

# CONHECIMENTO DE PACIENTES E FAMILIARES SOBRE A DOENÇA RENAL CRÔNICA E SEU TRATAMENTO CONSERVADOR

PATIENTS AND THEIR FAMILY'S KNOWLEDGE ABOUT CHRONIC KIDNEY DISEASE AND ITS TREATMENT

CONOCIMIENTOS DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES ACERCA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y SU TRATAMIENTO CONSERVADOR

Mônica Ribeiro Canhestro<sup>1</sup>  
Eduardo A. Oliveira<sup>2</sup>  
Cristina M. Bouissou Soares<sup>3</sup>  
Renata Cristiane Marciano<sup>4</sup>  
Deborah Coelho da Assunção<sup>5</sup>  
Andrea Gazzinelli<sup>6</sup>

## RESUMO

Com este estudo realizado no Ambulatório de Nefrologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), teve-se como objetivo avaliar o conhecimento de pacientes portadores de doença renal crônica (DRC) e de seus familiares sobre a doença e seu tratamento conservador. A população do estudo foi composta de 75 pacientes e seus familiares. A coleta de dados constou de uma entrevista feita ao paciente, quando maior de 12 anos em condições de responder, ou ao cuidador principal sobre a doença, tratamento e dieta. Os resultados mostraram que 54,7% dos informantes possuíam conhecimento insuficiente e que o informante ter entre 12 e 30 anos (OR= 3,44) e o paciente estar a 5 anos ou menos no programa (OR= 2,77) foram estatisticamente associados ao conhecimento insuficiente. O estudo mostrou a necessidade de reavaliação das estratégias que vêm sendo utilizadas nas atividades educativas, tornando-as mais adequadas a cada paciente, levando em consideração sua capacidade de compreensão e experiências acumuladas.

**Palavras chaves:** Insuficiência Renal; Cooperação do Paciente; Adesão ao Medicamento.

## ABSTRACT

This study was developed in the Pediatric Nephrology Ambulatory at the University Hospital of the Federal University of Minas Gerais. Its objective was to evaluate the patients and their family's knowledge about chronic kidney disease (CKD) and its treatment. The study population comprised 75 patients and their families. Data was collected through interview with a patient (or his/her caretaker) older than 12 years of age and capable of answering the questions that dealt with the disease, its symptoms, treatment and diet. The data showed that 54.7% of the informants had poor knowledge about their disease and its treatment. Two conditions were statistically related to this poor knowledge: the age of the people interviewed being that between 12 and 30 years old (OR= 3,44) and their participation in the Program being less than 5 years (OR= 2,77). This study showed the necessity of reevaluating the strategies that are being used in educational activities that need to be more adequate to each patient and that should take into consideration their ability to understand the condition and their own experiences with the whole process.

**Key words:** Renal Insufficiency; Patient Compliance; Medication Adherence.

## RESUMEN

Este estudio fue realizado en la Unidad de Nefrología Pediátrica del Hospital das Clínicas de la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG) con el objeto de evaluar el conocimiento de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y de sus familiares cuidadores sobre la enfermedad, su tratamiento conservador y dieta. La población del estudio estaba compuesta por 75 pacientes y sus familiares. La recogida de datos consistió en una entrevista al paciente (si tenía más de 12 años y estaba en condiciones de responder) o al cuidador principal acerca de la enfermedad, el tratamiento y la dieta. Los resultados mostraron que 54,7% de los informantes tenían conocimiento insuficiente; los informantes entre 12 y 30 años de edad (OR=3,44) y los pacientes con menos de 5 años en el programa (OR= 2,77) estadísticamente fueron asociados al conocimiento insuficiente. El estudio demostró la necesidad de efectuar una reevaluación de las estrategias utilizadas en las actividades educativas con miras a tornarlas más adecuadas a cada paciente, teniendo en cuenta su capacidad de entender y las experiencias acumuladas.

**Palabras clave:** Insuficiencia Renal; Cooperación del paciente; Adhesión a la Medicación.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora assistente e doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

<sup>2</sup> Médico. Doutor em Pediatria. Professor adjunto da Escola de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

<sup>3</sup> Médica. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Nefrologista pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

<sup>4</sup> Médica. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Psiquiatra do Hospital Militar de Belo Horizonte, Minas Gerais.

<sup>5</sup> Enfermeira. Especialista em Neonatologia.

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Endereço para correspondência: Rua Coronel José Pereira da Rocha 356/201, Santa Helena – Sete Lagoas-MG – CEP 35 700 410. Email: vivigu@enf.ufmg.br.

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas (DCs) vêm aumentando consideravelmente em nosso meio, sendo hoje motivo de preocupação nas formulações das políticas de saúde. Dentre as doenças crônicas que acometem a população, podemos citar a doença renal crônica (DRC) que é uma síndrome consequente da perda, geralmente lenta e progressiva, da capacidade excretória, regulatória e endócrina renal, comprometendo essencialmente todos os outros órgãos do organismo.<sup>1</sup> É considerada atualmente um problema de saúde pública com o número de pacientes aumentando em todo o mundo.<sup>2-4</sup>

Entre as crianças e os adolescentes os dados de incidência e prevalência da DRC são pouco precisos, sendo as informações obtidas principalmente por meio dos centros de diálise. Nos Estados Unidos, estudos apontam para uma incidência de quatro a nove doentes por milhão da população infantil.<sup>5</sup>

O primeiro estudo de base populacional que avaliou a epidemiologia da DRC em crianças e adolescentes foi realizado na Itália com o acompanhamento de 1.197 crianças nos primeiros 10 anos de vida. Neste estudo foi identificada uma incidência de 12,1 pacientes por milhão da população desta idade.<sup>6</sup> No Brasil, os dados disponíveis também são, em sua maioria, relacionados a pacientes em diálise e mostram que em 2007 havia 73.391 pacientes em tratamento dialítico, sendo que, 1.084 destes eram menores de 18 anos.<sup>7</sup>

Embora a DRC esteja frequentemente associada à terapêutica dialítica e ao transplante, um grande número de doentes pode apresentar algum tipo de acometimento renal sem necessitar de tais tratamentos. De maneira geral, esses pacientes mantêm uma função renal adequada com condutas especiais capazes de retardar ou mesmo evitar a progressão da doença. Tais intervenções se traduzem como tratamento conservador da DRC<sup>1</sup> cujo objetivo é avaliar inicialmente a doença renal e sua reversibilidade ou não; prevenir e tratar a acidose metabólica, os distúrbios do sódio e do potássio, a doença mineral e óssea, a anemia e a hipertensão; além de prover suporte psicológico e informações sobre a doença e seu tratamento aos pacientes e aos seus familiares. Destaque-se, também, a necessidade de manter os doentes com ingestão líquida adequada e o funcionamento intestinal regular.

