

Adesão ao tratamento dietoterápico sob a ótica dos pacientes com doença renal crônica em hemodiálise

Adherence to dietary treatment from the perspective of patients with chronic renal failure on hemodialysis

ABSTRACT

Objective: The dietary treatment of patients on hemodialysis requires profound changes in their everyday lives, making it an aggravating factor along the dialysis treatment because of poor adherence. The object of this study was to identify the determinants of chronic renal disease patients' adherence to dietary therapy treatment. These patients were receiving treatment at the specialized hemodialysis service of a hospital in the metropolitan area of Goiânia, Goiás state. **Methods:** This is a cross-sectional study of qualitative approach. Data collection for patient identification began with the analysis of medical records, followed by semi-structured interviews with five adult patients and one elderly patient. Thematic content analysis was used to analyze the data. **Results:** The results were grouped into the following categories: a) dietary therapy in hemodialysis – all the interviewees reported difficulties in following quantitative and qualitative food restrictions, particularly to liquids; b) length of hemodialysis – over time, the majority of the interviewees resumed food consumption without restrictions; c) psychosocial factors – the emotional and social responses were representations of threats to health due to the dietary therapy and dialysis treatment. **Conclusions:** In conclusion, dietary therapy and dialysis treatment imply behavioral changes and involve a variety of prescriptions and recommendations resulting in different levels of adherence. Adherence is a continuous and dynamic process which comprises not only overall behavior, but also a number of individual behaviors.

Keywords: Patient compliance. Renal insufficiency. Renal dialysis. Diet therapy. Feeding.

RESUMO

Objetivo: O tratamento dietoterápico do paciente que realiza hemodiálise exige profundas mudanças no cotidiano, tornando-se um agravante ao longo do tratamento dialítico, em virtude da baixa adesão. O objetivo deste estudo foi identificar os determinantes da adesão ao tratamento dietoterápico dos pacientes com Doença Renal Crônica, atendidos no Serviço Especializado em Hemodiálise de um hospital da região metropolitana de Goiânia, Goiás. **Métodos:** Estudo transversal de abordagem qualitativa. A coleta de dados de identificação dos pacientes iniciou-se nos prontuários, seguida da fase de entrevistas semiestruturadas com cinco pacientes adultos e um idoso. Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo temática. **Resultados:** Os resultados foram agrupados em categorias: a) dietoterapia em hemodiálise – Todos os entrevistados referiram dificuldades de seguir a restrição quantitativa e qualitativa da alimentação, principalmente de líquidos; b) tempo de hemodiálise – Ao longo dos anos, a maioria dos entrevistados voltou a consumir alimentos sem restrições; c) fatores psicossociais – As respostas emocionais e sociais foram representações de ameaças à saúde em virtude do tratamento dietoterápico e dialítico. **Conclusões:** Conclui-se que os tratamentos dietoterápico e dialítico implicam alterações comportamentais, e envolvem uma diversidade de prescrições e recomendações, possibilitando níveis diferentes de adesão. A adesão é um processo contínuo e dinâmico que compreende não apenas um comportamento global, mas vários comportamentos individuais.

Palavras-chave: Cooperação do paciente. Insuficiência renal. Diálise renal. Dietoterapia. Alimentação.

Leilaine Mariano da Silva¹,
Caroline Damásio Bueno²

¹Curso de Nutrição, Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás, Goiânia-GO, Brasil
²Curso de Nutrição, Departamento de Nutrição, Enfermagem e Fisioterapia, Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás, Goiânia-GO, Brasil

***Dados para correspondência:**
Leilaine Mariano da Silva
Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás - Avenida Universitária, 1440, Setor Universitário, CEP 74605-010, Goiânia-GO, Brasil
E-mail: leilaine_m@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O aumento da prevalência de Doença Renal Crônica (DRC) se tornou um problema de saúde pública mundial.¹ No Brasil, cerca de 91% dos pacientes com DRC em estágio terminal realizam Hemodiálise (HD) como terapia renal substitutiva.^{2,3} A proporção de pacientes em diálise tende a aumentar com o aumento da expectativa de vida da população.³ O rigor do tratamento da doença crônica provoca constante estado de alerta e de tensão no indivíduo. No caso de terapias de longo prazo, como a HD, os índices de não adesão dos pacientes variam entre 30% e 70%, sendo proporcionalmente menores nos países em desenvolvimento.^{4,5}

