

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DIALÍTICO E DIETÉTICO  
EM PACIENTES PORTADORES DE  
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

ELLEN MARCIA PERES

FLORIANÓPOLIS

1989

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM - ÁREA SAÚDE DO ADULTO

D I S S E R T A Ç Ã O

**TÍTULO:** ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DIALÍTICO E DIETÉTICO EM  
PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔ-  
NICA

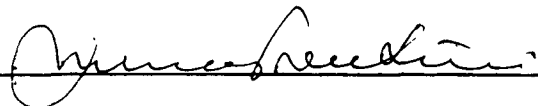
Submetida à Banca Examinadora para obtenção  
do Grau de

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

POR

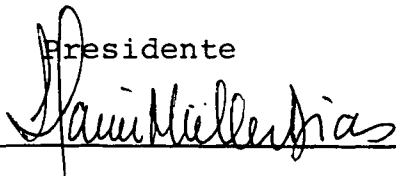
**ELLEN MÁRCIA PERES**

Aprovada em 07/12/89



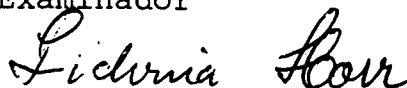
Dra. Mercedes Trentini

Presidente



Dra. Lygia Paim Müller Dias

Examinador



Dra. Lidvina Horr

Examinador

ORIENTADORA: Dra. Mercedes Trentini

CO-ORIENTADORA (ASSUNTOS ESTATÍSTICOS):

Mestre Silvia Nassar Modesto

Dedico este trabalho  
aos meus pais e minhas irmãs  
pelo carinho que me deram.

Ao meu filho Raphael e  
ao meu marido, amigo e companheiro Ricardo,  
pela compreensão e apoio.  
A Arlete, amiga e também companheira de  
muitos anos.

---

AGRADECIMENTOS

---

Meu muito obrigado aos pacientes que participaram deste estudo, pois sem eles não seria possível realizá-lo.

A todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente na realização deste, especialmente aos docentes do Curso de Mestrado em Enfermagem de Santa Catarina.

A Professora Dra. Mercedes Trentini pela orientação, apoio e estímulo, possibilitando a elaboração deste estudo.

A Mestre Silvia Nassar Modesto, pela dedicação e boa vontade prestada não só no que se refere ao tratamento estatístico dos dados, como também pela sua amizade.

A Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ - que me concedeu licença para realização do Curso de Mestrado em Santa Catarina, embora estivesse há pouco tempo na Universidade.

Ao Hospital Universitário Gaffrêe e Guinle, da Universidade do Rio de Janeiro - UNI-RIO, pela liberação concedida para que cursasse o Mestrado em Santa Catarina, em especial aos enfermeiros e enfermeiras companheiros de trabalho.

As equipes de diálise dos Centros onde foi desenvol<sub>u</sub>vido o presente estudo (Hospital Celso Ramos - Florianópolis, Hospital Lazarotto, Hospital Petrópolis e Santa Casa de Misericórdia - Porto Alegre). Meu obrigado para enfermeira Sale<sub>te</sub> do Hospital Lazarotto - Clinirim, pela disponibilidade e atenção conferida a mim.

A Rosa Maria P. Martins pela atenção, paciência e disponibilidade no encaminhamento das questões administrativas.

Agradeço também a CAPES e ao CNPq pela contribuição financeira proporcionada durante o curso.

## SUMÁRIO

CAPÍTULO	página
I INTRODUÇÃO -----	1
Definição de Termos -----	16
II REVISÃO DE LITERATURA	
Estudos sobre aderência -----	20
Estudos sobre locus de controle -----	53
III METODOLOGIA	
3.1 - Instrumento para coleta de dados -----	78
3.1.1 - Questionário para medir aderência	78
3.1.2 - Critérios para medir aderência --	79
3.2 - Escala para medir Locus de Controle -----	80
3.2.1 - Critérios para classificar o "lo-	
cus de controle" -----	84
3.2.2 - Validade da tradução -----	86
3.2.3 - Validade aparente e de conteúdo--	88
3.2.4 - Confiabilidade -----	89
3.3 - Estudo-Piloto -----	90
3.4 - Procedimentos para obter informações ----	91
3.5 - Procedimentos para análise dos dados ----	92
IV APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E IMPLI	
CAÇÕES	
4.1 - Caracterização da amostra -----	93
4.2 - Resultados referentes a aderência ao tra-	
tamento dialítico e dietético -----	97

CAPÍTULO	página
4.2.1 - Aderência à restrição de alimentos ricos em potássio -----	97
4.2.2 - Aderência à restrição de líquidos e de sódio -----	104
4.3 - Resultados referentes ao locus de controle -----	110
4.4 - Resultados referentes a hipóteses -----	114
V LIMITAÇÕES, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	
Limitações -----	124
Conclusões -----	125
Recomendações -----	125
VI REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	128
ANEXOS	
1. Solicitação para coleta de dados -----	136
2. Administração da Escala MHLC adaptada e contagem dos escores -----	137
3. Escala Multidimensional de "Locus de Controle" de Saúde - MHLC (traduzida do original de Wallston et alii, 1978) -----	139
4. Solicitação para leitura e julgamento dos itens da tradução da escala -----	144
5. Resultado da validade da tradução dos itens do MHLC (Wallston et alii, 1978) -----	146
6. Redação final dos itens do MHLC após a sugestão dos validadores - Validade de Tradução--	147



ANEXOS	página
7. Resultado da validação aparente e de conteúdo -----	149
8. Solicitação para validação aparente e de conteúdo -----	150
9. Escala Multidimensional de "Locus de Controle" de saúde - Adaptada para o paciente com insuficiência renal crônica em tratamento dialítico (Adaptada por Ellen Marcia Peres)	152
10. Formulário para caracterização da amostra--	158

## LISTA DE TABELAS

TABELA	página
1. Distribuição dos pacientes, segundo a idade. Porto Alegre, outubro, 1987 -----	94
2. Distribuição dos pacientes segundo a escolaridade. Porto Alegre, outubro, 1987 -----	96
3. Resumo do teste t de Student referente a aderência à dieta com restrição ao potássio e tempo de tratamento. Porto Alegre, outubro, 1987 -----	102
4. Resumo do teste t de Student referente a aderência à dieta com restrição ao potássio versus estado civil e sexo. Porto Alegre, outubro, 1987--	102
5. Resumo da análise de variância referente a aderência à dieta com restrição ao potássio segundo a escolaridade. Porto Alegre, outubro, 1987 ----	103
6. Resumo do teste t de Student referente a aderência à restrição hídrica e tempo de tratamento. Porto Alegre, outubro, 1987 -----	106
7. Resumo do teste t de Student referente a aderência à restrição hídrica e sódica versus sexo e estado civil. Porto Alegre, outubro, 1987 -----	107
8. Resumo da análise de variância referente a aderência à restrição hídrica e sódica segundo a escolaridade. Porto Alegre, outubro, 1987 -----	107

TABELA	página
9. Resumo da análise de variância referente a locus de controle versus escolaridade. Porto Alegre, outubro, 1987 -----	112
10. Resumo dos testes múltiplos de Tukey e Scheffé referente a diferença de escore para locus de controle e escolaridade. Porto Alegre, outubro, 1987 -----	113
11. Resumo do teste t de Student referente a aderência à dieta com restrição ao potássio e locus de controle. Porto Alegre, outubro, 1987 -----	116
12. Resumo do teste t de Student referente a aderência hídrica e sódica versus locus de controle. Porto Alegre, outubro, 1987 -----	118

## R E S U M O

A finalidade deste estudo foi estudar a aderência ao tratamento dialítico e dietético do paciente com insuficiência renal crônica associada ao locus de controle. O conceito de locus de controle de Rotter e aderência constituíram o marco teórico.

A amostra consistiu de 107 pacientes com insuficiência renal em hemodiálise pertencentes a quatro centros de diálise, sendo um em Florianópolis - SC e três em Porto Alegre - RS. O instrumental para coleta de dados foi um formulário para aderência e uma escala para locus de controle. Os dados foram coletados em duas etapas: nos meses de abril, maio e junho de 1987, dados sobre locus de controle e no mês de julho do mesmo ano, dados sobre aderência ao tratamento referente aos meses citados.

O teste "t" de Student, análise de variância, testes de Tukey e Scheffé, além da estatística descritiva foram utilizados para análise dos dados e os resultados obtidos demonstraram que a maioria dos participantes do estudo: 1) eram aderentes à dieta com restrição de alimentos ricos em potássio; 2) não eram aderentes à restrição de líquidos e sódio; 3) tinham locus de controle externo. Foi demonstrado também que, os respondentes com locus de controle interno eram mais aderentes à restrição de líquidos e sódio do que os respondentes com locus de controle externo; não houve diferença

estatisticamente significativa entre informantes com locus de controle externo no que se refere a aderência à dieta com restrição de alimentos ricos em potássio.

Concluindo, face aos resultados e as limitações, este estudo não permitiu confirmar a associação entre aderência ao tratamento dialítico e dietético e locus de controle interno.

## ABSTRACT

The proposal of this paper was to study the compliance to the dialytic and dietic treatment on Chronic Renal Insuficiency associated to control locus. Rotter's control locus concept and adherence to it constituted the framework.

The sample was of 107 patients with renal insuficiency in hemodialysis process of four dialysis centers, one of them in Florianopolis, SC and three in Porto Alegre, RS. The instruments for data collecting was a sheet of adherence and a schedule for locus control. The data were collected in two parts: in April, May and June/1987 data for locus control and in July in the same year, data about joining to the treatment referred to these months.

Student's test "t", Variance analysis, Tukey and Scheffé's test, besides descriptive statistics have been used for data analysis and the results proved that the majority of the participants of the study: 1) were adepthers to the diet with restriction of Kallium-rich food; 2) were not adepthers to the restriction of liquids and Na; 3) had external quality locus. It was also demonstrated that the internal locus answerers were more adepthed to restriction of liquids and Na than the external control locus answeres; there wasn't any difference statistically significant among the informers on both internal and external control locus referring to joinness of Kallium-rich food diet.

It has been concluded, in face of the results and to the limitations, that this study hasn't allowed to confirm the association between dialytic and dietic treatment joint and internal control locus.

## CAPÍTULO I

### INTRODUÇÃO

A finalidade deste trabalho é estudar o paciente portador de insuficiência renal crônica quanto a aderência ao tratamento dialítico e dietético e locus de controle.

Sob o enfoque da Epidemiologia, a insuficiência renal crônica é um problema de saúde que afeta grande número de pessoas em todas as faixas etárias de ambos os sexos com prevalência na idade adulta. Em 1985, a população brasileira em tratamento dialítico era da ordem de oito mil pacientes (dados fornecidos pela Sociedade Brasileira de Nefrologia e publicados no Jornal Brasileiro de Nefrologia).

Sob o enfoque clínico, para Brunner & Suddarth (1980) e Beland & Passos (1989), a IRC é uma deterioração da função renal que se desenvolve lentamente, e fatalmente termina em uremia (excesso de uréia e de outros restos nitrogenados no sangue), resultando em desequilíbrio hidroeletrolítico, que por sua vez, desencadeia sérios problemas de ordem cardiovascular, gastrointestinal e hemopoiética, bem como distúrbio no sistema nervoso central e no aparelho locomotor. As manifestações que acompanham a IRC, variam qualitativamente e quantitativamente à medida que a doença avança e de acordo com o comportamento de cada paciente em relação ao tratamento dialítico e dietético.

Para as autoras em citação, as manifestações clínicas



da IRC no início são: cansaço, fraqueza muscular, anorexia, náuseas, vômitos, maior suscetibilidade à infecção e cicatrização demorada. Nos estágios mais avançados, o hálito do paciente caracteriza-se por odor amoniacal, que prejudica o seu paladar e surgem também ao longo do trato gastrointestinal, ulcerações.

Ao paciente portador de IRC, são oferecidas duas alternativas para preservar-lhe a vida: ou faz transplante renal ou submete-se a um tratamento dialítico continuado. Este por sua vez, compreende duas modalidades: a diálise peritoneal e a hemodiálise. A diálise peritoneal por conseguinte, pode ser empreendida de duas maneiras, a depender da condição clínica de cada paciente: a diálise peritoneal intermitente (DPI) e a diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD). No Brasil, a maioria dos pacientes, é submetida à hemodiálise ambulatorial em regime de três vezes por semana, com duração de três a quatro horas cada sessão de diálise.

A hemodiálise como terapêutica alternativa para o paciente com insuficiência renal crônica capaz de mantê-lo vivo, é um método que consiste na filtração das impurezas do sangue através de um rim artificial cujo princípio básico é a circulação extra-corpórea, cumprindo a finalidade de proporcionar deste modo, o equilíbrio hidroeletrólítico. Entretanto a manutenção deste equilíbrio, não é apenas resultado da filtração feita por este rim artificial, é também resultante do comportamento de aderência ao tratamento dialítico e dietético adotado pelo paciente com insuficiência renal crônica.

No início dos anos setenta, a hemodiálise começou a ser implementada no Brasil e com isso os pacientes portadores de insuficiência renal crônica estavam diante de uma alternativa terapêutica viável e de acordo com Borges (1986), concretas expectativas de recuperação para esses pacientes começaram ser proporcionadas. Kopstein (1970), ao defender a hemodiálise como alternativa terapêutica a ser adotada em nosso meio, chama atenção para as complicações advindas deste tratamento enumerando e destacando as que se seguem: 1) Problemas técnicos, onde as mais importantes dificuldades, em relação ao equipamento empregado, são as que ocorrem na dependência do funcionamento das cânulas, resultando em obstruções agudas ou cronicamente progressivas do sistema, bem como as infecções que requerem atenção da equipe de hemodiálise. 2) Síndrome de desequilíbrio, que costuma ocorrer na maioria das vezes como consequência do uso intempestivo da hemodiálise em pacientes muito urêmicos; 3) Anemia, classicamente descrita como do tipo normocrômico e normocítico, portanto irresponsiva ao tratamento com ferro; 4) Doenças ósseas e distúrbios do metabolismo do cálcio e fósforo, de causa ainda não bem esclarecida costuma ocorrer também em urêmicos não dialisados e o quadro clínico se compõe por manifestações do tipo falta de força muscular, dores ósseas e articulares, conjuntivite, fraturas patológicas e até mesmo colapso de certos ossos; 5) Hipertensão arterial e as complicações dela decorrentes, encontram-se entre os problemas mais graves que costumam surgir nos pacientes renais crônicos já que decorrem primariamente do mau

controle hidrossalino com sobrecarga conseqüente, entretanto, o adequado entendimento deste aspecto e seu manuseio apropriado tem permitido uma redução dramática do uso de medicação anti-hipertensiva desde que haja constante cooperação por parte dos pacientes em restringir a ingesta de sódio e água; 6) Neuropatia periférica que a rigor não deveria ser considerada como uma complicação decorrente da hemodiálise, mas sim da própria uremia apresentada por um paciente mantido vivo pelos métodos de substituição da função renal e que evoluiria o seu curso natural em conseqüência de uma diálise inadequada.

Embora o autor em citação enumere outras complicações da hemodiálise além destas que foram mencionadas, cita ainda os distúrbios psicológicos. Para Kopstein (1970), os distúrbios psicológicos como complicações da hemodiálise, devem-se a duas origens distintas: uma delas é a uremia propriamente dita a qual é sabidamente capaz de trazer distúrbios na esfera emocional como resultado dos desarranjos metabólicos que a caracterizam e a outra, é o resultado da criação de uma estrutura inteiramente nova, totalmente diferente de tudo aquilo que o paciente já viu e da qual ele passa a depender inteiramente. Esta última, obviamente, está em íntima relação com a natureza da personalidade do urêmico. Enquanto a primeira, tem seus efeitos aparentes até os primeiros dias da aplicação do método e obviamente regride logo, a segunda se faz sentir mais adiante, justamente com a melhora do sensório e como resultado do choque conseqüente despertado pela dependência criada em relação à máquina hemodialisadora. Os problemas psi

cológicos mais comumente encontrados são, as reações de depressão geradas principalmente pelo temor de um futuro incerto; complicações com a cânula; distúrbios conjugais; impotência sexual e a já mencionada e difícil relação de dependência criada além de surtos psicóticos.

Também para Sausville (1980), a IRC provoca outras manifestações além das de ordem fisiológica, os pacientes renais crônicos apresentam problemas psicológicos e sociais, tais como: preocupação com a alteração da imagem corporal (eu físico), sentimentos de perda, culpa, baixo amor-próprio, impotência para agir, ansiedade e freqüentes hospitalizações, formando-se um ciclo de estresse e ansiedade. Além destes, existem outros, como dependência não-funcional (inabilidade de satisfazer suas próprias necessidades) ou incapacidade de tomar decisões próprias.

No quadro das manifestações de ordem psicológica, Anger (1975) coloca o estresse psicológico do paciente renal crônico, quando em hemodiálise prolongada, como um sério problema, que assume características próprias em cada fase da doença. No início, há o estresse pela conscientização de que a doença não tem cura, e a resposta a esta situação é o choque acompanhado de sentimento de descrença. O paciente passa então a sentir alterações na imagem corporal e na auto-imagem, pelo fato de viver numa condição de doente. As fístulas num dos membros lembram-lhe sempre do estado de dependência. Começa o emagrecimento e a perda da cor natural da pele. A máquina dialisadora é incorporada à sua auto-imagem e sem ela

não pode sobreviver. A ameaça à segurança financeira é outro problema a ser enfrentado pelo paciente e sua família, sendo proveniente da perda do emprego ou da diminuição do salário.

O segundo estresse, ainda na concepção de Anger (1975), vem do tratamento, pois surge o conflito entre a dependência e a independência. Por exemplo: espera-se do doente cooperação no regime de tratamento, isto é, que mesmo dependente da máquina, seja independente no sentido de continuar trabalhando, desenvolvendo suas obrigações familiares e levando a vida o mais normalmente possível. Os sintomas que ele manifesta são: desamparo e confusão. Face a estes, pode responder de várias formas: ou seguir o tratamento e viver de maneira ativa e produtiva, ou tornar-se excessivamente dependente e até rebelde, recusando o tratamento.

O terceiro estresse é decorrente da frustração das necessidades básicas, como alimentação e recreação. O paciente em diálise deve seguir uma dieta rígida, devido à natureza da doença, o que representa uma fonte de frustração. Para muitos, comer significa conforto, segurança, gratificação e recreação. Ainda como sintomas apresentados pelos pacientes com IRC em diálise, o autor ressalta: medo de acidentes durante a diálise; sentimentos de desesperança e abandono; medo da morte e, o mecanismo de defesa mais comum, é a negação.

Sobre manifestações de ordem psicológica em diferentes fases da doença, Reischsman & Levy (1972) identificaram três estágios distintos de adaptação psicológica. Ao primeiro estágio denominaram "lua-de-mel", sendo este caracterizado

por melhora física e emocional, pois enfrenta a tudo com otimismo, onde a maioria aceitou a dependência mais facilmente e com gratidão em relação à equipe. Esta fase iniciou-se entre uma e três semanas após a primeira sessão de hemodiálise, tendo durado de seis semanas a seis meses e as manifestações mais comuns referidas foram: ansiedade durante a hemodiálise, por receio de alguma falha mecânica e a insônia.

O segundo estágio identificado foi denominado "período de desencantamento" e teve duração de três a doze meses a partir da "lua de mel". Nesta fase, predominaram sentimentos de tristeza e desesperança além das complicações físicas, tais como coagulação nas fístulas arterio-venosas, sangramento, espasmos arteriais ou venosos nas fístulas durante a hemodiálise, ressaltando-se ainda o conflito entre dependência e independência. O terceiro estágio foi denominado "período de adaptação a longo prazo" e caracterizou-se pela aceitação das limitações, bem como das complicações da hemodiálise. Embora os pacientes continuassem apresentando complicações, referiam sentimento de bem-estar físico e emocional e a maioria se adaptou à sua condição de vida e tal adaptação quase sempre esteve associada à execução de algum trabalho importante ou, então, ao fato de, mesmo inativo e incapaz de produzir, o paciente ter sido aceito por outras pessoas.

Tanto Reischsman & Levy (1972) como Anger (1975), identificaram mecanismos de defesa e salientaram ter sido a negação o mais comum. Afirmam que a negação ajudou na adaptação e protegeu os pacientes de sentimentos de desamparo, mas

indicam por outro lado, que a negação pode impedir a aderência à dieta e, inclusive, à hemodiálise. Para Romão & Kakehashi (1988), o paciente deve entender perfeitamente desde o início do programa que sua negligência ou não aderência ao tratamento em termos de dieta e medicação lhe trará graves consequências.

Seguir corretamente a terapêutica proposta, para Dra cup e Meleis (1982) significa aderência e conforme opinião das mesmas esta é uma questão central ao cuidado de saúde, porém devido a sua própria natureza permanece problemático tanto para aqueles que recebem os cuidados de saúde, quando para aqueles que prestam cuidados de saúde. Portanto, para as autoras em citação, negligência ao tratamento ou não aderência ao tratamento terapêutico constitui um problema a ser amplamente estudado, exigindo envolvimento multidisciplinar (Medicina, Enfermagem, Psicologia e outras) já que poucos investigadores oferecem solução ao fenômeno. Estudos devem ser conduzidos no sentido de identificar os determinantes de negligência ou não aderência bem como na indicação de soluções resolutivas para o problema.

A idéia da não-aderência não é nova. Hipócrates afirmou em seus escritos que, o médico deveria manter-se consciente e atento ao fato de que os pacientes com frequência mentem ao afirmarem que tomam seus remédios (Sachett & Haynes, 1976). Esta idéia é também referida por Klopovich & Trueworthy (1985), ao estudarem a aderência a regimes de quimioterapia entre crianças com câncer, onde estes afirmaram que nem mesmo o diag -

nóstico de uma doença fatal como o câncer, exclui os pacientes deste comportamento (mentir acerca do tratamento), como tam bém não assegura ou garante a aderência destes à terapêutica.

Para Arakeliam (1980), uma das mais desafiadoras preocupações em Enfermagem Clínica, são os comportamentos de ade rência ao regime terapêutico. Os comportamentos de aderência podem ser convenientemente caracterizados por três erres - Re lutância, Re atância e Re cidivismo. Pacientes relutantes, são provavelmente aqueles não muito interessados em se mostrarem disponíveis ao tratamento terapêutico; pacientes com comporta mento de reatância, são aqueles que apresentam recusa direta e obstinada em cooperar, enquanto recidivismo, refere-se ao comportamento de retrocesso do paciente, que embora tenham inicialmente resultados positivos de saúde, são incapazes de manter seus esforços por período prolongado. A classificação proposta pela autora em categorias para o comportamento de não aderência ao regime terapêutico dos pacientes traduz a magnitude e complexidade do fenômeno, ao mesmo tempo que constitui um amplo campo de estudo para o enfermeiro.

Aderência está definido no Dicionário da Língua Portuguesa por Ferreira (1975) como junção, ligação, união, adesão entre dois corpos e na área de assistência a saúde, este ter mo tem sido adotado para significar o grau de coincidência en tre a prescrição e o tratamento seguido pelo paciente. A ade rência ao tratamento dialítico e dietético do paciente renal crônico tem sido estudada sob diferentes aspectos, evidencian do assim a complexidade do problema e o envolvimento de di



versos profissionais da área da saúde. Estudos para identificar relação entre dimensões do Health Belief Model (HBM) e aderência ao tratamento dialítico e dietético dos pacientes renais crônicos foram conduzidos por Hartman et alii (1978), Yanitski (1983), assim como Wenerowicz (1978) e Blackburn (1977) estudaram a aderência em relação ao locus de controle. Fatores psicológicos capazes de influenciar as habilidades de enfrentar problemas de diálise e a relação destes com a aderência constituem outro enfoque de problema, estudado por Schebusch & Levin (1981), assim como presença do suporte social primário (família) e do suporte social secundário (equipe de diálise) influenciando na aderência ao tratamento dialítico e dietético dos pacientes com IRC, foi outro aspecto estudado por O'Brien (1980).

Em nosso país, foram identificados dois estudos sobre aderência ao tratamento da hipertensão arterial conduzidos por Giorgi & Mion Junior (1984) no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e por Oigman et alii (1977) no Hospital das Clínicas da UERJ. A aderência ao tratamento da hipertensão arterial em ambos foi estudada em termos do comparecimento às consultas médicas agendadas no ambulatório dos referidos hospitais e entendido o abandono ao tratamento como comportamento de não aderência ao mesmo. Entre os fatores apontados como responsáveis pela evasão (não-aderência), entre outros, na conclusão dos autores foram: não compreensão da importância terapêutica; não entendimento das instruções; drogas múltiplas; efeitos colaterais; paladar desagradável; tem

po longo de espera para consulta e custo da medicação.

De acordo com Arakeliam (1980), Dracup & Meleis (1982), Schlebush & Levin (1981), a aderência tem relação com fatores psicológicos, porém os problemas de aderência são altamente complexos e não podem ser reduzidos a uma explicação única. Entre outros, o conceito psicológico de Rotter (1966), tem sido utilizado no estudo da aderência ao regime terapêutico, e para Arakeliam (1980), locus de controle oferece discernimento valioso e um modo disponível para o problema de aderência a regimes terapêuticos.

O conceito de locus de controle foi desenvolvido por Rotter (1966), com base em sua teoria de aprendizagem social (1954), a qual sugere que quando o comportamento do indivíduo é seguido pelo resultado esperado, aumenta a expectativa (locus de controle) de que o reforço (recompensa) se ache ligado àquele comportamento. Paralelamente, reforços (recompensas) não ligados ao esforço individual resultam na expectativa (locus de controle) de que os reforços ou recompensas não são dependentes do próprio comportamento, mas dependem de uma força externa.

Dela Coleta (1982) define locus de controle, como um construto que pretende explicar a percepção das pessoas a respeito da fonte de controle dos eventos. Quando a fonte de controle é percebida pelo sujeito como própria, o locus de controle é interno e quando a fonte de controle é percebida pelo sujeito como pertencente a algum elemento fora de si, o locus de controle é externo. Para o autor, de acordo com este cons

truto, as pessoas tenderiam a perceber o exercício do controle sobre as ocorrências do mundo, de modo geral como, num extremo, dependentes de suas próprias capacidades ou esforços e no outro extremo, como dependentes de outras pessoas, de entidades ou do acaso, isto é, todas fora do seu próprio controle. Deste modo, os indivíduos posicionar-se-iam a respeito do locus de controle em um contínuo, que variaria desde a internalidade extrema até a externalidade total.

De acordo com Seligman (1977), esta percepção de controle da ação pelo sujeito tem influências marcantes na aprendizagem, no desempenho e na própria fisiologia do corpo humano, podendo a percepção da perda deste controle, acarretar conseqüências profundas e duradouras para o sujeito. Tal assertiva pode ser elucidada através de alguns estudos, como os deseenvolvidos por Melges & Weiz (1971), Warehime & Woodson (1971), e Morosko (1970), todos citados por Dela Coleta (1982) e Abramowitz (1969), cujos resultados apontaram ser os sujeitos com locus de controle externo, mais fatalistas apresentando mais idéias suicidas, histerias e depressões, respectivamente.

