Unidades de Registo
Utilizar transporte próprio.	“Uma coisa que também me faz muito bem é eu ir e vir de carro.”(E7); “enquanto puder vou trazendo o meu carro, andar no meu transporte (...) pronto, sinto-me mais liberto.”(E7); “Eu venho no meu carro, venho às horas que acho que devo vir e vou-me embora.”(E7);

## 11. Estratégias para enfrentar o receio de perder o acesso vascular

Estratégia	Unidades de Registo
Evitar esforços	“Não posso fazer muita força com o braço, não... esses cuidados eu tenho.”(E10); “Ah, isso vai com o esquerdo! É fácil.”(E10); “evito fazer esforços com este braço”(E19);

## 12. Estratégias para enfrentar a dor ao puncionar

Estratégia	Unidades de Registo
Puncionar no mesmo local	“Portanto, isto já tem calo e a entrada da agulha já não é nada parecido com aquilo que era no início. É uma coisa fácil agora.”(E3);
Aplicar anestésico tópico	“eu ponho uma pomada, senão então até acho que me dava uma coisa ruim.”(E8); “Até agora não me dói, porque ponho a pomada e aquilo está anestesiado e não dói nada.”(E8); “Depois comecei a comprar a pomada.

	Disseram-me que existia e eu compreí. (...) Uma hora antes... e depois assim não tenho dores.”(E8); “eu utilizava aí uma pomada que me disseram, mas sinceramente, não... eu deixei de utilizar e acabo por não perceber muito bem se a pomada fazia algum efeito ou era mais psicológico.”(E9); “Talvez se houvesse um spray qualquer que se pudesse por no início (...) Se houvesse uma situação dessas aqui eu acho que, principalmente no princípio, talvez nos primeiros dois meses, acho que era favorável para os doentes.”(E9);
Evitar pensar no assunto	“Olhe, tento esquecer, não vale a pena pensar. Às vezes tenho alturas que só me apetece é... nem sei. Mas depois, ponho-me a pensar... não vale a pena, isto tem que ser, continua na mesma, não vale a pena estar a pensar.”(E8);
Evitar olhar	“É isso. Nunca olho, não consigo.”(E8);
Aceitar a realidade	“sei que tenho de fazer, que é uma coisa que se não fizer é mau para mim”(E20);
Relaxar	“Sinto-me de tal maneira que...relaxo e penso que tenho de ser forte como os outros, ou ainda mais”(E20);

### 13. Estratégias para enfrentar as complicações intradialíticas

<b>Estratégia</b>	<b>Unidades de Registo</b>
Procurar informação	“à mais pequena ocorrência questionar o que é que devo fazer, no sentido de não voltar a ter problemas”(E5); “É um assunto que foi debelado, admite-se, e isso foi investigações que eu fiz na net, que seja falta de renina que é segregada pelo órgão, que dê origem a esses tipo de questões, mas são coisas que eu próprio tento arranjar uma explicação”(E5); “se há qualquer pequeno sinal que não se resolve aqui, vou ter com o cardiologista ao hospital, aborreço, incomodo e as pessoas são recetivas.”(E5);
Tentar soluções alternativas	“Logo ao princípio tive hipotensões. Resolvi isso com uma embalagem pequenina de água gelada, que punha nas carótidas, e conseguia que a tensão subisse mais ou menos rapidamente. As pessoas, os técnicos olhavam para aquilo como uma solução pouco credível, mas que até funcionava.”(E5);
Preparar-se para o pior	“Eu venho para aqui e já sei que vou para casa mal disposta. É sempre assim. Eu digo ao meu marido ao Domingo: olha, na terça-feira é dia das bruxas, lá venho mal disposta. Já sei que não posso fazer nada, não faço jantar, já tenho tudo destinado porque eu não vou fazer nada.”(E8);

### 14. Estratégias para enfrentar a dor no acesso vascular

<b>Categoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
Suportar a dor	“Tenho que aguentar o tratamento.”(E2);
Selecionar o calibre das agulhas	“Ah, o tipo de agulhas também conta, por exemplo eu só sou picada com agulhas verdes. Há umas cor de laranja muito mais grossas, eu não deixo.”(E2) “Não resolve, mas atenua, não magoa tanto, pronto...”(E2); “há aqui umas agulhas mais grossas do que outras. É capaz de ter realmente influência, mas as agulhas que eu uso, as agulhas verdes, suportam-se melhor”(E3);
Disponer de cateter	“Como dói menos é com o cateter. Até pedi ao doutor para não mo tirar”(E2); “acho que (...) devia ter uma coisa, um tipo de um cateter que não nos magoava...”(E2);
Tomar medicação	“acabou por passar tomando comprimidos, uns calmantes... coisa”(E3);

### 15. Estratégias para enfrentar a dor após a diálise

<b>Categoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
Descansar	“eu vou a correr direitinho ao quarto e deito-me até que a dor passe por completo.”(E17);

## **APÊNDICE VII**

**Resultados do Estudo I: Codificação dos dados no tema “Fatores que influenciam a gestão do regime terapêutico”**

## Codificação dos Fatores que facilitam a gestão do regime terapêutico

<i>Fator facilitador</i>	<i>Unidades de Registo</i>
Apoio dos técnicos de saúde	<p>“dizia o diretor (...) ao fim de seis meses você começa a ficar cansado”(E1); “O médico até um dia me disse: se fosse seu pai, não fazia...”(E1);</p> <p>“Foi a dietista que me disse.”(E2);</p> <p>“acontece ficar com umas nódoas negras e (...) até os próprios enfermeiros também nos dizem, põe pomada assim, pomada assado que isto passa”(E3);</p> <p>“a dietista também me deu um livrinho para vermos os alimentos que podíamos ou não tomar.”(E4);</p> <p>“tenho que contar com a boa vontade aqui dos enfermeiros na gestão do turno...”(E6); “acho que os doentes deviam ter um apoio psicológico maior. Alguém com quem se pudesse falar sobre o assunto, alguém na área da psicologia, precisamente para ajudar a encontrar estratégias de tolerar esse tempo e arranjar estratégias para viver melhor esse período.”(E6);</p> <p>“O doutor falou-me nas consultas e eu mais ou menos apreendi aquilo que podia comer e que não podia comer.”(E7); “Ao princípio tive uma dietista que disse-nos aquilo que a gente podia fazer e que não podia e que não podia abusar. Deu-nos um livro que tenho em casa”(E7);</p> <p>“... aquelas coisas como a nutricionista ensinou.”(E8);</p> <p>“isso foi uma das coisas que a dietista aqui logo me disse, que havia coisas que eu teria deixar de comer, outras que comia mas a quantidade devia ser menor...”(E9);</p> <p>“A médica disse que eu posso beber é só uma garrafa daqueles pequenos.”(E11);</p> <p>“Tenho andado a comer mal e a senhora doutora disse-me para eu comer em frio. E eu em frio, não sentindo o cheiro já consigo comer...”(E12);</p> <p>“A doutora dizia para ter cuidado com o fósforo”(15); “Dr. [...] disse assim: eu não sei porque é que as pessoas fazem tantas dietas, olham tanto para as dietas, que se estão a fazer diálise dia sim, dia não, podem comer um bocadinho de cada coisa.”(E15); “A dietista dizia que tínhamos que beber o máximo de dois decilitros e meio de leite.”(E15);</p> <p>“a dietista dizia, faça o seguinte, ponha uma garrafinha com meio litro e vá bebendo.”(E15);</p> <p>“É através do médico, através do médico.”(E16);</p> <p>“é aquilo que devia ser feito logo na altura quando nós entramos e começamos a fazer diálise, feita pelo nutricionista, que devia dizer-nos e ensinar-nos a comer, que é aquilo que não é feito.”(E17); “Deu-me uns livros para eu ler e disse para seguir aquilo que lá estava escrito.”(E17);</p> <p>“Acho que, de vez em quando, devia aparecer na clínica um psicólogo... para falar com as pessoas, fazer certas e determinadas perguntas...”(E17); “Se calhar, um psicólogo no lugar de um nutricionista, é capaz de fazer melhor aos doentes, que a própria nutricionista.”(E17);</p> <p>“eu penso é que as pessoas antes de entrar na diálise deviam ir a uma nutricionista para explicar o que é que uma pessoa deve e não deve comer.”(E19);</p> <p>“Foi a dietista aqui. E foi um livro que eu trouxe também do hospital”(E20); “Mas a dietista deu-me um livro para eu... com os conselhos, o que bebo... o que não devo...o que posso comer. O que não devo, não como. O que posso comer limitado”(E20); “se não tivesse essa informação não sabia. Teria que andar às escuras, que não sabia o que era.”(E20);</p>
Apoio da Família	<p>“Entretanto também tenho uma ajuda muito grande... a família.”(E1);</p> <p>“tenho a família, os filhos, as pessoas que acarinhos em certos momentos”(E1); “é a família, que acho que é muito importante. Eu graças a Deus tenho uma boa família.”(E2);</p> <p>“É, é muito importante mesmo.”(E3);</p>

	<p>“A minha família ajuda-me nesse aspeto, com a sua presença. Basta a presença para esquecermos de qualquer problema. Posso estar um dia mais em baixo, mas se aparece um neto ou dois, eu tenho seis, começo a conversar com eles e as coisas esquecem-se.”(E4); “Tenho uma filha que mora na rua a seguir à minha e estamos sempre em contacto. Se estou chateada por qualquer motivo, telefono eles falam, ou vou passar o fim-de-semana com a outra [filha] ”(E4); “Há sempre um contacto com a família, o que ajuda muito.”(E4);</p> <p>“Se não tiver uma rede familiar próxima que possa ajudar, não conta com mais ninguém e nós sabemos...”(E6);</p> <p>“A minha filha está mais atenta a essas coisas. É mais nova e está preocupada com o pai.”(E7);</p> <p>“Eu acho que também quem tem família e que pode dar um apoio é muito importante. Digo isto porque antes de começar a fazer o tratamento, quando estive de baixa e como sabe as baixas são muito curtas, se não tem sido os meus pais a darem uma ajuda, tinha sido muito complicado continuar a pagar a casa. Sem dúvida nenhuma que depois de começar o tratamento, ao sair daqui muito mal, era o meu pai que vinha comigo e me ajudava a entrar no carro, ajudava a subir para casa, etc, etc. Acho que a família também é muito importante nestes casos. Acho que quem está sozinho é capaz de ser um pouco mais penoso.”(E9);</p> <p>“Pronto, o meu pai vem por e buscar, de carro, porque o meu pai reformou-se há pouco tempo.”(E10); “O meu pai é... 100%, é aquele que está sempre ali.”(E10); “Outra coisa é que, quando saio daqui a minha avó dá-me sempre o almoço. Isso evita o tempo de chegar a casa e ter de fazer o almoço... é muito complicado, entra às 16 horas é muito complicado... todo o tempo que eu tenho a seguir aqui (à diálise) é para descansar, para conseguir ir trabalhar com um mínimo de condições.”(E10);</p> <p>“(...) caí um bocadinho e então, ela a partir daí, é que começou a dar a mão e a mentalizar-me para que as coisas comessem a entrar um bocadinho nos eixos, como se costuma dizer.”(E17); “Quando chego em casa e a esposa, portanto, a minha mulher está em casa, eu nem chego a por a chave à porta, porque ela já sabe o que é que me acontece e então tira-me tudo da mão...”(E17); “E ela diz: tem calma, não te enerves, quando mais te enervares pior é (...) e eu vou entrando naquela de ficar mais aliviado e chega a uma altura que alivia, passa a dor...”(E17); “eu chamo uma segunda enfermeira, que eu tenho em casa. Que é isso que muitas pessoas às vezes não têm.”(E17);</p> <p>“Mas com a minha irmã dou-me muito bem, primeiro. E ela, é mais velha que eu dois anos, mas faz tudo. Com ela não tenho problema porque ela tem cuidado. Tem estes cuidados comigo com o comer”(E18);</p> <p>“Eu disse logo, olha João, tenho de levar esta dieta assim, assim. (...) Tu se quiseres comer, muito bem. Senão, a mãe faz-te à parte ou fazes tu. E ele diz que come a mesma coisa que eu faço, não há comidas separadas.”(E20);</p> <p>“a minha mulher tem o cuidado..., até com as couves, a hortaliça...”(E1);</p> <p>“É a minha mulher que faz a comida”(E3);</p> <p>“Quando é só com a minha mulher as coisas estão controladas, quando entro em grupos é uma dificuldade maior.”(E5); “É a minha mulher sempre. Infelizmente não tenho qualquer jeito e apetência para a cozinha.”(E5);</p> <p>“(...) é a minha mulher que faz a comida.”(E9);</p> <p>“Tenta conjugar uma coisa que dê para mim e que dê para ela.”(E12);</p> <p>“A mulher grelha-me um bife, eu deixo arrefecer e como, já não me dá os vómitos.”(E12);</p> <p>“(...) devia por as batatas no frigorífico, de um dia para o outro,</p>
--	---