Os indivíduos que realizam HD passam por mudanças nos contextos familiar, ocupacional e social. Dentre as mudanças, estão aquelas relacionadas ao tratamento dietoterápico.⁶⁻⁸ Essa intervenção nutricional constitui o elemento principal para a promoção da qualidade de vida, sendo necessário que o indivíduo cultive hábitos e atitudes saudáveis, a fim de garantir o estado nutricional adequado e de reduzir o risco de intercorrências.^{9,10}

Em contrapartida, as demandas do tratamento dietoterápico tornam-se fatores limitadores de adesão dos pacientes e podem vir a ser o agravante ao longo do tratamento de substituição renal.¹¹

A abordagem desta questão dentro do enfoque qualitativo de investigação no âmbito nacional carece de mais estudos e de fundamentação científica. A identificação e a compreensão dos fatores subjetivos envolvidos na adesão do paciente ao tratamento dietoterápico durante a HD valorizam a singularidade de cada portador de DRC. Para as equipes profissionais da área, essa perspectiva poderá provocar mudanças de atitudes em relação à forma de abordagem, apoio e tratamento, imprescindíveis para o controle da doença e o sucesso da terapia.^{9,12,13}

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo foi identificar os determinantes da adesão ao tratamento dietoterápico dos pacientes com Doença Renal Crônica, atendidos no Serviço Especializado em Hemodiálise de um hospital da região metropolitana de Goiânia-Goiás.

MÉTODOS E MATERIAIS

Trata-se de um estudo transversal com abordagem qualitativa, realizado no Serviço Especializado em Hemodiálise de um hospital da região metropolitana de Goiânia-Goiás, com indivíduos adultos e idosos portadores de Doença Renal Crônica e \leq que utilizavam tratamento hemodialítico. O tratamento hemodialítico ocorre três vezes por semana, em dias intercalados, nos turnos: matutino, vespertino e noturno. No período do estudo, foram atendidos 98 pacientes, sendo 94 pacientes do Serviço Único de Saúde e quatro de planos de saúde.

Os critérios de inclusão foram: idade ≥ 18 a ≤ 65 anos; ambos os gêneros; diagnóstico de DRC; submetidos ao tratamento hemodialítico há, no mínimo, um ano; não ter realizado transplante renal anteriormente ao estudo, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: recusa do convite ou desistência por parte dos participantes.

A amostra foi composta por sujeitos que atenderam aos critérios de inclusão e que, voluntariamente, optaram por participar do estudo. A amostragem foi definida segundo critério de saturação dos dados, ou seja, a interrupção do convite de participantes ocorreu quando se constatou, a partir das entrevistas prévias, a escassez de novos temas empíricos para subsidiar a teorização. Assim, o número de sujeitos foi definido por inclusão progressiva, sem determinar *a priori* o número de participantes.^{14,15}

A coleta de dados foi realizada em setembro de 2012, em três fases:

- 1) Coletados dados secundários em prontuários dos pacientes que aguardavam a sessão de HD (idade, gênero, diagnóstico de DRC e tempo de tratamento hemodialítico).
- 2) Convite pessoal ao paciente, antes do início da sessão de HD, o qual foi informado sobre todos os pontos relevantes do estudo e as questões éticas; agendamento prévio do encontro, conforme disponibilidade do paciente, para a fase seguinte da coleta de dados.
- 3) Leitura e assinatura do TCLE, seguidas de coleta dos dados qualitativos por meio de entrevista semiestruturada, em local privado,

uma hora antes do início da sessão de HD, no período vespertino ou noturno, com intuito de não atrapalhar o andamento do tratamento dialítico. As entrevistas foram gravadas em um aparelho de *media player* e norteadas por roteiro temático: a) Você mudou sua alimentação após saber do diagnóstico da doença renal? b) Você recebeu orientações de algum profissional para mudar sua alimentação? c) Quais as mudanças feitas na sua alimentação e no consumo de água e líquidos quando iniciou a hemodiálise? d) Você sentiu alguma dificuldade para seguir as orientações para mudar sua alimentação? Por quê?