A partir do estudo original de Rotter (1966), muitos autores não só vêm desenvolvendo pesquisas sobre a relação entre a variável locus de controle e outras variáveis, como têm explorado com mais profundidade o entendimento sobre locus de controle externo. Levenson (1976), utilizando a escala I-E de Rotter, em seu estudo, identificou que havia uma distinção entre os sujeitos com locus de controle externo ou seja entre aqueles que acreditavam numa fonte de controle pertencente a

algum elemento fora de si próprios. Os que acreditavam no controle exercido por outras pessoas com influência sobre eles, ela caracterizou-os como tendo locus de controle externo do tipo defensivo e aqueles que acreditavam no controle exercido por chance, sorte, destino ou acaso, foram caracterizados como tendo locus de controle externo do tipo autêntico.

Na área da saúde, há estudos que exploram a variável locus de controle em relação a aprendizagem, sugerindo que: a) pessoas com locus de controle interno são mais bem sucedidas do que aquelas com locus de controle externo, quando na fase inicial da doença (Seeman, 1962; Lowery & Ducett, 1983); b) o aprendizado é realçado (maior) quando a saúde é valorizada (Wallston et alii, 1976; Wallston, B., 1978); c) mulheres com locus de controle interno, praticam mensalmente o auto-exame de mama e são mais propensas a aceitarem orientações sobre essa prática (Hallal, 1982); d) estudantes do sexo masculino de cursos de graduação com locus de controle interno, segundo a escala I-E de Rotter, apresentavam atitudes mais favoráveis em atividades físicas e tinham maior participação em programas planejados de esportes (Sonstroem & Wallker, 1973); e) participantes com locus de controle interno, segundo a escala I-E de Rotter, apresentavam-se voluntariamente para aprenderem técnicas de bio-feedback, a fim de controlarem o estresse e a hipertensão (Light et alii apud Arakeliam, 1980). De tais resultados portanto, depreendemos que as pessoas com locus de controle interno, de modo geral, são mais favoráveis a adotarem atitudes mais positivas com relação a sua saúde.

Ainda na área da saúde, o conceito locus de controle foi estudado em relação a aderência do paciente portador de insuficiência renal crônica e conforme os resultados da investigação conduzida por Wenerowicz & Riskind (1978), os pacientes com locus de controle interno eram significativamente mais aderentes ao tratamento dialítico e dietético do que os pacientes com locus de controle externo, já que suas taxas de potássio, fósforo e uréia além do peso ganho entre as sessões de diálise foram encontradas dentro dos limites aceitáveis para significar aderência ao tratamento dialítico e dietético.

Como vemos, a literatura tem revelado que a aderência é um aspecto importante e fundamental para o êxito de toda e qualquer terapêutica adotada com vistas à recuperação e manutenção da saúde do homem. Para os pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento dialítico e dietético, a aderência é uma condição imprescindível para promoção e manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico, tendo em vista que a maioria dos desconfortos bio-físicos e também grande parte dos problemas de ordem psicossociais apresentados por estes pacientes, são frequentemente desencadeados pelo descontrole hidroeletrolítico.

O acúmulo de líquido no organismo do paciente com insuficiência renal crônica, entre as sessões de diálise determinam como desconfortos de ordem bio-física, dispnéia, taquicardia, mal-estar etc. Estes por sua vez respondem por outros desconfortos como cansaço, desânimo, esgotamento físico e mental gerando problemas de ordem psicossociais, que impe

dem o sujeito inclusive de reassumir suas atividades habituais. Pouca ou nenhuma eficácia terá a alta tecnologia da hemodiálise se não houver aderência ao tratamento dialítico e dietético por parte dos pacientes com insuficiência renal crônica.

Consideramos portanto, de muita importância, o desenvolvimento de um estudo sobre a aderência ao regime de tratamento destes pacientes, pois contribuiria para um melhor conhecimento de fatores associados a aderência e assim provavelmente encontraríamos novas pistas, que ajudassem os pacientes a seguirem o regime de tratamento. Além disso não foi encontrado na literatura de enfermagem brasileira, estudos sobre a aderência ao regime dialítico de pacientes com insuficiência renal crônica em nosso país.

Assim, considerando a aderência como um comportamento fundamental para o êxito do tratamento dialítico e dietético dos pacientes com insuficiência renal crônica, o objetivo deste estudo foi: identificar se existe relação entre aderência ao tratamento dialítico e dietético e locus de controle dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica através do nível sérico mensal de potássio e do peso ganho entre as sessões de diálise ao longo de três meses de tratamento. Para atingir o objetivo proposto, foram elaborados dois objetivos específicos e uma hipótese, sendo o primeiro: verificar a extensão da aderência ao tratamento dialítico e dietético; o segundo, verificar a tendência do locus de controle dos pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise e a hipótese antecipou que, pacien

tes com locus de controle interno eram mais aderentes ao tratamento dialítico e dietético do que os pacientes com locus de controle externo.

### Definição de Termos

#### . Aderência

A hemodiálise quando adotada como terapêutica alternativa para substituir a perda da função renal determinada pela insuficiência renal crônica, exige do paciente modificações nos seus hábitos de vida. Por exemplo, restrições de líquidos e de alimentos ricos em potássio são condições fundamentais para eficácia do tratamento. Tais restrições quando atendidas pelo paciente portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise podem ser definidas como aderência ao tratamento dialítico e dietético.

Aderência ao tratamento dialítico e dietético neste estudo foi definida teoricamente como medida do grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente (Sacket e Haynes, 1976), enquanto operacionalmente foi definida como: a) a taxa média de potássio igual ou inferior a 5,5 mEq/l nos três meses do estudo; b) taxa média de peso ganho entre as sessões de diálise igual ou menor que 2.0 Kg. Além dessas medidas adotou-se também o número de comparecimento às sessões de diálise como medida de aderência ao tratamento.

### . Locus de Controle

Locus de controle é a percepção que as pessoas têm sobre o controle dos eventos. Se este controle é visto ou percebido como dependente do comportamento, o locus de controle do sujeito é caracterizado como interno. Se o controle dos eventos é visto como dependente de fatores como sorte, chance, destino, azar ou outras pessoas com poder de influência sobre ele, o locus de controle é caracterizado como externo. Esta definição conceitual fundamenta-se na definição de locus de controle de Rotter (1966) e Dela Coleta (1982).

A definição operacional de locus de controle neste estudo, refere-se ao escore obtido pelo respondente no total de itens da Escala Multidimensional de locus de controle (MHLC) de Wallston et alii (1978) (traduzida para o português e adaptada pela autora deste estudo para pacientes portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise) (Anexo 9). Foi caracterizado como tendo locus de controle interno, aquele respondente que alcançasse 62% ou mais de respostas com alternativas 1 (hum) e 2 (dois) e como tendo locus de controle externo, aqueles que obtivessem menos de 62%. Essa definição pode tornar-se ainda mais explícita consultando o tópico sobre desenvolvimento do instrumento MHLC.

### . Marco Teórico

Os conceitos locus de controle e aderência ao tratamento dialítico e dietético constituem o marco conceitual do presente trabalho. O conceito locus de controle foi desenvol



vido por Rotter (1966) em sua teoria da aprendizagem social para designar aquela entidade que detém o controle dos eventos, conforme percebido pelo indivíduo. A teoria de aprendizagem social (Rotter, 1954) postula que o potencial de comportamento, em situações específicas, é uma função das expectativas de que o reforço (recompensa) ocorrerá e estas por sua vez são influenciadas pelo valor que tem o reforço (recompensa) para o indivíduo. Cada vez que o comportamento de um indivíduo é seguido pelo resultado esperado, aumenta a expectativa de que o reforço se ache ligado àquele comportamento.

Por exemplo, cada vez que o paciente renal crônico vai a uma sessão de diálise e seu peso se encontra no limite esperado em função da sua restrição ao fluido, ocorre um reforço positivo para essa situação e tal acontecimento deverá ser percebido pelo indivíduo como dependente de seu comportamento.

O conceito locus de controle envolve interpretações individuais de causalidade sobre resultados comportamentais e reforços (Arakeliam, 1980). Como as pessoas diferem quanto ao grau em que atribuem reforços a seus próprios comportamentos, na medida em que percebem um reforço ou recompensa como dependente de seu comportamento, reforçarão ou enfraquecerão o potencial investido para que aquele comportamento ocorra novamente em situações semelhantes. Segundo Rotter (1966, p.4), aprender sob condição de habilidade é diferente de aprender sob condição de chance, daí se o reforço é visto pelo indivíduo como contingente de seu comportamento, sua crença é em um controle interno (locus de controle interno), ao passo que se

o indivíduo vê o reforço como não contingente de seu comportamento e sim atribuído à sorte, chance, destino ou controle de outras pessoas poderosas, sua crença é em um controle externo (locus de controle externo).

Deste modo, conforme Rotter, esses padrões de reforços levam à expectativa geral de que as recompensas (reforços) dependem de recursos internos (por exemplo: esforço, habilidade) ou à expectativa geral de que as recompensas (reforços) estão diretamente ligadas a fatores externos (sorte, chance, destino). Portanto, a expectativa geral referida, é o próprio locus de controle.

Sob a ótica da teoria da aprendizagem social de Rotter, indivíduos que mantêm níveis de potássio e fósforo dentro dos parâmetros aceitos para significar aderência, bem como a taxa para ganho de peso, por esforço (restrição dietética e de fluido) conseguindo manter um quadro clínico estável sem alterações fisiológicas (equilibrado hidroeletroliticamente), estarão fortalecendo a expectativa de que os reforços (recompensas) dependem de seu comportamento. Deste modo, o conceito de aderência ao tratamento dialítico e dietético foi ligado à teoria de aprendizagem social e constituiu o marco teórico do presente estudo.

## CAPÍTULO II

### REVISÃO DE LITERATURA

O presente capítulo tem como finalidade apresentar e discutir estudos referentes a: a) aderência do paciente ao tratamento e b) locus de controle.

#### . Estudos sobre aderência

A complexidade que envolve o problema da aderência dos pacientes ao tratamento dialítico tem suscitado a curiosidade de inúmeros pesquisadores à investigação. Alguns estudos voltam-se para identificação/conhecimento da relação entre aderência e outras variáveis tais como: idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião, aspectos comportamentais e etc., enquanto outros vêm sendo empreendidos no sentido de criar, desenvolver, testar ou sugerir estratégias para melhorar a aderência dos pacientes ao tratamento terapêutico proposto, já que isto constitui objeto de preocupação por parte daqueles profissionais responsáveis pela assistência ao paciente.

Hartman et alii (1978) com o propósito de avaliar a habilidade das várias dimensões que compõem o Modelo de Crenças de Saúde (HBM), para predizerem aderência dos pacientes

portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento dialítico, constituíram uma amostra de cinquenta pacientes renais crônicos em hemodiálise em três centros distintos na cidade de Akron. Todos foram comparados em termos de variáveis socio-demográficas, não sendo encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos, o que segundo os autores, confirmou ser uma amostra ideal aos propósitos do estudo. Medidas de aderência foram estabelecidas como: ganho de peso entre as sessões de diálise, níveis de fósforo e potássio no soro, porém o valor adotado para significar aderência não foi descrito. Para obtenção de dados sobre as crenças dos sujeitos, o HBM foi aplicado em forma de entrevista com duração aproximada de uma hora e para obtenção dos dados sobre aderência, foram feitas seis observações (coleta de dados no prontuário), sendo três antes da entrevista e três depois.

A distribuição da frequência sobre as três medidas objetivas de aderência revelaram que para o fosfato, 39% dos pacientes eram aderentes; para níveis de potássio, 74% e a taxa de aderência mais alta (78%) obtida, foi para ganho de peso entre as sessões de diálise. Todos esses resultados, a um nível de significância  $\leq 0.05$ . Em relação ao Modelo de Crenças de Saúde (HBM), o resultado obtido demonstrou que quanto mais elevado o nível de severidade percebido, tanto maior era o grau de aderência ao tratamento.

Com base nas constatações do estudo, os autores afirmaram que o Modelo de Crenças de Saúde (HBM), parece ter va-

lor para explicar comportamentos de aderência ao tratamento, já que medidas de cada uma das principais dimensões do HBM, mostraram ser prognosticadores úteis do grau em que os pacientes seguiam as instruções do "staff" de hemodiálise. Colocaram também que, aquele paciente que não demonstrava aderência exibia menos fé no valor de cada aspecto da terapia, isto é, acreditava sair-se bem sem seguir estritamente à medicação, dieta e restrição de fluido, vendo ainda, uma variedade de barreiras (dificuldades, complexidade, efeitos colaterais) no seguimento às instruções do "staff". Como recomendação, os autores sugerem que, o Modelo de Crenças de Saúde (HBM), deve ser utilizado por aqueles profissionais da área da saúde que desejam aumentar a aderência dos pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise, já que este permite reconhecer as crenças das pessoas. Portanto o profissional de posse destes dados, tem possibilidades de criar, desenvolver, adaptar, testar e propor estratégias para aumentar a aderência ao tratamento.

O que o estudo nos permite concluir a partir da afirmação de que, quanto maior a severidade percebida, maior é o grau de aderência, e que para o paciente portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise, a maior ameaça à sua vida (severidade percebida), era aquela que dizia respeito ao ganho de peso e ao potássio, o que por si, pelo menos em parte, justifica os resultados encontrados de aderência ao tratamento dialítico.

Também sobre aderência dos pacientes com insuficiên -

cia renal crônica ao tratamento dialítico e dietético, Blackburn (1977), acompanhou um grupo de cinquenta e três pacientes em hemodiálise no Hospital Metodista Comunitário de Houston. A aderência ao tratamento dialítico, foi avaliada através dos níveis de potássio e fósforo séricos e ganho de peso entre sessões de tratamento e os valores estabelecidos para significar aderência foram: de 3.5 a 5 mEq/l para potássio; de 3.5 a 5.0 mg% por 100 ml para fosfato e 1.8 kg para ganho de peso. Esses parâmetros eram aceitos, caso permanecessem dentro dos limites descritos durante pelo menos 50% do período do estudo. As variáveis demográficas relevantes nesta investigação foram: idade, sexo, estado civil, etnia e escolaridade. Utilizou-se também variáveis cognitivas como por exemplo, a habilidade do paciente verbalizar os parâmetros do regime médico e variáveis de personalidade, como locus de controle.

Quanto a distribuição obtida para demonstrar aderência: 79% da população aderiu ao potássio; 62% ao fósforo e 49% ao peso. Quanto a aderência ao potássio, esta relacionou-se significativamente às variáveis sexo e tempo de tratamento, e quanto a relação entre aderência ao potássio e tempo de tratamento os resultados mostraram que, aqueles que estavam em tratamento há menos tempo (16,8 meses) foram encontrados com K (potássio) em níveis aceitos para significar aderência, enquanto aqueles que estavam em tratamento há mais tempo (26,4 meses), encontravam-se com suas taxas de potássio acima dos níveis estabelecidos para significar aderência ( $t=2.04$  e  $p \leq 0.05$ ). Quanto a aderência ao fósforo, a situação se repetiu,

os que estavam em tratamento há mais tempo (23,8 meses) não eram aderentes e os que estavam há 15,6 meses eram aderentes. Uma relação inversa também foi encontrada entre aderência e escolaridade, onde os não aderentes haviam completado 13,1 anos de educação formal e os aderentes tinham em média 10,7 anos ( $t=2.04$  e  $p \leq 0.05$ ). Quanto ao domínio cognitivo, foi constatado que, quanto maior o tempo de tratamento, maior era a habilidade do paciente em relatar as condições do tratamento bem como o seu comportamento face a este. Com relação a variável locus de controle, dos quarenta e um sujeitos que responderam a escala HLC, vinte situaram-se no limite de orientação externa, enquanto dezessete no limite de orientação interna e quatro na variação normal (entre 7.5 e 8.0). Ao nível de significância  $\leq 0.05$ , não houve correlação entre locus de controle e aderência ao potássio, fósforo e peso. Foi encontrado que, os sujeitos com locus de controle externo eram mais frequentemente mulheres e haviam completado em média 10,9 anos de escolaridade, enquanto os homens tinham mais frequentemente, locus de controle interno e em média 13,6 anos de escolaridade.

Parece que, pelo menos para a presente investigação, possível prognosticador de aderência foi: tempo de tratamento, que por sua vez esteve relacionado a domínio cognitivo e escolaridade, porém na medida que esta aumentava era observado uma diminuição na aderência. Com isto suscitamos as seguintes interrogações: será que, à medida que o sujeito se escolariza, ele acredita menos nas chances de um tratamento bem sucedido? Ou essa relação se deu pelo fato da variável tempo

de tratamento ter sido analisada junto com a variável escolaridade, determinando assim efeitos significativos do tempo sobre escolaridade? Tais indagações se tornam pertinentes, não só no sentido de trazerem contribuições de ordem metodológicas para aqueles que desejam fazer investigações sob esse enfoque de análise e portanto conferir atenção especial para evitar bias, como também para que tenhamos claro, as possíveis variáveis capazes de influenciarem a aderência ao tratamento do paciente.

A aderência à medicação imunossupressora por parte de crianças portadoras de insuficiência renal que se submeteram ao transplante, constituiu o foco de um estudo desenvolvido por Korsch et alii (1978) ao longo de dez anos no Hospital Infantil de Los Angeles, onde duzentos e dois transplantes foram executados em cento e cinquenta e dois pacientes e todos receberam acompanhamento no ambulatório. O critério para seleção dos sujeitos da amostra era a confirmação feita pela enfermeira de uma das seguintes situações: diminuição da síndrome de Cushin; perda súbita e inexplicável de peso ou alteração não explicável na função renal. Oitenta pacientes selecionados por estes critérios, constituíram a amostra e foram acompanhados sistematicamente ao longo do um ano após o transplante. Para estudo da personalidade dos pacientes, já que o objetivo da investigação era verificar se havia influência desta sobre aderência, foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas e outros instrumentos como: os testes de personalidade da Califórnia (CTP); a escala de amor-próprio de Piers-Harris;



teste de desenhar uma pessoa e o que está dentro dela; teste de QI; entrevista infantil; entrevista familiar e avaliação de reabilitação.

Como resultado do estudo, os autores afirmaram que respostas das entrevistas, sugeriram associação entre equilíbrio familiar e padrões de comunicação pois ambos haviam retornado à níveis pré-doença, após transcorrido um ano de transplante. Os escores de ajustamento pessoal no CTP, um ano após transplante, não eram significativamente diferentes daqueles de crianças normais ( $t=1.54$  e  $p \leq 0.01$ ). Havia no entanto, problemas persistentes de personalidade ligados a baixo amor-próprio e mau ajustamento e a distribuição de escores percentuais em ajustamento social total foi constatada como significativamente diferente daquela de uma população normal ( $t=5.04$  e  $p < 0.001$ ). Respostas à escala de amor-próprio de Piers-Harris, indicaram que em trinta e cinco das oitenta crianças havia evidência de amor-próprio alterado negativamente. Constatou-se também, haver diferenças entre os não aderentes e o restante da amostra em termos de resultados de testes de personalidade e características de função familiar, onde os pacientes não aderentes em geral, mostraram escores desviantes em testes de personalidade. De acordo com a análise de variância, as famílias dos pacientes não aderentes diferiam significativamente das famílias dos aderentes em relação aos itens de função familiar. Complementando com dados obtidos ao longo dos dez anos os autores afirmaram que, catorze pacientes interromperam sua medicação imunossupressora em alguma época após o

transplante renal, porém após um período de não aderência com exceção de um, todos os demais retomaram sua medicação, embora em alguns casos fosse tarde demais para recuperarem a função renal.

Os autores ao concluírem o estudo, afirmaram não poder apresentar explicações que respondessem por todos os casos de não aderência, porém entre as razões apresentadas pelas meninas da amostra, enfatizaram que a mais comum, era o ressentimento quanto aos efeitos colaterais cosméticos dos esteróides e chamaram atenção para o fato do fracasso do transplante renal poder estar associado ao comportamento de não aderência a medicamentos imunossupressores. É interessante a chamada de atenção dos autores para a questão do fracasso do transplante renal poder estar associado a não aderência à medicação imunossupressora por parte das meninas da amostra sob a alegação de que tal atitude devia-se aos efeitos colaterais cosméticos, entretanto, foi constatado nesse mesmo estudo que após um período de não aderência, a grande maioria retomou o uso da medicação. Isso nos leva a pensar que, enquanto as alterações e transtornos podem ser suportadas pelo paciente, a aparência física é importante; porém na medida que o organismo começa entrar em "colapso", o conceito de aparência física-estética, é preterido e ascende o da luta pela sobrevivência. O comportamento de retorno ao uso da droga, pode ter sido também pela tomada de consciência por parte do paciente de que, embora a insuficiência renal crônica diminua sua sobrevivida, essa diminuição pode ser "negociada" pelo paciente, che

gando até aumentá-la, caso ele promova seu auto-cuidado através de restrições de fluidos e de alimentos ricos em potássio e etc., além de seguir a terapia medicamentosa. Um outro fato que pode ter contribuído para o retorno ao medicamento neste estudo é o de que a insuficiência renal crônica parece estar livre do estigma da transmissibilidade para outras pessoas, o que não é o caso de outras doenças de etiologia indefinida como o câncer, por exemplo. Todos esses aspectos devem ser sempre lembrados e considerados pelos enfermeiros que trabalham nesta área ou em outras que envolvam situações semelhantes, devendo inclusive ser trazidas à baila e constituir o foco do diálogo entre enfermeiros e pacientes. Em que pese a questão do diagnóstico de uma doença estigmatizada como o câncer, a situação parece ocorrer de modo diferente, vejamos na investigação seguinte o problema da aderência em crianças portadoras de câncer.

Klopovich et alii (1985), antes mesmo de relatarem suas experiências com crianças portadoras de câncer, destacam enfaticamente a questão da aderência ao tratamento medicamentoso e ressaltam que, nem mesmo o diagnóstico de uma doença potencialmente fatal, como o câncer, protege as crianças do comportamento de não aderência, assim como não assegura o contrário, ou seja, a aderência ao tratamento. Afirmam ainda que, dados recentes entre crianças com leucemia aguda, afastaram a suposição de que pacientes com diagnóstico de câncer aderissem à regimes de tratamento prescrito, são como outros pacientes pediátricos com doenças crônicas que deixam de tomar suas

medicações orais.

Os autores em citação, desenvolveram um estudo com crianças portadoras de câncer, para verificar a aderência à predinisona, uma droga anti-neoplásica frequentemente usada, cujos efeitos colaterais são potencialmente desagradáveis. A aderência foi medida pelas mudanças no nível de hemoglobina, alterações de peso e esteróides patogênicos-17, onde os resultados mostraram ser este último processo, o genuinamente capaz de diferenciar claramente aqueles pacientes que estavam tomando predinisona. Cinquenta e duas crianças foram classificadas em três fases distintas da terapia: o grupo que tomava predinisona; o grupo que estava sem tomar a droga e o grupo de aderência desconhecida. O grupo em uso da droga constituiu a amostra do estudo. Os resultados permitidos pelo estudo foram: 33% dos pacientes em uso da droga, estavam fazendo de modo incorreto e quando os adolescentes da amostra foram analisados em separado, a taxa foi ainda mais alarmante (59% de não aderência). O grupo que estava fazendo uso da predinisona era constituído de 12 crianças. Em suas conclusões, os autores afirmam que a não aderência à quimioterapia (seguir incorretamente a prescrição), ameaça e altera a sobrevivência dos pacientes já que este comportamento contribui para que o organismo desenvolva mecanismos de resistência à drogas.

Em nossa opinião, a questão do uso incorreto da quimioterapia levar o organismo a um estado de resistência à droga e portanto não contribuir efetivamente para melhora do estado do paciente, não deve constituir um problema a ser detec

tado pelo enfermeiro após sua ocorrência, deve sim fazer parte das inúmeras orientações a serem dadas ao paciente oncológico com vistas à prevenção do problema.

Essa questão embora tenha sido aludida especialmente na área oncológica, deve ser de igual modo observada em outras áreas e concedida atenção por parte dos profissionais, pois é comum ouvirmos dos pacientes, a queixa de que determinada medicação não faz mais efeito, porque seu organismo já se acostumou àquela droga, o que significa em última análise, mecanismo de resistência criado pelo organismo. Portanto diante desta investigação, temos não só a não aderência significando abandono ou negligência ao tratamento, como também significando uma prática de seguimento ou cumprimento inadequado da terapêutica medicamentosa, constituindo assim mais um aspecto que deve ser bastante orientado pelo enfermeiro ao paciente.

Cumings et alii (1980), compartilhando a preocupação da não-aderência ao tratamento com inúmeros autores, conduziram um estudo com os dois objetivos: o primeiro de avaliar a relação entre crenças de saúde e comportamento de aderência em um grupo de pacientes de hemodiálise e o segundo de avaliar a efetividade relativa de três estratégias de intervenção destinadas a aumentar a aderência à restrição de fluidos e dietética em um grupo de pacientes de hemodiálise, portanto o estudo foi ao mesmo tempo exploratório, operacional e avaliatório. As estratégias de intervenção testadas incluíram: a) contratos comportamentais; b) contratos comportamentais com um membro da

família ou amigo que se envolvia na redação do contrato junto com o paciente e a enfermeira da clínica e e) contratos telefônicos semanais com os pacientes, feitos pelas enfermeiras da clínica. De uma expectativa teórica, as intervenções cobririam uma variedade de estratégias de mudança, incluindo persuasão, recompensa, apoio social etc. As duas intervenções de contratos eram vistas como estratégias de modificação de comportamento, ao passo que a intervenção por contato telefônico semanal, pretendia modificar as crenças de saúde dos pacientes e, através de tal mecanismo, melhorar a aderência.

O estudo empregou um planejamento de grupo - controle pré-teste e pós-teste. Pacientes foram entrevistados em três épocas: antes do início do programa (G1); imediatamente após o término do período de intervenção de seis semanas (T2) e três meses após o término do período de intervenção (T3). As entrevistas eram conduzidas por entrevistadores treinados, enquanto os pacientes se achavam sob diálise e incluíam questões sobre a história do tratamento (duração, elegibilidade para transplante renal etc.); crenças sobre a susceptibilidade à seqüelas pela não-aderência às restrições dietéticas e de fluídos; percepção da severidade das seqüelas por não aderência e caso elas não ocorressem, crenças sobre benefícios e barreiras associadas com regimes prescritos do tratamento e características pessoais. A aderência era avaliada através de exames laboratoriais considerando os níveis séricos de potássio no que dizia respeito à dieta e, no que concernia à fluídos, era avaliada pelo ganho de peso entre as sessões de diálise

lise. A pesquisa foi conduzida em duas clínicas de diálise de pacientes ambulatoriais no sudeste de Michigan. O grupo foi constituído de cento e vinte pacientes, perfazendo 72% da população de ambas as clínicas. Fez-se uma comparação das características dos pacientes dos dois serviços, para determinar quão apropriada era a congregação dos indivíduos. Análise de duas amostras de testes - t e qui-quadrado foram feitas para medidas de linhas básicas de variáveis sócio-demográficas, de história médica, de níveis de aderência e variáveis de crenças de saúde e os resultados não indicaram diferenças estatisticamente significativas ao nível 0.01. Dos cento e vinte participantes do estudo, quatro recusaram-se à entrevista em T1 (Taxa de resposta de 97%) e vinte dos cento e dezesseis restantes, não participaram na segunda entrevista. Em T2 o contraro comportamental com familiar e contrato telefônico semanal foi desenvolvido com noventa e seis pacientes. A duração média de tratamento entre os pacientes em estudo era de vinte e nove meses e a maioria (87%) recebiam tratamento três vezes por semana.