O objetivo final do tratamento conservador da DRC é manter o paciente em uma boa condição clínica e compatível com o estágio de desenvolvimento de sua doença renal, além de emocionalmente estável. Para tal, faz-se necessário o uso de vários medicamentos e de dietas normalmente muito restritas, bem como a realização frequente de exames laboratoriais e de imagem que acarretam uma interação constante com a equipe de saúde. Ressalte-se que, para o alcance dos resultados esperados, será imprescindível um comportamento adequado de adesão ao tratamento por parte dos pacientes e de seus familiares.

Sabe-se que a adesão do paciente, principalmente tratando-se de doença crônica, pode ser influenciada por fatores diversos, ligados à doença, ao tratamento, ao próprio paciente e à sua família, às condições sociais e econômicas, além daqueles relacionadas ao sistema de saúde que o atende. Vale ressaltar que entre os fatores apontados como capazes de influenciar a adesão ao tratamento está também o conhecimento do paciente e de seus familiares sobre a doença e sobre aspectos do tratamento.<sup>8-10</sup>

Tendo em vista que a adesão deve ser entendida como um processo colaborativo que pressupõe a participação do paciente e dos familiares nas decisões sobre o mesmo, o conhecimento adequado pode ser visto como fator facilitador para aceitação e integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento.

Na literatura, ainda não há consenso sobre o fato conhecimento ser visto como um fator preditor de adesão, sendo encontrados estudos que mostram tal associação<sup>11,12</sup> e outros, não.<sup>13,14</sup> Ainda assim, é crescente a preocupação por parte dos profissionais em fornecer informações aos pacientes não somente visando ao autocuidado, mas também acreditando que o conhecimento da doença possa influenciar positivamente na adesão ao tratamento.

Em estudos recentes voltados para doentes crônicos, tem-se discutido a importância de serem oferecidas condições para que atinjam um comportamento de *self-management*, considerado um esforço positivo do paciente para supervisionar e participar ativamente do cuidado à sua saúde, controlando os sintomas, prevenindo complicações, administrando os recursos de saúde e minimizando as interferências da doença em sua vida. A adesão ao tratamento é apontada como um componente essencial do *self-management*, assim como o conhecimento sobre a doença e o tratamento.<sup>15-18</sup>

Muitos dos estudos que focalizam o conhecimento como fator preditivo da adesão de pacientes ao tratamento têm sido realizados com os portadores de diabetes<sup>19-21</sup> ou HIV/Aids.<sup>22-24</sup> Deve-se levar em conta que a Associação Americana de Diabetes recomenda que, para melhor adesão, deve haver a inclusão de programas educativos e de avaliações frequentes dos pacientes a fim de detectar as dificuldades relacionadas ao conhecimento que possam vir a afetar a adesão.<sup>25</sup> Da mesma forma, em relação ao HIV/Aids, o Ministério da Saúde afirma, no *Manual de Adesão ao Tratamento para Pessoas Vivendo com HIV e Aids*, que os momentos pedagógicos e educativos devem fazer parte da atuação de todos os profissionais de saúde.<sup>26</sup>

Em relação aos portadores de DRC, tal preocupação também tem sido percebida por se tratar igualmente de uma doença crônica com taxas de prevalência em ascensão e com consequências sérias, como a diabetes. Assim os estudos envolvendo avaliação de conhecimento com doentes renais crônicos em tratamento de substituição renal vêm sendo realizados

com mais frequência nos últimos anos. Na década de 1990, até mesmo um questionário já foi validado para ser usado com o objetivo de avaliar o conhecimento sobre a doença e o tratamento de adultos em hemodiálise, sendo que os autores já reforçavam a importância de tais avaliações serem feitas não somente para determinar a qualidade dos programas de educação, mas também para a extensão, na qual o conhecimento está relacionado com aderência ao tratamento.<sup>27</sup>

Em relação à DRC, os estudos sobre adesão com pacientes em hemodiálise são mais usuais. Apesar de não ter sido encontrada associação entre adesão e conhecimento sobre dieta, os autores ressaltaram a importância de tais estudos na avaliação das estratégias educacionais que vêm sendo utilizadas e na identificação de áreas do conhecimento que precisam ser reforçadas.<sup>14,28</sup>

No que se refere aos estudos sobre pacientes em tratamento conservador da DRC, os resultados têm mostrado que, em adultos, o declínio rápido do ritmo de filtração glomerular, o controle da pressão arterial, além do fato de o paciente já ter sofrido reação adversa a algum medicamento prescrito, eram fatores associados ao alto nível de conhecimento sobre a terapia farmacológica.<sup>29</sup>

Assim, se esperamos que o paciente ou seus familiares sejam capazes de tomar decisões sobre seu tratamento que possam refletir na adesão, é necessário, dentre outras coisas, que eles tenham conhecimento suficiente para fazê-lo. Ressalte-se que esse conhecimento deve ser avaliado com frequência, a fim de apontar déficits ou mesmo fatores que influenciam em sua aquisição.

Diante do exposto, o objetivo com este estudo foi avaliar o conhecimento de pacientes portadores de DRC e seus cuidadores sobre a doença e seu tratamento, conservador na perspectiva de apontar déficits de conhecimentos que possam servir como base para o desenvolvimento de atividades educativas futuras, visando contribuir para adesão dos pacientes e de seus familiares ao tratamento conservador.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, realizado no Ambulatório de Nefrologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), onde funciona o Programa Interdisciplinar de Prevenção e Assistência da Doença Renal Crônica em Crianças e Adolescentes, que atende crianças e adolescentes em tratamento conservador da DRC.