A análise dos dados foi conduzida pela análise de conteúdo temática, dividida em três fases: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados; inferência e interpretação.¹⁶

As entrevistas tiveram seus conteúdos transcritos em sua totalidade, para análise das descrições. Após a transcrição, as fitas foram destruídas, em conformidade com o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹⁷, sobre pesquisas com seres humanos. Dessa forma, impressões, expressões, sentimentos, sensações do momento foram registrados no diário de campo, para facilitar a leitura e a compreensão durante a análise de conteúdo.¹⁸ O material da transcrição de cada entrevista e sua posterior análise recebeu a identificação P (paciente) e um número arábico, conforme ordem de realização da entrevista.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Goiânia (CEP/SCMG), com protocolo n.º 009/2012.

RESULTADOS

A amostra foi composta por seis sujeitos, três do sexo masculino e três do sexo feminino; média de idade de 46 anos (32 a 65), sendo cinco adultos e um idoso; média de tempo de hemodiálise de 7,25 anos (mínimo de 2,5 anos e máximo de 12 anos).

As representações dos pacientes sobre o controle da HD e da doença justificaram, em parte, as razões de certos comportamentos pessoais, quando se tratou da adesão à dietoterapia prescrita.

Os determinantes de adesão à dietoterapia foram organizados nas seguintes categorias temáticas: dietoterapia em hemodiálise, tempo de hemodiálise e fatores psicossociais.

DIETOTERAPIA EM HEMODIÁLISE

A própria dietoterapia prescrita foi um fator determinante de adesão, pois demandou profundas mudanças nos hábitos alimentares dos entrevistados, principalmente no início do tratamento.

Todos os pacientes relataram que receberam orientação para reduzir o consumo de determinados alimentos e de líquidos, no início da hemodiálise:

[...] Só tive que regrar bastante coisa, por exemplo, o feijão, a carne [...] (P2)

[...] eu não tenho muito regra de comida não. [...] eles falam que tudo é pouco [...] a única coisa que é proibido né, proibido mesmo é a água de coco e a carambola. A água de coco não tem nada se tomar um pouquinho, mas a carambola é proibido total mesmo. Diz que nem em pensamento [...] (P4)

[...] elas [nutricionistas] falam que tudo a gente pode, mas em pouca quantidade [...] (P6)

Apesar de receberem orientação nutricional, todos sentiram dificuldades de segui-las e aderiram a estas parcialmente. Apenas dois entrevistados não relataram dificuldade de adesão à restrição de líquidos. Todos citaram dificuldades de seguir a restrição quantitativa e qualitativa da alimentação prescrita. Eles desejam intensamente certos alimentos que exigem consumo controlado:

[...] minha maior dificuldade é a água. (P1)

[...] A maior parte foi a mudança da [...] da carne vermelha para a carne branca, que me enfraqueceu demais [...] até pensei que ia morrer [...], comeci a comer carne vermelha e me recuperei totalmente [...] não sei o porquê que eles falavam pra gente comer menos, [...] carne. Porque o dia que eu passei a alimentar melhor em termos de carne, arroz, feijão, coisas mais fortes que a gente chama, passei a me sentir melhor [...] (P3)

[...] se eu gostar e querer comer, eu como. Se eu sentir mal, eu paro. [...] a única coisa que eu gosto muito [...] que me faz mal é melancia [...] sinto dormência. [...] eu ainda chupo. (P4)

[...] cerveja [...] no final de semana [...] eu bebo cerveja, eu urino, [...] muito, [...] é diurético também. (P5)

TEMPO DE HEMODIÁLISE

Com o passar do tempo, a maioria dos entrevistados voltou a consumir alimentos sem restrições. Poucos referiram que ainda reduziam a quantidade de alimentos ingeridos:

[...] a minha alimentação passou a ser com bem menos sal [...] hipossódica, [...] eu já tenho doze anos de hemodiálise, [...] depois eu fui adaptando, fui melhorando, fui comendo, fui vendo aquilo que realmente para mim é bom, por mais que o médico não apoia, e aí foi melhor, tá melhorando [...] (P2)