Como resultado, os autores constataram diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação ao ganho de peso médio  $[F(1,92 = 5,24); p < 0.05]$ . Uma diferença estatisticamente não significativa entre grupos foi constatada para SPL (nível médio de potássio sérico) médio dos pacientes. Estas análises indicaram que a designação aleatória para grupos experimental e controle não foi inteiramente efetiva em tornar os grupos equivalentes, e que controles estatís-

ticos são necessários em estudos com design semi-experimental para eliminar diferenças iniciais (entre grupos) e que podem introduzir bias nas conclusões alcançadas sobre os efeitos do programa de intervenção. Contudo, comparações dos grupos experimentais sobre variáveis sócio-demográficas, de histórias médicas e de crenças de saúde, não acusaram diferença estatisticamente significativa. Usando o critério de nível médio do potássio sérico menor do que 5.5 mEq/l como indicador da aderência ao regime dietético o resultado foi: 85% do grupo de estudo foi aderente em T1, em T2 mais de 90% aderente e em T3 = 86%. Usando o critério de aderência a fluidos, de peso médio menor do que 3 kg entre sessões de diálise, foi constatado que 59% dos pacientes classificaram-se como aderentes em T1; 73% em T2 e 75% em T3.

Embora este seja o terceiro estudo da presente revisão a tratar o problema da aderência ao regime dialítico por parte dos pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise, podemos constatar que a aderência ao potássio foi obtida em maior escala pela segunda vez, ou seja, os resultados para aderência ao potássio foram idênticos aos resultados encontrados por Blackburn (1977), pois de acordo com Hartman et alii (1978) a maior aderência por parte da amostra do seu estudo foi para ganho de peso. O curioso é que tanto neste estudo como nos demais o valor estabelecido para significar aderência ao potássio foi o mesmo ( $\leq 5,5$  mEq/l), enquanto para restrição hídrica, o peso ganho entre as sessões de diálise, foi maior ( $> 3,0$  kg), o que deveria contribuir para um per-



centual de aderência ainda maior. A constatação da maior taxa de aderência ser para o potássio pode sugerir duas situações: a primeira de que isto se dê porque o paciente resente-se dos desconfortos causados pela alta taxa de potássio no sangue e por isso, evita alimentos ricos nessa substância e a segunda de que a orientação dada pela equipe de diálise seja mais centrada na restrição do potássio do que na restrição hídrica. Embora saibamos que o potássio mantém-se elevado também pela ingestão de líquidos que contenham tais elementos.

Ainda sobre aderência dos pacientes com IRC, Yanitski (1982) buscou identificar se elementos do HBM (Modelo de Crenças de Saúde) estão relacionados com a aderência ao tratamento dialítico dos pacientes renais crônicos, desenvolvendo um estudo na Unidade Renal do Hospital da Universidade de Alberta (Edmonton, Canadá). Resumidamente, o HBM postula que a aderência é uma função da prontidão da pessoa para agir, com base no nível de motivação, susceptibilidade percebida para com uma condição particular ou suas seqüelas, severidade percebida da condição, e uma estimativa dos benefício e/ou barreiras à aderência. Outras variáveis modificadoras e capacitadoras tais como idade, sexo, satisfação com o cuidado, interação com profissional de saúde que podem ou não contribuir para a aderência aos regimes prescritos, foram avaliadas.

A população do estudo foi constituída por vinte e nove pacientes dos trinta e um do serviço, cuja idade, variava entre 19 e 73 anos (média de 41 anos) dos quais 59% eram homens; a duração média do tempo de diálise era trinta e nove

meses e a duração média de escolaridade era de dez anos. O questionário sobre Crenças de Saúde (HBM) foi administrado a todos os participantes por uma enfermeira no momento da diálise em duas ocasiões com um intervalo de seis meses entre elas. O instrumento continha cento e dezesseis itens do tipo Likert e as variáveis foram correlacionadas com quatro medidas de aderência, usando o coeficiente produto-momento de Pearson. Para atender a finalidade, os critérios para aderência foram: 50% ou mais do tempo o paciente deveria ter um ganho de peso entre diálise de 0.5 kg ou menos em vinte e quatro horas; um nível de potássio sérico de 5.5 mMol/l ou menos e um nível de fósforo sérico de 1.6 mMol/l ou menos.

Os dados coletados revelaram os seguintes resultados para aderência: com relação a fluidos e sódio, apenas 20 a 30% dos pacientes mostraram-se aderentes; para os níveis de K, entre 80 e 90% e para auto-administração de medicamentos ligados de fosfato, 60 a 70% dos pacientes mostraram-se aderentes. Em relação a atitudes e crenças (HBM), os dados revelaram que: 55% dos pacientes acreditavam ser boa a saúde no momento do estudo, mas 76% destes via a si mesmo, como saudáveis em comparação com outros pacientes da diálise; apenas 24% preocupava-se com sua saúde presente, enquanto 79% acreditava tomar cuidado satisfatório de si mesmo. Susceptibilidade percebida para com outros problemas sérios era baixa (25%) e o nível de preocupação era ainda mais baixo do que o esperado, com 38% preocupando-se com a doença do rim e apenas 24%, preocupando-se com morrer. Susceptibilidade percebida à hiperkalemia e retenção de fluido era 27% e 45% respectivamente. Hiperkale-

mia era vista como séria por 76% dos pacientes, explicando talvez a alta taxa de aderência antes descrita. Retenção de fluido foi vista como séria por 62%. A maioria dos pacientes acreditava que suas medicações eram efetivas entretanto, apenas 11% revelou ser difícil tomá-las. Os "auto-relatórios" dos pacientes sobre aderência foram julgados predizíveis: 69% dos pacientes acreditavam obedecer suas restrições de fluidos. Opiniões sobre personalidade e problemas pessoais foram solicitados, junto com crenças sobre saúde e cuidado médico, 45% dos pacientes acreditavam que os médicos deveriam ser mais amigos; 97% estavam satisfeitos com os cuidados a eles oferecidos pelos profissionais de saúde como um todo; 90% tentavam guardar consigo mesmos suas doenças. Apoio dado por outras pessoas (parceiro, amigo, médico, enfermeira etc.) foi considerado importante para o ajustamento de pacientes de diálise, os parceiros mostraram-se solícitos (80%), pais menos (50%) e os amigos pouco (35%).

Segundo o autor, os dados revelaram que as preocupações gerais de saúde eram prognosticadores bastante fracos de aderência para todas as medidas. Quanto à severidade percebida, não houve relação significativa entre esta variável e aderência, assim como benefícios do regime também não mostrou relação com a aderência, e somente as dimensões "barreiras percebidas" do HBM revelaram relação significativa com a aderência. Embora os resultados não fossem estatisticamente significativos em termos da relação "locus de controle" e aderência, pode-se neste estudo evidenciar qualitativamente uma tendência marcante sobre essa questão e também evidenciar que pa

cientes aderentes tornaram-se mais facilmente frustrados quando o resultado do seu tratamento não correspondia ao esperado. Com base nestas constatações, segundo os autores o HBM parece ter alguma utilidade para explicar comportamentos de aderência. No entanto, muitas variáveis relatadas em outros estudos como sendo significativas, não se mostraram assim com a presente população. Talvez a explicação para isto, seja a amostra pequena. Resumidamente concluímos que os pacientes em estudo nos Hospitais da Universidade de Alberta que mostraram aderência à diálise, eram pouco prováveis de se preocuparem com a doença ou suas complicações embora tivessem um nível de escolaridade maior e que o restante era mau aderente às restrições de fluidos, e as implicações disto a curto e longo prazo são bem conhecidas pelos enfermeiros de nefrologia.

Mais uma vez estamos diante de uma investigação cujos resultados de aderência ao tratamento dialítico por parte dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica, parecem repetir-se. A maior taxa de aderência obtida por esta amostra, foi também para o potássio, seguindo-se a este, fósforo e ganho de peso. Observamos entretanto que, este é o segundo estudo que aponta para uma possível justificativa acerca da maior aderência ser para o potássio, o fato da hiperkalemia ser percebida como séria por 76% dos pacientes da amostra. Outro dado que nos chama atenção neste estudo, é o fato de que a maioria dos pacientes acreditavam que suas medicações eram efetivas e que deveriam tomá-las, porém apenas 11% revelou ser difícil tomá-las e isso é passível de ser entendido, pois confessar que é difícil tomar uma medicação ou ainda que não a

toma, pode deixá-los vulneráveis a uma repreensão pelo médico ou pelo enfermeiro, o que não agrada de nenhum modo a uma pessoa. Talvez se fosse adotada outra medida para mensuração desta variável, como por exemplo, através da bioquímica do sangue ou da urina, esses percentuais fossem ainda mais baixos, conforme constatados por Klopovich et alii (1985). É preciso ressaltar também que, a aderência à restrição de sódio e fluido foi a menor observada em relação ao potássio e fósforo e também teve o menor percentual em relação aos demais estudos que trataram do mesmo problema (Hartman et alii, 1978; Blackburn, 1977 e Cumings et alii, 1980) o que pode ser justificado pelo parâmetro estabelecido pelo autor para significar aderência ao fluido e sódio, qual seja, 0.5 kg em 24 horas o que corresponde a 1 kg entre as sessões, enquanto nos demais o ganho de peso significou 1.8 kg, 2.6 kg e 3 kg.

Seguindo a linha das necessidades humanas básicas psicossociais, O'Brien (1980), conduziu uma pesquisa com o objetivo de verificar se a presença do suporte social estava associado a aderência ao tratamento dialítico dos pacientes renais crônicos. Para este estudo, suporte social foi considerado como forte sistema de apoio em termos de membros grupais primários (família, amigos próximos) e membros de grupos secundários (médico, enfermeiro, terapeuta e demais membros da equipe de diálise), enquanto aderência foi vista indiretamente, isto é, foi medida através de expectativas e percepções expressas pelos respondentes a uma série de perguntas estruturadas sobre comportamentos de aderência. Para alcançar o objetivo a autora testou três hipóteses que foram: 1) exis-

te correlação positiva entre apoio percebido da família e comportamento de aderência por parte dos pacientes de hemodiálise; 2) existe correlação positiva entre apoio percebido por membros do grupo secundário e comportamento de aderência por parte dos pacientes em hemodiálise; 3) a associação entre apoio percebido de outros significantes (membros grupais familiares e secundários) e comportamento de aderência, permanece ao longo do tempo. O estudo foi do tipo correlacional exploratório desenvolvido durante um período de três anos. A amostra consistiu de cento e vinte e seis (126) pacientes pertencentes a três centros de hemodiálise dos EUA e os critérios para seleção da amostra foram: pacientes entre 21 e 75 anos de idade com tratamento de diálise mínimo de seis meses anteriores e sem complicações sérias e/ou psiquiátricas por ocasião do estudo. O instrumento utilizado para coleta de dados foi uma entrevista estruturada com questões perguntando aos respondentes suas percepções acerca de outras pessoas significantes (famílias, amigos...) e sobre os comportamentos reais de adesão, além de dados sócio-demográficos. O pré-teste (do instrumento) foi aplicado antes da entrevista inicial, com o objetivo de verificar a confiabilidade do instrumento usando o procedimento alfa de Cronbach. Os coeficientes de confiabilidade variavam de 0.56 a 0.91 em T1 e de 0.52 a 0.91 em T2. Quanto à validade, foi avaliado por um grupo de experts de enfermagem e de ciências comportamentais.

Através do coeficiente de correlação de Pearson, foram encontradas relações significativas ( $p < 0.01$ ) entre sistemas de expectativas de grupo primário e secundário dos pacient

tes e comportamentos de aderência: em T1, 426 e em T2, 692. As três hipóteses foram confirmadas. A autora apresentou também, resultados complementares às hipóteses ao verificar a relação entre aderência e as variáveis educação e expectativas sobre sistemas de suporte social (primário e secundário) usando para isso, a Regressão Linear Múltipla. Os resultados em T1 mostraram que a aderência dos pacientes com um nível de educação elevado foi influenciada pelo Sistema Primário numa proporção de 40% e de 43% pelo Sistema Secundário. Quanto aos pacientes com nível de educação baixo, o Sistema Primário influenciou a aderência numa proporção de 11% e o Sistema Secundário numa proporção de 51%, ao passo que no T2 a aderência em pacientes com nível de educação elevado foi explicada numa proporção de 17% pelo Sistema Primário e 54% pelo Sistema Secundário. Em pacientes com nível de educação baixo, o Sistema Primário influenciou a aderência numa proporção de 38% e o Sistema Secundário numa proporção de 65%.

Embora se trate de uma investigação cuja operacionalização da aderência tenha sido distinta das demais, ou seja, medida indiretamente através de percepções e expectativas dos respondentes sobre comportamentos de aderência, isto não a torna menos válida, pois sem dúvida, a fidedignidade das respostas podem ser até maiores já que o sujeito estará falando sobre percepções e expectativas acerca da aderência e não respondendo sobre o modo como ele age através de questionários com perguntas estruturadas. Já que responder sobre como está agindo ou melhor, contrário ao que está estruturado, pode resultar numa espécie de advertência do profissional ao pacien

te, no caso que seu comportamento não coincida com a prescrição da terapêutica.

Com relação ao resultado do estudo, é importante ressaltar que, embora a influência do suporte social secundário tenha sido maior do que a influência do suporte social primário, tanto sobre os sujeitos com nível de educação baixo como sobre os sujeitos com nível de educação elevado em ambos os tempos (T1 e T2) isso pode ser explicado pelo menos em parte pelo aspecto da "aproximidade" (afetividade, familiaridade - etc.), pois por mais estreita que seja a convivência entre o paciente e o(s) membro(s) da equipe de diálise, essa convivência não terá as mesmas características de uma relação "familiar". Portanto, a influência exercida pelos sujeitos do grupo de suporte social secundário (médico, enfermeira, terapeuta e demais membros da equipe de diálise) em relação a aderência pode ter sido maior por ser qualitativamente diferente. Permitiríamos aqui, dizer que a influência do grupo social secundário imputada aos pacientes passa pela questão da competência, do poder, do saber que esses profissionais têm acerca da insuficiência renal crônica e por conseguinte da hemodiálise, fazendo com que os pacientes mesmo não seguindo à risca as orientações, de algum modo o fazem. Por outro lado, a influência do grupo social primário passa pela questão da solidariedade, compartilhamento, carinho etc., portanto mais pelo campo do domínio afetivo.

Aderência ao tratamento dialítico e fatores psicológicos que influenciam as habilidades dos pacientes para enfrentar os problemas da hemodiálise e a relação destes com a ade



rência, constituiu o foco das investigações levadas a cabo por Schlebrich e Levín (1981), numa unidade renal do Hospital de Addington na Austrália, com uma amostra constituída por vinte e cinco pacientes adultos de ambos os sexos, voluntários e sem constatação de problemas psiquiátricos após serem examinados por médicos especializados. Com base na aderência medida em termos de restrição dietética (potássio, sal e líquido) e tomada de medicação prescrita, a amostra foi dividida em dois sub-grupos, onde catorze (14) foram classificados como aderentes e onze (11) como não aderentes. A idade dos participantes do subgrupo aderente variou entre 27 e 62 anos (média de 40,7 anos), enquanto a do subgrupo não aderente variou entre 18 e 60 anos (média de 35,9 anos). Os respondentes foram avaliados e comparados por uma bateria de medidas psicológicas, incluindo uma escala de inteligência (WAIS), teste de memórias para desenho (MFD) e questões sobre dezesseis fatores de personalidade (16 PF) com finalidades de: medir, identificar o potencial intelectual, medir, conhecer o grau de disfunção cognitiva e conhecer, identificar o funcionamento da personalidade. Os dados foram analisados pelo método não-paramétrico, teste U de Mann-Whitney, cujos resultados mostram: a) não haver diferença estatisticamente significativa entre os dois sub-grupos em termos de inteligência conforme medido pelo WAIS a um nível de significância de 0.05, onde o score obtido para inteligência verbal pelo grupo aderente foi de 96,14 enquanto o grupo não aderente obteve 99,81 e para inteligência não verbal, o grupo aderente obteve 101,78 e o grupo não ade

rente 96,63; b) para disfunção cognitiva, uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre os sub-grupos, sendo que o grupo não aderente apresentou mais disfunção cognitiva severa obtendo um escore de 11,00 enquanto o grupo aderente obteve escore 3,26; c) em termos de funcionamento de personalidade, diferenças estatisticamente significativas entre os sub-grupos, onde os não aderentes eram: c1) mais descompromissados (tendiam escapar às regras, sentiam poucas obrigações e etc. com escore de 2,91 enquanto os aderentes obtiveram 5,14 ( $p < 0.01$ ); c2) se envolviam mais em negócios (eram socialmente mais ousados, mais extrovertidos), com escore 6,91 e os aderentes 5,07 ( $p < 0.05$ ) e c3) passíveis de exibir graus mais elevados de auto-conceito indisciplinado (seguir os próprios desejos), o escore obtido foi 4.09, enquanto os aderentes obtiveram 6,00 ( $p < 0.05$ ). Por outro lado os aderentes mostraram-se: mais conscienciosos, perseverantes, presos às regras (isto é, mais obsessivos, mais restritos e tímidos; mais conservadores, mais controlados socialmente e mais auto-disciplinados).

O fato dos participantes do grupo não aderentes apresentarem mais alterações na área do domínio cognitivo do que o grupo dos aderentes, bem como maiores modificações no funcionamento da personalidade, pode ser descrito como uma relação de interdependência entre não-aderência, função cognitiva e personalidade ou como uma possível relação de causa-efeito entre esses elementos, pois à medida que o tempo passa, a não aderência ao tratamento contribui para que ocorra uma perda

gradativa da capacidade de resposta do organismo à terapêutica diálisa. Dito de outro modo: aderir ao tratamento dialítico não é apenas comparecer às sessões de hemodiálise, significa também fazer restrições dietéticas (de alimentos ricos em potássio, fósforo etc.), restrições hídricas e de sódio e portanto se o paciente não faz tais restrições, seu organismo é cada vez mais agredido pelo aumento de substâncias classificadas ou denominadas como restos nitrogenados (uréia, creatinina etc.) e o aumento dessas substâncias por sua vez, levam o organismo a requerer/exigir um dialisado mais concentrado para filtração das mesmas, porém vai ocorrendo ao mesmo tempo um acúmulo residual gradativo dessas substâncias. Seja por um processo incidioso de deposição de restos nitrogenados no organismo ou seja por um aumento brusco dos mesmos, uma das consequências é uma menor capacidade em empregar habilidades cognitivas e dificuldade de selecionar informações, conforme a afirmação de West e West (1978) apud Schlebusch e Levin (1982) e também o desenvolvimento de distúrbios emocionais segundo Kopstein (1970).

Rosenblum et alii (1981, p.337-342) com o objetivo de identificar variáveis que ajudem a prognosticar aderência das mães de pré-escolares à imunização e educação em saúde desenvolveram um estudo formulando as seguintes hipóteses: 1) existe diferença significativa na orientação do locus de controle conforme medida por MHLC, entre mães aderentes e não-aderentes em relação a obter imunização para seus pré-escolares; 2) existe diferença significativa no valor de saúde, conforme me

dida pela escala de valor de saúde, entre mães aderentes e não-aderentes em relação a obter imunização para seus pré-escolares; 3) existe diferença significativa na vulnerabilidade percebida, conforme medida pela Escala de Vulnerabilidade às Doenças Transmissíveis, entre mães aderentes e não-aderentes em relação a obter imunização para seus pré-escolares; 4) existe diferença significativa entre mães aderentes e não-aderentes nas variáveis etnia, idade, renda, religião, educação e habilidade em lembrar a epidemia de pólio em 1950. A amostra consistiu de noventa e quatro (94) mães selecionadas aleatoriamente, todas eram mães de pré-escolares entre 2 a 6 anos e tinham que apresentar prova oficial de imunização. Os dados foram coletados em abril e maio de 1979 em Albuquerque e Bemalillo Country - Novo México.

Os instrumentos utilizados foram: a) questionário demográfico para levantar os dados demográficos que determinam o nível de aderência (prova oficial de imunização); b) escala de valor de saúde; c) escala de locus de controle de saúde multidimensional (MHLC) e d) escala de vulnerabilidade percebida às doenças transmissíveis. Esta última escala, foi desenvolvida pelos pesquisadores e testada para validade e confiabilidade. O coeficiente de correlação de Pearson foi usado para analisar os dados onde confiabilidade para difteria foi 0.68; tétano 0.79; pólio 0.54; sarampo 0.49; rubéola 0.31; coqueluche 0.68. Confiabilidade para a escala total foi obtida pela combinação dos escores para doenças individuais, e correlacionando-os com escores repetidos pelos mesmos responden-

tes duas semanas mais tarde, o que revelou uma confiabilidade geral de 0.71 conforme medida pelo coeficiente de correlação de Pearson. Os resultados mostraram que as quarenta e uma respondentes aderentes tinham uma orientação mais externa do que as quarenta e nove não-aderentes, mas a diferença não foi significativa  $F(1,88) = 1,53; p = 0,22$ . A segunda sub-escala (Chance) da escala MHLC, mediu a dimensão de externalidade e a análise de variância entre grupos aderentes e não-aderentes não apresentou diferença significativa entre os grupos,  $F(1,87) = 1,09; p = 0,77$ . A amostra total de mães aderentes e não-aderentes, mostrou uma orientação mais externa, com uma média de 18,56 e um desvio padrão de 6,18. Não houve diferença significativa entre os grupos, conforme medido pela terceira sub-escala (outras pessoas poderosas) da escala MHLC,  $F(1,89) = 0,15; p = 0,70$ . Os resultados da Escala de Valor de Saúde não apresentaram diferença significativa entre as médias para os grupos aderentes e não-aderentes,  $F(1,92) = 0,24; p = 0,62$  não confirmando portanto a segunda hipótese. Com relação a hipótese 3, foi utilizada a análise qui-quadrado, porém não houve diferença significativa entre os grupos aderentes e não-aderentes com base na vulnerabilidade percebida a qualquer das seis doenças transmissíveis. Para testar a hipótese 4, também foi utilizada a análise qui-quadrado, e não houve diferença significativa na aderência em relação a idade das respondentes ( $\chi^2 = 0,14; G1 = 1; p = 0,71$ ). O número de mães com menos de 29 anos e mais de 30 anos foi o mesmo para os dois

grupos. Análises qui-quadrado mostravam mais respondentes com educação secundária no grupo aderente, mas estas diferenças não foram significantes ( $X^2 = 1,54$ ; Gl = 1;  $p = 0.21$ ). A hipótese de que lembrança da pólio mostraria diferença significativa também não foi confirmada ( $X^2 = 1,67$ ; Gl = 2;  $p = 0.43$ ). Portanto estamos diante de resultados em que a aderência das mães de pré-escolares a imunização não mostrou relação com as variáveis locus de controle de saúde, valor de saúde, vulnerabilidade percebida às doenças transmissíveis e variáveis demográficas descritas no início dessa investigação.

Sobre tais resultados, ressaltaremos apenas a questão da vulnerabilidade para breves considerações. Essa dimensão (vulnerabilidade) foi explorada em vários outros estudos juntamente com outras tais como severidade da doença, barreiras e benefícios do tratamento e quando os resultados mostraram diferenças significativas, foram em relação à dimensão severidade da doença. Talvez neste estudo a situação voltasse a ocorrer caso explorasse a variável severidade da doença, pois conforme sabemos a maioria das doenças transmissíveis ocorrem na infância e são ditas de caráter benigno, a sua evolução e prognóstico passa diretamente pela questão da alimentação, higiene e etc. enfim pela resistência do hospedeiro, além das sequelas determinadas por algumas doenças como por exemplo, a paralisia deixada pela poliomielite. Em nosso país, se fossemos estudar a aderência das mães à imunização dos filhos pré-escolares, não poderíamos esquecer um fator que talvez determine em parte a aderência, é a exigência do atestado de vaci

na dos filhos menores de 5 anos a ser apresentado ao órgão em pregador para pagamento do salário família. Tais considerações se constituem em novas hipóteses de pesquisa para elucidação da aderência das mães à imunização.

No Brasil, foi possível identificar dois autores que abordaram o problema da aderência. Coincidentemente ambos referem-se a aderência ao tratamento terapêutico medicamentoso em pacientes hipertensos. Oigman et alii (1977) conduziram uma investigação no Hospital das Clínicas da UERJ com pacientes externos (ambulatório) e determinaram como critério de não aderência, o abandono ou o não comparecimento por mais de três meses às consultas ambulatoriais. O índice de abandono ao tratamento encontrado na época em que iniciaram a avaliação da aderência foi de 72%, o que segundo eles era um índice muito elevado considerando a necessidade e importância da terapia medicamentosa anti-hipertensiva no controle da doença, porém após a estratégia adotada de visitas domiciliares, pode-se constatar que muitos pacientes estavam em tratamento regular em outros hospitais e o índice de abandono que significou não aderência foi reduzido para 32%. Quanto aos pacientes aderentes, as justificativas apresentadas pelo cumprimento da prescrição de drogas anti-hipertensivas (aderência ao tratamento terapêutico medicamentoso anti-hipertensivo) foram: a) receio de complicações (47%); b) melhora dos sintomas (30%) e c) porque acreditam que seguir regularmente as ordens médicas é o melhor (23%). Os não-aderentes ou seja aqueles que não seguiam as prescrições apresentavam como justificativas de seus comporta

mentos as seguintes situações: a) ausência de sintomas (33%); b) custo do tratamento (26%); c) efeitos colaterais desagradáveis.

Compartilhando das pressuposições filosóficas do modelo de compreensão comportamental que postula ou afirma que a interpretação do indivíduo sobre o ambiente é o que determina o fortalecimento de suas decisões e também que, é possível ensinar a alguém quando e como responder a determinada situação sem necessariamente premiá-lo por estar executando tal comportamento, Oigman (1988) sugeriu várias estratégias a serem empreendidas pelos profissionais de saúde para aumentarem a aderência ao tratamento. Foram elas: a) simplificar os esquemas terapêuticos; b) fornecer aos pacientes, em linguagem acessível, panfletos que contenham informações sobre sua doença, medicação e seus possíveis efeitos colaterais; c) reforçar a cada consulta, os progressos obtidos em relação ao controle da hipertensão; d) apresentar aos pacientes a possibilidade de mudar o esquema terapêutico caso apareçam efeitos colaterais; e) reforçar a importância das consultas de controle e evitar que os pacientes permaneçam por longos períodos na sala de espera para uma consulta de apenas 5 min.; f) se os pacientes faltarem às consultas, procurar localizá-los por telefones ou telegramas, oferecendo alternativas de data para a próxima consulta.