	<p>demolhadas... é claro que eu fiz isso tudo (...) tinha que dar um escaldão às couves... não sou eu, é a minha irmã é que faz...”(E18); “a minha irmã também se habituou a tratar o comer”(E18); “A minha mulher tem o cuidado de tirar a medicação todos os dias”(E1); “Ela dá apoio total, é os medicamentos, é todas essas coisas.”(E1); “A minha senhora normalmente põem-me à mesa, põe uma coisa que lá está com os comprimidos que tenho de tomar. Ela já sabe também e eu sei também.”(E7); “Quando não sou eu, a minha filha já me está perguntar levas a cápsula e ...”(E7); “Às vezes, uma vez ou outra lá me esqueço, se a minha filha também se esquece de perguntar “pai leva a cápsula e o comprimido?””(E7); “Verdade seja dita, a minha irmã é que me põe os comprimidos.”(E18); “O meu marido é uma pessoa que tem muita paciência e compreende-me. Porque eu tenho dias que vou cansada, cansada, cansada e altera, altera tudo.”(E2); “Vem buscar-me e tem paciência porque esta doença não é fácil (...) e passeia comigo.”(E2); “Ter alguém...o meu marido também está em casa. (...) Ele vai me por e buscar (à diálise) (...) Às vezes começo a pensar: qualquer dia, ou por ele adoecer ou por qualquer coisa, o que é que vai ser?”(E4); “O meu companheiro ajuda sempre, nas despesas, em outras coisas e está sempre também disponível quando eu não estou bem disposta, para enfrentar a doença...”(E11);</p>
<p>Manter função renal residual</p>	<p>“Mas, tenho uma coisa que me vai ajudando ainda, é que ainda vou urinando. E isso é uma grande ajuda.”(E1); “não tenho tido problemas porque urino”(E1); “mas como eu... vou ainda tendo a sorte de tirar isto tudo cá para fora, faço as coisas ...”(E1); “Urino bastante, que é uma coisa ótima.”(E2); “Às vezes levanto-me assim de noite, para urinar e faço um xixi grande, o que é ótimo. Porque eu antes de fazer xixi inchava.”(E2); “(...) porque à medida que a excreção é menor... se calhar ainda não estou naquela fase mais crítica, que eu oiço algumas pessoas falar.”(E6); “(...) ainda bebo bastante porque faço xixi, muito.”(E8); “Nos dias que faço hemodiálise urino menos. Nos dias que não faço urino mais.”(E9); “Ainda urino um pouco. Muito pouco. Média de meio quarto...”(E11); “(...) ainda urino um bocado... como urino um bocado posso beber aí... água, quando tenho sede e tal, sumos também se calhar...”(E14); “não tenho restrição porque ainda urino. Se não urinasse devia ser mais complicado porque é capaz de dar para o inchaço e coisa do género...”(E14); “Felizmente, o que não acontece em muitos casos, ainda urino bastante. (...) Felizmente ainda tenho essa capacidade, que muitas pessoas em hemodiálise não têm”(E16); “Como ainda urino um bocadinho (...) ao fim-de-semana vou medindo a quantidade que faço e depois, vou bebendo”(E20);</p>
<p>Características da personalidade</p>	<p>“E não pensarmos todos os dias que somos coitadinhos.”(E4); “Eu acho que tem a ver com o feitio da pessoa. Com a maneira de ser da pessoa, nem toda a gente consegue.”(E4); “O indivíduo tem de estar constantemente a ensaiar um método de vivência e de alimentação, de modo a ir ao encontro dos parâmetros das análises que mensalmente são feitas”(E5); “(...) a minha boa disposição. Não vale a pena que sou mesmo assim. Acho graça a tudo, nada me chateia... levo isto assim, como se costuma dizer, como uma perna às costas...”(E8); “Sabe, eu sempre fui uma pessoa muito pragmática. O que não tem remédio, remediado está.”(E10); “Dizem-me que sou uma pessoa muito forte porque ultrapasso... que estou sempre bem disposta. Dizem-me, consideram-me uma pessoa forte e bem disposta, essencialmente.”(E10); “Agora vejo as coisas mais diferentes. Eu antes não brincava muito, mas</p>

	<p>agora estou sempre a brincar para ver se passa o dia mais rápido. Estou sempre a rir para ver se me distraio, sempre... Por isso, eu, às vezes nem lembro que tenho essa doença porque eu tenho os amigos, né, eu tenho outros amigos que também têm essa doença, a gente está sempre a brincar... sempre a brincar e pronto, esquecemos da doença.”(E11);</p> <p>“Contar piadas, ouvimos muita música, dançamos, estamos sempre a dançar (risos), ah, Cabo Verde... É isso, gostamos muito de divertir. Eu principalmente gosto de divertir, gosto muito de rir, não consigo parar de rir...”(E11);</p> <p>“Eu olhei para mim próprio e pensei, não pode ser. Na altura, se pudesse, dava um murro bem dado na mesa e abri os olhos. Não, não posso fechar os olhos. Dava um murro na mesa e disse: tens que abrir os olhos e tens que pensar no dia de amanhã. Não deixes fechar os olhos. Se fechar os olhos um gajo ficava-se. E a força de vontade começou aí.”(E13); “É a força de vontade que a gente tem de ter.”(E13); “Força de vontade é o principal. É o principal. Se não tiver força de vontade então não se consegue fazer mesmo nada.”(E13); “É isso que eu digo, tem de ser uma força de vontade muito grande para não exagerar nestas coisas.”(E13); Não é para toda a gente, porque isto com a força de vontade que eu tenho, por isso é que ainda hoje estou cá. Se não fosse isso já não estava cá há muito tempo. A força de vontade é que faz com que eu lide com estas coisas todas.”(E13);</p> <p>“Eu sou... eu sou altamente positivo, tá a perceber. Aliás, sempre fui. O indivíduo que vá para o negativismo... vir fazer diálise com aspeto negativo... estar contra tudo e contra todos, não sei que benefício é que poderá ter?”(E14); “temos que saltar por cima... é o que eu penso. Porque se vou pensar que ai, coitadinho, isso assim não se chega a lado nenhum.”(E14);</p> <p>“Mas chego aqui e esqueço tudo. Porque eu sou por sistema muito brincalhona.”(E15); “tenho esta maneira de ser e pronto, tudo corre bem, às mil maravilhas...”(E15);</p> <p>“Eu acho que uma pessoa tem que pensar que está sempre melhor”(E20); “Todas as doenças são doenças, temos que encarar aquilo que temos... a mim calhou-me esta... se quiser viver acho que tenho que encarar isto com realidade... não posso pensar no que me vai acontecer de pior”(E20);</p>
<p>Atitude da equipa de saúde</p>	<p>“Eu acho que é fundamental a atenção e a disponibilidade dos profissionais... a compreensão... ah... acho que são situações em que as pessoas estão muito mais fragilizadas e os pequenos pormenores fazem a diferença.”(E6);</p> <p>“A gente chegou, eu sentei-me e “Ó Sr. Pereira. Olhe, quero fazer um acordo consigo!” E aquilo a mim caiu-me bem. “Então está bem, diga lá? É que vamos fazer uns buraquinhos novos. E eu disse: então está bem, isto aqui já está maltratado e tal”. São aspectos... fazer isso tem logo outra maneira...”(E7); “E aí é que notei a necessidade de mais atenção, pelo menos mais uma palavrinha.”(E7);</p> <p>“(...) situações como essas, em que a pessoa está a sentir-se mal e que os médicos estão logo presentes, situações em que, desde a senhora auxiliar que faz a limpeza e que está ali nas salas connosco e a quem nós dizemos, olhe eu estou com frio, ponha-me uma manta e a pessoa vai lá e põe a manta” (E9); “E eu chegava a casa e, sensivelmente à hora de jantar, mais meia hora menos meia hora, havia um médico aqui da clínica que me ligava a perguntar como é que eu estava. E isso, a gente vai aos outros hospitais e ninguém liga.”(E9); “simples situação dos enfermeiros que tentam, de uma maneira geral, fazer as coisas com muita habilidade, com muita perícia, a maneira como falam connosco”(E9); “mesmo a questão dos médicos de sala que estão lá e que vão lá todos os dias, como é o nosso nefrologista, com que a gente mensalmente costuma ter uma consulta, acho que isso foi, sem dúvida nenhuma, uma das condições que a pessoa vem para aqui e sabe que é</p>

	<p>bem tratado”(E9); “O staff desta clínica, eu acho que ninguém tem razões de queixa. Quer dizer, pode haver alguns pormenores que se façam sentir, disto ou daquilo, pode acontecer, mas penso que de uma maneira geral, pelo menos até agora, acho que uma das coisas muito importantes é o staff da clínica.”(E9);</p> <p>“Ser bem acompanhado clinicamente”(E14); “, eu acho que... porque não conheço mais nada... por conversa de outros indivíduos que já fizeram noutros lados, que aqui se faz muito bem que são técnicos e pessoal médico e tal impecável. Aliás, têm-me tratado bem...”(E14); “a conversa que pode se gerar durante o tratamento, entre o pessoal técnico e o doente... ou os doentes entre si...”(E14); “É o que estava a tentar dizer, o bom relacionamento com, tanto com doente como com o pessoal técnico, pessoal de enfermagem, pessoal médico, tudo.”(E14); “sinto-me muito bem, quase como a minha segunda casa. Olhe, sinceramente eu digo-lhe, sinto-me melhor aqui do que em minha casa”(E15);</p>
<p>Apoio de doentes e amigos</p>	<p>“Vou lendo os conselhos que eles me vão dando e vou lendo as revistas que eles me mandam”(E1); “Eu por exemplo até sou sócio da associação e eles mandam-me as revistas”(E1);</p> <p>“(...) vamos falando uns com os outros, com os colegas (...)eu acho que a experiência dos mais velhos também ajuda. Eu falo com outros colegas e de início até me ajudavam bastante”(E2);</p> <p>“Sou sócio da... dos doentes renais, da APIR, eles mandam-me livros; nós ao lermos, para ter uma ideia...”(E3); “Olhe, os próprios colegas aqui dentro. Os colegas aqui dentro ajudam uns aos outros.”(E3);</p> <p>“E depois oiço os outros que já lá andam há muitos anos. (...)Vou aprendendo com aquilo que os outros dizem. Estão lá na conversa uns com os outros e vou ouvindo. Vou sabendo quais são os sintomas que eles dizem... que acordaram assim ou assado, o que sentem. E eu já sei porque é. Vamos aprendendo até talvez mais com os doentes que vão falando que propriamente com o pessoal de saúde. ”(E4);</p> <p>“(...) é o apoio das pessoas que estão á minha volta (...) o facto de eu ter um namorado, ajuda-me a sentir uma pessoa normal e considerar-me normal, e não me considerar uma pessoa doente com certas limitações e que não faz isto ou aquilo. Portanto, o apoio dos outros ajuda-me bastante. (...) Os amigos...(...) Do trabalho e fora do trabalho.”(E10);</p> <p>“Os meus amigos, a gente está sempre juntos. Sempre que eu precisar deles, eles estão sempre, se eu estiver doente, eles estão sempre.”(E11);</p>
<p>Ter uma ocupação</p>	<p>“Uma pessoa anda distraída a fazer as coisas (...) Eu acho que trabalhar é saudável. Passo a minha roupa, limpo a minha casa, a minha garagem, faço de tudo”(E2);</p> <p>“E depois na parte, não digo profissional porque estou reformado, mas como biscate, aquela situação de passar música, karaoke, conviver com as pessoas. Tento ao máximo fazer a minha vida normal...”(E12);</p> <p>“tenho uma ocupação e isso faz-me esquecer completamente a minha situação (...) ao saber que em tal dia tenho um espetáculo, eu antes em casa preparo aquela atividade e esqueço...”(E12); “Agora o tempo está a melhorar, posso sair, começo a arrebitar, depois tenho mais umas comemorações de 25 de Abril no Alentejo, pronto já me dá um incentivo e isso faz-me bem. Aliás eu só me lembro da diálise quando tenho que vir. Digo mesmo só me lembro da diálise no dia que venho.”(E12); “Eu tenho ainda algumas coisas que me fazem animar e não desistir, é a pesca, ir à pesca, gosto muito... são incentivos àquilo que me faz enfrentar melhor a situação.”(E12); “Gosto de ir à pesca, vou à pesca, sempre foi, mesmo quando tinha mais saúde, era o meu comprimido quanto ao stress. Há pessoas que não tem paciência para estar lá horas, eu tenho. Eu sou nervoso mas na pesca os meus nervos desaparecem todos”(E12);</p> <p>“Eu se estivesse a trabalhar, eu era vendedor, se estivesse a trabalhar, pois tinha conciliado a diálise fazendo das seis às dez... nesses dias</p>

