

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**Rosana de Oliveira Silva**

**Adesão ao Tratamento e Crenças de Receptores acerca do Transplante Renal**

**Juiz de Fora**

**2019**

**Rosana de Oliveira Silva**

**Adesão ao Tratamento e Crenças de Receptores acerca do Transplante Renal**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

**Orientador(a): Profa. Dra. Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov**

**Co-orientador(a): Profa.Dra. Hélydy Sanders Pinheiro**

**Juiz de Fora**

**2019**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Silva, Rosana de Oliveira.

Adesão ao Tratamento e Crenças de Receptores acerca do Transplante Renal / Rosana de Oliveira Silva. -- 2019.

141 f. : il.

Orientadora: Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Coorientadora: Hélydy Sanders Pinheiro

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2019.

1. Adesão ao tratamento. 2. Aderência ao tratamento. 3. Motivação. 4. Qualidade de Vida. 5. Modelo de Crenças de Saúde. I. Grincenkov, Fabiane Rossi dos Santos, orient. II. Pinheiro, Hélydy Sanders, coorient. III. Título.

**Rosana de Oliveira Silva**

**Adesão ao Tratamento e Crenças de Receptores acerca do Transplante Renal**

Aprovada em 26 de junho de 2019, e banca constituída por:

---

Profa. Dra. Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov - Orientadora  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Profa.Dra. Hélydy Sanders Pinheiro – Co-orientadora  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço – Membro Titular  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Profa. Dra. Tania Rudnicki – Membro Titular  
Faculdade da Serra Gaúcha

**AGRADECIMENTOS**

O percurso trilhado até este momento nem sempre foi fácil. Mas apesar de encontrar percalços nos caminhos, algumas pessoas tiveram contribuições especiais para minha superação. Sou grata infinitamente pela contribuição de cada uma delas.

Agradeço primeiramente à Universidade Federal de Juiz de Fora pela oportunidade na realização do Mestrado.

À Capes pela concessão de bolsa de estudo no período compreendido entre agosto de 2017 a julho de 2018.

À minha orientadora, professora Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov, por sua confiança, dedicação e ensinamentos, que foram primordiais para a realização deste trabalho.

À minha co-orientadora, professora Hélydy Sandres Pinheiro, pela delicadeza, prontidão no acompanhamento e ensinamentos, que muito contribuíram para a finalização desta pesquisa.

À Beatriz dos Santos Pereira, pela disponibilidade infinita em ajudar, apoiar este trabalho, e incentivar nos momentos difíceis.

À toda equipe de enfermagem do Hospital Universitário pelo apoio e ajuda recebida entre os períodos de coleta de dados.

À todas às pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, especialmente agradeço a todos os pacientes que gentilmente cooperaram para o desenvolvimento desta investigação, pela disponibilidade em responder aos questionários e compartilhar um pouco de suas experiências de vida.

Aos meus amados pais, Maria Sineia de Oliveira Silva e Vanderlei Ribeiro da Silva, por estarem sempre ao meu lado como apoio incondicional aos meus projetos acadêmicos e de vida.

À minha filha pela paciência e compreensão nos momentos de ausência.

*“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.*

Albert Einstein

## RESUMO

A Doença Renal Crônica (DRC) é hoje considerada um problema de saúde pública uma vez que o número de indivíduos acometidos por esta doença tem aumentado a cada ano. É uma doença sem possibilidades de cura, de progressão lenta e que impossibilita os rins de realizarem suas funções. Dentre os tratamentos disponíveis, o transplante renal é o que oferece melhor qualidade de vida e sobrevida para o paciente. Considerando a relevância do tema, a presente pesquisa objetivou compreender as crenças sobre o transplante renal em pacientes submetidos a este procedimento cirúrgico. Para o estudo, utilizaram-se duas abordagens metodológicas: uma qualitativa, que foi realizada com 34 pacientes transplantados renais. Como resultados observou-se predominância das crenças relacionadas aos benefícios percebidos na realização do transplante renal em comparação às dificuldades percebidas, e as crenças sobre a motivação pela escolha do transplante e a motivação para o tratamento estavam associadas às crenças sobre o transplante renal e às crenças relativas aos benefícios percebidos. Quanto ao estudo quantitativo, realizado com 82 pacientes transplantados renais, observou-se correlação significativa entre as variáveis SUS e motivação para mudança (valor- $p=0,002$ ). Foi observado prevalência de aderentes para todos os quartis para as crenças de suscetibilidade e severidade a outro transplante. Conclusão: Os resultados mostraram que o Modelo de Crenças em Saúde é uma abordagem adequada na compreensão de comportamentos voltados para o autocuidado.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento. Aderência ao tratamento. Motivação. Qualidade de Vida. Modelo de Crenças de Saúde.

## **ABSTRACT**

Chronic Kidney Disease is considered a public health problem since the growth in the number of individuals affected by this disease has increased each year. It is considered a disease with no possibility of cure, slow progression and that makes it impossible for the kidneys to perform their functions. Among the available treatments, one that offers better quality of life and survival for the patient is renal transplantation. Considering the pertinence of the matter, this research aimed to understand the beliefs about kidney transplantation in patients undergoing this surgical procedure. For the study, two methodological approaches were used: qualitative, which was performed with 34 renal transplant patients. As a result, there was a predominance of beliefs related to the perceived benefits in performing kidney transplantation compared to perceived difficulties, and beliefs about motivation for choosing a transplant and motivation for treatment were associated with beliefs about kidney transplantation and beliefs relating to perceived benefits. Regarding the quantitative study conducted with 82 renal transplant patients, a significant correlation was observed between SUS variables and motivation for change (p-value = 0.002). Prevalence of adherents was observed for all quartiles for beliefs of susceptibility and severity to another transplant. Conclusion: The results showed that the Health Belief Model is an adequate approach to the understanding of self-care behaviors.

**Keywords:** Treatment adherence. Kidney transplantation. Motivation. Quality of life. Health Belief Model.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 -</b>	Modelo de Crenças de Saúde	25
-------------------	----------------------------	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 -</b>	Tipos de Rejeição no Transplante renal	22
<b>Tabela 2 -</b>	Ponto de corte mínimo e máximo para quartis	53
<b>Tabela 3 -</b>	Frequência para os quartis	54
<b>Tabela 4 -</b>	Teste Qui-quadrado SUS x BAASIS	54
<b>Tabela 5 -</b>	Teste Mann-Whitney	54
<b>Tabela 6 -</b>	Estatísticas de teste	55
<b>Tabela 7 -</b>	Pontos de corte mínimo e máximo para os quartis	55
<b>Tabela 8 -</b>	Frequência para os quartis	55
<b>Tabela 9 -</b>	Teste qui-Quadrado SEV x BAASIS	56
<b>Tabela 10 -</b>	Teste Mann-Whitney	56
<b>Tabela 11 -</b>	Estatísticas de teste	56
<b>Tabela 12 -</b>	Correlações das variáveis investigadas	57
<b>Tabela 13 -</b>	Distribuição da amostra de acordo com o estágio motivacional e a prontidão para mudanças	58

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO - Associação Brasileira de Transplante

AZA - Azatioprina

BAASIS - The Basel Assessment of Adherence with Imunosuppressive Medication Scale / Escala BASEL para Avaliação de Aderência a Medicamentos Imunosuppressores

CsA - Ciclosporina

CPA - Centro de Psicologia Aplicada

DCE - Doador de critério expandido

DCP - Doador de critério padrão

DCNT - Doenças Crônicas não transmissíveis

DRC - Doença Renal Crônica

ECNB - Escritório Central de Notificação e Buscas

HD - Hemodiálise

MCS – Modelo de Crenças em Saúde

KDOQI - Kidney Disease Outcome Quality Initiative

MTMC - Modelo Transteórico de Mudança do comportamento

NAd - Não aderência

P - Prednisona

RBTO - Registro Brasileiro de Transplantes de Órgãos

SUS - Sistema Único de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Science

TFG - Taxa de Filtração Glomerular

TxR - Transplante Renal

TRS - Terapia Renal Substitutiva

UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora

URICA - University Rhode Island Change Assessment

OMS – Organização Mundial de Saúde

## SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>iv</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vii</b>
<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES</b> .....	<b>viii</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	<b>viii</b>
<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	<b>ix</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1 Crenças</b> .....	<b>15</b>
<b>2.2 Transplante renal e aderência ao tratamento</b> .....	<b>16</b>
<b>2.3 O estudo das crenças em saúde</b> .....	<b>23</b>
<b>2.4 Aspectos psicológicos relacionados ao pós-transplante</b> .....	<b>30</b>
<b>2.5 Motivação para o tratamento e processos envolvidos na mudança</b> .....	<b>34</b>
<b>HIPÓTESE</b> .....	<b>39</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>40</b>
<b>OBJETIVO GERAL</b> .....	<b>40</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	<b>41</b>
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>41</b>
<b>DELINEAMENTO</b> .....	<b>41</b>
<b>LOCAL DE ESTUDO</b> .....	<b>41</b>
<b>AMOSTRA</b> .....	<b>41</b>
Estudo quantitativo .....	<b>41</b>
Estudo qualitativo .....	<b>43</b>
Critérios de seleção da amostra .....	<b>43</b>
Critérios para inclusão e não inclusão na amostra.....	<b>45</b>
<b>INSTRUMENTOS</b> .....	<b>45</b>
Estudo quantitativo .....	<b>45</b>
1. Escala BASEL para Avaliação de Aderência a Medicamentos Imunossupressores (BAASIS©) Entrevista .....	<b>45</b>
2. Questionário Sócio Demográfico e Clínico .....	<b>45</b>

3. URICA- University of Rhode Island Change Assessment .....	46
4. Escala de Severidade Percebida ao Retransplante .....	47
5. Escala de Suscetibilidade Percebida ao Retransplante .....	48
Estudo qualitativo .....	49
1. Questionário Sócio Demográfico e Clínico .....	49
2. Entrevista Semi-estruturada .....	49
PROCEDIMENTOS .....	49
PRINCÍPIOS ÉTICOS .....	50
METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS .....	51
Análise estatística.....	51
Análise qualitativa.....	57
<b>5 Resultados .....</b>	<b>59</b>
Artigo: O Modelo de Crenças em Saúde aplicado para compreensão das crenças sobre o transplante renal de pacientes – Um estudo qualitativo.....	60
Artigo: Estudo da relação entre motivação para o tratamento, crenças percebidas e adeão ao tratamento em pacientes submetidos ao transplante renal .....	89
<b>6 Conclusão .....</b>	<b>109</b>
<b>7 Considerações Finais .....</b>	<b>110</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>121</b>
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	122
Apêndice B: Questionário sociodemográfico e clínico .....	124
Apêndice C: Escala de Severidade Percebida ao Retransplante de Rim .....	127
Apêndice D: Escala de Suscetibilidade Percebida ao Retransplante de Rim .....	129
Apêndice E: URICA - University of Rhode Island Change Assessment .....	130
Apêndice F: Entrevista Semiestruturada .....	133
<b>ANEXOS .....</b>	<b>134</b>
Anexo A: Escala BASEL para Avaliação de Aderência a Medicamentos Imunossupressores (BAASIS©) Entrevista.....	135
Anexo B: Declaração da Comissão Permanente de Avaliação de Viabilidade Econômica e Financeira do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora .....	137
Anexo C: Parecer Consubstanciado do CEP .....	138

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, tem se acentuado no Brasil uma transição demográfica que leva cada vez mais ao envelhecimento populacional. De acordo com estimativas apontadas pela *United Nations* (2015), até 2050 a população em todo o mundo terá alcançado o dobro da existente em 2015, chegando a mais de 2,1 bilhões de pessoas com mais de 60 anos.

O envelhecimento populacional brasileiro é notório e, devido a essa transição demográfica, novos desafios surgem para o sistema de saúde, dentre eles o cuidado dos indivíduos com enfermidades crônicas, as quais ocorrem com mais frequência nessa população (Brasília, 2017). De acordo com estudo transversal realizado por Malta et al. (2017), que utilizou dados da *Global Burden of Disease 2015*, as condições crônicas de saúde representaram 75% das causas de morte em todo o Brasil.

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o presente estudo terá como foco a Doença Renal Crônica (DRC), em especial o Transplante Renal (TxR), buscando uma melhor compreensão das crenças de transplantados acerca desse complexo procedimento cirúrgico. O interesse por tal tema surgiu da possibilidade de se investigarem as crenças e as motivações que interferem na adesão ao tratamento do paciente após a escolha pelo TxR. Sendo assim, para compreensão do tema, a DRC consiste na perda progressiva e lenta da função dos rins, sem possibilidades de cura, o que faz necessário que o paciente inicie uma Terapia Renal Substitutiva (TRS). O diagnóstico é baseado na presença de lesão renal e na taxa de filtração gromelular (TFG), que diminui conforme a doença renal avança (KDOQI, 2002). Dessa forma é considerado portador de DRC qualquer indivíduo que, qualquer que seja a causa, apresente Taxa de Filtração Gromelular (TFG)  $< 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$  ou a TFG  $> 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$  associada a, pelo menos, um marcador de dano renal parenquimatoso, por exemplo proteinúria – que está relacionada à redução da sobrevida do enxerto com risco maior em receptores com episódios cardiovasculares (Tizo & Macedo, 2015), presentes há

pelo menos três meses. Quando as taxas de filtração glomerular estão muito baixas, é necessária a substituição da função dos rins por meio de alguma modalidade de TRS, como hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal (KDOQI, 2002; Brasil, 2014). São ainda classificadas cinco categorias relacionadas à progressão da DRC de acordo com a TFG e a presença de Proteinúria (KDOQI, 2002).

A DRC é hoje considerada um problema de saúde pública, uma vez que suas taxas de prevalência e incidência têm aumentado de forma significativa (Pinho, Silva & Pierin, 2015; Brasil, 2014; Kim et al., 2017; Sesso, Lopes, Thomé, Lugon, & Martins, 2017). Dentre os tratamentos disponíveis, o TxR é o que oferece melhor qualidade de vida e sobrevida para o paciente, pois está relacionado a benefícios como um melhor funcionamento psicossocial desses pacientes e menores gastos em saúde (Mendonça, Salvetti, Maia, Silva, & Torres, 2015).

De acordo com dados disponíveis no Registro Brasileiro de Transplantes (ABTO, 2017; ABTO, 2018), o Brasil está em segundo lugar em número absoluto de transplantes renais. No ano de 2017, houve aumento de 7,5% nos números de TxR realizados em comparação com o ano de 2016; e, em uma análise da última década, houve aumento de 71% nesse tipo de transplante (ABTO, 2017).

Entre 2012 e 2018, observou-se estagnação com relação ao número de transplantes renais realizados no Brasil, o que pode estar relacionado ao fato de alguns estados não estarem realizando transplantes renais e, sobretudo, devido ao número estável de equipes de transplante; algumas dessas equipes estão perdendo membros, sem possibilidade de reposição, pelo não reajuste, há 20 anos, dos valores do acompanhamento pós-transplante e da intercorrência pós-transplante (ABTO, 2018).

Devido a esses aspectos, são imprescindíveis estudos que abordem tanto a aderência ao tratamento no pós-transplante e quanto quais os significados existentes para os sujeitos que

optam por esse tipo de tratamento. Para a obtenção dos benefícios advindos da cirurgia, é imprescindível que o paciente siga as prescrições médicas, ou seja, é necessária sua adesão ao tratamento, a qual é entendida como a equivalência entre o seu comportamento e as orientações da equipe de saúde. Vários fatores podem influenciar a adesão ao tratamento, tais fatores podem estar relacionados diretamente ao paciente, ao tipo de tratamento, à doença ou à equipe de saúde (Sabaté, 2003; De Geest et al., 2010).

Dentre estes fatores que podem influenciar a aderência ao tratamento, as crenças sobre a saúde de pacientes submetidos ao transplante renal têm sido pouco estudadas, como observado na revisão bibliográfica realizada neste trabalho. Um modelo que pode contribuir para a compreensão dessas crenças é o Modelo de Crenças em Saúde (MCS), baseado em quatro tipos de crenças sobre saúde que podem influenciar a tomada de decisão do indivíduo na adoção ou não de comportamentos de autocuidado e prevenção a doenças, sendo elas: a percepção da suscetibilidade do indivíduo em contrair uma condição; a severidade percebida dessa condição; os benefícios percebidos na tomada de comportamentos de autocuidado, ou de prevenção; e as barreiras percebidas que impedem o autocuidado (Rosenstock, 1974a; Rosenstock, 1974b). Outros modelos teóricos foram desenvolvidos na tentativa de se compreender e explicar o comportamento dos indivíduos. Dentre os modelos destacam-se o Modelo Ecológico, baseado na perspectiva de que o comportamento do indivíduo pode ser compreendido em níveis organizacionais: micro, meso e macro (Berben, Dobbles & Engberg, 2012), e a Teoria Social Cognitiva, em que a mudança comportamental é resultado da interação entre o ambiente, os indivíduos e o comportamento (Bandura, 1986).

Outro aspecto a ser tratado neste trabalho é o motivacional, que é inerente a cada indivíduo. Reconhecer se um paciente está motivado para a mudança de comportamento e seguir um regime terapêutico é parte importante do processo de preparação para o TxR e no acompanhamento do pós-TxR. De acordo com Miller e Rollnick (2001), a motivação implica

no início, continuação e permanência em um processo de mudança empreendido por um indivíduo e, durante esse processo, ele é constantemente influenciado por fatores externos e internos. O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento foi desenvolvido por James Prochaska em 1979 e apresenta em sua formulação os estágios motivacionais pelos quais o indivíduo transitaria durante o processo de mudança de comportamento, sendo eles: Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção.

Neste contexto, o presente estudo visa compreender as crenças, sobre o TxR, oriundas de pacientes submetidos a essa modalidade de TRS e a motivação para a aderência ao tratamento desses pacientes para que intervenções futuras possam ser direcionadas à mudança de comportamento desse público e, conseqüentemente, ocorra uma maior adesão aos tratamentos.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Crenças**

De acordo com Kruger (2018), “Na Psicologia, crença é qualquer proposição que esteja de algum modo presente em nossa vida psíquica, desde a sua origem até sua influência em comportamentos, passando por processos cognitivos realizados ao nível da consciência e no do inconsciente cognitivo”. Ainda, de acordo com mesmo autor, quanto ao significado desse termo, é necessário que seja explicitado que existem interpretações distintas, como as interpretações religiosas ou da filosofia.

A definição proposta no livro “Psicologia Social das Crenças” é a de que: “Crença é qualquer declaração feita por uma pessoa, originada de sua experiência, que pode ser de origem perceptiva ou cognitiva”. Sobre os processos perceptivos e cognitivos envolvidos na formação das crenças, a percepção está envolvida no significado que os indivíduos atribuem a estímulos sensoriais relacionados à percepção visual, auditiva, gustativa, temporal, espacial,

etc; e a cognição se refere desde à capacidade de obter, interpretar, reter, recuperar e processar informações até comunicá-las (Kruger, 2018).

A formação das crenças está associada às experiências de cada indivíduo durante sua vida, as quais são organizadas em representações mentais que são estruturadas de forma coerente, com potencial de influência nos domínios individual e coletivo das pessoas. Dentre as contribuições mais relevantes para o estudo das crenças, destacam-se autores como Gustave Le Bon, com sua obra “As opiniões e as crenças”, de 1911, sobre o estudo da relação entre as crenças, a personalidade e os processos coletivos; Émile Durkheim, com estudos sobre a opinião pública e as crenças coletivamente transmitidas; e Gabriel Tarde em sua descrição e análise da formação da opinião pública em sua obra “A opinião e as massas”, de 1901 (Kruger, 2018).

Vale ressaltar que, de acordo com Kruger (2018), os interesses pessoais, combinados a motivações, valores e atitudes deles derivadas, os estados emocionais e os níveis de atenção influenciam na percepção, na cognição e na organização de sistemas de crenças. Cabe ressaltar que o estudo das crenças remonta a interesses de sociólogos e pesquisadores desde o século passado e ainda é fonte de interesse de pesquisadores da atualidade. Assim sendo, as crenças de saúde de pacientes transplantados renais serão investigadas de acordo com o Modelo de Crenças de Saúde desenvolvido por psicólogos sociais na década de 50 que está descrito em capítulo posterior.

## **2.2 Transplante renal e aderência ao tratamento**

Dentre as modalidades de tratamento para a substituição da função renal em pacientes com Doença Renal Crônica, o TxR é eleito aquele que oferece melhor qualidade de vida e

sobrevida para o paciente (Santos et al., 2015; Gonçalves, Reveles, Martins, Rodrigues & Rodrigues, 2016).

Aspectos relacionados à adesão ao tratamento no pós-transplante podem influenciar diretamente o funcionamento do enxerto, uma vez que o paciente é um ser biopsicossocial sujeito a interferências de diversos fatores ao longo da vida. Dentre os fatores que podem influenciar a adesão aos tratamentos, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) preconiza que tal adesão é um processo resultante da combinação de cinco fatores, quais sejam: os socioeconômicos, o sistema de saúde e os profissionais de saúde, o tratamento, as condições de saúde e os relacionados diretamente ao paciente. Neste sentido, a adesão ao tratamento é um processo complexo que demanda atenção integral ao paciente.

Na literatura, são evidenciados estudos que objetivam a discussão da utilização dos diversos termos para o fenômeno da aderência, quanto aos seus conceitos e pressupostos, sendo, muitas vezes, os termos “aderência” e “adesão” usados como sinônimos. Autores justificam suas escolhas a partir de diferenças entre o fenômeno focalizado no paciente e os fatores relacionados à adesão externos ao paciente (Leite & Vasconcellos, 2003; Horne, Weinman, Barber, Elliott, & Morgan, 2005; Gusmão & Mion Jr., 2006; McKay & Verhagen, 2015). Neste trabalho, os termos “aderência” e “adesão” serão utilizados como sinônimos, uma vez que os dois termos são usados como descritores que compartilham o mesmo significado para a indexação de trabalhos científicos na Biblioteca Virtual em Saúde por meio do vocabulário Decs. A indexação estruturada de trabalhos científicos com os termos exatos usados pela comunidade científica é uma tentativa de promover um diálogo unificado entre pesquisadores por meio do vocabulário Decs (Castro, 2001).

A aderência à terapia após o TxR é multifatorial e não existe um método único e seguro que leve ao seu sucesso. Autores apontam estratégias que podem auxiliar na promoção da aderência, como: realização de entrevistas motivacionais, disponibilização de apoio social

dando ênfase ao apoio emocional e educacional aos doentes, desenvolvimento de sistema de lembretes, disponibilização de contatos de grupos de apoio especializados, dentre outros. Como fatores relacionados à não aderência são apontados: esquecimento intencional ou não intencional, descuido, falta de motivação na manutenção do tratamento, não renovação das prescrições médicas, frequência da administração da medicação (Gonçalves et al., 2016).

Cabe mencionar que crenças baseadas na falsa ideia de cura proporcionada pelo transplante para alguns pacientes podem estar relacionadas à não realização das práticas de autocuidado que são necessários após esse procedimento cirúrgico, como a obrigação do uso da medicação imunossupressora, a importância de se beber líquidos e a prevenção de infecções (Santos et al., 2015).

De acordo com Sabaté (2003), a aderência é definida quando o comportamento do paciente está em concordância às prescrições dadas pela equipe de saúde. Essa definição inclui a tomada da medicação, o seguimento de uma dieta e/ou execução de mudanças de estilo de vida. A não aderência (NA) em TxR é conceituada quando ocorre o desvio do comportamento do paciente em relação às recomendações prescritas relacionadas à medicação, o qual pode influenciar de forma negativa nos resultados do Tx (Fine et al., 2009). A aderência pode ser avaliada por meio de diversas estratégias, não existindo um consenso sobre um padrão a ser seguido (Gusmão, Ginani, Silva, Ortega, & Mion, 2009; Dobbles et al., 2010; Borges, Moreira, Rodrigues, & Oliveira, 2012). As estratégias podem ser indiretas, obtidas por meio da contagem de comprimidos e do relato do paciente, ou diretas, com a dosagem em líquidos corporais do princípio ativo/metabólito da droga (Gusmão et al., 2009; Dobbles et al., 2010).

No que diz respeito à NA em TxR, Silva (2015) identificou 70,5% de NA por meio da triangulação em uma amostra de 88 pacientes; Maissiat, Marin e Fuzinatto (2013) verificaram prevalência de 76% de NA para uma amostra de 50 pacientes; Marcicano (2012) identificou

uma frequência de 34% de NA no autorrelato para uma amostra de 100 pacientes; Brahm (2012), 61,8% de NA no autorrelato, 58,7% de NA na dispensação e 37,4% na adesão combinada para amostra de 288 pacientes. Nesse sentido, como exposto anteriormente, observa-se que não existe um método único capaz de avaliar a NA em TxR, evidenciando-se a variedade de instrumentos utilizados para este fim e o número de amostra.

Pestana (2017) observou os desfechos clínicos de 11.436 transplantes renais e verificou aumento no número de transplantes realizados com doador falecido padrão e com critério expandido em comparação com os transplantes realizados com doador vivo. Com relação à imunossupressão, a terapia de indução aumentou para todos os tipos de transplante, ocorrendo a substituição progressiva de alguns medicamentos como, por exemplo, da ciclosporina pelo tacrolimus e da azatioprina pelo micofenolato. Em geral, houve diminuição da incidência de perda do enxerto, de rejeição e de morte ao longo do primeiro ano após o transplante.

Em relação à aderência ao tratamento no pós-TxR e aos gastos com a saúde relacionados ao transplante, torna-se relevante o uso dos recursos disponíveis de forma a otimizar maior custo-benefício para paciente e sistema de saúde. De acordo com a literatura, o TxR possui melhor custo-benefício tanto para o paciente quanto para o sistema de saúde quando comparado à outra modalidade de terapia de substituição da função renal (Acurcio et al., 2013; Gonçalves et al., 2016; Silva, Caulliraux, Araújo, & Rocha, 2016). O sistema de transplante que o Brasil possui é organizado por intermédio de um Escritório Central de Notificação, Doação e Buscas (ECNB) localizado na Secretaria Estadual de Saúde de cada estado, responsável por coordenar uma ou mais organizações de busca de órgãos. Essa forma de organização permitiu a expansão e o estabelecimento de vários centros de transplante em todo o País (Pestana, 2017). Ainda, em estudo retrospectivo comparando os custos em saúde com 30 crianças submetidas à hemodiálise após transplante renal, levando em consideração o

período de 2007 a 2013, observou-se que os custos relacionados ao transplante são mais vantajosos a longo prazo, se comparado a outra terapia de substituição da função renal (Camargo et al., 2018).

No último levantamento realizado pela Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, o número de pacientes adultos e pediátricos inscritos em lista de espera por um TxR foi de 22.881 indivíduos (ABTO, 2018). Dessa forma, a aceitação de doadores falecidos com critério expandido tem aumentado, o que resultou no aumento de transplantes de rim realizados (Mota et al., 2016; Pestana, 2017;). Considera-se doador com critério expandido aquele com idade igual ou maior do que 60 anos ou aquele com idade entre 50 e 59 anos e que possua ao menos dois, entre três fatores de risco. Os fatores de risco são: acidente vascular cerebral, história de hipertensão arterial e creatinina sérica maior que 1.5 mg/dl antes do transplante (Brasil, 2009).

Em um estudo retrospectivo comparando pacientes submetidos ao TxR com doador de critério expandido (DCE/n = 24) e pacientes submetidos ao TxR com doador de critério padrão (DCP/n = 231), objetivou-se verificar a função retardada do enxerto (DGF), a sobrevida dos enxertos e dos pacientes, assim como a função renal após um ano de TxR. Os resultados apontaram que não houve diferença no tempo de internação, creatinina da alta hospitalar e rejeição aguda nos receptores de DCE em relação ao doador padrão. Para o grupo com DCE, observou-se pior função renal, sem diferença para a sobrevida do enxerto entre os dois grupos, e mortalidade precoce maior para o grupo de DCE. No entanto, os autores indicam a realização de mais estudos que objetivem a comparação desses dois grupos e com maior número de pacientes, para a avaliação da efetividade do TxR com DCE (Mota et al., 2016)

Dentre os esquemas imunossupressores utilizados por pacientes transplantados renais, o esquema de ciclosporina (CsA) + azatioprina (AZA) + prednisona (P) foi o com melhor

custo-efetivo quando comparado com os outros esquemas observados (Acurcio et al., 2013). A ciclosporina é um inibidor de calcineurina, usada como o principal fármaco imunossupressor em associação com azatioprina e prednisona; e a azatioprina é um imunossupressor usado para prevenção da rejeição em transplante de órgãos sólidos em esquemas tríplexes com glicocorticoides e inibidores de calcineurina (Tizo & Macedo, 2015).