Como podemos constatar os enfoques disponíveis para estudo da aderência são inúmeros, e cada um justifica a sua importância de modo diferente, entretanto todos são de funda



mental importância pois implícita ou explicitamente visam identificar/conhecer a extensão da aderência ao tratamento em suas respectivas áreas e conseqüentemente apresentam ou sugerem estratégias a serem empreendidas para aumentar a aderência ao tratamento. Todos os estudos sem nenhuma exceção sugeriram tais estratégias, o que significa dizer que a não-aderência é um fato constatado no dia-a-dia do paciente e que o comportamento contrário a este (aderência) deve constituir um dos principais objetivos a serem perseguidos pelos profissionais de assistência a saúde em suas diversas especialidades.

Giorgi e Mion Junior (1984) reconhecem a importância de se estudar a aderência do hipertenso ao tratamento afirmando que, entre outros aspectos, esse estudo evidencia uma das maiores ironias da hipertensão arterial, ao mostrar frequentemente que os pacientes não estão sendo tratados e exortam afirmando que, o não tratamento da hipertensão é algo inconcebível, dados os conhecimentos fundamentais de hipertensão arterial obtidos através de anos. Para os autores em questão, o estudo da aderência pode também indicar falhas que estejam sendo cometidas quer na postura do médico, na sua prescrição, na interpretação das crenças de saúde ou na estruturação do serviço, além do que, quando não identificada a não aderência, isso pode contribuir inclusive para falsear resultados de pesquisas clínicas se por exemplo testarem-se duas drogas igualmente eficazes, em dois grupos com graus diferentes de aderência. Dentre outros aspectos negativos apontados, os autores enfatizam que os prejuízos da não aderência podem comprometer

a eficiência de esquemas terapêuticos e até mesmo do próprio sistema de saúde de uma região ou país.

Partindo da idéia de que todos os pacientes devem ser vistos como potencialmente não aderentes, embora de acordo com os determinantes da aderência alguns indivíduos podem ser reconhecidos como mais aderentes, Giorgi e Mion Junior (1984) sugerem como estratégias para aumentar a aderência ao tratamento daqueles pacientes reconhecidos como predispostos ao abandono do tratamento as seguintes: a) introdução do enfermeiro no binômio médico-paciente; b) agendar consultas mais frequentes; c) orientar, estimular o paciente para o auto-cuidado; d) viabilizar consultas no local de trabalho e d) prescrição de esquemas terapêuticos simples e adaptados aos hábitos do paciente. Quanto a introdução do enfermeiro no binômio médico-paciente, os autores relatam que essa estratégia foi empreendida num estudo prospectivo com 422 hipertensos na Liga de Diagnóstico e Tratamento da hipertensão arterial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da U.S.P. em forma de pré e pós consulta de enfermagem aplicada em 246 pacientes da amostra, enquanto para os 176 restantes, foi mantido o atendimento padrão do ambulatório. O resultado dessa estratégia (que incluía orientações adicionais sobre a doença, o tratamento e exames laboratoriais), levou a uma maior aderência dos pacientes, medida pela menor taxa de abandono do tratamento em relação ao grupo controle.

É desnecessário enfatizarmos mais uma vez a importância de um estudo sobre o problema da aderência ao tratamento,

após apresentação das várias investigações e opiniões acerca do tema, entretanto, acreditamos ser pertinente ao concluir este tópico, adotarmos uma afirmativa de Giorgi e Mion Junior de que a eficácia de qualquer tratamento medicamentoso - dietético só pode ser estabelecida se pudermos determinar até que ponto os pacientes aderiram ao tratamento.

Sumarizando, a revisão dos estudos evidenciou que:

- quanto mais os sujeitos percebiam a insuficiência renal crônica como severa, mais aderentes eram ao tratamento dialítico e dietético;

- a maioria das investigações que buscou identificar a extensão da aderência ao tratamento dialítico e dietético do paciente com insuficiência renal crônica, apresentou como resultado o maior nível de aderência sendo em relação ao potássio, seguido por ganho de peso;

- efeitos colaterais cosméticos de medicações imunos supressores mostrou-se como uma variável capaz de influenciar a aderência das adolescentes que se submeteram ao transplante renal;

- nem mesmo o diagnóstico de doenças potencialmente fatais como o câncer protegeu as crianças de comportamento de não aderência ao quimioterápico, assim como não assegurou a aderência;

- suporte social primário (família, amigos próximos) e suporte social secundário (médico, enfermeiro e demais membros da equipe de diálise) influenciaram positivamente a aderência ao tratamento dialítico e dietético dos pacientes com

insuficiência renal crônica;

- substâncias como uréia, creatinina e potássio em níveis elevados influenciaram nas funções cognitivas e no funcionamento da personalidade dos sujeitos;

- aderência das mães de pré-escolares à imunização não mostrou associação com locus de controle, valor de saúde, vulnerabilidade à doenças transmissíveis nem a variáveis demográficas como idade, sexo, religião, estado civil, escolaridade e etc.;

- a não aderência ao tratamento da hipertensão arterial teve como justificativas entre outras, as seguintes: a) ausência de sintomas; b) custo do tratamento; c) efeitos colaterais desagradáveis e como justificativas de aderência foram apresentadas: receio de complicações e melhora dos sintomas como principais.

#### . Estudos sobre locus de controle

O conceito locus de controle, desenvolvido por Rotter (1966) na sua teoria de aprendizagem social (1954) sugere que cada vez que o comportamento do indivíduo é seguido pelo resultado esperado, aumenta a expectativa (locus de controle) do indivíduo de que o reforço (recompensa) se acha relacionado àquele comportamento, enquanto reforços (recompensas) não ligados a esforços individuais resultam na expectativa (locus

de controle) de que tais reforços ou recompensas não são dependentes do próprio comportamento, mas de uma fonte externa.

Rotter & Mulry (1965) conduziram um estudo com o objetivo de verificar se existia diferença entre sujeitos com locus de controle interno e sujeitos com locus de controle externo, quanto ao valor que eles davam a recompensa, testando as hipóteses de que: a) sujeitos com locus de controle interno levariam mais tempo para fazer uma discriminação difícil em uma tarefa que percebessem ser determinada por habilidade do que sujeitos com locus de controle e b) sujeitos com locus de controle externo levariam mais tempo para fazer uma discriminação difícil em uma tarefa que percebessem ser determinada por sorte ou chance do que sujeitos com locus de controle interno.

O instrumento para medição das diferenças individuais foi a escala I-E de Rotter. A amostra constituiu-se de 61 mulheres e 59 homens do curso elementar de Psicologia da Universidade Estadual de Ohio, designados aleatoriamente. Metade do grupo recebeu a escala I-E antes da experiência e a outra metade a recebeu após a experiência. Quatro grupos de participantes foram comparados em uma série de variáveis dependentes. Embora a principal comparação entre os grupos fosse o tempo de decisão, índices adicionais foram computados para determinar se outros fatores poderiam estar influenciando ou não o tempo de decisão. Foi calculada a frequência de mudanças incomuns nas expectativas. Esta medida consistiu na contagem do número de vezes que um participante elevava suas expectati

vas após um fracasso, ou as reduzia após um sucesso. Quanto aos resultados, o escore médio da escala I-E foi de 8,48. Assim, todos os participantes com escore 9, ou mais, foram classificados como tendo locus de controle externo, enquanto os que tinham escore 8 ou menos foram caracterizados como tendo locus de controle interno. A análise de variância indicou que o sexo não foi responsável por quaisquer dos resultados, entretanto os participantes que fizeram o teste antes do procedimento experimental, mostraram tempos de decisão significativamente mais longos a um nível de significância  $< 0.01$  nas primeiras oito experiências.

O que ficou sugerido, na concepção dos autores, é que com a aplicação prévia dos testes, tenha sido obtido maior envolvimento dos participantes na experiência do que quando o teste seguia a tarefa. As constatações daqueles estudos são claras e conforme afirmam os autores, indivíduos caracterizados como internos, com base na escala I-E, levam mais tempo para decidir em uma tarefa controlada por habilidades. Talvez em parte, segundo nossa concepção, o próprio conceito locus de controle explique essa constatação, já que de acordo com este, sujeitos com locus de controle interno são aqueles que acreditam que o controle dos eventos que os cercam, estejam ligados ao próprio comportamento e deste modo, seria incoerente, dizer-se controlados e não gastar tempo para resolver tarefas que envolvam habilidade. Afinal o êxito desta deve-se ao seu próprio comportamento.

Buscando identificar diferenças entre sujeitos com lo

cus de controle interno e sujeitos com locus de controle externo, com relação a maneira de enfrentar ameaças, Phares, Ritchie e Davis (1968) desenvolveram um estudo aplicando inicialmente a escala I-E de Rotter a 225 estudantes da Universidade Estadual de Kansas, obtendo-se um escore médio de 14,56 na direção da internalidade. Destes estudantes, foram escolhidos os participantes do estudo: 19 eram sujeitos com locus de controle externo, sendo 14 mulheres e 5 homens e 21 eram sujeitos com locus de controle interno, onde 13 eram mulheres e 8 eram homens. A condição de ameaça constituiu-se na informação aos participantes de que fariam uma série de testes de personalidade e que seriam individualmente interpretados por psicólogos clínicos treinados (as interpretações no entanto foram idênticas para todos os participantes).

Como resultado, os autores afirmam que nenhuma das escalas de avaliação produziu diferenças significativas ao nível de significância estabelecido ( $p < 0.05$ ) pois, sujeitos com locus de controle interno atingiram o escore médio de 5,81 nos testes enquanto os sujeitos com locus de controle externo atingiram o escore médio de 6.37. Nenhum resultado portanto deu apoio a hipótese do estudo que antecipava que, diante de uma situação de desafio, sujeitos com locus de controle interno, reagem com menos ansiedade do que sujeitos com locus de controle externo.

O fato dos resultados não terem apoiado a hipótese do estudo, pode em parte estar relacionado ao tamanho da amostra, o que por outro lado conferiria também mais condições para re

futar a hipótese, caso fosse essa a questão. Portanto continua a dúvida de que sujeitos com locus de controle interno reagem com menos ansiedade do que sujeitos com locus de controle externo quando em situação de desafio.

Lowery & Ducette (1976), com o objetivo de investigar diferenças entre diabéticos com locus de controle externo e diabéticos com locus de controle interno segundo a escala I-E de Rotter no que se refere a sua doença, desenvolveram um estudo sob a hipótese de que diabéticos com locus de controle interno têm maior conhecimento sobre sua doença do que diabéticos com locus de controle externo. A amostra consistiu de 30 pacientes diabéticos recentemente identificados; 30 com 3 anos de diabetes e 30 com 6 anos de diabetes, onde todos tinham menos de 65 anos e sabiam ler. Os pacientes receberam dois questionários, a escala I-E de Rotter e o Teste de informação de Saúde e Diabetes, desenvolvido pelas autoras, com 48 itens do tipo verdadeiro-falso, 24 relacionados especificamente com diabetes e 24 envolvendo informação geral sobre a saúde. Os itens se dividiam em não-controle e controle. Itens de não controle eram declarações meramente descritivas sobre situações de saúde ou doença, que não se relacionavam diretamente com atividades que a pessoa pudesse usar no controle de situação de saúde ou de doença; foram dispostos em quatro categorias: diabetes relacionada a controle, diabetes relacionada a não-controle, não-diabetes relacionada a controle e não-diabetes relacionada a não-controle. O procedimento de validade dos itens foi de conteúdo, pelo julgamento de especialistas.



Foram caracterizados como sujeitos com locus de controle interno aqueles que obtiveram um escore inferior a 10, e como sujeitos com locus de controle externo aqueles que alcançaram escore superior a 10 sendo o escore médio obtido pelo grupo para locus de controle igual a 10,37 com um desvio-padrão de 3,29. Os resultados do teste da análise de variância mostraram que: a) diabéticos com locus de controle interno possuíam mais informações gerais de saúde do que os diabéticos com locus de controle externo; b) tanto os diabéticos com locus de controle interno quanto os com locus de controle externo, obtiveram escores maiores nos itens relacionados ao controle da doença do que nos itens de informações gerais de saúde; c) diabéticos com locus de controle interno alcançaram escores significativamente mais altos nos itens relacionados ao controle da doença do que diabéticos com locus de controle externo entretanto não houve diferença significativa entre os diabéticos com locus de controle externo e diabéticos com locus de controle em itens de não controle da doença; d) sujeitos com locus de controle interno mostraram maior conhecimento sobre itens de diabetes do que sujeitos com locus de controle externo; e) os sujeitos com locus de controle interno do grupo de diagnóstico recente mostraram mais informações sobre diabetes do que os sujeitos com locus de controle externo.

Dados significando problemas de controle geral da doença foram retirados de registros nos prontuários e vistos em função do tempo de duração da doença. Os escores foram divididos pelos números de meses correspondentes à manifestação

do diabetes, de forma que o estado clínico era descrito de acordo com o número de problemas por mês, ao longo da doença. Os dados foram submetidos a duas análises de variância para interno-externo e a duas análises de variância para 3 anos e 6 anos e os resultados indicaram um efeito principal da variável duração da doença sobre controle da mesma ( $F=7$ ;  $G1=1/56$  e  $p < 0.01$ ) e da variável locus de controle sobre informações sobre informações da doença ( $F=5,06$ ;  $G1=1/56$  e  $p < 0.05$ ).

Segundo o mesmo raciocínio empreendido no estudo anterior a esse, de que o tamanho da amostra poderia ter contribuído para não apoiar a hipótese, diríamos que neste estudo o tamanho da amostra permitiu as autoras constatarem que existiam diferenças entre diabéticos com locus de controle interno e diabéticos com locus de controle externo, entretanto sentimos necessidade de uma análise mais detalhada sobre a relação locus de controle e tempo de diagnóstico.

Com o propósito de identificar associação entre locus de controle e aderência à medicação e às restrições dietéticas dos pacientes com insuficiência renal crônica, Wenerowicz, Riskind e Jenkins (1978), desenvolveram uma investigação cuja hipótese antecipava que pacientes em hemodiálise com locus de controle interno, segundo a escala I-E de Rotter, mostrariam uma taxa significativamente mais alta de aderência às prescrições médicas e dietéticas do que pacientes com locus de controle externo. A amostra foi composta de 13 homens e 6 mulheres em hemodiálise e os critérios para seleção foram: mínimo de 3 meses em tratamento e estes de 3 vezes por semana com du

ração de 3 a 4 horas; idade entre 19 e 70 anos. A escala I-E de Rotter foi utilizada para caracterizar o locus de controle, enquanto a aderência foi avaliada pelo nível médio de potássio sérico, nível médio de fósforo sérico, nível médio de uréia nitrogenada sérica e ganho de peso entre as sessões de diálise. As três primeiras medidas eram registradas mensalmente, e o ganho de peso, em cada sessão de tratamento. Os critérios para medidas de não aderência médica e dietética foram: potássio médio superior a 5,5 mEq/l; fósforo médio superior a 4,5 mg%, uréia nitrogenada superior a 100 e ganho médio de peso entre as sessões de diálises maior do que a média grupal, de 2,6 kg. Estas medidas eram vistas como refletindo comportamentos de aderência à dieta (potássio); ingestão anti-ácida (fósforo); ingestão de proteína (uréia nitrogenada) e ingestão de fluido e sódio (ganho de peso). Os resultados mostraram associação entre a variável locus de controle interno e aderência médica e dietética e apoiaram a hipótese do mesmo, uma vez que o grupo de pacientes caracterizados como tendo locus de controle interno obteve os seguintes resultados para a aderência: a) quanto ao potássio, o escore médio obtido foi de 4,77 mEq/l; b) quanto ao fósforo, o escore médio foi 4,34mg%; c) quanto a uréia nitrogenada, 88.27 e d) quanto ao peso, 2 kg portanto os sujeitos com locus de controle interno foram aderentes em todos os parâmetros do estudo. Já o grupo de pacientes caracterizados como tendo locus de controle externo, obteve um nível médio para potássio de 5,32 mEq/l; para fósforo, 5,56 mg%; para uréia nitrogenada, 104.35 e para ganho de peso,

um escore médio de 2,9 kg, portanto a aderência neste grupo foi observada apenas em relação ao potássio.

Os percentuais obtidos para extensão da aderência ao potássio, fósforo, uréia e peso por parte dos sujeitos com locus de controle interno foram respectivamente: 90%, 60%, 70% e 70% enquanto os sujeitos com locus de controle interno obtiveram 56%, 0%, 33% e 33%. Valendo ressaltar aqui que, mesmo naquela medida que os pacientes com locus de controle externo foram aderentes, ou seja no potássio o escore médio obtido foi maior (5,32 mEq/l) do que o escore obtido pelo grupo com locus de controle interno (4.77).

Hallal, compartilhando o conceito de locus de controle que pressupõe diferença entre aquelas pessoas que têm o locus de controle interno e aquelas que têm o locus de controle externo, desenvolveu em 1982 um estudo com 207 mulheres adultas e voluntárias. Em sua concepção: a) mulheres que praticam o auto-exame de mamas (BSE) são aquelas que acreditam na suscetibilidade da doença e nos benefícios que o exame lhe trará; b) mulheres que praticam o auto-exame de mama são aquelas que apresentam locus de controle interno e c) mulheres que praticam o auto-exame de mama são aquelas que apresentam maiores escores para auto-imagem. Foram utilizados neste estudo quatro instrumentos auto-administrados sendo eles: 1) instrumento de crenças de Stillman (1977), tendo na primeira parte, quatro questões de múltipla escolha para testar o conhecimento do respondente sobre câncer de mama e, na segunda parte, (escala tipo Likert com 9 afirmativas em um continuum do tipo concor-

do-discordo) onde metade dos itens mede suscetibilidade percebida ao câncer de mama, enquanto a outra metade avalia benefícios percebido do BSE; 2) escala multidimensional de locus de controle de saúde (Wallston et alii, 1976), consistindo de três sub-escalas para medir dimensão interna, dimensão de outras pessoas com controle ou influência e dimensão de chance, sorte, destino; 3) escala de auto-imagem de Tennessee (TSCS), desenvolvida por Fitts (1965) com 100 afirmativas auto-descritivas que o respondente usa para retratar a si próprio, respondendo em um continuum de totalmente falso até completamente verdadeiro; e 4) em formulário com informação sobre experiências passadas para reunir dados sobre prática do BSE e também coletar dados demográficos.

Os dados foram analisados em termos de percentual, frequência e coeficiente de correlação produto momento de Pearson. Quanto à prática do BSE: 165 mulheres (80%) indicaram praticá-lo, enquanto 42 (20%) nunca o haviam praticado. A frequência da prática variava de menos de uma vez por ano até mais de uma vez ao ano. Apenas 42 (25%) do grupo praticante efetuava o exame na frequência recomendada, de uma vez ao mês, enquanto um número maior (72 mulheres) do grupo praticante relatou praticar de uma a cinco vezes por ano. Com relação as hipóteses, as médias para praticantes e não-praticantes em todas as sub-escalas dos três instrumentos seguiram as hipóteses e todas as correlações foram significativas com exceção de duas (sub-escala interna e chance do MHLC). A sub-escala correspondente a outras pessoas com influência do MHLC, obteve

um  $r=0,347$  explicando 12% da variância. Benefícios percebidos com um  $r=0,286$  explicou 8,2% da variância e susceptibilidade percebida respondeu por 2% da variância ao nível de significância 0.05. A hipótese I foi apoiada, com base nas correlações significativas encontradas entre ser praticante do BSE e obter escores mais altos nas duas sub-escalas do instrumento de crenças de saúde. A hipótese II não foi apoiada pois não houve correlação significativa entre ser praticante do BSE e obter escores mais altos na sub-escala interna do MHLIC e a hipótese III que antecipava escores mais altos na TSCS para as praticantes do BSE foi apoiada.

A hipótese I foi confirmada, entretanto chama-nos a atenção o fato da suscetibilidade corresponder a apenas 2% da variância e benefício corresponder a 8,2% e fazemos alguns questionamentos, que podem de algum modo constituir objeto de investigação para aqueles que estejam interessados em estudos do comportamento de mulheres acerca do câncer de mama. Será que grande parte das mulheres não se percebem como suscetíveis ao câncer de mama? Ou, as que se percebem suscetíveis, acham-se assustadas por sua crença ao ponto de temerem praticá-lo e por um mecanismo de negação (medo de detectar alguma modificação) deixam de praticar o exame? Outra indagação seria: as mulheres que não se percebem como suscetíveis ao câncer e praticam o BSE, encaram ou percebem como grandes os benefícios deste em troca de um esforço pequeno? Tais indagações esclarecidas seriam sem dúvida de grande interesse para as mulheres, uma vez que sabemos a importância da prática do exame de

mama como estratégia de prevenção da doença.

Sobre a hipótese 2 não ter sido apoiada, é preciso questionar de Hallal ao adotar a escala MHLC, corrigiu-a na direção da internalidade conforme recomendam os autores da mesma? O que não nos pareceu ter sido considerado. Outro aspecto a ser ressaltado com relação ao MHLC é o que diz respeito ao critério a ser adotado para caracterizar o locus de controle, uma vez que a escala apresenta 1/3 dos itens destinados a locus de controle interno e o restante para locus de controle externo. Embora não conhecendo a escala TSCS (para auto-conceito) de certo modo alguma semelhança deve existir entre esta e o MHLC, pois um cuidado empreendido e citado pela autora para eliminar redundância entre os itens dos instrumentos foi o procedimento de correlação de Pearson, o que também pode ter influenciado no resultado da análise dos dados.

Se existe relações entre crenças de saúde, auto-conceito e BSE, estratégias devem ser propostas e desenvolvidas para mudar percepções e atitudes e crenças das mulheres acerca do câncer de mama.

Em 1983, O'Connell desenvolveu um estudo com gestantes primíparas, objetivando verificar a confiabilidade do instrumento que desenvolvera para "locus de controle" específico da gravidez ("The Pregnancy Attitude Index" - PAI) em relação à escala de Levenson. O PAI foi baseado nas Escalas de Expectativas Generalizadas de Levenson, os quais, embora tenham caráter multidimensional — ou seja, itens para "chance", para "outras pessoas" que possam influenciar as expectativas

do sujeito e para "atribuição interna" — são generalizadas, o que para O'Connell significa que possuem validade questionável. A amostra do estudo foi de 44 voluntárias que faziam preparo para o parto, sob os seguintes critérios: primíparas entre 19 e 35 anos; com 25 a 35 semanas de gestação; acima da escala socioeconômica mais baixa (determinada pelo índice de Posição Social de dois fatores de Hollingshead). Foi utilizada a correlação produto-momento de Pearson (PPMC) para comparar o escore de cada indivíduo nas escalas de controle interno (I); outras pessoas (P) e chance (C) de Levenson e o PAI (I, P e C). Como resultado, o estudo mostrou correlação significativa entre as escalas de controle interno (I) e de chance (C) ( $r=0,611$  e  $r=0,658$ ) a um nível de significância de 0.01, bem como correlação significativa entre escala de controle de outras pessoas que tinham influência sobre o comportamento do sujeito (P) do PAI e de Levenson ( $r=0,360$ ), ao mesmo nível de significância.

Com base na evidência de possíveis relacionamentos entre laços sociais, "locus de controle" e saúde, Thomas e Hopper (1983) selecionaram 40 indivíduos de uma população de 300 idosos, com 65 anos ou mais, participantes voluntários para uma pesquisa longitudinal de 5 anos sobre o processo de envelhecimento. O objetivo do estudo, de caráter exploratório foi compreender o que representavam as relações interpessoais para indivíduos mais velhos importunados por alterações de saúde e privação econômica. Dados sobre laços sociais resultaram da adoção do Programa de Entrevistas de Interação Social



(ISS) de Henderson (1980) e do grau de satisfação do indivíduo por seis categorias necessárias de relacionamento social (conhecimento, amizade, ligação, tranquilização de valor, aliança confiável e relacionamentos francos e confiantes). A validade do ISSI foi aceitável para os autores, pois uma comparação das correlações produto-momento entre os escores dos respondentes e de informantes equiparados foi significativa além do nível de 0,01. A Escala I-E de Rotter foi usada para medir as expectativas gerais de controle e a Escala Multidimensional (MHLC) de Wallston e Wallston (1978) foi usada para medir o "locus de controle" específico à saúde. Como resultado, o ISSI ofereceu 4 subescores — disponibilidade de integração social (AVSI), adequabilidade de integração social (ADSI), disponibilidade de ligação (AVAT) e adequabilidade de ligação (ADAT) — em que AVSI refere-se à presença e acessibilidade de amigos, parentes e conhecidos; ADSI indica a suficiência percebida de amizades, conhecimentos, reafirmação do valor e aliança confiável; AVAT implica acessibilidade a um relacionamento comprometido, continuado e estreito com um ou mais indivíduos; enquanto ADAT diz respeito à satisfação do indivíduo com a relação de ligação.

Em todos os casos, os escores obtidos indicaram um alto grau de interação social e de satisfação, inexistindo diferença significativa, nos escores, entre os casados e os solteiros. Embora não houvesse correlações estatisticamente significativas entre os escores ISSI e idade, o grupo mais idoso apresentava escores globais mais elevados do que o mais jovem.

Os participantes, como um todo, tinham "locus de controle" interno com escores variando de 1 a 15. A internalidade também parecia crescer com a idade aumentada. A significância da relação entre idade e "locus de controle" foi testada pelo coeficiente "r" de Pearson e pelo "rho" de Spearman, cujos resultados foram -0,25 e -0,2, respectivamente. A conclusão das autoras é de que os indivíduos idosos se caracterizavam por laços sociais adequados e satisfatórios e por uma orientação de "locus de controle" interno, tanto geral como específico à saúde, bem como mantinham padrões ativos de interação social face à idade em avanço, acreditando exercer algum controle sobre suas vidas e saúde. A forte correlação encontrada entre a internalidade e a disponibilidade de integração social é consistente, face aos dados da literatura.

No Brasil, Biagio e Guazeli (1984) investigaram a relação entre maturidade de julgamento moral e internalidade de "locus de controle", conduzindo um estudo sob a hipótese de que indivíduos que atingem nível pós-convencional de julgamento moral, segundo Kohlberg, tendem à internalidade do "locus de controle". A amostra do estudo foi composta por 15 estudantes de pós-graduação e 14 de graduação. Entre os estudantes da pós-graduação, 8 eram homens e 7, mulheres, com idade média de 34 anos. Entre os estudantes da graduação, todos eram do sexo masculino, com idade média de 23 anos. O instrumento utilizado para determinar a maturidade de julgamento moral foi a Escala de Julgamento Moral de Kolberg (forma A, traduzida e adaptada para o português pelas autoras), consistindo de

três dilemas morais envolvendo perguntas a que os sujeitos responderam. Para a medida de "locus de controle" foi utilizada a Escala I-E de Rotter.

O Teste U, de Man-Whitney (2,  $p = 0,01$ ), mostrou diferenças significativas entre médias dos escores de "locus de controle", revelando que os sujeitos com julgamento moral pós-convencional, na amostra de pós-graduação, tiveram escores mais baixos na Escala I-E, ou seja, os pós-convencionais são mais internos, confirmando assim a hipótese. No entanto, na amostra de estudantes de graduação a diferença não foi significativa ( $U$  obtido = 27;  $U$  crítico = 9). Agrupando-se os dados dos dois grupos ( $n = 29$ ), a diferença também não foi significativa ( $U$  obtido = 52;  $U$  crítico = 48), portanto os resultados apoiaram em parte, a hipótese, uma vez que apenas no grupo de pós-graduação é que pode ser constatado que indivíduos que atingem nível de julgamento pós-convencional tendem a ter locus de controle interno. É pressuposto teórico que indivíduos em estágios de pós-graduação são aqueles com mais idade que os indivíduos de graduação e portanto a variável idade pode estar contribuindo para tais resultados.

