



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA**

KAYO CÉSAR SANTOS DE MEDEIROS

**USO DE MEDICAMENTOS E QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS ATENDIDOS NA CLÍNICA
DO RIM DE CAICÓ-RN**

**CUITÉ - PB
2016**

KAYO CÉSAR SANTOS DE MEDEIROS

**USO DE MEDICAMENTOS E QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS ATENDIDOS NA CLÍNICA
DO RIM DE CAICÓ-RN**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Emília da Silva Menezes.

CUITÉ - PB

2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M488u Medeiros, Kayo César Santos de.

Uso de medicamentos e qualidade de vida de pacientes renais crônicos atendidos na Clínica do Rim de Caicó - RN. / Kayo César Santos de Medeiros. – Cuité: CES, 2016.

80 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Farmácia) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2016.

Orientadora: Maria Emília da Silva Menezes.

1. Doença renal crônica. 2. Utilização de medicamentos. 3. Qualidade de vida. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.61-008.6

KAYO CÉSAR SANTOS DE MEDEIROS

**USO DE MEDICAMENTOS E QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS ATENDIDOS NA CLÍNICA
DO RIM DE CAICÓ-RN**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Aprovado em: 21/09/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof.^aDr.^aMaria Emília da Silva Menezes
Orientadora – UFCG

Prof.^aMs.^aAndrezza Duarte Farias
Examinadora – UFCG
Suplente: Prof. Dr. Renner de Souza Leite

Prof. Dr. Rodrigo dos Santos Diniz
Examinador – UFCG
Suplente: Prof. Dr. Wellington Adriano Sabino

CUITÉ – PB

2016

Dedico esse trabalho à minha mãe, Maria da Guia, aos meus tios e tias paternos, à minha noiva, Luana, e não menos especiais meu pai José Levimar e avó Levina Delminda (in memoriam), por sempre estarem comigo nessa jornada, a Deus e todos os meus amigos que torceram por mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e Nossa senhora de Aparecida de quem sou devoto e por tantas vezes rezei para que me iluminasse nesse caminho longo de aprendizagem e desafios.

Agradeço a toda minha família, em especial minha mãe Maria da Guia pelo apoio, amor e carinho. As minhas tias Ceiza, Francisca e Cleide, meus tios Carlos e Djalma, pois sem o apoio de vocês eu não conseguiria essa vitória. Minha noiva Luana pelo amor, ajuda e companheirismo durante todos esses cinco anos de graduação. Minha prima/irmã Maria Clara e todos os familiares que acreditaram nessa vitória. Muito obrigado.

Agradeço a todos os meus amigos que de alguma forma contribuíram para essa conquista, em especial meus colegas de faculdade, Yngrad, Aniely, Laura, Edlla, Brennda, Guilherme, Glaucianne, Jefferson e Paula, amizades que quero levar para a vida pós-acadêmica. Fabrício Targino e Ismac Lopes, amigos/irmãos que a vida me deu e com quem sempre poderei conta. A pessoa de Arleide, por acreditar e me apoiar nessa jornada. Todos vocês fizeram uma enorme diferença no alcance dessa conquista.

Agradeço a minha orientadora Maria Emília pela confiança e ajuda, não só na orientação do trabalho como em todas as atividades desenvolvidas como professora e atual coordenadora do curso de farmácia. Agradeço a banca examinadora, professores Rodrigo e Andrezza, por aceitarem o convite e contribuírem no enriquecimento do trabalho.

Agradeço a toda equipe da Clínica do Rim pelo apoio e receptividade, em especial a secretária Zélia e os doutores Virgínia e Marcel, dos quais sou imensamente grato.

Com lágrimas nos olhos, agradeço à minha amada e eterna vovó Levina e meu pai Levimar, pessoas que tinham um grande sonho em comum, ver seu neto e filho formado (*In memoriam*).

“É preciso lembrar que sempre há um futuro, um futuro que é inevitavelmente incerto. Com isso, eu não quero dar uma mensagem de pessimismo, uma vez que a incerteza pode terminar tanto positiva quanto negativamente, com a vantagem de que o ser humano tem o poder de inclinar a balança a seu favor”

(Roberto Gómez Bolaños)

RESUMO

A doença renal crônica traz consigo uma série de questões que marcam a vida do indivíduo a partir do diagnóstico, sendo a condição crônica e o tratamento hemodialítico fontes de estresse que podem ocasionar problemas como isolamento social, perda de emprego, dependência financeira, limitações e angústias. O número de pacientes renais crônicos em tratamento dialítico, no Brasil, vem crescendo nos últimos anos, sendo considerada a nova epidemia do século XXI. Grande parte dos pacientes renais utilizam mais de um medicamento no seu tratamento farmacológico, deixando-os vulneráveis a problemas relacionados com medicamentos. Nesse contexto a presença de um farmacêutico poderia otimizar a abordagem clínica da sua farmacoterapia. A pesquisa tem como objetivo fazer a caracterização social e farmacológica, assim como a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise na Clínica do Rim, localizada na Unidade Hospitalar Regional do Seridó no município de Caicó, interior do Rio Grande do Norte. O caminho metodológico da pesquisa foi baseado na realização de entrevistas com os pacientes no período de setembro de 2015 a julho de 2016, onde os mesmos responderam a dois questionários, um para fazer o levantamento social e farmacológico e outro para avaliar o quanto a condição renal crônica interfere na qualidade de vida. A prevalência dos pacientes atendidos na clínica foi de pessoas do sexo masculino (66,25%), com faixa etária de 31 – 60 anos (60%), de outras cidades (75%), Ensino Fundamental I incompleto (32,5%), aposentados (55%) e com renda familiar mensal entre 1 e 2 salários mínimos (86,25%). Os medicamentos mais utilizados foram: ácido acetilsalicílico (40%), losartana (32,5%) e omeprazol (25%). A maioria dos pacientes faz uso de 4 – 6 medicamentos (53,75%). O domínio com menor média na avaliação da qualidade de vida é o de limitações por aspectos físicos (22,25) e com maior média o de saúde mental com (76,95), onde a idade e o tempo de hemodiálise se mostraram como fatores agravantes para a limitação física e o vínculo firmado entre os próprios pacientes e os profissionais de saúde como fator protetor para a saúde mental.