Os efeitos colaterais da medicação imunossupressora e a sua efetividade em Tx são objeto de estudo desde 1959, quando pesquisadores já se ocupavam das avaliações de pacientes submetidos a esse tipo de cirurgia. A azatioprina, muito usada atualmente, foi desenvolvida por Sir Roy Calne em 1960 e é uma medicação análoga ao 6-mercaptopurina descoberto por Schwartz e Damscheck em 1959. Ao longo dos anos, foram desenvolvidos imunossupressores cada vez mais potentes e com menos efeitos colaterais para os pacientes transplantados e assim foi se desenvolvendo a nova era dos transplantes com contribuições para os estudos sobre imunossupressão e para o progresso dos estudos em anestesia, infectologia e etc. (Mota, 2004). É interessante o trabalho de revisão da literatura realizado por este último autor, em que ele traça o percurso histórico no desenvolvimento das técnicas de cirurgia e dos imunossupressores ao longo dos anos, o que possibilitou a expansão dos transplantes de rim e melhores desfechos para a sobrevivência dos enxertos e do paciente.

Dentre as complicações no pós-TxR, Tizo e Macedo (2015) destacam as mais comuns: as infecções bacterianas, virais e fúngicas, a disfunção inicial do enxerto, as rejeições, as disfunções metabólicas relacionadas ao diabetes mellitus ou "diabetes esteroide", comumente associado ao uso de um inibidor de calcineurina, como o Tracolimo, e as disfunções cardiovasculares relacionadas à hipertensão arterial que pode se correlacionar ao uso de corticosteroides. O Tracolimo é um inibidor de calcineurina fosfatase e possui potência de 10 a 100 vezes maior do que a Ciclosporina no impedimento contra respostas imunes. Dentre

seus efeitos de toxicidade, destacam-se a hipertensão arterial e o diabetes mellitus (Tizo & Macedo, 2015).

Os tipos de rejeições que podem ocorrer no TxR são classificados de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1: Tipos de Rejeição no Transplante Renal

Tipo	Tempo que ocorre após o transplante	Sintomas Clínicos	Desfecho
Hiperaguda	Mínutos ou horas após o transplante	Anúria, oligúria, febre e dor sobre o enxerto	Geralmente não possui tratamento efetivo ocorrendo perda do enxerto.
Aguda	Após uma semana	Febre, hipertensão, dor sobre o enxerto, edema, redução do volume urinário, aumento da creatinina	Risco de perda do enxerto. Tratamento com doses altas de glicocorticoides ou aumento da dose ou alteração do esquema imunossupressor.
Crônica	Duas semanas a anos	Aumento da creatinemia, hipertensão arterial e proteinúria	Principal causa de perda do enxerto a longo prazo, necessitando de retransplante.

Fonte: Tizo & Macedo, 2015.

O uso dos imunossupressores diminui ou bloqueia a resposta imunológica e as manifestações ocorridas após o transplante de órgãos, permitindo que o transplante seja realizado com sucesso (Tizo & Macedo, 2015).

Diante do exposto, observa-se o longo caminho a ser percorrido a partir da realização do TxR, a importância da manutenção do uso dos imunossupressores e as dificuldades enfrentadas pelos pacientes no pós-transplante.

### 2.3 O estudo das crenças de saúde

Dentre os fatores que podem exercer influência na aderência ao tratamento, as crenças pessoais relacionadas à doença, ao tratamento, aos desfechos clínicos têm despertado a curiosidade em meio ao campo científico desde a década de 50, quando psicólogos sociais do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos desenvolveram um modelo explicativo baseado em quatro tipos de crenças principais para compreender a decisão dos usuários do sistema de saúde pela busca pelos serviços (Rosenstock, 1974a; Rosenstock, 1974b; Janz & Becker, 1984). Ao longo dos anos, estudos foram realizados tomando-se como base as características presentes nesse modelo, conhecido como Modelo de Crenças de Saúde (MCS)

Conforme apontado por revisão realizada por Janz e Becker (1984), as pesquisas elaboradas com base no MCS de 1974 até 1984 evidenciaram a importância da utilização do modelo para a compreensão dos comportamentos de saúde e sua consequente sugestão para que as dimensões fizessem parte de intervenções baseadas em educação em saúde.

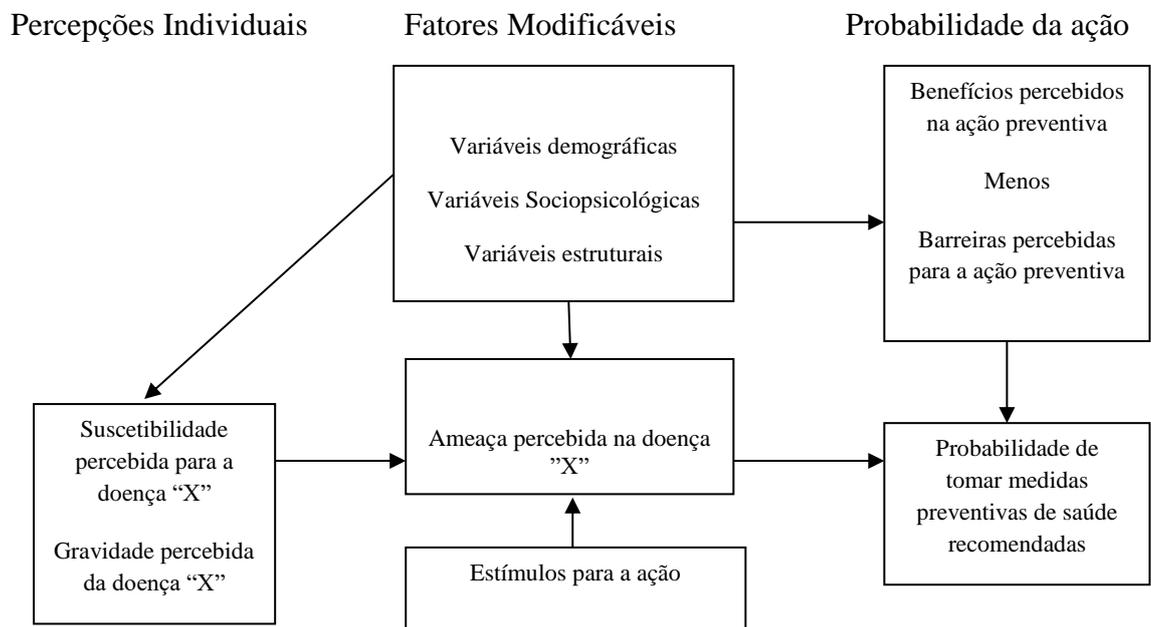
Os fatores considerados como fontes potenciais para influenciar a aderência aos tratamentos preconizados pela OMS (2003) são fatores que já vinham sendo incluídos ao longo dos anos no MCS como aspectos capazes de influenciar a percepção dos indivíduos e de interferir nas decisões relacionadas aos comportamentos de saúde desde os estudos de Rosenstock (1974b) e Janz e Becker (1984).

Dela Coleta (2004) evidenciou que a aplicação do MCS a diversos estudos nas décadas subsequentes contribuiu para o aperfeiçoamento do modelo e o desenvolvimento de instrumentos de mensuração das variáveis originais. Neste sentido, Champion (1984) desenvolveu escalas para cada variável principal do MCS e para motivação para a saúde, para o tema do câncer de mama, e, de acordo com análises estatísticas, gerou dados empíricos suficientes para a confiabilidade e validade da mensuração dos constructos analisados.

As variáveis principais relacionadas às crenças em saúde do MCS são: a percepção de suscetibilidade, que são as crenças relacionadas à forma como o indivíduo percebe seu risco em contrair uma condição ou problema de saúde; a percepção de severidade, que são crenças relacionadas à severidade de uma dada condição ou problema de saúde; os benefícios, crenças relacionadas ao sucesso na tomada de uma decisão comportamental e à percepção dos resultados positivos advindos da tomada de decisão; as barreiras, crenças relacionadas aos aspectos negativos na tomada de uma decisão comportamental para a ação (Rosenstock, 1974a).

A figura a seguir ilustra as variáveis principais do MCS.

Figura 1: Modelo de Crenças de Saúde como preditor de comportamentos preventivos de saúde (Rosenstock, 1974a)



Fonte: Adaptado de Rosenstock, 1974a.

De acordo com esse modelo, a probabilidade de um indivíduo praticar uma ação é influenciada pela ameaça percebida de uma condição ou problema de saúde, sendo que a

ameaça percebida é resultado da combinação da suscetibilidade percebida e da severidade percebida a esta condição. A forma como o indivíduo percebe essa ameaça é resultado da influência de fatores externos a ele, como, por exemplo, campanhas de comunicação de massa, conselhos de outras pessoas, artigo ou revista; e de fatores internos a ele, como, por exemplo, sua personalidade ou seus conhecimentos sobre a condição ou problema de saúde. Na decisão de se praticar uma ação, são levados em conta os benefícios advindos dessa ação, bem como as barreiras para a efetivação dessa ação. Se os benefícios percebidos superam as barreiras percebidas para a ação, a probabilidade de se adotar um comportamento de saúde é maior (Ertem, Donmez, & Dolgun, 2017; Jeihooni et al., 2017).

Desta forma os indivíduos decidiriam por adotar comportamentos para o rastreamento, a prevenção ou o controle de condições de saúde precárias: I) se eles se consideram suscetíveis à condição ou ameaça; II) se eles acreditam que a condição ou ameaça terá consequências sérias para suas vidas; III) se eles acreditam que um curso de ação que está disponível para eles será benéfico na redução de sua suscetibilidade ou gravidade da condição ou ameaça; IV) e, por fim, se eles acreditam que as barreiras previstas para a ação serão superadas pelos benefícios (Marmarà, Marmarà, & Hubbard, 2017; Baxter et al., 2017).

De acordo com Dela Coleta (2004), sobre revisão crítica realizada por Rosenstock (1974b) das primeiras pesquisas que utilizaram MCS como um modelo explicativo para os comportamentos de prevenção, não existia ainda uma definição clara do conceito de motivação e, como pode ser observado na Figura 1, essa variável não fazia parte do modelo, sendo incluída pela primeira vez no trabalho de Becker, Kaback, Rosenstock e Ruth, em 1975. Os trabalhos subsequentes foram realizados por meio de adaptações elaboradas para vários contextos e doenças diferentes, incluindo quando era de interesse do pesquisador a variável relacionada à motivação (Dela Coleta, 2004).

Para ilustrar a utilização deste modelo em trabalhos científicos na área do transplante renal, foi realizada revisão da literatura englobando os anos de 2016 a 2019 e com as palavras-chave “transplante renal” e “Modelo de Crenças de Saúde”, em inglês, português e espanhol, nas bases de dados, *Web of Science*, Scielo, Lilacs e Biblioteca Virtual de Saúde, e não foram localizados trabalhos científicos suficientes para a elaboração desta dissertação. Como alternativa, foi realizada revisão da literatura de forma mais abrangente englobando os anos de 2016 e 2019, nas bases de dados Scielo, Lilacs e *Web of Science*, e foram considerados trabalhos elegíveis para esta revisão os artigos e revisões sobre o Modelo de Crenças de Saúde disponíveis na íntegra e gratuitos.

O critério utilizado para a seleção dos artigos pelo título e pelo resumo foi aquele que considerou a palavra-chave “Modelo de Crenças de Saúde” escrita em inglês, a qual deveria estar presente no título ou no resumo, completamente e em sequência, fazendo referência a esse modelo; aqueles que não atenderam a esse critério foram excluídos. Na etapa final, foi realizada análise dos artigos encontrados na íntegra e organizados por meio de tabulação dos dados.

Conforme observado, evidenciou-se a realização de pesquisas experimentais conduzidas sob a perspectiva da educação em saúde adotando-se como base teórica principal ou complementar o Modelo de Crenças em Saúde para o desenvolvimento de intervenções voltadas para fatores relacionados ao câncer de mama, como crenças referentes à importância da mamografia, percepção de ameaça do câncer de mama, benefícios da mamografia, barreiras que influenciam sua realização e autoeficácia para a realização (Akhtari-Zavare1 et al., 2016; Farhadifar, Molina, Taymoori1, & Akhavan, 2016); ainda: educação nutricional, com intervenções voltadas para redução do consumo de lanches não saudáveis; prevenção de sobrepeso e obesidade; e prática de exercícios físicos (Rezapour, Mostafavi, & Khalkhali, 2016; Fathi, Sharifirad, Gharlipour, Hakimelahi, & Mohebi, 2017; Noorbakhsh, Mostafavi, &

Shahnazi, 2017); além disso: comportamentos preventivos da dor lombar em enfermeiros (Sharafkhani, Khorsandi, Shamsi, & Ranjbaran, 2016); desenvolvimento de um programa de saúde bucal para mulheres grávidas (Jeihooni, Jamshidi, Kashfi, Avand, & Khiyali, 2017); efeito da educação sobre o câncer do colo de útero e papilomavírus humano sobre o estilo de vida saudável, comportamento e crenças de mulheres (Koç et al., 2019).

Escalas desenvolvidas por Champion (1984) com base nos constructos do Modelo de Crenças em Saúde para o contexto do câncer de mama, sendo revisadas em seus estudos posteriores em 1993, 1997 e 1999 (Ertem et al., 2017), foram adaptadas e validadas para pesquisas com câncer de mama em outros países, como Irã, Turquia e Brasil (Dela Coleta, 2003; Yılmaz & Durmuş, 2016; Didarlo, Nabilou, & Khalkhali, 2017; Ertem et al., 2017; Moreira, Fernandes, Castro, Oliveira, & Pinheiro, 2018).

Recentemente, foi desenvolvida na Austrália intervenção com grupo focal para a prevenção do afogamento de crianças. As interpretações dos dados coletados tiveram o MCS como base teórica para a codificação desses dados (Denehy, Leavy, Jancey, Nimmo, & Crawford, 2017). Na Holanda, estudo conduzido com cinco grupos focais identificou os determinantes da adesão às recomendações de estilo de vida para prevenção do câncer em portadores da Síndrome de Lynch e as transcrições analisadas utilizando o MCS como base teórica para a estruturação dos dados (Visser et al., 2017).

Estudos com mulheres grávidas e pais de crianças na pré-escola investigaram a aceitação da vacina contra gripe e as crenças, as atitudes e o conhecimento acerca dessa vacina. As crenças foram investigadas por meio de questionário estruturado autoaplicável, contendo questões elaboradas com base no MCS para suscetibilidade de contrair gripe; severidade percebida da infecção; barreiras percebidas para a vacinação; benefícios percebidos da vacina; e pistas para ação, como o encorajamento por outros para a vacinação

(Ditsungnoen et al., 2016; Hu, Wang, Liang, & Chen, 2017; Zeng et al., 2019; Lu et al., 2019).

Investigações acerca dos fatores que influenciam a tomada de decisão para vacinação contra HPV (Vírus do Papiloma Humano) entre meninas, meninos e pais de crianças com idade entre 10 e 12 anos foram realizadas na Holanda, no País de Gales, no Quênia, na Suécia e nos Estados Unidos. Todas essas investigações utilizaram o MCS em algum momento da pesquisa, como base teórica para a elaboração do instrumento de coleta de dados ou para a organização dos dados coletados (Christy et al., 2016; Richards, 2016; Vermandere et al., 2016; Patty et al., 2017; Grandahl et al., 2017a; Grandahl et al., 2017b; Galbraith-Gyan, 2018).

Nyaoke et al. (2017) conduziram pesquisa no Quênia com o objetivo de compreender quais são as motivações para a inscrição de voluntários para participarem de testes de vacina contra o HIV. O MCS é incluído na discussão dos dados como uma fonte teórica para se compreenderem os motivadores envolvidos na inscrição desses voluntários. Neste sentido, outros trabalhos foram conduzidos incluindo a variável motivacional na investigação dos comportamentos de saúde para outros contextos, como o câncer de mama (Roderique-Davies, McKnight, John, Faulkner, & Lancaster, 2016; Yılmaz & Durmuş, 2016; Akhtari-Zavare et al., 2016; Belgacem, Amel, & Sonia, 2016; Ertem et al., 2017; Lipman & Burt, 2017; Zhang, 2017).

Intervenção desenvolvida para avaliar seus efeitos na prevenção do diabetes gestacional foi eficaz para o desenvolvimento de comportamentos preventivos contra tal mazela por meio do MCS, sendo outros estudos conduzidos para a investigação das crenças e percepções que podem afetar o comportamento de autogestão do diabetes (McElfish, 2016; Habib, Abdel-Kader, Eissa, & Awadein, 2019) e analisar em que medida as crenças sobre o tratamento e os comportamentos de saúde preveem o resultado de saúde do diabetes (Arx,

Gydesen, & Skovlund, 2016; Khiyali, Manoochri, Jeihooni, Heydarabadi, & Mobasheri, 2017). Ambos os estudos adotaram o HBM como lente teórica para a elaboração dos instrumentos.

Pesquisa realizada com pacientes transplantados renais para avaliação dos fatores relacionados à aderência à medicação imunossupressora concluiu que é imprescindível a recomendação de que os prestadores de cuidados clínicos dediquem mais atenção aos pacientes com transplantes mais antigos e aos pacientes que experimentam desconforto devido a sintomas induzidos por medicamentos, apontando que os prestadores devem ajudá-los com o manejo em momento apropriado dos sintomas para proporcionar-lhes maior adesão ao tratamento e adaptação a esses sintomas, mantendo o funcionamento renal e a qualidade de vida. De acordo com essa investigação, é possível prever a aderência ao tratamento com medicação imunossupressora, avaliando a suscetibilidade percebida da rejeição e os benefícios percebidos da adesão ao regime terapêutico e, na prática clínica, esses achados podem ser aplicados para identificar grupos que enfrentam maiores riscos de não aderência à medicação (Kung, Yeh, Lai, & Liu, 2017).

Esta revisão apontou para o amplo uso do MCS e de seus constructos em investigações, principalmente voltadas para prevenção de doenças e para previsão de comportamentos modificáveis. Infelizmente, não foi observado o uso desse modelo em pesquisas brasileiras voltadas para a área do Transplante Renal, identificando-se apenas uma pesquisa nessa área em Taiwan. Talvez, um viés para essa conclusão seja que esta revisão não tenha sido abrangente o suficiente ou deva ser uma direção que aponte uma lacuna existente em pesquisa científica nacional, para que pesquisadores interessados em desenvolver programas de intervenção voltados para o âmbito da saúde adotem o MCS como lente teórica para o desenvolvimento de pesquisas e intervenções.

Estudos têm sugerido impacto positivo do MCS como lente teórica para intervenções voltadas para o autocuidado e para a previsão de comportamentos modificáveis, sendo seus resultados muito úteis para o desenvolvimento de intervenções baseadas em educação em saúde (Grandahl et al., 2016; Fathi, Barati, Zandiyeh, & Bashirian, 2017; Kaveh, Khoramaki, Kojouri, & Keshavarzi, 2017; Jeihooni et al., 2017; Choi, Jeon, & Kim, 2019).

#### **2.4 Aspectos psicológicos relacionados ao pós-transplante**

Dentre os fatores associados à aderência ao tratamento preconizados pela OMS (2003), os psicológicos estão relacionados diretamente ao paciente e estarão em destaque neste estudo. Apesar da independência que o TxR proporciona quando comparado à hemodiálise, ele não significa a cura da DRC. A cronicidade da doença exige que o paciente faça acompanhamento médico periódico e mantenha o uso da medicação imunossupressora por tempo indeterminado (Santos et al., 2015; Santos, Lise, Feijó, Garcia, & Schwartz, 2017).

Diante dos aspectos mencionados, observa-se a importância do estudo dos fatores psicológicos presentes no pós-transplante, que podem interferir na aderência ao tratamento como, por exemplo, as experiências individuais, as crenças sobre a doença, a percepção do estado de saúde, o humor e a determinação das barreiras que impedem a aderência. Sintomas somáticos e obsessivo-compulsivos, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide, psicoticismo e traços do temperamento afetivo foram avaliados por De Pasquale et al. (2016) e os resultados apontaram que os pacientes que apresentaram maior equilíbrio mental eram aqueles com maior nível de escolaridade e maior tempo de realização do transplante; o nível de escolaridade foi negativamente correlacionado com aspectos ansiosos, obsessivo-compulsivos e depressão; e,

com relação ao temperamento, a personalidade ciclotímica, irritável e depressiva afetou adversamente o comportamento aderente.

Dentre as consequências psicológicas acarretadas ao paciente, estudo comparativo investigou a existência de diferenças entre sintomas depressivos, desesperança e ideação suicida entre pacientes submetidos à hemodiálise e a transplantados renais. Os resultados mostraram a não existência de diferenças significativas na intensidade dos sintomas entre os dois grupos para as variáveis investigadas. Os autores justificam seus resultados apontando que mais importante do que o tipo de tratamento realizado é a sua evolução, a qual impacta de forma significativa na vida dos pacientes, que neste estudo, para os dois grupos, estava bem, destacando-se os recursos adaptativos de cada paciente. Uma discussão bastante interessante é realizada pelos autores demonstrando até que ponto se deve considerar uma significância estatística em uma pesquisa que aborda poucos sujeitos que estão em contínuo processo de autocuidado de que uma doença crônica necessita e, ao mesmo tempo, demonstrando que a falta de significância estatística pode ter sido influenciada por um dos critérios de inclusão adotados, que foi: “estar clinicamente bem-sucedido no tratamento adotado”, excluindo dessa forma aqueles que seriam considerados como não aderentes. Maiores estudos são apontados como meio de investigação das variáveis abordadas neste trabalho, pois, de acordo com os autores, sintomas de desesperança podem estar associados com desfechos de depressão e suicídio para esta população. Dentre as variáveis apontadas como protetoras de sintomas depressivos destacou-se a atividade laboral, associada à melhoria da qualidade de vida e à menor incidência de transtornos mentais, bem como pacientes transplantados com doador vivo, família e rede social (Andrade, Sesso, & Diniz, 2015).

Pesquisas recentes têm demonstrado diferenças significativas na forma como o tratamento dialítico e o TxR são vivenciados. Pesquisa qualitativa descritiva, realizada com 11 homens em hemodiálise e inscritos em lista de espera, relata os depoimentos dos

participantes com relação à vivência com a DRC e o tratamento, o qual impõe restrições na vida devido à falta de liberdade, referindo-se a ela como uma prisão e afirmando ainda que o TxR seria a esperança para a recuperação da normalidade em suas vidas. O tempo de espera pelo transplante se torna um momento de expectativas que vão se transformando em sentimento de frustração e decepção quando tal espera é muito longa (Souza et al., 2015).

A falta de liberdade que o tratamento dialítico impõe comparada à libertação da máquina de diálise proporcionada pelo transplante é vivenciada por cada paciente de forma única, o que pode fazer com que os sonhos das vidas deles antes do diagnóstico da DRC sejam trocados por outros de acordo com a realidade vivenciada. A vida depois do TxR é relatada como próxima do normal, apesar das preocupações com o autocuidado; entretanto, apesar de ser considerada próxima do normal, comparada à hemodiálise, os significados atribuídos ao transplante, como, por exemplo, sentimentos de cura e renascimento, podem incentivar comportamentos desfavoráveis para condições crônicas, pois o sentido de retorno a uma condição anterior à doença, de quando os rins funcionavam, interferiria no autocuidado (Santos et al., 2015).

Conforme apontado anteriormente, sentimentos e expectativas são diferentes para cada tipo de tratamento e as mudanças a nível psicológico e comportamental são evidentes quando os pacientes buscam integrar suas vivências e experiências. Os cuidados com a saúde no pós-TxR podem gerar insegurança e excesso de autocuidado, fazendo com que pacientes evitem encontros sociais por medo de infecções que possam causar a perda do enxerto. O sentimento de inutilidade e incapacidade pode estar relacionado ao fato de alguns pacientes não poderem voltar a realizar a atividade laborativa que ocupavam antes do TxR, pois o excesso de esforço físico não é recomendado (Santos et al., 2017).

A busca de apoio por meio das redes sociais pode ser uma forma de pacientes promoverem intercâmbios de experiências de vida, dividirem expectativas e se apoiarem

mutuamente com mensagens de incentivo ao autocuidado e de esperança, fazendo com que repensem os estilos de vida que seguem. Dessa forma, grupos no *Facebook* possibilitam que pacientes transplantados compartilhem suas experiências, relatem por meio de postagens a felicidade de viver com o novo órgão, como forma de disseminar o cuidado de si. Assim, aprende-se como é viver sendo um transplantado. Os recursos linguísticos utilizados são variados, desde palavras, até explicações, histórias, e mensagens que transmitem a intenção de afetar e persuadir (Roso & Kruse, 2017).

A rede social e os tipos de apoio social disponíveis para o paciente que vivencia o adoecimento e o transplante renal podem atuar como potencializadores ou fragilizadores durante o processo de adoecimento e transplante. Dentre os apoios potencializadores, o apoio emocional, a interação social positiva, a oferta de carinho e o cuidado ajudam nas tarefas do dia a dia, confraternização entre a equipe de saúde e o paciente, orientações adequadas voltadas para o autocuidado, medicamentos e transporte gratuito para o tratamento; a fé religiosa e o companheirismo entre os pacientes foram aspectos relatados como importantes que influenciaram a forma como o paciente vivenciou o momento do diagnóstico até o momento do transplante. Dentre os aspectos fragilizadores, o distanciamento da família com a recusa da doação, mesmo existindo compatibilidade, e também a falta de preparo de alguns profissionais de saúde no atendimento das demandas dos pacientes são fatores que podem gerar frustrações e tristeza (Borges et al., 2016).

Por fim, Brito, Paula, Grincenkov, Lucchetti e Sanders-Pinheiro (2015) identificaram em pacientes transplantados renais cinco ideias centrais relacionadas aos aspectos positivos percebidos após o TxR e cinco ideias centrais relacionadas às dificuldades enfrentadas após o TxR. Dentre os aspectos positivos foram relatados: o retorno às atividades do dia a dia; a liberdade que o transplante proporciona em comparação à diálise; maior bem-estar físico relacionado à redução de comorbidades e da dor; a saúde emocional; o fortalecimento do eu

relacionado à autoeficácia; vitalidade e autoestima com mudanças positivas na imagem corporal e resolução de problemas; e o estreitamento das relações interpessoais. Com relação às dificuldades enfrentadas, foram relatadas: o medo da rejeição do enxerto e do retorno à diálise; as questões relativas à medicação, ao horário e ao uso frequente de medicamentos e seus efeitos colaterais; o excesso de cuidado/controle que faz o paciente deixar de participar de eventos ou de fazer atividades para preservação do enxerto; as particularidades do tratamento do TxR, principalmente para aqueles pacientes que não residiam na cidade em que era realizado o tratamento; o estresse gerado na espera dos resultados dos exames periódicos; e o não retorno aos papéis sociais.

Nesse sentido, os aspectos psicológicos de pacientes que passaram pelo TxR são variáveis e podem interferir na aderência ao tratamento. De acordo com De Pasquale et al. (2016) e Van Lint et al. (2015), o acompanhamento após o transplante é essencial para o desenvolvimento de maior capacidade de autoeficácia e resiliência no paciente e é importante também a oferta de um planejamento organizado, com o objetivo de aprimorar os esquemas de enfrentamento e fortalecer os recursos já existentes nos pacientes de forma que os resultados alcançados sejam influenciados positivamente no pós-transplante.

## **2.5 Motivação para o tratamento e processos envolvidos na mudança**

Conforme exposto anteriormente, além do estudo das crenças pessoais em investigações acerca dos cuidados preventivos de saúde e da mudança de comportamentos modificáveis, a motivação pessoal para manutenção do autocuidado em condições crônicas de saúde é um aspecto também importante e inerente a cada indivíduo, nesse sentido, reconhecer-se um paciente, estar motivado para a adaptação a um estilo de vida ou seguir um regime terapêutico são partes significantes do processo de preparação para o TxR e no acompanhamento pós-TxR.

O Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento, desenvolvido por James Prochaska, em 1979, foi elaborado a partir do estudo comparativo de cerca de 29 sistemas de terapia e modelos com enfoques psicoterápicos, tendo como âncora em seu desenvolvimento o processo de mudança. A origem do conceito de Estágios de Mudança surgiu de investigações sobre os processos utilizados por indivíduos na mudança do comportamento relacionado ao tabagismo. Nessa investigação, foi elaborado questionário baseado nesse modelo e realizada comparação dos processos de mudança de indivíduos divididos em três grupos: os autodesistentes, aqueles que não participaram de programa formal de cessação do tabagismo; grupo de aversão, que haviam completado programa de tratamento; e grupo de gerenciamento comportamental, que completou um programa que utilizou técnicas educacionais e comportamentais. Observou-se que os sujeitos relataram que diferentes processos eram importantes em diferentes momentos no decorrer da mudança e que os processos verbais eram mais importantes quando a decisão de mudar estava em curso e os processos comportamentais eram mais importantes no estágio de mudança ativa e na fase inicial de manutenção da cessação do tabagismo. De acordo com DiClemente e Prochaska (1982), o processo de mudança independe do tipo de tratamento utilizado, por isso a importância de se investigar a motivação de cada indivíduo para a mudança de comportamento, para que intervenções sejam planejadas de acordo com a necessidade e em momento oportuno (DiClemente & Prochaska, 1982).

Esse modelo está fundamentado no princípio de que a mudança de um comportamento ocorre no decorrer de um processo e que existem vários níveis de motivação de prontidão para mudar para cada indivíduo. O processo de mudança é constituído por quatro estágios sendo eles: contemplação, determinação, ação e manutenção (DiClemente & Prochaska, 1982). Posteriormente, foi identificado o estágio pré-contemplação como um estágio que antecede a contemplação (Prochaska & DiClemente, 1983).

O estágio nomeado de pré-contemplação se caracteriza pelo início do processo terapêutico. Nessa fase, o indivíduo não tem a intenção de mudar e desconhece a existência de um comportamento problema. Quando os pré-contempladores procuram ajuda, em geral o fazem devido à pressão de outros (DiClemente, Prochaska & Norcross, 1992).

No estágio de contemplação, está presente na consciência do indivíduo a existência de um problema, algo o incomoda, nessa fase, há busca de informações acerca do problema, mas ainda não há comprometimento relacionado à mudança, há apenas a consideração da possibilidade de mudança (DiClemente et al., 1992).

Na determinação, existe a combinação entre a intenção voltada para a mudança e o comportamento. As pessoas nessa fase admitem que são necessárias mudanças em suas atitudes e comportamentos. Na fase de ação, o processo de mudança do comportamento ou do meio ambiente começa ativamente, existe comprometimento e esforço para mudar, mas é necessária ajuda, pois o indivíduo não consegue ser bem-sucedido sozinho. Esse é o momento no qual os pacientes praticam o que foi planejado no estágio anterior (DiClemente, Schlundt, & Gemmell, 2004).

No último estágio, conhecido como manutenção, já ocorreu a mudança, sendo observados ganhos significativos para o sujeito, porém é necessário acompanhamento para prevenção da perda dos ganhos e para a manutenção deles. (McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983). A manutenção é o estágio em que as pessoas trabalham para prevenir a recaída e consolidar os ganhos obtidos durante a ação (DiClemente et al., 1982). No contexto da terapia, esses estágios não são unidirecionais e sucessivos, porém o propósito dos autores foi descrever as etapas como distintas e consecutivas como uma estrutura útil para fins de medição. Desenvolvido inicialmente para o estudo do processo de tratamento relacionado a indivíduos fumantes, esse questionário, conhecido como URICA – *University of Rhode Island*

*Change Assessment* –, não se refere diretamente a um problema específico, mas, de forma genérica, ao problema enfrentado pelo sujeito (Szupczynski, 2006).

Dessa forma, trabalhos de adaptação e validação desse questionário foram desenvolvidos para a população brasileira, pelo Grupo de Pesquisa “Intervenções Cognitivas e Comportamentos Dependentes” do Programa de Pós-Graduação da PUC do Rio Grande do Sul, para os comportamentos de uso de substâncias psicoativas ilícitas, jogo patológico, hábitos alimentares e uso do tabaco (Szupczynski & Oliveira, 2008; Souza, Silva, Oliveira, Bittencourt, & Freire, 2009; Bittencourt, Santos, & Oliveira, 2012; Oliveira, Ludwig, Moraes, Rodrigues, & Fernandes, 2014 ).

Em revisão da literatura realizada nas bases de dados da Scielo, Lilacs, PubMed e *Web of Science* englobando os anos de 2016 a 2018, foi observado o uso da escala URICA em investigações em países como: Alemanha, para investigar a existência de associações entre luta por recaída motivacional e resultado terapêutico em pacientes com Transtorno de Sintomas Somáticos; Itália, para análise de sua estrutura fatorial para o controle de peso em amostra de pacientes com sobrepeso e obesidade e matriculados em programa de reabilitação nutricional; e Índia, em estudo sobre motivação para a mudança em pacientes internados com Síndrome de Dependência de Álcool (Mander et al. 2017; Pietrabissa et al., 2017; D'Souza & Mathai, 2017).

O estudo das crenças baseadas no MCS e a motivação para mudança a partir do MTMC podem ser úteis para a compreensão e o desenvolvimento de intervenções baseadas em aconselhamento, com a finalidade de potencializar as atitudes e as crenças em saúde e promover a busca por ajuda em serviços de saúde (Saunders, Frederick, Silverman, Nielsen, & Laplante-Levesque, 2016).

Verifica-se desta forma que estudos têm sido realizados para a adaptação e a validação dessa escala. Este trabalho não possui como objetivo a validação desse instrumento, mas sua

adaptação e aplicação, com a finalidade de testar sua adequação para a mensuração da variável motivacional e, caso seja confirmada a efetividade de tal instrumento, sugerir sua posterior validação.

O processo de adaptação e validação de um instrumento para uma população é composto por etapas que envolvem o planejamento e a precisão da preservação das características psicométricas originais desse instrumento. Como etapas desse processo, deve ser observada a tradução para o idioma no qual se pretende aplicá-lo; a síntese das versões traduzidas, que devem ser pelo menos duas para serem comparadas; a avaliação da síntese por profissionais capacitados e que possuem familiaridade com os constructos do instrumento; a avaliação pelo público ao qual o instrumento se destina; a tradução reversa, ou seja, a tradução do instrumento sintetizado para o idioma de origem; e, como parte final, o estudo piloto, que é a aplicação do instrumento a uma amostra com as mesmas características do público que se quer aplicar o instrumento (Borsa, Damásio, & Bandeira, 2012). Como citado anteriormente, existem versões da escala URICA adaptadas e validadas para a população brasileira e a adaptação para o contexto do TxR foi realizada a partir de uma dessas versões.

## **HIPÓTESE**

A partir da pergunta norteadora: *Quais crenças estão presentes em receptores submetidos ao transplante renal e quais estão associadas à adesão ao tratamento?* tem-se como hipótese do estudo que estas crenças estão relacionadas à cura e melhoria da qualidade de vida e a não adesão ao tratamento pode estar associada a crenças de cura sobre a cirurgia.

Acredita-se também que as crenças de severidade percebida e suscetibilidade percebida ao retransplante e a motivação para o tratamento estão associadas à adesão ao tratamento.

### **3 OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GERAL**

Investigar as crenças de receptores acerca do transplante renal.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar os participantes por meio da avaliação de parâmetros clínicos e sociais.
- Analisar a relação entre as crenças sobre o transplante renal e a adesão ao tratamento de pacientes transplantados renais.
- Analisar a relação entre as crenças sobre o transplante renal e a motivação.

## **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **DELINEAMENTO**

Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo, de corte transversal, de caráter exploratório, realizado em pacientes submetidos ao transplante renal acompanhados no ambulatório de Uro-nefrologia do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

### **LOCAL DO ESTUDO**

A coleta de dados foi realizada na sala de espera do ambulatório de Uro-nefrologia do HU/UFJF<sup>1</sup> no período de outubro de 2018 a abril de 2019. O HU/UFJF é incluído no Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema de Saúde de Minas Gerais (Prohosp), que objetiva a melhoria e expansão do atendimento nas unidades de atenção à saúde do Estado por meio de investimentos financeiros oriundos do tesouro do próprio Estado; propõe um modelo de assistência pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) oferecendo atendimento médico em diversas especialidades. Atualmente sua gestão é realizada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Como missão o HU/UFJF propõe formar recursos humanos, gerar conhecimentos e prestar assistência de qualidade na área da saúde à comunidade e região.

### **Amostra**

#### **Estudo quantitativo**

---

<sup>1</sup> Os dados acerca do HU/UFJF foram extraídos do site <http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufjf/missao-val>

O tamanho da amostra foi definido por meio de cálculo estatístico considerando o número total de pacientes transplantados renais acompanhados no ambulatório de Uro-nefrologia do HU/UFJF no período de coleta conforme os critérios de inclusão. Dessa forma, cinco pacientes menores de dezoito anos de idade e um com dificuldades em responder aos questionários não foram incluídos neste cálculo, totalizando 113 pacientes em acompanhamento e elegíveis para a investigação.

A fórmula para cálculo do tamanho da amostra para uma estimativa confiável da proporção populacional ( $p$ ) é dada por

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Onde:

$n$  = Número de indivíduos na amostra

$Z_{\alpha/2}$  = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado.

$p$  = Proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria que estamos interessados em estudar.

$q$  = Proporção populacional de indivíduos que não pertence à categoria que estamos interessados em estudar ( $q = 1 - p$ ).

$E$  = Margem de erro ou erro máximo de estimativa. Identifica a diferença máxima entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional ( $p$ ).

Para um nível de confiança de 95% e Erro de 5%

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2} = 384$$

Fazendo a correção para população no finita<sup>2</sup> de 113 indivíduos.

$$n_{ajust} = \frac{N \cdot n}{N + n} = \frac{384 \cdot 113}{384 + 113} = 87$$

A amostra ideal calculada foi de 87 participantes. A amostra final foi constituída de 82 participantes sem prejuízo significativo no nível de confiança estatística estabelecida inicialmente. Durante o período de coleta de dados três pacientes perderam o enxerto renal e um foi a óbito, dentre eles dois participaram da primeira fase deste estudo.

### **Estudo qualitativo**

O tamanho da amostra para a segunda fase foi definido de acordo com os critérios de saturação teórica, que consiste da suspensão da inclusão de participantes na amostra quando o pesquisador observa repetição ou redundância no material coletado, não sendo considerada produtiva a persistência na coleta de dados (Fontanella et al., 2008). Foram considerados para a análise da saturação teórica os objetivos propostos pela pesquisa e abordagem teórica utilizada para fundamentação dos dados. Foram realizadas 41 tentativas de contato por telefone com 41 indivíduos que participaram da fase quantitativa da investigação, sendo entrevistados ao final 34 pacientes submetidos ao transplante renal, e sete tentativas de contato improdutivas (caixa postal, número inexistente), suspendendo-se a coleta de dados devido a saturação do material coletado.

### **Critérios de seleção da amostra**

---

<sup>2</sup> Neste estudo a fórmula utilizada foi ajustada a partir de um fator de correção para população finita, pois a amostra é restrita a um número limitado de pacientes (Wayne, 2004; Miot, 2011).

Os participantes foram selecionados por conveniência de acordo com os critérios de inclusão, e que estavam frequentando o ambulatório de Uro - Nefrologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF) durante o período de coleta. Os participantes eram abordados em sala de espera enquanto aguardavam pela consulta pela pesquisadora e, se declarassem desejar participar da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice A) era apresentado aos mesmos.

Dentre aqueles convidados para participar da pesquisa, houve duas recusas; uma interrupção durante a aplicação da Escala de Severidade Percebida ao Retransplante (Apêndice B), por decisão da pesquisadora, pois o participante apresentou-se com dificuldades em prosseguir devido às manifestações emocionais que as afirmações da escala suscitaram, sendo encaminhado ao serviço de psicologia do HU-UFJF; uma interrupção devido à necessidade de internação de paciente por suspeita de pneumonia, infarto pulmonar ou embolia pulmonar a investigar, não sendo possível completar a aplicação dos instrumentos.

Na primeira fase da investigação todos os participantes foram abordados e entrevistados em sala de espera, devido ao funcionamento do setor em que foi realizada a pesquisa, pois as consultas eram multiprofissionais realizadas com equipe de enfermagem, nutricionista, médico responsável, psicologia e serviço social, o que torna o processo de consulta demorado, além da inviabilidade de se disponibilizar sala reservada para entrevistas individuais, o que pode ter ocasionado inibição. Outro fator dificultador foi a disposição do participante em permanecer depois das consultas para entrevista, pois a maioria residiam em outras cidades e dependiam de carro disponibilizado pela prefeitura da própria cidade, o que os preocupava com o momento final da consulta com equipe multiprofissional.

A segunda etapa da investigação, que consistiu na aplicação da entrevista com perguntas abertas foi realizada por telefone e gravada com consentimento do participante e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

### **Critérios para inclusão e não inclusão na amostra**

A. Dos critérios de inclusão na amostra: I) Pacientes transplantados renais há no mínimo três meses; maiores de 18 anos; II) Pacientes submetidos apenas ao transplante renal.

B. Dos critérios de não inclusão na amostra: I) Pacientes submetidos ao retransplante de rim; II) Pacientes que tenham sido submetidos a outro tipo de transplante; III) Pacientes com dificuldades em responder aos questionários.

## **INSTRUMENTOS**

### **Estudo quantitativo**

Para a coleta de dados foram utilizados os instrumentos:

1. BAASIS - Escala BASEL para Avaliação de Aderência a Medicamentos Imunossupressores (BAASIS©) – Entrevista (ANEXO A)

A Escala BASEL é um instrumento de autorrelato, adaptado e validado para o português, para a avaliação da tomada da medicação imunossupressora. Ela é formada por quatro perguntas que são categorizadas em sim ou não. Para cada pergunta, se a resposta for sim, segue uma escala em *likert*: (0) Nunca, (1) Uma vez por mês, (2) A cada duas semanas, (3) Mais de uma vez por semana e (5) Todo dia. A classificação do paciente em aderente ou não aderente é dicotomizada, sendo respostas 0 considerado aderente e respostas de 1 a 5 não aderente. Este instrumento foi validado para uso em Português brasileiro em pacientes transplantados renais (Marsicano et al., 2013).

2. Questionário sociodemográfico e clínico (APÊNDICE B)

Para a caracterização do público-alvo foi construído um questionário baseado no Censo 2010 (IBGE, 2010) contendo dados sociodemográficos e clínicos. As questões abordaram características pessoais como idade, gênero, estado civil, cor/raça, renda mensal, anos de estudo, formação profissional, religião e nacionalidade; características de domicílio e dados clínicos como tempo de transplante, tempo de espera pelo transplante, presença de comorbidade, acompanhamento psicológico e tipo de doador.

### 3. URICA - University of Rhode Island Change Assessment (APÊNDICE E)

A University of Rhode Island Change Assessment é uma escala autoaplicável, adaptada e validada para o português para avaliação do estágio motivacional para mudança de comportamento no jogo patológico, para usuários de substâncias psicoativas e para o comportamento de comer compulsivo (Szupszynski, 2006; Souza, 2009; Bittencourt, 2009). Objetiva identificar o estágio motivacional e a prontidão para mudança de um comportamento e é composta por quatro subescalas: Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção com seis itens cada uma. O escore de cada indivíduo é calculado somando-se os pontos de cada subescala, que são pontuadas em uma escala em *likert* de cinco pontos (1 - discordo totalmente, a 5 - concordo totalmente), e o escore de prontidão para a mudança avaliado pela equação: média de pontos da contemplação (C) + média de pontos da ação (A) + média de pontos da manutenção (M) - média de pontos da pré-contemplação (PC) = Escore de Prontidão (EP). Os pontos de corte para determinar o estágio motivacional de cada indivíduo são: 8 ou inferior: estágio de pré-contemplação; entre 8 e 10,33: contemplação; acima de 10,33: o estágio de ação. Para a adaptação e validação deste instrumento a consistência interna foi considerada satisfatória (coeficiente de Cronbach:  $\alpha = 0,80$ ), assim como os 24 itens divididos em quatro subescalas foram satisfatórios (Bittencourt, 2009). Este instrumento utilizado foi adaptado para o contexto do transplante renal com a devida autorização de Bittencourt. Para a fase de adequação foi solicitado a profissionais que trabalham na área a

qual a pesquisa se refere para que avaliassem a primeira versão adaptada pela pesquisadora. Nesta fase foi instruído a estes profissionais que avaliassem a adequação semântica, se o uso dos termos estava claro e que fizessem sugestões caso observassem falta de clareza em alguma questão. Após esta fase foram analisadas todas as sugestões, seguindo-se à estruturação de uma versão final, que foi aplicada à uma amostra com as mesmas características dos participantes aos quais esta pesquisa se refere.

#### 4. Escala de Severidade Percebida ao Transplante Renal (APÊNDICE C)

A Escala de Severidade Percebida é um instrumento que foi elaborado a partir das variáveis estudadas pelo Modelo de Crenças em Saúde (HBM), adaptado e validado para português brasileiro para se referir ao enfarte do miocárdio a partir das escalas criadas por Champion em 1984, que se referia ao câncer de mama, traduzindo-se e conservando o formato e o número de questões do trabalho de Champion (1984). Participaram deste estudo três grupos de sujeitos do sexo masculino, sendo um grupo de sujeitos saudáveis, aqueles que se auto declararam saudáveis e sem problemas cardiovasculares; um grupo de hipertensos, aqueles que se auto declararam ter recebido o diagnóstico de hipertensos; e um grupo de enfartados, aqueles que declararam ter sofrido um ou mais enfartos do miocárdio. A partir da adaptação e validação das escalas traduzidas foi encontrado índices satisfatórios de validade e confiabilidade em conformidade aos encontrados por Champion (Dela Coleta, 2003). É composta por doze itens de múltipla escolha elaborados em escala do tipo *Likert* com cinco níveis de resposta: discordo totalmente, discordo em parte, indeciso, concordo em parte e concordo totalmente. Este instrumento foi adaptado para o contexto do Transplante Renal com a devida autorização da referida autora. A adaptação foi feita substituindo-se o termo “enfarte” por “transplante de rim”, utilizando o termo “outro transplante” quando necessário. Somente na questão 6 foi alterada a sentença “O enfarte mata” para “Eu não sobreviveria a outro transplante de rim”. Essa alteração foi realizada, pois, se a sentença anterior fosse

mantida, substituindo-se apenas o termo “Transplante de rim”, ficaria “O transplante de rim mata”, o que não seria verdade, pois como critério de inclusão, os participantes desta pesquisa serão “Pacientes transplantados renais há três meses”.

#### 5. Escala de Suscetibilidade Percebida ao Transplante Renal (APÊNDICE D)

A Escala de Suscetibilidade Percebida é um instrumento que foi elaborado a partir das variáveis estudadas pelo Modelo de Crenças em Saúde (HBM), adaptado e validado para português brasileiro para se referir ao enfarte do miocárdio a partir das escalas criadas por Champion em 1984, que se referia ao câncer de mama, traduzindo-se e conservando o formato e o número de questões do trabalho de Champion (1984). Esta escala objetiva mensurar a probabilidade subjetiva do respondente a sofrer um enfarto e o grau de preocupação provocado por esta possibilidade. Assim como na Escala de Severidade Percebida, participaram deste estudo três grupos de sujeitos do sexo masculino, sendo um grupo de sujeitos saudáveis, aqueles que se auto declararam saudáveis e sem problemas cardiovasculares; um grupo de hipertensos, aqueles que se auto declararam ter recebido o diagnóstico de hipertensos; e um grupo de enfartados, aqueles que declararam ter sofrido um ou mais enfartos do miocárdio. A partir da adaptação e validação das escalas traduzidas foi encontrado índices satisfatórios de validade e confiabilidade em conformidade aos encontrados por Champion (Dela Coleta, 2003). É composta por seis itens de múltipla escolha elaborados em escala do tipo *Likert* com cinco níveis de resposta: discordo totalmente, discordo em parte, indeciso, concordo em parte e concordo totalmente. Este instrumento foi adaptado para o contexto do Transplante Renal com a devida autorização da referida autora. A adaptação foi feita substituindo-se o termo “outro enfarte” por “outro transplante renal” não sendo necessário alterar o formato das sentenças

## **Estudo qualitativo**

### **1. Questionário sociodemográfico e clínico (APÊNDICE B)**

Para a caracterização do público-alvo foi construído um questionário baseado no Censo 2010 (IBGE, 2010) contendo dados sociodemográficos e clínicos. As questões abordaram características pessoais como idade, gênero, estado civil, cor/raça, renda mensal, anos de estudo, formação profissional, religião e nacionalidade; características de domicílio e dados clínicos como tempo de transplante, tempo de espera pelo transplante, presença de comorbidade, acompanhamento psicológico e tipo de doador.

### **2 - Entrevista Semiestruturada (APÊNDICE F)**

A Entrevista semiestruturada é composta por cinco questões que foram elaboradas a partir das variáveis estudadas pelo Modelo de Crenças em Saúde (HBM) (Dela Coleta, 2003). Dentre as variáveis do HBM, as crenças relacionadas aos Benefícios Percebidos na realização do autocuidado no pós-transplante foram contempladas por meio de questões que abordaram as crenças sobre as consequências positivas na realização da cirurgia. As crenças sobre as Barreiras Percebidas foram abordadas por meio de questões que contemplaram os aspectos negativos da ação para autocuidado no pós-transplante.

## **PROCEDIMENTOS**

Inicialmente foi realizada revisão da literatura com o objetivo de investigar o tema proposto, buscando artigos que poderiam contribuir para o enriquecimento desta dissertação. Durante esta fase, foi feita investigação acerca do local para realização desta pesquisa, sendo, por fim, identificados o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora - HU/UFJF e o Centro de Tratamento de Doenças Renais (CTDR) em Juiz de Fora. Após a análise dos locais e contato com a coordenação de ambos, foi decidido pela realização da

pesquisa no HU-UFJF, por ser centro de referência no acompanhamento de pacientes transplantados renais na região.

Para o início da coleta de dados, uma estagiária foi treinada pela pesquisadora para estar apta a realizar as entrevistas. Foi realizado pré-teste com participantes que continham as mesmas características da amostra de acordo com os critérios de inclusão e não inclusão, e que não foram incluídos no estudo final. Este pré-teste objetivou verificar a adequabilidade dos instrumentos utilizados. Finalizada esta fase, constatou-se a viabilidade dos instrumentos, seguindo-se a coleta de dados, que foi realizada com auxílio da pesquisadora e estagiária, seguindo a ordem de aplicação dos instrumentos na primeira etapa: Questionário Sociodemográfico e clínico, BAASIS, Escala de Suscetibilidade Percebida ao ReTransplante Renal, Escala de Severidade Percebida ao ReTransplante Renal, e URICA. Este momento ocorreu na sala de espera em que os pacientes aguardam as consultas, devido às dificuldades observadas durante o período de realização do pré-teste.

Em segunda etapa foi realizada a entrevista semiestruturada por telefone e gravada com o consentimento do participante.

Importante salientar que o objetivo: “Investigar as crenças acerca do transplante de receptores submetidos ao transplante com doador vivo e doador falecido” foi excluído devido ao número da amostra de pacientes com doador vivo e doador falecido ser desproporcionalmente irregular, não permitindo fazer correlações significativas entre os dois grupos para detectar diferenças ou similaridades.

## **PRINCÍPIOS ÉTICOS**

Primeiro a pesquisa foi encaminhada à Comissão Permanente de Avaliação de Viabilidade Econômica e Financeira do HU-UFJF/EBSERH para avaliação do impacto dos

custos do projeto e a conformidade entre o orçamento apresentado e os recursos disponíveis, recebendo parecer favorável para sua execução (ANEXO B). Em seguida o projeto foi então encaminhado ao Comitê de Ética (CEP) via Plataforma Brasil, e aprovada sob o parecer nº 2.813.019 e CAAE nº 89676218.6.0000.5133 (ANEXO C).

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa, sendo informados sobre os objetivos desta e, havendo concordância, assinaram do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE seguindo-se os preceitos da Resolução n ° 510/2016. Foi esclarecida aos participantes a possibilidade de sua retirada da pesquisa a qualquer momento sem que isto lhes causasse qualquer dano ou ônus, assim como sua proteção ao sigilo e preservação de qualquer constrangimento. A pesquisa envolveu riscos mínimos, uma vez que os instrumentos utilizados envolvem perguntas que podem estar relacionadas a experiências emocionais desagradáveis. Entretanto, caso fosse observada qualquer demanda por parte do entrevistado (a), este (a) seria encaminhado (a) pela pesquisadora para acompanhamento psicológico no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Juiz de Fora (CPA/UFJF). Os participantes foram informados dos benefícios do presente estudo, que inclui o desenvolvimento de maiores conhecimentos acerca dos aspectos relacionados ao tratamento no pós-transplante que apontem para intervenções em saúde que possibilitem maior aderência aos tratamentos.

## **METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS**

### **Análise estatística**

Foi construído um banco de dados pela tabulação e codificação dos dados, analisados posteriormente pelo IBM SPSS Statistics 20, para determinar a frequência das variáveis na

amostra e análise da média, desvio padrão e amplitude de variáveis de interesse, procurando relações estatísticas significativas. Todos os dados organizados foram revisados por duas pesquisadoras com o objetivo de garantir maior confiabilidade nos resultados.

Para caracterização da amostra do estudo quantitativo e do estudo qualitativo foi utilizada análise frequencial para as variáveis categóricas, e cálculo da média, mediana e desvio padrão (DP) para variáveis numéricas, como por exemplo, idade e tempo de transplante.

Para o estudo quantitativo, foi primeiramente gerado histogramas com curvas normais sobrepostas para verificação da distribuição dos dados para a amostra e foi constatada uma distribuição assimétrica, sendo dessa forma optado pela escolha de testes estatísticos não paramétricos.

A análise da influência das variáveis de suscetibilidade (SUS) e da severidade (SEV) percebida a outro transplante no teste BAASIS foi realizada através do Teste Qui-Quadrado. Como os escores totais das variáveis SUS e SEV não apresentam categorização, primeiramente foi realizada uma análise a partir dos pontos de corte de quartis calculados para esta amostra.

Para a variável SUS segue a distribuição dos pontos de corte mínimo e máximo (Tabela 3) e a distribuição de aderentes e não aderentes para os quartis (Tabela 4).

Tabela 2 - Pontos de corte mínimo e máximo para Quartis

SUS - Pontos de corte			
		Mínimo	Máximo
Quartis	1	6,00	8,00
	2	9,00	12,00
	3	13,00	20,00
	4	21,00	30,00
	Total	6,00	30,00

Tabela 3 - Frequência para Quartis

SUS - Frequência para Quartis				
	Quartis	BAASIS		Total
		Aderente	Não Aderente	
	1	12	11	23
	2	12	6	18
	3	14	8	22
	4	13	6	19
<b>Total</b>		<b>51</b>	<b>31</b>	<b>82</b>

Posteriormente foi realizado Teste Qui-Quadrado para analisar a dependência entre as variáveis SUS e BAASIS. De acordo com os resultados e como p-valor < 0,05 aceita-se a hipótese nula de independência, assim, podemos afirmar que não há evidências estatísticas de que a suscetibilidade do paciente interfere na aderência ao tratamento num nível de significância de 5% (Tabela 5).

Tabela 4 – Teste Qui-Quadrado SUS x BAASIS

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,468 <sup>a</sup>	3	<b>,690</b>
Likelihood Ratio	1,453	3	,693
Linear-by-Linear Association	1,002	1	,317
N of Valid Cases	82		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,80.

Para avaliar a existência de diferenças estatísticas entre os grupos de aderentes e não aderentes para a variável SUS foram aplicados os testes Mann-Whitney e Wiconxon, e não foi encontrado evidências estatísticas que permita afirmar que a percepção de risco interfere na diferença entre aderente e não aderente.

Tabela 5: Teste Mann-Whitney

Classificação
---------------

	BAASIS	N	Média	Soma de postos
	Aderente	51	<b>43,96</b>	2242,00
SUStotal	Não Aderente	31	<b>37,45</b>	1161,00
	Total	82		

Tabela 6: Estatísticas de teste

	SUS
Mann-Whitney U	665,000
Wilcoxon W	1161,000
Z	<b>-1,206</b>
Asymp. Sig. (2- tailed)	<b>,228</b>
a. Grouping Variable: BAASIS	

Para a variável SEV segue a distribuição dos pontos de corte mínimo e máximo (Tabela 8) e a distribuição de aderentes e não aderentes para os quartis (Tabela 9).

