



DILEMAS ATUAIS & DESAFIOS FUTUROS



Miranda do Douro

**Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa
Maria Maior**

Escola Superior de Saúde / IPB

LIVRO DE ATAS (EBOOK)

COORDENADORES:

Adília da Silva Fernandes

Carlos Pires Magalhães

Maria Augusta Pereira da Mata

Maria Helena Pimentel

Maria Gorete Baptista

FICHA TÉCNICA

Título

Dilemas atuais e desafios futuros | I Congresso de Cuidados Continuados da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior

Autores/Editores

Adília da Silva Fernandes; Carlos Pires Magalhães; Maria Augusta Pereira da Mata;
Maria Helena Pimentel; Maria Gorete Baptista

Editora

Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança

Data

Setembro de 2012

ISBN

978-972-745-144-9

Esta edição é publicada pela Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança

Agência Nacional ISBN

Dilemas atuais e desafios futuros - I Congresso de Cuidados Continuados da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior

editado por Adília da Silva Fernandes; Carlos Pires Magalhães; Maria Augusta Pereira da Mata; Maria Helena Pimentel; Maria Gorete Baptista

ISBN 978-972-745-144-9

Editora: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança

Prefixo da Editora: 972-745-

Livro em 1 volume, 259 páginas

Este livro contém informações obtidas de fontes autênticas. A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos é única e exclusivamente dos autores.

Os artigos publicados neste livro são propriedade da ESSa-IPB. Este livro ou qualquer parte do mesmo, não poderá ser reproduzido ou transmitido em qualquer formato ou por qualquer meio, electrónico ou físico ou por qualquer sistema de armazenamento de informação ou de recuperação, sem autorização prévia por escrito da ESSa-IPB.

Todos os direitos reservados.

Escola Superior de Saúde | Instituto Politécnico de Bragança

Avenida D. Afonso V - 5300-121,

Bragança, Portugal

Tel: (+351) 273 303 200 / (+351) 273 330 950

Fax: (+351) 273 327 915

© 2012 by ESSa - IPB

ISBN 978-972-745-144-9

ORGANIZAÇÃO

Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior | Escola Superior de Saúde | Instituto Politécnico de Bragança

COMISSÃO CIENTÍFICA

Francisco Centeno (SCM Miranda do Douro)
Paula Martins (SCM Miranda do Douro)
Elisabete Lavrador (SCM Miranda do Douro)
Adília da Silva Fernandes (ESSa-IPB)
Carlos Pires Magalhães (ESSa-IPB)
Maria Augusta Pereira da Mata (ESSa-IPB)
Maria Helena Pimentel (ESSa-IPB)
Maria Gorete Baptista (ESSa-IPB)

COMISSÃO ORGANIZADORA

Equipa Multidisciplinar da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior

18. ADESÃO À DIETA EM IDOSOS EM DIÁLISE

18. ADHERENCE TO DIET IN ELDERLY PATIENTS ON DIALYSIS

Eugénia Maria Garcia Jorge Anes¹, Maria Augusta Pereira da Mata¹, Maria Helena Pimentel¹.

¹Escola Superior de Saúde, NIII, Instituto Politécnico de Bragança.

Resumo

O envelhecimento populacional constitui um dos determinantes que justificam o aumento do número de doentes em diálise (Kusumoto, Marques, Haas & Rodrigues; 2008). A insuficiência renal crónica emerge atualmente como uma epidemia em crescimento (Madeiro, Mechado, Bonfim, Braqueais & Lima; 2010). As limitações e complicações são de várias ordens. A adesão terapêutica constitui um determinante primário da efetividade do tratamento (Cramar, 1998; WHO, 2002). A repercussão positiva da adesão sobre o estado de saúde nos doentes em diálise inclui ganhos diretos relacionados com o menor uso dos serviços de saúde, menores gastos e ganhos indiretos relacionados com a melhor preservação da qualidade de vida em geral. O regime alimentar exige fortes restrições, implicando o seu incumprimento, nefastas implicações ao nível do estado de saúde do doente renal.