A equipe responsável pelo atendimento é composta por nefrologistas pediátricos, enfermeira, psicóloga, nutricionista e assistente social, que atuam com o objetivo de promover a assistência integral e interdisciplinar às crianças e adolescentes portadores de doença renal, bem como oferecer o suporte necessário a seus familiares. Buscando atingir tal objetivo são desenvolvidas atividades de acordo com a área de atuação de cada profissional que participa

do programa com atendimentos individualizados. Os pacientes inscritos são acompanhados durante todo o tratamento conservador, que tem duração variável conforme a progressão da doença, e, quando indicado, são transferidos para o tratamento dialítico ou transplante renal. O atendimento é feito semanalmente e a frequência com que os doentes comparecem ao ambulatório varia conforme as condições clínicas de cada um.

Foram convidados a participar do estudo todos os 78 pacientes inscritos no programa há pelo menos três meses e seu cuidador principal. Destes, um recusou-se a participar e dois não compareceram ao ambulatório durante o período da coleta de dados. A população do estudo foi, portanto, de 75 pacientes.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e por alunos de pós-graduação devidamente treinados para tal e constou de uma entrevista feita ao paciente quando maior de 12 anos, em condições de responder, ou ao cuidador principal, nos outros casos. Essas entrevistas foram realizadas no ambulatório no dia da consulta do paciente ou em visitas domiciliares previamente marcadas.

A primeira parte do questionário, desenvolvida com base nos estudos de Fernandes<sup>30</sup> e Bonolo,<sup>31</sup> foi composta por 35 perguntas fechadas e teve como objetivo coletar informações sobre as características demográficas e socioeconômicas do paciente e de sua família. Na segunda parte, foi realizada a avaliação do conhecimento por meio de 11 afirmativas sobre os princípios básicos do tratamento conservador e 8 sobre características dos medicamentos e da dieta indicados no tratamento conservador. Cada uma das afirmativas possuía três opções de resposta (Correta/Incorreta/Não sei), sendo que o informante deveria escolher apenas uma.

O conhecimento do informante sobre a causa da DRC e os medicamentos utilizados com seus aprazamentos foram avaliados por meio de duas perguntas abertas: Qual a causa da DRC do paciente?/ Quais os medicamentos que fazem parte da última prescrição do paciente?. O conteúdo avaliado baseou-se nas orientações feitas pelos profissionais aos pacientes e familiares durante as consultas, nas orientações escritas fornecidas pela nutricionista e em estudos que avaliam conhecimento de pacientes portadores de doenças crônicas.<sup>8,21,31-33</sup> O instrumento foi submetido à avaliação de conteúdo por sete profissionais com experiência na assistência a crianças e adolescentes portadores de DRC. Foi realizado um pré-teste com parte da população do estudo, sendo feitas as adequações necessárias.

A segunda parte do questionário, utilizada para avaliar o conhecimento, constou de 21 perguntas, tendo sido atribuído o valor de um ponto a cada uma delas quando corretamente respondida. A resposta "Não sei" foi computada como resposta "Incorreta" para proceder às análises estatísticas. Na avaliação da questão aberta sobre as causas da DRC foi atribuído um ponto quando a resposta se aproximasse da causa da doença, não sendo necessário que o entrevistado informasse o

diagnóstico correto. Em relação à questão que avaliou o conhecimento sobre os medicamentos, foi igualmente computado um ponto para aqueles que responderam corretamente o nome e o aprazamento das medicações, sendo a resposta comparada à última prescrição dos medicamentos anterior à coleta de dados.

O conhecimento foi classificado de acordo com o número de questões que o paciente ou o familiar respondeu corretamente, conforme apresentado a seguir: conhecimento excelente (90% a 100%), bom (80% a 89%), suficiente (70% a 79%), moderado (60% a 69%) e insuficiente (59%). Para a análise estatística, foi considerado conhecimento suficiente o índice de acerto  $\geq 70\%$  e conhecimento insuficiente o índice de acerto  $< 70\%$ . Os dados do prontuário foram utilizados para a definição do diagnóstico, do tempo do paciente no programa, dos medicamentos utilizados e para a definição do estágio da DRC conforme proposto pela *National Kidney Foundation*.<sup>4</sup>

Os dados foram analisados utilizando-se o Programa SPSS, versão 15.0. Foi realizada a caracterização da população estudada por meio de distribuição das frequências por sexo, faixa etária, diagnóstico sindrômico, estágio da DRC, tempo no programa, escolaridade do paciente e local de moradia. As associações entre o nível de conhecimento do paciente e as variáveis demográficas e aquelas relacionadas ao tratamento foram avaliadas pelo teste de qui-quadrado, de Pearson. A significância estatística foi considerada com um nível de 5%, ou seja,  $p \leq 0,05$ . O *Odds Ratio* com o intervalo de confiança de 95% foi utilizado como medida de associação nos modelos univariados e multivariados.

Para avaliar a relação existente entre a variável resposta e as covariáveis consideradas no estudo, utilizou-se o ajuste de modelos de regressão logística dicotômica. No modelo múltiplo, foram incluídas as variáveis com um valor de  $p < 0,20$ . Depois de selecionadas, as variáveis entraram em bloco no modelo de regressão obtido pelo método *Stepwise Backward Wald* e aquelas que perdiam sua significância foram excluídas. Assumiu-se como nível de significância estatística o valor  $p < 0,05$  para a definição do modelo final. O teste de *Hosmer & Lemeshow* foi utilizado para o ajuste final do modelo.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG. Os pacientes ou os responsáveis que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Os pacientes foram, em sua maioria, do sexo masculino (58,7), com idade entre 10 e 19 anos (57,3%), com média de idade de 11,35 anos (DP = 5,22). Cursavam, principalmente, o ensino fundamental, sendo que alguns (8,0%), por possuírem déficit cognitivo, frequentavam escolas especiais. Esses pacientes, em sua maioria (61,4%), residiam em Belo Horizonte e na Região Metropolitana, e 38,7% no interior de Minas Gerais. As mães foram as informantes em 56% dos casos e os pais,

em apenas 8,0%. A maior parte dos informantes (56%) tinha idade entre 12 e 30 anos, 40% entre 31 e 49 anos e em 4% dos casos possuíam mais do que 40 anos. No que se refere ao nível educacional, a maior parte possuía até o ensino médio (84%). A renda familiar foi menor ou igual a três salários mínimos em 77,3% dos participantes.