Palavras-chave: Doença renal crônica. Utilização de medicamentos. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Chronic kidney disease brings with it a number of issues that mark the life of the individual from the diagnosis, chronic condition and hemodialysis sources of stress that can lead to problems such as social isolation, employment preda, financial dependence, limitations and anguishes . The number of CKD patients on dialysis in Brazil has been growing in recent years, being considered the new epidemic of the XXI century. Much of kidney patients use more than one drug in their pharmacological treatment, leaving them vulnerable to drug-related problems. In this context the presence of a pharmacist could optimize the clinical approach of its pharmacotherapy. The research aimed to social and pharmacological characterization as well as the quality of life of chronic renal patients undergoing hemodialysis in the Kidney Clinic, located in the Hospital Unit Regional Seridó in the city of Caico, State of Rio Grande do Norte. The methodological approach of the research was based on interviews with patients from September 2015 to July 2016, where they answered two questionnaires, one to social and pharmacological survey and another to assess how much kidney condition chronic interfere with the quality of life. The prevalence of patients seen at the clinic was males (66.25%), with age range 31-60 years (60%), other cities (75%), incomplete elementary school (32.5%), retired (55%) and with monthly income between 1 and 2 minimum wages (86.25%). The most common drugs used were: acetylsalicylic acid (40%), losartan (32.5%) and omeprazole (25%). Most patients makes use 4-6 drugs (53.75%). The area with the lowest average in the evaluation of quality of life is the limitations of physical (22,25) and higher mean the mental health with (76.95), where the age and duration of hemodialysis shown to be factors aggravating to the physical limitation and the bond established between the patients themselves and health professionals as a protective factor for mental health.

Keywords: Chronic kidney disease. Use of drugs. Quality of life.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Corte anatômico do rim.....	17
Figura 02: Fases da doença renal crônica.....	20
Figura 03: Prevalência estimada de pacientes em diálise no Brasil, por região, 2011-2013	25
Figura 04: Esquema da hemodiálise.....	30
Figura 05: Cálculo e valores preestabelecidos para obtenção dos resultados dos respectivos domínios.....	35
Figura 06: Pacientes em hemodiálise cadastrados ou não na lista de transplante renal.....	45
Figura 07: Interrupção no uso de algum medicamento por conta própria dos pacientes com IRC em hemodiálise.....	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Estadiamento da DRC.....	21
Quadro 02: Riscos para DRC.....	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Caracterização socioeconômica e demográfica dos pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise.....	37
Tabela 02: Variável de tempo com insuficiência renal crônica e tratamento hemodialítico.....	40
Tabela 03: Complicações na sessão de hemodiálise	42
Tabela 04: Comorbidades de pacientes renais crônicos em hemodiálise	43
Tabela 05: Interferência da hemodiálise nas atividades profissionais e de recreação	44
Tabela 06: Principais medicamentos utilizados pelos pacientes renais crônicos em hemodiálise.....	46
Tabela 07: Número de medicamentos utilizados pelos pacientes entrevistados em hemodiálise.....	48
Tabela 08: Conhecimento dos medicamentos utilizados para o tratamento dos pacientes entrevistados portadores de DRC em hemodiálise	49
Tabela 09: Forma de aquisição dos medicamentos utilizados pelos pacientes renais crônicos em hemodiálise.....	50
Tabela 10: Motivo da interrupção do tratamento farmacológico dos pacientes renais crônicos em hemodiálise.....	51
Tabela 11: Reações adversas aos medicamentos relatadas pelos pacientes com IRC em hemodiálise que interromperam seu tratamento farmacológico	53
Tabela 12: Resultado dos domínios avaliados pelo questionário SF-36.....	54

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CNCDO – Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

DCs – Doenças Crônicas

DM – Diabete *Mellitus*

DRC – Doença Renal Crônica

DRT – Doença Renal Terminal

ESU – Exame Sumário de Urina

HA – Hipertensão Arterial

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HD – Hemodiálise

IM – Interações Medicamentosas

IRA – Insuficiência Renal Aguda

IRC – Insuficiência Renal Crônica

IRCT – Insuficiência Renal Crônica Terminal

PRM – Problemas Relacionados aos Medicamentos

QV – Qualidade de Vida

RAM – Reação Adversa ao Medicamento

SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFG – Taxa de filtração Glomerular

TRS – Terapia Renal Substitutiva

URM – Uso Racional de Medicamentos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
3.1 RINS	17
3.2 DOENÇAS CRÔNICAS	18
3.3 INSUFICIÊNCIA RENAL	19
3.4 DIAGNÓSTICO	21
3.5 IRC ASSOCIADA A OUTRAS DOENÇAS	22
3.6 EPIDEMIOLOGIA	23
3.7 TRATAMENTO	26
3.7.1 Farmacológico	27
3.7.2 Transplante	28
3.7.3 Diálise	29
3.7.4 Terapia Nutricional	30
4. METODOLOGIA	32
4.1 TIPO DE ESTUDO	32
4.2 LOCAL DO ESTUDO	32
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	33
4.4 PERÍODO DE INVESTIGAÇÃO	33
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	33
4.6 COLETA DE DADOS	34
4.7 ANÁLISE DE DADOS	35
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E DEMOGRÁFICA	37
5.2 FATORES RELACIONADOS À IRC	40
5.3 UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS	46
5.4 QUALIDADE DE VIDA	53
6. CONCLUSÃO	57
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

APÊNDICES E ANEXOS 64

APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA SECRETARIA DE SAÚDE, CAICÓ/RN

APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ

APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA CLÍNICA DO RIM, CAICÓ/RN

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS, FARMACOLÓGICAS E RELACIONADAS À IRC

ANEXO A – QUESTIONÁRIO SF-36

ANEXO B – FOLHA DE ENVIO PARA APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ANEXO C – FOLHA DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

1. INTRODUÇÃO

A doença renal terminal (DRT) tem recebido atenção global enquanto problema de saúde pública. Estimativas da Sociedade Brasileira de Nefrologia indicam que no Brasil há 91.314 pacientes em hemodiálise, com um aumento de 114,4% no número de casos de 2000 a 2011 (CAVALCANTE et al., 2013).

A doença renal crônica (DRC) traz consigo uma série de questões que marcam a vida do indivíduo, a parti do diagnóstico, sendo comuns as manifestações psíquicas acarretando alterações na interação social e desequilíbrios psicológicos, não somente do paciente como da família que o acompanha (MASCARENHAS et al., 2010).