Nesta investigação pretendemos avaliar o nível de adesão à dieta dos idosos em hemodiálise e verificar a sua relação com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

É um estudo não experimental, transversal e analítico. Desenvolvido numa amostra de 150 doentes em hemodiálise em cinco serviços de diálise do Norte de Portugal. A colheita de dados decorreu em 2007. O instrumento de colheita de dados utilizado para caracterização da população foi o RAAQ (Renal Adherence Attitudes Questionnaire), ao qual foram associadas questões sociodemográficas e clínicas.

A amostra é constituída por 150 participantes, é maioritariamente masculina (58%), com idades compreendidas entre os 65 e os 88 anos. A grande maioria são viúvos (60%), com um nível de instrução e rendimentos muito baixos, com 39% de analfabetos e 32 de doentes com rendimentos abaixo de 250 euros. O tempo de tratamento varia entre seis meses e 20 anos. Cerca de 65% dos doentes afirma ser portador de outras doenças, sendo a diabetes a mais referida (49%). Todos os inquiridos referem complicações da doença. Foram encontradas diferenças entre os escores médios de adesão em relação à idade, ao tempo em diálise, doenças associadas e complicações com significância estatística em todas as dimensões do RAAQ. O doente idoso apresenta níveis de adesão superiores, quando comparado com a população geral em diálise (Anes, 2011).

Palavras-chave: Adesão à dieta; Insuficiente renal crónico; Diálise.

Abstrat

Population aging is one of the determinants that justify the increased number of patients on dialysis (Kusumoto, Marques, Haas & Roberts, 2008). The chronic renal failure currently emerges as a growing epidemic (Madeiro, Mechado, Bonfim, Braqueais & Lima; 2010). The limitations and complications are of the various kinds. The adherence is a primary determinant of treatment effectiveness (Cramar, 1998; WHO, 2002). The positive impact of adherence on health status in dialysis patients includes direct gains related to lower use of health services, lower costs and indirect gains related to better preservation of quality of life in general. The diet requires strong restrictions, implying their noncompliance, adverse implications for the health status of the patient's kidney.

In this research we intend to evaluate the level of adherence to the diet of the elderly on hemodialysis and verify their relationship to sociodemographic and clinical variables. It is a non-experimental, cross-sectional analytical. Developed in a sample of 150 hemodialysis elderly patients, in five dialysis services in northern Portugal (2007). The data collection instrument used to characterize the population was the Renal Adherence Attitudes Questionnaire (RAAQ), which were associated with sociodemographic and clinical issues.

The sample consisted of 150 participants, is mostly male (58%), aged between 65 and 88 years. The vast majority are widowed (60%), with a level of education and very low incomes, with 39% illiterate and 32 patients with incomes below 250 euros. The treatment time varies between six months and 20 years. About 65% of patients having other diseases, diabetes being the most reported (49%). All respondents related complications of the disease. Differences were found between the mean values of acceptance in relation to age, time on dialysis, associated diseases and complications, with statistical significance in all dimensions of RAAQ. The elderly patient presents higher levels of adherence when compared with the general population on dialysis (Anes, 2011).

Keywords: Adherence to diet; Renal chronic disease; Dialysis.

Introdução

A estatística mostra que a incidência em diálise tem vindo a aumentar em Portugal, consequência direta do aumento de la insuficiência renal crónica O estado nutricional constituiu um dos principais determinantes da morbilidade e mortalidade em diálise. Os benefícios da adesão são de vários tipos e relacionam-se com a prevenção de recaídas, alívio de sintomas e melhoria geral do estado de saúde (Sousa, 2003). A não adesão, além de reduzir o nível de saúde dos doentes contribui obrigatoriamente a um aumento dos gastos ao nível dos cuidados de saúde e a um aumento da dependência, consequência da deterioração do seu estado de saúde.

