

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro senhor(a)

No âmbito do 2º Curso de Mestrado em enfermagem Médico-Cirúrgica, a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, estou a realizar um estudo com o tema “Adesão ao Tratamento Medicamentoso da Pessoa com Insuficiência Renal Crónica em Hemodiálise”, cujo objectivo principal é identificar os factores que influenciam a Adesão ao Tratamento da Pessoa com IRC em Hemodiálise.

Asseguro que será mantido o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois consagro como obrigação e dever o sigilo profissional.

Assim:

- Declaro que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões.
- Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar.
- Percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo.
- Asseguraram-me que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade.
- Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

Depois de devidamente informado(a) autorizo a participação neste estudo.

Data: ____/____/2011

Assinatura do Participante _____

Nome do entrevistador: _____ Assinatura: _____

Estimado utente:

Sou enfermeira e exerço funções no Centro Hospitalar Tondela -Viseu – EPE, no Serviço de Urgência Geral.

O presente formulário insere-se no âmbito de uma pesquisa sobre “Adesão ao Tratamento Medicamentoso da Pessoa com Insuficiência Renal Crónica em Hemodiálise”, a realizar no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Na atualidade, é necessário recorrer a investigação científica em Enfermagem para fazer uma análise crítica e reflexiva e, deste modo, melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes.

Neste sentido, solicito a sua colaboração para o preenchimento deste questionário. O mesmo será anónimo e confidencial, os dados recolhidos serão tratados, analisados e divulgados de acordo com as regras de investigação científica.

Elisabete Sousa

PARTE I – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

1 - **Idade:** ____ anos

2 - **Género:** Masculino
 Feminino

3 - **Estado Civil:**

- Solteiro
- Casado
- Divorciado
- Viúvo
- União de facto

4 - **Residência:**

- Meio rural
- Meio Urbano

5 - **Pessoas com quem vive:**

- Com o cônjuge/companheiro(a)
- Com a família restrita (marido, esposa e filhos)
- Com a família alargada (filhos, marido, esposa, pais, sogros)
- Sozinho(a)
- Num lar

6 - **Habilitações literárias:**

- Não sabe ler nem escrever
- Ensino primário
- Ensino básico
- Ensino secundário
- Ensino superior

7 - **Situação laboral:**

- Ativo
- Desempregado
- Baixa médica
- Estudante
- Reformado

8 - **Rendimento mensal líquido:**

- Inferior a 485 €
- Entre 486 € e 970 €
- Entre 971€ e 1455€
- Entre 1456 € e 1940€
- Superior a 1941€

PARTE II – VARIÁVEIS CLÍNICAS

1 - Há quanto tempo faz hemodiálise: _____

2 - Qual a patologia/causa que levou à IRC:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial | <input type="checkbox"/> Uso abusivo de anti-inflamatórios |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Desconhecida |
| <input type="checkbox"/> Doença renal poliquística | <input type="checkbox"/> Outra _____ |
| <input type="checkbox"/> Doença autoimune | |

3 - Já foi submetido a transplante renal:

- Sim
 Não

4 – Outras doenças de que padece:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Problemas ósseos |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial | <input type="checkbox"/> Doença da paratiróide |
| <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Obesidade | <input type="checkbox"/> Outra _____ |

5 – Conhecimento acerca da doença:

5.1 – A Doença Renal é para toda a vida? Sim Não

5.2 – O tratamento é para toda a vida? Sim Não

5.3 – Pode ser tratada sem medicação? Sim Não

III - VARIÁVEIS RELACIONADAS COM O REGIME NUTRICIONAL

1 – Costuma cumprir as recomendações que lhe são dadas relativamente à dieta e à ingestão de líquidos?

- Sim Não Às vezes

2 – Deixou de comer algum alimento por causa da diálise?

- Sim Quais: _____
 Não

3 - Qual é, em média, o seu ganho de peso interdialítico?

- Inferior a 1 Kg
 Entre 1Kg e 2 Kg
 Entre 2 Kg e 3Kg
 Entre 3 Kg e 4 Kg

Superior a 4 Kg

PARTE IV – VARIÁVEIS RELACIONADAS COM A TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

1 - Que medicação faz no domicílio?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antihipertensores | <input type="checkbox"/> Antidiabéticos orais |
| <input type="checkbox"/> Antidislipidémicos | <input type="checkbox"/> Quelantes de fósforo |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulantes | <input type="checkbox"/> Cálcio |
| <input type="checkbox"/> Antiarrítmicos | <input type="checkbox"/> Ferro |
| <input type="checkbox"/> IECAs | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| <input type="checkbox"/> Diuréticos | |

2 – Apresentação do medicamento?