Tabela 7 - Pontos de corte mínimo e máximo para Quartis

SEV – Pontos de corte			
		Mínimo	Máximo
Quartis	1	12,00	26,00
	2	28,00	35,00
	3	36,00	45,00
	4	46,00	56,00
	Total	12,00	56,00

Tabela 8 - Frequência para Quartis

SEV - Frequência para Quartis				
		BAASIS		Total
		Aderent e	Não Aderente	
Quartis	1	13	8	21
	2	14	8	22
	3	10	9	19
	4	14	6	20
Total		<b>51</b>	<b>31</b>	82

Em seguida foi realizado Teste Qui-Quadrado para analisar a dependência entre as variáveis SEV e BAASIS. De acordo com os resultados e como  $p\text{-valor} < 0,05$  aceita-se a hipótese nula de independência, assim, podemos afirmar que não há evidências estatísticas de que a severidade do paciente interfere na aderência ao tratamento num nível de significância de 5% (Tabela 10).

Tabela 9 – Teste Qui-Quadrado SEV x BAASIS

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,277 <sup>a</sup>	3	<b>,735</b>
Likelihood Ratio	1,276	3	,735
Linear-by-Linear Association	,077	1	,782
N of Valid Cases	82		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,18.

Para avaliar a existência de diferenças estatísticas entre os grupos de aderentes e não aderentes para a variável SEV foram aplicados também os testes Mann-Whitney e Wiconxon, e não foi encontrado evidências estatísticas que permita afirmar que a percepção de severidade interfere na diferença entre aderente e não aderente.

Tabela 10 – Teste Mann-Whitney

		Classificação			
		BAASIS	N	Mean Rank	Sum of Ranks
SEVtotal	Aderente		51	<b>40,89</b>	2085,50
	Não		31	<b>42,50</b>	1317,50
	Aderente				
l	Total		82		

Tabela 11 – Estatísticas de teste

		SEV
Mann-Whitney U		759,500
Wilcoxon W		2085,500
Z		<b>-,297</b>

Asymp. Sig. (2-tailed) **,767**  
 a. Grouping Variable:  
BAASIS

A partir da observação da inexistência estatística encontrada para a associação entre as crenças de severidade percebida a outro transplante e a aderência ao tratamento por meio da escala BAASIS, e associação entre as crenças de suscetibilidade percebida a outro transplante e a aderência, seguiu-se uma análise criteriosa de acordo com a distribuição da amostra para os quartis definidos e foi verificado que aqueles considerados aderentes apresentaram predominância para todos os quartis para as crenças de suscetibilidade, assim como para as crenças de severidade percebida a outro transplante.

Para a análise da relação entre as variáveis Suscetibilidade e Severidade com a motivação para mudança dos pacientes transplantados calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman entre os escores totais das variáveis observadas.

Tabela 12– Correlações para as variáveis investigadas.

		Escore_total SEV	Escore_total SUS	Escore_Prontidao	
Spearman's rho	Escore_totalSEV	Correlation			
		Coefficient	1,000	,196	,173
		Sig. (2-tailed)	.	,077	,120
		N	82	82	82
	Escore_totalSUS	Correlation	,196	1,000	,332**
		Coefficient			
		Sig. (2-tailed)	,077	.	,002
		N	82	82	82
	Escore_Prontidao	Correlation	,173	,332**	1,000
		Coefficient			
		Sig. (2-tailed)	,120	,002	.
		N	82	82	82

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Na análise da correlação foi verificada uma correlação significativa entre as variáveis EscoreSUS e Escore\_Prontidão ( $r = 0,332$ ), o que mostra que há uma relação de moderada

intensidade. Vale ressaltar que o valor positivo de  $r$  nos permite afirmar que a relação entre as variáveis é direta, o aumento da suscetibilidade percebida induz aumento na prontidão para mudança.

A partir da análise da tabela 14, observa-se prevalência do grupo aderente em relação ao grupo não aderente para os estágios motivacionais e prontidão para mudança.

Tabela 13 – Distribuição da amostra de acordo com o estágio motivacional e a prontidão para mudança

		<b>BAASIS</b>		
		<b>Aderente</b>	<b>Não Aderente</b>	
URICA	<b>Pré-contemplação</b>	%	66,7	33,3
	<b>Contemplação</b>	%	70,6	29,4
	<b>Ação</b>	%	58,5	41,5
		<b>Total</b>	<b>62,2</b>	<b>37,8</b>

### **Análise qualitativa**

Para o estudo qualitativo, as questões abertas da entrevista semiestruturada elaborada pela pesquisadora construiu-se um banco de dados com as transcrições na íntegra dos conteúdos coletados em cada uma das perguntas da entrevista para cada participante. Em seguida os dados foram analisados de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin (2016), organizada em três etapas sendo: Etapa I) Nesta fase o material coletado e transcrito foi analisado por meio de leitura flutuante a fim de se conhecer seu conteúdo, seguindo-se sua organização considerando-se a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; Etapa II) Nesta fase foi realizado o recorte do material em unidades de registro por meio da codificação de categorias que serão agrupadas de acordo com a similaridade de conteúdo semântico e repetição, seguindo-se o agrupamento de categorias iniciais,

intermediárias e finais respectivamente; Etapa III) Por último foi realizada inferência e interpretação, dando destaque para as referências similares e aquelas formadas por conteúdos diferentes.

## **5 RESULTADOS**

Os resultados e discussão serão apresentados em forma de artigos.

No artigo de título “O MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE APLICADO NA COMPREENSÃO DAS CRENÇAS SOBRE O TRANSPLANTE RENAL DE PACIENTES - UM ESTUDO QUALITATIVO” estão apresentados os resultados do estudo qualitativo deste trabalho.

No artigo de título “ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE MOTIVAÇÃO PARA O TRATAMENTO, CRENÇAS PERCEBIDAS E ADESÃO AO TRATAMENTO EM PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE RENAL” estão apresentados os resultados do estudo quantitativo.

TÍTULO: O MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE APLICADO NA COMPREENSÃO  
DAS CRENÇAS DE RECEPTORES ACERCA DO TRANSPLANTE RENAL - UM  
ESTUDO QUALITATIVO

Autores

- 1- Rosana de Oliveira Silva
- 2- Hélydy Sanders-Pinheiro
- 3- Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

- 1 - Mestranda no Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Brasil.
- 2 - Doutora em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e docente no Programa de Pós-graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Brasil.
- 3 - Doutora em Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Brasil.

Endereço para correspondência: Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas, Campus Universitário São Pedro, Rua José Lourenço Kelmer, s/n, Juiz de Fora, MG, Brasil. CEP. 36.001-970. E-mail: fabiane.rossi@ufjf.edu.br

## Resumo

**Introdução:** A adesão ao tratamento é um processo que envolve aspectos diversos que podem potencializar ou fragilizar a decisão do paciente para o autocuidado, e dentre estes aspectos as crenças estão relacionadas diretamente às decisões individuais para o rastreio, prevenção ou controle de condições crônicas de saúde. **Objetivo:** Investigar as crenças sobre o transplante renal em pacientes submetidos a este procedimento cirúrgico. **Método:** Pesquisa qualitativa realizada com 34 pacientes transplantados renais. A elaboração das perguntas da entrevista e discussão dos resultados foi realizada a partir da base teórica do Modelo de Crenças em Saúde e os dados organizados de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** Amostra foi composta por pacientes com média de idade de 45,94 anos ( $\pm 10,67$ ), mediana de tempo de transplante de 13 anos, predominantemente masculina (55,9%). A partir da análise das crenças manifestadas pelos participantes observou-se predominância das crenças relacionadas aos benefícios percebidos na realização do transplante renal em comparação às dificuldades percebidas, e as crenças sobre a motivação pela escolha do transplante e a motivação para o tratamento estavam associadas às crenças sobre o transplante renal e às crenças relativas aos benefícios percebidos. **Conclusão:** Os resultados mostraram que o Modelo de Crenças em Saúde parece ser uma abordagem adequada na compreensão de comportamentos voltados para o autocuidado.

**Palavras-chave:** Adesão ao tratamento, Aderência ao tratamento, Motivação, Qualidade de Vida; Modelo de Crenças de Saúde.

## Abstract

**Introduction:** Treatment adherence is a process that involves several aspects that can enhance or weaken the patient's decision to self-care, and among these aspects, beliefs are directly related to individual decisions for the screening, prevention or control of chronic health conditions .**Objective:** To investigate the beliefs about kidney transplantation in transplanted patients. **Method:** Qualitative research performed with 34 renal transplant patients. The preparation of the interview questions and discussion of the results was based on the theory of the Health Belief Model and the data organized according to the Bardin Content Analysis. **Results:** The sample consisted of patients with mean age of 45,94 years ( $\pm 10,67$ ), median transplant time of 13 years, predominantly male (55.9%). From the analysis of the beliefs expressed by the participants, there was a predominance of the beliefs related to the perceived benefits about kidney transplantation compared to the perceived difficulties, and the beliefs about the motivation for choosing the transplant and the motivation for the treatment were associated with beliefs about kidney transplantation, and beliefs about perceived benefits. **Conclusion:** The results showed that the Health Belief Model seems to be an adequate approach in the understanding of behaviors directed towards self-care.

**Keywords:** Treatment adherence; Kidney transplantation; Motivation; Quality of life; Health Belief Model.

## Introdução

A Doença Renal Crônica é na atualidade apontada como um problema de saúde pública, uma vez que suas taxas de prevalência e incidência têm aumentado de forma significativa (Brasil, 2014; Kim et al., 2017; Pinho, Silva, & Pierin, 2015; Sesso, Lopes, Thomé, Lugon, & Martins, 2017). Dentre os tratamentos disponíveis, o transplante renal (TxR) é o que oferece melhor qualidade de vida (QV) e sobrevida para o paciente, pois está relacionado a benefícios como um melhor funcionamento psicossocial destes pacientes e menor custo dos gastos em saúde (Gonçalves, Reveles, Martins, Rodrigues, & Rodrigues, 2016; Mendonça, Salvetti, Maia, Silva, & Torres, 2015; Santos et al., 2015).

De acordo com dados disponíveis no Registro Brasileiro de Transplantes, o Brasil está em segundo lugar em número absoluto de TxRs (ABTO, 2018; ABTO, 2017). No ano de 2017 houve aumento de 7,5% do número de TxRs realizados em comparação com o ano de 2016, e em uma análise da última década houve aumento de 71% neste tipo de transplante (ABTO, 2017).

O transplante exige do paciente envolvimento significativo com o tratamento para que seu sucesso seja alcançado e o processo de adesão é resultado da combinação de cinco fatores, que estão relacionados aos aspectos socioeconômicos, sistema de saúde e os profissionais de saúde, ao tratamento, às condições de saúde e fatores relacionados diretamente ao paciente (Sabaté, 2003). Neste sentido a aderência ao tratamento é um processo complexo que demanda atenção integral ao paciente.

A aderência a regimes terapêuticos de longo prazo se dá quando o comportamento do paciente está em concordância às prescrições dadas pela equipe de saúde. Esta definição inclui a tomada da medicação, seguimento de uma dieta e/ou execução de mudanças de estilo de vida (Sabaté, 2003). Entre estes tratamentos que demandam acompanhamento a longo prazo destaca-se o transplante renal (TxR). A não aderência (NA) neste contexto é

conceituada quando ocorre o desvio do comportamento do paciente em relação a recomendações prescritas relacionadas a medicação, e que podem influenciar de forma negativa os resultados do TxR (Fine et al., 2009). A aderência pode ser avaliada por meio de diversas estratégias, não existindo um consenso sobre um padrão a ser seguido (Borges et al., 2012; Dobbles et al., 2010; Gusmão, Ginani, Silva, Ortega, & Mion, 2009). As estratégias podem ser indiretas, obtidas por meio da contagem de comprimidos e relato do paciente, ou diretas, com a dosagem em líquidos corporais do princípio ativo/metabólito da droga (Dobbles et al 2010; Gusmão et al., 2009).

Dentre as complicações no pós TxR, destacam-se entre as mais comuns as infecções bacterianas, virais e fúngicas, a disfunção inicial do enxerto, rejeições, as metabólicas relacionadas ao diabetes mellitus ou "diabetes esteroide" comumente associado ao uso de um inibidor de calcineurina como o Tracolimo, e as cardiovasculares relacionadas à hipertensão arterial que pode se correlacionar ao uso de corticosteroides (Tizo & Macedo, 2015).

Neste trabalho o Modelo de Crenças em Saúde (MCS) é a base teórica utilizada para a compreensão das crenças relacionadas ao TxR e à adesão ao tratamento de pacientes transplantados, assim como sua associação à motivação pela escolha por este procedimento cirúrgico, e para o tratamento. O MCS foi desenvolvido na década de 50 por psicólogos sociais do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos para compreender a decisão dos usuários do sistema de saúde na busca pelos serviços (Rosenstock, 1974a; Rosenstock, 1974b).

De acordo com este modelo os indivíduos decidiriam por adotar comportamentos para o autocuidado em condições de saúde precárias, se eles se consideram suscetíveis à condição ou ameaça; se acreditam que a condição ou ameaça teria consequências sérias para suas vidas; se acreditam que um curso de ação que está disponível seria benéfico na redução de sua suscetibilidade ou gravidade da condição ou ameaça; e, por fim, se acreditam que as barreiras

previstas para a ação são superadas pelos benefícios (Baxter et al., 2017; Marmarà, Marmarà, & Hubbard, 2017).

Estudos têm sugerido impacto positivo do MCS como suporte teórico para intervenções voltadas para o autocuidado, e previsão de comportamentos modificáveis, sendo seus resultados muito úteis para o desenvolvimento de intervenções para educação em saúde (Choi, Jeon, & Kim, 2019; Fathi, Sharifirad, Gharlipour, Hakimelahi, & Mohebi, 2017; Grandahl et al., 2016; Jeihooni et al., 2017; Kaveh, Khoramaki, Kojouri, & Keshavarzi, 2017)

### **Objetivo**

Compreender as crenças relacionadas ao transplante renal de pacientes transplantados que optaram por este procedimento cirúrgico.

### **Método**

Trata-se de um estudo qualitativo, de corte transversal, de caráter descritivo-exploratório, realizado com pacientes submetidos ao transplante renal.

### **Amostra**

A amostra foi composta por 34 pacientes submetidos ao transplante renal acompanhados em um ambulatório de pós-transplante de um hospital do Município de Juiz de Fora, Minas Gerais. O tamanho da amostra foi definido de acordo com os critérios de saturação teórica, que consiste da suspensão da inclusão de participantes na amostra quando o pesquisador observa repetição ou redundância no material coletado, não sendo considerada produtiva a persistência na coleta de dados (Fontanella, Ricas, & Turato, 2008). Foram considerados para a análise da saturação teórica os objetivos propostos pela pesquisa e abordagem teórica utilizada para exploração dos dados.

### **Crêterios de sele o da Amostra**

No primeiro momento da investiga o, participantes que estavam frequentando o ambulatório durante o período de outubro de 2018 a abril de 2019 foram abordados em sala de espera enquanto aguardavam pela consulta, e aqueles que declararam desejar participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Posteriormente foi realizado contato por telefone para aplica o da entrevista semiestruturada.

Foram incluídos na amostra pacientes transplantados renais há no mínimo três meses, com idade igual ou superior a 18 anos, e submetidos apenas ao transplante renal, e excluídos os pacientes submetidos ao retransplante de rim, submetidos a outro tipo de transplante de órgãos, e pacientes com dificuldades em responder aos questionários.

### **Instrumentos utilizados**

Inicialmente foi utilizado um questionário sociodemográfico e clínico elaborado para caracteriza o da amostra por meio de dados pessoais, características de domicílio e aspectos clínicos.

Posteriormente foi realizada entrevista semiestruturada cujas questões foram elaboradas com base no Modelo de Crenças em Saúde para investiga o das crenças relacionadas ao TxR, benefícios e barreiras percebidos em rela o ao TxR, motiva o para a realiza o deste procedimento cirúrgico e motiva o para o tratamento.

### **Aspectos  ticos**

A pesquisa foi aprovada sob parecer n  2.813.019 e CAAE n  89676218.6.0000.5133 e seguiu todos os preceitos da Resolu o n   510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

### **Análise Qualitativa**

Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo de Bardin (2016), organizada em três etapas, em que, primeiramente o material coletado e transcrito foi analisado por meio de leitura flutuante a fim de se conhecer seu conteúdo, seguindo-se sua organização; em seguida foi realizado recorte do material em unidades de registro por meio da codificação de categorias que foram agrupadas de acordo com a similaridade de conteúdo semântico e repetição; e por último foi realizada inferência e interpretação, dando destaque para as referências similares e aquelas formadas por conteúdos diferentes.

### **Resultados**

Foram entrevistados 34 pacientes em acompanhamento em um hospital de Juiz de Fora, dentre os quais 55,9% eram do sexo masculino, com média de idade de 45,94 (10,67) anos, casados (61,8%), com mediana de tempo de transplante de 13 ( $\pm 3,69$ ) anos.

Quanto aos aspectos clínicos da amostra, houve prevalência de transplantados com doadores vivos (91,2%), dos quais 79,4% possuíam ao menos uma comorbidade, sendo que a hemodiálise foi o tratamento predominante realizado antes do transplante (73,5%).

No que se refere ao autocuidado no pós-transplante, foi verificado que 58,8% dos participantes declararam não seguir dieta, e 85,3% não realiza acompanhamento psicológico.

Quanto ao nível de escolaridade 26,5% declararam possuir ensino médio completo, seguido de 20,6% dos participantes com ensino fundamental incompleto. Em relação ao aspecto laboral 67,6% da amostra estava em situação de aposentadoria ou afastamento do trabalho. Em relação à religiosidade, a católica (47,1%) e evangélica (32,4%) foram prevalentes na amostra.

Evidenciou-se que cerca de 67,6% da amostra foi constituída de participantes residentes de outras cidades de Minas Gerais ou Rio de Janeiro que fazem acompanhamento de rotina no ambulatório de Uro-Nefrologia do hospital.

O material coletado nas entrevistas realizadas por telefone foi gravado com o consentimento do paciente e transcrito na íntegra para análise de acordo com a metodologia adotada. Cada participante recebeu um código formado por uma letra e um número para sua identificação. Como resultado da análise do material coletado, foi feito o recorte das transcrições em unidades de registro por meio da construção de categorias agrupadas de acordo com a similaridade de conteúdo semântico e repetição.

### ***Crenças sobre o transplante***

As crenças sobre o transplante foram abordadas por meio da questão: O que significa o transplante renal para você? Para esta questão evidenciaram-se seis categorias de crenças principais, dentre as quais: retorno a uma vida normal (64,71%); melhor qualidade de vida (61,76%); significa renascimento (55,88%); o TxR é um tratamento (26,47%); significa ter que se cuidar mais (14,71%), e maior expectativa de vida (11,76%). As subcategorias para cada crença principal serão descritas a seguir.

Dentre as crenças principais, a possibilidade de retorno a uma vida normal foi a mais citada. Relacionado a ela foram relatadas crenças como: poder fazer o que se fazia antes da doença, e ter menos limitações comparadas à hemodiálise.

*P27 - Pra mim é uma, sei lá, outra forma de viver, assim né, mais próximo de ter uma saúde normal né, ter uma vida normal. Fora as restrições, dá pra ter uma vida normal.*

*P66 - Ah eu assim, significa a gente continuar tendo a vida normal né.*

Alguns participantes relacionaram as crenças sobre o transplante proporcionar melhor qualidade de vida à melhora da autoestima, à vida social, ou ter uma saúde melhor.

*P51 - O transplante pra mim foi minha vida né, é minha vida, porque, imagina, sem isso eu fico meio que desesperada, eu melhorei tudo, melhorei saúde, minha autoestima, nossa... minha vida social, minha vida....retornei com minha vida.*

O sentimento de renascimento foi a terceira crença sobre o transplante mais presente para a amostra. Para alguns participantes foi citada como um recomeço de vida, assim como outra forma de viver ou uma segunda chance para aproveitar a vida.

*P26 - Pra mim é como se fosse um recomeço né.*

*P71 - Transplante pra mim significa vida nova né, em todos os sentidos né, nascer de novo no transplante.*

O significado do transplante como apenas um dos tipos de tratamento foi expresso por meio de declarações relacionadas a impossibilidade de ser a cura para a doença renal crônica e seu reconhecimento como uma terapia renal substitutiva.

*P09 - Pra mim uma coisa muito boa, e mesmo sabendo que é um tratamento, é um tratamento que melhorou muito a minha qualidade de vida.*

Além das crenças citadas, a obrigação da manutenção dos cuidados após a cirurgia, e a possibilidade de viver mais, ou seja, ter uma expectativa de vida maior também foram significados atribuídos ao transplante.

*P48 - Viver, viver, que é a questão de viver e cada vez mais permanecer nessa situação de transplantado, repito que não é a cura, o que motiva é me manter bem, mais saudável possível, a minha motivação eterna vai ser essa, minha motivação é essa, eu quero viver, preciso viver, tenho coisas pra fazer ainda, apesar das arrebentações é viver, cabeça pra frente.*

### ***Crenças sobre ser um transplantado***

As crenças sobre ser um transplantado renal foram abordadas pela questão: Como você se imaginou ser um transplantado renal? Em relação a esta questão foi verificada a

manifestação de quatro crenças predominantes relacionadas aos sentimentos proporcionados pelo período de preparação para o transplante sob a perspectiva de medo de forma prevalente tais como medo relacionado a quem seria o doador (35,29%), medo do desconhecido e medo do momento cirúrgico (35,28%), crenças de morte (17,65%), devido às incertezas sobre os resultados durante o procedimento e após, e crenças de cura (20,58%).

O medo relacionado a quem seria o doador foi a crença mais relatada durante o período de preparação para a cirurgia. Estas crenças foram expressas por declarações relacionadas às incertezas quanto à compatibilidade para doação, incertezas quanto a quem da família seria o doador, e para alguns participantes não se permitir sacrificar pessoas da família, pois o resultado da cirurgia para receptor e doador eram desconhecidos e existia o medo de prejudicar o doador e ele ser mais um na família com problema renal.

*P15 - A princípio a gente fica apreensivo, eu fiquei muito apreensivo pelo fato da cirurgia né, o medo da cirurgia, então, assim... e outro fator também seria né, quem poderia doar o rim né, sabia que a minha família tinha gente, minhas irmãs, minha mãe, mas eu não sabia se elas poderiam doar, por ser compatível, então assim gerou uma insegurança sim, medo da cirurgia, medo de eu não encontrar o rim.*

A segunda crença prevalente para os participantes foi o medo do desconhecido relacionado ao momento cirúrgico. As incertezas quanto aos resultados da cirurgia, medo do que poderia acontecer, e para alguns participantes medos que foram vivenciados devido à falta de informações.

*P07 - No começo eu não sabia muito bem o que era, mas foi uma coisa bem melhor que a hemodiálise com certeza, então, eu tive um pouco de medo, mas... é... ao mesmo tempo você, sair daquela situação que eu estava. Antes de começar a fazer a hemodiálise não tive muita informação, não me deram muitas informações, então, quando eu comecei a fazer hemodiálise, eu comecei a fazer mas sem saber de muita coisa, mas era necessária, então eu*

*não tive outra escolha, mas depois eu tive mais o apoio da minha mãe, que eu morava com ela na época na mesma casa, aí tudo que eu precisava eu..., ela que podia me ajudar, contar com ela né.*

Pensamentos de morte também foram citados como preocupação relacionada ao desfecho da cirurgia.

*P46 - Eu tinha medo só, pensei que ia melhorar mesmo né, baixou um enorme medo de fazer a operação (risos). Medo de morrer mesmo, porque o pessoal estava falando que pode morrer na operação, e não sei o que..., sempre aparece coisa mais negativa né, nunca positiva, eu tinha medo de fazer a operação, sabe, mas sempre assim, com aquela expectativa que ia melhorar muito pra mim, como melhorou né.*

As crenças de cura vivenciadas no período de preparação para o transplante foram declaradas como pensamentos sobre a possibilidade de estar livre de qualquer problema de saúde, acreditar que não ficará mais doente, ou que irá resolver todos os problemas.

*P09 - A expectativa que gerava era a cura, que iria curar da doença, mas depois o médico me informou que seria um tratamento e que seria talvez melhor que a hemodiálise.*

*P19 - No meu caso específico, eu imaginava que seria uma vida livre de qualquer problema de saúde, porque a gente vive uma situação tão difícil, tão complicada no período de tratamento de diálise, e eu era muito jovem também, eu era muito nova, então eu tinha uma ideia que depois do transplante todos os problemas da vida iriam acabar né, que seria a cura pro meu problema de saúde, e não é, a minha ideia era essa.*

### ***Crenças sobre os benefícios e dificuldades percebidas***

Para investigação das crenças sobre os benefícios e dificuldades percebidas pelos pacientes relacionadas ao transplante renal foi utilizada a pergunta disparadora: Que benefícios e dificuldades você imaginou acontecer em sua vida após o transplante? Em relação às crenças sobre os benefícios percebidos, elas foram relatadas principalmente em

comparação ao tratamento dialítico. Dentre estas crenças houve cinco principais mais declaradas, sendo: a expectativa de estar livre da máquina de hemodiálise (70,59%), liberdade (55,88%), ingestão de líquido (35,29%), alimentação (25,53) e trabalhar (17,65%).

Em relação à expectativa de estar livre da máquina de hemodiálise, esta crença foi associada principalmente ao fato de não precisar depender de uma máquina para viver, estar livre de um tratamento que é considerado muito difícil e que possui muitas restrições.

*P47 - Fugir da máquina né. Porque aquilo ali é sofrido demais e outra coisa também, a água, eu sonhava com a água, tá doído, o fato de..., a máquina, ela só substitui o ruim, e é complicado porque chegava final de semana e fazia (hemodiálise) no último dia na sexta feira, eu ficava sábado e domingo, e fazia na segunda, então era complicado, ficava inchado, porque você não urina o líquido né, e isso é complicado, além do mais a máquina te prejudica o coração em si né, porque ela força muito né, e eu acho que eu dei um pouquinho de arritmia devido à máquina.*

A liberdade proporcionada pelo transplante foi associada à perspectiva de maior liberdade para passear e fazer viagens, e não precisar ir ao hospital três vezes por semana como era preciso durante o tratamento dialítico.

*P07 - Qualidade de vida melhor, eu não teria que ir três vezes por semana acordar muito cedo e ir para..., passar por aquela sessão de hemodiálise três vezes por semana, poderia ter mais liberdade para poder viajar, mais liberdade para fazer minha alimentação, beber líquidos, coisa que na hemodiálise a gente não pode, né, então a vida totalmente deferente da que eu levava antes.*

A permissão para ingestão de líquido e alimentação menos restrita como benefício percebido foi relatado por alguns participantes, pois no período de tratamento dialítico era restrito e reproduzia pensamentos de grande desejo.

*P29 - Poder beber água à vontade, que era uma coisa que ganhava peso, muito peso, ter que seguir a dieta toda, não comer fruta e nada, hoje em dia eu como à vontade essas coisas.*

Para alguns pacientes a possibilidade de voltar a trabalhar depois do transplante foi relacionada às crenças de retorno à atividade laboral que exercia antes da doença renal, e à satisfação de se sentir útil. Alguns participantes retornaram às suas atividades laborais depois da cirurgia, porém para alguns este retorno não foi possível.

*P19 - Eu só imaginava isso, que eu vou voltar a estudar, que eu conseguiria trabalhar, que meus problemas acabariam, essa era uma ideia assim que, porque é um período de sofrimento tão intenso, na minha cabeça depois do transplante eu não teria mais problema nenhum na vida, absolutamente problema nenhum.*

As crenças sobre as dificuldades percebidas relacionadas ao transplante foram agrupadas em três crenças principais, dentre elas, crenças relacionadas ao tratamento (47,06%), adaptação à medicação (26,47) e rejeição do enxerto (23,53%).

Os cuidados durante o tratamento após o transplante foram associados às restrições que são ainda impostas, mesmo ele proporcionando maior liberdade em comparação à hemodiálise, a disponibilidade para consultas periódicas que podem prejudicar o paciente que exerce atividade laboral, e a indeterminação do fim do tratamento.