[...] depois que eu melhorei, eu voltei a comer tudo o quanto a que eu comia. [...] Me deu vontade de comer, se eu comer e sentir bem, eu tô comendo [...] (P4)

FATORES PSICOSSOCIAIS

As falas dos entrevistados transmitiram mensagens sociais, ou seja, uma interpretação da doença, do tratamento dialítico e da dietoterapia. As respostas emocionais que representam as ameaças para a saúde foram identificadas nos discursos:

[...] Aí eu já passei o cateter e aí sim começou o sofrimento, porque você não sabe nada daquilo. A impressão que você tem é que você vai morrer. Aí qualquer barulhinho que a máquina fazia eu achava que tava dando alguma coisa errada [...] Não é fácil [...] você fica preso aqui, você perde toda a sua liberdade, eu não posso sair, eu não posso viajar [...] tenho muitas limitações. (P1)

[...] quando eu comecei aqui eu fiquei seis meses andando de ambulância [...] Fraqueza e fraqueza. É um trem, assim, que você não dá conta nem de ficar em pé. [...] hoje [...] Trabalho, consigo fazer as coisas [...] relativamente eu vivo bem, com bastante qualidade [...] (P3)

DISCUSSÃO

No imaginário social dos entrevistados, as percepções de saúde e de doença destacaram a

centralidade da alimentação sobre o funcionamento do corpo e da mente.

Em geral, as restrições alimentares exigiram mudanças de hábitos, principalmente quando relacionadas às preferências alimentares que são compartilhadas nos hábitos familiares.^{11,19}

Neste sentido, todos os participantes apresentaram discursos que remeteram à dimensão simbólica das classificações alimentares fundada na associação entre os graus de força dos alimentos com os graus de força (resistência) corporal e às avaliações positivas ou negativas dos efeitos dos alimentos sobre a função renal. Tais achados corroboraram com estudos antropológicos que apontaram a alimentação como o ato permeado por um universo de tabus, simbolismo, hábitos e proibições.²⁰

No plano simbólico, enquanto certos alimentos de consumo proibido ou restritos foram indicativos de algum mal-estar ou fraqueza, outros adquiriram função reparadora, de força, sempre relacionados ao prazer e à vontade de comer.

A 'fraqueza' representa a percepção de debilidade física e mental, a sensação de fome, e justifica os comportamentos abusivos que podem fragilizar o corpo, como o consumo de bebidas alcoólicas e de certos alimentos.

A 'força', física e moral, significou disposição para realizar atividades cotidianas. Todos os entrevistados apresentaram falas que remeteram ao elo 'alimento forte' igual à 'pessoa forte' (protegida contra a fome e resistente para o trabalho); 'alimento fraco' igual à 'pessoa fraca' (pessoa debilitada).

Os alimentos 'fortes' (carne vermelha e feijão) são os preferidos, pois garantem saciedade e disposição. Comida 'forte' garante resistência e aptidão para o trabalho, sustância e saciedade. Os alimentos fracos associam-se à leveza e não saciam.²¹

As expressões, como 'me recuperei', implicam saciedade física, e 'me sentir melhor' coincide com a ideia de 'ser forte' (resistente), pois, sob a forma de conhecimento do senso comum ou como parte do universo simbólico, o alimento é a fonte de sustância para o corpo, de sobrevivência e de preservação da identidade social e cultural.²⁰

Os resultados vão ao encontro dos diferentes estudos que apontaram o fato de a carne de gado e o feijão serem considerados 'fortes' (que saciam por um longo tempo), e os 'menos fortes', o arroz e a carne de frango.²¹ Para Fischler, 1979²², carne, vegetais e imaginário alimentam o homem.