	<p>tinha muito tempo para trabalhar até às quatro horas nos dias que faço diálise e nos outros dias também. Já disse isso, que o trabalhar é extraordinariamente importante.”(E14);</p>
Estar em lista de espera para transplante	<p>“(…) a ideia de fazer o transplante”(E1);  “Neste momento, ao fim de dois anos e meio de estar aqui, meteram-me na lista para transplante. É um aspeto que eu tenho em consideração, fruto de já ter sido transplantado, de uma situação que quero…”(E5);  “Eu estou todos os dias à espera que o telefone toque... para fazer o transplante.”(E14);</p>
Apoio de Associações	<p>“Vou lendo os conselhos que eles me vão dando e vou lendo as revistas que eles me mandam”(E1); “Eu por exemplo até sou sócio da associação e eles mandam-me as revistas”(E1);  “(…) sou sócio da... dos doentes renais, da APIR, eles mandam-me livros; nós ao lermos, para ter uma ideia...”(E3);</p>
Habilidade do enfermeiro	<p>“Depende muito do enfermeiro que nos pica. Porque eu tenho enfermeiros que me picam e não me magoam nada e outros picam e dói-me”(E2); “Há enfermeiros que picam melhor que outros. Há uns que apertam-nos o braço e estão ali que tempos a apalpar para sentir, porque eu não tenho ... o meu acesso não é muito bom...(…) e outros chegam ali e picam logo e às vezes magoam.”(E2);  “O facto de serem diferentes enfermeiros a estarem connosco no tratamento é também um fator de influência, porque parecendo que não, as pessoas têm formas de trabalhar diferentes e nós damo-nos melhor, ou se calhar subjetivamente achamos que um enfermeiro nos magoa menos que outro. (...) Lembro-me de às vezes pensar: hoje estou com o enfermeiro A ou B, hoje as coisas vão correr melhor.”(E6);</p>
Disponer de meios de distração	<p>“Digamos que o fator principal seria talvez um maior dose de... um entretenimento na hemodiálise... um entretenimento pessoal e não, como é o caso neste momento, de termos por exemplo na nossa sala, uma televisão virada para ali e uma televisão virada para acolá.”(E16);  “se cada um tivesse o seu monitor, por exemplo – como eu já vi na Alemanha e da mesma firma até – penso que seria, digamos, muito mais facilitada aquelas horas que nós temos que passar ali no tratamento.”(E16);</p>

### **Codificação dos Fatores Dificultadores da gestão do regime terapêutico**

<b><i>Fator Dificultador</i></b>	<b><i>Unidades de Registo</i></b>
O calor do verão	<p>“Quando vem o verão é possível que a gente beba mais”(E1); “É a sede. Custa muito. E no verão principalmente custa muito.”(E2);  “Já se sabe, eu de Verão... o corpo absorve mais os líquidos”(E12);  “Bebo mais durante o Verão”(E12);</p>
Ter de comer fora	<p>“O mais difícil é comer fora de casa. Ao fim-de-semana... há um prato que me apetece mas que não pode ser confeccionado da maneira que eu estou habituado... tudo o que usa o sal, sobretudo o sal... pela boca seca... e aí tenho de andar...”(E5);</p>
Estar habituado ao reforço hídrico	<p>“(…) eu acho que é mesmo o hábito de beber, sabe? O hábito está instituído e portanto é muito difícil contrariá-lo. Há colegas minhas que bebem pouquíssimo, mas porque, se calhar sempre fizeram isso. Agora eu como durante muito tempo me obriguei a beber quase dois litros ou mais por dia, é muito mais difícil, mesmo que eu vá cortando, ser radical na restrição.”(E6);  “Eu era um indivíduo que bebia à volta de 3 a 5 litros de água por dia antes de começar a fazer hemodiálise”(E7); “Pois, isso custou-me muito porque de facto bebia muito. “Antes de começar a fazer hemodiálise eu bebia muita água, por aconselhamento médico e porque eu gostava.”(E7);  “(…) porque antes de fazer o tratamento eu era uma pessoa que bebia muita água, 4 ou 5 litros de água por dia”(E9); “Estava muito habituado</p>

	<p>a beber muita água, não por obrigação. Bom, havia a obrigação por só ter um rim e o rim ter de funcionar e era bom beber água. Mas é porque eu gostava de beber água.”(E9);</p> <p>“(…) eu bebia cerca de três a quatro litros de água, por dia… que me ajudou muito… é claro que agora com a hemodiálise a coisa teve que alterar radicalmente.”(E16);</p>
Alterar as rotinas	<p>“Eu acho que a pessoa precisa de criar rotinas e de saber com o que é que conta. O simples facto de mudar de cadeira e a cadeira não ser igual, ou ter qualquer coisa fora do sítio, ou fazer com que o braço não estivesse no mesmo sítio, essas pequenas coisas eu acho que depois acabam por fazer com que a pessoa se sinta melhor ou pior preparada para aguentar essas horas.(…) Visto por quem está de fora parecem insignificantes, mas numa situação em que a pessoa está fragilizada todas estas pequenas coisas fazem a diferença.”(E6);</p>
Ruído	<p>“O próprio ruído da sala,”(E6);</p>
Conflitos na sala de diálise	<p>“Porque era não só a questão do ruído ambiente, como depois os comentários das pessoas: uns porque achavam que a TV estava muito alta, outros porque estava muito baixa e tudo isto gera algum desconforto e faz com que as pessoas estejam menos (…) sossegadas durante o tratamento, sossegadas e a conseguir tolerar devidamente o tratamento.”(E16)</p>
Fumar	<p>“Como fumo tenho tendência a boca estar seca.”(E12); “Como fumo dizem que é uma das causas para fazer esta secura.”(E12);</p>
Burocracia	<p>“(…) tinha de esperar pela confirmação da clínica de Viana do Castelo, depois aí sim, tinha de ir ao centro de saúde pedir a credencial, depois quinze dias para aprovar, depois ir buscar, quer dizer…se for uma situação de urgência não há hipótese, porque o protocolo é tanta burocracia. Devia ser mais rápido…”(E12); “O problema é que, por vezes surgem convites, eu como trabalho com som e música, por vezes surgem ofertas de trabalho para fazer aqui ou além, e tenho que recusar por causa da diálise. Como demora tanto tempo a vir a confirmação e depois a ser aprovada, passa-se o prazo e não tenho as credenciais…”(E12);</p>

## **APÊNDICE VIII**

**Resultados do Estudo I: Codificação dos dados no tema “Percepções sobre a doença e o tratamento”**

## Codificação do Tema Percepção sobre a doença e o tratamento

### 1. Percepção dos doentes sobre o tratamento

O tratamento é um conjunto de obrigações	<p>“(…) coisas que foram impostas ao princípio, e que é o regime que tenho de fazer.”(E1) “não se pode comer (...), não se pode...”(E1)</p> <p>“É uma obrigação que tenho e... e volto.”(E4); “e nunca mais fal... quer dizer, não poder evitar de ir, percebe. Que esta obrigação é até ao final da minha vida.”(E4);</p> <p>“Eu não posso beber muito leite, não posso comer muitos iogurtes, não posso comer queijo”(E8);</p> <p>“Primeiro acho uma obrigação embora não seja uma obrigação, ninguém me obriga a cá vir, venho se eu quiser.”(E12); “Primeiro sou obrigado a fazer o tratamento, claro tenho que o fazer.”(E12);</p> <p>“É fazer as coisas que os médicos aqui nos mandam fazer.”(E13); “não ultrapassar certas coisas que a gente não deve”(E13); “dia a dia é um bocado cansativo a gente ter de fazer isto e não poder fazer aquilo. A gente vê isto, queria comer isto e não posso comer. Olho para aquilo, quero comer e não posso porque me faz mal. Estou cheio de sede e quero beber água, não posso”(E13); “uma comida que quer comer não pode comer porque faz mal, a gente quer beber outra bebida também não pode fazer porque faz mal...”(E13); ““A minha mulher se for preciso está a beber água e eu olho para ela e quero beber água e não posso beber.”(E13);</p> <p>“Existem livros que dizem só que não pode comer, que não pode comer, que não pode comer...”(E17);</p>
O tratamento prejudica a função renal	<p>“Eu acho que se fizesse só os dois decilitros e meio ou a garrafinha pequena de água que eles me disseram eu já tinha deixado de urinar, já tinha deixado de fazer essas coisas todas... e por enquanto ainda faço.”(E4);</p>
O tratamento prejudica a imagem corporal	<p>“Se me perguntam o que tenho no braço, o que é isto aqui assim... que já tem passado ir no comboio e as pessoas olham para aqui e fogem, mudam de lugar...”(E20);</p>

### 2. Comportamentos de adesão ao regime terapêutico

Dificuldade em cumprir o regime terapêutico	<p>“(…) há muito doente que anda aí que não faz essa dieta... de forma tão rigorosa... como eu ouço falar. Fazem é os possíveis!”(E1);</p> <p>“Mas há aqui colegas meus que comem, mas também sofrem as consequências, alguns vão parar ao hospital. Por exemplo há ali um senhor que à segunda-feira chega a trazer 7 quilos, não aguenta fazer a diálise e tirar aquele peso todo”(E2);</p> <p>“Mas eu acho que ninguém consegue fazer o que eles dizem. Não dá para fazer exatamente o que eles dizem.”(E4); “Faço muita asneira... fazendo asneiras, é isso. Vou fazendo asneiras. A fruta como mais do que devia, os líquidos ainda bebo mais do que... (...) vou fazendo assim uma asneira ou outra.”(E4); “Bebo mais do que me disseram.”(E4);</p> <p>“Eu não faço qualquer tipo de dieta. Como aquilo que sempre comi.”(E10);</p> <p>“Pois, às vezes não cumprio e tenho de cá vir mais um dia...”(E10);</p> <p>“Eu bebo muito.”(E11); “Eu bebo mais de um litro por dia. Por isso eu trago sempre muitos quilos, para o tratamento. Eu trago sempre três quilos e meio, até quatro quilos.”(E11);</p> <p>“Não cumprio totalmente, mas tento cumpri-la o mais que posso e que me é possível”(E12); “É o caso dum dobrada com feijão branco. Mas é raro, faço uma vez por mês...mas pronto aí como um bocadinho mais, que me sabe bem.”(E12); “a minha esposa. Ela sabe. Sabe mas também não cumpre lá muito bem. (...)A minha esposa sabe a dieta que tenho, mas também não cumpre completamente...”(E12); “É preferível beber uma pinguinha de vinho bom do que beber sumos (...) Raramente, raramente quando uma comida puxa, bebo uma tacinha, coisa pouca, de vinho. Tenho quem me arranje do bom...”(E12);</p> <p>“Às vezes ultrapasso um bocadinho”(E13); “Às vezes abuso mais um bocadinho mas aí sei que estou a fazer asneira.”(E13);</p>
---	--