Jordan-Marsh e Neutra (1985) desenvolveram um estudo com o objetivo de verificarem a relação existente entre os escores de "locus de controle" e mudança nos parâmetros físicos de 337 participantes de um programa de mudanças de estilo de vida. Os instrumentos, testes psicológicos, medidas de hábitos de saúde, medidas de ansiedade, satisfação conjugal, eventos da vida e "locus de controle" de saúde (HLC). Para ava-

liação deste último foi usada a Escala HLC, modificada por Rotter (1977).

Os parâmetros físicos avaliados nos respondentes da a mostra foram: pressão sangüínea, sistólica e diastólica, medida por máquina de pressão sangüínea automática infra-sônica; taxa de colesterol total do soro para lipoproteínas de alta densidade e triglicerídeos do soro medidos por fracionamento de amostras intra-venosas e peso corporal. Esses parâmetros foram medidos na admissão, na alta e no acompanhamento de 6 meses.

Durante 24 dias os pacientes participaram de um programa educacional, de reforço de habilidade e médico, desenvolvido por uma equipe multidisciplinar. Após a avaliação física e psicológica, cada participante recebeu um regime de modificação de hábitos de vida, num programa de refeições compartilhadas, seminários, sessões grupais e individuais com mêdicos, enfermeiros, psicólogos, etc.. Ao completar o programa residencial, o paciente retornava, para avaliação do progresso na redução do indicador de risco aos seis meses, um ano e anualmente, durante cinco anos. A coleta de dados pelo HLC foi feita na admissão e repetida na alta.

Os resultados confirmaram a hipótese de que os pacientes do estudo seriam mais internos que os pacientes da amostra original de Wallston, pois as médias dos escores HLC, na versão de Rotter, foram de 2,44 na admissão e 2,23 na alta. Esses escores são mais baixos que os encontrados por Wallston. Também confirmou-se a hipótese de que os escores diminuiriam

com a participação no programa, refletindo tendência para a internalidade. Houve uma redução de 0,21 unidades na escala de 11 itens (HLC). A dimensão "outras pessoas com influência" (1 item) reflete a queda de 0,25 unidades; a dimensão "chance" (4 itens) reflete a queda de 0,19 unidades e a "interna" (6 itens), uma perda de 0,23 unidades.

Os Testes t, utilizados na admissão e na alta, no tocante às mudanças, mostraram diferenças significativas ( $p > 0,001$ ) para todos os parâmetros, enquanto durante o programa residencial, apenas indicavam valores decrescentes para a mudança nos parâmetros físicos. Tais mudanças (da admissão a 6 meses) mostraram-se significativamente diferentes ( $p < 0.05$ ), em todos os parâmetros, exceto para lipídios e pressão sanguínea diastólica. Com relação à hipótese "d", ou seja, correlação entre escores de HLC e mudanças nos parâmetros físicos, da admissão até a alta, não houve correlação entre as mudanças nos parâmetros físicos e a dimensão de internalidade da HLC. As mudanças nos escores da HLC também não se relacionaram às mudanças nos parâmetros físicos.

Embora as constatações acerca do "locus de controle" na área da saúde não sejam uniformemente consistentes, vários estudos têm demonstrado que as pessoas com "locus de controle externo" são mais inclinadas a postergarem as cirurgias corretivas/eletivas (Andrey, 1972) e as que se associam ao excesso de peso (O'Bryan, 1972), obtendo menos sucesso nos programas de controle de peso (B. Wallston et alii, 1976; K.A. Wallston et alii, 1978). Tais ocorrências reforçam que a internalida

de é uma perspectiva desejável.

Estudos envolvendo "locus de controle" e rendimento acadêmico associado a outras variáveis, tais como classe social, pobreza, motivação, etc. foram desenvolvidos por Romero Garcia (1980). Na pesquisa sobre "locus de controle", inteligência, "status" socioeconômico e rendimento acadêmico (1980), 81 estudantes do ciclo básico de Ciências da Saúde da Universidade dos Andes (Mérida, Venezuela) foram avaliados em termos de "locus de controle" de acordo com as escalas de Levenson. O autor afirma que os resultados obtidos demonstraram que a repetência pelos alunos não estava associada ao "status" socioeconômico, uma vez que ela ocorreu em proporções equivalentes nos sujeitos dos três níveis de "status" socioeconômico utilizados para fins do estudo. Também nessa amostra, os resultados indicam que repetentes e não-repetentes apresentam quocientes intelectuais equivalentes, o que não permite afirmar seja o quociente intelectual fator preditivo da repetência. Quanto às variáveis internalidade-externalidade, o estudo mostrou que um de cada dois estudantes (51,06%) tipificados como externos é repetente, e que 20% dos estudantes caracterizados como internos são repetentes, o que equivale a dizer que um de cada cinco estudantes é repetente. Para o autor, a orientação interna está associada ao êxito acadêmico, enquanto a orientação externa relaciona-se ao fracasso acadêmico (repetência).

O "locus de controle" em crianças motivou um estudo de Feres (1981), que o investigou a nível de comparação so-

cial, em crianças.

Os pressupostos desta investigação consistiam nos seguintes: 1) "locus de controle" dos sujeitos, oportunidade de comparação social e o resultado do desempenho (sucesso e fracasso) afetam a atribuição da causalidade no desempenho de uma tarefa; 2) sujeitos de "locus de controle" interno, quer tenham sido bem ou mal sucedidos na tarefa experimental, têm expectativas futuras mais semelhantes a seu próprio desempenho do que ao desempenho do grupo, enquanto sujeitos com "locus de controle" externo, quer tenham sido bem ou mal sucedidos na tarefa experimental, têm expectativas mais semelhantes ao desempenho do grupo de pares do que ao seu próprio desempenho.

A amostra do estudo foi constituída por 36 crianças de 5.<sup>a</sup> e 6.<sup>a</sup> séries, de ambos os sexos, onde as que obtiveram escores inferiores à mediana, na escala, foram consideradas como de "locus de controle" predominantemente interno e aquelas com escores iguais ou superiores à mediana, na escala, foram classificadas como externas. Estes sujeitos, na situação experimental, foram postos numa situação de jogo que implicou a resolução individual de dez quebra-cabeças.

Quanto aos resultados, a autora indica, em relação ao primeiro pressuposto que: a) os sujeitos externos obtiveram médias mais altas na atribuição da causalidade (no sentido da externalidade) do que os internos, independentemente da situação experimental (com ou sem comparação social de sucesso ou fracasso), b) sujeitos informados de que os resultados de seu desempenho foram de fracasso obtiveram médias mais altas na a

tribuição da causalidade do que os sujeitos aos quais se comunicou haverem tido sucesso, independentemente da situação experimental envolver comparação social e de seu "locus de controle" ser predominantemente interno ou externo; c) o efeito da interação entre o resultado do desempenho (sucesso ou fracasso) e a comparação social (com ou sem), indica que, na situação experimental de fracasso, os sujeitos apresentam a tendência de atribuir causalidade externa quando há comparação social, enquanto na situação de sucesso são levados mais à atribuição da causalidade externa, quando não há comparação social; d) o efeito da interação entre "locus de controle", comparação social e resultado de desempenho indica que tanto os sujeitos internos quanto os externos, na situação de sucesso, fazem mais atribuição de causalidade externa quando não há comparação social; paralelamente, na situação de fracasso, tanto os internos quanto os externos obtêm médias mais altas na atribuição da causalidade na situação com comparação do que na situação sem comparação. A diferença entre as médias, na situação de fracasso e sucesso com comparação social, foi maior nos sujeitos externos.

Em relação ao segundo pressuposto, a constatação é de que os sujeitos com "locus de controle" externo proporcionaram expectativas de desempenho futuro mais semelhantes às de seus pares do que a de seu desempenho anterior, enquanto os sujeitos internos basearam suas previsões em seu desempenho, na situação experimental, independentemente de ter o resultado do desempenho anterior sido de sucesso ou fracasso.



Nas conclusões do estudo, a autora refere que:

a) a atribuição de causalidade, de acordo com a formulação de Rotter (1966), aplica-se também a brasileiros, especialmente às crianças; b) a experiência continuada de sucesso poderia levar à modificação do "locus de controle" externo para interno; c) a comparação social funciona, nos internos, como ratificadora na situação de sucesso e como modificadora na situação de fracasso do "locus de controle" do sujeito, e o inverso se dá com os externos; d) é válida a aproximação entre os construtos de "locus de controle" e comparação social; e) na previsão de resultados futuros, o papel da comparação social é de ratificação do "locus de controle".

Para Dela Coleta (1987) é importante distinguir claramente "locus de controle" de atribuição de causalidade, o que em nosso entendimento se faz necessário no momento. Segundo essa autora, o "locus de controle" se refere a uma característica mais ou menos estável da pessoa, uma tendência a explicar as ocorrências mais interna ou externamente, enquanto a atribuição da causalidade responde pelo processo através do qual são encontradas explicações causais à ocorrência dos diversos eventos, envolvendo o sujeito e os outros, a qual não pode ser confundida como uma variável do indivíduo. Em uma comparação apenas didática, poder-se-ia dizer que a inteligência está para a solução de problemas, assim como "locus de controle" está para a atribuição da causalidade, onde os primeiros seriam as características do sujeito, e os segundos, os processos empregados para cada fim.

Na área da enfermagem, em nosso país, Galperim (1985) objetivando determinar a relação entre o "locus de controle" dos clientes e membros da equipe de enfermagem de uma unidade de autocuidado e liberdade de raiz e ação, frente a doze comportamentos de autocuidado, desenvolveu um estudo com uma amostra constituída de 94 clientes e 19 funcionários. Os resultados do estudo permitiram a autora concluir que:

a) os clientes valorizam, em maior ou menor escala, os doze comportamentos de autocuidado, assim como a maioria dos membros da equipe de enfermagem concordam que os clientes valorizem os referidos comportamentos; b) a maioria dos clientes sente falta de liberdade de ação em relação a sete dos doze comportamentos de autocuidado, enquanto os clientes têm liberdade em relação a nove dos doze comportamentos; c) a causa da inexistência de liberdade de ação dos clientes, sob o ponto de vista da autora, é atribuída igualmente a fatores internos e externos, enquanto os membros da equipe de enfermagem que concordam com a inexistência da liberdade de ação atribuem-na a fatores externos.

Ainda com relação à variável "locus de controle" na área da Enfermagem, Vieta (1985), em sua proposta de um marco conceitual para a prática da enfermagem social (contribuição para bases de uma teoria de enfermagem), ressalta a internalidade como um aspecto desejável do indivíduo na busca de solução para seus problemas de saúde. Segundo a autora, a internalidade faz parte do marco conceitual que fundamenta a assistência de Enfermagem Social, sendo ainda destacada a importân

cia de uma assistência fundamentada não só nos aspectos biológicos como também nos aspectos psicológicos e sociais desenvolvidos na concretude da organização social.

De um modo geral e resumido, a partir da breve revisão da literatura, concorda-se com o autor do construto, bem como com outros autores que desenvolveram estudos sobre "locus de controle", de que a internalidade é um aspecto desejável, pois as conclusões de alguns estudos proporcionam as seguintes indicações: a) indivíduos caracterizados como internos, com base em escores da Escala de Controle I-E, levam mais tempo para decidir sobre tarefas controladas por habilidades; b) os diabéticos internos possuíam, em geral, mais informações do que os diabéticos externos, tendo também mostrado maior conhecimento sobre itens de diabéticos do que estes; entretanto, a não-adesão dos diabéticos ao tratamento e as complicações crescentes entre os orientados internamente ocorreram quando estas pessoas se deram conta de que seu aprendizado (autocuidado) não ajudava a controlar suas doenças; c) existe relação entre "locus de controle" interno e adesão ao tratamento dialítico nos pacientes com insuficiência renal crônica; d) indivíduos idosos caracterizaram-se por laços sociais adequados e satisfatórios e por uma orientação interna do "locus de controle", tanto geral como específica à saúde, bem como mantiveram padrões ativos de interação social face à idade em avanço, acreditando exercer algum controle sobre sua vida e saúde, entre outros.

## CAPÍTULO III

### METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo exploratório, descritivo-correlacional e foi conduzido em um centro de hemodiálise de Florianópolis e em três centros de hemodiálise de Porto Alegre. Quanto ao centro de diálise de Florianópolis, este funciona como um serviço do Hospital Governador Celso Ramos. Já os de Porto Alegre, um está localizado na Santa Casa de Misericórdia, outro junto ao Hospital Petrópolis e o maior deles, junto ao Hospital Lazarotto. Em todos os centros o custo do tratamento é financiado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

A solicitação para obter consentimento para proceder ao estudo, deu-se através de ofício (Anexo 1) enviado aos diretores de cada centro, após um contato pessoal e informal, entre estes e a pesquisadora. O critério de seleção dos três centros de Porto Alegre para o estudo, deveu-se ao fato de serem os mais próximos da residência da autora e também a facilidade de acesso aos diretores dos mesmos, portanto a seleção dos centros foi de conveniência. Quanto ao centro de Florianópolis, deveu-se ao fato de ser o único da cidade e este ter sido o local onde o curso de mestrado foi desenvolvido.

A população foi constituída por pacientes portadores de insuficiência renal crônica em regime de hemodiálise de 3

vezes por semana nos referidos centros. Em cada centro, existia uma listagem nominal dos pacientes em programa de hemodiálise de acordo com os dias e horário do tratamento. A partir desta listagem (programa), foram selecionados os pacientes que estivessem em tratamento no mínimo há três meses e os demais critérios foram: a) adultos que quisessem participar de livre e espontânea vontade; b) que estivessem orientados no tempo e no espaço; c) apresentassem capacidade de responder perguntas verbalmente; e d) que não apresentassem nenhuma alteração (intercorrência clínica, mal estar físico ou emocional) no decorrer da hemodiálise, já que este era o momento da entrevista. De acordo então com estes critérios a amostra final do estudo consistiu de 107 pacientes portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise.

### 3.1 - Instrumentos para coleta de dados

O instrumental para coleta de dados consistiu de uma escala para registrar dados sobre aderência e uma escala para medir o locus de controle.

#### 3.1.1 - Questionário para medir aderência

A escala destinada a medir a aderência constou de duas partes, a primeira continha oito itens, sendo que os sete primeiros cumpriram a finalidade de coletar dados sobre as características dos participantes conforme estão descritas no Capítulo IV, e a segunda parte, continha sub-itens para mensuração da aderência, correspondendo este então ao nível sérico

mensal de potássio; taxa de ganho de peso entre as sessões de hemodiálise e número de faltas.

### 3.1.2 - Critérios para medir aderência

Os critérios estabelecidos no presente estudo para refletir aderência dos pacientes com insuficiência renal crônica ao tratamento dialítico e dietético, basearam-se nos critérios utilizados por Venerowicz et alii (1979) na Unidade de Hemodialysis do Center Medical Mount Sinai nos E.U.A. para conduzir um estudo com propósitos semelhantes a este. Aderência à dieta com restrição de alimentos ricos em potássio, para este autor, significou uma taxa sérica mensal igual ou menor que 5,5 mEq/l, enquanto aderência à restrição hídrica e salina, significou o valor da média ponderal do grupo e que no grupo alcançou uma taxa de 2.6 kg. Portanto aqueles que tivessem sua taxa de peso ganho entre as sessões de diálise igual ou menor que 2.6 kg foram considerados aderentes à restrição hídrica e salina.

Porém, para a utilização dos valores acima descritos como critérios de aderência, os mesmos foram submetidos a uma validade aparente de conteúdo através da opinião de seis médicos especialistas em nefrologia. Estabeleceu-se os seguintes critérios de validação: a) se quatro dos seis especialistas, concordassem com os valores descritos para cada item, estes permaneciam sem alteração; b) se metade (três) dos especialistas concordassem com o valor atribuído ao item (portanto 50% a favor e 50% contra), somava-se os valores sugeridos aos

atribuídos a cada item e tirava-se uma média dos mesmos; e c) se mais de três discordassem do valor atribuído a cada item, fazia-se uma média dos valores sugeridos pelos discordantes.

Após avaliação e sugestão dos especialistas obteve-se os seguintes resultados: quanto ao potássio todos os validadores concordaram com o valor atribuído, enquanto que para ganho de peso, dois concordaram com o valor atribuído e quatro discordaram, sugerindo cada um o valor de 2.0 kg entre as sessões de hemodiálise o que resultou numa média de igual valor. Portanto, as medidas de aderência no presente estudo foram:

- a) taxa média de potássio sérico igual ou menor que 5.5 mEq/l;
- b) média de peso ganho igual ou menor que 2.0 kg entre as sessões de diálise.

### 3.2 - Escala para medir Locus de Controle

Para medir o locus de controle em saúde, utilizou-se neste estudo, a escala MHLC desenvolvida por Wallston et alii (1978). Esta escala foi baseada na Escala I-E de Rotter, para medir "locus de controle" geral. Anterior à MHLC, Wallston et alii (1976) desenvolveram a Escala HLC. O HLC foi formado por 11 itens planejados para obtenção de informações sobre as crenças das pessoas em relação a sua saúde (do tipo Likert), contendo seis categorias de resposta, onde foi atribuído um valor a cada categoria de resposta:

- 1) discordo plenamente;
- 2) discordo moderadamente;

- 3) discordo levemente;
- 4) concordo levemente;
- 5) concordo moderadamente;
- 6) concordo plenamente.

A autora relatou a confiabilidade e a validade da escala. O coeficiente de confiabilidade de teste e reteste das variáveis (HLC) medido pelo instrumento baseou-se numa amostra de 22 mulheres que estavam envolvidas num programa de redução de peso ao longo de um período de oito semanas. O coeficiente de correlação entre o teste e reteste, no caso, foi de 0,71. A consistência interna da escala foi verificada através do coeficiente alfa, mediante quatro grupos de estudantes do curso superior. Os coeficientes alfa para estas amostras variaram entre 0,40 e 0,72. A autora também verificou o coeficiente de correlação entre HLC e a Escala I-E de Rotter, na qual a Escala HLC se baseou. Os coeficientes de correlação foram: 0,25 (N=85) e 0,46 (N=34).

Relativamente à Escala I-E de Rotter, foram feitas algumas críticas e considerações (Levenson, 1974; Gurin e Lao, 1969; Collins, 1974) no sentido de que, embora fosse para crenças de controle pessoal, continha um segundo fator, o da ideologia de controle ou do ponto até onde as pessoas geralmente têm controle.

O conceito de "locus de controle" mostrou-se, portanto, mais complexo do que originalmente se apresentava. Gurin et alii (1969) fizeram distinção entre crenças em controle pessoal, ideologia de controle, modificabilidade de sistema e i



deologia de raça. Collins (1974) também foi além do controle I-E, identificando quatro outros fatores ou crenças, em: (a) um mundo justo, (b) um mundo predizível, (c) um mundo difícil; (d) um mundo politicamente receptivo.

Correntemente, duas posições têm sido tomadas no desenvolvimento e uso de Escalas I-E. Uns preferem a posição unidimensional, ou seja, uma escala de medição geral para "locus de controle" por ser consistente com a meta original de Rotter. Outros crêem que uma escala multidimensional, ou que envolva outras dimensões, além das crenças no controle pessoal, possa contribuir para refinar e expandir a teoria e também para possivelmente explicar constatações insignificantes e teoricamente inconsistentes em algumas das pesquisas sobre "locus de controle" (Arakelian, 1980).

Levenson (1974) estabelece distinção nas pessoas com "locus de controle" externo entre aquelas que acreditam em chance e as que crêem que o controle dos eventos é determinado por outras pessoas com influência sobre elas. Adicionalmente, Levenson propõe que, no âmbito da ideologia de controle geral e de controle pessoal, as crenças sobre as pessoas em geral devem ter menos força preditiva do que as crenças sobre o controle exercido pela própria pessoa, e de que um instrumento multidimensional é mais apropriado para tal mensuração.

A partir, então, do HLC - um instrumento de medição unidimensional para "locus de controle" em saúde, ou seja, medição das crenças em um controle pessoal, semelhante à Escala

I-E de Rotter para medição geral do "locus de controle" - Wallston et alii (1978) decidiram conceituar novamente "locus de controle" ao longo de linhas multidimensionais paralelas ao trabalho de Levenson, desenvolvendo novas escalas (forma A e B), cujos itens são propostos em termos pessoais e em termos de controle determinado por chance, sorte, destino e outras pessoas com influência ou poder (MHLC). Outro propósito de MHLC foi o de tentar criar formas equivalentes de escalas para "locus de controle" de saúde, pois muitas pesquisas pedem medições repetidas das crenças pessoais sobre a questão da saúde, e formas equivalentes de um mesmo instrumento reduziriam as possibilidades de o indivíduo lembrar-se das respostas dadas anteriormente, aumentando assim a sensibilidade do instrumento às mudanças nas crenças ao longo do tempo.

Começando com os 11 itens da Escala original HLC, novos itens foram incluídos refletindo três dimensões: internalidade (IHLC); outras pessoas que mantêm controle sobre o indivíduo (PHLC) e chance (CHLC). Publicados em forma de livreto, 81 itens — dos quais 25 são para IHLC, 30 para PHLC e 26 para CHLC — foram inseridos aleatoriamente aos itens da escala I, P e C de Levenson, uma versão reduzida de 10 itens da escala de desejabilidade social de Marlowe-Crowne e dois itens que exploram o "status" de saúde. Todos os itens utilizaram um formato do tipo Likert, de 6 pontos, variando desde "discordo fortemente" até "concordo plenamente". A Escala MHLC, ou seja Escala multidimensional para "locus de controle" de saúde, desenvolvida por Wallston et alii (1976), em seu texto

final, possui seis itens para cada uma das três dimensões, nas suas duas formas (A e B). As autoras relatam que a confiabilidade alfa para as Escalas MHLC variou de 0,67 a 0,76, e, ao serem combinadas as formas A e B, a confiabilidade alfa aumentou (0,830 e 0,859). Estes dados se comparam favoravelmente às Escalas I, P e C, de oito itens, de Levenson, cuja confiabilidade alfa situa-se de 0,508 a 0,733.

A Escala MHLC foi traduzida para o português e adaptada para o paciente com insuficiência renal crônica em hemodiálise contendo 18 itens que visam caracterizar o "locus de controle" de saúde, bem como discriminar a dimensão da externalidade. Na sua apresentação, os conteúdos referentes às dimensões de internalidade e externalidade encontram-se assim distribuídos:

- Internalidade (I) - itens 1, 6, 8, 12, 13 e 17;
- Externalidade defensiva (ED) - itens 3, 5, 7, 10, 14 e 18;
- Externalidade autêntica (EA) - itens 2, 4, 9, 11, 15 e 16.

Para cada item de identificação do "locus de controle" de saúde foram oferecidas 5 alternativas de respostas, que variam do seguinte modo: concordo completamente, concordo em parte, não tenho opinião, discordo em parte e discordo completamente. O número de pontos correspondente a cada alternativa variou em relação às dimensões internalidade e externalidade (Anexo 2).

### 3.2.1 - Critérios para classificar o "locus de controle"

O critério adotado nesta investigação para classifi-

car a tendência do locus de controle dos participantes foi se, 62% das respostas aos 18 itens do instrumento correspondesse as alternativas com valores 1 e 2 pontos. Explicando — quando o item era específico para dimensão internalidade conforme é o item nº 1, e em cujo texto estava descrito: "quando meu peso aumenta de uma diálise para outra, o único responsável sou eu, portanto depende do que eu faço (como e bebo) para ter meu peso no limite normal", as opções de respostas eram: a) concordo completamente, valendo 1 ponto; b) concordo em parte, valendo 2 pontos; c) não tenho opinião, valendo 3 pontos; d) discordo em parte, valendo 4 pontos e discordo completamente, valendo 5 pontos. Portanto neste item específico para internalidade se o respondente optasse pela alternativa a, ele receberia 1 ponto, ou se optasse pela b, receberia 2 pontos, isso caracterizaria-o como tendo um locus de controle interno. Porém se optasse pela alternativa e, receberia 5 pontos, isto caracterizaria-o como tendo locus de controle externo.

Já se o item fosse específico para externalidade conforme o item 2, afirmando, "não importa o que eu coma ou beba, se tiver que ganhar peso, ganharei", a opção pelas alternativas a e b corresponderia respectivamente a 5 e 4 pontos no final, caracterizando-o como tendo um locus de controle externo, enquanto a opção feita pelas alternativas d e e, conferiria-lhe respectivamente 2 e 1, caracterizando-o como tendo locus de controle interno. Esse número de pontos era conferido após subtraído de 6 pontos, para correção da escala no sentido da internalidade conforme recomendam as autoras.

Portanto, para o respondente que: 1) concordar em parte ou totalmente num item específico de externalidade, o valor a ser obtido será respectivamente 4 ou 5, ao se efetuar a subtração do valor 6 (o locus de controle neste caso será caracterizado como externo); 2) discordar em parte ou totalmente num item específico de externalidade, o valor obtido será respectivamente 2 ou 1 ao se efetuar a subtração do valor 6 (o locus de controle será caracterizado como interno).

### 3.2.2 - Validade da tradução

A Escala MHLC foi traduzida para o português por um profissional com proficiência em português e inglês. Para validar a tradução, utilizou-se um grupo de 5 profissionais da área de saúde com proficiência em inglês e português. Após lerem e analisarem cada item, atribuíram um valor, que variou de 1 a 5, na seguinte escala: 1=fraco, 2=regular, 3=bom, 4=muito bom e 5=excelente. Ao perito que atribuiu valor inferior a 3, solicitou-se que apresentasse sugestões para otimização do texto. Para isto, foi enviada a cada perito uma cópia do MHLC traduzido (Anexo 3) e um ofício com as instruções para a valiação dos itens (Anexo 4).

Das 5 cópias do MHLC enviadas aos validadores, todas retornaram à pesquisadora e, com relação à avaliação dos itens, obtiveram-se os seguintes resultados: três validadores atribuíram valor 2 (regular) ao item 1, que foi modificada. O item 2 obteve 3 (bom) de três validadores, 4 (muito bom) de um e 5 (excelente) de outro, sendo que um dos validadores, embora

tendo atribuído valor 3 (bom), deu sugestões de mudança do item, que foram aceitas pela pesquisadora. O item 3 permaneceu sem alterações, por ter obtido 5 (excelente) de todos os validadores. O item 4 obteve 5 (excelente) de três validadores; 4 (muito bom), de um e 3 (bom), de outro; este último propôs alteração da última palavra apenas, o que foi aceito pela pesquisadora. O item 5, recebeu 5 (excelente) de um avaliador; 4 (muito bom), de outro, 3 (bom), de dois validadores e 1 (ruim, fraco), de um validador, cuja sugestão levou à modificação do mesmo. O item 6 foi modificado — embora três validadores tenham atribuído valor 3 (bom) e um, valor 4 (muito bom) — pelo fato de um validador ter atribuído valor 1 (ruim). Quanto aos itens 7 e 8 não houve modificação já que todos atribuíram valor 5 (excelente). O item 9 teve modificação, já que obteve 2 (regular) de dois validadores, 3 (bom), de dois validadores e 4 (muito bom), de um validador. Os itens 10 e 11 não foram modificados, pois receberam 5 (excelente) de todos os validadores. O item 12 foi modificado, embora quatro validadores tenham atribuído 5 (excelente); um validador lhe atribuiu valor 2. O item 13 não sofreu modificação, por que obteve 5 (excelente) de todos os validadores. O item 14 foi modificado, embora tenha recebido 4 (muito bom) de quatro validadores, já que um atribuiu 2 (regular) e sugeriu modificação. O item 15 recebeu 1 (fraco) de um validador, 2 (regular) de dois validadores e 3 (bom), de dois validadores. O item 16 (modificado), recebeu 2 (regular) de dois validadores, 3 (bom), de dois validadores e 4 (muito bom) de um validador.