Na insuficiência renal crónica, a adesão à dieta implica enormes mudanças e adaptações face às restrições impostas pela doença. A adaptação à nova dieta implica um corte com hábitos e costumes e em especial com o conceito adquirido de uma alimentação considerada normal. Esta adaptação pode ser avaliada pelas atitudes e comportamentos dos doentes face ao novo regime alimentar (Rush & McGee, 1998).

O objetivo enunciado para a presente investigação é avaliar a Adesão à dieta em idosos com insuficiência renal crónica em diálise face às enormes restrições alimentares e hídricas imposta pela doença.

Método

Foi desenvolvido um estudo não experimental, analítico e transversal numa amostra de 150 idosos (77,58% da população), com insuficiência renal crónica em tratamento dialítico em unidades de diálise do Nordeste Transmontano, os quais obedeciam aos critérios de inclusão.

Foi efetuado um contacto pessoal com todos os idosos. Foram apresentados os objetivos e propósitos da investigação, foi explicada a importância da contribuição de cada um, realçando o carácter voluntário da participação, a garantia de confidencialidade, disponibilidade de esclarecimento de qualquer dúvida e agradecimento pela participação. A colheita de dados foi precedida da obtenção do consentimento informado.

O instrumento de colheita de dados foi constituído por uma medida específica de adesão à dieta el RAAQ (Renal Adherence Attitudes Questionnaire), validado para a população portuguesa. O questionário é composto por 26 itens abrangendo quatro dimensões, as atitudes face às restrições sociais, as atitudes face ao bem-estar, as atitudes face ao autocuidado e a

aceitação. Para melhor caracterização dos doentes, foram associadas algumas questões sociodemográficas e clínicas.

Resultados/Discussão

Nos participantes estudados, a maioria eram homens (58%), viúvos (60%), viviam sós (26%), tinham um baixo nível de escolaridade (39% analfabetos) e rendimentos (32% com rendimento abaixo de 250€. A idade dos inquiridos varia entre los 65 e 88 anos. O tempo de tratamento em diálise oscila entre los 6 meses e 20 anos. A maioria dos doentes refere outras doenças associadas (65%), sendo a diabetes a doença mais mencionada (49%). Todos os doentes referem complicações resultantes da doença ou dos tratamentos. Importa referir que a estudos nesta área, indicam uma prevalência de não adesão de 30% para a dieta e 50%, para de líquidos e medicamentos (Christensen & Moran, 1998).

No que respeita à variável sexo (Quadro 1), os resultados não confirmam a existência de diferenças significativas entre a adesão à dieta e o sexo. No entanto Almeida (2003) concluiu, serem os homens, aqueles que demonstraram maior adesão ao tratamento.

Quadro 1 – Adesão à dieta (RAAQ) em relação ao sexo por dimensões.

Dimensão	Feminino n=63		Masculino n=87		Teste <i>t</i>		Test <i>Mann Whitney U</i> Sig.(2-tailed)
	Media	S	Media	S	<i>t</i>	p	
Atitudes rest. sociais	26,10	6,30	30,30	5,50	-1,322	0,123	0,165
Atitudes bem-estar	41,70	4,40	45,30	6,40	0,345	0,458	0,530
Atitudes autocuidado	17,20	2,40	16,30	1,90	-0,334	0,561	0,564
Aceitação	38,80	3,60	39,90	5,10	-1,080	0,165	0,128

Relativamente à idade (Quadro 2), os resultados confirmam a hipótese de relação entre as variáveis. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa em todas as dimensões do RAAQ. Esta relação indica que o nível de adesão à dieta aumenta ao mesmo tempo que a idade avança, sendo portanto o nível de adesão à dieta mais satisfatório nos doentes mais velhos. Estes resultados são corroborados por Santin, Ceresér e Rosa (2005), pois compreendem a idade, como um de muitos determinantes que tentam explicar o fenómeno da não adesão ao tratamento.