Os diagnósticos mais comuns foram as nefrouropatias congênitas (61,3%) e, em um percentual bem mais baixo, as doenças císticas (12%) e as glomerulopatias (8%). Ressalte-se que a doença renal foi secundária a outras doenças, em 18,7% dos pacientes, sendo a mais comum a nefrolitíase. Os pacientes se encontravam, em sua maioria, no estágio 3 e 4 (61,0%) da DRC e apenas 12% no estágio 5. A média de permanência no programa desses pacientes foi de 4,68 anos (DP = 4,66).

Na TAB. 1 são apresentados os dados relativos à avaliação do conhecimento sobre os princípios básicos do tratamento conservador. Verificou-se que a maior parte dos participantes (69,3%) soube informar a função do rim. Apesar de aproximadamente a metade dos informantes (57,3%) saber que o tratamento é para a vida toda, de forma incorreta, 64% acreditam que o tratamento leva à cura do problema renal. Apesar disso, a maior parte (89,3%) reconhece o tratamento como capaz de acarretar melhora da função renal. Em geral não reconhecem a hipertensão e o diabetes como capazes de desencadear a doença renal, mas sabem que ambas são capazes de piorar o quadro clínico da doença. Ressalte-se que a maior parte dos informantes reconhece a creatinina como um marcador de função renal e que o aumento dos níveis no sangue reflete em perda de função do rim.

Ao serem indagados sobre qual a causa da DRC, apenas 28,3% informaram corretamente.

Na TAB. 2 são apresentados os dados relativos à avaliação do conhecimento sobre as características dos medicamentos e da dieta indicados no tratamento conservador. Praticamente a totalidade dos informantes sabia que o uso dos medicamentos era parte fundamental do tratamento. Na população estudada, 73,3% e 56,0% dos pacientes tinham prescrição do bicarbonato de sódio e do carbonato de cálcio, respectivamente.

Em relação ao conhecimento sobre o uso do bicarbonato de sódio para o tratamento da acidose metabólica, 46,7% consideraram a afirmativa correta. Se considerarmos apenas os pacientes que tinham a prescrição do mesmo no momento da entrevista (56,0%), percebe-se houve melhora do percentual de acerto, com 59,5% dos informantes respondendo corretamente à pergunta. Já no caso do carbonato de cálcio, 73,3% responderam corretamente como este deve ser utilizado, e, considerando apenas os pacientes que o utilizavam no momento da entrevista (56,0%), o índice de acerto aumentou para 94,5%.

Mais da metade dos informantes (52%) não respondeu corretamente sobre o fato de o controle do potássio não poder ser feito por meio da alimentação, mas ao mesmo tempo demonstrou um bom conhecimento referente aos alimentos ricos em potássio, melhor do que o conhecimento relacionado aos alimentos ricos em fósforo.

**TABELA 1 – Conhecimento dos informantes sobre princípios básicos do tratamento conservador da DRC – Belo Horizonte-MG (n=75)**

Afirmativas	Correto n(%)	Incorreto n(%)
Função do rim: fazer digestão/produzir insulina/filtrar o sangue	52 (69,3)	23 (30,7)
O tratamento leva à cura do problema renal	27 (36,0)	48 (64,0)
O tratamento leva à melhora da função renal	67 (89,3)	8 (10,6)
O tratamento é para a vida toda	43 (57,3)	12 (42,7)
A pressão alta leva à DRC	38 (50,7)	37 (49,3)
A pressão alta pode piorar a DRC	46 (61,3)	29 (38,7)
O diabetes leva à DRC	35 (46,7)	40 (53,4)
O diabetes pode piorar a DRC	41 (54,7)	34 (45,3)
Exames de sangue fazem parte do tratamento	75 (100,0)	-
A dosagem da creatinina é importante para avaliar a função renal	56 (74,7)	19 (25,3)
O aumento da creatinina está relacionado com piora da função renal	52 (69,3)	23 (30,7)

**TABELA 2 – Conhecimento dos informantes sobre algumas características dos medicamentos e da dieta indicados no tratamento conservador da DRC – Belo Horizonte-MG (n=75).**

Afirmativas	Correto n (%)	Incorreto n (%)
Medicamentos fazem parte do tratamento*	71 (94,6)	1 (1,3)
O bicarbonato é usado para tratar acidez	35 (46,7)	40 (53,3)
O carbonato de cálcio deve ser usado antes das refeições	55 (73,3)	20 (26,6)
Alterações na alimentação fazem parte do tratamento	69 (92,0)	6 (8%)
Para controlar o fósforo, é necessário controlar a ingestão de proteínas	48 (64,0)	27 (36,0)
O controle do potássio não pode ser feito pela alimentação	36 (48,0)	39 (52,0)
Banana, laranja, cenoura e feijão são alimentos ricos em potássio	60 (80,0)	15 (20,0)
Carne, leite e derivados e chocolate são alimentos ricos em fósforo	36 (48,0)	39 (52,0)

\*Três pacientes não fazem uso de medicamentos e, portanto, não responderam a esta questão

Ao serem indagados sobre os medicamentos incluídos na última prescrição, 56,9% dos pacientes foram capazes de informar tanto o nome como o aprazamento de acordo com a prescrição médica. Ressalte-se que 65,3% responderam corretamente apenas o nome e 59,3% apenas o aprazamento dos medicamentos.