O item 17 obteve 2 (regular) de dois validadores; 3 (bom), de dois validadores; 4 (bom), de um validador, sendo modificado. O item 18 obteve 2 (regular) de dois validadores); 3 (bom), de dois validadores e 4 (muito bom), de um validador, mas também foi modificado. O Anexo 5, apresenta um resumo do resultado de cada item e a indicação dos itens modificados; no Anexo 6 consta a redação final de cada item, após validada a tradução.

### 3.2.3 - Validade aparente e de conteúdo

Tendo em vista que o conteúdo da Escala foi adaptado procedeu-se uma validação de conteúdo. Para isso, foi solicitado a três enfermeiros da área de hemodiálise que lessem o instrumento — depois de modificado, conforme a sugestão dos peritos que participaram da validação da tradução — e que a validassem cada um de seus itens quanto à clareza da linguagem e do conteúdo.

Foi utilizado o mesmo critério da validação da tradução na atribuição dos valores de cada item: 5=excelente; 4=muito bom; 3=bom; 2=regular e 1=fraco ou ruim. Ficou estabelecido anteriormente pela pesquisadora que, se dois dos três avaliadores atribuísssem valor igual ou maior que três (3), o item não seria modificado. A análise desta avaliação indicou que nenhum dos itens julgados deveria sofrer modificação, já que receberam a seguinte avaliação: os itens 1, 4, 5, 8, 9 e 14 obtiveram 5 (excelente) dos três avaliadores; os itens 2, 3, 6, 7 e 10 receberam 4 (muito bom) de dois avaliadores e 5

(excelente) de um avaliador; os itens 11, 12, 13, 15, 16 e 17 receberam 5 (excelente) de um avaliador e 4 (muito bom) dos outros dois; o item 18 recebeu 4 (muito bom) de dois avaliadores e 3 (bom) de um dos avaliadores. No Anexo 7 apresenta-se o resumo do resultado atribuído pelos validadores a cada item e nos Anexos 8 e 9 constam, respectivamente, a instrução para a avaliação dos itens adaptados e a redação final do instrumento.

#### 3.2.4 - Confiabilidade

A Escala MHLC, adaptada pela pesquisadora (1987), foi aplicada a 107 pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. A confiabilidade da MHLC adaptada foi obtida pelo método de consistência interna, calculada pelo coeficiente de correlação item-total de Pearson e pelo coeficiente alfa de Cronbach. A análise dos itens, resultante da correlação de cada item com o número total de itens, evidenciou que os coeficientes de correlação de quatro dos 18 itens variaram entre 0,43 e 0,62. Outros sete itens apresentaram coeficientes que variaram de 0,25 a 0,39. Dos 18 itens, sete itens evidenciaram coeficientes de correlação menores que 0,25, sendo que quatro itens variaram entre 0,16 e 0,21 e apenas três evidenciaram coeficientes de correlação entre 0,03 e 0,15. O coeficiente alfa obtido foi de 0,73 para o total dos 18 itens da escala e se compara favoravelmente aos resultados obtidos por Wallston et alii, cujas dificuldades alfa variaram entre 0,67 e 0,76 para as formas A e B da escala, e quando combinadas, as



confiabilidades alfa aumentara, variando de 0,830 a 0,859.

A confiabilidade alfa para as subescalas apresentou o seguinte resultado: 0,72 para IHLC (internalidade); 0,68 para PHLC (outras pessoas que mantêm controle dos eventos), 0,64 para CHLC (chance, sorte, destino, etc.).

Dos seis itens que formam a subescala IHLC, quatro itens apresentaram coeficiente de correlação que variou de 0,42 a 0,62, havendo dois itens cuja variação foi de 0,33 a 0,39. Dos seis itens que compõem a PHLC, cinco itens apresentaram coeficiente que variou entre 0,42 a 0,50, e apenas um item obteve 0,05. Dos seis itens que compõem a subescala CHLC, 4 apresentaram coeficiente de correlação que variou de 0,40 a 0,55; um item apresentou 0,28 de coeficiente de correlação e um item, 0,19.

### 3.3 - Estudo-Piloto

O estudo-piloto foi desenvolvido em abril de 1987 e teve como objetivos: a) avaliar a clareza e o entendimento de cada item que constituiu a escala MHLC, b) verificar a necessidade de modificação na linguagem do item que não fosse compreendido pelos respondentes e c) identificar dificuldades na técnica de aplicação da escala.

Este procedimento foi desenvolvido em um dos quatro centros que integraram o estudo, com onze pacientes. Entretanto, como não houve necessidade de modificação na linguagem dos itens do instrumento, os pacientes que constituíram a a-

mostra do estudo-piloto, foram incluídos no estudo global.

### 3.4 - Procedimentos para obter informações

Antes de iniciar a coleta de dados, em cada centro de diálise a pesquisadora foi apresentada pelo enfermeiro e pelo médico aos pacientes. Durante a apresentação esses profissionais informaram os objetivos do estudo, os quais eram mais detalhados a posteriori pela investigadora. Antes do início de cada entrevista, cada paciente recebia um formulário (Anexo 10) cujo rapport também registrava a finalidade do estudo, além de conter a promessa de sigilo sobre a identidade do respondente bem como o direito de participar ou não do estudo e ao final um termo de concordância para ser assinado pelo participante. Para salvaguardar o sigilo sobre a identidade, os formulários foram codificados por números.

Após essas explicações, a escala MHLC (Anexo 9) era aplicada individualmente a cada participante. A duração da entrevista era variável pois além das respostas às perguntas, os informantes relatavam dados qualitativos acerca do tratamento (e estes eram registrados), ou seja descreviam, narravam como procediam em relação a dieta e ao tratamento de um modo geral. Também falavam como se sentiam enquanto pacientes renais crônicos em tratamento dialítico e quais as suas expectativas. A disponibilidade dos participantes era agradecida ao final de cada entrevista.

As medidas (parâmetros) da aderência e as informações

referentes ao locus de controle foram obtidas pela pesquisadora, portanto, nenhum outro elemento coletou dados. As informações foram coletadas em duas etapas: nos meses de abril, maio e junho do ano de 1987, dados sobre locus de controle e no mês de julho, dados sobre aderência ao tratamento nos três meses referidos.

### 3.5 - Procedimentos para análise dos dados

Os dados foram analisados de acordo com o "Statistical Package for the Social Sciences" (1975), no Departamento de Ciências Estatísticas e de Computação da Universidade Federal de Santa Catarina.

Para analisar os dados referentes aos objetivos, utilizou-se além de frequência e percentual, o teste t de Student, análise de variância (one way) e testes múltiplos de Tukey e Scheffé. Já para examinar a hipótese do estudo, além da utilização da estatística descritiva (frequência e percentual), adotou-se também o teste t de Student.

CAPÍTULO IV  
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS  
E IMPLICAÇÕES

O presente capítulo contém a caracterização da amostra dos respondentes do estudo, bem como a descrição e discussão dos resultados com as implicações destes para prática, ensino e pesquisa da Enfermagem. A forma de apresentação dos resultados cumpre a finalidade de descrever os dados referentes aos objetivos e a hipótese do estudo.

4.1 - Caracterização da amostra

A idade dos componentes da amostra variou entre 15 e 74 anos com média de 34 anos. A maior frequência obtida para idade, conforme demonstra a tabela 1, situou-se na faixa etária compreendida entre 40 e 49 anos, enquanto a menor frequência obtida, situou-se na faixa etária de 70 anos ou mais.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes, segundo a idade. Porto Alegre, outubro, 1987.

IDADE ANOS	DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES	
	n	%
Até 20	4	3.7
21 a 29	9	8.4
30 a 39	29	27.1
40 a 49	33	30.8
50 a 59	20	18.7
60 a 69	9	8.4
70 ou mais	3	2.8
TOTAL	107	100.0

A distribuição por frequência e percentual dos respondentes quanto ao sexo, demonstrou que dos 107 participantes, 52 (48.6%) eram do sexo masculino e 55 (51.4%) eram do sexo feminino.

Quanto ao estado civil, os respondentes foram distribuídos em duas categorias, aqueles que viviam em companhia de alguém (namorado, marido, etc.) e aqueles que não tinham companheiro(a), entre esses foram incluídos viúvo(a), desquitado(a). Com este critério, dos 107 participantes, 62 (58%) pertenciam ao grupo dos "casados", enquanto 45 (42%) pertenciam ao grupo dos "solteiros".

Para distribuição dos respondentes em tempo de tratamento, adotamos a classificação proposta por Reishman e Levy

(1972), qual seja: em tratamento há 6 meses; entre 7 e 18 meses de tratamento e em tratamento há mais de 19 meses. Com isto obtivemos respectivamente 8, 32 e 67 pacientes. Como de acordo com este critério, não houve uma distribuição mais ou menos igual dos respondentes para os três períodos de tratamento, adotou-se então duas categorias para tempo de tratamento, uma até 18 meses e a outra de 19 meses em diante, evitando desse modo que o número reduzido (8) de participantes em tratamento há menos de 6 meses, determinasse efeitos sobre a aderência. Com este segundo critério para classificação dos respondentes em tempo de tratamento obtivemos 40 (37.3%) até 18 meses e 67 (62.7%) de 19 meses em diante.

Quanto a escolaridade, a maioria dos informantes, 60 (56.1%) tinha um nível de instrução formal que corresponde ao ginásio incompleto (mais de quatro anos de estudo e menos de 8 anos). Somente 2 (1.9%) dos respondentes tinham escolaridade superior e 11 (10.3%) não receberam escolaridade formal - (vide tabela 2).

Dos 107 respondentes, 84 (78.5%) informaram como religião, a católica, enquanto 9 (8.4%) a protestante; 5 (4.7%), espírita; 4 (3.7%) seguiam outras religiões e 5 (4.7%) não seguiam nenhuma religião.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes segundo a escolaridade. Porto Alegre, outubro, 1987.

ESCOLARIDADE *	DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES	
	n	%
Primário incompleto (a)	16	15.0
Primário completo (b)	1	0.9
Ginásio incompleto (c)	60	56.1
Ginásio completo (d)	5	4.7
Colegial incompleto (e)	9	8.4
Colegial completo (f)	-	-
Superior incompleto (g)	3	2.8
Superior completo (h)	2	1.9
Sem instrução (i)	11	10.3
TOTAL	107	100.0

- \* (a) Menos de quatro anos de escolaridade  
 (b) Quatro anos de escolaridade  
 (c) Mais de quatro e menos de oito anos de escolaridade  
 (d) Oito anos de escolaridade  
 (e) Mais de oito e menos de onze anos de escolaridade  
 (f) Onze anos de escolaridade  
 (g) Mais de onze e menos de quinze anos de escolaridade  
 (h) Mais de quinze anos de escolaridade  
 (i) Sem escolaridade

#### 4.2 - Resultados referentes a aderência ao tratamento dialítico e dietético

##### 4.2.1 - Aderência à restrição de alimentos ricos em potássio

O primeiro objetivo da presente investigação foi "verificar a extensão da aderência ao tratamento dialítico e dietético dos pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise", e os resultados obtidos mostraram que o valor máximo alcançado para nível médio de potássio pelos participantes nos três meses do estudo, era de 6,73 mEq/l e o mínimo era 3,96 mEq/l com uma amplitude portanto, igual a 2,77 mEq/l. A média do nível de potássio obtida foi 5,16 mEq/l com um desvio padrão de 0.58. Partindo do pressuposto de que a amostra dos respondentes teve uma distribuição normal em relação ao potássio e com um desvio padrão pequeno de 0.58 mEq/l, significa que a taxa de potássio de aproximadamente 95% dos respondentes estava distribuída entre 4.00 mEq/l e 6.32 mEq/l. O que nos permite dizer que dos 5% restante uns tinham média inferior a 4.0 mEq/l e outros acima de 6.32 mEq/l.

Para classificação dos informantes em aderentes e não aderentes à dieta com restrição ao potássio, procedeu-se a uma frequência e os dados mostraram que dos 107 participantes, 74 (69.2%) eram aderentes à dieta com restrição ao potássio já que apresentaram taxa média de potássio igual ou menor a 5.5 mEq/l (valor estabelecido para aderência), enquanto 53 (30.8%) não eram aderentes à dieta com restrição ao potássio pois apresentaram taxa média de potássio maior do que o valor estabelecido para significar aderência ( $>$  que 5,5 mEq/l). Ado-



tando o critério de classificar os respondentes com taxa média de potássio sérico nos três meses do estudo em: a) abaixo de 5 mEq/l; b) de 5,0 a 5,9 mEq/l; c) de 6.0 a 6.0 mEq/l e d) acima de 7.0 mEq/l, para termos uma visão geral da distribuição da amostra em relação ao potássio esta ficou respectivamente distribuída em 12, 62, 30 e 3 respondentes. Portanto, além de constatarmos que a maioria dos participantes 74 (69%) era aderente à dieta com restrição ao potássio, verificamos ainda que 12 respondentes mostravam níveis de potássio inferior a 5.0 mEq/l.

A aderência à dieta com restrição ao potássio conforme demonstrada pelos dados do presente estudo, foi obtida por 74% dos respondentes, permitindo-nos deste modo, algumas considerações. A primeira delas é que possivelmente o grupo em estudo de modo geral, é bastante orientado pela equipe da diálise sobre a importância da restrição de alimentos ricos em potássio e as orientações sobre tais restrições são compreendidas com medidas importantes e adotadas pelos pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. O próprio fato da hemodiálise exigir um tempo diário maior de tratamento (de 3 a 4 horas) num regime de 3 vezes por semana, contribui para isso pois possibilita uma convivência mais próxima entre pacientes e equipe e conseqüentemente oportuniza momentos para orientação mais efetiva pela equipe de diálise dos pacientes.

Outro aspecto importante a ser considerado é o de que embora nem todos mostrassem taxa média de potássio inferior ou igual a 5.5 mEq/l, portanto nem todos eram aderentes pelo

critério adotado no presente estudo, a maior taxa média de potássio obtida pelos não aderentes foi 6.73 mEq/l, e na opinião de MacBryde (1975, p.744), isso pode ser visto como refletindo aderência, pois as alterações clínicas advindas da hiperkalemia manifestam-se quando o potássio sérico ultrapassa 7.0 mEq/l, embora em relação a este valor, o autor não aponte esse parâmetro especificamente para o nefropata crônico.

Podemos considerar também que além de ser um grupo orientado quanto à importância da restrição ao potássio, era um grupo que exibia uma normalidade clínica aparente, bem como índice baixo de infecções ou de outros fatores determinantes de alterações clínicas conforme pudemos observar. O potássio sérico quando está elevado determina desconfortos físicos como: fraqueza progressiva, paralisias flácidas das extremidades, dificuldades de fonação, parestesia perioral, formigamento, dispnéia, arritmias cardíacas e conseqüentemente, parada cardíaca, e sobre tais manifestações, de um modo geral o grupo não fazia referência. Tais desconfortos fazem parte do dia a dia do paciente renal crônico em hemodiálise, quando ele não faz restrição ao potássio na sua dieta. Vale a pena ressaltar ainda que, tais desconfortos físicos ocasionados pela alta taxa de potássio são quase imediatos, e que isso talvez contribua em parte para que os pacientes não abusem, pois alterações desenvolvidas ao longo do tempo em doses homeopáticas e portanto não percebidas ou sentidas de imediato, não exigem do paciente comportamentos restritivos. As conseqüências imediatas sentidas pelo paciente renal crônico quando seu nível

de potássio está elevado, podem responder em parte pela aderência destes à dieta com restrição de potássio.

De acordo com Blackburn (1977), devido à grande dependência emocional e física que o paciente renal crônico em hemodiálise tem da equipe, é razoável supor que, as orientações sobre atitudes e comportamentos fornecidas por esta, bem como a quantidade de feedback que a equipe oferece aos pacientes, sejam consideradas como determinantes da aderência ao tratamento dialítico. Já Hartman et alii (1978) ao estudar as habilidades das várias dimensões do HBM para predizerem a aderência dos pacientes renais crônicos ao tratamento, encontrou 74% da amostra como aderente ao potássio e apontou como uma das justificativas dos pacientes a este comportamento, o fato da hiperpotassemia ter alcançado o maior nível de severidade percebida por eles para a doença renal crônica. Blackburn (1977), acompanhou 53 pacientes em hemodiálise, estabelecendo como parâmetro para refletir aderência ao potássio uma taxa de 5.5 mEq/l e como resultado, os dados mostraram que 79% da amostra era aderente, entretanto o autor não apresenta justificativas para o resultado encontrado. Como o percentual para aderência ao potássio neste estudo é semelhante ao encontrado por Hartman et alii (1978) e pelo presente estudo, acreditamos que consequências imediatas sentidas pelos pacientes com alto nível de potássio seja de fato um possível indicador de aderência à dieta com restrição de potássio.

Yantski (1982) que também investigou se havia influência de elementos do HBM sobre aderência ao tratamento dialíti

co, apontou como possível justificativa para o resultado encontrado de 80 a 90% de aderência à dieta com restrição ao potássio, a hiperkalemia ser vista como séria e de consequências desagradáveis por 76% dos pacientes em estudo.

A aderência à dieta com restrição ao potássio foi examinada segundo o tempo de tratamento de hemodiálise. Para isso, dois grupos foram formados: a) pacientes que estavam em tratamento a partir de 3 meses até 18 meses e b) os que estavam há mais de 18 meses. Estes dois grupos foram comparados usando-se o teste t de Student e os resultados mostraram que houve uma diferença significativa ( $p < 0.05$ ) entre os dois grupos (Tabela 3). Isto significa que o grupo que tinha uma taxa menor (5.00 mEq/l) era o de pacientes com menos tempo de tratamento, enquanto o grupo de maior tempo em tratamento obteve uma taxa de 5.26 mEq/l, ou seja os pacientes em tratamento com menos de 18 meses eram mais aderentes à dieta com restrição ao potássio do que os que estavam há mais tempo. Acerca de pacientes com menos tempo de tratamento responderem ou demonstrarem mais aderência, o estudo de Reischman & Levy (1972), vem corroborar com este achado uma vez que eles ao identificarem três fases distintas nos pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise, constataram que no início os pacientes se animam com a possibilidade de solução do seu problema e seguem com mais ânimo as exigências do tratamento, porém à medida que o tempo vai passando eles entram numa fase de adaptação a longo prazo e se familiarizam mais com as alterações advindas do seu problema, tendendo a relaxar com o tratamento.

Tabela 3 - Resumo do teste t de Student referente a aderência à dieta com restrição ao potássio e tempo de tratamento. Porto Alegre, outubro, 1987.

TEMPO DE TRATAMENTO (MESES )	Média dos Escores	Desvio Padrão	Erro Padrão	Valor de t obs.	gl	p
De 3 a 18	5.00	0.57	0.09	-2.31	105	0.02
Mais de 18	5.26	0.57	0.07			

A aderência à dieta com restrição ao potássio no presente estudo foi ainda examinada em relação ao estado civil e ao sexo, usando-se o teste t de Student e os resultados mostraram não haver diferença estatisticamente significativa entre o sexo masculino e o sexo feminino e nem entre solteiros e casados (Tabela 4).

Tabela 4 - Resumo do teste t de Student referente a aderência à dieta com restrição ao potássio versus estado civil e sexo. Porto Alegre, outubro, 1987.

GRUPOS	Média dos Escores	Desvio Padrão	Erro Padrão	Valor de t obs.	gl	p
Casados	5.12	0.63	0.80	1.03	105	0.29
Solteiros	5.09	0.51	0.07			
Masculino	5.16	0.59	0.59	-0.04	105	0.97
Feminino	5.16	0.58	0.58			

A aderência à dieta com restrição ao potássio foi também examinada em relação a variável escolaridade, através de análise da variância. Para isso os respondentes foram distribuídos em quatro grupos já que ao fazer a frequência dos respondentes segundo a escolaridade essas foram as categorias identificadas com maior número de respondentes, quais sejam: primário incompleto, ginásio incompleto, colegial incompleto e sem instrução. Os resultados mostraram que não houve diferença estatisticamente significativa dentro dos grupos como também entre grupos. O nível de significância estabelecido foi 0.05 e os resultados estão descritos na Tabela 5.

Tabela 5 - Resumo da análise de variância referente a aderência à dieta com restrição ao potássio segundo a escolaridade. Porto Alegre, outubro, 1987.

FONTE DE VARIAÇÃO	Soma dos Escores	Média dos Escores	Valor de F	p
Dentro do grupo	0.0819	0.0273	0.77	0.97
Entre grupos	36.32999	0.3527		
TOTAL	36.4118			

Sobre aderência à dieta com restrição ao potássio e escolaridade, Blackburn (1977) verificou através da correlação de Pearson que havia diferença estatisticamente significativa entre os grupos, constatando que o grupo aderente tinha completado 10,7 anos de escolaridade e o grupo não aderente, 13,1 anos de escolaridade.

#### 4.2.2 - Aderência à restrição de líquido e de sódio

104

A aderência ao tratamento dos pacientes renais crônicos neste estudo no que se refere à restrição de líquido e sódio, teve como critério estabelecido para refletir esse tipo de aderência, um ganho de peso menor ou igual a 2.0 kg, entre as sessões de diálise durante os três meses da pesquisa. Os dados coletados para cumprir essa finalidade, permitiram os seguintes resultados: a) o valor máximo para ganho de peso, alcançado pelos respondentes foi 4.51 kg e o mínimo -0.326 kg, com uma amplitude portanto igual a 4.19 kg; b) uma média geral da taxa de peso ganho entre as sessões de diálise igual a 2.15 kg com um desvio padrão de 0.75. Pressupondo que a amostra dos respondentes (79 participantes para estudo de aderência à restrição hídrica e sódica, já que 28 casos foram desprezados por falta de registro de peso) teve distribuição normal, este desvio padrão de 0.75, demonstra que a taxa média de peso de 95% dos respondentes estava distribuída entre 0.65kg e 3.65 kg, enquanto que dos 5% restante, alguns tinham média de peso inferior a 0.65 kg e alguns superior a 3.65 kg.

Para descrição da classificação dos respondentes em aderentes e não aderentes à restrição de líquido e sódio, procedeu-se a uma frequência e os dados mostraram que dos 79 participantes, 12 (15.2%) eram aderentes pois obtiveram uma taxa de peso igual ou menor que 2.0 kg, enquanto 67 (84.8%) não eram aderentes pois alcançaram uma taxa de peso maior do que 2.0 kg. Com a finalidade de observar como a amostra de participantes se comportou em relação a ganho de peso, adotamos as seguintes categorias: a) até 1.9 kg; b) de 2.0 kg até 2.9 kg; c) de

3.0 a 3.9 kg e d) acima de 4.0 kg e os dados mostraram que: 12 pacientes ganharam até 2.0 kg; 45 pacientes de 2.0 a 2.9 kg; 20 pacientes de 3.0 a 3.9 kg e 2 pacientes mais de 5 kg. Acreditamos que apenas 12 (15.2%) pacientes em 79 elementos da amostra, encontrar-se com ganho de peso abaixo de 2.0 kg entre as sessões de diálise é muito pouco. Fica aqui uma interessante questão para ser investigada, já que em outro estudo ocorreu exatamente ao contrário. Hartman (1978), encontrou entre as três modalidades de aderência estudada, a mais alta (78%) para restrição hídrica e sódica, atribuindo a esse comportamento a questão da severidade ao ganho de peso ter sido percebida por grande parte dos respondentes. Entretanto, Blackburn (1977), estudando também três modalidades de aderência ao tratamento dialítico, encontrou para ganho de peso, a menor taxa ou seja 49%, enquanto para potássio, 79% e para fósforo, 62%. O valor utilizado por ele para significar aderência à restrição hídrica foi estabelecido em 1.8 kg, o que também pode ter contribuído para uma taxa menor de aderência. Yanitski (1982), estabeleceu como medida para refletir aderência à restrição hídrica e sódica, um ganho de peso igual ou menor a 0.5 kg e encontrou dentro deste parâmetro apenas 20% da população estudada ou seja, a aderência à restrição hídrica e sódica como um comportamento adotado por apenas 20% dos pacientes do estudo.

A aderência à dieta com restrição hídrica e sódica foi também examinada segundo o tempo de tratamento hemodialítico usando o mesmo critério de tempo descrito anteriormente qual



seja, grupo que estava em tratamento de 3 até 18 meses e grupo em tratamento de 18 meses em diante. Os dois grupos foram comparados usando-se o teste t de Student e os resultados mostraram que não houve diferença estatisticamente significativa entre eles a um nível de significância  $< 0.05$  (Tabela 6). Portanto no que se refere a restrição hídrica e sódica medida através do ganho de peso entre as sessões de diálise, conforme foi abordado no presente estudo, não existe diferença entre os pacientes no que se refere ao tempo de tratamento.

Tabela 6 - Resumo do teste t de Student referente a aderência à restrição hídrica e tempo de tratamento. Porto Alegre, outubro, 1987.

TEMPO DE TRATAMENTO (MESES)	Média dos Escores	Desvio Padrão	Erro Padrão	Valor de t obs.	gl	p
De 3 a 18	2.11	0.92	0.172	-0.40	77	0.68
Mais de 18	2.18	0.64	0.091			

Utilizando-se ainda o teste t de Student, examinou-se a aderência à restrição hídrica e sódica segundo o estado civil e sexo. Os resultados mostraram que não houve diferença estatisticamente significativa entre aderência à restrição hídrica e sódica e as variáveis sexo e estado civil, a um nível de significância  $< 0.05$  conforme mostra a Tabela 7.

Tabela 7 - Resumo do teste t de Student referente a aderência à restrição hídrica e sódica versus sexo e estado civil. Porto Alegre, outubro, 1987.

GRUPOS	Média dos Escores	Desvio Padrão	Erro Padrão	Valor de t obs.	gl	p
Masculino	2.123	0.94	0.153	-0.39	77	0.69
Feminino	2.189	0.53	0.083			
Casado	2.237	0.78	0.116	1.11	77	0.27
Solteiro	2.046	0.70	0.122			

A aderência à restrição hídrica e sódica foi examinada segundo a escolaridade pela análise de variância e os resultados mostraram que não houve diferença estatisticamente significativa dentro dos grupos bem como não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. O nível de significância estabelecido foi  $\leq 0.05$  e os resultados estão descritos na Tabela 8.