- Comprimidos
 Xarope
 Cápsulas
 Selos transdérmicos

3 - Número total de comprimidos que toma diariamente: _____

4 - Quanto costuma gastar mensalmente em medicação? _____

5 – Já aconteceu não tomar um medicamento por não ter dinheiro para o adquirir? Sim Não

6 – Já alguma vez apresentou algum efeito indesejado com a medicação? Sim Não

6.1 - Se sim, Qual?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Palpitações | <input type="checkbox"/> Cefaleias |
| <input type="checkbox"/> Fraqueza / Fadiga | <input type="checkbox"/> Disfunção sexual |
| <input type="checkbox"/> Náuseas / Vômitos | <input type="checkbox"/> Outro, qual? _____ |

7 - ESCALA DE CRENÇAS ACERCA DOS MEDICAMENTOS

Por favor, para cada questão, assinale com um X a resposta que mais se adequa.

	Concordo Totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
1. Neste momento a minha saúde depende de medicamentos					
2. Ter que tomar medicamentos preocupa-me					
3. A minha vida seria impossível sem medicamentos					
4. Sem medicamentos eu estaria muito doente					
5. Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo					
6. Os meus medicamentos são um mistério para mim					
7. A minha saúde no futuro ira depender de medicamentos					
8. Os meus medicamentos desorganizam a minha vida					
9. Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos meus medicamentos					
10. Os meus medicamentos impedem que eu fique pior					

(© Horne, Weinman & Hankins, 1997). Versão Portuguesa de M. Graça Pereira & N. Sofia Silva, 1999.

PARTE V – VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS

1 - ESCALA DE APGAR FAMILIAR

Por favor, para cada questão, assinale com um X a resposta que mais se adequa.

Escala de Apgar Familiar SMILKSTEIN (1978) <i>cit. in</i> AZEREDO e MATOS (1989)	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1) Está satisfeito com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa o preocupa?			
2) Está satisfeito com a forma como a sua família discute assuntos?			
3) Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar (iniciar) novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?			
4) Está satisfeito com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?			
5) Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família?			

Fonte: AZEREDO, Zaida ; MATOS, Eduardo - Avaliação do relacionamento do idoso com a família em medicina familiar. *Geriatrics*. Lisboa. Vol. II, n.º20 (Dezembro 1989), p. 24-30.

2 – ESCALA DE APOIO SOCIAL

Por favor, para cada questão, assinale com um X a resposta que mais se adequa.

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1) Se tiver um problema grave, sei que alguém se levantaria ao meio da noite para falar comigo.					
2) Não tenho ninguém a quem possa demonstrar como sou realmente.					
3) Tenho alguém que me encoraja em situações emocionais delicadas.					
4) Quando é necessário falar de mim, contar os meus segredos, desejos, medos... sei de alguém que me ouviria com prazer.					
5) Não tenho ninguém, a quem possa demonstrar que estou aborrecido, nervoso ou deprimido.					
6) As minhas relações próximas transmitem-me sensações de segurança e bem-estar.					
7) Tenho alguém que me fornece informações úteis em caso de me sentir um pouco desorientado com algum problema.					
8) Costumo aconselhar-me com pessoas amigas para saber o que devo fazer quando tenho problemas.					
9) Costumo perguntar aos que me rodeiam o que devo fazer para resolver assuntos mais sérios.					
10) Tenho pessoas com quem posso contar, em caso de doença ou qualquer outra situação de emergência.					
11) Tenho pessoas com quem posso contar, para tomar conta dos meus filhos (ou de outros familiares que dependam de mim), quando quero sair por algum tempo ou divertir-me.					
12) Quando preciso de ajuda financeira, não tenho ninguém a quem possa recorrer.					
13) Não tenho ninguém a quem possa pedir pequenos favores e ofertas (por exemplo. Comida, tomar conta do correio, etc).					
14) Quando me sinto com demasiadas responsabilidades e exigências profissionais, não tenho ninguém a quem me “estenda a mão”.					
15) Quando não tenho dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades básicas diárias, sei a quem recorrer.					
16) Quando me sinto sobrecarregado com tarefas domésticas não tenho quem me ajude.					

Fonte: MATOS, Ana Paula ; FERREIRA, Andreia - Desenvolvimento duma escala de apoio social : alguns dados sobre a sua fiabilidade. Psiquiatria Clínica. Coimbra. Vol. 21, n.º3 (Julho/Setembro 2000), p.243-253.

3 - Interação doente-profissional de saúde:

3.1 - A equipe de profissionais de saúde que o acompanha esclarece as suas dúvidas, quando o solicita?

Sim Não Às vezes

3.2 - Foi informado das opções de tratamento, de forma a escolher a que melhor se adaptasse à sua situação?

Sim Não

3.3 - Quando tem dificuldades em seguir o tratamento, a equipe de saúde ouve o seu problema e tenta minorá-lo?

Sim Não Às vezes

3.4 - Sente-se motivado pela equipe para seguir o tratamento?

Sim Não Às vezes

4 - ESCALA DE MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO (MAT)

Por favor, para cada questão, assinale com um X a resposta que mais se adequa.

	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1) Alguma vez se esqueceu de tomar a medicação para a sua doença?						
2) Alguma vez foi descuidado com as horas da toma da sua medicação?						
3) Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por se ter sentido melhor?						
4) Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?						
5) Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?						
6) Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?						
7) Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?						

MAT *cit. in* Delgado, A.B., & Lima, M.L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia: Saúde e Doenças*, 1, 81-100.

Grata pela sua colaboração!