A avaliação final do conhecimento dos pacientes e dos cuidadores sobre a DRC e o tratamento conservador mostrou que 45,4% possuíam conhecimento, porcentagem considerada suficiente, e 54,7% possuíam conhecimento considerado insuficiente (TAB. 3), sendo que a média de acerto das 21 perguntas foi de 13,32 (DP = 3,78), o que corresponde a 63,4% do total.

**TABELA 3 – Conhecimento dos informantes sobre a doença e o tratamento conservador da DRC – Belo Horizonte-MG (n=75)**

Classificação do conhecimento	n	%
Excelente	5	6,7
Bom	9	12,0
Suficiente	20	26,7
Moderado	13	17,3
Insuficiente	28	37,3
<i>Avaliação final do conhecimento</i>		
Conhecimento suficiente	34	45,4
Conhecimento insuficiente	41	54,6

A análise univariada mostrou que o fato de os informantes terem a idade entre 12 e 30 anos foi estatisticamente associado ao conhecimento insuficiente quando comparados com os informantes com mais de 30 anos (OR = 3,08; IC 1,08-8,92).

Para a análise multivariada, foram selecionadas as variáveis que apresentaram um valor de  $p \leq 0,20$ . Assim o fato de o informante ser o próprio paciente, ter entre 12

e 30 anos de idade e o paciente ter menos de cinco anos de permanência no programa fez com que entrassem no modelo. Após o ajuste final, os informantes com a idade entre 12 e 30 anos (OR= 3,44 IC 1,27- 9,28) e o paciente com cinco anos ou menos de permanência no programa (OR= 2,77 IC 1,01- 7,62) foram variáveis estatisticamente associadas a uma chance maior de conhecimento insuficiente por parte do informante (TAB. 5).

**TABELA 4 – Análise univariada das variáveis demográficas e socioeconômicas dos informantes e características do tratamento com o conhecimento insuficiente sobre a DRC e seu tratamento conservador – Belo Horizonte – 2008/2009 (n=75)**

Variáveis	Total	Conhecimento insuficiente n(%)	OR (95% IC)	Valor de p*
<i>Identificação do respondente</i>				
Paciente	27	18 (66,7)	2,17 (0,74-6,53)	0,185
Outro	48	23 (47,9)	1,00	
<i>Local de moradia</i>				
Belo Horizonte	20	13 (65,0)	1,99(0,53-7,62)	0,387
Região Metropolitana de BH	26	14 (53,8)	1,25(0,38-4,14)	0,886
Interior de Minas Gerais	29	14 (48,2)	1,00	
<i>Idade do respondente</i>				
12 – 30 anos	42	28 (66,6)	3,08 (1,08-8,92)	<b>0,033</b>
> 30 anos	33	13 (39,3)	1,00	
<i>Escolaridade do respondente</i>				
< ensino médio	63	35 (55,6)	1,25 (0,31-5,03)	0,969
≥ ensino médio	12	6 (50,0)	1,00	
<i>Renda familiar total</i>				
≤ 3 salários	58	32 (55,1)	1,09 (0,32-3,67)	0,908
> 3 salários	17	9 (52,9)	1,00	
<i>Tempo do paciente no programa</i>				
≤ cinco anos	46	29 (63,0)	2,42 (0,84-7,01)	0,110
> cinco anos	29	12 (41,3)	1,00	
<i>Estágio da DRC</i>				
Estágios 1/2/3	45	26 (57,8)	1,37 (0,49-3,85)	0,670
Estágios 4/5	30	15 (50,0)	1,00	

Nota: OR – Odds Ratio; IC 95%- Intervalo de confiança de 95%;

\*Qui quadrado de Pearson

**TABELA 5 – Modelo final de regressão logística tendo como variável dependente o conhecimento insuficiente dos informantes sobre a DRC e seu tratamento conservador – Belo Horizonte – 2008/2009 (n=75)**

Variáveis	OR	IC (95%)	Valor de p
Idade do informante 12 a 30 anos	3,44	1,27-9,28	0,015
Tempo de permanência no programa ≤ cinco anos no programa	2,77	1,01-7,62	0,047

Nota: Teste de Hosmer e Lemeshow  $p = 1,00$ ; OR – Odds Ratio; IC 95%– Intervalo de confiança de 95%

## DISCUSSÃO

Apesar de em alguns estudos afirmar-se que o conhecimento dos pacientes sobre sua doença e o tratamento não necessariamente melhora a adesão ao tratamento,<sup>17,34,35</sup> em outros mostra-se que o comportamento de adesão de pacientes ao tratamento de doenças, principalmente as crônicas, sofre influências de vários fatores relacionados não somente ao paciente, mas também à doença, ao tratamento, aos serviços de saúde e aos profissionais de saúde.

Tem sido discutido que o conhecimento adequado do paciente sobre a doença e o tratamento poderá funcionar como um fator facilitador de adesão, além de que vem sendo considerado um componente essencial na formulação de estratégias que buscam diminuir a não adesão.<sup>14,36</sup> Em estudo de meta-análise em que foram avaliados 61 ensaios randomizados controlados sobre intervenções utilizadas para melhorar a adesão a terapia medicamentosa, concluiu-se que a associação de intervenções educacionais com as comportamentais tiveram impacto significativo nos resultados de adesão.<sup>37</sup>

Os pacientes que fazem parte desse grupo de estudo foram, em sua maioria, do sexo masculino e portadores de nefrouropatias congênitas, tais como refluxo vesicouretral, válvula de uretra posterior, bexiga neurogênica, aplasia, displasia e hipoplasia renal, consideradas as principais responsáveis pelo acometimento renal. De fato, vários estudos têm apontado que crianças e adolescentes do sexo masculino e os portadores de nefrouropatias são os grupos com maior prevalência de DRC.<sup>6,38</sup>

A concentração de pacientes nos estágios III e IV da DRC também é esperada, pois nessas fases da doença o paciente encontra-se em tratamento conservador e precisa ser acompanhado por especialistas.<sup>3</sup> O fato de que neste estudo a mãe foi a principal informante reforça a ideia de que são elas as principais cuidadoras, principalmente nos casos de filhos doentes.

Os informantes, da mesma forma que a maioria dos pacientes, possuíam escolaridade inferior ao ensino médio.