	<p>“Há dias que realmente me apetece mesmo beber e eu bebo. Bebo água com fartura, bebo dois, três copos de água, quando me apetece, quando tenho sede e tal...”(E14);</p> <p>“Medicação, tomo... ah... alguma da medicação não tão regularmente como devia, principalmente o ácido fólico e a vitamina B. Às vezes falho, etc., mas...”(E16);</p> <p>“(...) comecei a comer conforme eu achava que devia comer. E então, tudo aquilo que eu ia comendo, fui dizendo sempre à minha médica, em que a minha própria médica me chamou maluco derivado às avarias que eu faço com a minha alimentação”(E17); “se me der na cabeça para comer uma feijoada à noite, eu como uma feijoada à noite. Se me der para comer grão à noite eu como grão à noite... e a minha médica (...) ela diz logo: o senhor é maluco, isso não se deve fazer!”(E17);</p> <p>“Evito fazer esforços com este braço, o que por vezes lá acontece, quando tenho que ajudar a mulher em qualquer coisa, para ir às compras...”(E19);</p>
O tratamento não impõe restrições absolutas	<p>“Mas nós podemos fazer! A dietista disse-me que cada caso é um caso. Por exemplo eu não comia ovos estrelados, não comia peixe, e eu posso comer duas vezes por semana.”(E2);</p> <p>“(...) nunca me limitaram nada, nem lá vem no livrinho que nos deram, nada que é proibido.”(E7);</p>
Cumprir a dieta com rigor prejudica a saúde	<p>“E tudo aquilo que vem dentro dos livros não nos ensina a comer, ensinamos a passar fome e a gente se não tiver cuidado, a gente em vez de ficarmos bons e conseguir o tratamento, em poucos meses a gente morre.”(E17); “a gente avisa logo as pessoas quando vai à nutricionista: olhe cuidado que se... é assim, se fizer tudo aquilo que ela disser, daqui a 15 dias a gente vai-lhe arranjar um caixa para você se enterrar.”(E17); “não sigo à risca o que a dietista me diz, senão já tinha pateado, já tinha morrido”(E20);</p>
Não cumprir o tratamento faz bem	<p>“As asneiras têm que ser feitas, não podem é ser feitas com regularidade.”(E5);</p> <p>“Às vezes faço umas asneiras, também faz bem. (risos) Faz bem ao ego. Às vezes penso eu hoje não como. Mas depois, digo eu vou comer, quero lá saber, eu vou ter que morrer... e como.”(E8);</p>
Défice de conhecimento	<p>“É assim, a água bebo só aquela, mas bebo outros líquidos. Bebo leite quando tomo o pequeno-almoço, bebo café, é líquido! Só que eu meti na cabeça que aquilo é que é água, o resto não é.”(E8);</p> <p>“Pelas contas dos médicos, pode-se beber o dobro daquilo que a gente urina.”(E17); “se estiver a comer algo que seja salgado, para não ficar com o paladar de sal na boca, tenho de comer logo de seguida algo doce para que corte o salgado”(E17);</p>
Importância do ganho de peso interdialítico	<p>“Enquanto aqui somos escravos do peso, que é o que eu digo, lá em cima por exemplo (...) os próprios médicos deixam um bocadinho mais... eu aqui normalmente venho com um quilo e meio, dois quilos no máximo, e lá em cima (...) vão com sete, sete quilos e o médico (...) tira durante a semana. (...) A pessoa sai com peso e ao outro dia já lhe tira mais do que aquilo que lhe devia tirar. E digo-lhe mais, são mais felizes que nós.”(E7);</p> <p>“Enquanto aqui seria uma coisa grave, eles não, vão lá, bebem o copinho e depois nada... Lá está, sentem-se mais felizes. Eu aqui também se pudesse beber um bocadinho mais água sentia-me mais feliz, mas se beber mais água trago mais peso... e depois a máquina...”(E7);</p>
Cumprir o tratamento em função dos sintomas	<p>“Oh, até da maneira como me sinto. Também já sei. Há dias que acordo com as mãos mais esquisitas, uma sensação que nós notamos. Também começamos a aprender.”(E4);</p>

### 3. Sentimentos em relação à doença e ao tratamento

Privação da liberdade	<p>“(...) desde o princípio isto deu um bocado de prisão à minha vida, não é?” (E1);</p> <p>“(...) era uma pessoa que viajava todos os anos, pois gosto imenso de viajar e já não dá.”(E4);</p> <p>“Corta muito da vida que o indivíduo regularmente tem (...) é o ficar</p>
-----------------------	--

	<p>todo preso dia sim dia não, todo este tempo...”(E5);</p> <p>“Isto é assim: isto é uma prisão, estamos condicionados quatro horas ou cinco a esta questão”(E9);</p> <p>“A diálise é essa prisão, a pessoa é muito condicionada, não tem uma vida própria.”(12);</p> <p>“Uma coisa que eu acho desta doença que nós temos, é que é uma prisão.”(E13); “Outra questão é uma prisão que nós temos, porque nós queremos ir a um lado qualquer, queremos ir aqui ou acolá, e tamos fora da questão. Não podemos pensar em ir a lado nenhum.”(E13);” Eu digo que nós estamos presos porque além da doença que nós temos, estamos presos porque não podemos falhar de vir para aqui.”(E13);</p> <p>“(…) é uma prisão que o indivíduo tem...”(E14);</p> <p>“(…) as pessoas aqui sentem-se um bocado enfim, isoladas, com a situação em que se encontram. Pronto, é uma vida presa...”(E19);</p>
Sofrimento	<p>“É um bocado pesado...”(E1); “Isto é um bocado difícil...”(E2); “há dias em que é mais difícil”(E2); “Há dias em que é muito difícil e outros não”(E2);</p> <p>“(…) nada mais é difícil”(E3); “Para mim foi horrível. Eu nunca tinha visto uma coisa destas, isto foi horrível.”(E3);</p> <p>“Eu com sede começo a ficar um bocado perturbado.”(E9);</p> <p>“São todas más de cumprir”(E13); “habituar-se a isto é um sacrifício muito grande.”(E13);</p> <p>“A princípio eu passava fome e sede”(E15); “eu por vezes choro muito”(E15);</p>
Revolta	<p>“De início sentia um bocado de revolta... porque eu nunca pensei fazer diálise”(E2);</p> <p>“Cheguei a sair daqui revoltado com aquilo que via. Se às vezes há aqueles que não são... que não têm capacidades, estão mais limitados, se eles fazem isso eu acho que fazem medo e é isso que me custava.”(E7);</p> <p>“Pergunto muitas vezes porque é que aconteceu a mim? Porque tenho de ser eu? Eu não merecia...”(E10); “Disseram que depois de começar a hemodiálise já havia certas comidas que poderia comer, porque entretanto como fazia hemodiálise a máquina limpava... Enganaram-me! Nesse aspeto fui enganado!”(E9);</p>
Dependência	<p>“(…) a dependência de uma máquina. Pensando bem, é um bocado doloroso. Não físico, mas mais psicológico, é doloroso, o sentirmos que dependemos de uma, de uma máquina.”(E4);</p> <p>“estar dependente da máquina, não posso ir para lado nenhum...”(E8);</p>
Desânimo	<p>“(…) são fases que eu tenho, estas fases mais baixas que estou agora a atravessar e que depois recupero, um bocado desanimado e depois recupero. São fases...”(E12); “Sou uma pessoa que na doença vou muito abaixo e se não tiver uma coisa que me incentive então pior. É a fase em que estou neste momento.” (E12);</p>
Incerteza em relação ao futuro	<p>“Também me questiono sobre o que vai ser para o futuro, não é? Isso preocupa-me. No dia a adia ando assim, mas há dias em que me preocupo pensando nesse aspeto. Não vai ser fácil, porque vejo as amputações, as cadeirinhas de rodas, essas coisas todas que aparecem na diálise. E não sou mais nem menos que os outros e vou ter possivelmente os mesmos problemas.”(E4);</p>

## **APÊNDICE IX**

**Resultados do Estudo II: Análise das relações entre as variáveis de caracterização da amostra**

## Análise das relações entre variáveis de caracterização da amostra:

### 1) Distribuição da idade pelos níveis de diurese:

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Idade is the same across categories of Diurese.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,001	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

<b>Total N</b>	254
<b>Test Statistic</b>	18,020
<b>Degrees of Freedom</b>	4
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,001

1. The test statistic is adjusted for ties.

### 2) Distribuição do tempo de tratamento em HD pelos níveis de diurese:

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
2	The distribution of Tempo em HD is the same across categories of Diurese.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

<b>Total N</b>	254
<b>Test Statistic</b>	72,671
<b>Degrees of Freedom</b>	4
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,000

The test statistic is adjusted for ties.

### 3) Distribuição da idade entre fumadores e não fumadores:

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Idades por Classes is the same across categories of Fumador.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,006	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

<b>Total N</b>	254
<b>Mann-Whitney U</b>	1.503,500
<b>Wilcoxon W</b>	1.713,500
<b>Test Statistic</b>	1.503,500
<b>Standard Error</b>	303,620
<b>Standardized Test Statistic</b>	-2,755
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,006

### 4) Distribuição do sexo por tipos de agregado familiar:

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,597 <sup>a</sup>	4	,000
Likelihood Ratio	33,366	4	,000
N of Valid Cases	254		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,62.

		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Agregado Familiar	Cônjuge	20	84	113
	Cônjuge e outros familiares	11	17	28
	Outros	3	3	6
	Outros Familiares	36	20	56
	Só	30	19	49
<b>Total</b>		<b>111</b>	<b>143</b>	<b>254</b>

5) Distribuição do sexo pela entidade que prepara as refeições:

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	88,535 <sup>a</sup>	3	,000
Likelihood Ratio	102,630	3	,000
N of Valid Cases	254		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,24.

		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Quem prepara refeições	Cônjuge	5	84	89
	Outro	16	16	32
	Outro familiar	14	14	28
	Próprio	70	29	105
Total		111	143	254

6) Distribuição do sexo pela entidade que prepara as refeições:

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Peso Seco is the same across categories of Sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,005	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Total N	254
Mann-Whitney U	9.556,500
Wilcoxon W	19.852,500
Test Statistic	9.556,500
Standard Error	580,711
Standardized Test Statistic	2,790
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,005

7) Distribuição do ganho de peso interdialítico (em Kg) pelo sexo:

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Média de Ganho de Peso Interdialítico is the same across categories of Sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,001	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Total N	254
Mann-Whitney U	9.785,000
Wilcoxon W	20.081,000
Test Statistic	9.785,000
Standard Error	580,512
Standardized Test Statistic	3,184
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,001

8) Distribuição do Kt/V pelo sexo:

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Kt/V is the same across categories of Sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Total N	254
Mann-Whitney U	4.100,500
Wilcoxon W	14.396,500
Test Statistic	4.100,500
Standard Error	580,714
Standardized Test Statistic	-6,606
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,000

9) Distribuição do ganho de peso interdialítico pelo uso de IECA:

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Média de Ganho de Peso Interdialítico is the same across categories of IECA.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,010	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

<b>Total N</b>	254
<b>Mann-Whitney U</b>	6.148,500
<b>Wilcoxon W</b>	10.901,500
<b>Test Statistic</b>	6.148,500
<b>Standard Error</b>	568,614
<b>Standardized Test Statistic</b>	-2,578
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,010

## **APÊNDICE X**

### **Resultados do Estudo II: Estudo Correlacional**

## ESTUDO CORRELACIONAL

Correlações de Pearson (r) entre as variáveis de caracterização da amostra e os indicadores de eficácia.