Quadro 2 – Adesão à dieta (RAAQ) em relação à idade por dimensiones.

Idade	65 -74 anos n=67		75 –84 anos n=59		≥ 85 anos n=24		Test <i>Anova</i>		Test <i>Mann Whitney U</i>
	Media	S	Media	S	Media	S	f	p	Sig (2-tailed)
Atitudes rest. sociais	26,74	6,61	27,45	4,31	29,59	5,55	2,130	0,050	0,056
Atitudes bem-estar	40,43	3,41	40,99	5,51	42,04	5,79	1,806	0,311	0,042
Atitudes autocuidado	14,67	2,33	15,01	2,44	16,30	2,87	4,397	0,011	0,010
Aceitação	34,84	5,03	35,27	6,22	37,49	6,09	3,241	0,039	0,048

Para o nível de educacional (Quadro 3), os resultados não confirmam relação estatística significativa com as médias de adesão à dieta por dimensões. No entanto e, segundo Valenzuela, Giffoni, Cuppari e Canziani (2003) os doentes com maior nível educativo possuem recursos intelectuais que lhe permitem uma maior adaptação emocional ao tratamento.

Quadro 3 – Adesão à dieta (RAAQ) em relação às habilitações por dimensões.

Habilitações	Até ao ensino básico n=59		Ensino básico e secundário n=86		Ensino media e superior n=5		Test <i>Anova</i>		Test <i>Kruskal Wallis</i>
	Media	S	Media	S	Media	S	f	p	Asymp. Sig.
Atitudes rest. sociais	25,53	5,70	25,76	6,99	30,00	6,38	1,953	0,168	0,133
Atitudes bem-estar	39,99	6,43	40,61	6,92	42,65	3,39	0,650	0,445	0,547
Atitudes autocuidado	15,84	2,76	14,87	2,68	15,66	2,76	1,769	0,154	0,148
Aceitação	34,96	7,14	35,13	7,48	38,47	4,48	0,878	0,378	0,279

Em relação ao estado civil (Quadro 4), parecem observar-se melhores pontuações nos indivíduos casados, no entanto, não se confirma a existência de relação estatisticamente significativa com as dimensiones da adesão. Cooper et al (2005) afirmam que o estado civil constitui um determinante negativo ao nível da adesão sendo considerada por estes autores um preditor da não adesão.

Quadro 4 – Adesão à dieta em relação ao estado civil por dimensões.

Estado Civil	Casados n=50		Viúvos n=90		Solteiros n=10		Test <i>Anova</i>		Test <i>Kruskal Wallis</i>
	Media	S	Media	S	Media	S	f	p	Asymp. Sig.
Atitudes rest. sociais	26,45	5,50	24,39	5,65	23,27	6,01	1,932	0,099	0,060
Atitudes bem-estar	41,44	6,19	38,04	6,26	39,26	5,12	1,453	0,373	0,293
Atitudes autocuidado	15,98	2,34	13,34	2,01	14,62	1,21	1,436	0,185	0,147
Aceitação	35,86	6,11	31,86	6,07	32,76	4,69	1,554	0,188	0,128

Para a variável situação familiar (Quadro 5), os resultados também não corroboram a hipótese de relação, pois confirma-se não existirem diferenças significativas com a adesão à dieta. Segundo Santín, Ceresér e Rosa (2005), a história e a estrutura familiar encontram-se entre os muitos fatores que explicam o fenómeno da não adesão ao tratamento. Dellepiane e Bós (2008) realçam a importância da família ao nível da adesão.

Quadro 5 – Adesão à dieta (RAAQ) em relação à situação familiar por dimensões.