*P48 - A única dificuldade que a gente tem é aquele eterno e constante cuidado pra preservação do transplante, seja ele doado ou por cadáver ou pessoa viva, é aquela necessidade que você tem de manter esse benefício que você recebeu, não é fácil, tem que ter disciplina entendeu?*

A adaptação à medicação foi a segunda crença predominante relatada entre os pacientes devido à demora no ajuste da medicação e aos efeitos colaterais presentes.

*P49 - Nunca pensei em benefícios ou dificuldades. Achei que era uma coisa normal, a realidade né, é difícil a adaptação por causa da medicação, até acertar, um dia você passa bem, um dia você passa mal, graças a Deus no final deu tudo certo.*

Entre as dificuldades percebidas, o medo da rejeição do enxerto foi associado ao excesso de cuidados para preservação do mesmo e ao desejo do paciente prolongar o máximo possível seu funcionamento para não precisar retornar para a hemodiálise.

*P19 - Já estou totalmente adaptada né, já sou transplantada há quinze anos, então eu sou totalmente adaptada, no momento o tratamento me irrita, me deixa irritada, me cansa, sabe, acho cansativo esse tratamento né, essa manutenção, e hoje a preocupação é mais de que de repente possa..., eu não tinha essa preocupação, depois que eu tive a rejeição em 2017, que eu tive a rejeição né, hoje eu tenho essa preocupação de perder o rim, isso é uma coisa que me assombra muito, e é uma coisa que eu não pensava muito em perder né, mas hoje assim..., eu tenho essa preocupação, esse medo de perder o enxerto.*

### ***Crenças sobre motivação pela escolha do transplante e motivação para o tratamento***

Foi verificado que as crenças sobre a motivação pela escolha do transplante e a motivação para o tratamento estavam associadas às crenças sobre o transplante e aos benefícios percebidos. A questão apresentada foi: O que te motivou a fazer o transplante e te motiva para o tratamento? Dentre as categorias mais citadas destacaram-se os benefícios percebidos (50%), e as crenças sobre o transplante (41,18%).

As principais crenças citadas como motivadoras que estão relacionadas aos benefícios são: não precisar voltar a fazer hemodiálise, a liberdade proporcionada pelo transplante e a permissão da ingestão de água, e as crenças sobre o transplante com potencial motivador foi a percepção de melhoria da qualidade de vida e a possibilidade de ter uma vida normal.

*P76 - Sair da hemodiálise, qualidade de vida, que a hemodiálise não dá uma qualidade de vida muito boa né, tem restrição de alimentação, de líquido, você fica preso em tudo. A vida, querer viver, viver até uns sessenta né.*

*P37 - Não voltar para a hemodiálise, não voltar para a hemodiálise, tipo assim, o resumo de tudo mesmo, não é manter a vida que eu tenho, é não voltar para a hemodiálise, eu faço de tudo tá, eu hoje em dia eu posso até falar que eu amo a minha vida, mas assim, tudo que eu faço para fazer direitinho é para não voltar pra máquina.*

Para alguns pacientes aspectos interpessoais atuaram como potencializadores em sua motivação para realização do transplante e motivação para o tratamento, como os filhos, irmãos, amigos e equipe médica (44,11%).

*P64 – Foi conseguir acabar de criar a minha filha, ela era bem pequenininha na época e acabou acompanhando os percursos de hemodiálise né, ter que ficar nessa ida e volta, e acabou que perdi uma boa parte ali, meu pensamento era acabar de criar ela.*

*P69 - O que me motivou mais foi é..., o médico, eu estava com medo de fazer, eu não ia fazer não, ai ele foi conversando comigo, ai eu peguei e fiz entendeu. O médico e minha irmã também que doou pra mim né.*

### **Discussão**

Conforme os dados obtidos para caracterização dos participantes, houve predomínio de transplantados com doador vivo, o que demonstra uma característica do centro de acompanhamento ao transplantado renal em que foi realizada a pesquisa, pois em análise da última década (2009-2019) a predominância de transplante com doador falecido é relatada como prevalente para o Brasil (ABTO, 2017).

Em relação às comorbidades para a amostra, 79,4% apresentaram hipertensão arterial, diabetes, anemia ou doença cardiovascular. Algumas comorbidades podem ter sido

desenvolvidas no período de tratamento após a realização do transplante, uma vez que as complicações metabólicas relacionadas ao diabetes mellitus pode estar associado ao uso de um inibidor de calcineurina como o Tracolimo, e as cardiovasculares relacionadas à hipertensão arterial pode se correlacionar ao uso de corticosteroides (Tizo & Macedo, 2015).

A terapia de substituição da função renal realizada antes do transplante para 73,5% dos pacientes foi a hemodiálise, o que ilustra a grande utilização deste tipo de tratamento para a substituição da função renal. O número total estimado de pacientes em diálise crônica no Brasil foi de 126.583, observando-se também o crescimento contínuo desse tipo de tratamento para os últimos anos (Thomé, Sesso, Lopes, Lugon, & Martins, 2019).

De acordo com a análise das crenças sobre o transplante renal codificadas, observou-se prevalência das crenças relacionadas aos benefícios percebidos na realização deste procedimento cirúrgico comparados às dificuldades percebidas. Os benefícios foram relatados pelos participantes em comparação ao tratamento dialítico, que foi o tratamento utilizado para substituição da função renal antes do transplante por cerca de 73,5% da amostra. Os benefícios percebidos na realização do transplante estão associados à percepção de melhor qualidade de vida e funcionamento psicossocial dos pacientes (Mendonça et al., 2015; Vries et al., 2019).

No que diz respeito ao MCS, na decisão de se praticar uma ação um indivíduo leva em consideração os benefícios advindos dessa ação, bem como as barreiras para a efetivação dessa ação. Se os benefícios percebidos superam as barreiras percebidas para a ação, a probabilidade de se adotar um comportamento de saúde é maior (Ertem, Dönmez, & Dolgun, 2017; Jeihooni et al., 2017).

Dentre os principais benefícios apontados, a liberdade proporcionada pelo transplante com a possibilidade de realização de viagens, retorno à atividade laboral, ingestão de líquido e alimentação mais livre foram aspectos também relatados por outros investigadores (Cruz,

Tagliamento, & Wanderbroocke, 2016; Prates, Camponogara, Arboit, Tolfo, & Beuter, 2016; Santos, Lise, Feijó, Garcia, & Schwartz, 2017).

Apesar da predominância dos benefícios percebidos na realização TxR, a consciência da cronicidade da doença renal foi apontada como fator que gera preocupações devido ao tratamento ser realizado por tempo indeterminado e alguns medicamentos estarem associados ao desenvolvimento de comorbidades como descrito anteriormente (Cruz et al., 2016; Ramírez-Perdomo & Solano-Ruíz, 2018; Tizo & Macedo, 2015).

Preocupações relacionadas à perda do enxerto e às incertezas quanto aos desfechos clínicos são fontes de ansiedade para os participantes, assim como relatados por outros autores (Been-Dahmen et al., 2018; Lonning, Midtvedt, Heldal, & Andersen, 2018; Yaman & Yilmaz, 2017). Recentemente pesquisadores têm se ocupado de investigações acerca da compreensão da relação entre os aspectos clínicos e a perda do enxerto, e de diferenças nos desfechos entre receptores (Bonner, Joshi, Seibert, & Kayler, 2019; Haller, Kammer, & Oberbauer, 2019; Kosola, Ylinen, Finne, Rönnholm, & Ortiz, 2019; Pestana, 2017; Sharma, Cherukuri, Mehta, Sood, & Hariharan, 2019; Vinson, Kiberd, Davis, & Tennankore, 2019). Estas preocupações são reflexo da apreensão acerca das altas taxas de prevalência para a não aderência ao tratamento após o transplante (Brahm, 2012; Maissiat, Marin, & Fuzinato, 2013; Marcicano, 2012; Silva, 2015).

As crenças sobre ser um transplantado foram relatadas principalmente sob uma perspectiva vivida antes do transplante associada ao medo do momento cirúrgico, incertezas quanto à compatibilidade do doador, e crenças de cura. Relativamente a estes aspectos, estudos têm demonstrado a função expressiva da equipe médica para promover conscientização quanto aos aspectos relacionados ao transplante e à doença renal crônica e à participação ativa do paciente no tratamento após a cirurgia (Costa, Araújo, Almeida, & Viegas, 2014;

Ghiyasvandian, Zakerimoghadam, & Peyravi, 2015; Negreiros et al., 2017; Ximenes & Medeiros., 2015).

Quanto às crenças referentes ao aspecto motivacional que influenciaram na tomada de decisão do paciente em sua escolha pelo transplante, e sua motivação para o tratamento, foram elencadas crenças relacionadas às ligações parentais consanguíneas, os relacionamentos interpessoais e o relacionamento com a equipe médica, o que demonstra o potencial de influência do apoio social na preservação da vida e manutenção do tratamento como demonstrado por outros pesquisadores (Been-Dahmen et al., 2018; Borges et al., 2016; Prates et al., 2016; Roso & Kruse, 2017; Santos et al., 2017).

Outro aspecto importante do MCS refere-se à probabilidade de um indivíduo praticar uma ação que de acordo com seus pressupostos a ação é influenciada pela ameaça percebida a uma condição ou problema de saúde, sendo que a ameaça percebida é resultado da combinação do risco percebido e do grau de severidade percebida a esta condição. A forma como o indivíduo percebe essa ameaça é resultado da influência de fatores externos a ele, como as campanhas de comunicação de massa, os conselhos de outras pessoas, artigo ou revista, e fatores internos a ele, tais como sua personalidade, ou seus conhecimentos sobre a condição ou problema de saúde (Ertem et al., 2017; Jeihooni et al., 2017).

O retorno a uma vida normal (Prates et al., 2016; Santos et al., 2017; Santos et al., 2015) foi a crença sobre ser um transplantado mais citada pelos pacientes e também associada à motivação para o transplante e para o tratamento, porém, importante salientar que crenças relacionadas aos sentimentos ou sensações de retorno a uma condição anterior à doença renal crônica proporcionada pelo transplante renal podem influenciar o desenvolvimento de comportamentos de risco para condições crônicas de saúde e perda do enxerto.

A mudança no comportamento e estilos de vida para condições crônicas de saúde é essencial para o autocuidado e preservação do enxerto, assim como para obtenção dos

benefícios advindos com a cirurgia. No que se refere a este aspecto, para este estudo foram observadas crenças associadas ao autocuidado para alguns participantes como maior atenção dada aos cuidados com a própria saúde como verificado em outras investigações (Prates et al., 2016; Rosaasen et al., 2017; Roso & Kruse, 2017; Santos et al., 2017).

A compreensão da influência das crenças dos pacientes em suas decisões para desenvolver o autocuidado por meio do MCS mostrou de forma predominante que os benefícios percebidos superam as barreiras percebidas para a ação para grande parte da amostra deste estudo, pois as declarações relacionadas às crenças positivas relacionadas ao transplante foram prevalentes, ao contrário das declarações das crenças negativas. Entretanto, é imprescindível o acompanhamento de pacientes com potencial de gerir comportamentos de risco para a perda do enxerto, e ainda mais importante o acompanhamento para aqueles com condições crônicas de saúde que demandam cuidados rotineiros e por tempo indeterminado como os pacientes transplantados, que fazem uso de medicações que estão associadas ao desenvolvimento de complicações após o transplante.

Conclui-se a partir da análise apresentada que os resultados estão de acordo com os pressupostos do Modelo de Crenças em Saúde, pois as variáveis relacionadas às crenças sobre a suscetibilidade e a severidade percebida a uma condição ou ameaça não foram elencadas neste trabalho de forma direta, entretanto, além da predominância das crenças relacionadas aos benefícios percebidos em comparação às dificuldades percebidas, alguns pacientes relataram como ameaça percebida o retorno à hemodiálise, que foi a crença mais citada para a amostra no tocante aos benefícios do transplante e principal motivador para a escolha deste procedimento cirúrgico e motivação para o tratamento. Estar livre da máquina de hemodiálise foi relatado para os participantes como o principal motivador para 70,59% da amostra e representa uma forte ameaça percebida, assim como o impacto para a vida caso o retorno

devido à perda do enxerto seja inevitável, caracterizando dessa forma crenças de severidade percebida à este tratamento.

### **Considerações finais**

A intenção deste trabalho não é esgotar a compreensão dos fatores que influenciam a tomada de decisão de um indivíduo para a manutenção ou mudança de seu comportamento por meio do MCS, uma vez que outros modelos teóricos foram desenvolvidos objetivando-se a busca de significado da influência dos fatores que permeiam a vida do indivíduo em suas decisões do dia a dia.

Sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas que abarquem o MCS como base teórica para o desenvolvimento de trabalhos investigativos para condições crônicas de saúde, e ajudar pacientes que fazem uso de medicações com grande potencial de desenvolver complicações para saúde a lidarem melhor com seus efeitos.

Por fim, este trabalho foi desenvolvido em um número limitado de indivíduos de um único centro de acompanhamento, o que torna improdutiva a generalização dos resultados.

### **Referências**

- Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2010-2017). Registro brasileiro de transplantes. Recuperado de <http://www.abto.org.br/abto03/Upload/file/RBT/2017/rbt-imprensa-leitura-compressed.pdf>.
- Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2011-2018). Registro brasileiro de transplantes. Recuperado de [http://www.abto.org.br/abto03/Upload/file/RBT/2018/Lv\\_RBT-2018.pdf](http://www.abto.org.br/abto03/Upload/file/RBT/2018/Lv_RBT-2018.pdf).
- Bardin, L. (2016). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70.

- Baxter, M., Erby, L., Roter, D., Bernhardt, B. A., Terry P., & Guttmacher A. (2017). Health Screening Behaviors among Adults with Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia in North America. *Genet Med.*, 19(6), 659-666. Recuperado de <https://www-nature.ez25.periodicos.capes.gov.br/articles/gim2016161.pdf>.
- Been-Dahmen, J. M. J., Grijpma, J. W., Ista, E., Dwarswaard, J., Maasdam, L., Weimar, W., ... Massey, E. K. (2018). Self-management challenges and support needs among kidney transplant recipients: A qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 74(10), 2393-2405. Recuperado de <https://onlinelibrary-wiley.ez25.periodicos.capes.gov.br/doi/epdf/10.1111/jan.13730>.
- Bonner, K., Joshi, G., Seibert, R., & Kayler, L. K. (2019). Association of Dialysis Duration With Outcomes After Kidney Transplantation in the Setting of Long Cold Ischemia Time. *Transplantation direct*, 5(1), e413. DOI: 10.1097/TXD.0000000000000855.
- Borges, J. W. P., Moreira, T. M. M., Rodrigues, M. T. P., & Oliveira, C. J. (2012). Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*, 46(2), 487-94. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200030>.
- Borges, D. C. de S.; Furino, F. de O.; Barbieri, M. C.; Souza, R. O. D. de; Alvarenga, W. de A.; Dupas, G. (2016). A rede e apoio social do transplantado renal. *Rev Gaúcha Enferm.*, 37(4), e59519. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.59519>.
- Brahm, M. M. T. (2012). Adesão aos imunossupressores em pacientes transplantados renais. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10183/39673>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica DRC no Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde. Recuperado de

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_clinicas\\_cuidado\\_paciente\\_renal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf).

- Choi, E., Jeon, J., & Kim, J. (2019). Factors influencing colonoscopy behaviour among Koreans with a positive faecal occult blood tests. *Wiley Online Library*. DOI: 10.1111/ecc.13008. Recuperado de <https://doi-org.ez25.periodicos.capes.gov.br/10.1111/ecc.13008>.
- Costa, Y. F., Araújo, O. C., Almeida, L. B. M., Viegas, S. M. F. (2014). O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. *O mundo da saúde*, 38(4), 473-481. DOI: 10.15343/0104-7809.20143804473481.
- Cruz, V. F. E. S., Tagliamento, G., & Wanderbroocke, A. C.(2016). A manutenção da vida laboral por doentes renais crônicos em tratamento de hemodiálise: uma análise dos significados do trabalho. *Saúde Soc. São Paulo*, 25(4), 1050-1063. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016155525>.
- Dobbles, F., Berben, L., De Geest, S., Drent, G., Lennerling, A., Whittaker, C., & Kugler, C. (2010). The psychometric properties and practicability of self-report instruments to identify medication nonadherence in adult transplant patients: a systematic review. *90*(2), 205-2019.
- Ertem, G., Dönmez, Y. C., & Dolgun, E. (2017). Determination of the Health Belief and Attitude of Women Regarding Breast Cancer and Breast Self-Exam. *J Breast Health*, 13, 62-66. DOI: 10.5152/tjbh.2017.3018.
- Fathi, A., Sharifirad, G., Gharlipour, Z., Hakimelahi, J., & Mohebi, S. (2017). Effects of a Nutrition Education Intervention Designed based on the Health Belief Model (HBM) on Reducing the Consumption of Unhealthy Snacks in the Sixth Grade Primary School

- Girls. *Int J Pediatr.*, 5(2), 4361-70. Recuperado de [http://ijp.mums.ac.ir/article\\_7567\\_4d9b3c97dafb10bab25d707a1d89a466.pdf](http://ijp.mums.ac.ir/article_7567_4d9b3c97dafb10bab25d707a1d89a466.pdf).
- Fine, R. N., Becker, Y., De Geest, S., Eisen, H., Ettenger, R., Evans, R., ... Dobbels, F. (2009). Nonadherence Concensus Conference Summary Report. *American Journal of Transplantation*, 9(1), 35-41.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J. & Turato, E. R.(2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1), 17-27. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.
- Ghiyasvandian, S., Zakerimoghadam, M., & Peyravi, H. (2015). Nurse as a facilitator to professional communication: a qualitative study. *Glob J Health Sci.*, 7(2), 294-303. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4796404/>.
- Gonçalves, P. R. C., Reveles, A. F., Martins, H. I. F., Rodrigues, I. L., & Rodrigues, S. M. M. (2016). A Adesão à Terapêutica Imunossupressora na Pessoa Transplantada Renal: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, serIV(8), 121-131. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14063>.
- Grandahl, M., Rosenblad, A., Stenhammar, C., Tydén, T., Westerling, R., Larsson, M., ... Nevéus, T. (2016). School-based intervention for the prevention of HPV among adolescents: a cluster randomised controlled study. *BMJ Open*, 6:e009875. Doi:10.1136/bmjopen-2015-009875.
- Gusmão, J. L., Ginani, G. F., Silva, G. V., Ortega, K. C., & Mion Jr., D. (2009). Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens.*, 16(1),38-43. Recuperado de <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/11-adesao.pdf>
- Haller, M. C., Kammer, M., & Oberbauer, R. (2019). Dialysis vintage and outcomes in renal transplantation. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 34(4), 555–560. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/ndt/gfy099>.

- Jeihooni, A. K., Askari, A., Kashfi, S. M., Khiyali, Z., Kashfi, S. H., Safari, O., ... Mansourian, M. (2017). Application of Health Belief Model in Prevention of Osteoporosis among Primary School Girl Students. *Int J Pediatr.*, 5(11), Serial No.47. Recuperado de [http://ijp.mums.ac.ir/article\\_9255\\_dcef06ccc4906a4393adb7a0091a486b.pdf](http://ijp.mums.ac.ir/article_9255_dcef06ccc4906a4393adb7a0091a486b.pdf).
- Kaveh, M. H., Khoramaki, Z., Kojouri, J., & Keshavarzi, S. (2017). The Impact of a Hospital-Based Educational Program Based on the Health Belief Model on Self-Care Behaviors of Heart Failure Patients. *Iran Red Crescent Med J.*, 19(1), e36676. DOI: 10.5812/ircmj.36676.
- Kim, Y. J., Moura, L. M., Caldas, C. P., Perozini, C., Ruivo, G. F., & Pallos, D (2017). Avaliação da condição e risco periodontal em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Einstein. São Paulo*, 15(2), 173-177. DOI: 10.1590/S1679-45082017AO3867.
- Kosola, S., Ylinen, E., Finne, P., Rönholm, K., & Ortiz, F. (2019). Implementation of a transition model to adult care may not be enough to improve results: National study of kidney transplant recipients. *Clinical Transplantation*, 33, e13449. Recuperado de <https://onlinelibrary-wiley.ez25.periodicos.capes.gov.br/doi/pdf/10.1111/ctr.13449>.
- Lønning, K., Midtvedt, K., Heldal, K., & Andersen, M. H. (2018). Older kidney transplantation candidates' expectations of improvement in life and health following kidney transplantation: semistructured interviews with enlisted dialysis patients aged 65 years and older. *BMJ Open*, 8:e021275. Recuperado de <https://bmjopen.bmj.com.ez25.periodicos.capes.gov.br/content/bmjopen/8/6/e021275.full.pdf>.
- Maissiat G. S., Marin, S. M., & Fuzinato, C. R. D. (2013). Adesão ao tratamento imunossupressor em paciente pós-transplante renal: estudo descritivo-exploratório. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 12(2).

- Marmarà, D., Marmarà, V., & Hubbard, G. (2017). Health beliefs, illness perceptions and determinants of breast screening uptake in Malta: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 17: 416. DOI 10.1186/s12889-017-4324-6.
- Marsicano, E.O. (2012). Não aderência no pós-transplante renal: validação do instrumento The Basel Assessment of Adherence with Immunosuppressive Medications Scale e condições associadas. 127f. (Dissertação de Mestrado em Saúde) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de fora. Recuperado de: Recuperado de <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/1740>.
- Mendonça, A. E. O., Salvetti, M. G., Maia, E. M. C., Silva, A. C. O., & Torres, G. V. (2015). Análise dos aspectos físicos da qualidade de vida de receptores de rim. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.*, 49(1), 76-81. DOI: 10.1590/S0080-623420150000100010.
- Negreiros, F. D. S., Pequeno, A. M. C., Garcia, J. H. P., Aguiar, M. I. F., Moreira, T. R., & Flor, M. J. N. (2017). Percepção da equipe multiprofissional sobre as competências do enfermeiro no transplante hepático. *Rev. Bras. Enferm.*, 70(2), 258-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0223>.
- Prates, D. S., Camponogara, S., Arboit, E. L., Tolfo, F., & Beuter, M. (2016). Transplante renal: percepções de pacientes transplantados e profissionais da saúde. *Rev enferm UFPE on line*. Recife, 10(4), 1264-72. DOI: 10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201613.
- Pestana, J. M. (2017). Desfechos clínicos de 11.436 transplantes renais realizados em centro único - Hospital do Rim. *Brazilian Journal of Nephrology*, 39(3), 287-295. DOI: 10.5935/0101-2800.20170043.
- Pinho, N. A., Silva, G. V., & Pierin, A. M. G. (2015). Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP, Brasil. *J. Bras. Nefrol.* 37(1), 91-97. DOI: 10.5935/0101-2800.20150013.

- Ramírez-Perdomo, C. A., & Solano-Ruíz, M. C. (2018). A construção social da experiência de viver com uma doença renal crônica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26:e3028. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2439.3028>.
- Rosaasen N., Mainra, R., Shoker, A., Wilson, J., Blackburn, D., & Holly Mansell, H. (2017). Education Before Kidney Transplantation: What Do Patients Need to Know? *Progress in Transplantation*, 27(1), 58-64. DOI 10.1186/s12889-017-4324-6.
- Rosenstock, I. M. (1974a). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2: 328-335.
- Rosenstock, I. M. (1974b). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4): 354-386.
- Roso, C. C., & Kruse, M. H. L. (2017). Life on Facebook: self-care in renal transplantation patients. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(2):e67430. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.67430>.
- Sabaté, E. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization, 181p. Recuperado de: [https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/).
- Santos, B. P., Schwartz, E., Beuter, M., Muniz, R. M., Echevarría-Guanilo, M. E., & Viegas, A. C. (2015). Consequences attributed to kidney transplantation: critical incident technique. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(3), 748-755. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000270014>.
- Santos, B. P., Lise, F., Feijó, A. M., Garcia, R. P., & Schwartz, E. (2017). Care Carried out by people with renal transplants for organ maintenance. *Rev enferm UFPE on line*, Recife. 11(8), 3108-21.

- Sesso, R. C., Lopes, A. A., Thomé, F. S., Lugon, J. R., & Martins, C. T. (2017). Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. *J. Bras. Nefrol.*, 39(3), 261-266. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20170049>.
- Sharma, A., Cherukuri, A., Mehta, R. B., Sood, P., & Hariharan, S. (2019). High Calcineurin Inhibitor Inpatient Variability Is Associated With Renal Allograft Inflammation, Chronicity, and Graft Loss. *Transplantation Direct*, 5(1):e424. DOI: 10.1097/TXD.0000000000000862.
- Silva, A. N. (2015). Autoeficácia, locus de controle da saúde, religiosidade e não-aderência medicamentosa no pós-transplante renal. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Recuperado de <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/1086>.
- Tizo, J. M., & Macedo, L. C. (2015). Principais complicações e efeitos colaterais pós-transplante renal. *Revista UNINGÁ Review*, 24(1), 62-70. Recuperado de <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1672/1284>.
- Thomé, F. S., Sesso, R. C., Lopes, A. A., Lugon, J. R., & Martins, C. T. (2019). Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. *Braz. J. Nephrol.* Ahead of Print. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/jbn/2019nahead/pt\\_2175-8239-jbn-2018-0178.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jbn/2019nahead/pt_2175-8239-jbn-2018-0178.pdf).
- Vinson, A. J., Kiberd, B. A., Davis, R. B., & Tennankore, K. K. (2019). Nonimmunologic Donor-Recipient Pairing, HLA Matching, and Graft Loss in Deceased Donor Kidney Transplantation. *Transplantation direct*, 5(1), e414. DOI: 10.1097/TXD.0000000000000856.
- Vries, A. M., Helgeson, V. S., Schulz, T., Almansa, J., , Westerhuis, R., Niesing, J., ... Ranchor, A. V. (2019). Benefit finding in renal transplantation and its association with psychological and clinical correlates: A prospective study. *British Journal of Health Psychology*, 24, 175–191. DOI:10.1111/bjhp.12346.

Ximenes, J. O., & Medeiros, C. R. G. (2015). Cuidados em condições crônicas: uma revisão integrativa. *Caderno pedagógico*, 12(3), 9-25. ISSN 1983-0882.

Yaman, Z., & Yilmaz, M. (2017). The relationship between social supports and mental states of individuals with kidney transplants. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*. EpSBS ISSN: 2357-1330. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2017.09.16>.

TÍTULO: ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE MOTIVAÇÃO PARA O TRATAMENTO,  
CRENÇAS PERCEBIDAS E ADESÃO AO TRATAMENTO EM PACIENTES  
SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE RENAL

Autores

- 1- Rosana de Oliveira Silva
- 2- Beatriz dos Santos Pereira
- 3- Hélydy Sanders-Pinheiro
- 4- Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

- 1 - Mestranda no Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Brasil.
- 2 - Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Brasil.
- 3 - Doutora em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e docente no Programa de Pós-graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Brasil.
- 4 - Doutora em Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Brasil.

Endereço para correspondência: Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas, Campus Universitário São Pedro, Rua José Lourenço Kelmer, s/n, Juiz de Fora, MG, Brasil. CEP. 36.001-970. E-mail: [fabiane.rossi@ufjf.edu.br](mailto:fabiane.rossi@ufjf.edu.br)

## Resumo

Objetivo: Investigar a relação entre as crenças de suscetibilidade e severidade percebida a outro transplante renal e a aderência ao tratamento e, analisar a relação destas crenças com a motivação para mudança de pacientes submetidos a este procedimento cirúrgico. Método: Pesquisa quantitativa e correlacional realizada com 82 pacientes transplantados renais. Dados avaliados pelo pacote estatístico IBM SPSS Statistics 20, e teoria utilizada para discussão dos resultados foi o Modelo de Crenças em Saúde. Resultados: Amostra com média de idade de 50,17 ( $\pm 12,43$ ) anos, média de tempo de transplante de 12,88 ( $\pm 4,47$ ) anos, predominantemente masculina (64,6%). A partir da exploração dos dados foi verificada correlação significativa entre as variáveis SUS e motivação para mudança (valor- $p=0,002$ ). Foi observado prevalência de aderentes para todos os quartis para as crenças de suscetibilidade e severidade a outro transplante. Discussão: Os resultados mostraram que o Modelo de Crenças em Saúde parece ser uma abordagem adequada na compreensão da aderência ao tratamento.