		Idade	Tempo em HD	Peso Seco	Média de Ganho de Peso Interdiálítico	Ganh de Peso Interdiálítico em porcentagem do peso seco	Potássio Sérico Pré HD	Fosfato Sérico Pré HD	Sódio Sérico Pré HD	Albumina Pré HD	KtV
Idade	Pearson Correlation	1	,018	-,058	-,218 <sup>***</sup>	-,176 <sup>**</sup>	-,007	-,225 <sup>***</sup>	,286 <sup>***</sup>	-,397 <sup>***</sup>	,227 <sup>***</sup>
	Sig. (2-tailed)		,778	,281	,001	,005	,913	,000	,008	,000	,000
	N	254	254	254	254	254	254	254	98	253	254
Tempo em HD	Pearson Correlation	,018	1	-,058	,014	,137 <sup>*</sup>	,216 <sup>**</sup>	,003	,158	,027	,108
	Sig. (2-tailed)	,778		,118	,821	,028	,001	,860	,122	,888	,084
	N	254	254	254	254	254	254	254	98	253	254
Peso Seco	Pearson Correlation	-,058	-,058	1	,058	-,223 <sup>***</sup>	-,044	,079	,108	,038	-,127 <sup>*</sup>
	Sig. (2-tailed)	,281	,118		,357	,000	,484	,211	,295	,544	,044
	N	254	254	254	254	254	254	254	98	253	254
Média de Ganho de Peso Interdiálítico	Pearson Correlation	-,218 <sup>***</sup>	,014	,058	1	,840 <sup>***</sup>	,184 <sup>**</sup>	,084	-,264 <sup>**</sup>	,063	-,163 <sup>*</sup>
	Sig. (2-tailed)	,001	,821	,357		,000	,003	,135	,012	,320	,014
	N	254	254	254	254	254	254	254	98	253	254
Ganh de Peso Interdiálítico em porcentagem do peso seco	Pearson Correlation	-,176 <sup>**</sup>	,137 <sup>*</sup>	-,223 <sup>***</sup>	,840 <sup>***</sup>	1	,170 <sup>**</sup>	,007	-,321 <sup>***</sup>	-,018	,142 <sup>*</sup>
	Sig. (2-tailed)	,005	,028	,000	,000		,007	,916	,001	,781	,024
	N	254	254	254	254	254	254	254	98	253	254
Potássio Sérico Pré HD	Pearson Correlation	-,007	,216 <sup>**</sup>	-,044	,184 <sup>**</sup>	,170 <sup>**</sup>	1	,237 <sup>***</sup>	-,102	,082	-,078
	Sig. (2-tailed)	,913	,001	,484	,003	,007		,000	,324	,188	,218
	N	254	254	254	254	254	254	254	98	253	254
Fosfato Sérico Pré HD	Pearson Correlation	-,225 <sup>***</sup>	,003	,079	,084	,007	,237 <sup>***</sup>	1	,118	,073	-,177 <sup>***</sup>
	Sig. (2-tailed)	,000	,860	,211	,135	,016	,006		,260	,248	,006
	N	254	254	254	254	254	254	254	98	253	254
Sódio Sérico Pré HD	Pearson Correlation	,286 <sup>***</sup>	,158	,108	-,254 <sup>**</sup>	-,321 <sup>***</sup>	-,102	,118	1	-,362 <sup>***</sup>	-,020
	Sig. (2-tailed)	,008	,122	,295	,012	,001	,324	,260		,000	,848
	N	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98
Albumina Pré HD	Pearson Correlation	-,397 <sup>***</sup>	,027	,038	,063	-,018	,082	,073	-,362 <sup>***</sup>	1	-,112
	Sig. (2-tailed)	,000	,888	,544	,320	,781	,188	,248	,000		,078
	N	253	253	253	253	253	253	253	95	253	253
KtV	Pearson Correlation	,227 <sup>***</sup>	,108	-,127 <sup>*</sup>	-,163 <sup>*</sup>	,142 <sup>*</sup>	-,078	-,177 <sup>***</sup>	-,020	-,112	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,084	,044	,014	,024	,218	,006	,848	,078	
	N	254	254	254	254	254	254	254	98	253	254

\*\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlações de Spearman (rho) entre as variáveis de caracterização da amostra e os indicadores de eficácia.

Correlations

			Idade	Tempo em HD	Média de Ganho de Peso Interdiálítico	Peso Seco	Potássio Sérico Pré HD	Fosfato Sérico Pré HD	Sódio Sérico Pré HD	Sódio diálmico	Ganh de Peso Interdiálítico em percentagem do peso seco	Albumina Pré HD	KaV	Diurese Num	
Spearman's rho	Idade	Correlation Coefficient	1,000	,046	-,203**	-,097	-,025	-,240**	,324**	,282**	-,178**	-,421**	,242**	-,180**	
		Sig. (2-tailed)	.	,470	,001	,123	,882	,000	,001	,000	,005	,000	,000	,000	,004
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	253	254	254
	Tempo em HD	Correlation Coefficient	,046	1,000	,032	-,142*	,242**	-,004	,185	,149*	,115	-,009	,120	-,608**	
		Sig. (2-tailed)	,470	.	,910	,000	,000	,945	,109	,017	,068	,903	,058	,000	
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	253	254	254	
	Média de Ganho de Peso Interdiálítico	Correlation Coefficient	-,203**	,032	1,000	,287**	,214**	,184	-,268**	-,089	,849**	,087	-,218**	-,049	
		Sig. (2-tailed)	,001	,910	.	,000	,001	,099	,011	,114	,000	,262	,000	,624	
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	253	254	254	
	Peso Seco	Correlation Coefficient	-,097	-,142*	,287**	1,000	,058	,110	,037	-,024	-,185**	,138*	-,588**	,058	
		Sig. (2-tailed)	,123	,024	,000	.	,377	,061	,718	,708	,002	,027	,000	,347	
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	253	254	254	
	Potássio Sérico Pré HD	Correlation Coefficient	-,025	,242**	,214**	,058	1,000	,287**	-,110	-,025	,715**	,121	-,091	-,188**	
		Sig. (2-tailed)	,692	,000	,001	,377	.	,001	,288	,593	,001	,054	,188	,008	
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	253	254	254	
Fosfato Sérico Pré HD	Correlation Coefficient	-,240**	-,084	,184	,110	,287**	1,000	,053	,000	,045	,088	-,172**	,012		
	Sig. (2-tailed)	,000	,845	,098	,081	,001	.	,907	,998	,474	,384	,008	,954		
	N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	253	254	254		
Sódio Sérico Pré HD	Correlation Coefficient	,324**	,185	-,268**	,037	-,110	,053	1,000	,744**	-,309**	-,422**	-,005	-,188**		
	Sig. (2-tailed)	,001	,109	,011	,718	,288	,807	.	,000	,002	,000	,864	,058		
	N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	253	254	254		
Sódio diálmico	Correlation Coefficient	,282**	,149*	-,089	-,024	-,025	,000	,744**	1,000	-,074	-,388**	,049	-,178**		
	Sig. (2-tailed)	,000	,017	,114	,708	,593	,998	,000	.	,241	,000	,437	,005		
	N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	253	254	254		
Ganh de Peso Interdiálítico em percentagem do peso seco	Correlation Coefficient	-,178**	,115	,849**	-,188**	,215**	,045	-,309**	-,074	1,000	-,088	,047	-,187		
	Sig. (2-tailed)	,005	,068	,000	,002	,001	,474	,002	,241	.	,887	,481	,888		
	N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	253	254	254		
Albumina Pré HD	Correlation Coefficient	-,421**	-,009	,087	,138*	,121	,068	-,422**	-,388**	-,008	1,000	-,188	,095		
	Sig. (2-tailed)	,000	,993	,282	,027	,064	,068	,000	,000	,987	.	,082	,131		
	N	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253		
KaV	Correlation Coefficient	,242**	,120	-,218**	-,588**	-,081	-,172**	-,005	,049	,047	-,188	1,000	-,184**		
	Sig. (2-tailed)	,000	,058	,000	,000	,188	,006	,984	,437	,481	,002	.	,003		
	N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	253	254	254		
Diurese Num	Correlation Coefficient	-,180**	-,608**	-,049	,058	-,188**	,012	-,188	-,178**	-,187	,085	-,184**	1,000		
	Sig. (2-tailed)	,004	,000	,624	,347	,008	,864	,000	,005	,088	,131	,003	.		
	N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	253	254	254		

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlações entre as medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica e os indicadores de eficácia do autocuidado A

Correlations

			Média de Ganho de Peso Interdiabético	Ganh de Peso Interdiabético em percentagem do peso seco	Cubos gelo	Rebuçados	Pastilha elástica	Bochacher água	Limão	Controlo Glicémia	Chávena copos pequenos	Refeições condimentadas	Sopa	Sopa Espessa
Spearman's rho	Média de Ganho de Peso Interdiabético	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1,000 . 254	,848** ,909 254	,072 ,263 254	-,099 ,162 254	-,020 ,747 253	-,045 ,480 254	,094 ,137 254	-,054 ,886 85	,086 ,295 253	-,229** ,000 254	,072 ,285 254	,085 ,415 158
	Ganh de Peso Interdiabético em percentagem do peso seco	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,848** ,000 254	1,000 . 254	,100 ,112 254	-,100 ,110 254	-,055 ,387 253	,000 ,987 254	,084 ,184 254	,003 ,863 85	,087 ,385 253	-,141* ,025 254	,035 ,577 254	,173** ,030 158
	Cubos gelo	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,072 ,263 254	,100 ,112 254	1,000 . 254	-,079 ,347 254	-,070 ,288 253	-,124** ,048 254	,172** ,008 254	-,013 ,915 85	,149* ,017 253	,019 ,786 254	,084 ,139 254	,186** ,019 158
Rebuçados	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,099 ,152 254	-,100 ,110 254	-,073 ,347 254	1,000 . 254	,121 ,058 253	-,028 ,847 254	,057 ,382 254	,029 ,818 85	-,028 ,888 253	-,010 ,024 254	,142** ,825 254	,014 ,825 254	,004 ,862 158
	Pastilha elástica	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,020 ,747 253	-,055 ,387 253	-,070 ,288 253	,121 ,058 253	1,000 . 253	-,162 ,188 253	,189** ,003 253	-,133 ,282 85	-,077 ,224 252	-,027 ,898 253	,001 ,335 253	-,188** ,013 157
	Bochacher água	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,045 ,480 254	,000 ,987 254	,124** ,048 254	-,028 ,847 254	-,162 ,188 253	1,000 . 254	,015 ,908 254	,171 ,174 85	,033 ,588 253	,031 ,821 254	-,025 ,907 254	,106 ,181 158
Limão	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,094 ,137 254	,094 ,184 254	,172** ,008 254	,057 ,382 254	,189** ,003 253	,015 ,908 254	1,000 . 254	,023 ,856 85	,023 ,048 253	,124** ,048 253	,018 ,800 254	,042 ,507 254	,158** ,047 158
	Controlo Glicémia	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,054 ,886 85	,003 ,883 85	-,013 ,818 85	,028 ,282 85	-,133 ,282 85	,171 ,174 85	1,000 . 85	,023 ,856 85	,050 ,005 85	-,118 ,351 85	,011 ,830 85	-,171 ,287 44
	Chávena copos pequenos	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,086 ,295 253	,057 ,365 253	,149* ,017 253	-,018 ,868 253	-,077 ,224 252	,033 ,586 253	,124** ,048 253	1,000 . 85	,003 ,967 253	1,000 . 253	,003 ,967 254	,111 ,078 253
Refeições condimentadas	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,229** ,000 254	-,141* ,025 254	,019 ,786 254	,142** ,024 254	-,027 ,868 253	,031 ,821 254	,018 ,800 254	-,118 ,351 85	-,003 ,967 253	1,000 . 254	1,000 . 254	-,124** ,048 254	,170** ,033 158
	Sopa	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,072 ,285 254	,035 ,577 254	,094 ,133 254	,014 ,825 254	,081 ,335 253	-,025 ,987 254	,042 ,507 254	,011 ,838 85	,111 ,078 253	-,124** ,048 254	1,000 . 254	-,137 ,086 158
	Sopa Espessa	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,085 ,415 158	,173** ,030 158	,186** ,019 158	,004 ,952 158	-,188** ,013 157	,185 ,191 158	-,188** ,047 158	-,171 ,287 44	,085 ,418 158	,178** ,033 158	-,137 ,086 158	1,000 . 158

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlações entre as medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica e os indicadores de eficácia do autocuidado B

Correlations

			Média de Ganho de Peso Interdiabético	Ganh de Peso Interdiabético em percentagem do peso seco	Líquidos Frios	Alimentos com muita água	Fruta	Beber poucos goles	Beber só para comprimidos	Medir volume que pode beber	Controle pelos sintomas	Registo do volume de líquidos ingerido	Controle do peso	Exposição ao sol
Espumante não	Média de Ganho de Peso Interdiabético	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	1,000	,848**	,191**	,048	-,012	-,078	-,187**	,014	,135*	,016	,004	-,153*
		N	254	254	253	254	252	254	254	254	254	254	254	254
Ganh de Peso Interdiabético em percentagem do peso seco	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)		,848**	1,000	,129*	,023	-,038	-,043	-,152*	-,084	,118	,005	,014	-,088
		N	254	254	253	254	252	254	254	254	254	254	254	254
Líquidos Frios	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)		,191**	,129*	1,000	-,083	,087	,003	-,318**	,024	,138*	,045	,084	-,138*
		N	253	253	253	253	251	253	253	253	253	253	253	253
Alimentos com muita água	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)		,048	,023	-,083	1,000	-,283**	-,051	,086	,021	-,108	,035	-,015	,102*
		N	254	254	253	254	252	254	254	254	254	254	254	254
Fruta	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)		-,012	-,038	,087	-,283**	1,000	,059	,013	-,054	,040	-,091	,003	-,187**
		N	252	252	251	252	252	252	252	252	252	252	252	252
Beber poucos goles	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)		-,078	-,043	,003	-,051	,059	1,000	,037	,173*	-,033	,005	,034	,028
		N	254	254	253	254	252	254	254	254	254	254	254	254
Beber só para comprimidos	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)		-,187**	-,152**	-,318**	,086	,013	,037	1,000	-,006	-,087	-,022	-,138*	,180**
		N	254	254	253	254	252	254	254	254	254	254	254	254
Medir volume que pode beber	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)		,014	-,084	,024	,021	-,054	,173**	-,008	1,000	,103	,322**	,043	,001
		N	254	254	253	254	252	254	254	254	254	254	254	254
Controle pelos sintomas	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)		,135*	,118	,128*	-,108	,040	-,033	-,087	,183	1,000	,043	-,154*	-,018
		N	254	254	253	254	252	254	254	254	254	254	254	254
Registo do volume de líquidos ingerido	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)		,016	,005	,045	,039	-,001	,005	-,022	,322**	,043	1,000	,082	-,083
		N	254	254	253	254	252	254	254	254	254	254	254	254
Controle do peso	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)		,004	,014	,084	-,015	,003	,034	-,138*	,043	-,154*	,082	1,000	-,028
		N	254	254	253	254	252	254	254	254	254	254	254	254
Exposição ao sol	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)		-,153*	-,088	-,138*	,102*	-,107	,028	,180**	,001	-,018	-,083	-,088	1,000
		N	254	254	253	254	252	254	254	254	254	254	254	254

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlações entre as medidas de autocuidado para controlar a ingestão hídrica e os indicadores de eficácia do autocuidado C

Correlations

			Média de Ganho de Peso Interdiabético	Ganh de Peso Interdiabético em percentagem do peso seco	Ultrapassar quantidade de líquidos permitida	Mandar-se ocupar para não beber	Distribuir líquidos ao longo do dia	Comer doces	Beber só meio copo ou chávena	Bochechar com água morna	Colocar água para todo o dia em garrafa	Beber água morna	Ajustar a ingestão hídrica à diurese	Beber apenas às refeições	Beber álcool	
Spearman's rho	Média de Ganho de Peso Interdiabético	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1,000 . 254	,848** ,000 254	-,284** ,000 254	,082 ,144 253	,033 ,304 253	,108 ,083 254	-,088 ,128 253	-,066 ,304 253	,068 ,130 252	-,033 ,088 253	-,018 ,758 254	-,105 ,088 254	-,132** ,035 254	
	Ganh de Peso Interdiabético em percentagem do peso seco	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,848** ,000 254	1,000 . 254	-,244** ,000 254	,047 ,480 253	,088 ,181 253	,077 ,218 254	-,036 ,588 253	-,044 ,488 253	,103 ,104 252	,016 ,810 253	-,108 ,112 254	-,088 ,172 254	-,048 ,438 254	
	Ultrapassar quantidade de líquidos permitida	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,284** ,000 254	-,244** ,000 254	1,000 . 254	-,086 ,130 253	,083 ,318 253	,068 ,205 254	,108 ,088 253	,068 ,341 252	,118 ,061 252	,072 ,255 253	-,148** ,018 254	-,168** ,011 254	,168** ,011 254	,051 ,418 254
	Mandar-se ocupar para não beber	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,082 ,144 253	,047 ,480 253	-,086 ,130 253	1,000 . 253	,085 ,180 252	,148 ,018 253	,057 ,385 252	,181** ,018 252	,088 ,182 251	,107 ,090 252	,107 ,214 253	-,078 ,384 253	-,054 ,328 253	-,014 ,828 253
	Distribuir líquidos ao longo do dia	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,033 ,084 253	,068 ,181 253	,083 ,318 253	-,086 ,130 253	1,000 . 253	,052 ,412 253	1,000 ,012 253	,088 ,004 252	,088 ,122 252	,088 ,060 251	,148** ,028 252	,148** ,143 253	,181 ,108 253	,082 ,144 253
	Comer doces	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,108 ,083 254	,077 ,218 254	,080 ,205 253	,148 ,018 253	,052 ,412 253	1,000 . 254	,012 ,851 253	,028 ,748 253	,158 ,017 252	-,028 ,848 253	-,028 ,413 254	-,058 ,361 254	,058 ,775 254	,018 ,775 254
	Beber só meio copo ou chávena	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,088 ,128 253	-,036 ,588 253	,108 ,068 253	,057 ,385 252	,180** ,004 252	,012 ,851 253	1,000 . 253	,027 ,868 252	-,144** ,022 251	,135** ,032 252	-,033 ,604 253	,088 ,157 253	,053 ,401 253	,053 ,401 253
	Bochechar com água morna	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,066 ,304 253	-,044 ,488 253	,088 ,341 253	,151 ,018 252	,088 ,122 252	,158 ,017 252	,028 ,748 252	,027 ,688 252	1,000 . 253	,108 ,095 251	,272** ,000 252	-,018 ,872 253	,113 ,072 253	,072 ,252 253
	Colocar água para todo o dia em garrafa	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,088 ,130 252	,103 ,104 252	,118 ,081 252	,088 ,182 251	,288** ,088 251	,158 ,017 252	-,144** ,022 251	,108 ,085 251	1,000 . 252	-,028 ,888 251	-,028 ,334 252	-,084 ,137 252	,085 ,382 252	,085 ,382 252
	Beber água morna	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,033 ,068 253	,016 ,810 253	,072 ,205 252	,187 ,080 252	,148 ,028 252	-,028 ,848 253	,135** ,032 252	,272** ,088 252	-,026 ,888 251	1,000 . 253	,018 ,771 253	-,038 ,232 253	-,038 ,165 253	,028 ,165 253
	Ajustar a ingestão hídrica à diurese	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,018 ,758 254	-,108 ,112 254	-,148** ,018 254	,078 ,214 253	,082 ,143 253	-,052 ,413 254	-,033 ,804 254	-,018 ,872 253	-,018 ,334 252	,081 ,771 252	,018 ,771 254	1,000 . 254	-,078 ,232 254	,044 ,484 254
	Beber apenas às refeições	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,105 ,088 254	-,088 ,172 254	,168** ,011 254	-,054 ,384 253	,181 ,108 253	,088 ,381 254	,088 ,187 253	,113 ,072 253	-,084 ,137 252	-,038 ,888 253	-,038 ,232 253	-,078 ,232 254	1,000 . 254	-,037 ,063 254
	Beber álcool	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,132** ,035 254	-,048 ,438 254	,091 ,418 254	-,014 ,028 253	,082 ,144 253	-,018 ,775 254	,033 ,401 253	,072 ,252 253	,088 ,302 252	,088 ,188 253	,088 ,484 254	-,044 ,653 254	-,037 ,063 254	1,000 . 254

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlações entre as medidas de autocuidado para reduzir o consumo de sal e os indicadores de eficácia do autocuidado.

		Correlations																	
		Comer salgado	Usar sal à mesa	Verificar sal nos rótulos	Usar produtos industrializados	Usar pouco sal no cozimento	Comer carne ou peixe embalados	Usar aves aromatizadas	Comer enchidos ou fumados	Usar Molho	Usar molhos pré-preparados	Usar saldos de carne ou de peixe	Usar margarina vegetal	Comer fast food	Usar molhos de soja	Comer snacks salgados	Índice de Glicemia de Fome Industrializada	Ganh de Peso relacionado em porcentagem de peso seco	
Espaço em branco	Comer salgado	Correlation Coefficient	1,000																
		Sig. (2-tailed)	.																
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254
Usar sal à mesa	Correlation Coefficient		1,132*																
		Sig. (2-tailed)	,036	.															
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254
Verificar sal nos rótulos	Correlation Coefficient			1,076															
		Sig. (2-tailed)	,207	,759	.														
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254
Usar produtos industrializados	Correlation Coefficient				1,195*														
		Sig. (2-tailed)	,028	,028	,028	.													
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254
Usar pouco sal no cozimento	Correlation Coefficient					1,177*													
		Sig. (2-tailed)	,026	,026	,026	,026	.												
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254
Comer carne ou peixe embalados	Correlation Coefficient						1,180*												
		Sig. (2-tailed)	,267	,267	,267	,267	,267	.											
		N	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253
Usar aves aromatizadas	Correlation Coefficient							1,180*											
		Sig. (2-tailed)	,032	,032	,032	,032	,032	,032	.										
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254
Comer enchidos ou fumados	Correlation Coefficient								1,000										
		Sig. (2-tailed)	,068	,068	,068	,068	,068	,068	,068	.									
		N	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253
Usar Molho	Correlation Coefficient									1,000									
		Sig. (2-tailed)	,023	,023	,023	,023	,023	,023	,023	,023	.								
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254
Usar molhos pré-preparados	Correlation Coefficient										1,000								
		Sig. (2-tailed)	,121	,121	,121	,121	,121	,121	,121	,121	,121	.							
		N	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253
Usar saldos de carne ou de peixe	Correlation Coefficient											1,000							
		Sig. (2-tailed)	,023	,023	,023	,023	,023	,023	,023	,023	,023	,023	.						
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254
Usar margarina ou manteiga vegetal	Correlation Coefficient												1,000						
		Sig. (2-tailed)	,243	,243	,243	,243	,243	,243	,243	,243	,243	,243	,243	.					
		N	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253
Comer fast food	Correlation Coefficient													1,000					
		Sig. (2-tailed)	,176	,176	,176	,176	,176	,176	,176	,176	,176	,176	,176	,176	.				
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254
Usar molhos de soja	Correlation Coefficient														1,000				
		Sig. (2-tailed)	,120	,120	,120	,120	,120	,120	,120	,120	,120	,120	,120	,120	,120	.			
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254
Comer snacks salgados	Correlation Coefficient															1,000			
		Sig. (2-tailed)	,028	,028	,028	,028	,028	,028	,028	,028	,028	,028	,028	,028	,028	,028	.		
		N	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253
Índice de Glicemia de Fome Industrializada	Correlation Coefficient																1,000		
		Sig. (2-tailed)	,046	,046	,046	,046	,046	,046	,046	,046	,046	,046	,046	,046	,046	,046	,046	.	
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254
Ganh de Peso relacionado em porcentagem de peso seco	Correlation Coefficient																	1,000	
		Sig. (2-tailed)	,278	,278	,278	,278	,278	,278	,278	,278	,278	,278	,278	,278	,278	,278	,278	,278	.
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlações entre as medidas de autocuidado para restringir o potássio na dieta e os indicadores de eficácia do autocuidado.

		Correlations																
		Deixar as batatas cozidas sem casca	Usar microondas para cozinhar	Deixar batatas de molho	Comer legumes	Cozer batatas cozidas em panela	Comer leguminosas secas	Comer frutas secas	Comer mais de 2 peças de fruta por dia	Cozer batatas e legumes em água	Comer alimentos ricos em potássio	Comer arroz ou massa	Comer fruta seca sem casca	Comer fruta cozida	Comer mais que uma fruta crua por dia	Comer vegetais crus	Pontuação Índice Prê HD	
Especificar a dieta	Deixar as batatas cozidas sem casca	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-0,076 ,337	0,226 <sup>**</sup> ,008	-0,049 ,440	0,243 <sup>**</sup> ,009	-0,051 ,420	0,073 ,244	0,026 ,867	0,069 ,301	0,010 ,973	0,027 ,872	0,186 <sup>**</sup> ,039	0,162 <sup>**</sup> ,010	-0,095 ,331	0,077 ,219	-0,090 ,341	
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	
	Usar microondas para cozinhar	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-0,076 ,337	1,000 ,000	0,011 ,958	-0,026 ,364	0,031 ,226	-0,102 ,108	0,008 ,909	-0,036 ,371	0,008 ,909	-0,022 ,720	-0,032 ,817	0,009 ,906	0,032 ,809	0,048 ,438	0,048 ,438	0,048 ,438
	N	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	
	Deixar batatas de molho	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	0,226 <sup>**</sup> ,008	1,000 ,000	0,090 ,533	0,091 ,533	0,102 ,105	0,084 ,190	0,019 ,905	0,007 ,909	0,022 ,853	0,022 ,853	0,126 <sup>**</sup> ,031	0,130 <sup>**</sup> ,039	0,029 ,836	0,075 ,237	0,075 ,237	0,075 ,237
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	
	Comer legumes	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-0,049 ,440	-0,066 ,334	0,090 ,533	1,000 ,000	-0,047 ,458	0,109 ,087	0,022 ,867	-0,022 ,867	-0,022 ,867	-0,022 ,867	-0,022 ,867	-0,022 ,867	-0,022 ,867	-0,022 ,867	-0,022 ,867	-0,022 ,867
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	
	Cozer batatas cozidas em panela	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	0,243 <sup>**</sup> ,009	0,011 ,958	0,091 ,533	-0,047 ,458	1,000 ,000	0,043 ,203	-0,019 ,909	0,007 ,909	0,022 ,853	-0,022 ,867	0,022 ,853	0,126 <sup>**</sup> ,031	0,130 <sup>**</sup> ,039	0,029 ,836	0,075 ,237	0,075 ,237
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	
	Comer leguminosas secas	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-0,051 ,420	-0,026 ,364	0,102 ,105	0,091 ,533	1,000 ,000	0,102 ,105	0,008 ,909	0,007 ,909	0,022 ,853	0,022 ,853	0,126 <sup>**</sup> ,031	0,130 <sup>**</sup> ,039	0,029 ,836	0,075 ,237	0,075 ,237	0,075 ,237
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	
	Comer frutas secas	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	0,073 ,244	-0,026 ,364	0,102 ,105	0,091 ,533	0,102 ,105	1,000 ,000	0,019 ,909	0,007 ,909	0,022 ,853	0,022 ,853	0,126 <sup>**</sup> ,031	0,130 <sup>**</sup> ,039	0,029 ,836	0,075 ,237	0,075 ,237	0,075 ,237
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	
	Comer mais de 2 peças de fruta por dia	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	0,026 ,867	0,008 ,909	0,007 ,909	-0,036 ,371	0,007 ,909	1,000 ,000	0,022 ,853	0,007 ,909	0,022 ,853	0,022 ,853	0,126 <sup>**</sup> ,031	0,130 <sup>**</sup> ,039	0,029 ,836	0,075 ,237	0,075 ,237	0,075 ,237
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	
	Cozer batatas e legumes em água	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	0,069 ,301	0,008 ,909	0,022 ,853	-0,022 ,867	0,022 ,853	0,007 ,909	1,000 ,000	0,022 ,853	0,022 ,853	0,126 <sup>**</sup> ,031	0,130 <sup>**</sup> ,039	0,029 ,836	0,075 ,237	0,075 ,237	0,075 ,237	0,075 ,237
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	
	Comer alimentos ricos em potássio	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	0,010 ,973	0,008 ,909	0,122 ,052	-0,098 ,129	0,097 ,170	0,090 ,124	0,062 ,210	1,000 ,000	0,048 ,348	0,044 ,409	0,144 <sup>**</sup> ,022	0,144 <sup>**</sup> ,022	0,010 ,973	-0,075 ,341	0,040 ,326	-0,075 ,341
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	
	Comer arroz ou massa	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	0,027 ,872	-0,022 ,729	0,022 ,836	-0,022 ,867	0,022 ,867	0,022 ,867	0,022 ,867	0,022 ,867	1,000 ,000	-0,022 ,867	-0,022 ,867	0,022 ,867	0,022 ,867	0,022 ,867	0,022 ,867	0,022 ,867
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	
	Comer fruta seca sem casca	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	0,186 <sup>**</sup> ,039	-0,022 ,729	0,126 <sup>**</sup> ,031	-0,022 ,867	0,126 <sup>**</sup> ,031	-0,022 ,867	0,022 ,853	-0,022 ,867	-0,022 ,867	1,000 ,000	-0,022 ,867	0,022 ,867	-0,022 ,867	0,022 ,867	0,022 ,867	0,022 ,867
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	
	Comer fruta cozida	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	0,162 <sup>**</sup> ,010	0,008 ,909	0,130 <sup>**</sup> ,008	-0,022 ,867	0,130 <sup>**</sup> ,008	0,022 ,867	-0,022 ,867	0,022 ,853	0,022 ,853	1,000 ,000	0,022 ,867	0,022 ,867	0,162 <sup>**</sup> ,010	0,147 <sup>**</sup> ,004	0,047 ,304	-0,064 ,304
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	
	Comer mais que uma fruta crua por dia	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-0,095 ,331	0,032 ,809	0,029 ,836	0,029 ,836	-0,022 ,867	0,029 ,836	0,029 ,836	0,029 ,836	0,029 ,836	0,029 ,836	1,000 ,000	0,029 ,836	0,029 ,836	0,029 ,836	0,029 ,836	0,029 ,836
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	
	Comer vegetais crus	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	0,077 ,219	0,048 ,334	0,075 ,237	0,075 ,237	0,075 ,237	0,075 ,237	0,075 ,237	0,075 ,237	0,075 ,237	0,075 ,237	0,075 ,237	0,075 ,237	0,075 ,237	0,075 ,237	0,075 ,237	0,075 ,237
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	
	Pontuação Índice Prê HD	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed)	-0,239 ,004	0,064 ,313	0,089 ,167	-0,098 ,148	-0,239 ,004	-0,091 ,167	-0,098 ,148	0,082 ,167	0,082 ,167	0,082 ,167	-0,082 ,167	-0,082 ,167	0,011 ,911	0,011 ,911	0,011 ,911	1,000 ,000
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254	

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlações entre as medidas de autocuidado para restringir o fósforo na dieta e os indicadores de eficácia do autocuidado.

		Correlations											
		Consumir leite	Consumir derivados de leite	Comer vísceras	Comer chocolate ou cacau	Comer pouca carne ou peixe às refeições	Comer cereais	Comer farinhas lácteas	Comer oleaginosas	Comer pão ou tostas	Comer produtos integrais	Fosfato Sérico Pré HD	Albumina Pré HD
Consumir leite	Pearson Correlation	1	,095	,028	-,043	-,100	,109	,124*	-,091	,118	-,093	,101	,077
	Sig. (2-tailed)		,130	,682	,493	,113	,083	,048	,147	,060	,187	,107	,225
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	253
Consumir derivados de leite	Pearson Correlation	,095	1	,047	,052	,073	,212**	,070	,097	-,108	,045	,004	,082
	Sig. (2-tailed)	,130		,468	,408	,248	,001	,288	,125	,067	,476	,963	,192
	N	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253	252
Comer vísceras	Pearson Correlation	,028	,047	1	,125*	,098	,121	,267**	,095	,012	-,073	,095	-,065
	Sig. (2-tailed)	,682	,456		,046	,163	,055	,000	,131	,848	,244	,133	,178
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	253
Comer chocolate ou cacau	Pearson Correlation	-,043	,052	,125*	1	,107	,188**	,023	,130*	,005	,008	-,188**	-,131*
	Sig. (2-tailed)	,493	,408	,046		,088	,003	,938	,033	,932	,975	,003	,037
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	253
Comer pouca carne ou peixe às refeições	Pearson Correlation	-,100	,073	,098	,107	1	-,063	,018	-,033	-,038	,000	-,158**	-,179**
	Sig. (2-tailed)	,113	,248	,163	,098		,320	,903	,598	,543	,998	,013	,004
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	253
Comer cereais	Pearson Correlation	,109	,212**	,121	,188**	-,063	1	,124*	,058	-,030	,037	,086	-,083
	Sig. (2-tailed)	,083	,001	,055	,003	,320		,048	,372	,838	,557	,282	,320
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	253
Comer farinhas lácteas	Pearson Correlation	,124*	,070	,267**	,033	,018	,124*	1	-,038	,020	-,058	,058	,045
	Sig. (2-tailed)	,048	,288	,000	,808	,803	,048		,584	,785	,388	,345	,473
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	253
Comer oleaginosas	Pearson Correlation	-,091	,097	,095	,130*	-,033	,058	-,038	1	-,127*	,070	-,008	-,027
	Sig. (2-tailed)	,147	,125	,131	,038	,598	,372	,594		,043	,288	,895	,868
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	253
Comer pão ou tostas	Pearson Correlation	,118	-,108	,012	,005	-,038	-,038	,020	-,127*	1	,016	,038	,084
	Sig. (2-tailed)	,060	,087	,848	,932	,543	,638	,755	,043		,795	,538	,183
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	253
Comer produtos integrais	Pearson Correlation	-,093	,045	-,073	,058	,000	,037	-,058	,070	,016	1	,028	-,078
	Sig. (2-tailed)	,187	,476	,244	,375	,999	,557	,360	,266	,795		,658	,217
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	253
Fosfato Sérico Pré HD	Pearson Correlation	,101	,004	,095	-,188**	-,158**	,086	,088	-,028	,038	,028	1	,073
	Sig. (2-tailed)	,107	,853	,133	,002	,013	,282	,345	,885	,538	,858		,248
	N	254	253	254	254	254	254	254	254	254	254	254	253
Albumina Pré HD	Pearson Correlation	,077	,082	-,085	-,131*	-,179**	-,083	,045	-,027	,084	-,078	,073	1
	Sig. (2-tailed)	,225	,192	,178	,037	,004	,320	,473	,668	,183	,217	,249	
	N	253	252	253	253	253	253	253	253	253	253	253	253

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*-. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlações entre as medidas de autocuidado gerais para gerir a dieta e os indicadores de eficácia do autocuidado.