Situación Familiar Dimensão	Vivem c/ 1 ou mais pessoas n=111		Vivem sós n=39		Teste <i>t</i>		Teste <i>Kruskal Wallis</i>
	Media	S	Media	S	<i>t</i>	p	Asymp. Sig.
Atitudes rest. sociais	25,42	5,36	26,23	5,78	-0,543	0,537	0,547
Atitudes bem-estar	40,55	6,07	40,01	6,01	-0,843	0,323	0,339
Atitudes autocuidado	15,99	2,73	15,41	2,43	-0,183	0,763	0,789
Aceitação	35,67	6,82	35,87	6,33	-0,084	0,832	0,824

Para a variável rendimento (Quadro 6), parece observar-se um acréscimo da adesão à dieta à medida que aumenta o rendimento. No entanto e, de acordo com os resultados do teste *Anova*, verificamos que não são significativas as diferenças verificadas entre os vários grupos de rendimentos e a adesão à dieta. Diversos autores são unânimes em considerar esta variável como determinante da adesão, apontando melhores níveis de adesão nos doentes de classes sociais mais elevadas, com maiores rendimentos (Muhlhauser, Overmann, Bender, Bott, Jorgens, Trautner, Siegrist & Berger, 1998; Anes, 2011).

Quadro 6 – Adesão à dieta (RAAQ) em relação ao rendimento por dimensões.

Rendimento Dimensão	Até 250€ n=48		250-500€ n=78		>500€ n=24		Teste <i>Anova</i>		Test <i>Mann Whitney U</i>
	Media	S	Media	S	Media	S	f	p	Sig. (2-tailed)
Atitudes rest. sociais	24,90	5,49	25,99	6,20	27,87	5,93	2,301	0,065	0,059
Atitudes bem-estar	40,13	6,01	40,93	5,33	41,98	6,29	0,828	0,460	0,476
Atitudes autocuidados	15,23	2,31	15,82	2,54	15,99	2,78	2,175	0,093	0,063
Aceitação	34,46	6,18	35,64	6,00	36,87	7,04	0,661	0,445	0,427

No que respeita ao tempo em diálise (Quadro 7), constata-se um aumento da adesão à dieta a partir dos três meses de tratamento. Os resultados do teste *Anova* confirmam a existência de diferenças significativas entre o nível de adesão e os diferentes intervalos de

tempo de tratamento. Estes resultados são corroborados por Anes (2011). Em termos de adaptação à dialise, são descritas diversas fases de adaptação e, é essencialmente a partir dos três meses de tratamento que surge a chamada fase de adaptação e a tomada de consciência das limitações impostas pela doença e tratamento (Wauters, 1980; Delgado, 1997).

Quadro 7 – Adesão à dieta (RAAQ) em relação ao tempo em diálise por dimensão.

Tempo de tratamento	Até três meses		3 meses - 1 ano		+ de 1 ano		Test Anova		Teste Kruskal Wallis
	Media	S	Media	S	Media	S	f	p	Asymp. Sig.
Atitudes rest. sociais	25,03	6,68	24,88	6,71	26,54	6,33	1,972	0,056	0,058
Atitudes bem-estar	40,07	6,53	40,08	6,76	40,93	6,12	0,075	0,055	0,056
Atitudes autocuidado	14,22	2,76	15,10	2,49	15,59	2,56	0,845	0,050	0,052
Aceitação	34,92	8,51	35,12	6,55	35,97	6,47	0,067	0,049	0,054

Relativamente à relação da variável doenças associadas com a adesão à dieta, os resultados corroboram a hipótese da existência de relação significativa para grande maioria das dimensões. Confirma-se que o grupo de doentes que afirma ter outras doenças (Quadro 8) apresenta maiores pontuações de adesão à dieta para quase todas as dimensões, com exceção da dimensão aceitação. Significa então, que são os grupos de indivíduos com outras doenças associadas, aqueles que apresentam maiores índices de adesão à dieta.

Quadro 8 – Adesão à dieta (RAAQ) em relação a outras doenças associadas por dimensões.