Quando a diálise surgiu, tinha-se como preocupação exclusiva prolongar a sobrevida do renal crônico, diferente dos dias atuais em que se destaca atenção especial à qualidade de vida (QV) destes pacientes (FERREIRA; SILVA FILHO, 2011).

Na prática clínica, é comum a associação concomitante de múltiplos fármacos para o tratamento de doenças crônicas. Essas associações podem gerar interações medicamentosas (IM), cujos efeitos podem ser benéficos e até certo ponto esperados, porém, em outros casos, podem gerar resultados indesejáveis, que vão desde a inefetividade do tratamento até eventos adversos graves (MARQUITO et al., 2014).

Os mesmos autores afirmam que, apesar da pequena quantidade de relatos de IM clinicamente evidentes, o conhecimento das propriedades farmacodinâmicas e farmacocinéticas dos diferentes medicamentos direciona para um risco potencial de sua ocorrência. As IM são consideradas eventos adversos evitáveis, passíveis de prevenção e de intervenção. Nesse sentido, a sua identificação e classificação pelo farmacêutico poderia otimizar a abordagem clínica desse tipo de evento (MARQUITO et al., 2014).

Além disso, a condição crônica e o tratamento hemodialítico são fontes de estresse e podem ocasionar problemas como isolamento social, perda do emprego, dependência da Previdência Social, limitações de locomoção e lazer, diminuição da atividade física, necessidade de adaptação à perda da autonomia, alterações da imagem corporal e ainda, um sentimento ambíguo entre o medo de viver e de morrer. A dependência do tratamento, a perda do emprego e limites na expectativa

de vida são alguns dos fatores contribuintes para o aparecimento de problemas psicológicos. A relação entre o trabalho e a saúde é fonte de preocupação, considerando que as atividades laborais estão atreladas às condições físicas, mentais e sociais, por vezes comprometidas no paciente renal crônico (PEREIRA; GUEDES, 2009).

Levando em consideração todos os pontos comentados sobre o universo do portador de insuficiência renal crônica (IRC), esta pesquisa propôs fazer um levantamento das condições de tratamento e vivência dos pacientes, a fim de avaliar os problemas e dificuldades enfrentadas pelos pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar social, a utilização de medicamentos e a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise na Clínica do Rim, localizada na Unidade Hospitalar Regional do Seridó no município de Caicó-RN.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população atendida na Clínica do Rim;
- Identificar os medicamentos utilizados pelos pacientes em hemodiálise;
- Avaliar a qualidade de vida dos pacientes e o quanto é afetada pela condição renal crônica.

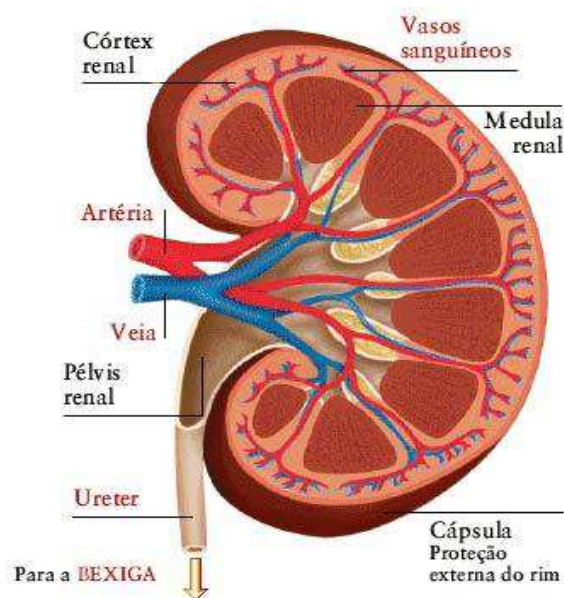
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 RINS

Os rins são dois órgãos em forma de feijão, cada um deles com o tamanho do punho. Eles estão localizados próximos ao meio das costas, abaixo da caixa torácica. Os rins constituem um sistema de filtração onde cada um é constituído de aproximadamente um milhão de minúsculas unidades denominadas néfrons (figura 01). Os rins filtram aproximadamente 190 litros de sangue por dia e eliminam cerca de dois litros de resíduos e excesso de líquido na forma de urina (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2007).

Um dos mecanismos fundamentais para a manutenção da normalidade corporal é a plena atividade dos rins, que exercem funções importantes como a regulação do balanço de água e eletrólitos, excreção de metabólitos, regulação da pressão arterial, regulação do equilíbrio ácido-base, entre outros. Distúrbios de algumas dessas funções podem levar o paciente a uma série de anormalidades que poderão ameaçar a vida (FERNANDES; RAVANHANI; BERTONCIN, 2009).

Figura 01 – Corte anatômico do rim.



Fonte: CURE, 2005.

3.2 DOENÇAS CRÔNICAS

Com a modernização dos cuidados em saúde, as doenças infecciosas e parasitárias vêm apresentando certo declínio na morbidade e mortalidade. Em contrapartida, a busca por melhores condições de vida vem proporcionando a população não só nacional, como também mundial, um envelhecendo cada vez maior, dando espaço para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estas mudanças facilitam o acesso das populações às condições de vida mais favoráveis à saúde e, portanto, repercutem diretamente na alteração dos padrões de adoecimento (BRASIL, 2007).

As doenças crônicas (DCs) compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, moderadas e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2013).

Cabe destacar que ser portador de uma doença crônica se caracteriza como um grande desafio, por envolver mudanças de hábitos de vida que estão relacionadas à dieta e atividades físicas, uso contínuo de medicamentos e a dependência de pessoas e aparelhos para adaptar-se a um novo modo de viver (BARBOSA; VALADARES, 2009). Assim o apoio social, profissional e informação formam um tripé fundamental para os problemas que cercam esse assunto.

As DCs compreendem um grupo de distúrbios que provocam alterações no estilo de vida das pessoas influenciando diretamente na sua qualidade de vida. De modo geral, tais doenças têm uma história naturalmente prolongada, com sintomas que apresentam-se gradualmente no processo por um período longo, assintomático, acompanhado de vários fatores de risco, os quais sofrem interferência do ambiente (KIRCHNER et al., 2011).