Tabela 8 - Resumo da análise de variância referente a aderência à restrição hídrica e sódica segundo a escolaridade. Porto Alegre, outubro, 1987.

FONTE DE VARIAÇÃO	Soma dos Escores	Média dos Escores	Valor de F	p
Dentro dos grupos	2.5856	0.8619	1.54	0.20
Entre grupos	41.7442	0.5566		
TOTAL	44.3298			

Antes de encerrarmos a apresentação e discussão dos resultados da aderência à restrição de líquido e de sódio demonstrada pelos participantes deste estudo, algumas considerações reflexivas que podem se constituir em problemas de pesquisa para novas investigações são pertinentes. Começaríamos pela seguinte: será que é devidamente explicado e esclarecido para os pacientes renais crônicos em hemodiálise, que restrição hídrica não é somente diminuir a quantidade de líquido (água, suco etc.) a ser tomada? Que diz respeito também à restrição de alimentos sólidos que têm em sua constituição grande quantidade de água, bem como restrição de determinados cardápios como sopas, ensopados de legumes e carnes, entre outros, que contêm também grande quantidade de água em seu preparo final.

Em caso afirmativo, outras indagações procedem, como por exemplo: será que este comportamento restritivo é entendido como fundamental para manutenção de um quadro clínico estável? Entendido e aceito pelo paciente, é seguido por ele?

Conforme comentado anteriormente, de acordo com Blackburn (1977), devido à grande dependência emocional e física que o paciente renal tem da equipe, a quantidade de feedback que esta oferece aos mesmos pode ser considerada como determinante de aderência ao tratamento. Seguindo esta linha de raciocínio, diríamos que não aderência ao tratamento poderia ser também determinada pela falta de orientação e feedback da equipe de diálise ao paciente renal.

Essas últimas considerações por sua vez, suscitam outras questões diretamente relacionadas aos resultados do pre

sente estudo e que merecem uma investigação, qual sejam, por que a taxa de aderência à restrição de alimentos ricos em potássio foi maior do que a taxa de aderência à restrição de líquido e sódio? A elevação da taxa de potássio constitui uma maior preocupação para a equipe (devido às suas consequências imediatas) e por isso é mais enfatizada do que o aumento ou ganho de peso? Diante de tantas indagações, concordamos com a afirmação de Arakeliam (1980) ao citar que, o fenômeno da aderência é altamente complexo e merece ser investigado para maior satisfação tanto dos que prestam cuidados de saúde como dos que recebem cuidados de saúde.

Embora o número de faltas não tenha sido adotado como critério de aderência no presente estudo, estas foram registradas com a finalidade de observar a assiduidade dos pacientes ao tratamento. O número de faltas forneceu as seguintes categorias: a) 1 falta; b) 2 faltas; c) 3 faltas; d) 4 faltas e e) 5 faltas. A distribuição de respondentes por categorias de faltas foi: 86 pacientes (80.4%) não faltaram nenhuma sessão de diálise; 11 (10.3%) tiveram 1 falta; 6 (5.6%) tiveram 2 faltas; 2 (0.9%) tiveram 3 faltas; 1 (0.9%) teve 4 faltas e 1 (0.9%) teve 5 faltas. Portanto, se tivéssemos adotado a assiduidade como critério de aderência conforme o fizeram Giorgi et alii (1984) e Oigman (1988) em seus estudos, a maioria (80.4%) dos participantes desta investigação teriam demonstrado aderência ao tratamento dialítico e dietético.

#### 4.3 - Resultados referentes ao locus de controle

O segundo objetivo do presente estudo foi "verificar a tendência do locus de controle dos respondentes". Para identificar essa tendência, utilizou-se a escala MHLC de Wallton et alii (1978), adaptada pela pesquisadora para pacientes portadores de insuficiência renal crônica. Constituída por 18 itens, sendo 6 deles para identificar internalidade, 6 para externalidade defensiva e 6 para externalidade autêntica, seu formato é do tipo Likert com 5 alternativas de resposta.

Locus de controle, conforme já definido anteriormente, refere-se a um conceito da Psicologia para significar a percepção das pessoas acerca do controle dos eventos de sua vida. Segundo Rotter (1966), autor do construto, quando as pessoas percebem este controle dependente de seu próprio comportamento, o locus de controle é interno, ao passo que se percebem no como dependente de fontes externas como sorte, chance, destino ou outras pessoas com poder sobre elas, o locus de controle é externo.

A amplitude da escala variou entre 18 e 90 pontos sendo que, quanto mais interno era o locus de controle do respondente, menos número de pontos ele recebia na escala, enquanto mais externo fosse o locus de controle, maior era o número de pontos que ele recebia, uma vez que a correção da escala foi feita no sentido da internalidade.

O critério adotado nesta investigação para classificar a tendência do locus de controle dos participantes foi se

62% das respostas aos 18 itens do instrumento correspondesse as alternativas com valores 1 e 2 pontos. Maiores detalhes sobre tais critérios estão descritos no item 3.2.1 do Capítulo III. Os resultados obtidos com este critério mostraram que, dos 107 participantes, 71 tinham locus de controle externo e 36 tinham locus de controle interno. O valor máximo obtido para locus de controle pelos respondentes foi 70 pontos (o máximo obtido para externalidade), enquanto o valor mínimo foi 21 pontos (o mínimo obtido para internalidade) resultando numa amplitude igual a 49 pontos. A média geral de pontos obtidos pelos participantes foi de 46.33 pontos com um desvio padrão de 10.59 pontos. Partindo do pressuposto que a amostra dos respondentes teve uma distribuição normal em relação a locus de controle, este desvio padrão de 10.59 determina que o escore médio de 95% dos respondentes estava distribuído entre 25.15 pontos e 67.51 pontos. Isso implica também em afirmar que, dos 5% restante dos participantes, alguns tinham escore inferior a 25.15 pontos e alguns, superior a 67.51 pontos.

Os critérios acima descritos para classificação do locus de controle, permitiram ainda uma frequência e um percentual respectivamente de 71 (66,4%) respondentes com locus de controle externo e 36 (33,6%) com locus de controle interno.

A variável locus de controle foi examinada com escolaridade através da análise de variância e os resultados mostraram que havia diferença estatisticamente significativa entre os quatro grupos (Tabela 9).

Tabela 9 - Resumo da análise de variância referente a locus de controle versus escolaridade. Porto Alegre, outubro, 1987.

FONTE DE VARIÇÃO	Soma dos Escores	Média dos Escores	Valor de F	p
Dentro dos grupos	2576.5984	858.8630	9.486	0.0000
Entre grupos	9325.2620	90.5365		
TOTAL	11901.8477			

A média de escore para locus de controle segundo a escolaridade foi: nível superior, 38.100; colegial incompleto, 41.8125; primário incompleto, 49.1667 e analfabeto, 52.4545. Como o teste em evidência indicou que havia diferença entre os grupos sem entretanto, apontar qual(is) era(m) o(s) grupo(s) diferente(s), submetemos os mesmos aos testes múltiplos de Tukey e Scheffé e ambos mostraram haver diferença estatisticamente entre o grupo com nível superior de escolaridade e os grupos com escolaridade primária incompleta e o grupo sem escolaridade, conforme mostra a Tabela 10.

Tabela 10 - Resumo dos testes múltiplos de Tukey e Scheffé referente a diferença de escore para locus de controle e escolaridade. Porto Alegre, outubro, 1987.

GRUPOS	DIFERENÇA DE ESCORES
Analfabeto X superior	14.3545
Analfabeto X colegial incompleto	10.6420
Analfabeto X primário incompleto	3.2878
Primário incompleto X superior	11.0667
Primário incompleto X colegial incompleto	7.3542
Colegial incompleto X superior	3.7125

$p < 0.05$

Quanto a relação locus de controle e escolaridade, os achados de Romero-Garcia (1980) na Venezuela, vêm corroborar com os da presente investigação. O referido autor conduziu um estudo, buscando identificar se havia relação entre locus de controle e rendimento escolar e os dados mostraram haver associação entre locus de controle interno e êxito no rendimento escolar ou acadêmico dos participantes do estudo.



#### 4.4 - Resultados referentes a hipóteses

Para testar a hipótese do estudo que antecipava a afirmação de que "pacientes portadores de insuficiência renal crônica com locus de controle interno eram mais aderentes à restrição de alimentos ricos em potássio bem como à restrição de líquidos e sódio do que pacientes com insuficiência renal crônica com locus de controle externo", procedeu-se ao estudo da frequência, percentual e teste t de Student (para examinar locus de controle versus aderência ao potássio e locus de controle versus peso).

A frequência e o percentual obtidos para locus de controle versus aderência à restrição de alimentos ricos em potássio e aderência à restrição hídrica e de sódio foram: a) dos 36 respondentes com locus de controle interno, 27 (75%) eram aderentes ao potássio, ou seja, tinham sua taxa de potássio sérico nos três meses do estudo, igual ou inferior a 5.5 mEq/l, enquanto 11 (30.6%) eram aderentes ao líquido e sódio, portanto tinham um ganho de peso neste mesmo período, igual ou inferior a 2.0 kg; b) dos 71 respondentes com locus de controle externo, 47 (66.2%) eram aderentes à dieta com restrição ao potássio pois também alcançaram uma taxa de potássio igual ou inferior a 5.5 mEq/l e 22 respondentes (30.9%) eram aderentes a restrição hídrica e sódica já que obtiveram uma taxa de ganho de peso igual ou inferior a 2.0 kg.

O valor máximo alcançado para níveis de potássio pelos participantes com locus de controle interno, foi 6.63 mEq/l

e o mínimo 4.36 mEq/l, com uma amplitude igual a 1.27 mEq/l. A média geral da taxa de potássio obtida foi de 5.17 mEq/l com um desvio padrão de 0.08. Portanto, se partirmos do pressuposto que a amostra dos respondentes com locus de controle interno tinha uma distribuição normal em relação ao potássio, este desvio padrão de 0.08 permite afirmar que a taxa de potássio de 95% dos respondentes estava distribuída entre 5.01 mEq/l e 5.33 mEq/l, enquanto dos 5% restante da amostra, alguns tinham uma taxa de potássio inferior a 5.01 mEq/l e alguns, superior a 5.33 mEq/l.

Já o valor máximo alcançado para níveis de potássio pelos participantes com locus de controle externo, foi 6.73 mEq/l e o mínimo de 3.96 mEq/l, portanto com uma amplitude igual a 2.77 mEq/l. A média geral da taxa de potássio obtida pelos respondentes com locus de controle externo foi 5.16 mEq/l e um desvio padrão de 0.07, o que implica dizer que a taxa média de potássio nos três meses do estudo destes respondentes variou entre 5.02 mEq/l e 5.30 mEq/l.

Submetendo a aderência à dieta com restrição ao potássio versus locus de controle ao teste t de Student, os resultados não mostraram associação estatisticamente significativa entre locus de controle interno e aderência à restrição de alimentos ricos em potássio. Ao contrário, o grupo com locus de controle externo obteve uma taxa média de potássio ainda menor do que o grupo com locus de controle interno, ou seja, igual ou < que 5.16 mEq/l. Os resultados do teste t estão resumidamente descritos na tabela seguinte (tabela 11), e não oferecem sustentação à

hipótese do estudo no que se refere ao aspecto de que os pacientes com locus de controle interno são mais aderentes à restrição de alimentos ricos em potássio do que pacientes locus de controle externo.

Tabela 11 - Resumo do teste t de Student referente a aderência à dieta com restrição ao potássio e locus de controle. Porto Alegre, outubro, 1987.

POTÁSSIO	Nº de casos	Média dos Escores	Desvio Padrão	Erro Padrão	Valor de t obs.	gl	p
Grupo 1 (ext.)	71	5.16	0.61	0.07	-0.012	81	0.90
Grupo 2 (int.)	36	5.17	0.52	0.08			

Outro tipo de teste (Correlação de Pearson) foi ainda utilizado para observar o comportamento entre locus de controle versus aderência à dieta com restrição de alimentos ricos em potássio e os resultados mostraram uma correlação negativa (-0.07) com um nível de significância  $p = 0.02$ .

O valor máximo alcançado para peso ganho pelos participantes com locus de controle interno foi 2.72 kg e o mínimo foi -0.326 kg, com uma amplitude portanto igual a 2.39 kg. A média geral da taxa de peso obtida pelos respondentes com locus de controle interno foi 1.91 kg com um desvio padrão de 0.14. Portanto se partirmos do pressuposto que a amostra dos

respondentes com locus de controle interno tinha distribuição normal em relação ao peso, este desvio padrão permite afirmar que a taxa de peso de 95% dos respondentes estava distribuída entre 1.63 kg e 2.19 kg, enquanto dos 5% restante da amostra, alguns tinham uma taxa de peso inferior a 1.63 kg e alguns, superior a 2.19 kg.

Já o valor máximo alcançado para peso ganho pelos participantes com locus de controle externo foi 4.51 kg e o mínimo foi 0.286 kg, com uma amplitude portanto igual a 2.22 kg. A média geral da taxa de peso obtida pelos participantes com locus de controle externo foi 2.26 kg com um desvio padrão de 0.102. Portanto se partirmos do pressuposto que a amostra dos participantes com locus de controle externo tinha distribuição normal em relação ao peso, este desvio padrão permite assegurar que a taxa de peso de 95% dos respondentes encontrava-se distribuída entre 2.05 kg e 2.46 kg, enquanto dos 5% restante, alguns tinham uma taxa de peso inferior a 2.05 kg e alguns, superior a 2.46 kg.

Examinando a hipótese do estudo no que se refere a locus de controle e aderência à restrição hídrica e sódica através do teste t de Student, este mostrou uma diferença estatisticamente significativa, fornecendo os seguintes resultados: para os respondentes com locus de controle interno, a taxa média de peso ganho nos três meses do estudo foi 1.91 kg enquanto os participantes com locus de controle externo alcançaram 2.26 kg. Como o nível de significância estabelecido foi 0.05 e o alcançado conforme descrito na Tabela 12 foi 0.04, pode-

mos afirmar que, respondentes com locus de controle interno eram aderentes à restrição hídrica e sódica, pois alcançaram taxa média para ganho de peso igual a 1.91 kg, portanto menor do que o valor estabelecido para refletir aderência, enquanto respondentes com locus de controle externo não eram aderentes à restrição de líquidos e sódio já que alcançaram uma taxa média maior do que o estabelecido, ou seja igual a 2.26 kg. Os resultados então da análise da hipótese no que se refere a locus de controle e aderência à restrição hídrica e sódica, apoiaram esta relação e permitiram-nos afirmar que: respondentes com locus de controle interno da amostra da presente investigação eram aderentes à restrição de ingestão de líquidos e sódio, enquanto respondentes com locus de controle externo não eram aderentes à restrição de líquidos e sódio.

Tabela 12 - Resumo do teste t de Student referente a aderência hídrica e sódica versus locus de controle. Porto Alegre, outubro, 1987.

PESO (kg)	Nº de casos	Média dos Escores	Desvio Padrão	Erro Padrão	Valor de t obs.	gl	p
Externos	54	2.69	0.75	0.10	2.02	50	0.04
Internos	25	1.91	0.70	0.14			

p < 0.05

A hipótese do estudo no que se refere a locus de controle versus aderência à restrição de líquidos e sódio foi também examinada através do coeficiente de correlação de Pearson, sendo estabelecido um nível de significância  $\alpha = 0.05$ . Os resultados mostraram haver uma correlação forte (0.31) entre locus de controle e aderência hídrica e sódica com um nível de significância 0.003, o que nos permite afirmar que quanto menor era o locus de controle (o score), portanto quanto mais interno era o locus de controle, maior era a aderência dos respondentes deste estudo, no que se refere à restrição hídrica e sódica.

Achados semelhantes foram encontrados por Wenerowicz et alii (1978), em um estudo com propósitos também semelhantes a este, onde pacientes portadores de insuficiência renal crônica com locus de controle interno obtiveram para aderência à restrição hídrica e sódica, uma taxa média de peso ganho entre as sessões de diálise igual a 2.0 kg, enquanto o parâmetro estabelecido para refletir aderência foi 2,6 kg, já para refletir aderência à dieta com restrição ao potássio o parâmetro adotado pelos autores foi uma taxa sérica de potássio menor ou igual a 5,5 mEq/l e a taxa média alcançada pelo grupo foi 4.77 mEq/l.

Resultados como estes do presente sobre aderência ao potássio somados a outros do mesmo teor, corroborados pelas considerações, trazem implicações importantes para Enfermagem. No que diz respeito a influência exercida pela equipe de diálise sobre a aderência ao tratamento dietético e dialítico,

suas implicações se fazem tanto para prática quanto para o en sino. Prática e ensino, são dimensões indissociáveis na En fermagem de unidade de diálise. Isto porque as orientações dadas ao paciente sobre o tratamento, no início do programa dialítico no que se refere a participação dele, não só compa recendo às sessões de diálise como também abstando-se de lí- quidos, sódio, alimentos ricos em potássio, proteínas, etc., dizem respeito a uma dimensão educativa e são ações que irão contribuir para demonstrar uma prática de enfermagem efetiva. Portanto orientar o paciente de diálise é uma tarefa educati- va permanente que faz parte da nossa prática diária.

A presente investigação representa um marco importan te para guiar as ações de enfermagem nefrológica nas áreas as sistencial e educativa. O estudo, através da escala MHLC a daptada para o paciente com insuficiência renal crônica, colo ca à disposição dos enfermeiros desta área, um instrumento que possibilita-os conhecer a percepção de controle destes pacien tes acerca do seu tratamento. O conhecimento da percepção do controle por sua vez, favorece um planejamento de ações/estra tégias adequadas para manter ou aumentar a aderência destes pacientes ao tratamento. Portanto, identificar o locus de controle do paciente com insuficiência renal crônica através da escala MHLC, deve constituir mais uma finalidade da Metodo logia de assistência de Enfermagem nesta área.

No que se refere ao desenvolvimento da Enfermagem co mo ciência, diríamos que o ensino e a prática devem fundamen- tar-se em pesquisas que possam nortear as ações dos enfermei

ros em bases científicas. O presente estudo permite aos enfermeiros acrescentar ao seu saber, resultados sobre aderência ao tratamento dietético e dialítico de um determinado grupo de pacientes renais crônicos em hemodiálise bem como a importância do seu papel junto a estes pacientes de modo a orientá-lo permanentemente sobre sua participação no tratamento.

Com base nos resultados obtidos e consideradas as limitações deste estudo, pode-se resumir que:

1) Dos 107 respondentes que constituíram a amostra, 74 (69,2%) eram aderentes à dieta com restrição de alimentos ricos em potássio pois apresentaram uma taxa média de potássio sérico nos três meses, igual ou menor do que 5,5 mEq/l (valor estabelecido para significar aderência o potássio).

2) Houve diferença estatisticamente significativa (mostrada pelo teste t de Student) entre os pacientes que faziam tratamento entre 3 e 18 meses e os que faziam há mais de 18 meses em relação a aderência a dieta com restrição de alimentos ricos em potássio, evidenciando que o grupo em tratamento há menos tempo (3 a 18 meses) era mais aderente ao potássio do que o grupo em tratamento há mais tempo ( $p = 0.02$ ).

3) Não houve diferença estatisticamente significativa - (teste t de Student) entre aderência à dieta com restrição ao potássio e as variáveis sexo e estado civil.



- 4) Não houve diferença estatisticamente significativa (análise de variância) entre aderência a dieta com restrição de alimentos ricos em potássio e escolaridade ( $p < 0.05$ ).
- 5) Dos 79 respondentes, 67 (84,8%) não eram aderentes à restrição de líquidos e sódio, já que alcançaram uma taxa média nos três meses do estudo, maior do que 2.0 kg.
- 6) Não houve diferença estatisticamente significativa - (teste t de Student) entre aderência à restrição hídrica e sódica e tempo de tratamento ( $p < 0.05$ ).
- 7) Não houve diferença estatisticamente significativa - (teste t de Student) entre aderência à restrição de líquidos e sódio e as variáveis sexo e estado civil.
- 8) Não houve diferença estatisticamente significativa - (análise de variância) entre aderência à restrição hídrica e sódica e escolaridade.
- 9) Dos 107 respondentes que constituíram a amostra, 71 (66,4%) tinham locus de controle externo, enquanto 36 (33,6%) tinham locus de controle interno.
- 10) Dos 71 respondentes com locus de controle externo, 47 (66,2%) eram aderentes à dieta com restrição ao potássio e 22 (30,9%) eram aderentes à restrição hídrica e salina.

11) Dos 36 respondentes com locus de controle interno, 27 (75%) eram aderentes à dieta com restrição de alimentos ricos em potássio e 11 (30,6%) eram aderentes a restrição de líquidos e sódio.

12) Não houve diferença estatisticamente significativa - (teste t de Student) entre aderência à restrição ao potássio e locus de controle.

13) Houve diferença estatisticamente significativa (teste t de Student) entre locus de controle e aderência à restrição hídrica e sódica. Os respondentes com locus de controle interno obtiveram uma taxa média de peso entre as sessões de diálise nos três meses do estudo, igual a 1,91 kg portanto menos do que o valor estabelecido para significar aderência - (2.0 kg), enquanto os participantes com locus de controle externo, alcançaram uma taxa média de peso entre as sessões de diálise nos três meses da investigação igual a 2.61 kg ( $p=0.04$ ).

14) Houve correlação forte (.031) entre locus de controle e aderência hídrica e sódica, através do coeficiente de correlação de Pearson ( $p=0.003$ ), portanto quanto mais interno era o locus de controle, maior era a aderência à restrição hídrica e sódica.

CAPÍTULO V  
LIMITAÇÕES, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Limitações

As seguintes limitações destacam-se neste estudo:

- 1) Os dados referentes a locus de controle foram obtidos através de entrevista (a pesquisadora lia a questão e o paciente respondia), e não através de respostas assinaladas pelo paciente no instrumento conforme estava previsto.
- 2) Os vinte e oito casos que foram desprezados por não terem registro completo de peso ganho entre as sessões de diálise.
- 3) Embora a escala tenha alcançado um coeficiente de correlação de 0.73 para os 18 itens, sete destes evidenciaram coeficiente de correlação menores que 0.25, sendo que quatro itens variaram entre 0.16 e 0.21 e três, evidenciaram coeficiente de correlação entre 0.03 e 0.015.
- 4) A generalização dos resultados, no que se refere a aderência à dieta com restrição ao potássio só poderá ser feita para 107 participantes que constituíram a amostra, enquanto a

generalização dos resultados quanto a aderência à restrição hídrica e salina só poderá ser feita para 79 dos 107 participantes.

### Conclusões

- 1) A maioria dos informantes do estudo:
  - a) - eram aderentes à dieta com restrição ao potássio;
  - b) - não eram aderentes à restrição de líquidos e sódio;
  - c) - não tinham locus de controle externo.
  
- 2) Os respondentes com locus de controle interno eram mais aderentes à restrição de líquidos e sódio do que os respondentes com locus de controle externo.
  
- 3) Não houve diferença estatisticamente significativa entre informantes com locus de controle interno e os com locus de controle externo no que se refere a aderência à dieta com restrição ao potássio.

### Recomendações

Com base nos resultados, limitações e conclusões deste estudo, recomenda-se que:

- 1) Outras investigações sejam realizadas com vistas a identificar fatores/motivos limitantes da aderência do paciente renal crônico em hemodiálise.
- 2) Sejam feitos estudos explorando identificar fatores/motivos da não aderência ao tratamento dialítico e dietético.
- 3) A escala MHLC de Wallston et alii (1978), adaptada pela pesquisadora (1987), seja utilizada como instrumento para identificar o locus de controle do paciente com insuficiência renal crônica em hemodiálise, com vistas à determinação de sua condição para o auto-cuidado (CAPD).
- 4) A escala MHLC (adaptada para o paciente renal crônico) seja revisada e submetida a nova confiabilidade com vistas a obter índice mais elevado nos itens com coeficiente de correlação menores que 0,25.
- 5) Após revisada, que a escala MHLC seja testada.
- 6) O estudo seja repetido em outros estados do país, cum prindo a finalidade de identificar se a questão cultural influencia ou não na aderência ao tratamento dialítico e dietético.
- 7) Sejam desenvolvidos estudos para verificar o efeito de programas ou métodos de intervenção sobre locus de controle.

8) Sejam desenvolvidos estudos para verificar o efeito de programas ou métodos sobre a aderência dos pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise.

9) A escala MHLC de Wallston et alii (1978), seja adaptada para outros pacientes com outros diagnósticos ou mesmo para identificação de locus de controle de saúde de outras pessoas.

10) Os dados sobre locus de controle sejam obtidos pela resposta do participante assinalada no impresso.

11) Estudos sobre aderência ao tratamento de outras áreas clínicas sejam desenvolvidos.

12) Sejam desenvolvidos estudos para identificar o que é aderência sob o ponto de vista dos clientes.

## CAPÍTULO VI

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abramowitz, S.I (1969, Aug.) Locus of control and self-reported depression among college students. Psychological Reports. Montana, 25(1):149-50.
2. Andrew, J.M. (1972, July-Aug.) Delay of surgery. Psychosomatic Medicine, 34(4):345-54.
3. Anger, D. (1975) The psychologic stress of chronic renal failure and long-term hemodialysis. Nursing Clinic of North America. Philadelphia, 10(3):449-60.
4. Arakeliam, M. (1980) An Assessment and nursing application of the concepts of locus of control. Advances in Nursing Science, 3(1):25-39.
5. Beland, I. & Passos, J. (1979) Enfermagem Clínica - aspectos fisiopatológicos e psicossociais (V.2). São Paulo. Ed. da Universidade de São Paulo (EDUSP). 343 p.
6. Biagio, A. M. B. & Guazelli, E.F. (1984) Relações entre maturidade de julgamento moral e internalidade de locus de controle. Arquivo Brasileiro de Psicologia, 36(2):63-73.
7. Blackburn, S.L. (1977, January) Dietary Compliance of chronic hemodialysis patients. Journal of the American Dietetic Association, 70:31-37.
8. Borges, H.D. (1986, setembro) Aspectos econômicos e soci-

- ais da diálise e transplante renal. In Jornal Brasileiro de Nefrologia, 8(3):74-76.
9. Brunner, L. & Suddarth, D.H. (1970) Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan. 1260 p.
  10. Cummings, K.M. (1981) Intervention Strategies to Improve Compliance with Medical Regimens by Ambulatory Hemodialysis Patients. Journal of Behavioral Medicine, 4(1): 111-127.
  11. Dela Coleta, J.A. (1982) Atribuição de causalidade. Rio de Janeiro, Editora da Fundação Getúlio Vargas.
  12. \_\_\_\_\_. (1979, out./dez.) A escala de locus de controle interno-externo de Rotter: um estudo exploratório. Arquivo Brasileiro de Psicologia, Rio de Janeiro, 31(4):367-81.
  13. Dela Coleta, M. (1987, abril/junho) Escala Multidimensional de locus de controle de Levenson. Arquivo Brasileiro de Psicologia. Rio de Janeiro, 39(2):79-97.
  14. Feres, N.A. (1981) Locus de controle e comparação social na atribuição de causalidade por crianças. Rio de Janeiro. Fundação Getúlio Vargas. Tese de Doutorado em Psicologia, 164 p.
  15. Galperim, M.R.O. (1983) Percepção de clientes e membros da equipe de enfermagem de uma unidade de auto-cuidado acerca da liberdade de raiz e de ação dos primeiros e seus respectivos locus de controle. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dissertação de Mestrado. 171 p.