Doenças associadas	Não tem doenças associadas n=52		Tem uma doença associadas n=98		Test t		Test Mann Whitney U
	Media	S	Media	S	t	p	Sig. (2-tailed)
Atitudes restri. sociais	26,99	5,61	30,72	5,54	1,982	0,051	0,049
Atitudes bem-estar	40,90	6,01	41,90	6,07	-1,983	0,050	0,047
Atitudes autocuidado	15,73	2,90	16,76	2,64	-2,734	0,007	0,003
Aceitação	35,35	6,66	39,54	6,89	-0,094	0,925	0,853

Em relação ao número de doenças associadas e adesão à dieta (Quadro 9), esta varia no mesmo sentido que o número de doenças. As diferenças são significativas em praticamente todas as dimensões do RAAQ, com exceção da dimensão aceitação. São portanto, os

indivíduos com maior número de doenças associadas, aqueles que apresentam maiores índices de adesão à dieta.

Quadro 9 – Adesão à dieta (RAAQ) em relação ao número de doenças associadas por dimensão.

Nº doenças associadas Dimensão	Não tem doenças associadas n=52		1 doença associada n=79		2 doenças associadas n=48		≥ três doenças associadas n=22		Test Anova		Test Kruskal Wallis
	Media	S	Media	S	Media	S	Media	S	f	p	Asymp. Sig.
A rest. sociais	26,99	5,61	27,30	5,56	29,73	6,35	30,04	4,46	0,098	0,961	0,957
A bem-estar	40,90	6,01	40,99	5,45	41,57	7,02	41,98	5,47	0,769	0,512	0,432
A auto-cuidado	15,73	2,90	15,97	2,53	16,00	2,63	16,54	2,30	3,350	0,020	0,012
Aceitação	35,35	6,66	35,76	6,54	36,04	6,53	36,87	4,32	0,184	0,907	0,954

Também se confirma, relação entre a adesão à dieta e a doença mais referenciada a diabetes (Quadro 10). A adesão à dieta é em média superior no grupo de indivíduos com diabetes, para todas as dimensões. As diferenças são significativas em praticamente todas as dimensões, à exceção da dimensão aceitação.

Quadro 10 – Adesão à dieta (RAAQ) em relação à diabetes por dimensão.

Diabetes Dimensão	Não tem diabetes associada n=76		Tem diabetes associada n=74		Test t		Test Mann Whitney U
	Media	S	Media	S	t	p	Sig. (2-tailed)
Atitudes rest. sociais	25,76	5,59	26,70	6,16	-3,797	0,052	0,050
Atitudes bem-estar	40,54	5,99	41,87	6,39	-1,909	0,050	0,037
Atitudes autocuidado	15,27	2,76	15,75	2,53	-1,116	0,051	0,043
Aceitação	35,35	7,50	35,67	8,40	-0,086	0,932	0,702

A relação verificada entre as comorbilidades e a adesão à dieta pode ser explicada pelo facto de os doentes que apresentam maior número de doenças, serem aqueles que apresentam mais idade. Según Margalho, Vélez, Guzmán, Oliveira, Saraiva da Cunha e Meliço-Silvestre (2007) as comorbilidades constituem um fator de interferência ao nível da adesão. Também poderia justificar-se pelo facto de serem estes indivíduos aqueles que perderam um nível significativo de saúde e por conseguinte são eles que atribuem mais valor à saúde que perderam e, à adesão terapêutica (Anes, 2011).

No que respeita à relação da adesão à dieta e as complicações (Quadro 11), os resultados confirmam a existência de relação estatisticamente significativa. Confirma-se a existência de diferenças significativas entre as médias de adesão à dieta nos diversos grupos de complicações em todas as dimensões. Assim apresentam melhores médias de adesão à dieta os doentes que afirmam possuir entre 4 a 9 complicações. Com menores médias de adesão encontra-se o grupo que apresentam entre zero a três complicações. Em paralelo às doenças associadas, as complicações constituem também fator de interferência ao nível da adesão à dieta (Margalho, Velez, Guzmán, Oliveira, Saraiva da Cunha & Meliço Silvestre, 2007).