Embora neste estudo a escolaridade do informante não tenha sido estatisticamente associada ao conhecimento insuficiente, ao contrário do que foi demonstrado em outros estudos, ressalte-se que esse aspecto sempre deverá ser levado em consideração ao buscar-se adequar estratégias de educação.<sup>20,39-41</sup>

Na avaliação do conhecimento, os resultados mostraram que os informantes, em geral, desconheciam o caráter permanente da doença, pois acreditavam que o tratamento poderia levar à cura do problema renal, além de desconhecerem que o tratamento deveria ser feito durante toda a vida.

O resultado de um estudo qualitativo realizado com 14 adultos com DRC em tratamento conservador mostrou que apenas com o tempo os pacientes passaram a compreender que a doença é para sempre e que os medicamentos não podem levar à cura. Acreditavam ainda que, se a informação correta tivesse sido fornecida precocemente, teria havido maior motivação para envolvê-los ativamente nos cuidados.<sup>18</sup>

O fato de a população deste estudo ser de crianças e adolescentes pode constituir uma dificuldade ainda maior dos profissionais em comunicar o diagnóstico aos pais, além da dificuldade dos pais em aceitar tal situação. Deve também ser levado em consideração que o momento do diagnóstico e o início do tratamento estão cercados de dúvidas e incertezas. Dessa forma, as informações fornecidas pelos profissionais devem ser reforçadas constantemente ao longo do tratamento.<sup>42</sup>

Os resultados mostraram que, aproximadamente, metade dos informantes não foi capaz de identificar a hipertensão e o diabetes como causas e como fatores de risco para a progressão da DRC. Resultados melhores foram obtidos em relação ao conhecimento sobre hipertensão como fator de risco, e isso pode ter ocorrido em razão da importância dada à verificação de pressão arterial durante as consultas de controle dos pacientes. A hipertensão e o diabetes, juntamente com as doenças cardiovasculares, são consideradas as mais importantes comorbidades ligadas à DRC na população adulta, sendo o controle das duas condições considerado uma estratégia essencial para prevenir e mesmo evitar a progressão da doença.<sup>43-45</sup>

Embora entre crianças e adolescentes tais patologias não sejam consideradas causa comum de DRC, podem igualmente acelerar a progressão da doença, sendo também imprescindível o seu controle, quando presentes. Deve-se levar em consideração, ainda, que em programas de educação para a saúde, que envolve familiares de portadores de DRC, esse conhecimento reveste-se, ainda, de maior importância tendo em vista a relação de tais patologias com as doenças renais.

Na avaliação do conhecimento sobre os medicamentos, embora apenas um informante não tenha reconhecido o medicamento como parte do tratamento, foi baixo o percentual dos que souberam informar corretamente o nome e o aprazamento das medicações, sendo que a maioria demonstrou conhecer melhor a forma de tomar

o carbonato de cálcio do que a indicação terapêutica do bicarbonato de sódio. Tal desconhecimento pode levar à utilização incorreta desses medicamentos, gerando avaliações inadequadas por parte dos profissionais de saúde sobre o efeito deles, uma vez que podem estar sendo utilizados na dose incorreta.

Tendo em vista o número relativamente grande de medicamentos geralmente prescritos no tratamento conservador, faz-se necessária a avaliação frequente de como estão sendo utilizados, uma vez que apenas a receita com o nome e o aprazamento do medicamento não garantiu que os participantes soubessem dizer corretamente como deveriam ser utilizados.

Orientações feitas por profissionais reforçando a indicação dos medicamentos certamente contribuem para sua utilização correta. Estudos têm comprovado que informações específicas sobre os medicamentos usados por pacientes acometidos por diferentes tipos de doenças crônicas são fundamentais e devem ser feitas pelos profissionais de saúde visando à melhor adesão ao tratamento.<sup>39,46,47</sup>

No caso de adultos infectados com o HIV e dos portadores de DRC, nos estudos de Ceccato *et al.*<sup>39</sup> e Moreira *et al.*,<sup>29</sup> respectivamente, mostrou-se que a maioria dos pacientes soube dizer corretamente o nome dos medicamentos e sua indicação terapêutica. Ambos os autores apontaram para a necessidade da elaboração de programas de educação em saúde que ampliem este conhecimento refletindo em melhor adesão a terapêutica medicamentosa.

No que se refere à dieta, a maioria dos informantes reconheceu como parte do tratamento e demonstrou conhecimento melhor sobre os alimentos ricos em potássio se comparado ao conhecimento sobre os alimentos ricos em fósforo.

Resultados semelhantes foram observados em outro estudo de avaliação do conhecimento sobre a dieta de pacientes adultos em hemodiálise, no qual os autores ponderam que a não existência de uma característica que ajude o paciente a identificar o alimento como rico em potássio ou fósforo pode ser um fator que dificulta essa identificação, principalmente se comparado aos alimentos ricos em sódio, que na maior parte das vezes são salgados<sup>28</sup>. Tal ponderação vem reforçar a necessidade da utilização de estratégias que possam ajudar a relacionar o alimento à restrição indicada, com a utilização de desenhos e materiais mais interativos, principalmente por se tratar de crianças e adolescentes.

Em relação ao conhecimento geral, 54,7% dos informantes apresentaram conhecimento insuficiente sobre a doença e o tratamento. Na análise multivariada, o conhecimento insuficiente foi relacionado à menor idade do respondente e ao menor tempo de permanência no programa. Em relação à idade pode-se observar que, no grupo de 12 a 30 anos, estão os pacientes que foram respondentes (64% do total do grupo), mostrando, assim, um déficit de conhecimento maior entre eles. O tempo

de permanência menor que cinco anos foi associado, significativamente, a um conhecimento insuficiente, apontando para o fato de que, provavelmente, o contato mais prolongado dos pacientes e familiares com os vários profissionais durante as consultas, assim como com outros pacientes além das próprias experiências acumuladas, pode estar sendo a principal forma de aquisição de conhecimentos.