Descritores: Adesão ao tratamento, Aderência ao tratamento, Motivação, Qualidade de Vida; Modelo de Crenças de Saúde.

## Abstract

**Objective:** To investigate the relation between the beliefs of susceptibility and perceived severity to another kidney transplant and adherence to the treatment, and to analyze the relationship of these beliefs with the motivation to change in patients submitted to this surgical procedure. **Method:** Quantitative and correlational research performed with 82 renal transplant patients. Data were evaluated by the IBM SPSS Statistics 20 statistical package, and the theoretical basis used to discuss the results was the Health Belief Model. **Results:** Sample with mean age of 50.17 ( $\pm$  12.43) years, mean transplantation time of 12.88 ( $\pm$  4.47) years, predominantly male (64.6%). Data analysis showed a significant correlation between the variables SUS and motivation for change ( $p$ -value = 0,002). Prevalence of adherents was observed for all quartiles for the beliefs of susceptibility and severity to another transplant. **Discussion:** The results showed that the Health Belief Model appears to be a suitable model in understanding adherence to treatment.

**Keywords:** Treatment adherence; Kidney transplantation; Motivation; Quality of life; Health Belief Model.

## Introdução

O estudo da aderência ao tratamento em pacientes com condições crônicas de saúde é um processo complexo que demanda atenção integral ao paciente, como o relacionado ao transplante renal. Dentre os fatores que podem influenciar a aderência, cinco aspectos combinados podem contribuir de forma a potencializar ou fragilizar neste processo, dentre os quais destaca-se: os aspectos socioeconômicos, os relacionados ao sistema de saúde e aos profissionais de saúde, o tratamento, as condições de saúde do indivíduo e fatores relacionados diretamente ao paciente (Sabaté, 2003).

Apesar de o transplante ser um tratamento que proporciona melhor qualidade de vida e sobrevida para o paciente comparado ao tratamento dialítico, ele não significa a cura da doença renal (Mendonça, Salvetti, Maia, Silva, & Torres, 2015). Diante deste aspecto o estudo da não aderência ao tratamento em transplante tem despertado a curiosidade de cientistas preocupados em compreender a relação entre as variáveis que compreendem este processo (Bonner, Joshi, Seibert, & Kayler, 2019; Haller, Kammer, & Oberbauer, 2019; Kosola, Ylinen, Finne, Maissiat, Marin, & Fuzinato, 2013; Rönnholm, & Ortiz, 2019; Silva, 2015;).

A não aderência é determinada quando o comportamento do paciente não está de acordo às recomendações prescritas por equipe médica, e que podem influenciar de forma negativa os resultados do transplante (Fine et al., 2009). Diante disto as crenças relacionadas à percepção de risco a outro transplante e o impacto que este procedimento poderia ter para a vida do paciente podem influenciar em sua decisão para adoção de comportamentos voltados para o rastreamento, prevenção e preservação de sua saúde. Dessa forma a motivação para mudança de comportamento relacionado não somente à tomada da medicação, mas também ao estilo de vida são fatores que podem influenciar a aderência ao tratamento.

A compreensão da influência das crenças do paciente em sua decisão para o autocuidado integra investigações que objetivam a busca de conhecimento para o desenvolvimento de melhores estratégias preventivas e de autogestão por meio do Modelo de Crenças em Saúde (Aldohaian, Alshammari, & Arafah, 2019; Azizi, Karimy, & Salahshour, 2019). Este modelo foi desenvolvido na década de 50 por psicólogos sociais do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos e é formado por quatro crenças principais, sendo elas: as crenças relacionadas a forma como o indivíduo percebe seu risco em contrair uma condição ou problema de saúde; as crenças relacionadas a severidade de uma dada condição ou problema de saúde; as crenças relacionadas ao sucesso na tomada de uma decisão comportamental, e percepção dos resultados positivos advindos da tomada de decisão; e as crenças relacionadas aos aspectos negativos na tomada de uma decisão comportamental para a ação (Rosenstock, 1974a).

A partir dos aspectos citados busca-se a compreensão da adesão ao tratamento para pacientes transplantados renais para que intervenções futuras possam ser desenvolvidas e direcionadas à mudança de comportamento deste público e, conseqüentemente, maior aderência aos tratamentos.

### **Objetivo**

Investigar a relação entre as crenças de suscetibilidade e severidade percebida a outro transplante renal e a aderência ao tratamento e, analisar a relação destas crenças com a motivação para mudança de pacientes transplantados renais.

### **Método**

Estudo transversal, descritivo e correlacional, realizado em pacientes transplantados renais no período de outubro de 2018 a abril de 2019.

## **Amostra**

A amostra foi composta de 82 pacientes que estavam em acompanhamento no ambulatório de um hospital de referência na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. Os participantes foram selecionados por conveniência de acordo com os critérios de inclusão, abordados em sala de espera enquanto aguardavam pela consulta. Os critérios de inclusão na amostra foram: Pacientes transplantados renais há no mínimo três meses; Idade > que 18 anos; submetidos apenas ao transplante renal; e os critérios de não inclusão foram: Pacientes submetidos ao retransplante de rim; submetidos a outro tipo de transplante de órgãos; pacientes com dificuldades em responder aos questionários.

## **Instrumentos**

Para caracterização da amostra foi elaborado um questionário sociodemográfico e clínico contendo dados pessoais referentes à idade, gênero, estado civil, escolaridade, religião, atividade laboral e cidade de residência; e aspectos clínicos relacionados ao tempo de transplante, comorbidades, tratamento anterior ao TxR, e tipo de doador (vivo ou doador falecido).

Foi também utilizado um instrumento para avaliação do estágio motivacional para mudança de comportamento, elaborado a partir da escala URICA - University of Rhode Island Change Assessment, escala que objetiva identificar o estágio motivacional e a prontidão para mudança de um comportamento. A pontuação de cada indivíduo é calculada somando-se os pontos de cada subescala, que são organizadas em escala do tipo likert de 5 pontos ( de 1 - discordo totalmente, até, 5 - concordo totalmente), e o escore de prontidão para a mudança calculado por meio da soma das médias das subescalas de contemplação (C), ação

(A) e manutenção (M), subtraindo-se do total da soma obtida a média de pontos da subescala de pré-contemplação (PC) e, o resultado final é o Escore de Prontidão (EP).

$$\bar{X} C + \bar{X} A + \bar{X} M - \bar{X} PC = EP$$

Os pontos de corte para determinar o estágio motivacional de cada indivíduo são: 8 ou inferior: estágio de pré-contemplação; entre 8 e 10,33: contemplação; acima de 10,33: o estágio de ação (Bittencourt, 2009).

A determinação da aderência à medicação imunossupressora foi avaliada pela Escala BASEL para Avaliação de Aderência a Medicamentos Imunossupressores (BAASIS©) – Entrevista, formada por quatro perguntas categorizadas em sim ou não e para cada pergunta, se a resposta for sim, se a resposta for não, segue uma escala em *likert* de seis pontos (entre (0) Nunca e (5) Todo dia). A categorização do paciente em aderente ou não aderente é dicotomizada, sendo respostas 0 considerado aderente e respostas de 1 a 5 não aderente (Marsicano,2012; Marsicano et al., 2013).

Para avaliação das crenças de severidade percebida e suscetibilidade percebida ao retransplante foi construído um instrumento a partir das variáveis do Modelo de Crenças em Saúde (MCS), sendo a Escala de Severidade Percebida ao Retransplante de Rim (SEV) e Escala de Suscetibilidade Percebida ao Retransplante de Rim (SUS). Estas escalas foram adaptadas a partir do instrumento adaptado e validado para o português brasileiro para o contexto cardíaco (Dela Coleta, 2003).

A verificação da adequabilidade dos instrumentos aos objetivos propostos, assim como a adequação semântica dos mesmos foi feita com a participação de 3 (três) juízes especialistas na área da pesquisa e aplicação de pré-teste à uma mostra de 9 (nove) participantes.

## **Aspectos Éticos**

A pesquisa foi aprovada sob parecer nº 2.813.019 e CAAE nº 89676218.6.0000.5133 e seguiu todos os preceitos da Resolução n ° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

## **Análise Estatística e discussão dos resultados**

Os dados foram avaliados pelo pacote estatístico IBM SPSS Statistics 20 para determinar a frequência das variáveis através de estatísticas descritivas e relacionamento entre as variáveis. Os dados organizados foram revisados por duas pesquisadoras com o objetivo de garantir maior confiabilidade aos resultados.

Para discussão dos resultados foi utilizado o Modelo de Crenças em Saúde (MCS) (Rosenstock, 1974a; Rosenstock, 1974b) como base teórica para a compreensão da relação entre crenças de suscetibilidade e severidade percebidas relacionadas a outro TxR e a adesão ao tratamento de pacientes transplantados, assim como a associação destas crenças ao estágio motivacional e prontidão para mudança.

## **Resultados**

Durante o estudo 113 pacientes estavam elegíveis para participar, porém houve duas recusas, uma interrupção durante a aplicação do instrumento de crenças, por decisão da pesquisadora, pois o participante apresentou-se com dificuldades em prosseguir devido às manifestações emocionais que as afirmações da escala suscitaram, sendo encaminhado ao Serviço de Psicologia do hospital, e uma interrupção devido à necessidade de internação de paciente por suspeita de pneumonia, infarto pulmonar ou embolia pulmonar a investigar, não sendo possível completar a aplicação dos instrumentos.

A amostra final foi assim constituída por 82 pacientes, com predominância do sexo masculino (64,6%), média de idade 50,17( $\pm$ 12,43) anos, e média de tempo de transplante 12,88 ( $\pm$  4,47) anos, 59,8% dos participantes eram casados, 36,6% possuíam ensino fundamental incompleto e 72% declararam estar afastados da atividade laboral devido à aposentadoria ou afastamento em função do transplante. No que diz respeito à religião de 63,4% eram católicos.

Na tabela 1 são apresentadas algumas variáveis clínicas dos participantes. Foi observado que cerca de 74,4% da amostra possuía alguma comorbidade. Dentre os tipos de tratamento realizado antes do transplante, a hemodiálise foi a predominante (69,5%) e 91,5% dos transplantes ocorreu por doador vivo.

Tabela 1: Variáveis clínicas dos participantes n=82

<b>Variáveis</b>	<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tipo de doador	Vivo	75	91,5
	Falecido	7	8,5
Comorbidades	Não possui comorbidades	21	25,6
	Hipertensão arterial	30	36,6
	Hipertensão arterial e diabetes	7	8,5
	Hipertensão arterial e anemia	6	7,3
	Hipertensão arterial e Doença cardiovascular	5	6,1
	Diabetes	4	4,9
	Hipertensão arterial, Doença cardiovascular, diabetes e anemia	3	3,7
	Hipertensão arterial, Doença cardiovascular e	3	3,7

	diabetes		
	Hipertensão arterial, Doença cardiovascular e anemia	1	1,2
	Hipertensão arterial e artrite	1	1,2
	Hipertensão arterial e lupus	1	1,2
Tratamento anterior ao TxR	Hemodiálise	57	69,5
	Tratamento conservador	8	9,8
	Tratamento conservador e hemodiálise	6	7,3
	Diálise peritoneal e hemodiálise	5	6,1
	Diálise peritoneal	5	6,1
	Direto para o TxR	1	1,2
Seguir orientação de nutricionista	Sim	41	50
	Não	41	50
Acompanhamento Psicológico	Sim	13	15,9
	Não	69	84,1

Em relação à aderência a terapêutica medicamentosa, 37,8% da amostra não se mostrou aderente, dentre os quais, quatro pacientes declararam que a não tomada da medicação foi devido à falta de tacrolimo, azatioprina ou ciclosporina.

No que se refere ao estágio motivacional e a prontidão para mudança, identificou-se que entre os aderentes 66,7% da amostra encontra-se no estágio de pré-contemplação, seguido de 70,6% no estágio de contemplação e 58,5% no estágio de ação, e dentre aqueles

considerados não aderentes, 33,3% foi classificado no estágio de pré-contemplação, 29,4% no estágio de contemplação e 41,5% no estágio de ação.

Para análise da relação entre SUS e a escala BAASIS, e entre SEV e a escala BAASIS foi realizada Teste Qui-Quadrado. Para os escores de SUS e SEV não existe categorização, sendo então realizada uma análise a partir dos pontos de corte de quartis (Q) calculados para esta amostra.

A partir dos resultados encontrados na análise estatística para avaliar a relação entre SUS e a escala BAASIS e  $p$ -valor  $< 0,05$  aceita-se a hipótese nula de independência, e afirma-se que não há evidências estatísticas de que a suscetibilidade percebida do paciente à outro transplante renal interfere na aderência ao tratamento num nível de significância de 5%. O mesmo resultado foi encontrado para a análise da relação entre SEV e a escala BAASIS, e também afirma-se que não há evidências estatísticas de que a severidade percebida do paciente à outro transplante renal interfere na aderência ao tratamento num nível de significância de 5%.

Por meio do cruzamento de dados obtidos entre a escala de suscetibilidade percebida a outro transplante e BAASIS foi observado prevalência para pacientes considerados aderentes (Ad) para todos os quartis (Ad: Q1=12; Q2=12; Q3=14; Q4= 13/ Nad: Q1=11; Q2=6; Q3=8; Q4=6) assim como para o cruzamento dos dados obtidos entre a escala de severidade percebida a outro transplante e BAASIS (Ad: Q1=13; Q2=14; Q3=10; Q4= 14/ Nad: Q1=8; Q2=8; Q3=9; Q4=6).

No que se refere à exploração dos dados para análise da relação entre SUS e motivação para mudança e entre SEV e motivação para mudança foi observada uma correlação significativa entre as variáveis SUS e motivação para mudança ( $r = 0,332$ , valor- $p=0,002$ ), o que mostra que há uma relação de moderada intensidade. Vale ressaltar que o

valor positivo de  $r$  nos permite afirmar que a relação entre as variáveis é direta, o aumento da suscetibilidade percebida induz aumento na prontidão para mudança.

### **Discussão**

O estudo da influência das crenças do paciente sobre sua decisão para adoção de comportamentos voltados para o autocuidado tem se tornado cada vez mais amplo na atualidade (Azizi et al., 2019; Noori, & Schouten, 2018; Jorvan, Tavousi, & Ghofranipour, 2018; Xia, Yan, Liu, & Liu, 2019). Neste estudo foi desenvolvido instrumento para avaliação da relação entre as crenças de suscetibilidade percebida à outro transplante renal e o grau de impacto que este evento teria para a vida do paciente e a aderência ao tratamento. Este instrumento foi elaborado com base em uma escala adaptada e validada para população brasileira (Dela coleta, 2003). Para avaliação da relação entre a motivação para o tratamento e aderência foi elaborado instrumento a partir de uma escala adaptada e validada para população brasileira e que representa uma medida de prontidão para mudar (Bittencourt, 2009).

De acordo com os pressupostos do Modelo de Crenças em Saúde, a combinação da percepção de risco a uma condição ou problema de saúde e da percepção da severidade ou do impacto dessa condição para a vida do indivíduo, tem-se como resultado a ameaça percebida. A ameaça percebida é o resultado da influência de aspectos externos e internos ao indivíduo e, entre a escolha de se praticar uma ação é levado em consideração os benefícios decorrentes dessa ação assim como as barreiras para efetivação dessa ação. Se os benefícios percebidos superam as barreiras percebidas para a ação, a probabilidade de se adotar um comportamento de saúde é maior (Ertem, Dönmez, & Dolgun, 2017; Jeihooni, Jamshidi, Kashfi, Avand, & Khiyali, 2017). Então os indivíduos decidiriam por adotar comportamentos para autocuidado: se elas se consideram suscetíveis à condição ou ameaça, e se elas acreditam que a condição ou

ameaça teria consequências sérias para suas vidas; se elas acreditam que um curso de ação que está disponível para elas seria benéfico na redução de sua suscetibilidade ou gravidade da condição ou ameaça, e se elas acreditam que os benefícios percebidos superam as barreiras percebidas (Baxter et al., 2017; Marmarà, Marmarà, & Hubbard, 2017).

Dessa forma, conforme os dados analisados foi observada uma correlação significativa entre as variáveis de suscetibilidade percebida a outro transplante renal e prontidão para mudança (valor- $p=0,002$ ), e que mostrou uma relação de moderada intensidade. De acordo com os resultados, quanto mais alto os escores para a percepção de suscetibilidade a outro transplante, foi observado o aumento dos escores de prontidão para mudança para a amostra deste estudo. Recentemente outras pesquisas na área da saúde foram realizadas para investigação da existência de correlações entre a variável de suscetibilidade para outros contextos (Fekadu et al., 2018; Osta, Vasli, Hosseini, Nasiri, & Rohani, 2018; Rajamoorthy et al., 2018; Rakhshkhorshid et al., 2018). Assim como existem investigações que objetivam o estudo da relação entre as crenças de suscetibilidade percebida associadas a outras variáveis, estudos acerca da motivação para prática do autocuidado também foram desenvolvidas (Ashtarian, et al., 2018; Ostergaard, Sritharan, Kristiansen, Thomsen, & Lokke, 2018).

No que diz respeito aos resultados encontrados para os estágios motivacionais e prontidão para mudança na amostra, foi observado maior prevalência para os dois grupos aderente e não aderente para o estágio de ação. O estágio de pré-contemplação é definido quando o indivíduo possui a consciência da existência de um problema, mas ainda não existe vontade para mudar. Quando a existência de um problema se torna consciente, e o indivíduo sabe que algo o incomoda, esta fase é definida como fase de contemplação e nela há busca de informações acerca do problema, mas ainda não há comprometimento relacionado à mudança. Na fase de ação o processo de mudança do comportamento ou do meio ambiente começa ativamente, existe comprometimento e esforço para mudar, mas é necessária ajuda, pois o

indivíduo não consegue ser bem-sucedido sozinho, e em última fase conhecida como manutenção o processo de mudança foi bem sucedido e são observados ganhos importantes para o sujeito, entretanto é preciso acompanhamento do paciente para prevenção da perda dos ganhos e a manutenção destes ganhos (McConnaughy, Prochaska, & Velicer, 1983). Com relação aos aspectos supracitados, a partir da caracterização da amostra foi verificado que a média de tempo de transplante foi de 12,88 ( $\pm$  4,47) anos, o que sugere habituação com o tratamento a ser realizado após o transplante ao longo dos anos e questiona-se se haveria diferenças entre grupos aderentes e não aderentes com tempo de transplante mais recente. Ainda, pode-se concluir que apesar da prevalência citada anteriormente para os dois grupos no estágio de ação, cerca de 35,36% da amostra total foi classificada entre os estágios de pré-contemplação e contemplação. Em relação a este último aspecto sugere-se abordagens voltadas para educação em saúde, pois podem ser um meio para o desenvolvimento de maior consciência para o autocuidado em pacientes com condições crônicas de saúde e desenvolvimento de crenças com poder de interferência da decisão da tomada de um comportamento de saúde como sugeridos por outros autores (Busto et al., 2019; Gonul et al., 2019).

A motivação para o tratamento é parte essencial para condições crônicas de saúde que demandam cuidados periódicos e por tempo indeterminado. Em conformidade a este aspecto e aos constructos do Modelo de Crenças em Saúde a prevalência para os dois grupos aderente e não aderente para o estágio de ação mostra que os pacientes possuem comprometimento e esforço para adotar comportamentos voltados para o autocuidado, porém é necessário o acompanhamento durante o processo de mudança destes pacientes, pois os mesmos não conseguirão ser bem sucedidos sem ajuda.

Com relação aos resultados encontrados para a associação entre as variáveis das crenças e a aderência ao tratamento, em que foi observado a inexistência de evidências

estatísticas de que a suscetibilidade e severidade percebida a outro transplante interferem na aderência ao tratamento deve-se analisar com cautela, pois, de acordo com as pontuações obtidas para os quartis para a escala de suscetibilidade, os aderentes foram predominantes para o último quartil comparados aos não aderentes. Isso quer dizer que os aderentes foram os que apresentaram tendência para maior prevalência de crenças de suscetibilidade a outro transplante em comparação aos não aderentes. A mesma análise foi feita para a escala de severidade a partir das pontuações definidas para os quartis e também foi observado maior predominância de aderentes para o último quartil comparado aos não aderentes. Da mesma forma, os aderentes possuem mais percepções quanto à severidade a outro transplante renal em comparação aos não aderentes.

Dessa forma, conclui-se que a presença de crenças de suscetibilidade e severidade percebida a outro transplante podem estar associadas à aderência ao tratamento para a amostra investigada, assim como a prontidão para mudança está associada à suscetibilidade percebida a outro transplante.

### **Considerações Finais**

Esta pesquisa é a primeira no Brasil a avaliar a relação entre as variáveis descritas para o transplante renal, e é parte de uma pesquisa maior de mestrado realizada em pacientes que foram submetidos ao transplante renal.

Sugere-se maior aprofundamento com relação ao tema e ao público investigado e inclusão do Modelo de Crenças em Saúde para compreensão de comportamentos de rastreio, prevenção ou controle de condições crônicas de saúde.

### **Referências**

Aldohaian, A. I., Alshammari, S. A., & Danyah M. Arafah, D. M. (2019). Using the health belief model to assess beliefs and behaviors regarding cervical cancer screening among

Saudi women: a cross-sectional observational study. 8, 19(1):6. doi: 10.1186/s12905-018-0701-2

Ashtarian, H., Rohani-Rasaf, M., Afshari, A., Latifi, A., Aghaei, A., Darvishi, H.,... Khezeli, M. (2018). Stages of changes, breast self-examination practice and related health beliefs in women- a theory-based study. *J. Evolution Med. Dent. Sci./eISSN- 2278-4802, pISSN- 2278-4748, 7(30)*.

Azizi, N., Karimy, M., & Salahshour, V. N. (2018). Determinants of adherence to tuberculosis treatment in Iranian patients: Application of health belief model. *J Infect Dev Ctries 2018; 12(9):706-711*.

Baxter, M., Erby, L., Roter, D., Bernhardt, B. A., Terry P., & Guttmacher A. (2017). Health Screening Behaviors among Adults with Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia in North America. *Genet Med., 19(6): 659 - 666*. doi:10.1038/gim.2016.161.

Bittencourt, S. A. (2009). Motivação para a mudança: adaptação e validação da escala URICA (UNIVERSITY OF RHODE ISLAND CHANGE ASSESSMENT) para o comportamento de comer compulsivo. (Tese Doutorado). Porto Alegre. Pontífica Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Bonner, K., Joshi, G., Seibert, R., & Kayler, L. K. (2019). Association of Dialysis Duration With Outcomes After Kidney Transplantation in the Setting of Long Cold Ischemia Time. *Transplantation direct, 5 (1), e413, DOI: 10.1097/TXD.0000000000000855*.

Busto, S. D., Galindo, I., Hernandez, J. J., Camaralles, F., Nieto, E., Caballero, A., & María Vázquez, M. S. (2019). Creating a Collaborative Platform for the Development of Community Interventions to Prevent Non-Communicable Diseases. *Int. J. Environ. Res. Public Health, 16, 676; doi:10.3390/ijerph16050676*.

- Costa, Y. F., Araújo, O. C., Almeida, L. B. M., & Viegas, S. M. F. (2014). O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. *O mundo da saúde*, 38(4), 473-481.
- Dela Coleta, M. F. (2003). Escalas para medida das crenças em saúde: construção e validação. *Avaliação Psicológica*, 2(2): 111-122. Recuperado em 04 de abril de 2018, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712003000200003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712003000200003&lng=pt&tlng=pt).
- Ertem, G., Dönmez, Y. C., & Dolgun, E. (2017). Determination of the Health Belief and Attitude of Women Regarding Breast Cancer and Breast Self-Exam. *J Breast Health*, 13: 62-66 DOI: 10.5152/tjbh.2017.3018.
- Fine, R. N., Becker, Y., De Geest, S., Eisen, H., Ettenger, R., Evans, R., ... Dobbels, F. (2009). Nonadherence Concensus Conference Summary Report. *American Journal of Transplantation*, 9(1): 35-41.
- Fekadu, F., Beyene, T. J., Beyi, A. F., Edao, B. M., Tufa, T. B., Woldemariyam, F. T., & Fanta Desissa Gutema, F. D. (2018). Risk Perceptions and Protective Behaviors Toward Bovine Tuberculosis Among Abattoir and Butcher Workers in Ethiopia. *Front. Vet. Sci.* 5:169. doi: 10.3389/fvets.2018.00169.
- Gonul, S., Namli, T., Huisman, S., Erturkmen, G. B. L., Toroslu, I. H., & Cosar, A. (2019). An expandable approach for design and personalization of digital, just-in-time adaptive interventions. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 26(3), 198–210 doi: 10.1093/jamia/ocy160.
- Haller, M. C., Kammer, M., & Oberbauer, R. (2019). Dialysis vintage and outcomes in renal transplantation. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 34(4), 555–560.
- Jeihooni, A. K., Jamshidi, H., Kashfi, S. M., Avand, A., & Khiyali, Z. (2017). The Effect of Health Education Program Based on Health Belief Model on Oral Health Behaviors in

- Pregnant Women of Fasa City, Fars Province, South of Iran. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2017 Nov-Dec; 7(6): 336–343.
- Jorvand, R., Tavousi, M., & Ghofranipour, F. (2018). Impact of Sport on the Cardiovascular Diseases Scale Based on Health Belief Model: Questionnaire Psychometric Properties. *Iran. Red. Crescent. Med. J*. 20(S1):e62027.
- Kosola, S., Ylinen, E., Finne, P., Rönholm, K., & Ortiz, F. (2019). Implementation of a transition model to adult care may not be enough to improve results: National study of kidney transplant recipients. *Clinical Transplantation*, 33:e13449.
- Maissiat G. S., Marin, S. M., & Fuzinato, C. R. D. (2013). Adesão ao tratamento imunossupressor em paciente pós-transplante renal: estudo descritivo-exploratório. *Online Brazilian Journal of Nursing* 12(2).
- Marmarà, D., Marmarà, V., & Hubbard, G. (2017). Health beliefs, illness perceptions and determinants of breast screening uptake in Malta: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 17: 416 DOI 10.1186/s12889-017-4324-6.
- Marsicano, E.O. (2012). Não aderência no pós-transplante renal: validação do instrumento The Basel Assessment of Adherence with Immunosuppressive Medications Scale e condições associadas. 2012. 127f. (Dissertação de Mestrado em Saúde) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de fora.
- Marsicano, E. O., Fernandes, N. da S., Colugnati, F., Grincenkov, F. R., Fernandes, N. M., De Geest, S., & Sanders-Pinheiro, H. (2013). Transcultural adaptation and initial validation of Brazilian-Portuguese version of the Basel assessment of adherence to immunosuppressive medications scale (BAASIS) in kidney transplants. *BMC Nephrology*, 21(14): 108.

- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. E. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- Mendonça, A. E. O., Salvetti, M. G., Maia, E. M. C., Silva, A. C. O., & Torres, G. V. (2015). Análise dos aspectos físicos da qualidade de vida de receptores de rim. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1): 76 - 81. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100010>.
- Noori, S., & Schouten, B. C. (2018). Perceptions of Iranian women regarding breast cancer screening behaviour. *EMHJ – Vol. 24 No. 12*.
- Osta, A., Vasli, P., Hosseini, M., Nasiri, M., & Rohani, C. (2018). The Effects of Education Based on the Health Belief Model on Adherence to Standard Precautions among Operating Room Staff. *Iran Red Crescent Med J.*; 20(S1):e60112.
- Ostergaard, E. B., Sritharan, S. S., Kristiansen, A. D., Thomsen, P. M., & Lokke, A. (2018). Barriers and motivational factors towards physical activity in daily life living with COPD – an interview based pilot study. *European Clinical Respiratory Journal*. Vol.5 (1), 1484654.
- Rajamoorthy, Y., Radam, A., Taib, N. M., Rahim, K. A., Wagner, A. L., Mudatsir, M., ... Harapan, H. (2018). The relationship between perceptions and self-paid hepatitis B vaccination: A structural equation modeling approach. *PLoS ONE*;13(12):e0208402.
- Rakhshkhorshid, M., Navaee, M., Nouri, N., & Safarzaii, F. (2018). The Association of Health Literacy with Breast Cancer Knowledge, Perception and Screening Behavior. *Eur.J.Breast. Health*; 14:144-147 DOI: 10.5152/ejbh.2018.3757.
- Rosenstock, I. M. (1974a). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2: 328-335.