Quadro 11 – Adesão à dieta (RAAQ) em relação ao número de complicações por dimensões.

Número Complicações	De 0 a 3 n=32		De 4 a 6 n=49		De 7 a 9 n=41		De 10 a 12 n=28		Test <i>Anova</i>		Test <i>Kruskal Wallis</i>
	Media	S	Media	S	Media	S	Media	S	f	p	Asymp. Sig.
Atit. Rest. sociais	23,23	5,40	26,76	6,02	26,87	5,22	27,34	6,03	4,453	0,005	0,006
Atit. Bem-estar	38,85	5,02	41,93	5,40	42,65	5,84	39,76	6,72	4,871	0,004	0,012
Atit. autocuidado	14,54	2,24	15,73	2,51	15,84	2,54	14,91	2,13	3,659	0,014	0,018
Aceitação	33,41	5,17	35,60	7,02	36,52	6,21	35,42	7,04	2,901	0,049	0,033

Em termos globais, os doentes insuficientes renais crónicos idosos em diálise (Quadro 12) apresentam valores de adesão superiores aos encontrados por Anes (2011) na população geral dos doentes insuficientes renais crónicos em diálise (Quadro 13).

Quadro 12 – Caracterização global do índice adesão à dieta nos doentes idosos em diálise (RAAQ).

RAAQ	Média	DP	Mediana	Min.	Max.
n=150	130	18	119	92	168

Min-34; Máx-170; Média-102

Quadro 13 – Caracterização global do índice adesão à dieta nos doentes em diálise (RAAQ).

RAAQ	Média	DP	Mediana	Min.	Max.
n=263	117	21	116	57	165

Min-34; Máx-170; Média-102

Anes, E.M.G.J. (2011). Adhesión a la dieta y calidad de vida en insuficientes renales crónicos en diálisis del Nordeste Transmontano. Tese de Doutoramento. Departamento de Psicologia y Antropología. Universidad de Extremadura.

Conclusões

A adesão à dieta na insuficiência renal crónica, exige mudanças drásticas e difíceis adaptações a um novo regime alimentar, difícil de adotar. Vai contra todos os princípios considerados normais para a população em geral e, implica uma adaptação constante e uma rutura com o conceito adquirido de alimentação normal.

Existem no entanto, muitos fatores ou variáveis são preditores da adesão à dieta. A interpretação dos resultados deste trabalho permitem-nos concluir que alguns fatores sociodemográficos e clínicos (idade, tempo de tratamento, doenças associadas e complicações) têm efetivamente implicações ao nível da adesão à dieta nos insuficientes renais crónicos idosos em diálise.

O doente idoso apresenta níveis de adesão superiores, quando comparado com a população geral em diálise (Anes, 2011).

Concluimos também, que alguns dos determinantes considerados com relação significativa, podem ser controlados ou evitados. Nesta área, um bom desempenho ao nível dos cuidados de saúde poderá ter um contributo especial. Este facto realça a importância da avaliação da adesão à dieta, constituindo um indicador de excelência na prática da prestação dos cuidados de saúde, utilizando para tal a perceção individual de cada doente.