Embora se considere essas formas legítimas para se obter conhecimento, ressalte-se que não devem ser as únicas utilizadas. As duas variáveis aqui apontadas como associadas ao conhecimento insuficiente, embora não sejam passíveis de modificação, podem auxiliar a identificar os pacientes mais susceptíveis ao déficit de conhecimento a fim de incluí-los prioritariamente nos programas de treinamento.

Esses resultados vêm reforçar a necessidade da implementação de estratégias de educação logo no início do tratamento, principalmente considerando-se que, no momento da investigação, 78,7% dos pacientes tinham menos de cinco anos no programa. Tais estratégias devem levar em consideração as características individuais dos pacientes e suas famílias e devem ser reavaliadas frequentemente.<sup>21</sup>

Na realização de atividades educativas, outro ponto relevante a considerar é o fato de que a informação por si só não garante o aprendizado e que a forma como se processa a comunicação entre o profissional e o paciente será decisiva na assimilação do conhecimento, principalmente considerando-se que a população de pacientes deste estudo foi constituída de crianças e adolescentes. Oliveira *et al.*,<sup>48</sup> em estudo no qual avaliou o padrão de comunicação entre médicos e adolescentes portadores de doença crônica, reforça tais questões ao apontar para a necessidade de levar o paciente a uma posição de comunicante, evitando que permaneça como mero expectador da relação e da comunicação entre a mãe e o médico, o que poderia comprometer a adesão do paciente ao tratamento, bem como seu desenvolvimento psicológico.

Outro aspecto a ser ressaltado é a importância da atuação de equipes multidisciplinares para o atendimento dos doentes renais crônicos, a exemplo do que ocorre no serviço onde se realizou esta investigação e que vem sendo também apontado em outros estudos.<sup>49</sup> A formação de tais equipes é indispensável na busca de um atendimento que promova a qualidade de vida, a educação, a proteção e a recuperação da saúde nesses pacientes conforme proposto pela Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (2004).<sup>50</sup>

Os resultados aqui apresentados mostraram pior desempenho dos participantes deste estudo se comparado a outros. No entanto, deve-se considerar com reservas as comparações aqui feitas dado o fato de serem populações diferentes em várias características e da utilização de diferentes metodologias de avaliação. O que nos parece claro, mesmo considerando tais diferenças, é o fato de este e de outros estudos terem apontado para a necessidade de maiores esforços por

parte dos profissionais na implementação de estratégias que venham realmente capacitar pacientes e familiares no conhecimento da doença e do tratamento.

## CONCLUSÃO

Constatou-se, neste estudo, um conhecimento insuficiente pela maior parte dos participantes, principalmente entre os mais jovens e com menor tempo de permanência

no programa. Isso sugere a necessidade de reavaliação das estratégias utilizadas nas atividades educativas tornando-as mais adequadas à idade e ao desenvolvimento cognitivo de cada paciente e das experiências que acumularam ao longo da vida. Propostas de atividades que envolvam a participação ativa dos doentes e dos familiares poderia contribuir para torná-los construtores do próprio conhecimento e, conseqüentemente, levá-los à melhor adesão ao tratamento.

## REFERÊNCIAS

1. Draibe AS, Cendoroglo M. Tratamento conservador da insuficiência renal crônica. *Diagn Tratamento*. 2001; 6(2):17-23.
2. Bastos MG, Carmo WB, Abrita RR, Almeida EC, Mafra D, Costa DMN, et al. Doença renal crônica: problemas e soluções. *J Bras Nefrol*. 2004; 26(4):202-15.
3. Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz, AT, Levin A, Steffes MW, et al. National kidney foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Ann Intern Med*. 2003; 139(2):137-49.
4. Schoolwerth AC, Engelgau MM, Hostetter TH. A public health action plan is needed for chronic kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2005; 12(4):418-23.
5. Rigden SP. The management of chronic and end stage renal failure in children. In: Webb N, Postlewhite R. *Clinical Pediatric Nephrologic*. 3ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2003. p. 427-46.
6. Ardissimo G, Daccò V, Testa S, Bonaudo R, Claris-Appiani A, Taioli E, et al. Epidemiology of chronic renal failure in children: data from the Italkid project. *Pediatrics*. 2003; 111(4):382-7.
7. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Amostragem dos centros de diálise do Brasil Censo da SBN Jan/2007. [Citado 2008 out. 01]. Disponível em: [www.sbn.org.br/Censo/2007/SBN\\_Censo\\_Dialise\\_2007.doc](http://www.sbn.org.br/Censo/2007/SBN_Censo_Dialise_2007.doc).
8. Sdepanian VL, Morais MB, Fagundes-Neto U. Doença celíaca: avaliação da obediência à dieta isenta de glúten e do conhecimento da doença pelos pacientes cadastrados na Associação dos Celíacos do Brasil (ACELBRA). *Arq Gastroenterol*. 2001; 38(4):232-9.
9. Cuspidi C, Sampieri L, Macca G, Michev I, Fusi V, Salerno M, Severgnini B, Rocanova JL, Leonneti G, Zanchetti A. Improvement of patients' knowledge by a single educational meeting on hypertension. *J Hum Hypertens*. 2001; 15:57-61.
10. Costa VP, Spaeth GL, Smith M., Uddoh C, Vasconcellos JPC, Kara-José N. Patient education in glaucoma: what do patients know about glaucoma? *Arq Bras Oftalmol*. 2006; 69(6):923-7.
11. Linda B, Janz N. Effect of a teaching program on knowledge and compliance of cardiac patients. *Nurs Res*. 1979; 28:282-6.
12. Peck C, Hungler BP. Increasing patient compliance with prescriptions. *JAMA*. 1982; 248:2874-7.
13. Chan YM, Molassiotis A. The relationship between diabetes knowledge and compliance among Chinese with non-insulin dependent diabetes mellitus in Hong-Kong. *J Adv Nurs*. 1999; 30(2):431-8.
14. Lee S, Molassiotis A. Dietary and fluid compliance in Chinese hemodialysis patients. *Int J Nurs Stud*. 2002; 39(7):695-704.
15. Constantini L. Compliance, adherence, and self-management: Is a paradigm shift possible for chronic kidney disease clients? *J CANNT*. 2006; 16(4):22-6.
16. Richard CJ. Self-Care Management in Adults Undergoing Hemodialysis. *Nephrol Nurs J*. 2006; 33(4):387-95.
17. Sevvick MA, Trauth JM, Ling BS, Anderson RT, Piatt GA, Kilbourne AM, Goodman RM. Patients with complex chronic diseases: perspectives on supporting self-management. *J Gen Intern Med*. 2007; 22(Suppl 3):438-44.
18. Constantini L, Beanlands H, McCay E, Cattran D, Hladunewich, M, Francis D. The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. *Nephrol Nurs J*. 2008; 35(2):147-55.
19. Arend IJM, Stolk RP, Ruttent GEHM, Schrijvers GJP. Education integrated into structured general practice care for Type 2 diabetic patients results in sustained improvement of disease knowledge and self-care. *Diabet Med*. 2000; 17:190-7.
20. Murata GH, Shah JH, Adam KD, Wendel CS, Bokhari SU, Solvas PA, Hoffman RM, Duckworth WC. Factors affecting diabetes knowledge in type 2 diabetic veterans. *Diabetologia*. 2003; 46(8):1170-8.
21. Pace AE, Ochoa-Vigo K, Caliri MHL, Fernandes APM. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. *Rev Latinoam Enferm*. 2006; 14(5):728-34.
22. Carvalho CV, Duarte DB, Merchán-Hamann E, Bicudo E, Laguardia J. Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, DF, 1999-2000. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(2):593-604.
23. Conway, B. The role of adherence to antiretroviral therapy in management of HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007; 45 [Suppl.1]:14-18.
24. Colombri MR, Coleta MF, Lopes MH. Risk factors for non-compliance to treatment with highly effective antiretroviral therapy 1. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(3):490-5.
25. Mensing C, Boucher J, Cypress M. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*. 2002; 25[Suppl.1]:140-7.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids Brasília-DF 2008 Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Manuais n. 84, Brasília-DF; 2008.

27. Devins MG, Binik MY, Mandin H, Letourneau PK, Hollomby JD, Barre EP, et al. The kidney disease questionnaire: a test for measuring patient knowledge about end-stage renal disease. *J Clin Epidemiol.* 1990; 43(3):297-307.
28. Durose CL, Holdsworth M, Watson V, Przgrodzka F. Knowledge of dietary restrictions and the medical consequences of noncompliance by patients on hemodialysis are not predictive of dietary compliance. *J Am Diet Assoc.* 2004; 104:35-41.
29. Moreira LB, Fernandes PFCBC, Monte S, Galvão RIM, Martins AMC. Conhecimento sobre o tratamento farmacológico em pacientes com doença renal crônica. *RBCF, Rev Bras Ciênc Farm.* 2008; 44(2):315-25.
30. Fernandes RAF, Viana MB. A condição sócio-econômica como fator prognóstico na recidiva da leucemia linfoblástica da criança [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 1996.
31. Bonolo PF. Terapia anti-retroviral em indivíduos vivendo com HIV/AIDS, Belo Horizonte, 2001-2003: o desafio da adesão [tese]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
32. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Júnior D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2003; 81(4):343-8.
33. Costa DMN, Gonçalves JA, Oliveira LA, Santos FR, Paula RB. Doença renal crônica: problemas e soluções. *J Bras Neurol.* 2004; 26(4):202-15.
34. Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr.* 2005; 82:222-5.
35. Sharps MJ, Martin SS. Mindless decision making as a failure of contextual reasoning. *J Psychol.* 2002; 27:272-82.
36. Kammerer J, Garry G, Hartigan M, Carter B, Erlich L. Adherence in patients on dialysis: strategies for success. *Nephrol Nurs J.* 2008; 34(5):479-87.
37. Peterson AM, Takiya L, Finley YR. Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence. *Am J Health Syst Pharm.* 2003; 60(1):657-65.
38. Warady BA, Chada V. Chronic kidney disease in children: the global perspective. *Pediatr Nephrol.* 2007; 22:1999-2009.
39. Ceccato MGB, Acurio FA, Bonolo PF, Rocha GM, Guimarães MCD. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(5):1388-97.
40. Wolf SM, Davis CT, Osborn CY, Skripkauskas S, Bennett CL, Makoul G. Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. *Patient Educ Counsel.* 2007; 65:253-60.
41. Waite KR, Orlow-Paasche M, Rintamaki LS, Davis TC, Wolf MS. Literacy, social stigma, and HIV medication adherence. *J Gen Intern Med.* 2008; 19:1367-72.
42. Françoso LPC, Valle ERM. A criança com câncer-estudo preliminar. *Pediatr Mod.* 1999; 35(5):320-31.
43. Zabetakis PM, Nissenson AR. Complications of chronic renal insufficiency: beyond cardiovascular disease. *Am J Kidney Dis.* 2000; 36 (Suppl 3):S31-8.
44. Alebiosu CO, Ayodele OE. The global burden of chronic kidney disease and the way forward. *Ethn Dis.* 2005; 15(3):418-23.
45. Mezzano AS, Aros CE. Enfermedad renal crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de renoprotección. *Rev Méd Chile.* 2005; 133(3):338-48.
46. Silva T, Shenkel EP, Mengue SS. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. *Cad Saúde Pública.* 2000; 16(2):499-55.
47. Vasquez EM, Tanzi M, Benedetti E, Pollak R. Medication compliance after kidney transplantation. *Am J Health Syst Pharm.* 2003; 60(30):266-9.
48. Oliveira VZ, Gomes WB. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estud Psicol.* 2004; 9(3):459-69.
49. Compton A, Provenzano R, Jonson CA. The Nephrology Nurse's Role in Improved Care of Patients with Chronic Kidney Disease. *Nephrol Nurs J.* 2002; 29(4):331-6.
50. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº1168, de 15 de junho de 2004. Intitui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Diário Oficial da União 17 junho 2004. Brasília; 2004.

Data de submissão: 4/11/2009

Data de aprovação: 30/6/2010