16. Giorgi, D.M.A. & Mion, Jr. D. & Car, M.R. & Pierin, A. & Silva, H.B. & Marcondes, M. (1984) Aderência ao tratamento em hipertensão arterial — Influência de variáveis estruturais e de estratégias que visem sua melhoria — XII Congresso Brasileiro de Nefrologia, Bahia, 1984.
17. Hartman, P.E. (1978, October) Non-compliance with Prescribed Regimen Among Chronic Hemodialysis Patients — A method of Prediction and Educational Diagnosis. Dialysis & Transplantation, 7(10):978-988.
18. Haynes, R.B. (1976) A critical review of the determinants of patient therapeutic regimens. In Compliance with Therapeutic Regimens, (p.26-39) ed. by D.L. Sackett and R.B. Haynes. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
19. Hallal, J.C. (1982) The relationship of health beliefs, health locus of control, and self concept to the practice of breast self-examination in adult women. Nursing Research, 31(3):137-42.
20. Jordan-Marsh, M. & Neutra, R. (1985) Relationship of health of control to lifestyle change programs. Research in Nursing and Health. 8:3-11.
21. Klopovich, P.M. et alii (1985, April) Adherence to chemotherapy regimens among children with cancer. Topics in Clinical Nursing, 7(1):19-25.
22. Kopstein, J. (1970) O emprego da hemodiálise no tratamento da insuficiência renal crônica. In Temas de Nefro -

- logia (p.175-98), Porto Alegre. Edição do Centro de Estudos Professor Thomaz Mariante.
23. Korsch, B.M. et alii (1978, June) Noncompliance in Children with Renal Transplants. Renal Transplants, 61(6):872-876.
  24. Levenson, H. (1974) Activism and powerful others: distinctions within the concept of internal - external control. Journal of Personality Assessment, California, 38(4): 377-83.
  25. \_\_\_\_\_ (1976) Multidimensional locus of control in socio-political activist of conservative and liberal ideologies. Journal of Personality and Psychology, 33 (2):199-208.
  26. Lowery, B.J. (1981, Sept./Oct.) Misconceptions and limitation of control and I-E scale. Nursing Research, 30(5): 294-8.
  27. Lowery, B.J. & Ducette, J.P. (1976). Disease - related learning and disease control in diabetes as a function of locus of control. Nursing Research, 25(5):358-62.
  28. MacBryde, C.M. & Blacklow, R.S. (1975) Sinais e Sintomas. Fisiopatologia Aplicada e Interpretação Clínica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 941 p.
  29. Nunnally, J.C. (1978) Psychometric theory. 2<sup>a</sup> ed. New York, McGraw-Hill.
  30. O'Brien, M.E. (1980, July-August) Hemodialysis Regimen Compliance and Social Environment: A Panel Analysis, Nursing Research, 29(4):250-55.

31. O'Bryan, G. (1972) The relationship between an individual's internal-external orientation and information seeking, learning and use of weight control. Diss. Abstr. Int. 33:447-8.
32. O'Connell, M.L. (1983, May/June) Locus of control specific to pregnancy. JOGN Nursing, 160-4.
33. Oigman, W. (1988) Hipertensão Arterial - Aderência ao tratamento. Uma abordagem prática. (encarte especial publicado pela Biogalênica - produtos Ciba-Geigy).
34. Oigman, W. et alii (1977) Abandono de tratamento na Hipertensão Arterial. In Arquivo Brasileiro de Cardiologia 30(4):247.
35. Phares, E.J.; Ritchie, D.E.; Davis, W.L. Internal-external control and reaction to threat. Journal of Personality and Social Psychology. 10(4):402-5.
36. Reischsman, F. & Levy, N.B. (1972, Dec.) Problems in adaptation maintenance hemodialysis - four-year-study of 25 patients. Archives of Internal Medicine. Chicago, 130:859-65.
37. Rodrigues, A. (1984) Atribuição de causalidade: estudos brasileiros. Arquivo Brasileiro de Psicologia, 36(3): 5-20.
38. Romão, M.A.F. & Kakehashi, E.T. (1988) Enfermagem em Unidade de diálise. In Atualidades em Nefrologia (p.95-9). São Paulo. Editora Sarvier.
39. Romero-Garcia, O. (1980) Locus de controle, inteligência, status socioeconômico y rendimento acadêmico. Imprensa

C.A. Mérida. Venezuela, Universidade de Los Andes.

40. Rosenblum, E.H. (1980, November, December) Maternal Compliance in Immunization of Preschoolers as Related to Health Locus of Control. Health Value, and Perceived Vulnerability; Nursing Research 30(6):337-342.
41. Rotter, J.B. (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs: General and Applied, 80(609):1-28.
42. \_\_\_\_\_ (1975) Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43(1):56-67.
43. Rotter, J.B. & Mulry, R.C. (1965, Oct.) Internal versus external control of reinforcement and decision time. Journal of Personality and Social Psychology. Washington, 2(4):598-604.
44. Sausville, P. (1980, July) The nurse's role in hemodialysis. The Journal of Nursing Care, :12-7.
45. Schleburch, A.L. (1982, January) Psychoterapeutic management of good and poor compliance in patients on haemodialysis. S.A. Medical Journal, 16:92-94.
46. Seeaman, M.E. & Evans, J.W. (1962) Alienation and learning in a hospital setting. American Sociological Review, 27:772-83.
47. Seligman, M.E.P. (1977) Desamparo. São Paulo, EDUSP/HUCITEC, 233 p.
48. Smith, R.E. (1970) Change in locus of control as function

- of life crisis resolution. Journal of Abnormal and Social Psychology, Washington, 75(3):328-32.
49. Sonstroem, R.J. & Walker, M.I. (1973) Relationship of attitudes and locus of control to exercise and physical fitness. Percep. Mot. Skills, 36:1031-4.
50. SPSS USERS GUIDE. (1975). New York, Mac Graw-Hill.
51. Thomas, P.D. & Hooper, E.M. (1983) Health elderly: social bonds and locus of control. Research in Nursing and Health, 6:11-6.
52. Vieta, E.P. (1987) Marco conceitual para a prática de enfermagem social - contribuição para bases de uma teoria de enfermagem. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 15 p. (mimeografado).
53. Wallston, B. et alii (1976, Aug.) Development and validation of the health locus of control scale. Journal Consult. Clinical Psychology, 44:580-85.
54. Wallston, K.A. & Wallston, B. & De Vellis, R. Development of the multidimensional health locus of control scale (MHLC). (1978, Spring) Health Education Monography, 6: 160.70.
55. Wenerowicz, M.S.S.W. & Riskind, K.H. & Jenkins, M.D. (1978) Locus of control and degree of compliance in hemodialysis patient. Journal of Dialysis, 2(586):495-505.
56. Wilber, J.A. & Barrow, J.G. (1972) Reducing elevated blood pressure. Minnesota Medical, 52:1303-6.
57. Yanitski, A. (1983, April) Compliance of the Hemodialysis Patient. AANNT Journal, 11-16.

A N E X O S

ANEXO 1  
SOLICITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Florianópolis, 30 de abril de 1987

Senhor(a) Diretor(a)

Sou enfermeira e professora na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica e encontro-me desenvolvendo uma dissertação de Mestrado, mais especificamente na fase de coleta de dados.

Através desta venho formalizar meu pedido de acesso aos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico já que estes constituem a população do meu estudo.

Embora em nosso entendimento verbal já tenha referido o tema da pesquisa, aproveito a oportunidade para novamente mencioná-lo. Trata-se de um trabalho em que estou estudando a aderência ao tratamento dialítico e dietético dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica bem como o locus de controle destes pacientes. Em anexo, seguem os instrumentos para coleta de dados.

Sem mais para o momento, agradeço a atenção dispensada a mim.

Ellen Marcia Peres

## ANEXO 2

### ADMINISTRAÇÃO DA ESCALA MHLC ADAPTADA E CONTAGEM DOS ESCORES

A escala MHLC, depois de submetida aos procedimentos de validação e confiabilidade, foi aplicada aos pacientes com insuficiência renal crônica que integraram a população amostral do presente estudo, através de entrevista estruturada.

As respostas dos sujeitos a cada item foram assinaladas no espaço respectivo a uma das alternativas de resposta, que variaram desde "concordo completamente" até "discordo completamente", e o escore obtido por cada sujeito correspondeu à somatória dos escores de cada item do instrumento. A amplitude de escores possíveis na escala MHLC variou de um mínimo de 18 a um máximo de 90 pontos.

De acordo com a escala original, foi ela corrigida no sentido da internalidade, adotando-se o seguinte procedimento: as respostas correspondentes à dimensão internalidade foram subtraídas de 7, antes de serem somadas, já que as autoras da Escala HLC original adotaram uma escala do tipo Likert, com 6 alternativas de respostas. En-



tretando, conforme sugerido por elas próprias, o mais conveniente seria trabalhar com número ímpar de respostas, o qual foi adotado na elaboração da escala e na contagem dos escores dos sujeitos.

Deste modo, a cada item foi atribuído um valor que variou de 1 a 5 pontos, e nos itens 1, 6, 8, 12, 13 e 17, correspondentes à dimensão de internalidade, o valor correspondente à resposta dada pelos sujeitos em relação aos itens referidos, foi subtraído de 6, para depois então se proceder à soma total dos escores.

As alternativas de respostas a cada item da escala, com seus respectivos escores, foram: concordo completamente = 5 pontos; concordo em parte = 4 pontos; não tenho opinião = 3 pontos; discordo em parte = 2 pontos e discordo completamente = 1 ponto. Os itens 1, 6, 8, 12, 13 e 17, que correspondem à internalidade, foram subtraídos de 6; no entanto, quer os itens de nº 3, 5, 7, 10, 14 e 18, que correspondem à externalidade defensiva, quer os itens de nº 2, 4, 9, 11, 15 e 16, referentes à externalidade autêntica, mantiveram-se com os pontos correspondentes.

## ANEXO 3

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE "LOCUS DE CONTROLE"  
DE SAÚDE - MHLC

Traduzida do original de Wallston et alii, 1978

- 1 Se eu adoecer é meu próprio comportamento que irá determinar quanto mais cedo ficarei bom.
- ( ) Excelente - 5
  - ( ) Muito bom - 4
  - ( ) Bom - 3
  - ( ) Regular - 2
  - ( ) Péssimo ou ruim - 1
- 2 Não importa o que eu faça, se for para ficar doente, ficarei.
- ( ) Excelente - 5
  - ( ) Muito bom - 4
  - ( ) Bom - 3
  - ( ) Regular - 2
  - ( ) Péssimo ou ruim - 1
- 3 Ter contato regular com meu médico é a melhor maneira de evitar doença.
- ( ) Excelente - 5
  - ( ) Muito bom - 4
  - ( ) Bom - 3
  - ( ) Regular - 2

- ( ) Péssimo ou ruim - 1
- 4 A maior parte das coisas que afetam minha saúde me acontecem por acidente.
- ( ) Excelente - 5
- ( ) Muito bom - 4
- ( ) Bom - 3
- ( ) Regular - 2
- ( ) Péssimo ou ruim - 1
- 5 Sempre que eu não me sentir bem, deveria consultar um profissional medicamente treinado.
- ( ) Excelente - 5
- ( ) Muito bom - 4
- ( ) Bom - 3
- ( ) Regular - 2
- ( ) Péssimo ou ruim - 1
- 6 Eu posso controlar minha saúde.
- ( ) Excelente - 5
- ( ) Muito bom - 4
- ( ) Bom - 3
- ( ) Regular - 2
- ( ) Péssimo ou ruim - 1
- 7 Minha família tem muito a ver com o fato de eu adoecer ou manter a saúde.
- ( ) Excelente - 5
- ( ) Muito bom - 4
- ( ) Bom - 3
- ( ) Regular - 2

- ( ) Péssimo ou ruim - 1
- 8 Quando adoço, eu mesmo sou culpado(a).
- ( ) Excelente - 5
- ( ) Muito bom - 4
- ( ) Bom - 3
- ( ) Regular - 2
- ( ) Péssimo ou ruim - 1
- 9 A sorte afeta em grande parte o quanto mais cedo irei me recuperar de uma doença.
- ( ) Excelente - 5
- ( ) Muito bom - 4
- ( ) Bom - 3
- ( ) Regular - 2
- ( ) Péssimo ou ruim - 1
- 10 Os profissionais de saúde controlam a minha saúde.
- ( ) Excelente - 5
- ( ) Muito bom - 4
- ( ) Bom - 3
- ( ) Regular - 2
- ( ) Péssimo ou ruim - 1
- 11 Minha saúde é em grande parte uma questão de sorte.
- ( ) Excelente - 5
- ( ) Muito bom - 4
- ( ) Bom - 3
- ( ) Regular - 2
- ( ) Péssimo ou ruim - 1
- 12 A principal coisa que afeta a minha saúde é aquilo que

eu mesmo faço.

- ( ) Excelente - 5
- ( ) Muito bom - 4
- ( ) Bom - 3
- ( ) Regular - 2
- ( ) Péssimo ou ruim - 1

13 Se me cuido, posso evitar doença.

- ( ) Excelente - 5
- ( ) Muito bom - 4
- ( ) Bom - 3
- ( ) Regular - 2
- ( ) Péssimo ou ruim - 1

14 Quando eu me recupero de uma doença é geralmente porque outras pessoas (médicos, enfermeiros, família) têm estado cuidando de mim.

- ( ) Excelente - 5
- ( ) Muito bom - 4
- ( ) Bom - 3
- ( ) Regular - 2
- ( ) Péssimo ou ruim - 1

15 É possível que eu adoeça, não importa o que faça.

- ( ) Excelente - 5
- ( ) Muito bom - 4
- ( ) Bom - 3
- ( ) Regular - 2
- ( ) Péssimo ou ruim - 1

16 Se o destino quer, continuo com saúde.

- ( ) Excelente - 5
- ( ) Muito bom - 4
- ( ) Bom - 3
- ( ) Regular - 2
- ( ) Péssimo ou ruim - 1

17 Se faço as ações apropriadas, posso me manter saudável.

- ( ) Excelente - 5
- ( ) Muito bom - 4
- ( ) Bom - 3
- ( ) Regular - 2
- ( ) Péssimo ou ruim - 1

18 Com respeito à minha saúde, eu só posso fazer aquilo que meu médico ordena.

- ( ) Excelente - 5
- ( ) Muito bom - 4
- ( ) Bom - 3
- ( ) Regular - 2
- ( ) Péssimo ou ruim - 1

## ANEXO 4

**SOLICITAÇÃO PARA LEITURA E JULGAMENTO DOS ITENS  
DA TRADUÇÃO DA ESCALA**

Porto Alegre, 21 de abril de 1987

Prezado(a) Senhor(a)

Sou mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC e encontro-me em fase de desenvolvimento de pesquisa, mais especificamente no momento, fazendo a validação da tradução do instrumento que irá coletar os dados da pesquisa referentes ao "locus de controle" (interno e externo) de saúde (Forma A).

O instrumento em anexo foi desenvolvido por Wallston et alii (1978) especialmente para as questões de saúde.

Através desta, peço sua ajuda que consiste em ler, julgar e dar sugestões referentes à tradução dos itens.

Espero que consinta em participar deste julgamento, pelo qual fico grata.

Ellen Marcia Peres

Observação: Em anexo, seguem os itens do MHLC (Wallston et alii, 1978). Peço a gentileza de ler e julgar ca-

da item, quanto à sua tradução, atribuindo valores de acordo com a seguinte escala:

- 5 - Excelente;
- 4 - Muito bom
- 3 - Bom;
- 2 - Regular;
- 1 - Péssimo ou ruim.

No caso de assinalar os números 1 ou 2, por favor escreva suas sugestões no espaço que segue cada item, para que este possa ser melhorado.



## ANEXO 5

**RESULTADO DA VALIDADE DA TRADUÇÃO DOS ITENS  
DO MHLC (Wallston et alii, 1978)**

NÚMERO DO ITEM	EXCELENTE (5)	MUITO BOM (4)	BOM (3)	REGULAR (2)	PÉSSIMO FRACO(1)
1			2	3	
2	1	1	3		
3	5				
4	3	1	1		
5	1	1	2		1
6		1	3		1
7	5				
8	5				
9		1	2	2	
10	5				
11	5				
12	4			1	
13	5				
14		4		1	
15			2	2	1
16		1	2	2	
17		1	2	2	
18		1	2	2	

## ANEXO 6

REDAÇÃO FINAL DOS ITENS DO MHLIC  
APÓS SUGESTÃO DOS VALIDADORES

## VALIDADE DE TRADUÇÃO

- 1 - Se eu adoecer, é meu próprio comportamento que determinará quando ficarei bom.
- 2 - Não importa o que eu faça, se tiver que ficar doente, ficarei.
- 3 - Ter contato regular com meu médico é a melhor maneira de evitar doença.
- 4 - A maior parte das coisas que afetam a minha saúde, aconteceu por acaso.
- 5 - Sempre que não me sinto bem deveria consultar um profissional de saúde.
- 6 - Eu controlo minha saúde.
- 7 - Minha família tem muito a ver com o fato de eu adoecer ou permanecer com saúde.
- 8 - Quando adoço, eu mesmo sou culpado/responsável.
- 9 - Minha recuperação de uma doença é determinada em grau de parte pela sorte.
- 10 - Os profissionais de saúde controlam minha saúde.
- 11 - Minha saúde é, em grande parte, uma questão de sorte.
- 12 - Se me cuido posso evitar doença.
- 13 - Quando eu me recupero de uma doença, geralmente é porque outras pessoas (por exemplo: médicos, enfer-

meiros, família, amigos) cuidaram bem de mim.

14 - Não importa o que eu faça, posso ficar doente.

15 - Se o destino quiser, continuo com saúde.

16 - Se eu tomo os cuidados apropriados, continuo saudável.

17 - Com relação à minha saúde, eu só posso fazer aquilo que o meu médico recomenda.

## ANEXO 7

## RESULTADO DA VALIDAÇÃO APARENTE E DE CONTEÚDO

NÚMERO DO ITEM	EXCELENTE (5)	MUITO BOM (4)	BOM (3)	REGULAR (2)	PÉSSIMO FRACO(1)
1	3				
2	1	2			
3	1	2			
4	3				
5	3				
6	1	2			
7	1	2			
8	3				
9	3				
10	1	2			
11	1	2			
12	1	2			
13	1	2			
14	3				
15	1	2			
16	1	2			
17	1	2			
18		2	1		

## ANEXO 8

## SOLICITAÇÃO PARA VALIDAÇÃO APARENTE E DE CONTEÚDO

Porto Alegre, 21 de abril de 1987

Prezado(a) Senhor(a)

Sou mestranda do Curso de Enfermagem da UFSC e encontro-me em fase de desenvolvimento da dissertação, mais especificamente, no momento, fazendo a validação aparente e de conteúdo da Escala MHLC, que irá coletar dados de pesquisa referentes a "locus de controle" em saúde (forma A).

O instrumento em anexo foi desenvolvido por Wallston et alii (1978) especialmente para as questões de saúde. Após a tradução, foi submetido à avaliação de 5 peritos, de que resultou a redação que ora lhe envio.

Através desta, peço sua ajuda que consiste em ler, julgar e dar sugestões referentes à clareza e acessibilidade do conteúdo referente a cada item.

Ellen Marcia Peres

Observação: Em anexo, segue a escala, na forma obtida após a tradução e respectiva validação. Peço a gentileza de ler e julgar cada item, quanto à clareza e aces-

sibilidade da linguagem; atribuindo valores de acordo com a seguinte escala:

5 - excelente;

4 - muito bom;

3 - bom;

2 - regular;

1 - péssimo ou ruim.

No caso de assinalar o nº 1 ou 2, por favor, escreva suas sugestões no espaço que segue cada item, para que possa ser melhorado.

## ANEXO 9

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE "LOCUS DE CONTROLE"  
DE SAÚDE  
ADAPTADA PARA O PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA  
RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO DIALÍTICO

ADAPTADA POR ELLEN MARCIA PERES

- 1 Quando o meu peso aumenta de uma diálise para outra, o único responsável sou eu, portanto depende do que eu faço (como e bebo) para ter meu peso normal (equilibrado).
- ( ) Concordo completamente;
  - ( ) Concordo em parte;
  - ( ) Não tenho opinião;
  - ( ) Discordo em parte;
  - ( ) Discordo completamente;
  - ( ) Não escrever neste espaço.
- 2 Não importa o que eu coma e beba, se for para ganhar peso, ganharei.
- ( ) Concordo completamente;
  - ( ) Concordo em parte;
  - ( ) Não tenho opinião;
  - ( ) Discordo em parte;
  - ( ) Discordo completamente;
  - ( ) Não escrever neste espaço.
- 3 Se consulto com meu médico regularmente, posso evitar

maiores complicações referentes à hemodiálise (problemas ósseos, nervos, anemia).

- Concordo completamente;
- Concordo em parte;
- Não tenho opinião;
- Discordo em parte;
- Discordo completamente;
- Não escrever neste espaço.

4 As complicações, como hematoma, desconexão do cateter, reação ao formol, que acontecem durante a sessão de hemodiálise, acontecem por acaso.

- Concordo completamente;
- Concordo em parte;
- Não tenho opinião;
- Discordo em parte;
- Discordo completamente;
- Não escrever neste espaço.

5 Sempre que não me sentir bem (fraqueza, náusea, câimbra, tontura, dor de cabeça), deveria consultar um médico ou enfermeiro da equipe de diálise.

- Concordo completamente;
- Concordo em parte;
- Não tenho opinião;
- Discordo em parte;
- Discordo completamente;
- Não escrever neste espaço.

6 Eu posso controlar o meu peso.



- ( ) Concordo completamente;
- ( ) Concordo em parte;
- ( ) Não tenho opinião;
- ( ) Discordo em parte;
- ( ) Discordo completamente;
- ( ) Não escrever neste espaço.

7 Minha família tem muito a ver com o fato de eu ganhar peso ou perder peso.

- ( ) Concordo completamente;
- ( ) Concordo em parte;
- ( ) Não tenho opinião;
- ( ) Discordo em parte;
- ( ) Discordo completamente;
- ( ) Não escrever neste espaço.

8 Quando aumenta minha taxa de potássio, fósforo e uréia, eu mesmo sou responsável. A diminuição dos níveis de potássio, fósforo e uréia depende do que eu faço (como e ingiro).

- ( ) Concordo completamente;
- ( ) Concordo em parte;
- ( ) Não tenho opinião;
- ( ) Discordo em parte;
- ( ) Discordo completamente;
- ( ) Não escrever neste espaço.

9 A diminuição dos níveis de potássio, fósforo e uréia depende se tenho ou não tenho sorte (depende das circunstâncias).

- ( ) Concordo completamente;
- ( ) Concordo em parte;
- ( ) Não tenho opinião;
- ( ) Discordo em parte;
- ( ) Discordo completamente;
- ( ) Não escrever neste espaço.

10 Os profissionais da equipe de diálise, controlam minha saúde.

- ( ) Concordo completamente;
- ( ) Concordo em parte;
- ( ) Não tenho opinião;
- ( ) Discordo em parte;
- ( ) Discordo completamente;
- ( ) Não escrever neste espaço.

11 A minha saúde é em grande parte uma questão de sorte.

- ( ) Concordo completamente;
- ( ) Concordo em parte;
- ( ) Não tenho opinião;
- ( ) Discordo em parte;
- ( ) Discordo completamente;
- ( ) Não escrever neste espaço.

12 A principal coisa que afeta a minha saúde é aquilo que eu mesmo faço.

- ( ) Concordo completamente;
- ( ) Concordo em parte;
- ( ) Não tenho opinião;
- ( ) Discordo em parte;

) Discordo completamente;

) Não escrever neste espaço.

13 Se faço dieta e sigo as orientações médicas, terei uma melhor qualidade de vida.

) Concordo completamente;

) Concordo em parte;

) Não tenho opinião;

) Discordo em parte;

) Discordo completamente;

) Não escrever neste espaço.

14 Quando eu me sinto bem (estável), é geralmente porque outras pessoas (médico, enfermeiro) têm estado cuidando bem de mim.

) Concordo completamente;

) Concordo em parte;

) Não tenho opinião;

) Discordo em parte;

) Discordo completamente;

) Não escrever neste espaço.

15 É possível que piore meu estado, não importa o que eu faça.

) Concordo completamente;

) Concordo em parte;

) Não tenho opinião;

) Discordo em parte;

) Discordo completamente;

) Não escrever neste espaço.

16 Se o destino quer, continuo renal crônico.

- Concordo completamente;
- Concordo em parte;
- Não tenho opinião;
- Discordo em parte;
- Discordo completamente;
- Não escrever neste espaço.

17 Se eu sigo as orientações da equipe da diálise, posso  
me manter bem através da hemodiálise.

- Concordo completamente;
- Concordo em parte;
- Não tenho opinião;
- Discordo em parte;
- Discordo completamente;
- Não escrever neste espaço.

18 Com relação ao meu tratamento, eu só posso fazer aqui-  
lo que meu médico ordena.

- Concordo completamente;
- Concordo em parte;
- Não tenho opinião;
- Discordo em parte;
- Discordo completamente;
- Não escrever neste espaço.

## ANEXO 10

## FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Nº de ordem \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## ESTABELECIMENTO DO RAPPORT:

Meu nome é ELLEN MARCIA PERES, sou enfermeira e estou interessada em ajudar os pacientes com insuficiência renal crônica que fazem hemodiálise a entenderem sua doença, bem como a conhecerem o que precisam saber para cuidar melhor de si mesmos.

Para ajudar os pacientes com insuficiência renal crônica, eu preciso saber em que e como eles precisam ser ajudados. Por isso eu gostaria que o(a) senhor(a) colaborasse comigo, respondendo às perguntas que lhe farei. Vou registrar suas respostas num questionário, mas este não terá o seu nome, este é meu compromisso de manter o(a) senhor(a) no anonimato. Somente o senhor e eu saberemos do que conversamos.

Gostaria ainda de pedir que respondesse somente aquilo que o(a) senhor(a) faz e não aquilo que porventura o senhor(a) sabe que é o mais indicado e por isso gostaria de fazer e por algum motivo não faz. O senhor(a) tem também o direito de dizer mais sobre sua conduta, além daquilo que pergunto.

Se quiser participar deste estudo, agora que sabe do seu propósito, dê sua permissão, assinando no espaço abaixo ou dê sua autorização verbalmente, se assim o senhor(a) preferir.

Sua participação ajudará na compreensão dos problemas que o senhor(a) e outros pacientes com insuficiência renal crônica apresentam, bem como irá contribuir para que o enfermeiro e demais membros da equipe possam conduzir uma adequada assistência àqueles que estão sob as mesmas condições do senhor(a), portanto será muito apreciada a sua colaboração.

Obrigada

Ellen M. Peres

Tomei conhecimento dos objetivos deste estudo, entendi o que preciso fazer para participar e gostaria de colaborar com a pesquisadora.

Assinatura

#### DADOS PARA CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Religião:

Ocupação:

Escolaridade: