

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE BRASILEIRA**

Andresa Nascimento da Silva

**AUTOEFICÁCIA, LÓCUS DE CONTROLE DA SAÚDE, RELIGIOSIDADE E NÃO-
ADERÊNCIA MEDICAMENTOSA NO PÓS-TRANSPLANTE RENAL**

Juiz de Fora

2015

Andresa Nascimento da Silva

**AUTOEFICÁCIA, LÓCUS DE CONTROLE DA SAÚDE, RELIGIOSIDADE E NÃO-
ADERÊNCIA MEDICAMENTOSA NO PÓS-TRANSPLANTE RENAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde – área de concentração Saúde Brasileira - da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde.

Orientadores: Profa. Dra. Hélydy Sanders Pinheiro e Prof. Dr. Giancarlo Lucchetti.

Juiz de Fora

2015

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

Silva, Andresa Nascimento da.
Autoeficácia, locus de controle da saúde, religiosidade e não-aderência medicamentosa no pós-transplante renal / Andresa Nascimento da Silva. -- 2015.
103 p.

Orientadora: Hêlady Sanders-Pinheiro
Coorientador: Giancarlo Lucchetti
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, 2015.

1. Adaptação psicológica. 2. Aderência ao medicamento. 3. Comportamento e mecanismos comportamentais. 4. Religiosidade. 5. Transplante de rim. I. Sanders-Pinheiro, Hêlady, orient. II. Lucchetti, Giancarlo, coorient. III. Título.

Andresa Nascimento da Silva

**AUTOEFICÁCIA, LÓCUS DE CONTROLE DA SAÚDE, RELIGIOSIDADE E NÃO-
ADERÊNCIA MEDICAMENTOSA NO PÓS-TRANSPLANTE RENAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde – área de concentração Saúde Brasileira - da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde.

Examinado em: 04/08/2015.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra Hélydy Sanders Pinheiro
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr Giancarlo Lucchetti
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr Alexander Moreira Almeida
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra Eliane Ferreira Carvalho Banhato
Faculdade Machado Sobrinho

Juiz de Fora

2015

AGRADECIMENTOS

A Deus por me dar força nos momentos difíceis e por proporcionar mais esta conquista em minha vida.

Aos meus pais pelo exemplo de amor incondicional, de honestidade, de caráter e pelos momentos de dedicação para que eu alcançasse meus objetivos e chegasse até aqui.

A minha irmã, Aline, pelo incentivo.

Ao meu namorado, Marcos, por ser a minha paz nas horas de desespero e cansaço, por me motivar e me fazer feliz.

À minha orientadora, Dra Hélyady Sanders, pela competência, ensinamentos, exigência e a enorme paciência neste período. Foi uma aprendizagem acadêmica e de vida. Só tenho a agradecer.

Ao meu orientador, Dr Giancarlo Lucchetti, por compartilhar seus conhecimentos, por despertar o interesse de pesquisa sobre religiosidade e disponibilidade na orientação.

Aos professores e doutores Alexander Moreira e Eliane Banhato, que dispuseram de tempo e aceitaram prontamente o convite para compor a banca.

Aos colegas do ambulatório de pós-transplante renal, que me ensinaram e me apoiaram.

À Elisa Marsicano que permitiu dar continuidade a sua pesquisa sobre aderência e com quem dividi todas as dificuldades da coleta de dados ao artigo.

Ao Lucas Moratelli e Paula Liziero, que tanto contribuíram com comprometimento e competência.

À Cristiane que pedia sempre para que os pacientes aguardassem em dia de coleta.

Aos meus colegas de trabalho da Fundação IMEPEN e de mestrado, pelo carinho.

A UFJF, pela concessão da bolsa de monitoria.

Finalmente, agradeço aos pacientes que aceitaram responder de maneira pronta e gentil aos questionários, tornando possível a realização deste trabalho.

RESUMO

A aderência aos imunossupressores constitui um elemento essencial para os resultados do transplante renal e tem sido alvo crescente de estudos devido à sua relevância para o tratamento. Pode ser definida como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa em relação às orientações do médico ou de outro profissional da equipe de saúde. Recebe influência de questões socioeconômicas, do sistema e profissionais de saúde, fatores relacionados às condições de saúde, à terapia e ao paciente. Dentre estes, os fatores relacionados ao paciente são pouco estudados. Este estudo teve como objetivo geral avaliar a relação entre alguns destes fatores individuais do paciente, como as crenças de autoeficácia, locus de controle da saúde (LCS) e religiosidade e o comportamento de não-aderência aos imunossupressores em pacientes transplantados renais. Foi desenvolvido um estudo de corte transversal em que foram avaliados 88 pacientes acompanhados no ambulatório de pós-transplante do Hospital Universitário de Juiz de Fora. O diagnóstico de não-aderência foi realizado pelo método da triangulação, utilizando a Escala Basel para Avaliação de Aderência a Medicamentos Imunossupressores (BAASIS), opinião dos profissionais e dosagem do nível sanguíneo dos imunossupressores. As crenças de autoeficácia, locus de controle da saúde e religiosidade foram avaliadas pelas escalas de Autoeficácia Geral Percebida, Multidimensional de Locus de Controle da Saúde e do Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL), respectivamente. Os pacientes aderentes e não aderentes foram comparados pelos testes do qui-quadrado, t de Student e correlação de Spearman. A maioria dos pacientes era do sexo masculino (63%),

recebeu enxerto renal de doador vivo (96%), tinha média de idade de $47,2 \pm 12,9$ anos e tempo mediano pós-transplante de 108,71 (49,0-266,0) meses. Encontramos uma elevada prevalência de não-aderência, de 70,5%. Observamos uma maior pontuação de autoeficácia nos pacientes aderentes em relação aos não-aderentes, $45,14 \pm 4,9$ vs. $38,32 \pm 8,6$ ($p < 0,001$), respectivamente. As dimensões do LCS não foram diferentes entre os grupos. Em relação à religiosidade, apenas a dimensão religiosidade intrínseca, que acessa o nível pessoal de envolvimento ou motivação religiosa, apresentou maior pontuação nos pacientes aderentes em relação aos não-aderentes ($14,0 \pm 1,6$ vs $12,8 \pm 2,5$; $p = 0,016$). Não houve correlação significativa entre autoeficácia e os níveis de religiosidade, avaliados através da correlação de Spearman. Considerando os nossos resultados, sugere-se que os profissionais adotem uma visão holística em relação ao paciente. Aspectos, tais como a religiosidade e as crenças de autoeficácia, devem ser consideradas quando se traçarem estratégias para alcançar uma melhor autogestão e maior aderência aos imunossupressores.

Palavras-chave: Adaptação psicológica. Aderência ao medicamento. Comportamento e mecanismos comportamentais. Religiosidade. Transplante de rim.

ABSTRACT

Self-efficacy beliefs, locus of control, religiosity and non-adherence to immunosuppressive medications in kidney transplant patients

The adherence to immunosuppressants is an essential element for the results of renal transplantation and has been a growing target of studies because of its relevance for the treatment. It can be defined as the degree of agreement between the behavior of a person in relation to the guidelines of the physician or other health care professional. It receives influence from socioeconomic issues, health care system and professionals, factors related to the disease, to its therapy, and to the patient. Among these, the patient-related factors are poorly studied. This study had, as main objective, to evaluate the relationship between some of these individual factors, such as self-efficacy beliefs, health locus of control (HLC) and religiosity and immunosuppressants non-adherence behavior in kidney transplant patients. A cross-sectional study evaluated 88 patients treated at the post-transplant clinic of the School Hospital of Federal University of Juiz de Fora. The diagnosis of non-adherence was carried out by the triangulation method, using the Basel Assessment of Adherence to Immunosuppressive Medications Scale (BAASIS), collateral report and immunosuppressive blood levels. Self-efficacy, HLC, and religiosity were evaluated applying the General Perceived Self-Efficacy Scale, Multidimensional Health Locus of Control Scale and the Portuguese version of Duke University Religion Index (DUREL), respectively. Adherent and non-adherent patients were compared using the chi-square, Student t, and Spearman's correlation tests. Most patients were male (63%), received kidney graft from a living donor (96%) had a

mean age of 47.2 ± 12.9 years and median time post-transplant of 108.71 (49.0 to 266.0) months. We found a high prevalence of non-adherence, 70.5%. We observed a higher score of self-efficacy in adherents compared to non-adherents, (45.14 ± 4.9 vs. 38.32 ± 8.6 ; $p < 0.001$), respectively. The HLC dimensions were not different between groups. Concerning to religion, the dimension intrinsic religiosity, which accesses the personal level of involvement or religious motivation, showed a higher scores in adherent patients compared to non-adherents (14.0 ± 1.6 vs 12.8 ± 2.5 ; $p = 0.016$). Considering our results, it is suggested that professionals have a holistic vision of the patient. These aspects, such as religiosity and self-efficacy believes , should be taken into account when designing strategies for a better self-management and higher adherence to immunosuppressives.

Keywords: Adherence to medication. Behavior and behavioral mechanisms. Kidney transplantation. Psychological adjustment. Religiosity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1- Fluxograma de coleta de dados.....	41
---	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Fatores associados à aderência de acordo com a Organização Mundial de Saúde.....	22
TABELA 2 - Fatores associados à aderência de acordo com o Modelo ecológico.....	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
BAASIS	The Basel Assessment of Adherence to Immunosuppressive Medication Scale. Escala Basel para Avaliação de Aderência a Medicamentos Imunossupressores
CsA	Ciclosporina
DRC	Doença Renal Crônica
DUREL	Escala de Religiosidade da Duke
FK	Tacrolimo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LCS	Locus de Controle da Saúde
NA	Não aderência
NIEPEN	Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Nefrologia
NUPES	Núcleo de Pesquisa e Espiritualidade em Saúde
QV	Qualidade de Vida
RBT	Registro Brasileiro de Transplantes
R/E	Religiosidade/ Espiritualidade
RFG	Ritmo de Filtração Glomerular
RI	Religiosidade Intrínseca
RNO	Religiosidade Não Organizacional
RO	Religiosidade Organizacional
Tx	Transplante
TxR	Transplante Renal
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
WHO	World Health Organization.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA E TRANSPLANTE RENAL.....	17
2.2 ADERÊNCIA E FATORES RELACIONADOS	19
2.3 FATORES RELACIONADOS À ADERÊNCIA	22
2.3.1. Modelos comportamentais	25
2.3.2. Crenças de autoeficácia e locus de controle da saúde	27
2.3.3 Religiosidade.....	31
3 HIPÓTESE	36
4 JUSTIFICATIVA	37
5 OBJETIVOS	38
5.1 PRINCIPAL.....	38
5.2 SECUNDÁRIOS	38
6 METODOLOGIA	39
6.1 DESENHO DO ESTUDO	39
6.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	40
6.3 AVALIAÇÃO DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS.....	41
6.4 AVALIAÇÃO DE ADERÊNCIA	42
6.4.1 Questionário de autorelato BAASIS	42
6.4.2 Opinião qualitativa dos profissionais de saúde.....	43
6.4.3 Nível sanguíneo do imunossupressor	43
6.5 AVALIAÇÃO DE AUTOEFICÁCIA.....	44
6.6 AVALIAÇÃO DE LÓCUS DE CONTROLE	44
6.7 AVALIAÇÃO DE RELIGIOSIDADE	45
6.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA	45
7. RESULTADOS	47
8. CONCLUSÕES	48
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49

REFERÊNCIAS.....	51
APÊNDICES	59
ANEXOS	70

1 INTRODUÇÃO

O comportamento de aderência do paciente tem sido alvo crescente de estudos devido à sua relevância para desfechos favoráveis em tratamentos de saúde. Em transplante renal (TxR), a aderência medicamentosa exerce influência direta no tratamento, sendo considerado um fator de risco para episódios de rejeição aguda e perda do enxerto, além do aumento de custos em saúde e do impacto negativo do custo-efetividade do TxR (DE GESST et al., 1998; NEVINS et al., 2001; DENHAERYNCK et al., 2005; SCHAFER-KELLER, et al., 2006; NEVINS; THOMAS, 2009; CLEEMPUT et al., 2004; PINSKY et al., 2009).

A aderência está associada a uma série de fatores, dentre eles: biomédicos, sociodemográficos, psicossociais, práticas de serviços de saúde e àqueles relacionados aos comportamentos do paciente. Na tentativa de organizar como esses fatores interagem, surgiu o modelo ecológico, que explica a influência desses fatores sob o comportamento de não aderência (NA) do paciente em três níveis: micro, meso e macro (WHO, 2003; DOBBELS et al., 2005; DE GEEST; DENHAERYNCK; DOBBELS, 2011; BERBEN; DOBBELS; ENGBERG, 2012).

No âmbito da psicologia da saúde, vários modelos teóricos foram desenvolvidos para explicar como o paciente se comporta em tratamentos de saúde. O senso de autoeficácia explica a crença que o paciente tem de sua própria capacidade para alcançar um resultado com sucesso. Nesse aspecto, ser aderente não significa possuir determinadas capacidades, mas acreditar que as tem, ou que pode adquiri-las por meio das expectativas de resultados (BANDURA, 1977). Locus de controle da saúde compreende a percepção das pessoas sobre a fonte de controle dos acontecimentos. Os indivíduos que apresentam maior expectativa de locus de controle interno acreditam que seu comportamento tem relação com os

resultados obtidos em sua terapêutica e àqueles com locus de controle externo destinam essa responsabilidade a terceiros (DELA COLETA, 1987).

A relação entre religiosidade e saúde tem sido cada vez mais investigada. Evidências sugerem uma associação positiva entre religiosidade e perspectivas de saúde mental, como melhor bem estar geral, menores índices de depressão, maior qualidade de vida (QV) e menores comportamentos de risco. Além disso, há uma relação entre práticas religiosas e saúde física, que inclui menor pressão arterial, melhor função imune e neuroendócrina, menor prevalência de doenças infecciosas e menor mortalidade (LUCCHETTI et al., 2012)

São poucos os estudos sobre como variáveis cognitivas podem estar relacionadas ao comportamento de aderência do paciente transplantado renal (MASSEY et al., 2013; MASSEY et al., 2015). No Brasil, há quatro estudos que avaliam a aderência em TxR, e estes estudos concentraram-se em fatores considerados não modificáveis, por exemplo relacionados a características sociodemográficas ou da doença (BITTAR et al., 1992; MICHELLON et al., 2002; BRAHM et al., 2012; MARSICANO et al., 2013). Não encontramos estudos sobre a religiosidade e o comportamento de NA nesta população.

O presente estudo pretendeu avaliar se a crença de autoeficácia, locus de controle da saúde (LCS) e a religiosidade estão associados ao comportamento de NA medicamentosa em transplantados renais, para que futuras intervenções possam ser traçadas com foco na mudança comportamental, visando à maior aderência desta população.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA E TRANSPLANTE RENAL

As condições crônicas de saúde, nas últimas décadas, têm recebido grande atenção dos profissionais da área da saúde devido às altas taxas de morbimortalidade da população mundial. Entre essas doenças está a doença renal crônica (DRC), uma enfermidade complexa que provoca perda lenta, progressiva e irreversível da função renal, impossibilitando os rins de realizar ativamente suas funções. (OBRADOR; MAHDAVI-MAZDEH; COLLINS, 2011).

O TxR é uma modalidade de tratamento da DRC em suas fases avançadas que permitiu uma melhora expressiva da sobrevida do doente renal crônico, quando comparado às terapias dialíticas, por garantir uma melhora significativa na QV relacionada a saúde e ao funcionamento psicossocial destes pacientes. Além disso, o TxR está associado com a redução dos custos de saúde (GOODMAN; DANOVITCH, 2005; GILL et al., 2005; SILVA FILHO, 2004; NEIPP; JACKOBS; KLEMPNAUER, 2009).

Segundo o último levantamento anual, realizado em 2014, o Brasil realizou 20.741 transplantes de órgãos e tecidos, sendo que destes 5.639 foram TxR. O número de TxR, cresce continuamente desde 2007, aumentou 3,5% no último ano, à custa do transplante com doador falecido, que cresceu 4,7%, enquanto o transplante com doador vivo, estabilizou-se neste ano. Rio Grande do Sul e São Paulo realizaram mais de 50 transplantes renais por milhão de população (pmp) e Rio Grande do Sul e Santa Catarina realizaram mais que 40pmp com doador falecido (ABTO/RBT 2014).

Uma grande limitação dos transplantes de órgãos e tecidos é a resposta imunológica do receptor ao tecido doado. A evolução na técnica só foi possível a partir do controle de problemas como a rejeição do enxerto. A imunossupressão é a estratégia utilizada na prática clínica para prevenção e tratamento da rejeição (ABBAS; LICHTMAN; POBER, 2008; GARCIA Jr.; ZIMMERMANN, 2006; NEIPP; JACKOBS; KLEMPNAUER, 2009). A rejeição é mediada pelas células T e/ou B, que destroem as células do órgão transplantado. Pode ser prevenida ou tratada através de imunossupressão do receptor e pela minimização da imunogenicidade do enxerto. A imunossupressão em sua maior parte é direcionada contra as respostas de células T e compreende o uso de drogas citotóxicas, agentes imunossupressores específicos ou anticorpos anticélulas T (ABBAS; LICHTMAN; POBER, 2008).

Os principais agentes imunossupressores utilizados atualmente são os inibidores de calcineurina, que incluem a ciclosporina (CsA) e o tacrolimo (FK). A CsA deu início à era moderna dos transplantes, permitindo que aloenxertos sobrevivessem por mais de cinco anos. Outro grupo de drogas utilizado com frequência para o controle da rejeição são os anti-proliferativos que incluem a azatioprina, os inibidores do ácido micofenólico (micofenolato mofetil e micfenolato sódico) e os inibidores do sinal de proliferação (sirolimo e everolimo) (HALLORAN, 2004; ABBAS; LICHTMAN; POBER, 2008).

Para o funcionamento do enxerto e a consequente obtenção dos benefícios do TxR são necessários alguns cuidados específicos como uso contínuo da medicação imunossupressora, prevenção de infecções, consultas periódicas, orientações dietéticas e prática de atividades físicas (GOODMAN; DANOVITCH, 2005; NEIPP; JACKOBS; KLEMPNAUER, 2009). Portanto, o desfecho favorável dos

transplantes pressupõe a participação ativa e o comportamento de aderência do paciente (DENHAERYNCK et al., 2005; DOBBELS et al., 2005).

2.2 ADERÊNCIA E FATORES RELACIONADOS

A aderência tem sido alvo crescente de estudos devido à sua relevância para o sucesso da terapia instituída pelo médico ou equipe de saúde. A terminologia aderência é encontrada na literatura de formas distintas. O termo *compliance* refere-se a um comportamento passivo do paciente, sem autonomia sobre seu tratamento. Já o termo *adherence* sugere um esforço voluntário em seguir ou não as recomendações dos profissionais de saúde, proporcionando assim um papel ativo do paciente inclusive em relação às tomadas de decisões (WHO, 2003; VRIJENS et al., 2012). Por considerar o paciente corresponsável em seu tratamento, o termo *adherence* é o mais utilizado pelos provedores de saúde (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; MORAES, ROLIM, COSTA JR, 2009).

Com a incorporação de modelos mais abrangentes, multidisciplinares e interdisciplinares em saúde, o indivíduo passa a ser concebido como um ser ativo, capaz de agir sobre o meio e que, portanto, deve assumir responsabilidades no processo de adoecer e tratar a doença (STRAUB, 2005; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

No contexto dos transplantes, a NA foi definida como o desvio do regime de medicação prescrito suficiente para influenciar negativamente o tratamento (FINE et al., 2009). A aderência ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso no pós-TxR exerce influência direta para a sobrevida do enxerto (BUTLER et al., 2004; DENHAERYNCK et al., 2005; CHISHOLM; LANCE; MULLOY, 2005; SCHAFER-

KELLER et al., 2006; CUKOR et al., 2009). Recentemente foi proposto que se chamasse de NA como a forma que o paciente toma seus remédios prescritos e que ela seja dividida em três fases passíveis de medição: iniciação, implementação e descontinuação (VRIJENS et al., 2013).

Em receptores de TxR, a NA é considerado um fator de risco para rejeição aguda tardia e perda do enxerto (DENHAERYNCK et al., 2005; NEVINS et al., 2001). A NA ao esquema imunossupressor está associada à disfunção crônica do enxerto, aumento dos custos de saúde e tem contribuído para a estagnação da sobrevida em longo prazo de enxertos renais (DENHAERYNCK et al., 2005; MORRISSEY et al., 2007; DENHAERYNCK et al., 2009; PINSKY et al., 2009). As consequências da baixa aderência e redução de dose do imunossupressor foram avaliadas em 7.062 pacientes com menos de um ano de Tx que receberam o enxerto de doador falecido, observando-se um aumento de 43 a 46% de perda da função renal entre os não-aderentes (TAKEMOTO et al., 2007).

Butler et al. (2004) realizaram uma revisão sistemática sobre a frequência e o impacto da NA em pacientes transplantados renais adultos entre os anos de 1980-2001. A pesquisa identificou 324 artigos, sendo que 36 estudos atenderam aos critérios de inclusão. A mediana de frequência de NA entre os estudos foi de 22,3%, variando de 1,4 a 66,7%. A metanálise mostrou que a chance de falência do enxerto aumentou sete vezes em pacientes considerados não aderentes. Uma metanálise mais recente, incluindo estudos de rim, coração, rim/pâncreas, pulmão, coração/pulmão, mostrou que receptores de rins apresentaram maior taxa de NA ao medicamento imunossupressor de 35,6 a cada 100 pacientes/ano (DEW et al., 2007).

No Brasil, os estudos sobre prevalência e consequências da NA em TxR são escassos. Uma pesquisa realizada em um centro transplantador do sul do país analisou a incidência de NA identificada como a parada de uso dos imunossupressores e a consequente perda de enxerto, incluindo 1.027 procedimentos realizados no período de 1977-1999. Verificou-se que a interrupção do esquema imunossupressor foi diagnosticada em 5,2% dos pacientes, levando à perda do enxerto em 4,8% do total da amostra. A consequência do não uso dos medicamentos imunossupressores representou a perda do enxerto em 88,7%, os demais mantiveram o Tx com comprometimento da função renal (MICHELON et al., 2002). Estudo do mesmo grupo, numa coorte de transplantados mais antigos, encontrou resultados semelhantes (BITTAR et al., 1992). Brahm e colaboradores (2012) utilizando o controle de dispensação dos imunossupressores encontraram frequência de 58,7% de NA em centro transplantador da cidade de Porto Alegre.

Para o processo de adaptação e validação da escala de autorrelato *The Basel Assessment of Adherence to Immunosuppressive Medication Scale* (BAASIS) para a população brasileira, a NA em transplantados renais foi avaliada em uma amostra de 100 pacientes com mais de um ano de Tx acompanhados no ambulatório de pós-TxR do NIEPEN da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). A prevalência de NA encontrada por este instrumento de autorrelato foi de 34%. Através do método da triangulação, que tem o potencial de ser mais acurado, composto pela escala BAASIS, opinião dos profissionais de saúde e nível sanguíneo do imunossupressor, a NA atingiu 51% (MARSICANO, 2012; MARSICANO et al., 2013).

Os métodos disponíveis de avaliação de NA em Tx podem ser classificados em diretos e indiretos. Os métodos diretos proporcionam resultados mais precisos, no entanto, demandam custo e equipamentos sofisticados. Já os métodos indiretos

são simples, baratos e de fácil acesso nos contextos clínicos, porém os resultados podem ser facilmente alterados pelos pacientes. Cada método apresenta vantagens e desvantagens e nenhum é considerado padrão-ouro (OSTERBERG, 2005; DOBBELS, BERBEN, DE GEEST et al., 2010).

São exemplos de métodos diretos, a medida das concentrações de uma droga no sangue, dosagem de marcador biológico e a observação direta da tomada da medicação. Como métodos indiretos, destacam-se os questionários de autorrelato, contagem de comprimidos, taxas de recargas de prescrição, monitorização eletrônica, diário do paciente e avaliação da resposta clínica. Recomenda-se a utilização de mais de um método para uma avaliação precisa de NA, e que inclua um instrumento de autorrelato (OSTERBERG, 2005; SCHAFER-KELLER et al., 2008; DOBBLES, 2010).

2.3 FATORES RELACIONADOS À ADERÊNCIA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a aderência é considerada um processo multidimensional resultante da interação de cinco fatores: socioeconômicos, sistema e profissionais de saúde, condições de saúde, tratamento e do paciente, sendo estes também considerados fatores de risco para o comportamento de NA (WHO, 2003). (TABELA 1).

TABELA 1- Fatores associados à aderência aos tratamentos de acordo com a Organização Mundial de Saúde

Fatores	Características/Riscos
Socioeconômico	Idade; Gênero; Raça; Estado civil; Escolaridade; Ocupação; Custos do tratamento.
Sistema e profissionais de saúde	Políticas de saúde; Acesso aos centros de tratamento;

	Comunicação profissional/paciente; Valorização profissional; Duração das consultas.
Tratamento	Complexidade do regime terapêutico; Efeitos colaterais das drogas; Tempo de espera para o transplante; Não comparecimento às consultas; Tipo de doador- vivo ou falecido.
Condições de Saúde	Cronicidade da doença; Severidade dos sintomas.
Paciente	Depressão; Esquecimento; Estresse; Crenças sobre a saúde; Baixo senso de autoeficácia; Hábitos de vida; Aceitação da doença.

Fonte: Adaptado de WHO, 2003; DENHAERYNCH et al., 2005; DENHAERYNCH et al., 2007; HANSEN; SEIFELDIN; HANSEN, 2007; FINE et al., 2009;.

As variáveis socioeconômicas descritas na literatura que podem influenciar o comportamento de aderência são: gênero masculino, pacientes mais jovens, desemprego, baixo nível de escolaridade, não ter parceiro fixo (WHO, 2003; MORRISSEY; FLYNN; LIN, 2007; FINE et al., 2009).

O sistema de saúde, através da limitação de acesso aos serviços, distância do centro transplantador, custo de transporte elevado, sistemas de informação restritos e burocráticos, duração das consultas também contribuem para a NA (SCHAEFER-KELLER et al., 2006; HANSEN; SEIFELDIN; HANSEN, 2007). Da mesma forma, os profissionais, ao não esclarecerem adequadamente os benefícios e riscos dos medicamentos, não considerar os hábitos de vida do paciente e pela comunicação insatisfatória entre paciente/profissionais da equipe de saúde aumentam as barreiras para a aderência (DENHAERYNCK et al., 2005; SCHAEFER-KELLER et al., 2006).

Algumas características específicas do tratamento no TxR podem dificultar a aderência, como: complexidade do regime medicamentoso, custo das medicações, efeitos colaterais, não comparecimento às consultas, tempo de espera para o Tx,

tratamento prévio e tipo de doador, vivo ou falecido (WHO, 2003; DENHAERYNCK et al., 2005).

Quando chegamos aos fatores relacionados ao paciente, ao indivíduo, abordagens teóricas, incluindo o Modelo de Crenças em Saúde (ROSENSTOCK, 1974), Modelo Transteórico ou Modelo dos Estágios de Mudança (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992) e Teoria Social de Aprendizagem (BANDURA, 1977) podem explicar os fatores que influenciam a aderência medicamentosa. Com destaque para as crenças negativas sobre a eficácia do tratamento, baixa motivação, esquecimento, hábitos de vida, estresse, ansiedade sobre os efeitos adversos e complexidade do regime terapêutico, não aceitação da doença, medo, desesperança e sentimentos negativos (DIMATTEO et al., 2002; LEITE; VASCONCELLOS, 2003; WHO, 2003; MALDANER et al., 2008; GRIVA et al., 2012).

Importante ressaltar que o comportamento também é influenciado por fatores do sistema de saúde onde os pacientes vivem e recebem os cuidados para seu tratamento. As teorias que integram o modelo ecológico podem explicar melhor o comportamento de aderência medicamentosa sob este aspecto. Este modelo surgiu na tentativa de organizar e explicar a influência desses aspectos sob o comportamento do paciente compreendido em níveis organizacionais: micro, meso e macro (BERBEN et al., 2012).

O nível do paciente incluiria as características socioeconômicas, comportamentais do indivíduo, da doença e do seu tratamento. Fatores de nível micro referem-se às interações entre o paciente e os profissionais envolvidos no seu tratamento. Em nível meso, ressaltam-se as características do serviço de saúde em que o paciente está sendo tratado, como a existência de equipe interdisciplinar para implementar ações que estimulem a aderência aos imunossuppressores, tempo

disponível para consulta. O nível macro engloba as características do sistema de saúde em que o paciente está inserido, como no Brasil a garantia aos medicamentos imunossupressores é de forma gratuita (BERBEN et al., 2012). Tabela 2.

TABELA 2- Fatores associados à aderência medicamentosa de acordo com o Modelo Ecológico

Paciente	Piores condições socioeconômicas; Depressão; Baixo letramento em saúde; Déficit cognitivo; Custos da medicação; Comorbidades; Suporte social inadequado; Complexo regime medicamentoso; Efeitos colaterais da medicação; Conhecimento deficiente; Falta de motivação; Baixa autoeficácia; Crenças em saúde / atitudes.
Nível Micro	Confiança e Satisfação no provedor de saúde; Estilo de comunicação; Qualidade do relacionamento entre paciente-provedor de saúde.
Nível Meso	Tempo disponível para consulta; Confiança no centro transplantador; Estrutura física; Atendimento no horário marcado; Equipe multiprofissional; Satisfação com o centro transplantador.
Nível Macro	Acesso ao centro transplantador; Combinação de competências dos cuidados de saúde; Acesso a medicamentos; Acesso ao Centro transplantador; Aquisição dos imunossupressores.

Adaptado de Berben et al., 2012

2.3.1. Modelos comportamentais

No âmbito da saúde, diversos modelos comportamentais pretendem explicar o comportamento das pessoas, especificamente às questões associadas à saúde e às doenças. Fundamentam-se na hipótese de que compreendendo as suas crenças, valores e atitudes será possível identificar os fatores que determinam a disposição dos indivíduos para aderirem às orientações dos profissionais, de modo a planejar uma intervenção eficaz, que permita modificar os comportamentos adotados

(MORAES; ROLIM; COSTA JR, 2009; SCHMID-MOHLER et al., 2009; MASSEY et al., 2013).

Os estudos sobre aderência baseiam-se nas principais perspectivas teóricas: biomédica, comunicacional, de autorregulação, cognitiva e comportamental. Cada perspectiva inclui um ou mais modelos que propõem explicar e orientar formas de abordagem para a mudança de comportamento em saúde (DULMEN, 2007).

O modelo biomédico pressupõe que o doente seja um elemento passivo, sendo um mero executor do que lhe foi solicitado. As doenças são entendidas a partir de mudanças biológicas, advindas de fatores externos como desequilíbrios químicos ou por fatores internos involuntários, como predisposição genética. Nesta perspectiva, as intervenções são voltadas para a modificação do estado físico do corpo, uma vez que os fatores psicossociais não são considerados (WHO, 2003; MARCO, 2006; BARLETTA, 2010).

A perspectiva comunicacional prioriza as competências de comunicação, transmissão de informações e os registros escritos. Permitiu destaque à educação dos pacientes e as relações entre estes e os profissionais de saúde. Dentro desta perspectiva tem sido crescente o estudo sobre letramento em saúde na tentativa de promover e engajar os cuidados do paciente com o seu tratamento. Esta abordagem por si só mostrou-se insuficiente para mudar o comportamento de aderência (WHO, 2003; STRAUB, 2005; PONTES, LEITÃO, RAMOS, 2008; DAGEFORDE; CAVANAUGH, 2013).

A teoria da autorregulação pretende explicar as respostas cognitivas individuais frente às ameaças em saúde. Espera-se que pessoas com uma boa autorregulação tenham maior probabilidade de adotar comportamentos saudáveis e

menor possibilidade de se envolverem em comportamentos de risco (WOO; FRISBIE, 2005).

A abordagem cognitivo-comportamental propõe que as emoções e comportamentos das pessoas estão relacionados à como elas percebem ou interpretam os eventos. A maneira como o paciente processa a doença e suas consequências, do ponto de vista cognitivo, e como reage a elas comportamentalmente, pode prever um melhor ou pior prognóstico (FISHBEIN, 2000; FISHBEIN et al. 2003).

Todos os modelos e teorias apresentam suas limitações e nenhum deles explica detalhadamente o processo de motivação para a mudança nas pessoas no que se refere ao fenômeno da aderência. Dada à multiplicidade de doenças e de regimes terapêuticos com diferentes especificidades, nenhum modelo se adapta a todas as situações (SZUPSZYNSKI; OLIVEIRA, 2008).

2.3.2. Crenças de autoeficácia e locus de controle da saúde

O caráter educativo da abordagem cognitivo-comportamental favorece o desenvolvimento de habilidades, por parte de pessoas com condições crônicas de saúde para lidar de maneira eficaz com o tratamento ao longo do tempo. Para tanto, o modelo propõe estratégias para melhorar a capacidade de realização das escolhas e maior autocontrole sobre a condição de saúde, tais como: o desenvolvimento de habilidades, a administração do estilo de vida e a redução do estresse (FISHBEIN, 2000; FISHBEIN et al. 2003; FAUSTINO, SEIDL, 2010).

Esta abordagem tem destacado a relação entre variáveis psicológicas relacionadas à doença e ao tratamento e comportamentos de aderência (BARROS,

2003; GEBO, KERULY; MOORE, 2003). Baseia-se em evidências, que estabelecem que pelo fato de as cognições serem passíveis de conhecimento e mediarem as respostas a situações diferentes, pode-se modificar o modo de resposta aos acontecimentos, tornando-se mais funcionais (DOBSON; DOBSON, 2010).

Bandura (1997) afirma, que a “autoeficácia percebida refere-se à crença na própria capacidade agêntica, isso é na capacidade de produzir um dado nível de realização” (p. 382). Refere-se às convicções de um indivíduo sobre suas habilidades para mobilizar funções cognitivas, motivacionais e comportamentais necessárias para executar com êxito uma tarefa específica em um dado contexto. Atualmente é considerado um grande mediador das mudanças terapêuticas. Essas crenças podem afetar o desempenho, o estabelecimento de metas e a motivação frente aos obstáculos encontrados. (VANDER DEL BIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001)

Para a Teoria social cognitiva – explicação proposta por ele para o funcionamento humano, a pró-atividade, a autorregulação e a autoorganização, são características humanas. Ao contrário de serem consideradas apenas como reativas ao meio ambiente que modela e orienta o indivíduo, ou ainda como movidas por impulsos interiores, são produtos de uma relação dinâmica entre o sujeito, o meio em que este está inserido e o comportamento. Para Bandura, o ser humano pode ser agente de sua história, ou seja, ele antecipa e avalia as consequências de suas ações e essa avaliação o coloca em uma posição de agente (BANDURA 1986, 1997).

Pesquisas sobre autoeficácia parecem promissoras e sugerem que a teoria pode ajudar a aperfeiçoar intervenções cognitivo-comportamentais e melhorar os

resultados do tratamento e a manutenção desses (GATCHEL; EPKER, 1999; CASTRO; PINTO; PONCIANO, 2009; DENHAERYNCK et al., 2009).

Em TxR alguns estudos avaliaram a relação da autoeficácia com a aderência ao tratamento. Estudo prospectivo com 249 transplantados renais, com mais de um ano de Tx, avaliou a prevalência e fatores de risco para NA aos medicamentos imunossupressores e verificou que a NA esteve associada à baixa autoeficácia (DENHAERYNCK et al., 2007). Um estudo transversal, com uma amostra de conveniência de 114 receptores de TxR, investigou a NA ao esquema imunossupressor com base em autorrelato, buscando a associação entre NA, intenção de aderir, atitudes, normas e autoeficácia. Os autores relatam que os pacientes com intenções superiores a aderir apresentaram maior percepção de autoeficácia (SCHMID-MOHLER, 2009). Massey e colaboradores (2013) analisaram prospectivamente uma coorte de 106 pacientes no período de seis semanas a seis meses do pós-TxR. Perceberam que em pacientes aderentes, a maior crença de autoeficácia está relacionada com autocuidado, competências de autogestão eficazes sobre a saúde e tratamento (MASSEY et al., 2013).

Outro aspecto importante a ser ressaltado é o de que a autoeficácia pode ser abordada e modificada. Um estudo clínico randomizado avaliou se discutir a autoeficácia com o paciente aumenta o escore da crença em longo prazo. Participaram 54 pacientes com DRC, incluindo transplantados renais, destes 26 no grupo controle e 28 no grupo intervenção, avaliados num período de seis semanas,. Os pacientes avaliados faziam uso de cinco ou mais medicamentos ao dia. Os pacientes do grupo intervenção, além do atendimento convencional com o nefrologista no ambulatório receberam um aconselhamento por uma enfermeira treinada em entrevista motivacional para melhorar a autogestão do tratamento. Os

pacientes transplantados do grupo intervenção apresentaram elevação significativa dos escores de autoeficácia no pós-teste (WIERDSMA et al., 2011).

O constructo LCS é uma variável de destaque em estudos que enfatizam a influência de fatores psicossociais no bem-estar subjetivo e QV. Busca explicar a percepção que o indivíduo tem de seu controle sobre os acontecimentos em que está envolvido (PEREIRA, 1997; RODRÍGUEZ-ROSETO; FERRIANI; DELA COLETA, 2004).

No contexto de saúde, o indivíduo pode perceber como controlador sobre seu tratamento (LCS interno), ou controlado por fatores externos a ele (LCS externo). As crenças externas podem dividir-se em expectativas de acaso (o reforço é determinado pela sorte ou destino) e outros poderosos (destina a responsabilidade do seu tratamento aos familiares ou a equipe de saúde). (WALLSTON; STEIN; SMITH, 1994; HELMER; KRAMER; MIKOLAJCZYK, 2012; THEGE, RAFAEL, ROHANSZKY, 2014).

Ao longo das últimas décadas, pesquisadores têm se dedicado à investigação do papel das crenças de controle relacionados à saúde na determinação de aspectos de saúde e doença. Os resultados mostram influências de controle relacionados com os comportamentos de saúde. As crenças de controle também se mostram associadas à aderência aos regimes terapêuticos e a adaptação ao tratamento de condições crônicas de saúde como HIV e hipertensão arterial (CHRISTENSEN et al., 2010; RUFFIN et al., 2012; RYDLEWSKA et al., 2013).

Observa-se na prática clínica do Tx, que os pacientes que gerenciam seu tratamento e acreditam que suas ações são responsáveis pelos resultados do mesmo apresentam maior comportamento de aderência medicamentosa. No entanto, esses resultados ainda são controversos na literatura.

Estudo de coorte prospectiva com 278 pacientes transplantados renais, que receberam o enxerto de doador falecido de oito centros de transplante, avaliou a aderência ao medicamento imunossupressor e fatores associados à aderência em pacientes da raça negra. Além das variáveis usuais, foi incluída a avaliação de LCS. A etiologia da DRC, o tipo de centro de transplante, a frequência da administração dos medicamentos e LCS externo (outros poderosos) foram associadas com uma maior aderência medicamentosa (WENG et al., 2005). Em outro estudo, que envolveu um maior número de pacientes, 512 transplantados renais, avaliou de forma transversal fatores individuais que influenciam a aderência medicamentosa, tais como as crenças e atitudes em relação ao imunossupressor, barreiras e satisfação com a vida. Os pacientes não aderentes apresentaram menor preocupação sobre a tomada do imunossupressor e menor controle sobre suas vidas, ou seja, percepção de controle externo quando comparados aos aderentes. Além disso, a NA foi associada à menor satisfação com a vida e a identificação de barreiras percebidas (CHISHOLM-BURNS, 2012).

2.3.3 Religiosidade

Atualmente percebe-se um aumento no número de pesquisas que contemplam questões relacionadas às implicações da Religiosidade/Espiritualidade (R/E) no tratamento de doenças e resultados em saúde (KOENIG et al., 2001). Pessoas com maior R/E habitualmente relatam melhor bem-estar geral, menores prevalências de uso e abuso de álcool e substâncias, menores taxas de ansiedade, depressão e comportamento suicida, menor progressão da doença e melhores desfechos em saúde (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2006).

As definições de religiosidade e espiritualidade têm gerado controvérsias, e portanto, há necessidade de defini-las:

- Espiritualidade: pode ser definida como uma busca pessoal para entender questões finais sobre a vida, sobre seu significado, sobre as relações com o sagrado ou transcendente, que pode ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formação de comunidades religiosas (KOENIG et al., 2001).
- Religiosidade: constructo multidimensional que reflete as crenças compartilhadas e práticas de uma organização social baseada na fé (MILLER e THORESEN, 2003). Este conceito recebe maior destaque neste estudo.

Diversos mecanismos têm sido propostos sobre como a religiosidade influenciaria a saúde mental, como por exemplo: o apoio social dos grupos religiosos, o sistema de crenças que propicia sentido à vida e ao sofrimento, o incentivo a comportamentos e estilos de vida mais saudáveis, esses recursos atuariam de forma simultânea e levariam a estabilidade psicológica e aos desfechos em saúde (HATAH et al., 2015).

Uma grande parte das pesquisas que investigam religiosidade e saúde não têm a religião como foco do estudo. Uma proposta bem aceita é aquela que organiza a religiosidade em três dimensões. A frequência à igreja, ou seja, quantas vezes alguém assiste às reuniões religiosas, pode ser definida como religiosidade organizacional (RO), é uma das perguntas mais utilizadas para investigar o nível de envolvimento religioso. As outras dimensões são definidas como religiosidade não-organizacional (RNO), que inclui o tempo gasto em atividades religiosas privadas,

tais como a oração, meditação e leitura de textos religiosos e finalmente a importância da religião na vida de alguém, religiosidade intrínseca (RI) (MOREIRA-ALMEIDA, NETO, KOENIG, 2006).

Neste contexto, surgiram vários instrumentos de medida para R/E, no entanto, poucos são validados para a população brasileira e os disponíveis não contemplam todas as dimensões de R/E. Lucchetti, Lucchetti e Vallada (2013) revisaram todos os instrumentos disponíveis em língua portuguesa e encontraram 20 instrumentos. Quarenta e cinco por cento avaliavam religiosidade, 40% espiritualidade, 10% *coping* (enfrentamento) religioso/espiritual e 5% avaliavam tanto espiritualidade quanto religiosidade. Destes, 90% foram traduzidos (n = 15) ou criados (n = 3) para a língua portuguesa no Brasil e dois (10%) para o português de Portugal. No entanto, apenas 40% dos instrumentos passaram por validação concorrente, 45% validação discriminante e 15% por teste-reteste.

No contexto das práticas em saúde, observa-se menção frequente à influência de aspectos religiosos no tratamento. Nessa perspectiva, a interface entre religiosidade e aderência tem sido investigada. No entanto, não encontramos nenhum estudo em TxR. Damos destaque aos estudos envolvendo tratamento de câncer e AIDS, que se assemelham ao tratamento do TxR devido à complexidade do mesmo.

Embora não tenha avaliado o comportamento de não-aderência, estudo sobre o tratamento de pessoas com HIV avaliou as mudanças na R/E antes e após o diagnóstico de HIV e a progressão da doença (CD4 e carga viral [VL]) a cada seis meses por quatro anos em 100 indivíduos. Trata-se de um estudo longitudinal, onde foram avaliados a frequência à igreja, depressão, falta de esperança, otimismo, enfrentamento de apoio social, CD4/VL, e comportamentos de saúde. As pessoas

que reportaram um aumento de R/E após o diagnóstico tiveram significativamente maior preservação de células CD4 durante o período de quatro anos, bem como melhor controle da VL. Nos pacientes em que houve um aumento na R/E após o diagnóstico do HIV e este aumento foi associado à progressão mais lenta da doença. Assim, os autores destacam que a equipe deve discutir o *coping* religioso e espiritual em sua prática visto o impacto na saúde das alterações na R/E em torno do diagnóstico de HIV (IRONSON; STUETZLE; FLETCHER, 2006).

Outra pesquisa buscou avaliar as relações entre as dimensões da religiosidade e aderência às recomendações de rastreio de câncer em frequentadoras de igrejas latinas. Foram avaliadas 78 mulheres com idade a partir de 18 anos. A aderência foi avaliada através da realização de testes de rastreio recomendados para a idade das participantes, tais como a mamografia, Papanicolau e a colonoscopia. Em análise multivariada, enfrentamento religioso positivo foi significativamente associado com a aderência à triagem para o câncer (OR= 5,30; $p<0,01$). (ALLEN et al., 2014).

Recentemente, Hatal et al (2015) avaliaram a relação entre orientação cultural, a religiosidade e o apoio social com a aderência medicamentosa entre pacientes com doenças crônicas. Trata-se de um estudo transversal com 300 pacientes diagnosticados com HIV, DRC ou hipertensão arterial. Os pacientes estavam em acompanhamento ambulatorial e faziam uso de medicamentos por pelo menos 12 meses. No modelo de regressão logística, tendo como desfecho a aderência medicamentosa, apenas as variáveis idade (OR=1.05, $p=0.002$), duração do tratamento (OR=0,99; $p=0,025$), RO (OR=1,19; $p=0,038$) e HIV (OR=9,08; $p<0,05$) tiveram influência significativa sobre a aderência medicamentosa dos pacientes.

Em pacientes renais crônicos, em tratamento dialítico, foi avaliada a relação entre espiritualidade, religiosidade e saúde. A pesquisa foi realizada através de revisão de literatura das principais bases de dados no período de 2002-2009. O estudo descritivo verificou que maior espiritualidade e religiosidade estão associadas com maior QV, menor prevalência de depressão, maior suporte social, maior satisfação com a vida e com o tratamento promovido pelo nefrologista (LUCCHETTI; GRANERO; ALMEIDA, 2010).

3 HIPÓTESE

A aderência é um conceito multifatorial, envolve entre vários fatores aqueles relacionados ao comportamento do paciente. Assim, a hipótese deste estudo é que a crença elevada de autoeficácia, locus de controle interno, maior religiosidade estão associados à aderência medicamentosa no pós-TxR.

4 JUSTIFICATIVA

Os transplantes tornaram-se opção de tratamento para pacientes com DRC em fase de falência funcional, possibilitando melhorar a QV relacionada à saúde e a sobrevida dos indivíduos. O sucesso do TxR é resultado de diversos fatores que irão influenciar na obtenção dos resultados terapêuticos, destacando-se a aderência ao esquema imunossupressor. (D'IMPÉRIO, 2007; DEWULF et al., 2006; GOODMAN; DANOVITCH, 2005; SILVA FILHO, 2004).

A relevância deste estudo se faz a partir da necessidade de avaliar variáveis consideradas modificáveis e religiosidade que possibilitam a explicação da presença ou não do comportamento de aderência em transplantados renais, para que futuras intervenções sejam traçadas, direcionadas ao desenvolvimento de estratégias específicas com foco na mudança de comportamento e, conseqüentemente melhor aderência medicamentosa.

5 OBJETIVOS

5.1 PRINCIPAL

Avaliar a relação entre crenças de autoeficácia, locus de controle da saúde, religiosidade e NA aos medicamentos imunossupressores em pacientes transplantados renais.

5.2 SECUNDÁRIOS

Determinar a frequência de NA na população estudada através do emprego de três métodos diagnósticos;

Verificar a associação de variáveis sociodemográficas, como gênero, idade, raça, tipo de doador, situação laboral, renda familiar, tempo de estudo, estado civil e variáveis clínicas, como o tempo de TxR, valor de creatinina e o estágio da DRC e a presença de NA.

6 METODOLOGIA

6.1 DESENHO DO ESTUDO

Foi desenvolvido um estudo transversal, observacional e quantitativo. Todos os procedimentos da pesquisa foram realizados no mesmo dia em que o paciente compareceu para a consulta de rotina no ambulatório de pós-TxR do Hospital Universitário da UFJF. Os dados foram coletados do período de 02/2013 a 12/2013.

Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e tendo concordado em participar do mesmo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). Foi esclarecido aos participantes que a qualquer momento poderiam se retirar da pesquisa, sem que isto causasse qualquer dano ou ônus. Também foram informados sobre os riscos e benefícios do estudo.

Primeiramente foi aplicado o instrumento de autorrelato para a avaliação da aderência ao tratamento imunossupressor (ANEXO A), em seguida as escalas de Crenças de Autoeficácia (ANEXO B), Locus de controle da saúde (ANEXO C) e Religiosidade (ANEXO D). Os questionários foram aplicados em forma de entrevista pela pesquisadora principal e levou aproximadamente 15-20 minutos e foram combinados à consulta ambulatorial para evitar viagens extras, custos ou inconveniente.

Em seguida foram coletados os dados sociodemográficos e clínicos no prontuário do paciente (APÊNDICE B). Posteriormente, a opinião dos profissionais sobre a aderência do paciente foi preenchida em um formulário tanto pela enfermeira quanto pelo médico (APÊNDICE C). A dosagem sérica do imunossupressor também foi colhida nos registros dos prontuários dos pacientes.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (ANEXO E), seguindo-se os preceitos da Resolução 196/96.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Realizou-se um cálculo preliminar para o tamanho da amostra, para estudos de frequência populacional, considerando toda a população transplantada do serviço, 153 pacientes, com frequência estimada de NA de 50%, o que resultou em 111 indivíduos. A amostra, incluiu todos os pacientes do serviço que preenchiam os critérios de inclusão e que concordaram em participar do estudo, num período de 10 meses. O total de participantes foi de 88 pacientes transplantados renais acompanhados no Ambulatório de pós-TxR do Hospital Universitário da UFJF. Os critérios de inclusão para o estudo foram: idade acima de 18 anos, mínimo de um ano de transplante com enxerto funcionante, aceitação em participar do estudo (Figura 1).

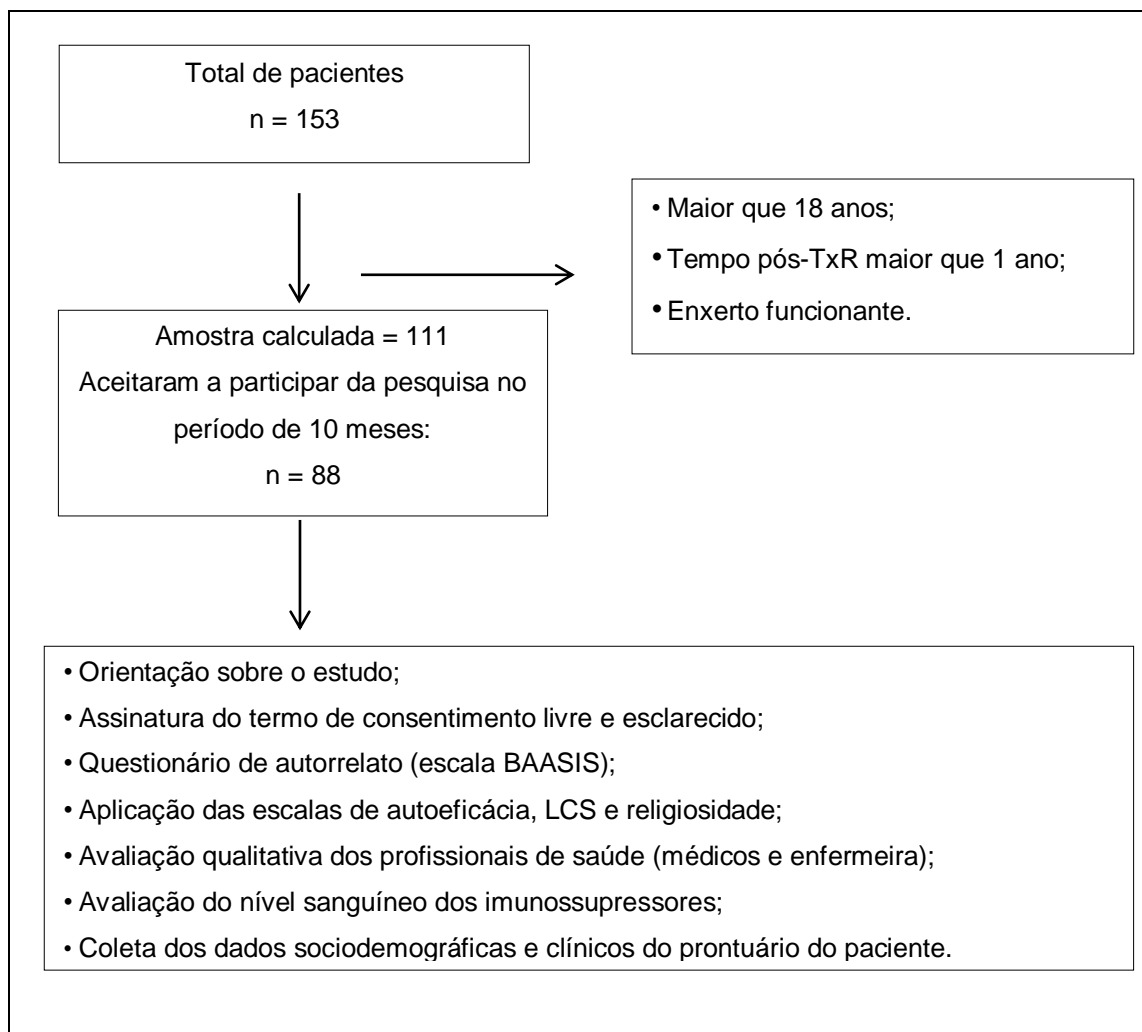


FIGURA 1 – Fluxograma de composição da amostra e coleta de dados

6.3 AVALIAÇÃO DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

Foram coletados os principais dados demográficos e clínicos dos prontuários dos pacientes: gênero (feminino, masculino); idade (anos); raça (branca, preta, amarela, indígena); tipo de doador (vivo, falecido); empregado (sim, não); aposentado (sim, não); renda familiar (até 1 salário, 2 a 5 salários, \geq salários); tempo de estudo (anos); estado civil (solteiro, casado ou união estável, separado, viúvo); valor de creatinina, nível imunossupressor e estágio da DRC.

6.4 AVALIAÇÃO DE ADERÊNCIA

Para o diagnóstico da aderência às medicações imunossupressoras foi utilizada a técnica da triangulação, utilizando-se mais de um método para a aumentar a acurácia do diagnóstico (OSTERBERG, 2005; SCHAFER-KELLER et al., 2008). O estudo utilizou três métodos: Escala Basel para Avaliação de Aderência a Medicamentos Imunossupressores (BAASIS) de autorrelato; a opinião dos profissionais e a as dosagens sanguíneas dos imunossupressores. O paciente considerado não aderente por um dos métodos foi considerado não aderente. (SCHAFER-KELLER et al., 2008)

6.4.1 Questionário de autorrelato BAASIS

A BAASIS foi desenvolvida pelo *Leuven Basel Adherence Research Group*, um grupo de pesquisa internacional e interdisciplinar com foco em questões comportamentais e psicossociais, da Universidade de Basel, Suíça (DE GEEST, 2005) (ANEXO A). A sua escolha deve-se ao fato de ser especificamente direcionada a pacientes transplantados, e por avaliar as quatro principais dimensões da NA num período pré-definido de quatro semanas. A escala foi adaptada e validada para a população brasileira e apresenta parâmetros psicométricos adequados para sua utilização (MARSICANO, 2012; MARSICANO et al., 2013).

O questionário traz quatro itens que abordam as diferentes dimensões do uso da medicação imunossupressora nas últimas quatro semanas. O primeiro refere-se à frequência do uso da medicação; o segundo aborda o seguimento do horário estabelecido para a medicação; o terceiro abrange a suspensão do uso da

medicação por períodos de dias (*drug holidays*) e o quarto menciona a redução da dose prescrita. As respostas são categorizadas em sim ou não e frente à resposta afirmativa em qualquer item o paciente é considerado não aderente (DE GEEST, 2009; MARSICANO et al., 2013).

6.4.2 Opinião qualitativa dos profissionais de saúde

Para determinar a aderência do paciente baseada na opinião dos profissionais foi perguntado para dois médicos e duas enfermeiras da equipe que acompanham o paciente, sua opinião sobre a aderência do mesmo ao tratamento imunossupressor em relação às medicações imunossupressoras (APÊNDICE C). A aderência foi definida em três categorias: boa, regular ou péssima. O paciente conceituado com aderência regular ou péssima foi considerado não-aderente. Àquele analisado com uma boa aderência ao tratamento imunossupressor foi classificado como aderente nesta etapa de avaliação. (SCHAFER-KELLER et al., 2008).

6.4.3 Nível sanguíneo do imunossupressor

Como método direto para avaliação de aderência foram avaliadas as concentrações séricas dos pacientes que utilizam como esquema imunossupressor os inibidores de calcineurina, FK e CsA, através dos exames obtidos por consultas ao prontuário. Foram utilizadas cinco dosagens sanguíneas do imunossupressor, a primeira na data da aplicação das escalas e as outras anteriores à data da pesquisa. O paciente foi considerado não aderente com valores de CSA \leq 100 ng/mL e FK,

sirolimo ≤ 5 ng/mL, a não ser que previamente definido pela equipe (KDIGO, 2009; DENHAERYNCK et al., 2009).

6.5 AVALIAÇÃO DE AUTOEFICÁCIA

As crenças de autoeficácia foram avaliadas através da Escala de Autoeficácia Geral Percebida adaptada e validada para amostras brasileiras por Souza & Souza (2004) (ANEXO B). Esta escala foi adaptada das versões inglesa, espanhola e portuguesa do mesmo instrumento. A escala avalia o senso geral de autoeficácia percebida com o objetivo de prever a capacidade de superar as dificuldades diárias como também depois de experimentar eventos estressores. A escala é composta por 10 afirmativas, com respostas que variam entre 1 e 5, sendo que quanto maior a pontuação, melhor a percepção de autoeficácia.

6.6 AVALIAÇÃO DE LÓCUS DE CONTROLE

Para avaliação do locus de controle, foi escolhida a Escala Multidimensional de Locus de Controle da Saúde (ANEXO C). A escala é composta por 24 afirmativas do tipo *likert*, que variam de discordo totalmente a concordo totalmente. Para as avaliações os itens são divididas em três subescalas, correspondendo a cada uma das dimensões de controle propostas. A subescala I (Internalidade) mede o grau em que o sujeito acredita que mantém controle sobre sua vida; a subescala OP (Outros Poderosos) mede a percepção de que este controle está nas mãos de pessoas poderosas, e a subescala A (Acaso) diz respeito à percepção de ser controlada pelo acaso, sorte ou destino. Para a correção somam-se os valores correspondentes à

opção para cada item, da seguinte forma: escala I: itens 1, 4, 5, 9, 18, 19, 21, 23; escala OP: itens 3, 8, 11, 13, 15, 17, 20, 22; escala A: itens 2, 6, 7, 10, 12, 14, 16, 24. O LC do indivíduo é definido como o da subescala de maior pontuação, uma vez que quanto mais alto o escore em cada subescala, maior a crença do sujeito no controle pela fonte correspondente. (RODRÍGUEZ-ROSETO, FERRIANI E DELA COLETA, 2002).

6.7 AVALIAÇÃO DE RELIGIOSIDADE

A religiosidade foi avaliada pela Escala da Religiosidade da Duke - DUREL (ANEXO D), derivada da Duke Religion Index e validada por Lucchetti et al (2012). Ela é uma escala de cinco itens que mede três dimensões de religiosidade: Religiosidade Organizacional - RO (1 item), Religiosidade Não Organizacional - RNO (1 item) e Religiosidade Intrínseca - RI (3 itens), cujas pontuações estão dispostas em uma escala de formato likert. Para a análise dos resultados, as pontuações devem ser analisadas separadamente e os escores não devem ser somados em um escore total.

6.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis numéricas foram representadas por média e desvio padrão, ou mediana (mínimo-máximo) de acordo com a distribuição, e as categóricas, por meio de frequência e porcentagem. A comparação das variáveis categóricas foi feita pelo teste qui-quadrado (χ^2) ou, quando indicado, pelo teste exato de Fischer. A correlação de Spearman foi utilizada para avaliar a relação entre as variáveis

autoeficácia, LCS e religiosidade. A normalidade foi verificada pelo teste Shapiro-Wilk. As variáveis numéricas foram comparadas pelo teste T de Student ou Mann-Whitney.

As análises estatísticas foram conduzidas usando o software SPSS versão 19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). O valor de significância adotado foi $p \leq 0,05$.

7. RESULTADOS

Os resultados e discussão serão apresentados sob a forma de artigo científico submetido ao periódico Journal of Psychosomatic Research (ANEXO F).

Os resultados da pesquisa foram apresentados nos seguintes congressos internacionais, nacionais e regionais (APÊNDICE D):

- 1- Congresso Brasileiro de Transplantes (2013).
- 2- Congresso Brasileiro de Nefrologia (2014).
- 3- World Transplant Congress (2014) - Prêmio: [Poster of Distinction award](#).
- 4- Congresso Mineiro de Nefrologia (2015).

8. CONCLUSÕES

- Esta pesquisa foi a 2ª no Brasil a utilizar a metodologia da triangulação em TxR, ou seja, o uso de três métodos: questionário de autorrelato, opinião dos profissionais e nível sérico, que é a recomendada para avaliar a aderência ao tratamento imunossupressor por apresentar maior acurácia. Encontramos uma frequência elevada de 70,5% de NA aos imunossupressores em transplantados renais.
- As crenças de autoeficácia nos pacientes aderentes foram mais elevadas do que naqueles não-aderentes. Nas dimensões do LCS não houve diferenças significativas entre os grupos. Em relação à religiosidade, encontramos maior RI nos pacientes aderentes, quando comparados aos não-aderentes e não houve diferenças nas dimensões RO e RNO.
- As características sociodemográficas deste estudo não mostraram diferença significativa entre os grupos. Em relação às características clínicas, os pacientes aderentes apresentaram menor valor de creatinina e encontravam-se em estágios inferiores da DRC.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso estudo demonstrou que as crenças de autoeficácia e a RI estão associadas ao comportamento de aderência medicamentosa em transplantados renais.

No que diz respeito às implicações clínicas dos nossos achados, acreditamos que nossos resultados sugerem que os profissionais de saúde tenham uma visão holística em relação ao paciente e devam levar em conta aspectos como a religiosidade e a elevada crença de autoeficácia para aderir às orientações sobre o uso das medicações.

Com base na literatura, uma revisão sistemática recente avaliou a eficácia das intervenções para melhorar a aderência à medicação em receptores de TxR. Foram consultadas oito bases de dados eletrônicas no período de 2000 a 2013 e identificados doze estudos de intervenção. Os métodos para medir e monitorar a aderência variou entre os estudos, e incluiu a contagem de comprimidos, autorrelato, o diário do paciente e a monitorização eletrônica. Dos estudos encontrados, quatro estudos com estratégias multidimensionais e um com intervenção comportamental mostraram uma melhora significativa da aderência medicamentosa. As intervenções individuais, levando em consideração as características comportamentais, quando comparadas às universais se mostraram mais eficazes. Assim como a simplificação do regime terapêutico (LOW et al., 2014).

Nesse aspecto, considerando nossos resultados, sugere-se que na implementação de estratégias para reduzir a NA, as medidas multidimensionais incluam intervenções com objetivo de modificação do comportamento e melhora da autoeficácia.

A entrevista motivacional mostra-se como uma alternativa teórica importante para promover a aderência ao tratamento contemplando o objetivo proposto acima. O estilo diretivo e o uso desse modelo evocam as motivações do paciente para o processo de mudança. Trata-se de uma técnica habilidosa, que estimula os pacientes a refletirem a respeito de sua própria saúde, a fim de despertarem interesse na mudança de seus comportamentos. Trata-se de uma abordagem terapêutica que propõe diferentes intervenções, conforme o estágio motivacional em que o sujeito se encontra no momento, cuja intenção é o aumento da aderência ao tratamento imunossupressor (BANDINELLI; GONÇALVES; FONSECA, 2013).

REFERÊNCIAS

- ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H.; POBER, J. S. **Imunologia celular e molecular**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 544 p.
- ALLEN, J.D. et al. Dimensions of religiousness and cancer screening behaviors among church-going Latinas. **Journal of Religion and Health**, v.53, n.1, p. 190–203, feb. 2014.
- Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO). **Registro Brasileiro de Trasplante**, v. 17, n.4, jan./dez. 2012. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2014/rbt2014-lib.pdf> . Acesso em: 16 mar. 2015.
- BANDINELLI, L.P.; GONÇALVES, H.A.; FONSECA, R.P. A entrevista motivacional e sua aplicabilidade em diferentes contextos: uma revisão sistemática. **Relato de pesquisa**, v.13, n.1, p.26-34, jul. 2013.
- BANDURA, A. Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, n.2, p.191-215, mar. 1977.
- BANDURA, A. Social Foundations of Thought and Action. **Englewood Cliffs**, New Jersey: Prentice Hall, 1986.
- BARLETTA, J.B. Comportamentos e crenças em saúde: contribuições da psicologia para a medicina comportamental. **Revista de Psicologia da IMED**, v.2, n.1, p. 307-317, mar. 2011.
- BERBEN, L. DOBBELS, F. ENGBERG et al. An ecological perspective on medication adherence. **Wester Journal of Nursing Research**, v.34, n.5, p.635-53, aug. 2012.
- BARROS, T.M. Psicologia e saúde: intervenção em hospital geral. In: CAMINHA, R.M. et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**. São Paulo: Casa do psicólogo. p.239-246, 2003.
- BITAR, A.E. et al. Patient noncompliance as a cause of late kidney graft failure **Transplantation Proceedings**, v.24, n.6, p.2720-2721, dec. 1992
- BRAHM, M.M. et al. Evaluation of adherence to immunosuppressive drugs in kidney transplantation by control of medication dispensing. **Transplantation Proceedings**, v.44, n.8, p.2391-2393, oct. 2012.
- BURKER, E.J. et al. Health locus of control predicts survival after lung transplant. **Journal of Health Psychology**, v. 10, n.5, p.695-704, sep. 2005
- BUTLER, J. A. et al. Frequency and impact of nonadherence to immunosuppressants after renal transplantation: a systematic review. **Transplantation**, Baltimore, v. 77, n. 5, p. 769-789, mar. 2004.

CASTRO, E.K.; PINTO, D.W.; PONCIANO, C.F. Auto-eficácia e qualidade de vida de jovens adultos com doenças crônicas. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v.12, n.2, p.100-113, dez. 2009.

CHISHOLM, M. A.; LANCE, C. E.; MULLOY, L. L. Patient factors associated with adherence to immunosuppressant therapy in renal transplant recipients. **American Journal of Health System Pharmacy**, v. 62, n. 17, p. 1775-1781, sep. 2005.

CHISHOLM-BURNS, M. et al. Factors related to immunosuppressant medication adherence in renal transplant recipients. **Clinical Transplantation**, v.26, n.1, p.706-13, feb.2012.

CHRISTENSEN, A.J. et al. Patient and physician beliefs about control over health: association of symmetrical beliefs with medication regimen adherence. **Journal of General Internal Medicine**, v.25, n.5, 397–402, may.2010.

CLEEMPUT, I. et al. The economic implications of non-adherence after renal transplantation. **Pharma Economics**, v.22, n.18, p.1217-1234, dec. 2004.

CUKOR, D. et al. Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. **Kidney international**, v. 75, n. 11, p. 1223-1229, jun. 2009.

DAGEFORDE, L.A; CAVANAUGH, K.L. Health literacy: emerging evidence and applications in kidney disease care. **Advances in Chronic Kidney Disease**, v.20, n.4, p.311-319, jul.2013.

DE GEEST, S. et al. Late acute rejection and subclinical noncompliance with cyclosporine therapy in heart transplant recipients. **The Journal of Heart and Lung Transplantation**, v.17, n.1, p.854-893, sep.1998.

DE GEEST, S. **The Basel Assentment on Adherence with Immunossuppressive Medication Scale – BAASIS**. Basel: University of Basel, 2005.

DE GEEST, S.; DENHAERYNCK, K.; DOBBELS, F. Clinical and economic consequences of non-adherence to immunosuppressive drugs. In: GRINGÓ, J. M. (Org.). **International transplantation updates: compliance in solid organ transplantation**. Barcelona: [s.n.], p. 63-81, 2011.

DELA COLETA, M.F. Escala multidimensional de controle de Levenson. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v.39, n.2, p.79-87, 1987.

DENHAERYNCK, K. et al. Validaty testing of the long-term medication behavior self-efficacy scale. **Journal of Nursing Measurement**, v.11, n.3, p. 267-282, dec. 2003.

_____. Prevalence, consequences, and determinants of noadherence in adult renal transplant patients: a literature review. **Transplant International**, Oxford, v. 18, n. 10, p. 1121-1133, oct. 2005.

_____. Prevalence and risk factors of non-adherence with immunosuppressive medication in kidney transplant patients. **American Journal of Transplantation**, v.7, n.1, p.108-116, jan. 2007.

_____. Clinical consequences of non adherence to immunosuppressive medication in kidney transplant patients. **Transplant international**, Oxford, v. 22, n. 4, p. 441-446, apr. 2009.

DEW, M. A. et al. Rates and risk factors for nonadherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation. **Transplantation**, Hagerstown, v. 83, n. 7, p. 858-873, abr. 2007.

DEWULF, N.L.S. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. **Revista Brasileira Ciência Farmacêutica**, São Paulo, v. 42, n.4, p. 575-584, out./dez. 2006.

DIMATTEO, M.R. et al. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. **MedCare**, v.40, p. 794–811, sep. 2002.

DOBBELS, F. et al. Growing pains: non-adherence with the immunosuppressive regimen in adolescent transplant recipients. **Pediatric transplantation**, v.9, n.3, p.381-390, jun. 2005.

DOBBELS, F., BERBEN, L., DE GEEST, S. et al. The psychometric properties and practicability of self-report instruments to identify medication nonadherence in adult transplant patients: a systematic review. **Transplantation**, v. 90, n. 2, p. 205–219, jul.2010.

DOBSON, D; DOBSON, K.S. Introdução e contexto das intervenções cognitivo-comportamentais. In: DOBSON, D; DOBSON, K.S A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 11-19.

DULMEN, S.V et al. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. **BMC Health Services Research**, v.7 n.55, p.1-13, apr. 2007.

FAUSTINO, Q.M.; SEIDL, E.MF. Intervenção cognitivo-comportamental e adesão ao tratamento em pessoas com HIV/aids. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v.26, n.1, p.121-130,, 2010.

FINE, R.N. et al. Nonadherence Consensus Conference Summary Report. **American Journal of Transplantation**, Hoboken, v. 9, n. 1, p. 35-41, jan. 2009.

FISHBEIN, M. The role of theory in HIV prevention. **AIDS Care**, v.12, p.273-278, jun. 2000.

FISHBEIN M, HENNESSY M, YZER M, DOUGLAS J. Can we explain why some people do and some people do not act on their intentions? **Psychol Health Med**, v.8, n.1, feb. 2003.

GARCIA Jr., C.; ZIMMERMANN, P.R. Falência e transplante de órgãos. In: BOTEGA, N.J. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 355-372.

GATCHEL, R.J.; EPKER, J. Psychosocial predictors of chronic pain and response to treatment. In: GATCHEL, R.J.; TURK, D.C. **Psychosocial factors in pain: Critical perspectives**. New York: Guilford Press, 1999.p.412-434.

GEBO, K.A.;KERULY, J.; MOORE, R.D. Association of social stress, illicit drug use, and health beliefs with nonadherence to antiretroviral therapy. **Journal of General Internal Medicine**, v.18, p. 104-111, feb. 2003.

GILL, J.S. et al. The impact of waiting time and comorbid conditions on the survival benefit of kidney transplantation. **Kidney International**, v. 68, n.5, p.2345-2351, nov. 2005.

GOODMAN, W. G.; DANOVIATCH, G. M. Options for patients with kidney failure. In: DANOVIATCH, G. M. **Handbook of kidney transplantation**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p. 1-22, 2005.

GRIVA, K. et al. Non-adherence to immunosuppressive medications in kidney transplantation: intent vs.forgetfulness and clinical markers of medication intake. **Annals of Behavioral Medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine**, v.44, n.1, p.85-93, aug. 2012.

HALLORAN, P.F. Imunosuppressive drugs for kidney transplantation. **The New England Journal of Medicine**, v.351, n.26, p.2715-2729, dec. 2004.

HATAH, E. et al. The influence of cultural and religious orientations on social support and its potential impact on medication adherence. **Patient Prefer Adherence**, v.9, p.589-596, apr. 2015.

HANSEN, R.; SEIFELDIN, R.; HANSEN, L. medication adherence in chronic disease issues in post transplant immunosuppression. **Transplantation Proceedings**, v.39, p.1287-1300, jun. 2007.

HELMER, S.M.; KRAMER, A.; MIKOLAJCZYK, R.T. Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany. **BMC Research Notes**, v.5, n.703, p.1-8,dec. 2012.

IRONSON, G.; STUETZLE, R., FLETCHER, M.A. An Increase in Religiousness/Spirituality Occurs After HIV Diagnosis and Predicts Slower Disease Progression over 4 Years in People with HIV. **Journal of General Internal Medicine**, v.21, supl.5, p. 62-68, dec. 2006.

K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. **American Journal Kidney Disease**, v.39, supl.2, p.1-246, 2002.

KIDNEY Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Transplant Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. **American Journal of Transplantation**, v.9, supl.3, p.1-157, nov. 2009.

KOENIG, H. G.; MC CULLOUGH, M.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press, 2001.p.539-545.

KRISTON, P.; PIKÓ, B.; KOVÁCS, E. Self-perceived health, as an indicator of psychological well-being: behavioural epidemiological analysis among the adolescent population. **Orvosi Hetilap**, v.25, p. 1875-1882, nov. 2012.

LEITE, S.N.; VASCONCELOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e saúde coletiva**, v.8, n.3, p.775-782, jul. 2003.

LOW, J.K. et al. Interventions to improve medication adherence in adult kidney transplant recipients: a systematic review. **Nephrology Dialysis Transplant**, v.30, n.5, p.752-761, may. 2015.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; VALLADA, H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. **São Paulo Medical Journal**, v. 131, n. 2, p.112-122, 2013.

LUCCHETTI, G.; GRANERO-LUCCHETTI, A.; PERES, M.F. et al. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). **Journal of Religion and Health** v.51, n.2, p.579-586, jun. 2012.

MALDANER, C. R. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.29, n.4, p.647-653, set. 2008.

MARCO, M.A. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.30, n.1, p.1-13, jan./abr. 2006.

MARSICANO, E.O. **Não aderência no pós transplante renal: validação do instrumento The Basel Assessment of Adherence with Imunosuppressive Medication Scale e condições associadas**. 2012. 127f. Dissertação (Mestrado em Saúde)- Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

MARSICANO, E.O. et al. Transcultural adaptation and initial validation of brazilian-portuguese version of the basel assessment of adherence to imunossuppressive medications scale (BAASIS) in kidney transplants. **BMC Nephrology**, v.14, n.108, p.1-8, mai. 2013.

MASSEY, E.K. et al. The role of goal cognitions, illness perceptions and treatment beliefs in self-reported adherence after kidney transplantation: A cohort study. **Journal of Psychosomatic Research**, v.75, n.1, p.229-34, jul.2013.

MASSEY, E.K. et al. Discrepancies between and beliefs and behavior: a prospective study into immunosuppressive medication adherence after kidney transplantation. **Transplantation**, v.99, n.2, p.375-380, fev 2015.

MATAS, A.J. Impacto da não-adesão do receptor nos desfechos em longo prazo de transplante. Revisão da literatura e experiência da Universidade de Minnesota. **Jornal Brasileiro de Transplantes**, v. 10, n.4, 828-831, out./dez. 2007.

MATTA, S.R.; LUIZA, V.L.; AZEREDO, T.B. Adaptação brasileira de questionário para avaliar adesão terapêutica em hipertensão arterial. **Revista de Saúde Pública**, v.47, n.2, p.292-300, abr. 2013.

MICHELON, T.F. et al. Noncompliance as a course of renal graft loss. **Transplantation proceeding**, v. 34, n. 7, p. 2768-2770, nov. 2002.

MILLER, W.R.; THORESEN, C.E. Spirituality, religion, and health. An emerging research field. **American Psychologist**, v.58, n.1,p.24-35, jan. 2003.

MORAES, A. B. A.; ROLIM, G. S.; COSTA JR., A.L. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 11, n. 2, dez. 2009.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; NETO, F.L.; KOENIG, H.G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 242-250, sep. 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Versão em português da escala de religiosidade da Duke- DUREL. **Revista Psiquiatria Clínica**, v.35, n1, p.31-32, 2008.

MORRISSEY, E, P.; FLYNN, L.; M.; LIN, S. Medication noncompliance and its implications in transplant recipients. **Drugs**, v.67, p. 1463-1481, fev. 2007.

NEIPP, M.; JACKOBS, S.; KLEMPNAUER, J. Renal transplantation today. **Langenbecks archives of surgery**, v. 394, n. 1, p. 1-16, jan. 2009.

NEVINS, T.E. et al. The natural history of azathioprine compliance after renal transplantation. **Kidney International**, v.60, n.1, p.1665-1670, out 2001.

NEVINS, T.E; THOMAS,W. Quantitative patterns of azathioprine adherence after renal transplantation. **Transplantation**, v.15, n.87, p.711-718, mar 2009.

OBRADOR, G.T., MAHDAVI-MAZDEH M., COLLINS, A.J. Establishing the global Kidney Disease Prevention Network (KDPN): a position statement from the National Kidney Foundation. **American Journal Kidney Disease**, v.57, p.361-370, mar. 2011.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **The New England journal of medicine**, v. 353, p. 487-497, aug 2005.

PEREIRA, C.A.A. Um panorama histórico-conceitual acerca das subdimensões da qualidade de vida e do bem-estar subjetivo. **Arquivos brasileiros de psicologia**, v.49, n.4, p.32-48, out./dez. 1997.

PINSKY, B.W. et al. Transplant outcomes and economic costs associated with patient noncompliance to immunosuppression. **American Journal of Transplantation**, v.9, n.11, p.2597-2606, nov. 2009.

PONTES, A.C.; LEITÃO, I.M.T.A.; RAMOS, I.C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 3, mai./jun. 2008.

PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C., NORCROSS, J. C. In search of how people change- applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, v.47, n.9, p.1102-1114, sep.1992.

RYDLEWSKA, A. Health locus of control and the sense of self-efficacy in patients with systolic heart failure: a pilot study. **Patient Prefer Adherence**, v.19, n. 7, p.337–343, apr. 2013.

ROLLNICK, S.; MILLER, W.R.; BUTLER, C.C. **Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 221p.

RODRÍGUEZ-ROSETO, J.E.; FERRIANI, M.G.C.; DELA COLETA, M.F. Escala lócus de controle da saúde- MHLC: estudos de validação. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.10, n.2, p. 179-184, mar./abr. 2004.

ROSENBERGER, J. et al. Factors modifying stress from adverse effects of immunosuppressive medication in kidney transplant recipients. **Clinical Transplantation**, Copenhagen, v. 19, n. 1, p. 70-76, feb. 2005.

RUFFIN, R. Health locus of control beliefs and healthy survival with AIDS. **International Journal of Behavioral Medicine**, v.19, n.4, p.512–517, dec. 2012.

SCHAEFER-KELLER, P. et al. A practical approach to promoting adherence to immunosuppressive medication after renal transplantation. **Current opinion in Nephrology and Hypertension**. v. 15, aug. 2006.

SCHAEFER-KELLER P. et al. Diagnostic Accuracy of Measurement Methods to Assess non-Adherence to Immunosuppressive Drugs in Kidney Transplant Recipients. **American Journal of Transplantation**, v.8, p.1-11, mar. 2008.

SCHMID-MOHLER, G. et al. Non-adherence to immunosuppressive medication in renal transplant recipients within the scope of the integrative model of behavioral prediction a cross- sectional study. **Clinical Transplantation**, Copenhagen, v. 24, n, 2, p. 213-222, jun, 2009.

SILVA, D. S. et al. Adesão ao tratamento imunossupressor no transplante renal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 139-147, abr./jun. 2009.

SILVA FILHO, A. P. Nefropatia crônica do enxerto. In: MANFRO, R. C.; NORONHA, I. L.; SILVA FILHO, A. P. **Manual de transplante renal**. São Paulo: Manole, 2004. p. 295-302.

STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005. 676p.

SZUPSZYNSKI, K.P.D.R.; OLIVEIRA, M.S. O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. **Psicologia: Teoria e Prática**, v.10, n.1, p. 162-173, jun. 2008.

TAKEMOTO, S. K. et al. A retrospective analysis of immunosuppression compliance, dose reduction and discontinuation in kidney transplant recipients. **American Journal of Transplantation**, Hoboken, v. 7, n. 12, p. 2704-2711, dec. 2007.

THEGE, B.K.; RAFAEL, B.; ROHÁNSZKY, M. Psychometric Properties of the Multidimensional Health Locus of Control Scale Form C in a Non-Western Culture. **Plos One**, v.9, n.9, p.1-7, sep. 2014.

THOMAS, C.V.; ALCHIERI, J.C. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. **Avaliação Psicológica**, v.4, n.1, p.57-64, jun. 2005.

VANDER DEL BIJL, J.J.; SHORTRIDGE-BAGGETT, L.M. The theory and measurement of the self-efficacy construct. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice** v. 15, n.3, p.189-207, feb. 2001.

VRIJENS, B. et al., A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 73, n.5, p. 691-705, jan. 2012.

WALLSTON, K.A.; STEIN, M.J.; SMITH, C.A. Form C of the MHLC Scales: A condition-specific measure of locus of control. **Journal of Personality Assessment**, 1994, v.63, p.534–553, dec.1994.

WENG, F.L. et al. Race and electronically measured adherence to immunosuppressive medications after deceased donor renal transplantation. **J American Society of Nephrology**, v.16, n.6, p.1839-48, jun.2005.

WIERDSMA, J.; VAN ZUILEN, A.; VAN DER BIJL, J. Self-efficacy and long-term medication use in patients with chronic kidney disease. **Journal Renal Care**, v.37, n.3, p.158-66, sep.2011.

WOO, H.; FRISBIE, W.P. **Self-regulated health behavior and chronic disease: a longitudinal analysis of a healthy population**. Austin: University of Texas, 2005, 27p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva, 2003, 181p.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFJF
JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Nefrologia- NIEPEN/UFJF

Pesquisador Responsável: Andresa Nascimento da Silva
Endereço: Avenida Olegário Maciel, 458/702- Santa Helena
CEP: 36015-350 – Juiz de Fora – MG
Fone: (32)9939-5654
E-mail: andresa_ans@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado a participar como voluntário (a) da pesquisa “Autoeficácia, locus de controle da saúde, religiosidade e não-aderência medicamentosa no pós-transplante renal”. Neste estudo pretendemos avaliar os fatores comportamentais associados à aderência em pacientes transplantados renais.

O motivo que nos leva a estudar este tema é o que o contexto do transplante renal envolve fatores que vão além da descoberta de um rim compatível, o sucesso na cirurgia e o funcionamento do enxerto. O comportamento do paciente após o procedimento cirúrgico pode influenciar diretamente os resultados deste processo.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: você será submetido a uma avaliação de autoeficácia, locus de controle e crenças em saúde, através de escalas, que serão aplicados pela pesquisadora. A sua participação não envolverá nenhum risco e os pesquisadores não interferirão no tratamento. O benefício que o estudo pode trazer é o maior conhecimento sobre os fatores cognitivo-comportamentais que podem estar associados à aderência no pós-transplante renal. Você poderá se negar a participar bem como abandonar a

pesquisa em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou modificação na forma em que é atendido pela pesquisadora ou pelo serviço. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Porém, qualquer dano decorrente do estudo será ressarcido pela pesquisadora.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

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 em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no NIEPEN/UFJF e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, a pesquisadora assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Autoeficácia, locus de controle da saúde, religiosidade e não-aderência medicamentosa no pós-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 cópia 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 2013.

Nome do paciente: _____

Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____

Nome da testemunha: _____

Assinatura: _____

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP HU – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF
Hospital universitário Unidade Santa Catarina
Prédio da Administração Sala 27
CEP 36036-110
E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

Responsáveis:

Andresa Nascimento da Silva

Tel: (32)9939-5654 E-mail: andresa_ans@hotmail.com

Profª. Drª. Hélydy Sanders Pinheiro

Tel: (32) 3216-2515- E-mail: heladysanders@gmail.com

APÊNDICE B- Coleta de dados do Prontuário

Paciente: _____

Nº Prontuário: _____

Data da coleta: ____/____/2013.

Dados Sociodemográficos:

1) Gênero:

 Feminino Masculino

2) Idade:

_____ anos

Data de nascimento: _____

3) Raça:

 Branca Preta Amarela Parda Indígena

4) Tipo de doador:

 Vivo Falecido

5) Empregado:

 Sim Não Profissão: _____

6) Aposentado:

 Sim Não

7) Renda familiar:

 Até 1 salário 2 a 5 salários Maior que 5 salários

8) Tempo de estudo:

_____ anos.

9) Estado civil:

 Solteiro Casado ou união estável Separado Viúvo

10) Tempo de Transplante:

Data do Tx: _____ Nº de meses: _____

Dados clínicos:

1) Valor de Creatinina: _____ Data do exame: _____

Nível Sanguíneo Imunossupressor: _____

Adequado ()sim ()não

Data do exame: _____

2) Estágio Doença renal Crônica (MDRD):

() 1 a 3A () 3B a 5

APÊNDICE C – Avaliação dos Profissionais de Saúde

Profissão:

Médico Enfermeiro

Pergunta:

Você classifica a aderência medicamentosa do paciente como?

Boa Regular Péssima

APÊNDICE D- Resumos dos trabalhos apresentados em congressos

Congresso:	Brasileiro de Transplantes, 2013
Título:	Associação entre locus de controle da saúde, autoeficácia e aderência medicamentosa no pós-transplante renal
Resumo:	<p>Introdução: A aderência ao tratamento no pós-transplante renal exerce influência direta nos desfechos clínicos. É processo multidimensional resultante da interação de vários fatores, dentre eles àqueles relacionados ao paciente e ao seu comportamento. A autoeficácia e o locus de controle da saúde (LCS) explicam a percepção dos indivíduos sobre quem ou o que detém o controle sobre sua vida. Objetivamos avaliar a associação entre a auto-eficácia e LCS e a aderência medicamentosa nesta população. Material e Métodos: Estudo transversal composto por 50 pacientes com mais de um ano de transplante. Coletados dados sociodemográficos e clínicos. Para a avaliação de autoeficácia (Escala Autoeficácia Geral Percebida), LCS (Escala Multidimensional de Locus de Controle da Saúde) e aderência medicamentosa (Escala BAASIS) utilizamos instrumentos adaptados e validados. Resultados: A amostra caracterizou-se por: 56% masculinos, idade de $49,2 \pm 15,7$ anos, 74% de raça branca, 8% diabéticos. 34% foram considerados não-aderentes. Pacientes com diabetes apresentaram maior pontuação na subescala Outros Poderosos (OP), o que esteve associado à maior aderência medicamentosa ($p=0,051$). Nas demais subescalas de LCS, internalidade e acaso, não houve diferenças entre os grupos. Os pacientes aderentes apresentaram maior pontuação na avaliação da auto-eficácia. Discussão e Conclusões: Nesta amostra, pacientes aderentes apresentaram LCS Outros Poderosos, ao contrário do descrito de associação com o LCS de controle interno. Por outro lado, a aderência aos imunossupressores esteve associada à maior autoeficácia. Estes resultados ressaltam a importância dos aspectos individuais no comportamento de não-aderência.</p>

Congresso:	Brasileiro de Nefrologia, 2014
Título:	Avaliação da religiosidade e aderência medicamentosa em pacientes transplantados renais
Resumo:	<p>Introdução: A não-aderência (NA) ao medicamento imunossupressor exerce influência direta nos desfechos clínicos no transplante renal (TxR). É um processo multidimensional resultante da interação de vários fatores, dentre eles há aqueles relacionados ao paciente e ao seu</p>

	<p>comportamento. Nos comportamentos de saúde, aspectos como a religiosidade, estão cada vez mais associados ao impacto na saúde e no tratamento. Objetivou-se avaliar a associação da religiosidade e a não aderência aos imunossuppressores em pacientes transplantados renais. Métodos: Estudo transversal composto por 43 pacientes com mais de um ano de transplante em acompanhamento ambulatorial. Foram coletados dados sociodemográficos e clínicos. A religiosidade foi avaliada pela Escala de Religiosidade da Duke, em seus três domínios: (1) Religiosidade Organizacional – frequência com que vai a serviços religiosos; (2) Religiosidade Não Organizacional – tempo dedicado a atividades religiosas individuais; e (3) Religiosidade intrínseca – influência da crença nos aspectos da vida. Maiores níveis de religiosidade são representados por maiores escores em cada domínio. A NA foi diagnosticada através do método da triangulação: Escala BASEL para avaliação da aderência a medicamentos imunossuppressores-BAASIS (autorrelato), opinião dos profissionais e nível dos imunossuppressores. Foi considerado não aderente o paciente que fosse identificado por um dos métodos. Utilizamos os testes de Kolmogorov-Smirnov e Mann-Whitney/t Student para a avaliação estatística. Resultados: A amostra foi composta de 62,8% de pacientes do sexo masculino com média de idade de 45,2± 12,1 anos, 100% receberam o enxerto de doador vivo e o tempo pós-TxR foi de 109,7± 35,1 meses. Destes, 53,5% foram identificados como não-aderentes. Os pacientes aderentes apresentaram escore de Religiosidade Organizacional superior ao dos não-aderentes (3,10 ± 1,21 vs. 2,30 ± 1,30; p=0,045). Não foram observadas diferenças entre aderentes e NA nos demais domínios do instrumento. Conclusão: Menor Religiosidade, na dimensão Organizacional, esteve associada ao comportamento NA no pós-TxR.</p>
--	---

Congresso:	World Transplant Congress, 2014
Título:	Modifiable Factors For Non-adherence To Immunosuppressive Treatment In Kidney Transplant Recipients
Resumo:	<p>Background: Non-adherence to treatment is often a pitfall in the clinical management of kidney transplant recipients (KTR), as it can have a negative impact on graft survival. Interventions directed to improve patient adherence must target modifiable factors like patient's behavior. The present study explores cognitive factors associated to non-adherence in KTR. Methods: This cross-sectional study enrolled 50 patients with more than 1 year post-transplant. Adherence was evaluated through the BASEL self-report scale for</p>

	<p>adherence to immunosuppressive medication (BAASIS). Health belief and self-efficacy were assessed through standardized questionnaires (Health Belief Measure Scale, and the Perceived General Self-efficacy Scale, respectively). Further demographic and clinical data were collected from the patients' medical records. Results: Fifty-six percent of patients were male, mean age was 49.3 ± 15.7 years, 66% were married, 74% were white, 88% had a living related donor, and mean post-transplant time was 101.5 ± 74.5 months. Sixty-two percent of KTR had systemic hypertension, 8% were diabetic, 66% were using 3 to 7 different medications per day. Forty-four percent of patients were classified as non-adherent to treatment by BAASIS. Health beliefs were not different between adherent and non-adherent patients. However, a higher grading in the general self-efficacy scale was found in adherent group (43.9 ± 5.6 vs 35.6 ± 9.2 $<0,001$). . Conclusion: A better self-efficacy was associated with adherence to immunosuppressive treatment. The results support the adoption of behavioral strategies in order to achieve a better self-management and adherence to treatment in this population.</p>
--	---

Congresso:	Mineiro de Nefrologia, 2015
Título:	Crenças de autoeficácia e locus de controle e aderência medicamentosa em pacientes transplantados renais
Resumo:	<p>Introdução: A aderência aos imunossupressores é essencial para os resultados do transplante renal (TxR). Crença elevada de autoeficácia revela maior motivação para alcançar um resultado e lócus de controle da saúde (LCS) avalia a percepção dos indivíduos sobre o controle de sua vida. Objetivo: Verificar relação entre autoeficácia, LCS e aderência medicamentosa em transplantados renais. Métodos: Estudo transversal com 88 pacientes com mais de um ano de TxR. Coletados dados sociodemográficos e clínicos. O diagnóstico de aderência foi realizado pelo método da triangulação: escala BAASIS para Avaliação da Aderência a Medicamentos Imunossupressores, opinião dos profissionais e nível sanguíneo dos imunossupressores. Para avaliação de autoeficácia e LCS utilizamos as escalas de Autoeficácia Geral Percebida e Multidimensional de LCS. Resultados: O perfil da amostra caracterizou-se por 63,6% masculinos, idade de $47,2 \pm 12,9$ anos. 70,5% foram considerados não-aderentes. Observamos uma maior pontuação de autoeficácia nos aderentes em relação aos não-aderentes, mediana 4,60 (3,00-5,00) vs 4,00 (1,80-5,40) ($p < 0,001$), respectivamente. As dimensões do LCS não foram diferentes entre os grupos. Conclusão: Em transplantes, a crença de autoeficácia tem sido considerada fator preditor de aderência ao tratamento. Os dados obtidos apoiam a adoção de estratégias motivacionais, a fim de alcançar uma melhor</p>

	autogestão e aderência nesta população.
--	---

Congresso:	Mineiro de Nefrologia, 2015
Título:	Práticas religiosas e aderência medicamentosa em pacientes transplantados renais
Resumo:	<p>Introdução: Estudos apontam uma relação positiva entre práticas religiosas e desfechos em saúde. Não há estudos sobre religiosidade e sua relação com transplante renal (TxR) e aderência medicamentosa. Objetivo: Avaliar a relação entre aderência ao tratamento imunossupressor e religiosidade. Métodos: Estudo transversal com 88 transplantados renais com mais de um ano de TxR. Coletados dados sociodemográficos e clínicos. Para o diagnóstico de aderência utilizamos o método da triangulação: escala BAASIS para Avaliação da Aderência a Medicamentos Imunossupressores, opinião dos profissionais e nível sanguíneo dos imunossupressores. A religiosidade foi avaliada pela escala de Religiosidade da DUKE (DUREL), que inclui as dimensões que mais se relacionam com desfechos em saúde: organizacional (RO), não-organizacional (RNO) e intrínseca (RI). Resultados: A amostra caracterizou-se por 63,6% masculinos, média de idade de 47,2±12,9 anos. 70,5% foram considerados não-aderentes. Observamos uma maior pontuação na dimensão RI entre os aderentes em relação aos não-aderentes, mediana de 3,00 (3,0-9,0) vs 4,22 (3,0-12,0) (p=0,016), respectivamente. Conclusão: Podemos concluir que a busca de internalização e vivência plena da religiosidade (RI) apresentou associação com o comportamento de aderência medicamentosa. Esses dados reforçam a importância de contemplar esses aspectos no tratamento, de forma a perceber o indivíduo em sua integralidade.</p>

ANEXOS

ANEXO A – Escala Basel para Avaliação de Aderência a Medicamentos Imunossupressores

1) Você se lembra de não ter tomado seus remédios imunossupressores (dê o nome dos remédios) alguma vez nas últimas 4 semanas?

sim não

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 várias doses consecutivas de sua medicação imunossupressora nas 4 últimas semanas?

sim não

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

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

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 – Escala de Autoeficácia Geral Percebida

1. Eu consigo resolver problemas difíceis, se eu me esforçar o suficiente.
2. Se alguém se opõe a mim, eu consigo encontrar meios e formas de obter o que quero.
3. Tenho certeza que posso atingir meus objetivos.
4. Estou convicto que posso lidar eficientemente com acontecimentos inesperados.
5. Graças a minha versatilidade (jogo de cintura), posso lidar bem com situações imprevistas.
6. Eu consigo resolver a maioria dos meus problemas, se eu investir o esforço necessário.
7. Eu consigo manter a calma frente a dificuldades porque posso contar com as minhas habilidades de lidar com elas.
8. Quando sou confrontado com um problema, consigo encontrar várias soluções.
9. Se estou com problemas, consigo pensar em uma boa solução.
10. Eu consigo lidar com tudo que vier pelo meu caminho.

	DISCORDO TOTALMENTE			CONCORDO TOTALMENTE	
1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
6	1	2	3	4	5
7	1	2	3	4	5
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	1	2	3	4	5

ANEXO C – Escala Multidimensional de Locus de Controle da Saúde

1. Se eu vou ou não tornar-me um líder depende principalmente de minha capacidade.
2. Minha vida é, em grande parte, determinada por acontecimentos inesperados.
3. Sinto que o que ocorre em minha vida é determinado principalmente por pessoas mais poderosas do que eu.
4. Se eu vou ou não sofrer um acidente de automóvel depende principalmente de eu ser ou não um bom motorista.
5. Quando faço planos, sempre tenho certeza de que vou realizá-los.
6. Geralmente não tenho oportunidade de proteger meus interesses pessoais da influência do azar.
7. Quando eu consigo o que quero, frequentemente, é porque tenho sorte.
8. Embora eu tenha muita capacidade, só conseguirei ter uma posição importante se pedir ajuda a pessoas de prestígio.
9. A quantidade de amigos que tenho depende de quão agradável eu sou.
10. Verifico, frequentemente, que o que está para acontecer fatalmente acontecerá.
11. Minha vida é controlada principalmente por pessoas poderosas.
12. Se eu vou ou não sofrer um acidente de automóvel, isto é principalmente uma questão de sorte.
13. As pessoas como eu têm pouca chance de proteger seus interesses pessoais quando estes entram em choque com os interesses de pessoas poderosas.
14. Nem sempre é desejável para mim fazer planos com muita antecedência, porque muitas coisas acontecem por um questão de má ou boa sorte.
15. Para conseguir o que desejo, necessito da ajuda de pessoas superiores a mim
16. Se eu vou ou não me tornar um líder depende principalmente de eu ter sorte suficiente para estar no lugar certo, na hora certa.
17. Se as pessoas importantes decidirem que não gostam de mim, provavelmente eu não conseguirei ter muitos amigos.
18. Eu posso, quase sempre, determinar o que vai acontecer em minha vida.
19. Frequentemente eu sou capaz de proteger meus interesses pessoais.
20. Se eu vou ou não sofrer um acidente de automóvel depende muito do outro motorista.

21. Quando eu consigo o que quero, frequentemente, é porque eu me esforcei muito.

22. Para que meus planos se realizem, devo fazer com que eles se ajustem aos desejos das pessoas mais poderosas do que eu.

23. Minha vida é determinada por minhas próprias ações.

24. O fato de eu ter poucos ou muitos amigos deve-se, principalmente, à influência do destino.

	Concordo Totalmente	Concordo em Parte	Estou absolutamente em dúvida	Discordo em Parte	Discordo Totalmente
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

24					
----	--	--	--	--	--

ANEXO D – Escala de Religiosidade da Duke- DUREL

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

ANEXO E – Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores cognitivo-comportamentais associados à aderência medicamentosa no pós-transplante renal

Pesquisador: Andresa Nascimento da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04593912.9.0000.5133

Instituição Proponente: FUNDACAO INST MINEIRO DE EST E PESQUISAS EM NEFROLOGIA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 182.813

Data da Relatoria: 26/11/2012

Apresentação do Projeto:

Os transplantes tornaram-se a melhor opção de tratamento para pacientes com doença renal crônica em fase de falência funcional, pois possibilita melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde. A sobrevida do enxerto renal é resultado de fatores fundamentais, dentre eles a aderência aos medicamentos imunossupressores e ao tratamento prescrito. Porém a aderência aos medicamentos imunossupressores deste esquema e ao restante do tratamento prescrito se configura como uma questão a ser considerada para um desfecho favorável dos transplantes.

Objetivo da Pesquisa:

-Avaliar a relação entre fatores cognitivo-comportamentais e aderência medicamentosa em pacientes transplantados renais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos para a realização da pesquisa. O Benefício será conhecer os fatores cognitivo-comportamentais associados à aderência medicamentosa em pacientes transplantados renais

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um Estudo descritivo; transversal. Amostra: 100 transplantados renais do Ambulatório de Pós-Transplante Renal do IMEPEN/UFJF. Estatística descritiva: frequência, medida de tendência central e dispersão coerente com os objetivos da pesquisa.

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (324)009-5187 **Fax:** (324)009-5180 **E-mail:** pesquisa@huff.uff.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos e apresentação do projeto estão de acordo com as exigências da CONEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa está adequada.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

JUIZ DE FORA, 05 de Janeiro de 2013

Assinador por:
Gisele Aparecida Fófano
(Coordenador)

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina **CEP:** 38.038-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (324)009-5187 **Fax:** (324)009-5180 **E-mail:** pesquisa@hujf.ufjf.br

ANEXO F- Comprovante de submissão do artigo “ Self-efficacy beliefs, locus of control, religiosity and non-adherence to immunosuppressive medications in kidney transplant patients”

Enviada: segunda-feira, 6 de julho de 2015 11:45:24

Para: andresa_ans@hotmail.com

Dear Dr. Andresa Silva,

You have been listed as a Co-Author of the following submission:

Journal: Journal of Psychosomatic Research

Corresponding Author: HELADY SANDERS-PINHEIRO

Co-Authors: Andresa N Silva, LPsy; Lucas Moratelli, MD; Paula L Tavares, Medicine Student; Elisa O Marsicano, RN, MSc; Renata R Pinhati, MSc; Fernando B Colugnati, PhD; Giancarlo Lucchetti, MD, PhD;

Title: SELF-EFFICACY BELIEFS, LOCUS OF CONTROL, RELIGIOSITY AND NON-ADHERENCE TO IMMUNOSUPPRESSIVE MEDICATIONS IN KIDNEY TRANSPLANT PATIENTS

If you did not co-author this submission, please contact the Corresponding Author of this submission at heladysanders@gmail.com; heladysanders@uff.edu.br; do not follow the link below.

An Open Researcher and Contributor ID (ORCID) is a unique digital identifier to which you can link your published articles and other professional activities, providing a single record of all your research.

We would like to invite you to link your ORCID ID to this submission. If the submission is accepted, your ORCID ID will be linked to the final published article and transferred to CrossRef. Your ORCID account will also be updated.

To do this, visit our dedicated page in EES. There you can link to an existing ORCID ID or register for one and link the submission to it:

<http://ees.elsevier.com/psychores/l.asp?i=40930&i=PB9UVKXH>

More information on ORCID can be found on the ORCID website, <http://www.ORCID.org>, or on our help page: http://help.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/2210/p/7923

Like other Publishers, Elsevier supports ORCID - an open, non-profit, community based effort - and has adapted its submission system to enable authors and co-authors to connect their submissions to their unique ORCID IDs.

Thank you,

Journal of Psychosomatic Research