- Rosenstock, I. M. (1974b). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4): 354-386.
- Sabaté, E. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization, 181p.
- Silva, A. N. (2015). Autoeficácia, locus de controle da saúde, religiosidade e não-aderência medicamentosa no pós-transplante renal. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
- Thomé, F. S., Sesso, R. C., Lopes, A. A., Lugon, J. R., & Martins, C. T. (2019). Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. *Braz. J. Nephrol. (J. Bras. Nefrol.)*, Ahead of Print .
- Xia, M., Yan, J., Liu, S., & Liu, J. (2019). Beliefs of Immunosuppressive Medication Among Chinese Renal Transplant Recipients, as Assessed in a Cross-Sectional Study With the Basel Assessment of Adherence to Immunosuppressive Medications Scale. 51(3):742-748.
- Ximenes, J. O., & Medeiros, C. R. G. (2015). Cuidados em condições crônicas: uma revisão integrativa. *Caderno pedagógico*, 12(3):9-25.

## 6 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados encontrados, o Modelo de Crenças em Saúde é uma abordagem teórica adequada para compreensão dos fatores com potencial de influenciar a decisão dos indivíduos para comportamentos voltados para o autocuidado. Em conformidade aos pressupostos desta teoria, os benefícios percebidos superaram as dificuldades percebidas relacionadas ao transplante renal, e as crenças relacionadas à percepção de risco e severidade foram citadas relacionadas ao prejuízo da perda do enxerto, ou seja, o retorno à hemodiálise, que foi uns dos principais motivadores para a decisão por este procedimento cirúrgico. Dessa forma, probabilidade dos pacientes decidirem por adotar comportamentos voltados para o autocuidados é potencializada.

A suscetibilidade percebida a outro transplante foi relacionada à prontidão para mudança, e os pacientes classificados como aderentes pela escala BAASIS foram prevalentes para todos os quartis dos instrumentos para avaliação da suscetibilidade percebida e severidade percebida a outro transplante.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo dos fatores que podem influenciar as decisões dos indivíduos para adoção ou não de comportamentos associados à manutenção da saúde tem despertado a atenção de pesquisadores na atualidade.

Neste estudo, apesar das limitações existentes como, o número da amostra, um único centro de referência para o desenvolvimento da pesquisa, as limitações relacionadas à coleta de dados, conclui-se que os resultados apontam para questões importantes a serem investigadas para o contexto abordado. Investigações posteriores devem aprofundar o estudo das crenças dos pacientes transplantados ou daqueles em lista de espera pelo transplante renal com o objetivo de desenvolver intervenções capazes de promover maior adesão aos tratamentos.

## Referências

- Acurcio, F. A., Saturnino, L. T. M., Silva, A. L., Oliveira, G. L. A., Andrade, E. I. G., Cherchiglia, M. L., & Ceccato, M. das G. B. (2013). Análise de custo-efetividade dos imunossuppressores utilizados no tratamento de manutenção do transplante renal em pacientes adultos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(Supl. 1), s92-s109.
- Andrade, S. V., Sesso, R., & Diniz, D. H. M. P. (2015). Hopelessness, suicide ideation, and depression in chronic kidney disease patients on hemodialysis or transplant recipients. *Brazilian Journal of Nephrology*, 37(1):55-63.
- Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2010-2017). Registro brasileiro de transplantes. Recuperado de: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2017/rbt-imprensa-leitura-compressed.pdf>.
- Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2011-2018). Registro brasileiro de transplantes. Recuperado de [http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/Lv\\_RBT-2018.pdf](http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/Lv_RBT-2018.pdf).
- Akhtari-Zavare, M., Juni, M. H., Said, S. Md, Ismail, I. Z., Latiff, L. A., & Eshkoo, S. A. (2016). Result of randomized control trial to increase breast health awareness among young females in Malaysia. *BMC Public Health*. 16:738.
- Arx, L. B. W., Gydesen, H., & Skovlund, S. (2016). Treatment beliefs, health behaviors and their association with treatment outcome in type 2 diabetes. *BMJ Open Diabetes Research and Care*.
- Bandura, A. (1986). Social Foundations of thought and action. *Englewood Cliffs*, New Jersey: Prentice Hall.
- Bardin, L. (2016). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70.
- Baxter, M., Erby, L., Roter, D., Bernhardt, B. A., Terry P., & Guttmacher A. (2017). Health Screening Behaviors among Adults with Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia in North America. *Genet Med.*, 19(6): 659 - 666.
- Belgacem, A., Amel, N., & Sonia, S. (2016). The perceptions of tunisian women according to the model of beliefs linked to health and their practices in relation to osteoporosis. *Pan African Medical Journal*, 23(42).
- Berben, L., Dobbels, F., Engberg, S., Hill, M., & De Geest., S. (2012). An ecological perspective on medication adherence. *Western Journal of Nursing Research*, 34(5), 635 – 653.
- Bittencourt, S. A. (2009). *Motivação para a mudança: adaptação e validação da escala URICA (UNIVERSITY OF RHODE ISLAND CHANGE ASSESSMENT) para o comportamento de comer compulsivo*. (Tese Doutorado). Porto Alegre. Pontífica Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

- Bittencourt, S. A., Santos, P. L., & Oliveira, M. da S. (2012). Motivação para mudança: análise fatorial da URICA para hábitos alimentares. *Psico-USF*, 17(3): 497-505.
- Borges, D. C. de S.; Furino, F. de O.; Barbieri, M. C.; Souza, R. O. D. de; Alvarenga, W. de A.; Dupas, G. (2016). A rede e apoio social do transplantado renal. *Rev Gaúcha Enferm.*, 37(4), e59519.
- Borges, J. W. P., Moreira, T. M. M., Rodrigues, M. T. P., & Oliveira, C. J. (2012). Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 46(2): 487-94.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F. & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. 22(53):423-432.
- Brahm, M. M. T. (2012). *Adesão aos imunossupressores em pacientes transplantados renais*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria N° 2.600 de 21 de Outubro de 2009. (2009). Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [Acesso 2015 Jun 19]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600\\_21\\_10\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html).
- Brasil. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2014) Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.: 37 p.: il. Acesso em 10 de março de 2018 em: <http://abcdt.org.br/wp-content/uploads/25-03-2014-diretriz-clnicas-drc-versaofinal.pdf>.
- Brasília (2017). Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece. Centro de Estudos e Debates Estratégicos. Edições Câmara. 293p.
- Brito, D. C. S., Paula, A. M., Grincenkov, F. R. S., Lucchetti, G., & Sanders-Pinheiro, H. (2015). Analysis of the changes and difficulties arising from kidney transplantation: a qualitative study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3): 419-426.
- Camargo, M. F. C., Barbosa, K. S., Fetter, S. K., Bastos, A., Feltran, L. S., & Koch-Nogueira, P. C. (2018). Cost analysis of substitutive renal therapies in children. *Jornal de Pediatria*, 94(1): 93-99. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2017.05.004>.
- Castro, E. (2001). Terminologia, palavras-chave, descritores em saúde: qual a sua utilidade. *Jornal Brasileiro de Aids*, 2(1).
- Champion, V. L. (1984). Instrument development for Health Belief Model constructs. *Advances in Nursing Science*, 6, 73-85.
- Choi, E., Jeon, J., & Kim, J. (2019). Factors influencing colonoscopy behaviour among Koreans with a positive faecal occult blood tests. *Wiley Online Library*.

Christy, S. M., Winger J. G., Raffanello, E. W., Halpern, L. F., Danoff-Burg, S., & Mosher, C. E. (2016). The role of anticipated regret and health beliefs in HPV vaccination intentions among young adults. *Behav Med.*, 39(3): 429–440.

Dela Coleta, M. F. (2003). Escalas para medida das crenças em saúde: construção e validação. *Avaliação Psicológica*, 2(2): 111-122.

Dela Coleta, M. F. (2004). Modelo de Crenças em Saúde. In: Modelos para Pesquisa e Modificação de Comportamentos de Saúde. Cabral Editora e Livraria Universitária. São Paulo. pp. 27-62.

Denehy, M., Leavy, J. E., Jancey, J., Nimmo, L., & Crawford, G.(2017). This Much Water: a qualitative study using behavioural theory to develop a community service video to prevent child drowning in Western Australia. *BMJ Open*;7:e017005.

De Geest, S., Burkhalter, H., De Bleser, L., Berben, L., Duerinckx, N., De Bondt, K., & Dobbels, F. (2010). Immunosuppressive drugs and non-adherence in transplantation. *Journal of renal nursing*, 2(2): 58-63.

De Pasquale, C., Veroux, M., Fornaro, M., Sinagra, N., Basile, G., Gozzo, C., Santini, R., Costa, A., & Pistorio, M. L. (2016) Psychological perspective of medication adherence in transplantation. *World J Transplant.*, 6(4): 736-742.

DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7, 133-142.

DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *The American Journal on Addictions*, 13, 103-119.

Didarloo, A., Nabilou, B., & Khalkhali, H. R.(2017). Psychosocial predictors of breast self-examination behavior among female students: an application of the health belief model using logistic regression. *BMC Public Health.*, 17:861.

Ditsungnoen, D., Greenbaum, A., Praphasiri, P., Dawood, F. S., Thompson, M. G., Yoocharoen, P., Lindblade, K. A., Olsen, S. J., & Muangchana, C. (2016). Knowledge, attitudes and beliefs related to seasonal influenza vaccine among pregnant women in Thailand. 19; 34(18): 2141-6.

Dobbles, F., Berben, L., De Geest, S., Drent, G., Lennerling, A., Whittaker, C., & Kugler, C. (2010). The psychometric properties and practicability of self-report instruments to identify medication nonadherence in adult transplant patients: a systematic review. 90(2): 205-2019.

D'Souza, P. C., & Mathai, P. J. (2017). Motivation to change and factors influencing motivation in alcohol dependence syndrome in a tertiary care hospital. *Indian J Psychiatry*, 59:183-8.

Ertem, G., Dönmez, Y. C., & Dolgun, E. (2017). Determination of the Health Belief and Attitude of Women Regarding Breast Cancer and Breast Self-Exam. *J Breast Health*, 13: 62-66.

- Farhadifar, F., Molina, Y., Taymoori1, P. & Akhavan, S. (2016). Mediators of repeat mammography in two tailored interventions for Iranian women. *BMC Public Health*, 16:149.
- Fathi, A., Sharifirad, G., Gharlipour, Z., Hakimelahi, J., & Mohebi, S. (2017). Effects of a Nutrition Education Intervention Designed based on the Health Belief Model (HBM) on Reducing the Consumption of Unhealthy Snacks in the Sixth Grade Primary School Girls. *Int J Pediatr.*, 5(2): 4361-70.
- Fathi, Y., Barati M., Zandiyeh, M., & Bashirian, S. (2017). Prediction of Preventive Behaviors of the Needlestick Injuries during Surgery among Operating Room Personnel: Application of the Health Belief Model. *Int J Occup Environ Med*, 232-240.
- Fine, R. N., Becker, Y., De Geest, S., Eisen, H., Ettenger, R., Evans, R., Rudow, D. L., McKay, D., Neu, A., Nevins, T., Reyes, J., Wray, J., & Dobbels, F. (2009). Nonadherence Consensus Conference Summary Report. *American Journal of Transplantation*, 9(1): 35-41.
- Galbraith-Gyan, K. V., Lechuga, J., Jenerette, C. M., Palmer, M. H., Moore, A. D., & Jill B. Hamilton, J. B. (2018). African-American parents' and daughters' beliefs about HPV infection and the HPV vaccine. *Wiley Online Library*.
- Gonçalves, P. R. C., Reveles, A. F., Martins, H. I. F., Rodrigues, I. L., & Rodrigues, S. M. M. (2016). A Adesão à Terapêutica Imunossupressora na Pessoa Transplantada Renal: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, serIV(8): 121-131.
- Grandahl, M., Rosenblad, A., Stenhammar, C., Tydén, T., Westerling, R., Larsson, M., Oscarsson, M., Andrae, B., Dalianis, T., & Nevéus, T. (2016). School-based intervention for the prevention of HPV among adolescents: a cluster randomised controlled study. *BMJ Open*, 6:e009875.
- Grandahl, M., Tyden, T., Westerling, R., Neveus, T., Rosenblad, A., Hedin, E., & Oscarsson, M. (2017a). To Consent or Decline HPV Vaccination: A Pilot Study at the Start of the National School-Based Vaccination Program in Sweden. *Journal of School Health*, 87(1).
- Grandahl, M., Larsson, M., Dalianis, T., Stenhammar, C., Tyden, T., Westerling, R., & Neveus, T. (2017b). Catch-up HPV vaccination status of adolescents in relation to socioeconomic factors, individual beliefs and sexual behaviour. *PLoS ONE*, 12(11):e0187193. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187193>.
- Gusmão, J. L., Ginani, G. F., Silva, G. V., Ortega, K. C., & Mion Jr., D. (2009). Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens.*, 16(1):38-43, 2009.
- Gusmão, J. L., & Mion Jr., D. (2006). Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev. Bras. Hipertens.*, 13(1): 23-25.
- Habib, A. E., Abdel-Kader, A. A., Eissa, I. M., & Awadein, A. (2019). Adherence to Intravitreal Anti-Vascular Endothelial Growth Factor (Anti-VEGF) Drugs in Diabetic Macular Edema in an Egyptian Population: A Health Belief Model. *Current Eye Research*, 44(3): 303-310.

Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., & Morgan, M. (2005). Concepts and Terminology. In: Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Centre for Health Care Research.

Hu, Y., Wang Y., Liang, H., & Chen, Y. (2017). Seasonal Influenza Vaccine Acceptance among Pregnant Women in Zhejiang Province, China: Evidence Based on Health Belief Model. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 14, 1551.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). Questionários eletrônicos. Censo 2010. Questionários.

[http://censo2010.ibge.gov.br/images/pdf/censo2010/questionarios/questionario\\_basico\\_cd2010.pdf](http://censo2010.ibge.gov.br/images/pdf/censo2010/questionarios/questionario_basico_cd2010.pdf).

Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1): 1-47.

Jeihooni, A. K., Jamshidi, H., Kashfi, S. M., Avand, A., & Khiyali, Z. (2017). The Effect of Health Education Program Based on Health Belief Model on Oral Health Behaviors in Pregnant Women of Fasa City, Fars Province, South of Iran. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2017 Nov-Dec; 7(6): 336–343.

Jeihooni, A. K., Askari, A., Kashfi, S. M., Khiyali, Z., Kashfi, S. H., Safari, O., Rastegarimehr, B., & Mansourian, M. (2017). Application of Health Belief Model in Prevention of Osteoporosis among Primary School Girl Students. *Int J Pediatr.*, 5(11), Serial No.47, Nov. 2017.

Kaveh, M. H., Khoramaki, Z., Kojouri, J., & Keshavarzi, S. (2017). The Impact of a Hospital-Based Educational Program Based on the Health Belief Model on Self-Care Behaviors of Heart Failure Patients. *Iran Red Crescent Med J.*, 19(1):e36676.

Khiyali, Z., Manoochri, M., Jeihooni, A. K., Heydarabadi, A. B., & Mobasheri, F. (2017). Educational Intervention on Preventive Behaviors on Gestational Diabetes in Pregnant Women: Application of Health Belief Model. *Int J Pediatr.*, 5(5):4821-31.

Kim, Y. J., Moura, L. M., Caldas, C. P., Perozini, C., Ruivo, G. F., & Pallos, D (2017). Avaliação da condição e risco periodontal em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Einstein (São Paulo)*, 2017; 15(2): 173-177.

Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI). (2002) National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. *Am J Kidney Dis.*, 39:S1-S266, 2002 (suppl 1).

Koç, Z., Özdeş, E. K., Topatan, S., Çınarlı, T., Şener, A., Danacı, E., Palazoğlu, C. A. (2019). The Impact of Education About Cervical Cancer and Human Papillomavirus on Women's Healthy Lifestyle Behaviors and Beliefs: Using the PRECEDE Educational Model. *Cancer Nursing*. 42(2):106–118.

Kruger, H. (2017). Crenças e sentido de vida. Curitiba: CRV.

Kruger, H. (2018). Psicologia social das crenças. Curitiba: CRV.

- Kung, P. C., Yeh, M. C., Lai, M. K., & Liu, H. E. (2017). Renal transplant recipients: The factors related to immunosuppressive medication adherence based on the health belief model. *The Journal of Nursing Research*, 00(0), 00Y00.
- Leite, S. N., & Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3): 775-782.
- Lipman, S. A., & Burt A. A. (2017). Self-reported prevalence of pests in Dutch households and the use of the health belief model to explore householders' intentions to engage in pest control. *PLoS ONE*, 12(12):e0190399.
- Lu, J., Luo, M., Yee, A. Z. H., Sheldenkar, A., Lau, J., & Lau, M. O. (2019). Do superstitious beliefs affect influenza vaccine uptake through shaping health beliefs? *Vaccine* 37, 1046–1052.
- McKay, C. D., & Verhagen, E. (2015). ‘Compliance’ versus ‘adherence’ in sport injury prevention: why definition matters. *Br J Sports Med Month*, 0(0).
- Maissiat G. S., Marin, S. M., & Fuzinato, C. R. D. (2013). Adesão ao tratamento imunossupressor em paciente pós-transplante renal: estudo descritivo-exploratório. *Online Brazilian Journal of Nursing* 12(2).
- Malta, D.C., França, E., Abreu, D. M. X., Perillo, R. D., Salmen, M. C., Teixeira, R. A., Passos, V., Souza, M de F. M., Mooney, M., & Neghavi, M. (2017). Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. São Paulo. *Medical Journal*, 135(3): 213-21.
- Mander, J., Schaller, G., Bents, H., Dinger, U., Zipfel, S., & Junne, F. (2017). Increasing the treatment motivation of patients with somatic symptom disorder: applying the URICA-S scale. *BMC Psychiatry*, 17: 240.
- Marmarà, D., Marmarà, V., & Hubbard, G. (2017). Health beliefs, illness perceptions and determinants of breast screening uptake in Malta: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 17: 416.
- Marsicano, E.O. (2012). Não aderência no pós-transplante renal: validação do instrumento The Basel Assessment of Adherence with Immunosuppressive Medications Scale e condições associadas. 2012. 127f. (Dissertação de Mestrado em Saúde) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de fora.
- Marsicano, E. de O., Fernandes, N. da S., Colugnati, F., Grincenkov, F. R., Fernandes, N. M., De Geest, S., & Sanders-Pinheiro, H. (2013). Transcultural adaptation and initial validation of Brazilian-Portuguese version of the Basel assessment of adherence to immunosuppressive medications scale (BAASIS) in kidney transplants. *BMC Nephrology*, 14: 108.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. E. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.

- McElfish, P. A. (2016). Health Beliefs of Marshallese Regarding Type 2 Diabetes. *Am J Health Behav*, 40(2): 248–257.
- Mendonça, A. E. O., Salvetti, M. G., Maia, E. M. C., Silva, A. C. O., & Torres, G. V. (2015). Análise dos aspectos físicos da qualidade de vida de receptores de rim. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1): 76 - 81.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2001). Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para mudança de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Miot, H. A. (2011). Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *J Vasc Bras.*, 10(4).
- Moreira, C. B., Fernandes, A. F. C., Castro, R. C. M. B., Oliveira, R. D. P., & Pinheiro, A. K. B. (2018). Social determinants of health related to adhesion to mammography screening. *Rev Bras Enferm [Internet]*, 71(1): 97-103.
- Mota, F. (2004). Transplantação Renal: Uma história de Sucesso. Artigo de Revisão. *RFML. Série III*. 9(1): 19-26.
- Mota, L. S., Oliveira, C. M. C. de, Pinheiro, J., Francisco, M. L., Santos, L. C. de O., Nóbrega, D. G., Fernandes, P. F. B. C., Costa, A. A. de M., & Silva, S. L. da. (2016). Comparative study between kidney transplantation with deceased donor expanded criteria and donor standard criteria in a single center in Brazil. *Brazilian Journal of Nephrology*, 38(3): 334-343.
- Nyaoke, B. A., Mutua, G. N., Sajabi, R., Nyasani, D., Mureithi, M. W., & Anzala, O. A. (2017). Volunteer motivators for participating in HIV vaccine clinical trials in Nairobi, Kenya. *PLoS ONE*, 12(9): e0183788.
- Noorbakhsh, A., Mostafavi, F., & Shahnazi, H. (2017). Effects of the Educational Intervention on some Health Belief Model Constructs regarding the Prevention of Obesity in Students. *Int J Pediatr*, 5(8): 5561-70.
- Oliveira, M. da S., Ludwig, M. W. B., Moraes J. F. D., Rodrigues V. S., & Fernandes, R. S. (2014). Evidências de validade da University of Rhode Island Change Assessment (URICA-24) para dependentes de tabaco. *Rev. Ciênc. Méd.*, 23(1): 5-14, jan./abril.
- Patty, N. J. S., Dijk, H. M. V., Wallenburq, I., Bal, R., Helmerhorst, T. J. M., Exel, J. V., & Cramm, J. M. (2017). To vaccinate or not to vaccinate? Perspectives on HPV vaccination among girls, boys, and parents in the Netherlands: a Q-methodological study. *BMC Public Health*, 17:872.
- Pestana, J. M. (2017). Desfechos clínicos de 11.436 transplantes renais realizados em centro único - Hospital do Rim. *Brazilian Journal of Nephrology*, 39(3): 287-295.
- Pietrabissa G., Sorgente, A., Rossi, A., Simpson, S., Riva, G., Manzoni, G. M., Prochaska, J. O., Prochaska, J. M., Cattivelli, R., & Castelnuovo, G. (2017). Stages of change in obesity

and weight management: factorial structure of the Italian version of the University of Rhode Island Change Assessment Scale. *Eat Weight Disord.*, 22:361–367.

Pinho, N. A., Silva, G. V., & Pierin, A. M. G. (2015). Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP, Brasil. *J Bras Nefrol.*, 37(1):91-97. DOI: 10.5935/0101-2800.20150013.

Prochaska J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In Search of How People Change. *American Psychologist* 47(9).

Rezapour, B., Mostafavi, F., & Khalkhali, H. (2016). "Theory Based Health Education: Application of Health Belief Model for Iranian Obese and Overweight Students about Physical Activity" in Urmia, Iran. *Int J Prev Med.*, 10; 7:115.

Richards, K. (2016). College Men and Women and Their Intent to Receive Genital Human Papillomavirus Vaccine. *SAGE Open*.

Roderique-Davies, G., McKnight, C., John, B., Faulkner, S., & Lancaster D. (2016). Models of health behaviour predict intention to use long-acting reversible contraception. *Women's Health*, 12(6): 507 - 512.

Rosenstock, I. M. (1974a). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2: 328-335.

Rosenstock, I. M. (1974b). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4): 354-386.

Roso, C. C., & Kruse, M. H. L. (2017). Life on Facebook: self-care in renal transplantation patients. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(2):e67430.

Sabaté, E. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization, 181p.

Santos, B. P., Schwartz, E., Beuter, M., Muniz, R. M., Echevarría-Guanilo, M. E., & Viegas, A. C. (2015). Consequences attributed to kidney transplantation: critical incident technique. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(3): 748-755. Epub August 04, 2015.

Santos, B. P., Lise, F., Feijó, A. M., Garcia, R. P., & Schwartz, E. (2017). Care Carried out by people with renal transplants for organ maintenance. *Rev enferm UFPE on line*, Recife, 11(8): 3108-21.

Saunders, G. H., Frederick, M. T., Silverman, S. C., Nielsen, C., & Laplante-Levesque, A. (2016). Health behavior theories as predictors of hearing-aid uptake and outcomes. *International Journal of Audiology*; 55: S59–S68.

Sesso, R. C., Lopes, A. A., Thomé, F. S., Lugon, J. R., & Martins, C. T. (2017). Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. *J. Bras. Nefrol.*, 39(3): 261-266.

Sharafkhani, N., Khorsandi, M., Shamsi, M., & Ranjbaran, M. (2016). The Effect of an Educational Intervention Program on the Adoption of Low Back Pain Preventive Behaviors in Nurses: An Application of the Health Belief Model. *Global Spine Journal*, 6(1).

Silva, A. N. (2015). *Autoeficácia, locus de controle da saúde, religiosidade e não-aderência medicamentosa no pós-transplante renal*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Silva, S. B., Caulliraux, H. M., Araújo, C. A. S., & Rocha, E. (2016). Uma comparação dos custos do transplante renal em relação às diálises no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(6), e00013515.

Souza, A. M., Filipini, C. B., Rosado, S. R., Dázio, E. M. R., Fava, S. M. C. L., & Lima, R. S. (2015). Transplante renal: vivência de homens em hemodiálise inscritos na lista de espera. *Rev Rene*, 16(1): 11-20.

Souza, C. C. (2009). *Motivação para mudança no jogo patológico: tradução, adaptação e validação da “UNIVERSITY OF RHODE ISLAND CHANGE ASSESSMENT (URICA)”*. (Tese Doutorado). Porto Alegre. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Souza, C. C., Silva J. G., Oliveira, M.S., Bittencourt, S. A., & Freire S. D. (2009). Jogo patológico e motivação para mudança de comportamento. *Psic. Clin.*, 21(2): 345-361.

Sudak, M. D. (2008). *Teoria cognitiva-comportamental na prática*. Porto Alegre: Artmed, 109pp.

Szupszynski, K. P. D. R. (2006). *Adaptação brasileira da UNIVERSITY OF RHODE ISLAND CHANGE ASSESSMENT (URICA) para usuários de substâncias psicoativas ilícitas*. (Dissertação de Mestrado). Porto Alegre. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Szupszynski, K. P. D. R., & Oliveira, M. da S. (2008). Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF*, 13(1): 31-39, jan./jun.

Tizo, J. M., & Macedo, L. C. (2015). Principais complicações e efeitos colaterais pós-transplante renal. *Revista UNINGÁ Review*, 24(1): 62-70 (Out - Dez 2015).

Turner, J. C. (1995). The influence of classroom contexts on young children's motivation for literacy. *Reading Research Quarterly*, 30(3): 410-441.

United Nations. (2015). *World Population Prospects. Revision*. Recuperado de: [https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key\\_findings\\_wpp\\_2015.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf).

Van Lint, C. L., Van der Boog, P. J. , Wang, W., Brinkman, W. P., Rövekamp, T.J., Neerinx, M.A., Rabelink, T.J., & Van Dijk, S. (2015). Patient experiences with self-monitoring renal function after renal transplantation: results from a single-center prospective pilot study. *Patient Prefer Adherence.*, 9:1721-1731.

Vermandere, H., Stam, M-A. V., Naanyu, V., Michielsen, K., Degomme, O., & Oort, F. (2016). Uptake of the human papillomavirus vaccine in Kenya: testing the health belief model through pathway modeling on cohort data. *Globalization and Health*. Open Access.

Visse, A., Vrieling, A., Murugesu, L., Hoogerbrugge, N., Kampman, E., & Hoedjes, M. (2017). Determinants of adherence to recommendations for cancer prevention among Lynch Syndrome mutation carriers: A qualitative exploration. *PLoS ONE*, *12*(6):e0178205. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178205>.

Von Arx, L-B. W., Gydesen, H., & Skovlund, S. (2016). Treatment beliefs, health behaviors and their association with treatment outcome in type 2 diabetes. *BMJ Open Diabetes Research and Care*, *4*:e000166.

Weyne, G. R. Sá. (2004). Determinação do tamanho da amostra em pesquisas experimentais na área de saúde. *Arq. Med. ABC*, *29*(2) Jul/Dez.

Yılmaz, M., & Durmuş, T. (2016). Health Beliefs and Breast Cancer Screening Behavior among a Group of Female Health Professionals in Turkey. *J Breast Health*, *12*: 18-24.

Zeng, Y., Yuan, Z., Yin, J., Han, Y., Chu, C., & Fang, Y. (2019). Factors affecting parental intention to vaccinate kindergarten children against influenza: A cross-sectional survey in China. *Science Direct/ Journal & Books*, *37*(11): 1449-1456.