O planejamento alimentar para indivíduos com DRC é adequado às necessidades individuais.^{11,19} A alimentação é restrita, principalmente, em sódio, potássio, fósforo e líquidos. As principais fontes de fósforo são os alimentos proteicos, como carnes e feijão, que fazem parte do hábito alimentar do brasileiro. A transgressão das orientações pode levar a náuseas, fraqueza e até a morte.²³

Neste estudo, a sensação de sede intensa ou o desejo exacerbado por água está muito presente na rotina do indivíduo que realizava HD. Em outros estudos, a taxa de não adesão à restrição hídrica pode atingir 70% e tem como consequências o ganho excessivo de peso interdialítico (GPID), os problemas cardiovasculares e as câimbras musculares.^{24,25}

A adesão à dietoterapia tem sido avaliada por meio de medidas indiretas, o autorrelato, e diretas, com exames bioquímicos, como níveis de sódio, potássio, fósforo e creatinina. Como o autorrelato parece superestimar os resultados, a avaliação da adesão fica centrada quase exclusivamente em dados clínicos quantificáveis.²⁴⁻²⁷

Todos os entrevistados mostraram o desejo intenso por alimentos não admitidos na dieta. Em estudo com resultados semelhantes, mesmo aqueles indivíduos que receberam orientações nutricionais tiveram frequentes comportamentos de risco, quer pela quantidade e qualidade dos alimentos que ingeriram, quer pela não restrição de líquidos.^{27,28}

A resposta para esses comportamentos de risco é complexa e contraditória. A maioria dos pacientes enfrenta dificuldades para seguir a dieta prescrita e a restrição de líquidos em virtude da HD, mesmo depois ter recebido orientações dos profissionais de saúde.^{11,19,29,30}

Um estudo com 119 pacientes em hemodiálise identificou que quanto menor a percepção de gravidade da doença, maior a frequência de abuso dietético e/ou falhas no tratamento.³⁰ Outros estudos concluíram que níveis mais elevados de

conhecimento acerca da doença e do tratamento não garantiram níveis elevados de adesão.²⁷⁻³⁰

Os profissionais de saúde e da nutrição, que detêm os saberes e práticas da ciência nutricional, enfrentam outras tradições dietéticas que foram abordadas nas falas. Independentemente da importância da adesão do paciente às orientações nutricionais, é preciso considerar que a assimilação dos conteúdos das mensagens passa pelo processo de reinterpretação, segundo as matrizes culturais dos diferentes grupos sociais.²⁰

Dessa maneira, conhecer se o indivíduo apresenta ou não dificuldades para realizar de forma adequada as orientações nutricionais implica reconhecer as necessidades desse sujeito, as percepções e as crenças, na intenção de guiar as medidas para o aumento da aderência ao tratamento da doença renal e melhorar a qualidade de vida.²⁷

No campo das representações da relação doença renal, o tempo de hemodiálise e a alimentação, todos os pesquisados descreveram maior empenho no cumprimento das orientações nutricionais durante os primeiros anos de HD. Entretanto, esse empenho modificou-se ao longo do tempo de tratamento.

Como a HD aliada à dietoterapia são primordiais para a melhora da sobrevida, a prevenção e a redução da morbimortalidade da DRC¹¹, o indivíduo tende a desvalorizar as restrições do tratamento de forma global, com o passar do tempo.²⁶ É possível que o período entre as sessões de HD lhe permita a ilusão de independência da doença e a oportunidade para burlar as restrições alimentares, alegando a melhora dos sintomas clínicos, como a 'fraqueza'.¹² Todavia, a eficácia da HD fica comprometida em virtude da constante não aderência do paciente às restrições de alimentos e de líquidos.^{27,28}

Os resultados corroboraram com a literatura, pois todos os entrevistados criaram a ilusão de independência da DRC e apresentaram comportamentos de risco por meio do consumo indiscriminado de alimentos. Tais comportamentos são comuns em portadores de doenças crônicas e assintomáticas, e em tratamentos longos, que não têm efeitos positivos imediatos e que implicam severas modificações no estilo de vida. Assim,

é possível ouvir afirmações negativas sobre as orientações nutricionais e o tratamento dialítico, muitas vezes potencializadas pelas frequentes cobranças da equipe de profissionais de saúde.^{25,28,30}