A Diabetes *mellitus* (DM), as artrites, hipertensão arterial (HA) e insuficiência renal são epidemiologicamente as enfermidades crônicas mais frequentes na população. As doenças crônicas são encontradas em todos os grupos socioeconômicos, étnicos, culturais e raciais, porém são mais comuns nos indivíduos dos grupos menos favorecidos, provavelmente devido ao fato desta população não

ter uma nutrição adequada e menor acessos aos cuidados de saúde (TERRA, 2007).

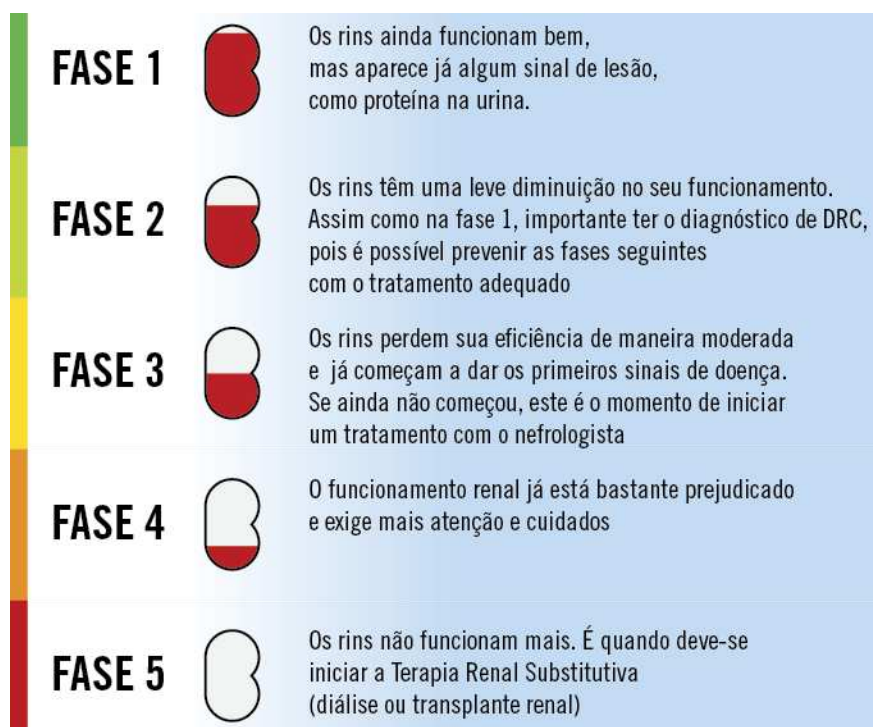
O sucesso do tratamento nas DCs depende fortemente da participação e do envolvimento do usuário enquanto sujeito ativo de seu tratamento. Uma atitude de autocuidado que leve a estilos e práticas de vida mais saudáveis, assim como a adesão ao tratamento, não depende apenas de uma prescrição profissional, mas de uma conscientização do usuário sobre sua condição de saúde e a relação dela com suas práticas (BRASIL, 2013).

3.3 INSUFICIÊNCIA RENAL

Com o desequilíbrio ou perda da função renal o indivíduo logo se depara com uma insuficiência renal aguda (IRA) ou insuficiência renal crônica (IRC), onde a IRA é caracterizada pela supressão aguda das funções renais. Nessa doença, a pele e as membranas mucosas apresentam-se secas por desidratação, e a respiração pode ter o mesmo odor da urina (odor urêmico); as manifestações no sistema nervoso central incluem sonolência, cefaleia, tremores musculares e convulsões (TERRA, 2007). A IRA pode ser revertida com facilidade se o problema for diagnosticado o mais rápido possível e o paciente submetido ao tratamento correto com acompanhamento regular para que o quadro não se agrave e evolua para uma IRC.

Dentre as doenças renais, destaca-se a insuficiência renal crônica (figura 02), em virtude de ser uma doença que ocasiona situações estressantes ao paciente, além de gerar novos fatores estressores, incluindo: tratamento, mudanças no estilo de vida, diminuição da energia física, alteração da aparência pessoal e novas incumbências (MADEIRO et al., 2010). Assim, um adequado processo de adaptação se faz necessário para uma melhor adesão aos processos do tratamento hemodialítico.

Figura 02 – Fases da doença renal crônica.



Fonte: grupochr.net.br

Kirchner et al. (2011) afirmam que a IRC refere-se a um diagnóstico síndrome de perda progressiva e normalmente irreversível da função renal de depuração, ou seja, da filtração glomerular. É considerada uma doença sem perspectiva de melhoras rápidas, com evolução progressiva, causadora de problemas de saúde, sociais e econômicos. Devido ao seu caráter irreversível, a grande maioria dos pacientes evolui para estágios mais avançados, nos quais se fazem necessários o emprego de uma terapia substitutiva dos rins, a diálise ou o transplante renal.

Na IRC um grande número de néfrons é destruído ou lesado, a ponto de que os que restaram não possam desempenhar as funções normais do rim. Normalmente apenas um terço dos néfrons é capaz de eliminar todos os produtos de degradação do organismo, sem acúmulo destes. Desta forma, os sintomas graves da insuficiência renal crônica não são frequentemente visualizados quando o número de néfrons funcionais reduz para pelo menos 70% abaixo do normal (FERNANDES; RAVANHANI; BERTONCIN, 2009).

Os mesmos autores ainda comentam que um grande número de pacientes na fase avançada da doença, não tem a etiologia correta identificada, podendo

identificar a presença de glomerulonefrites, doença vascular renal, infecções crônicas, embolização dos glomérulos por cristais de colesterol e outros.

3.4 DIAGNÓSTICO

Os recursos diagnósticos utilizados para identificar o paciente com DRC são a taxa de filtração glomerular (TFG), o exame sumário de urina (ESU) e um exame de imagem, preferencialmente a ultrassonografia dos rins e vias urinárias (BRASIL, 2014).

Quando diagnosticada a IRC, deve ser instituído um tratamento conservador ou dialítico o mais precoce possível, caso contrário, a ocorrência de complicações pode levar à morte (MADEIRO, 2010).