Zhang, M. (2017). Effect of hbm rehabilitation exercises on depression, anxiety and health belief in elderly patients with osteoporotic fracture. *Psychiatria Danubina*, *29*(4): 466-472.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – TCLE

	<p><b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA</b></p> <p>Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HU-UFJF</p>	
---	---	---

### NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADOR

Pesquisador Responsável: Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Endereço: Rua José Lourenço Kelmer s/n - Instituto de Ciências Humanas

São Pedro

CEP: 36036-900 Juiz de Fora – MG Telefone: (32) 21023117

E-mail: [fabiane.rossi@ufjf.edu.br](mailto:fabiane.rossi@ufjf.edu.br)

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“Adesão ao tratamento e crenças de receptores acerca do transplante renal”**. Neste estudo pretendemos compreender as crenças sobre o transplante renal e sua relação com a adesão ao tratamento e a motivação para o auto cuidado. O motivo que nos leva a estudar este tema é a importante fase que envolve o tratamento no pós-transplante e como as crenças e a motivação podem influenciar os resultados do transplante.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: você será submetido a uma avaliação sobre crenças em saúde, motivação, qualidade de vida e tomada da medicação. Uma entrevista será realizada e gravada com sua autorização. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem no uso de instrumentos que envolvem perguntas que podem estar relacionadas a experiências emocionais desagradáveis, resultando um risco mínimo. Portanto, caso seja observado alguma demanda, o Sr. (a) será encaminhado(a) pelo pesquisador ao Centro de Psicologia Aplicada- CPA da Universidade Federal de Juiz de Fora, ou ao Serviço de Psicologia da instituição onde será realizada a pesquisa. A pesquisa contribuirá para possibilitar maior conhecimento a respeito das crenças com relação ao transplante e da motivação ao auto cuidado, de forma que os resultados apontem para possíveis intervenções em saúde que proporcionem maior conhecimento e conseqüentemente maior adesão ao tratamento pós-cirúrgico.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a

legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr. (a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, no NUIPSO – Núcleo Interdisciplinar de Investigação em Psicossomática, Saúde e Organizações na Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo **“Adesão ao tratamento e crenças de receptores acerca do transplante renal”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Nome e assinatura do(a) participante	Data
Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov	Data
Nome e assinatura da testemunha	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o:  
 CEP HU-UFJF – Comitê de Ética em Pesquisa HU-UFJF  
 Rua Catulo Breviglieri, s/nº - Bairro Santa Catarina  
 CEP.: 36036-110 - Juiz de Fora – MG  
 Telefone: 4009-5217; E-mail: [cep.hu@ufjf.edu.br](mailto:cep.hu@ufjf.edu.br)

**APÊNDICE B - Questionário sociodemográfico e clínico**

Data de aplicação: _____ Município: _____ Local de Aplicação: _____
---

<p align="center"><b>DADOS PESSOAIS:</b></p> <p>1 - Nome (iniciais): _____.</p> <p>2 - Idade: _____ anos.</p> <p>3 - Gênero: (1) Feminino                   (2) Masculino                   (3) Outro _____.</p> <p><b>4 - Estado Civil:</b></p> <p>(1) Solteiro (2) Casado formalmente (3) União estável (mora junto) (4) Divorciado/Separado (5) viúvo (6) União estável homo afetiva</p> <p><b>5 - Raça/Cor/Etnia</b></p> <p>(1) Branco (2) Pardo (3) Negro (4) Amarelo (5) Indígena (6) Outro: _____.</p> <p><b>6 - Qual a sua renda mensal aproximadamente?</b></p>	<p>(1) Nenhuma renda. (2) Menor que 1 salário mínimo. (3) Até 1 salário mínimo (até R\$ 954,00). (4) De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 954,01 até R\$ 2.862,00). (5) De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.862,01 até R\$ 5.724,00). (6) De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 5.724,01 até R\$ 8.586,00). (7) Mais de 9 salários mínimos (mais de R\$ 8.586,00).</p> <p><b>7 - Quantos anos de estudo:</b> _____</p> <p>(1) Ensino Fundamental Incompleto (2) Ensino Fundamental Completo (3) Ensino Médio Incompleto (4) Ensino Médio Completo (5) Ensino Superior Incompleto (6) Ensino Superior Completo (7) Mestrado (8) Doutorado (9) Não possui Estudo Formal</p>
--	--

<p><b>8 - Religião:</b></p> <p>(1) Espírita  (2) Evangélica/Protestante  (3) Católica  (4) Afrobrasileira  (5) Orientais/Budismo  (7) Não tem  (8) outras:_____.</p> <p><b>9 - Nacionalidade:</b></p> <p>(1) Brasileiro  (2) Outra _____</p> <p><b>10 – Exerce atividade profissional:</b></p> <p>(1)Sim (2)Não  Se a resposta for SIM, especificar:  _____  Se a resposta for NÃO, especificar:  _____</p> <p style="text-align: center;"><b>IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO</b></p> <p><b>1 - Local de Residência:/Cidade:</b>  _____</p> <p><b>2 - Domicílio:</b></p> <p>(1) Próprio (2) Alugado (3) Cedido  (4 )Outros: _____</p> <p><b>3 - Quantas pessoas residem no mesmo domicílio do receptor (incluindo ele):</b></p> <p>(1) Uma (3) Três  (2) Duas (4) Mais de três</p>	<p><b>5 - Como é realizado o seu transporte para o local de tratamento/acompanhamento à partir da sua cidade/domicílio:</b></p> <p>(1) Carro particular  (2) Carro cedido por amigo  (3) Carro cedido pela prefeitura da sua cidade  (4) Ônibus  (5) Outros _____</p> <p style="text-align: center;"><b>ASPECTOS CLÍNICOS:</b></p> <p><b>1 –Ano de realização do TxR: _____</b></p> <p><b>2 - Tipo de tratamento: (realizado antes do transplante)</b></p> <p>(1) Hemodiálise  (2) Diálise peritoneal  (3) Tratamento conservador</p> <p><b>4 - Possui alguma comorbidade:</b></p> <p>(1) Sim (2) Não  Se a resposta for SIM, qual?</p> <p>(a) Diabetes  (b) Hipertensão arterial  (c) Doença cardiovascular  (d) Anemia  (e) Pericardite</p>
---	---

**5 - Faz acompanhamento psicológico:**

(1) Sim (2) Não

Se a resposta for SIM, especificar:

(a) Particular

(b) Na clínica de Diálise

Outros: (c) Especificar: \_\_\_\_\_.

**6 - Faz alguma atividade de lazer:**

( ) Sim ( ) Não

Se a resposta for SIM, especificar:

\_\_\_\_\_.

**7 - Segue alguma dieta específica após o transplante:**

( ) Sim ( ) Não

Se a resposta for SIM, especificar:

\_\_\_\_\_.

**9. Tipo de doação**

(1) Doador vivo (2) Doador falecido

## APÊNDICE C - Escala de Severidade Percebida ao Retransplante de Rim

*Escala adaptada de Dela Coleta (2003).*

Por favor, leia cuidadosamente as frases abaixo. Cada afirmação descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) sobre as consequências de um outro transplante de rim em sua vida.

Por favor indique o grau em que você concorda ou discorda de cada afirmação. Em cada questão, faça sua escolha pensando em como você se sente agora, não como você se sentia no passado, nem como gostaria de sentir.

Você acha que tem problemas com relação ao seu transplante? ( ) Sim ( ) Não  
Existem CINCO possíveis respostas para cada um dos itens do questionário:

1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo em parte; 3 - Indeciso; 4 - Concordo em parte; 5 - Concordo totalmente.

Marque com um "X" a opção que melhor descreve o quanto você concorda ou discorda com cada afirmação.

1 - O pensamento de ter que passar por outro transplante de rim me dá medo.

1 - Discordo totalmente	2 - Discordo em parte	3 - Indeciso	4 - Concordo em parte	5 - Concordo totalmente
----------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------------

2 - Quando eu penso em outro transplante eu sinto pavor.

1 - Discordo totalmente	2 - Discordo em parte	3 - Indeciso	4 - Concordo em parte	5 - Concordo totalmente
----------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------------

3 - Se eu tivesse que passar por outro transplante de rim minha vida profissional seria prejudicada.

1 - Discordo totalmente	2 - Discordo em parte	3 - Indeciso	4 - Concordo em parte	5 - Concordo totalmente
----------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------------

4 - Quando eu penso em um transplante meu coração bate mais rápido.

1 - Discordo totalmente	2 - Discordo em parte	3 - Indeciso	4 - Concordo em parte	5 - Concordo totalmente
----------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------------

5 - Um outro transplante iria prejudicar minha vida familiar (ou afetiva).

1 - Discordo totalmente	2 - Discordo em parte	3 - Indeciso	4 - Concordo em parte	5 - Concordo totalmente
----------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------------

6 - Eu não sobreviveria a outro transplante de rim

1 - Discordo totalmente	2 - Discordo em parte	3 - Indeciso	4 - Concordo em parte	5 - Concordo totalmente
----------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------------

7 - Se eu tivesse outro transplante, meus sentimentos próprios mudariam.

1 - Discordo totalmente	2 - Discordo em parte	3 - Indeciso	4 - Concordo em parte	5 - Concordo totalmente
-------------------------	-----------------------	--------------	-----------------------	-------------------------

8 - Eu tenho medo só de pensar em outro transplante.

1 - Discordo totalmente	2 - Discordo em parte	3 - Indeciso	4 - Concordo em parte	5 - Concordo totalmente
-------------------------	-----------------------	--------------	-----------------------	-------------------------

9 - Se eu tivesse outro transplante, eu teria problemas financeiros.

1 - Discordo totalmente	2 - Discordo em parte	3 - Indeciso	4 - Concordo em parte	5 - Concordo totalmente
-------------------------	-----------------------	--------------	-----------------------	-------------------------

10 - Os problemas que o transplante traz duram muito tempo.

1 - Discordo totalmente	2 - Discordo em parte	3 - Indeciso	4 - Concordo em parte	5 - Concordo totalmente
-------------------------	-----------------------	--------------	-----------------------	-------------------------

11 - Se eu tivesse que passar por um outro transplante, isso seria mais sério do que se eu tivesse outras doenças.

1 - Discordo totalmente	2 - Discordo em parte	3 - Indeciso	4 - Concordo em parte	5 - Concordo totalmente
-------------------------	-----------------------	--------------	-----------------------	-------------------------

12 - Se eu tivesse outro transplante, toda a minha vida mudaria.

1 - Discordo totalmente	2 - Discordo em parte	3 - Indeciso	4 - Concordo em parte	5 - Concordo totalmente
-------------------------	-----------------------	--------------	-----------------------	-------------------------

## APÊNDICE D - Escala de Suscetibilidade Percebida ao Retransplante de Rim

*Escala adaptada de Dela Coleta (2003).*

Por favor, leia cuidadosamente as frases abaixo. Cada afirmação descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) sobre sua percepção relacionada sobre a possibilidade de você passar por outro transplante de rim.

Por favor indique o grau em que você concorda ou discorda de cada afirmação. Em cada questão, faça sua escolha pensando em como você se sente agora, não como você se sentia no passado, nem como gostaria de sentir.

Você acha que tem problemas com relação ao seu transplante? ( ) Sim ( ) Não

Existem CINCO possíveis respostas para cada um dos itens do questionário:

1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo em parte; 3 - Indeciso; 4 - Concordo em parte; 5 - Concordo totalmente.

Marque com um "X" a opção que melhor descreve o quanto você concorda ou discorda com cada afirmação.

1 - Minhas chances de ter que passar por outro transplante são grandes.

1 - Discordo totalmente	2 - Discordo em parte	3 - Indeciso	4 - Concordo em parte	5 - Concordo totalmente
----------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------------

2 - Com a saúde que eu tenho é muito provável eu ter que passar por outro transplante.

1 - Discordo totalmente	2 - Discordo em parte	3 - Indeciso	4 - Concordo em parte	5 - Concordo totalmente
----------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------------

3 - Eu acho que minhas chances de passar por outro transplante no futuro são grandes.

1 - Discordo totalmente	2 - Discordo em parte	3 - Indeciso	4 - Concordo em parte	5 - Concordo totalmente
----------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------------

4 - Existe uma grande probabilidade de que eu tenha que passar por outro transplante.

1 - Discordo totalmente	2 - Discordo em parte	3 - Indeciso	4 - Concordo em parte	5 - Concordo totalmente
----------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------------

5 - Eu me preocupo muito com um possível transplante.

1 - Discordo totalmente	2 - Discordo em parte	3 - Indeciso	4 - Concordo em parte	5 - Concordo totalmente
----------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------------

6 - Nos próximos anos é quase certo que eu terei outro transplante.

1 - Discordo totalmente	2 - Discordo em parte	3 - Indeciso	4 - Concordo em parte	5 - Concordo totalmente
----------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------------

## APÊNDICE E - URICA - University of Rhode Island Change Assessment

*Versão adaptada do trabalho de doutorado de Bittencourt e Oliveira, (2009).*

Por favor, leia cuidadosamente as frases abaixo. Cada afirmação descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu comportamento atual relacionado aos seus cuidados associados ao pós-transplante de rim.

**INFORMAÇÕES ACERCA DOS CUIDADOS QUE DEVEM SER LEVADOS EM CONSIDERAÇÃO NA HORA DE RESPONDER:** Os cuidados necessários no pós-transplante são os cuidados que seu médico ou equipe médica de saúde prescreve para você, que está relacionada à tomada da medicação, ingestão de água, e os cuidados relacionados às infecções, cuidados com excesso de atividades, ou seja, todos os cuidados que são necessários para manter a funcionalidade do rim transplantado.

Favor indicar o grau que você concorda ou discorda de cada afirmação. Em cada questão, faça sua escolha pensando em como você se sente agora, não como você se sentia no passado nem como gostaria de sentir.

Você acha que tem problemas com relação ao seu tratamento? ( ) Sim ( ) Não

Existem CINCO possíveis respostas para cada um dos itens do questionário:

- 1 - Discordo muito
- 2 - Discordo
- 3 - Indeciso
- 4 - Concordo
- 5 - Concordo plenamente

Circule o número que melhor descreve o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação.

Exemplo:

	Discordo Muito	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Plenamente
1. Eu não estou com problemas com relação ao meu tratamento.	1	2	3	4	5

Versão de Bittencourt & Oliveira	Versão adaptada para a avaliação da motivação para o tratamento em pacientes transplantados renais.
1. Eu não estou com problemas com relação ao meu hábito de comer.	1. Eu não estou com problemas com relação ao meu tratamento.

2. Eu estou fazendo algum esforço para melhorar meu problema com o hábito de comer.	2. Eu estou fazendo algum esforço para melhorar meu problema com meu tratamento.
3. Eu estive pensando que eu devia mudar algo com relação ao meu hábito de comer.	3. Eu estive pensando que eu devia mudar algo com relação ao meu tratamento.
4. Eu sei que eu preciso trabalhar no meu problema em relação ao hábito de comer.	4. Eu sei que eu preciso trabalhar no meu problema em relação ao meu tratamento.
5. Muitas pessoas variam o hábito de comer, eu não penso que isso seja um problema só para mim.	5. Muitas pessoas variam o tratamento, eu não penso que isso seja um problema só para mim.
6. Eu espero poder entender melhor meu problema com relação ao hábito de comer.	6. Eu espero poder entender melhor meu problema com relação com ao meu tratamento.
7. Eu talvez tenha alguns problemas com relação ao meu hábito de comer, mas não há nada em que eu realmente precise mudar.	7. Eu talvez tenha alguns problemas com relação ao meu tratamento, mas não há nada em que eu realmente precise mudar.
8. Eu realmente estou trabalhando duro para mudar meu problema com o meu hábito de comer.	8. Eu realmente estou trabalhando duro para mudar meu problema com o meu tratamento.
9. Eu tenho um problema com o hábito de comer e eu realmente penso que eu deveria trabalhar nele.	9. Eu tenho um problema com o meu tratamento e eu realmente penso que eu deveria trabalhar nele.
10. Eu preciso fazer algo para evitar uma recaída de meu hábito de comer.	10. Eu preciso fazer algo para evitar uma recaída relacionada aos cuidados necessários que preciso ter.
11. Eu estou trabalhando na mudança do meu comportamento com relação ao meu hábito de comer.	11. Eu estou trabalhando na mudança do meu comportamento com relação ao meu tratamento.
12. Eu pensei que estava livre do meu problema com meu hábito de comer, mas não estou.	12. Eu pensei que estava livre do meu problema com meu tratamento, mas não estou.
13. Eu gostaria de ter mais ideias de como solucionar o meu problema com o hábito de comer.	13. Eu gostaria de ter mais ideias de como solucionar o meu problema com meu tratamento.
14. Eu espero que eu encontre mais razões	14. Eu espero que eu encontre mais razões

para mudar meu comportamento com relação ao meu hábito de comer.	para mudar meu comportamento com relação ao meu tratamento.
15. Eu preciso de ajuda para manter as mudanças que consegui com relação ao hábito de comer.	15. Eu preciso de ajuda para manter as mudanças que consegui com relação ao meu tratamento.
16. Talvez eu tenha problemas com o meu hábito de comer, mas não creio nisso.	16. Talvez eu tenha problemas com o meu tratamento, mas não creio nisso.
17. Estou em dúvida sobre fazer algo a respeito do meu hábito de comer.	17. Estou em dúvida sobre fazer algo a respeito do meu tratamento.
18. Eu realmente estou fazendo algo com relação ao meu hábito de comer.	18. Eu realmente estou fazendo algo com relação ao meu tratamento.
19. Eu gostaria que fosse possível simplesmente esquecer os problemas sobre o meu hábito de comer.	19. Eu gostaria que fosse possível simplesmente esquecer os problemas sobre o meu tratamento.
20. As vezes, eu preciso me esforçar para prevenir uma recaída no meu problema com o hábito de comer.	20. Às vezes, eu preciso me esforçar para prevenir uma recaída relacionada aos cuidados necessários que preciso ter.
21. Estou frustrado porque pensei ter resolvido meu problema com o hábito de comer, mas não resolvi.	21. Estou frustrado porque pensei ter resolvido meu problema com o tratamento, mas não resolvi.
22. Eu tenho alguns problemas com o hábito de comer, mas porque perder tempo com isso?	22. Eu tenho alguns problemas com o meu tratamento, mas porque perder tempo com isso?
23. Eu estou trabalhando ativamente no meu problema com o hábito de comer.	23. Eu estou trabalhando ativamente no meu problema relacionado ao meu tratamento.
24. Eu fico preocupado em não conseguir manter minha mudança com relação ao hábito de comer.	24. Eu fico preocupado em não conseguir manter minha mudança com relação ao meu tratamento.

**APÊNDICE F - Entrevista Semiestruturada**

1. O que significa o transplante para você?
2. Como você se imaginou ser um transplantado renal?
3. Que benefícios e dificuldades você imaginou acontecer em sua vida após o transplante?
4. Como você se sente hoje, com relação ao seu transplante?
5. O que te motivou a fazer o transplante e te motiva para o tratamento?

**ANEXOS**

**Anexo A – BAASIS - Escala BASEL para Avaliação de Aderência a Medicamentos Imunossupressores (BAASIS©) Entrevista**

*Versão adaptada e validada para uso em português brasileiro e em transplante por (Marsicano et al, 2013)*

1) Você se lembra de não ter tomado seus remédios alguma vez nas últimas 4 semanas?

sim  não

1.1) ( Se sim) Você pode me dizer com que frequência isto aconteceu:

Nunca

Uma vez no mês

A cada duas semanas

Toda semana

Mais de uma vez por semana

Todo dia

2) Você deixou de tomar doses consecutivas de sua medicação imunossupressora nas 4 últimas semanas?

sim  não

2.1) ( Se sim) Você pode me dizer com que frequência isto aconteceu:

Nunca

Uma vez no mês

A cada duas semanas

Toda semana

Mais de uma vez por semana

Todo dia

3) Você se lembra de ter tomado seus remédios imunossupressores com mais de 2 horas de diferença em relação ao horário prescrito, nas últimas 4 semanas?

sim  não

3.1) ( Se sim) Você pode me dizer com que frequência isto aconteceu:

Nunca

Uma vez no mês

A cada duas semanas

Toda semana

- Mais de uma vez por semana
- Todo dia

4) Você tomou uma dose menor do que a dose prescrita pelo seu médico, nas últimas 4 semanas,?

- sim  não

4.1) Você pode me dizer com que frequência isto aconteceu:

- Nunca
- Uma vez no mês
- A cada duas semanas
- Toda semana
- Mais de uma vez por semana
- Todo dia

## ANEXO B - Declaração da Gerência de Ensino e Pesquisa do HU/UFJF

	<b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA</b>  <b>Gestão de Ensino e Pesquisa Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica</b>	
---	---	---

<b>COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO E VIABILIDADE ECONÔMICA E FINANCEIRA GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA HU-UFJF/EBSEH</b>
--

### DECLARAÇÃO

Declaramos para fins de comprovação, que o projeto de pesquisa intitulado:

#### **Adesão ao tratamento e crenças de receptores acerca do transplante renal**

do qual o pesquisador responsável é **Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov**  
apresentou o orçamento do referido projeto no valor de **R\$ 2.208,50** onde o mesmo informa  
que a fonte dos recursos será: **Recurso Próprio**

O mesmo passou pela reunião da Comissão Permanente De Avaliação De Viabilidade Econômica E Financeira, Da Gerência De Ensino E Pesquisa Do Hospital Universitário Da UFJF.

Após análise o mesmo foi:

Aprovado                      ( ) Pendente                      ( ) Reprovado

Considerações e/ou modificações necessárias:

---



---



---

Juiz de Fora 20 de abril de 2018

  
**Sandra Neves dos Santos**  
PROFESSORA DOCENTE  
CRF-MG 4807

  
**Nádia Fernandes Fialho Braga**  
Enfermeira - COREN-MG 131714  
Suprimentos - HU-UFJF / EBSEH  
SHAPE: 2300485

**Comissão Permanente De Avaliação De Viabilidade Econômica E Financeira  
Gerência De Ensino e Pesquisa HU-UFJF/EBSEH.**  
Rua Catulo Bregliieri, s/nº - Bairro Santa Catarina CEP.: 36036-110 - Juiz de Fora - MG

Telefone: (32) 4009-5217  
E-mail: cep.hu@uff.edu.br  
www.uff.br/cephucas

## ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Adesão ao tratamento e crenças de receptores acerca do transplante renal

**Pesquisador:** Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 89676218.6.0000.5133

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.813.019

#### Apresentação do Projeto:

A Doença Renal Crônica é hoje considerada um problema de saúde pública uma vez que o crescimento do número de indivíduos acometidos por esta doença tem aumentado a cada ano. É considerada uma doença sem possibilidades de cura, de progressão lenta e que impossibilita os rins de realizarem suas funções. Dentre os tratamentos disponíveis aquele que oferece melhor qualidade de vida e sobrevida para o paciente é o

transplante renal. O impacto na qualidade de vida desde o diagnóstico é fator importante na dinâmica de vida do doente renal. Uma definição abrangente busca inter-relacionar aspectos do meio ambiente com aspectos do paciente. Para a obtenção dos resultados do transplante renal, é imprescindível a adesão ao tratamento, que pode ser definida como o grau de equivalência entre o comportamento de uma pessoa e as orientações dadas por um profissional de saúde. É influenciada por fatores diversos, dentre os quais os relacionados diretamente ao paciente são atualmente pouco estudados a as crenças sobre a saúde/transplante é um destes fatores. O objetivo geral deste estudo é buscar compreender as crenças acerca do transplante renal de receptores. Será desenvolvido um estudo de corte transversal, composto por receptores submetidos ao transplante renal de uma clínica de tratamento de doenças renais na cidade de Juiz de Fora e em um Hospital Universitário em Juiz de Fora. A qualidade de vida será avaliada pelo instrumento Questionário de Qualidade de Vida SF-36. A aderência será avaliada usando-se a Escala BASEL para Avaliação de Aderência a Medicamentos

**Endereço:** Rua Catulo Breviglieri, s/n

**Bairro:** Santa Catarina

**CEP:** 36.036-110

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)4009-5217

**E-mail:** cep.hu@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 2.813.019

Imunossupressores (BAASIS). As crenças sobre a saúde serão avaliadas por entrevista semiestruturada elaborada pela pesquisadora com base no Modelo de Crenças em Saúde e a motivação ao tratamento no pós-transplante pelo University Rohde Island Change Assessment – URICA.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Compreender as crenças de receptores acerca do transplante renal.

Objetivo Secundário:

I)Caracterizar o perfil do público alvo a ser investigado por meio de avaliação de parâmetros clínico, sociais e de qualidade de vida.II)Avaliar as crenças acerca do transplante de receptores submetidos ao transplante com doador vivo e doador falecido.II)Avaliar a relação entre as crenças sobre o transplante renal e a adesão ao tratamento de pacientes transplantados renais.II)Avaliar a relação entre as crenças sobre o transplante renal e a motivação.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Esta pesquisa possui instrumentos que envolvem perguntas que podem estar relacionadas a experiências emocionais desagradáveis, resultando um risco mínimo para a amostra. Portanto, caso seja observado alguma demanda por parte da amostra entrevistada, esta será encaminhada pelo pesquisador ao Centro de Psicologia Aplicada- CPA da Universidade Federal de Juiz de Fora, ou ao Serviço de Psicologia da instituição onde será realizada a pesquisa. Os participantes serão informados dos objetivos do estudo, esclarecidos sobre a liberdade de se retirarem da pesquisa a qualquer momento, mantendo garantido seu sigilo, sem que isso os lese de qualquer forma, sobre a proteção da sua identidade e dos seus dados pessoais e preservação de qualquer constrangimento que a pesquisa possa lhe causar, havendo concordância, os receptores assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Receptores seguindo-se os preceitos da Resolução nº 510/2016.

Benefícios:

Espera-se como benefício possibilitar maior conhecimento a respeito das crenças de pacientes transplantados com relação aos aspectos relacionados ao pós-transplante, de forma que os resultados apontem para possíveis intervenções em saúde queproporcionem maior conhecimento sobre a adesão ao tratamento pós-cirúrgico

**Endereço:** Rua Catulo Breviglieri, s/n  
**Bairro:** Santa Catarina **CEP:** 36.036-110  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)4009-5217 **E-mail:** cep.hu@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 2.813.019

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termo\_de\_Consentimento\_Livre\_e\_Esclarecido.pdf  
 Comprovante\_de\_Registro\_de\_Projeto\_de\_Pesquisa\_na\_GEP\_HU\_UFJF.pdf  
 Curriculo\_Lattes\_Rosana.pdf  
 Curriculo\_Lattes\_Fabiane\_Rossi.pdf  
 Curriculo\_Lattes\_Gustavo\_Fernandes.pdf  
 Declaracao\_da\_Comissao Permanente\_de\_Avaliacao\_e\_Viabilidade\_Economica\_e\_Financeira\_do\_HU.pdf  
 Termo\_de\_Consentimento\_Livre\_e\_Esclarecido.doc  
 Orcamento\_Financeiro.pdf  
 Carta\_de\_Encaminhamento.pdf Outros  
 Curriculo\_Lattes\_Helady\_Sanders.pdf  
 Curriculo\_Lattes\_Beatriz\_Pereira.pdf  
 Projeto\_de\_Pesquisa\_CEP\_UFJF\_20161.pdf  
 Projeto\_de\_Pesquisa\_CEP\_UFJF\_20161.docx  
 Folha\_de\_Rosto\_Plataforma\_Brasil.pdf  
 Declaracao\_de\_Infraestrutura\_e\_concordancia\_do\_HU\_UFJF.pdf  
 Termo\_de\_Confidencialidade\_e\_Sigilo.pdf  
 Projeto\_de\_Pesquisa\_CEP\_UFJF\_detalhado.pdf Projeto\_de\_Pesquisa\_CEP\_UFJF\_detalhado.docx  
 Declaracao\_de\_Infraestrutura\_e\_concordancia\_CTDR.pdf

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS, segundo este relator, aguardando a análise do Colegiado. Data prevista para o término da pesquisa: / /

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Rua Catulo Breviglieri, s/n  
**Bairro:** Santa Catarina **CEP:** 36.036-110  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)4009-5217 **E-mail:** cep.hu@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 2.813.019

Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.pdf	10/05/2018 16:07:18	ROSANA DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Plataforma_Brasil.pdf	10/05/2018 16:05:42	ROSANA DE OLIVEIRA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 10 de Agosto de 2018

---

**Assinado por:**  
**Leticia Coutinho Lopes Moura**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Catulo Breviglieri, s/n  
**Bairro:** Santa Catarina **CEP:** 36.036-110  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)4009-5217 **E-mail:** cep.hu@uff.edu.br