Na percepção dos sujeitos, prevaleceram sensações de medo, angústia e fragilidade no momento da HD, fato que determinou um modo de enfrentamento centrado na emoção. Na fala do paciente P1, a fístula, o cateter e o início da HD marcaram a presença da doença renal crônica no corpo. A inserção do cateter duplo lúmen altera a autoimagem do indivíduo e simboliza a primeira marca física da doença que lhe inseriu em um grupo, cuja rotina será repetida três vezes por semana, por cerca de quatro horas de sessão de HD.¹²

Durante a sessão de HD, o indivíduo é privado da sensação de liberdade aparente que encontra nos períodos entre as sessões de diálise e percebe que não consegue controlar os acontecimentos da sua vida, aflorando sentimentos de baixa autoeficácia ou humor negativo.^{12,29}

Nesta perspectiva, a forma de atribuir coerência às atitudes e de enfrentar os problemas decorrentes da enfermidade e do tratamento, em especial, do dietoterápico, se fortalece nas representações sociais e emocionais do paciente acerca: a) dos benefícios ou efeitos adversos deste tratamento; b) das dificuldades identificadas; c) da capacidade de enfrentar as adversidades; d) da percepção sobre a expectativa dos outros em relação ao seu empenho diante do tratamento.^{28,30}

Estratégias de intervenção educacional poderão promover maior aceitação dessas restrições, maior adaptação ao tratamento e, conseqüentemente, melhor adesão.²⁶

REFERÊNCIAS

1. Romão JE Jr. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. *J Bras Nefrol.* 2003;26(3 Suppl 1):188-99.
2. Cherchiglia ML, Machado EL, Szuster DA, Andrade EI, Assis Acúrcio F, Caiaffa WT, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. *Rev Saude Publica.* 2010;44(4):639-49. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400007>. PMID:20676555

CONCLUSÕES

A adesão integral à dietoterapia é representada como fator dificultador ao tratamento da DRC pelos pacientes em HD. As profundas mudanças na vida – incluídos os hábitos alimentares – dessas pessoas, em função da doença e do tratamento global, resultaram em angústia e sofrimento, e afetaram a imagem corporal, a capacidade física, o trabalho e a realização de várias atividades cotidianas e prazerosas.

Deste modo, o tratamento hemodialítico envolve diversidade de prescrições e recomendações, e possibilita níveis diferentes de adesão, o que dificulta a previsibilidade do comportamento de adesão de indivíduos distintos. Dessa forma, a adesão deverá ser compreendida numa dinâmica que compreende não apenas o comportamento global, mas vários comportamentos de saúde.

Nessa perspectiva, a compreensão do comportamento da adesão é fundamental para realçar a importância das crenças individuais na forma como os pacientes compreendem e confrontam os seus problemas de saúde, desde o surgimento dos primeiros sintomas, passando pelas crenças, até a decisão de adesão.

Há necessidade de mais estudos de abordagem multidisciplinar para compreender os determinantes subjetivos de adesão dietoterápica, com o objetivo de aperfeiçoar as estratégias de intervenção e de autocuidado, com vistas à eficiência do tratamento e à promoção da qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

Aos participantes deste estudo e ao Hospital Santa Casa de Misericórdia de Goiânia.

3. Sesso R, Lopes AA, Thomé FS, Bevilacqua JL, Romão JE Jr, Lugon J. Resultados do Censo de Diálise da SBN, 2007. *J Bras Nefrol.* 2007;29(4):197-202.
4. World Health Organization – WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva; 2003.
5. National Heart and Lung and Blood Institute – NHLBI. Behavioral research in cardiovascular,