Referências Bibliográficas

- Almeida, J. P. C. (2003). *Impacto dos factores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo I*. Dissertação de doutoramento, Universidade do Minho, Departamento de Psicologia, Braga.
- Anes, E.M.G.J. (2011). *Adhesión a la dieta y calidad de vida en insuficientes renales crónicos en diálisis del Nordeste Transmontano*. Tese de Doutoramento. Departamento de Psicología y Antropología. Universidad de Extremadura.
- Bezerra, K. V. (2006). *Estudo do cotidiano e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crónica (IRC), em hemodiálise*. Dissertação, Ribeirão Preto. Consultado em 20 de Abril de 2008. Disponível em: http://www.tesesusp.br/teses/disponiveis/17/17139_tde-19092006-112400/
- Christensen, A. J., & Moran, P. J. (1998). Psychological aspects of end stage renal disease. In D. W. Johnston & M. Johnston (Eds.), *Comprehensive clinical psychology*. Amsterdam: Pergamon. 321-335.
- Christensen, A. J., Benotsch, E., Wiebe, J., & Lawton, W. J. (1995). Coping with treatment related stress: effects on patient adherence in hemodialysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 454-459.
- Cooper, C. et al (2005). The AdHOC study of older adults's adherence to medication in 11 Countries. *Am J Geriatr Psychiatric*, 13(12), 1067-76

- Cramar, J.A. (1998). Consequences of intermitente treatment for hypertension: the case for medication compliance and persistence. *American Journal of Managed Care*, 4, p. 1563-1568.
- Delgado, L. (1997). Os aspectos psicológicos do insuficiente renal crónico em hemodiálise. In: *Manual de hemodiálise*. Lisboa: Edição Clínica de Doenças Renais, 203-206.
- Dellepiane, L. B. & Bós, A. J. G. (2008). Participação da família na adesão à restrição de sódio em adultos e idosos hipertensos: estudo de intervenção randomizada. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 5 (1), 32-42.
- Henriques, M. A. P. (2006). *Adesão ao regime terapêutico em idosos: revisão sistemática*. Universidade de Lisboa.
- Kusumoto, L.; Marques, S.; Haas, V.J & Rodrigues R.A.P. (2008). Adultos e idosos em hemodialise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paul. Enferm.* 21 (Número Especial), p. 152-159
- Machado, M. M. P. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Madeiro, A.C.; Mechado, P.D.L.C.; Bonfim, I.M.; Braqueais, A.R. & Lima, F.E.T. (2010). Adesão de portadores de insuficiência renal crónica ao tratamento dialítico. *Acta Paul. Enferm.* 23 (4), p. 546-551.
- Margalho, Velez, Guzmán, Oliveira, Saraiva da Cunha & Meliço-Silvestre (2007). *Determinantes da adesão em doentes infectados pelo VIH*. Consultado em 18 de Agosto de 2010. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0363.pdf>
- Muhlhauser, I., Overmann, H., Bender, R., Bott, U., Jorgens, V., Trautner, Ch., Siegrist, J. & Berger, M. (1998): Social status and the quality of care for adult people with type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus – a population-based study. *Diabetologia*, 41, 1139-1150.
- Nascimento, M. M. & Riella, M. C. (2001). Metabolismo da água, sódio, potássio e magnésio na insuficiência renal crónica. In M. C. Riella & C. Martins. *Nutrição e o rim*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 27-32.
- Rushe, H. & McGee, H. (1998). Assessing adherence to dietary recommendations for hemodialysis patients: the renal adherence attitudes questionnaire (RAAQ) and the renal adherence behaviour questionnaire (RABQ), *Journal of Psychosomatic Research*, 45 (2), 149-157.
- Santin, A., Ceresér, K. & Rosa, A. (2005). Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Revista Psiquitria Clínica*, 32 (supl 1), 105-109.
- Serafino, E. P. (1990). *Health Psychology Biopsychosocial Interactions*. New York: Jhon Wiley & Sons.
- Sousa, M. R. G. (2003). *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho . Braga.
- Valenzuela, R. G. V., Giffoni, A.G., Cuppari, L., Canziani, M. E. F. (2003). Estado nutricional de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise no Amazonas. *Rev Assoc Med Bras*, 49 (1), 72-8.
- Wauters JP. (1980). A Psicologia do doente em diálise crónica. *Revista folia Psychopractica*, (Lisboa: Roche Farmacêutica).
- WHO (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: WHO.