É usada uma classificação para melhor estruturar o tratamento dos pacientes com IRC logo após seu diagnóstico. Kusumota (2005), diz que as fases de redução das funções renais são: *estágio 0*, com risco aumentado e TFG maior ou igual a 90ml/min/1,73m² e presença de fatores de risco para doença crônica; *estágio 1*, com lesão renal e TFG normal ou aumentada (maior ou igual) a 90ml/min/1,73m²; *estágio 2*, com lesão renal (discreta) e ligeira diminuição da TFG (60-89ml/min/1,73m²); *estágio 3*, com diminuição moderada da TFG (30-59ml/min/1,73m²); *estágio 4*, com diminuição grave da TFG (15-29ml/min/1,73m²); *estágio 5*, é caracterizada pela insuficiência renal crônica terminal (IRCT) com TFG menor que 15ml/min/1,73m², melhor dividido no quadro 01.

Quadro 01 – Estadiamento da DRC.

Estágio	Classificação	TFG (mL/min/1,73m²)
0	Sem lesão renal – grupos de risco para DRC	≥ 90
1	Lesão renal, com TFG normal ou aumentada	≥ 90
2	Lesão renal com ↓ leve da TFG	89 a 60
3	Lesão renal com ↓ moderada da TFG	59 a 30
4	Lesão renal com ↓ grave da TFG	29 a 15
5	Insuficiência renal terminal ou fase dialítica	≤ 15

Fonte: CUPPARI, 2002.

3.5 IRC ASSOCIADA A OUTRAS DOENÇAS

Os fatores envolvidos na progressão da DRC vêm ultimamente tendo uma maior visualização por parte dos clínicos. Vários fatores estão sendo relacionados com a progressão da DRC como: hipertensão arterial sistêmica (HAS) não controlada, proteinúria, uso de medicamentos nefrotóxicos, obstrução do trato urinário, DM, refluxo urinário, dieta com alto teor de proteínas, tabagismo, infecção urinária, obesidade, dislipidemia, anemia crônica, acidose metabólica, deficiência de vitamina D, hiperfosfatemia e doença de base ativa, como representado no quadro 02. Alguns estudos mostraram que a correção da hiperuricemia (aumento de ácido úrico no sangue) reduz a queda da taxa de filtração glomerular (TFG) em pacientes com DRC pré-dialítica (CRESTANI FILHO; RODRIGUES, 2013).

Quadro 02 – Riscos para DRC.

Risco para Doença Renal Crônica	
Elevado	Hipertensão Arterial Diabetes Mellitus História familiar de DRC
Médio	Enfermidades sistêmicas Infecções urinárias de repetição Litíase urinária repetida Uropatias Crianças com < 5 anos Adultos com > 60 anos Mulheres grávidas

Fonte: ROMÃO JUNIOR, 2004.

A hipertensão arterial seguida pela diabetes são os principais fatores de risco envolvidos na progressão da DRC, já que se trata de doenças silenciosas e que muitas vezes não apresentam manifestações clínicas de importância ou que interfiram diretamente no cotidiano do paciente. O não monitoramento e/ou tratamento inadequado dessas doenças crônicas não transmissíveis, com o passar dos anos, desenvolverão lesões lentas e progressivas nos órgãos, dentre eles os rins, podendo levar à IRC (KUSUMOTA; RODRIGUES; MARQUES, 2004).

A hipertensão arterial pode ser considerada a causa de uma IRC ou consequência dela, agravando ainda mais os problemas cardiovasculares da insuficiência renal. Essa relação é confirmada por Bortolotto (2008), onde fala que a HA está presente na maioria das doenças renais, principalmente nas glomerulopatias e na nefropatia diabética. A prevalência de hipertensão, determinada por ocasião da detecção da doença renal, aumenta progressivamente à medida que a função renal vai deteriorando, de tal forma que na fase terminal ou dialítica da IRC a quase totalidade dos nefropatas é hipertensa.

O principal mecanismo da HA na IRC é relacionado com a perda progressiva da capacidade renal de excretar sódio, resultando em sobrecarga salina e de volume. Entretanto, outros mecanismos podem estar envolvidos, tais como maior produção de vasoconstritores, como a angiotensina II, diminuição de vasodilatadores, como as prostaglandinas, e alterações na função endotelial com síntese prejudicada do óxido nítrico (BORTOLOTTI, 2008).

Já com relação à diabetes, a complicação mais comum da doença que leva a uma possível IRC é a nefropatia diabética, diagnosticada quando o mesmo apresenta uma excreção elevada de proteína. Segundo Kusumota, Rodrigues e Marques (2004), o comprometimento renal pela DM está relacionado a alterações morfológicas dos glomérulos renais e ao aumento de excreção urinária de albumina. A importância da nefropatia diabética está na associação do aumento da mortalidade de aproximadamente cem vezes, em portadores de diabetes tipo I, e de até cinco vezes, para portadores de diabetes tipo II.

Quanto às complicações hematológicas, a anemia é a mais comum em pacientes renais crônicos (TERRA, 2007). Essa afirmação é justificada por Oliveira Junior, Formiga e Alexandre (2014), onde falam que o monitoramento dos níveis de hemoglobina deve ser realizado de rotina nesse grupo de pacientes, pois a anemia é um preditor de mortalidade e precisa ser abordada com múltiplas estratégias como uso de eritropoietina, ferro exógeno e menos comumente com o uso de hemotransfusões.

3.6 EPIDEMIOLOGIA

De acordo com o censo 2013 da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), a hipertensão acomete 35,1% dos pacientes com DRC em processo dialítico, sendo a

principal causa de DRC no Brasil, seguida de diabetes *mellitus* (28,4%) e glomerulonefrite crônica com 11,4% (SESSO et al., 2014). Refere também que 9,3% tem causas desconhecidas (OLIVEIRA JUNIOR; FORMIGA; ALEXANDRE, 2014).

O Brasil provavelmente possui o terceiro maior programa crônico de diálise do mundo e engloba uma população mais jovem, com menor prevalência de DM do que aquela descrita nos países desenvolvidos, apresentando melhores índices de morbimortalidade que centros norte-americanos e europeus (OLIVEIRA JUNIOR; FORMIGA; ALEXANDRE, 2014). Ainda que a carência em atendimento especializado proporcione índices altos de diálise de urgência e internações hospitalares.