			Correlations									
			Segue a dieta recomendada com rigor	Procura informação sobre a dieta	Aceita restrições de dieta	Comer de tudo, mas em pouca quantidade	Fracionar as refeições	Comer alimentos com potássio antes da HD	Média de Ganho de Peso Interdiálítica	Ganh de Peso interdiálítico em percentagem do peso seco	Potássio Sérico Pré HD	Fosfato Sérico Pré HD
Spearman's rho	Segue a dieta recomendada com rigor	Correlation Coefficient	1,000	,018	,004 <sup>**</sup>	-,373 <sup>**</sup>	,230 <sup>**</sup>	-,272 <sup>**</sup>	-,244 <sup>**</sup>	-,171 <sup>**</sup>	,049	-,163 <sup>**</sup>
		Sig. (2-tailed)	.	,774	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,441	,015
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254
Procura informação sobre a dieta	Procura informação sobre a dieta	Correlation Coefficient	,018	1,000	-,093	,009	,176 <sup>**</sup>	-,079	-,131 <sup>*</sup>	-,106	-,076	,045
		Sig. (2-tailed)	,774	.	,139	,999	,006	,212	,039	,062	,230	,476
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254
Aceita restrições de dieta	Aceita restrições de dieta	Correlation Coefficient	,004 <sup>**</sup>	-,093	1,000	-,225 <sup>**</sup>	,176 <sup>**</sup>	-,181 <sup>**</sup>	-,282 <sup>**</sup>	-,187 <sup>**</sup>	,011	-,125 <sup>**</sup>
		Sig. (2-tailed)	,000	,139	.	,000	,007	,004	,000	,003	,062	,047
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254
Comer de tudo, mas em pouca quantidade	Comer de tudo, mas em pouca quantidade	Correlation Coefficient	-,373 <sup>**</sup>	,009	-,225 <sup>**</sup>	1,000	-,007	,192 <sup>**</sup>	,101	,050	-,016	-,017
		Sig. (2-tailed)	,000	,999	,000	.	,013	,002	,107	,357	,000	,791
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254
Fracionar as refeições	Fracionar as refeições	Correlation Coefficient	,230 <sup>**</sup>	,176 <sup>**</sup>	,176 <sup>**</sup>	-,007	1,000	-,062	-,087	-,017	-,093	-,049
		Sig. (2-tailed)	,000	,005	,007	,013	.	,322	,125	,791	,320	,469
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254
Comer alimentos com potássio antes da HD	Comer alimentos com potássio antes da HD	Correlation Coefficient	-,272 <sup>**</sup>	-,079	-,181 <sup>**</sup>	,192 <sup>**</sup>	-,062	1,000	,046	,107	,032	,129 <sup>**</sup>
		Sig. (2-tailed)	,000	,212	,004	,002	,322	.	,469	,000	,610	,049
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254
Média de Ganho de Peso Interdiálítico	Média de Ganho de Peso Interdiálítico	Correlation Coefficient	-,244 <sup>**</sup>	-,131 <sup>*</sup>	-,282 <sup>**</sup>	,101	-,087	,046	1,000	,649 <sup>**</sup>	,214 <sup>**</sup>	,104
		Sig. (2-tailed)	,000	,039	,000	,107	,125	,469	.	,000	,001	,000
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254
Ganh de Peso interdiálítico em percentagem do peso seco	Ganh de Peso interdiálítico em percentagem do peso seco	Correlation Coefficient	-,171 <sup>**</sup>	-,106	-,187 <sup>**</sup>	,050	-,017	,107	,049 <sup>**</sup>	1,000	,215 <sup>**</sup>	,045
		Sig. (2-tailed)	,000	,062	,003	,357	,791	,000	,000	.	,001	,474
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254
Potássio Sérico Pré HD	Potássio Sérico Pré HD	Correlation Coefficient	,049	-,076	,011	-,016	-,093	,032	,214 <sup>**</sup>	,215 <sup>**</sup>	1,000	,207 <sup>**</sup>
		Sig. (2-tailed)	,441	,330	,992	,900	,320	,010	,001	,001	.	,001
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254
Fosfato Sérico Pré HD	Fosfato Sérico Pré HD	Correlation Coefficient	-,163 <sup>**</sup>	,045	-,125 <sup>**</sup>	-,017	-,049	,129 <sup>**</sup>	,104	,045	,207 <sup>**</sup>	1,000
		Sig. (2-tailed)	,015	,476	,047	,791	,469	,040	,000	,474	,001	.
		N	254	254	254	254	254	254	254	254	254	254

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## **APÊNDICE XI**

**Resultados do Estudo II: Relações entre os agrupamentos da análise de *clusters* 1 e as medidas de autocuidado**

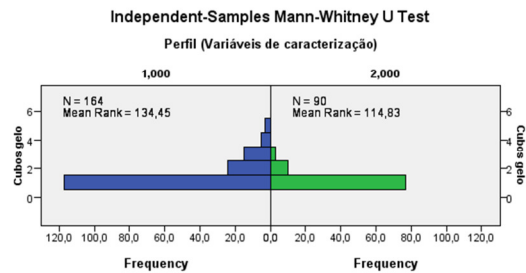
**Análise das relações entre os agrupamentos da análise de *clusters* 1 (análise 1) e as medidas de autocuidado:**

a) Diferença na frequência de utilização da medida de autocuidado “Chupar cubos de gelo” entre os agrupamentos:

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Cubos gelo is the same across categories of Perfil (Variáveis de caracterização).	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,006	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.



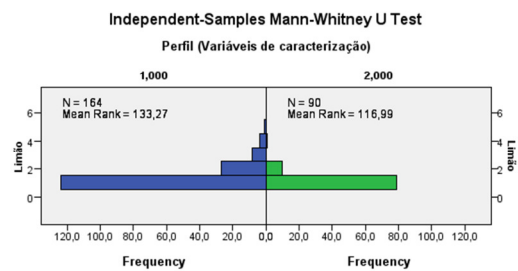
Total N	254
Mann-Whitney U	6.240,000
Wilcoxon W	10.335,000
Test Statistic	6.240,000
Standard Error	415,977
Standardized Test Statistic	-2,741
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,006

b) Diferença na frequência de utilização da medida de autocuidado “Chupar Limão” entre os agrupamentos:

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
2	The distribution of Limão is the same across categories of Perfil (Variáveis de caracterização).	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,015	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.



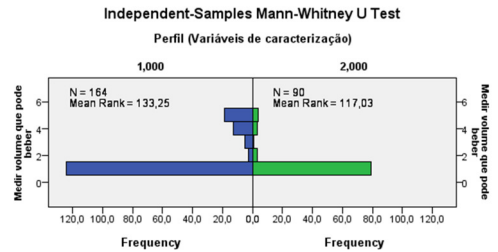
Total N	254
Mann-Whitney U	6.434,000
Wilcoxon W	10.529,000
Test Statistic	6.434,000
Standard Error	390,584
Standardized Test Statistic	-2,422
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,015

c) Diferença na frequência de utilização da medida de autocuidado “Medir a quantidade de líquidos que pode beber por dia” entre os agrupamentos:

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
3	The distribution of Medir volume que pode beber is the same across categories of Perfil (Variáveis de caracterização).	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,016	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.



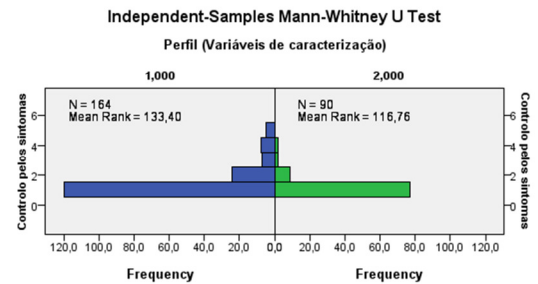
Total N	254
Mann-Whitney U	6.437,500
Wilcoxon W	10.532,500
Test Statistic	6.437,500
Standard Error	391,430
Standardized Test Statistic	-2,408
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,016

d) Diferença na frequência de utilização da medida de autocuidado “Controlar o volume de líquidos em função dos sintomas” entre os agrupamentos:

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
4	The distribution of Controlo pelos sintomas is the same across categories of Perfil (Variáveis de caracterização).	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,018	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.



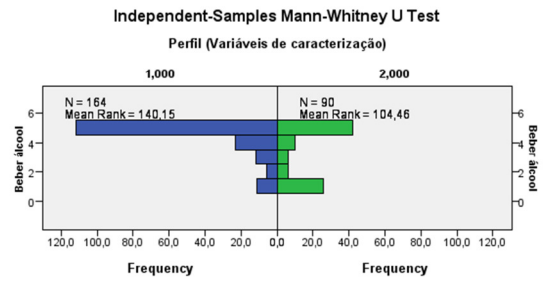
Total N	254
Mann-Whitney U	6.413,000
Wilcoxon W	10.508,000
Test Statistic	6.413,000
Standard Error	408,162
Standardized Test Statistic	-2,369
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,018

e) Diferença na frequência de utilização da medida de autocuidado “Evitar beber álcool” entre os agrupamentos:

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
5	The distribution of Beber álcool is the same across categories of Perfil (Variáveis de caracterização).	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.



Total N	254
Mann-Whitney U	5.306,000
Wilcoxon W	9.401,000
Test Statistic	5.306,000
Standard Error	491,881
Standardized Test Statistic	-4,216
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,000

## **APÊNDICE XII**

**Resultados do Estudo II: Relações entre os agrupamentos da análise de *clusters* 2 e as variáveis do estudo**

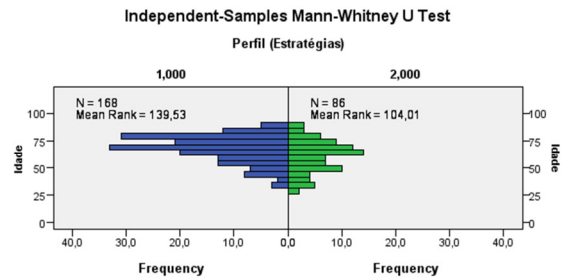
**Análise das relações entre os agrupamentos da análise de *clusters* 2 (análise 2) e as variáveis do estudo:**

**f) Diferença de idade entre os agrupamentos:**

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
9	The distribution of Kt/V is the same across categories of Perfil (Estratégias).	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.



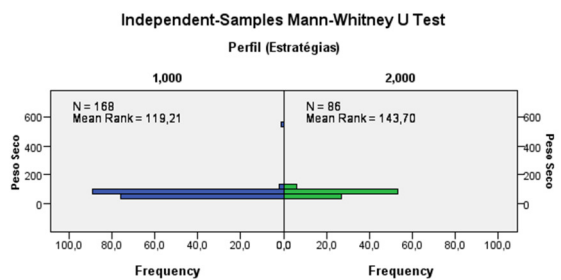
Total N	254
Mann-Whitney U	5.203,500
Wilcoxon W	8.944,500
Test Statistic	5.203,500
Standard Error	553,856
Standardized Test Statistic	-3,648
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,000

**g) Diferença de peso seco entre os agrupamentos:**

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
3	The distribution of Peso Seco is the same across categories of Perfil (Estratégias).	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,012	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

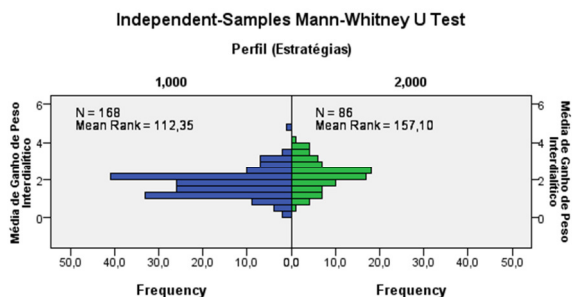


Total N	254
Mann-Whitney U	8.617,000
Wilcoxon W	12.358,000
Test Statistic	8.617,000
Standard Error	554,032
Standardized Test Statistic	2,514
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,012

h) Diferença de GPI (Kg) entre os agrupamentos:

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
4	The distribution of Média de Ganho de Peso Interdiário is the same across categories of Perfil (Estratégias).	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

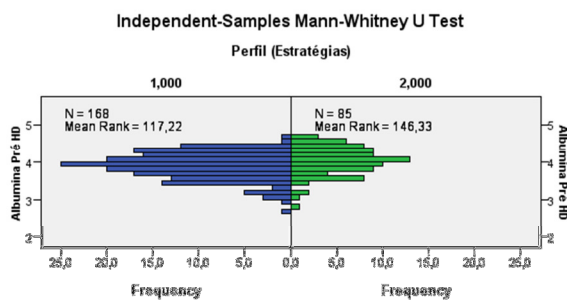


Total N	254
Mann-Whitney U	9.770,000
Wilcoxon W	13.511,000
Test Statistic	9.770,000
Standard Error	553,842
Standardized Test Statistic	4,597
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,000

i) Diferença de Albumina Pré-HD entre os agrupamentos:

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
8	The distribution of Albumina Pré HD is the same across categories of Perfil (Estratégias).	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,003	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.



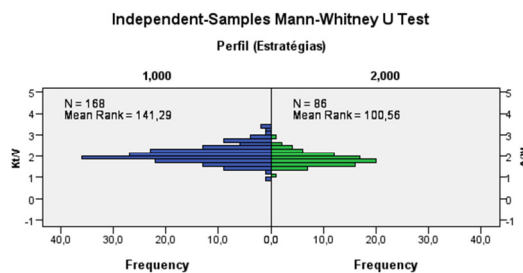
Total N	253
Mann-Whitney U	8.783,000
Wilcoxon W	12.438,000
Test Statistic	8.783,000
Standard Error	549,722
Standardized Test Statistic	2,989
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,003

j) Diferença de Kt/V entre os agrupamentos:

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
9	The distribution of Kt/V is the same across categories of Perfil (Estratégias).	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.



Total N	254
Mann-Whitney U	4.907,000
Wilcoxon W	8.648,000
Test Statistic	4.907,000
Standard Error	554,035
Standardized Test Statistic	-4,182
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,000

k) Distribuição do sexo entre os agrupamentos:

		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Perfil (Estratégias)	Utilização mais frequente das medidas de autocuidado	91	77	168
	Utilização menos frequente das medidas de autocuidado	20	66	86
Total		111	143	254

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	22,000 <sup>a</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	20,852	1	,000		
Likelihood Ratio	23,063	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
N of Valid Cases	254				

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 37,58.

b. Computed only for a 2x2 table