- lung, and blood health and disease. Washington: U.S. Department of Health and Human Services; 1998.
6. Higa K, Kost MT, Soares DM, Morais MC, Polins BRG. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(spe):203-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000500012>.
 7. Santos PR, Coelho MR, Gomes NP, Josué CEP. Associação de indicadores nutricionais com qualidade de vida em pacientes portadores de doença renal crônica em hemodiálise. *J Bras Nefrol.* 2006;28(2):57-64.
 8. Bolton WK, Owen WF Jr. Preparing the patient for renal replacement therapy. Teamwork optimizes outcomes. *Postgrad Med.* 2002;111(6):97-8, 101-4, 107-8. PMID:12082923.
 9. Maldaner CR, Beuter M, Brondani CM, Budó MLD, Pauletto MR. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008;29(4):647-53.
 10. Silva LF, Santos RMA, Souza IM, Costa JAC, Marchini JS. Nutrition therapy for patients with chronic renal failure. *Nutrire.* 2000;19-20:105-27.
 11. Medeiros MCWC, Sá MPC. Adesão dos portadores de doença renal crônica ao tratamento conservador. *Rev RENE.* 2011;12(1):65-72.
 12. Pereira PL, Guedes MVC. Hemodiálise: a percepção do portador renal crônico. *Cogitare Enferm.* 2009;14(4):689-95. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i4.16384>.
 13. Klava dos Reis C, Guirardello EB, Gomes Campos CJ. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(3):336-41. PMID:18604429.
 14. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica.* 2008;24(1):17-27. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. PMID:18209831
 15. Minayo MC. Contradições e consensos na combinação de métodos quantitativos e qualitativos. In: Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008a.p. 55-76.
 16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições 70; 2009. 288 p.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília*; 11 out. 1996. Seção 1.
 18. Minayo MC. Técnicas de pesquisa. In: Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2008b. p. 261-98.
 19. Khalil AA, Frazier SK, Lennie TA, Sawaya BP. Depressive symptoms and dietary adherence in patients with end-stage renal disease. *J Ren Care.* 2011;37(1):30-9. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1755-6686.2011.00202.x>. PMID:21288315
 20. Canesqui AMA. Qualidade dos alimentos: análise de algumas categorias da dietética popular. *Rev Nutr.* 2007;20(2):203-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732007000200010>.
 21. Garcia RWD. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Rev Nutr.* 2003;16(4):483-92.
 22. Fischler C. *Présentation*. *Commun.* 1979;31(1):1-3. <http://dx.doi.org/10.3406/comm.1979.1464>.
 23. Hörl MP, Hörl WH. Hypertension and dialysis. *Kidney Blood Press Res.* 2003;26(2):76-81. <http://dx.doi.org/10.1159/000070987>. PMID:12771530
 24. Cummings KM, Becker MH, Kirscht JP, Levin NW. Psychosocial factors affecting adherence to medical regimens in a group of hemodialysis patients. *Med Care.* 1982;20(6):567-80. <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-198206000-00003>. PMID:7109740
 25. Riella MC, Martins C. *Nutrição e hemodiálise*. In: Riella MC, Martins C, editores. *Nutrição e rim*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 114-31.
 26. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *Am J Crit Care.* 2007;16(3):222-35, quiz 236. PMID:17460313.
 27. Krespi R, Bone M, Ahmad R, Worthington B, Salmon P. Haemodialysis patients' beliefs about renal failure and its treatment. *Patient Educ Couns.* 2004;53(2):189-96. [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00147-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00147-2). PMID:15140459
 28. Lee SH, Molassiotis A. Dietary and fluid compliance in Chinese hemodialysis patients. *Int J Nurs Stud.* 2002;39(7):695-704. [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00007-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00007-X). PMID:12231026

29. Kugler C, Vlamincck H, Haverich A, Maes B. Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis. *J Nurs Scholarsh.* 2005;37(1):25-9. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00009.x>. PMID:15813583
30. Zrinyi M, Juhasz M, Balla J, Katona E, Ben T, Kakuk G, et al. Dietary self-efficacy: determinant of compliance behaviours and biochemical outcomes in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant.* 2003;18(9):1869-73. <http://dx.doi.org/10.1093/ndt/gfg307>. PMID:12937237

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

SILVA LM: Pós-graduanda em Nutrição Clínica – Teoria, Prática e Metabolismo Nutricional, Estácio de Sá.

BUENO CD: Mestre em Nutrição e Saúde, UFG.

Local de realização: Departamento de Nutrição, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Trabalho apresentado em congresso: Apresentado na IJOCIENF – Jornada do Departamento de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia – PUC Goiás, 10 a 12 de dezembro de 2012.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

Declaração de conflito de interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Recebido: Jun. 21, 2013

Aprovado: Jul. 19, 2014