O inquérito nacional da SBN é realizado há mais de 10 anos para coleta de informações básicas dos pacientes com doença renal crônica em programa de diálise dos centros de diálise cadastrados na SBN. Há cerca de cinco anos, essas informações vêm sendo coletadas *on-line*, o que facilita sobremaneira esse procedimento num país com grandes dimensões como o Brasil e com quase 660 unidades de diálise crônica em 2013 (SESSO et al., 2014). Com isso se obtêm um leque maior de informações epidemiológicas e técnicas, fornecendo subsídios importantes para a resolução dos problemas que cercam essa população alvo.

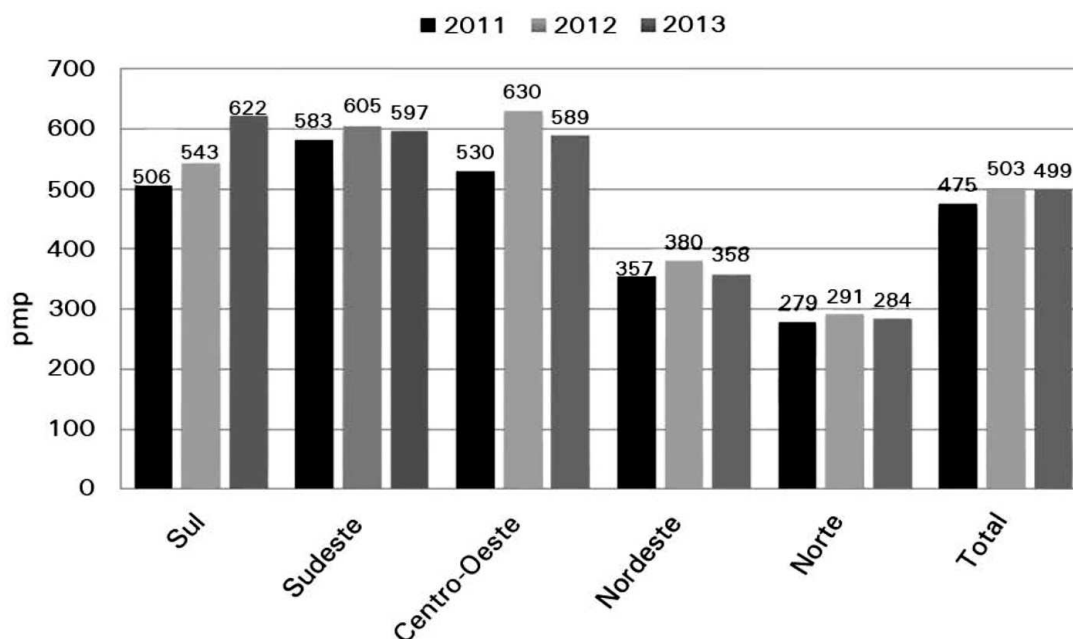
Segundo o censo de 2013 realizado pela SBN, o Brasil dispõe de 658 unidades ativas de hemodiálise, onde dessas unidades 51% (334 das 658) responderam à pesquisa, e o nordeste fica com 17% desse total. O número total estimado de pacientes no país em 1 de julho de 2013 foi de 100.397 demonstrando um crescimento gradual ao longo dos anos: 97.586 no ano de 2012, 91.314 em 2011, e 54.523 em 2003, ocorrendo um aumento anual médio de 3% nos últimos 3 anos (SESSO et al., 2014).

O número estimado de pacientes inscritos em fila de espera para transplante em julho de 2013 era de 31.351, neste mesmo ano o número estimado de óbitos foi de 17.944, demonstrando uma redução quando comparada com os últimos dois anos segundo o censo 2013 da SBN (SESSO et al., 2014). A figura 03 demonstra o número de pacientes estimados no Brasil no período de 2011-2013.

Nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos da Europa e Ásia, nos últimos anos tem sido relatado um aumento crescente na taxa de prevalência, embora a taxa de incidência de pacientes em terapia renal substitutiva tenha crescido pouco ou apresentado uma tendência a estabilização. Nos Estados Unidos,

por exemplo, a taxa de prevalência aumentou ao redor de 3% ao ano entre 2007-2011 (SESSO et al., 2014).

Figura 03 – Prevalência estimada de pacientes em diálise no Brasil, por região, 2011-2013.



Fonte: SESSO et al., 2014.

O Brasil possui o maior sistema público de doação de órgãos para transplante, apesar de sua magnitude e seus avanços na área, a estrutura de processos administrativos e operacionais ainda é deficiente em alguns aspectos. Para que se obtenha melhor qualidade e resultado na logística do transporte humano, devem existir maior comprometimento e organização nos setores envolvidos no processo (ANDRIOLI, 2015).

Em uma reportagem sobre perda de órgãos para transplante publicada no jornal O globo (versão eletrônica) pelo jornalista Vinicius Sassine, afirma que 153 órgãos (coração, fígado, pulmão, pâncreas, rins e ossos) foram perdidos entre 2013 e 2015 por recusa da força aérea brasileira em disponibilizar uma aeronave para o transporte urgente. As negativas para o transporte de órgãos aumentaram de 52,7% para 77,5% nos anos de 2013 a 2015 (O GLOBO, 2016).

A mesma reportagem afirma ainda que a legislação brasileira não obriga a Aeronáutica a transportar órgãos para transplante, o que existe é um termo de cooperação entre Ministério da Saúde, empresas de aviação comerciais e a força aérea brasileira. Até a data da matéria não houve casos de recusa de companhias aéreas, onde o transporte é encaixado nas rotas existentes e é feito gratuitamente. Só em 2015 3,8 mil voos fizeram o transporte de órgãos para o transplante. A força aérea só é acionada nas situações mais críticas, em que não há rotas comerciais disponíveis e nos casos de tempo de isquemia curto, ou seja, o prazo máximo de tempo em que o órgão é retirado e tem que ser transplantado para que não ocorra qualquer complicação no processo.

3.7 TRATAMENTO

O tratamento para os pacientes com insuficiência renal crônica é feito com o intuito de evitar ou diminuir os sinais e sintomas da doença. Esse tratamento dependerá da evolução da doença, sendo que inicialmente ele poderá apenas ser conversador, por meio da terapêutica medicamentosa e dietética. A diálise ou terapia renal substitutiva (TRS) será necessária quando os medicamentos, dieta e restrição hídrica se tornarem insuficientes. Por fim, o paciente terá a possibilidade de submeter-se a um transplante renal (TERRA, 2007).

Os pacientes renais crônicos, geralmente, tornam-se desanimados e desesperados com essa nova realidade, e muitas vezes por essas razões, ou por falta de orientação, abandonam o tratamento ou negligenciam os cuidados que deveriam ter. Este comportamento não cooperativo, assim como as dificuldades relativas à ocupação e à reabilitação são preocupações constantes tanto para os pacientes e familiares, quanto para a equipe interdisciplinar responsável. E é nesse cenário que se faz necessária a estimulação das suas capacidades, para que esses pacientes se adaptem de maneira positiva ao novo estilo de vida e assumam o controle do seu tratamento (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011).

O suporte social é um fator importante para adesão ao tratamento. As limitações impostas pela doença também influenciam e repercutem na família que terá uma participação primordial no tratamento (KIRCHNER et al., 2011).

3.7.1 Farmacológico

A prestação da assistência e atenção farmacêutica a pacientes renais crônicos pode auxiliar na efetividade terapêutica, pois o farmacêutico como profissional voltado ao uso racional de medicamentos (URM) terá como meta a orientação correta em relação ao uso, evitando problemas que possam ocorrer devido à grande quantidade de fármacos utilizados (FERNANDES; RAVANHANI; BERTONCIN, 2009).

Os mesmos autores afirmam que o farmacêutico pode contribuir com a equipe multiprofissional, no próprio setor de hemodiálise, com a criação de um processo sistematizado de atenção farmacêutica. Este acompanhamento farmacoterapêutico implica na detecção, prevenção e resolução dos problemas relacionados aos medicamentos (PRM), de uma forma continuada, sistematizada e documentada, em colaboração com o próprio paciente e com os demais profissionais do sistema de saúde, a fim de alcançar resultados concretos que melhorem a QV do paciente.

Os principais medicamentos de uso diário, comumente prescritos aos portadores de nefropatia crônica incluem: captopril, minoxidil, furosemida, nifedipino, clonidina, propranolol, metildopa (hipotensores), isossorbida (vasodilatador coronariano), omeprazol (protetor gástrico – reduz a secreção do ácido gástrico), ácido fólico (antianêmico), carbonato de cálcio (para evitar a hipocalcemia), sulfato ferroso (para repor a perda de ferro no sangue residual), complexo B, vitamina C, bicarbonato de sódio (antiácido gástrico – alcalinizante) e eritropoietina humana recombinante para evitar ou tratar a anemia (TERRA et al., 2010).

Segundo os autores acima citados, observar a adesão ao tratamento farmacológico é importante, uma vez que estimativas de 1996 indicaram que a não adesão ao tratamento medicamentoso resultou em gasto anual de \$8,5 bilhões em atendimentos hospitalares e um adicional de \$17 a \$25 bilhões em custos indiretos (como perda da produtividade, mortalidade e morbidade) nos Estados Unidos. Cerca de 3% a 10% das admissões hospitalares em adultos são atribuídos a não adesão ao tratamento medicamentoso que foi proposto ao paciente.

3.7.2 Transplante

O transplante renal é um procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um órgão de uma pessoa doente (receptor) por outro órgão normal de um doador compatível. Este novo e único rim deve substituir os dois rins que pararam de funcionar com a evolução da doença (TERRA, 2007).

Os pacientes com DRC devem ser encaminhados para os serviços especializados em transplante. Duas modalidades de transplante de rim podem ser consideradas, de acordo com o tipo de doador, em transplante com doador vivo ou doador falecido. Pode-se considerar o transplante pré-emptivo, que é aquele realizado antes do paciente iniciar Terapia renal substitutiva (TRS). A indicação de transplante deve seguir as orientações da Portaria GM/MS N° 2.600, de 31 de outubro de 2009, ou a que venha a substituir. No prazo de 90 (noventa) dias após o início do tratamento dialítico, o serviço de diálise deverá, obrigatoriamente, apresentar ao paciente apto ou ao seu representante legal, a opção de inscrição na Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) local ou de referência. O serviço de diálise deve encaminhar formalmente o paciente, acompanhado do relatório médico atualizado, ao estabelecimento e equipe escolhidos pelo paciente para realização do transplante, comprometendo-se a encaminhar, trimestralmente, amostras do soro coletado, além de informar a situação clínica e o status em lista de espera, especialmente no que diz respeito a: falta de condições clínicas para o transplante, gestação, transfusão e óbito (BRASIL, 2014).

O transplante renal, além de permitir a reabilitação do paciente e um estilo de vida normal até certo ponto, possibilita também uma economia significativa para o sistema de saúde (TERRA, 2007).

A contra-indicação de transplante renal em pacientes portadores de neoplasia maligna baseia-se no risco aumentado de metástases potencialmente induzido pela imunossupressão. O transplante só será considerado se não houver nenhuma evidência de persistência do câncer. O tempo de espera recomendado entre o tratamento do tumor e o transplante dependerá do tipo de câncer. Neoplasia renal não constitui uma contra-indicação absoluta para o transplante. A conduta, nestes casos, deve tratar o tumor e aguardar dois anos. Se não houver recidiva, pode-se transplantar sem maiores riscos (NORONHO et al., 2006).

3.7.3 Diálise

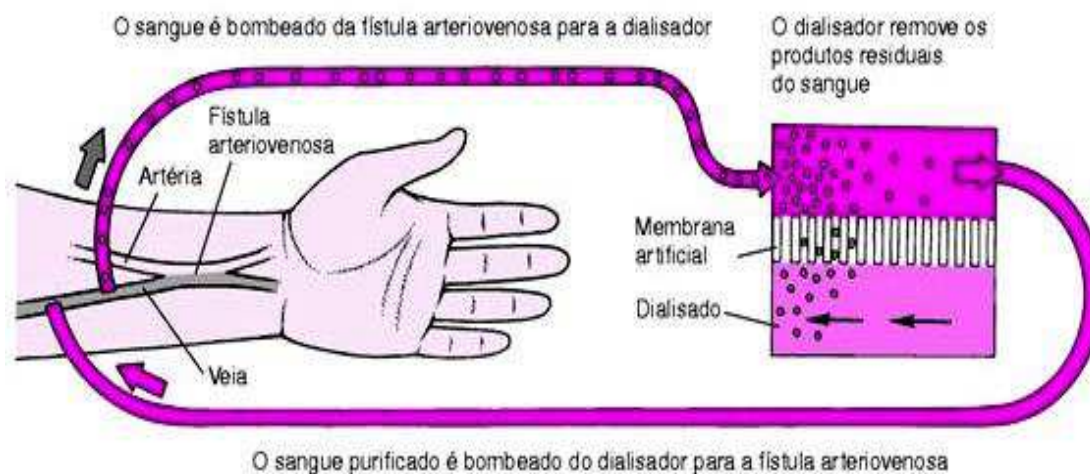
Os grandes avanços nos procedimentos dialíticos e protocolos clínicos padronizados para o tratamento de pacientes renais crônicos tem evoluído muito, prolongando a sobrevivência dos pacientes (ARENAS, 2009).

O tratamento por diálise peritoneal ou hemodiálise pode ser aplicados a pacientes com problemas renais avançados. A diálise peritoneal usa um tipo de membrana porosa que forra a cavidade do abdômen como um filtro para remover as impurezas. O líquido dialisador é bombeado na cavidade peritoneal através de um cateter no abdômen, onde então ocorrerá a filtração e purificação do sistema (MANDAL, 2014).

Já a hemodiálise é definida como um processo terapêutico capaz de remover catabólitos do organismo e corrigir as modificações do meio interno por meio da circulação do sangue em máquina idealizada para este fim. O método consiste, essencialmente, na circulação extracorpórea do sangue em tubos ou compartimentos feitos de uma membrana semipermeável e constantemente banhados por uma solução eletrolítica apropriada – solução de diálise ou banho (TERRA et al., 2010).

Na hemodiálise, o sangue sai por um tubo ligado à fístula arteriovenosa e bombeia-se para o dialisador. Durante o procedimento, utiliza-se a heparina, um anticoagulante que impede que o sangue coagule no dialisador. Dentro do dialisador, uma membrana porosa artificial separa o sangue do líquido (líquido de diálise), cuja composição química é semelhante aos líquidos normais do corpo. A pressão no compartimento do líquido de diálise é mais baixa do que a do compartimento do sangue, permitindo assim que o líquido, os produtos residuais e as substâncias tóxicas do sangue se filtrem através da membrana que separa ambos os compartimentos. Contudo, as células sanguíneas e as proteínas de grande dimensão são demasiado grandes para serem filtradas através dos pequenos poros da membrana. O sangue dialisado (purificado) é devolvido ao organismo (MANUAL MSD, 2009), a figura 04 representa um esquema explicativo do processo hemodialítico.

Figura 04 – Esquema da hemodiálise.



Fonte: MANUAL MSD, 2009.

Considerando os benefícios do tratamento dialítico, que prolonga a vida dos pacientes com DRC, as condições impostas pela doença e pelo próprio tratamento provocam uma série de alterações sistêmicas, metabólicas e hormonais, que podem afetar adversamente a condição nutricional desses pacientes. O processo de hemodiálise pode levar à remoção de 1 a 4 litros de fluido em um período médio de 4 (quatro) horas, durante três dias da semana, e varia de paciente para paciente e da efetividade da diálise (KIRCHNER et al., 2011).

Os mesmos autores afirmam ainda que pacientes com IRC em tratamento hemodialítico passem, com frequência, por disfunções nutricionais. O paciente renal crônico pode ser atingido por inúmeras condições adversas, como anorexia, presença de toxinas urêmicas, distúrbios gastrintestinais e alterações metabólicas, influenciadas pelo seu estado nutricional.

3.7.4 Terapia nutricional

As principais causas relacionadas à mortalidade de pacientes renais crônicos está relacionado ao seu estado nutricional e uma diálise de qualidade. A terapia nutricional tem como objetivos manter ou atingir um estado nutricional, com o adequado consumo de energia, proteína, vitaminas e minerais; controlar a ingestão de sódio, potássio e líquidos para evitar o desequilíbrio eletrolítico e o edema (ZAMBRA; HUTH, 2010).

Os maiores problemas nutricionais estão relacionados ao acúmulo de metabólitos entre as sessões dialíticas e à perda de nutrientes durante o procedimento. A prevalência da desnutrição nesses pacientes é elevada, e varia entre 40% a 80%. A gravidade da desnutrição aumenta de acordo com o número de anos de hemodiálise (HD), sendo mais pronunciada em indivíduos mais velhos. Embora todas as opções de terapia enteral e parenteral possam ser indicadas, o reforço da alimentação convencional via oral e, quando necessário, o uso de suplementos, parecem ser as opções mais efetivas e bem toleradas para a prevenção e a recuperação nutricional dos pacientes em HD (MARTINS et al., 2011).

Não existe uma dieta única para todos os pacientes. Cada paciente deverá ser avaliado isoladamente e ter sua dieta elaborada com o auxílio de um nutricionista. Em geral, a restrição alimentar aumenta na medida em que a doença progride e os medicamentos não são mais capazes de manter os níveis de potássio, fósforo e ácidos dentro do desejado. De uma forma geral, será recomendada uma dieta com restrição de sal (em torno de 3,0 gramas por dia); nas fases mais avançadas da doença, poderá ser necessária a restrição de água (dependendo se o paciente persiste com inchaço, apesar da restrição do sal e do uso de diuréticos), restrição de alimentos que contenham muito potássio e/ou fósforo (leite, carnes, refrigerantes a base de cola). Uma atenção especial deve ser dada ao consumo de proteínas, pois a quantidade e o tipo de proteína a ser ingerida variam com a fase da doença renal e a causa da mesma. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2015).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

A seguinte pesquisa foi desenvolvida seguindo as linhas de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal com abordagem quali-quantitativa.

A epidemiologia pode ser compreendida como um processo contínuo de acúmulo de conhecimentos com o objetivo de prover um acervo de evidências indiretas, cada vez mais consistentes, de associação entre saúde e fatores protetores ou doença e fatores de risco (SANTA CATARINA, 2003).

Os estudos descritivos tem por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos (COSTA; BARRETO, 2003). Nos Estudos Transversais, cada indivíduo é avaliado para o fator de exposição à doença em determinado momento (CARVALHO; ROCHA, [201?]).

A abordagem quantitativa significa quantificar opiniões, dados, nas formas de coletas de informações, utilizando recursos e técnicas estatísticas. É comum ser utilizado no desenvolvimento de pesquisas descritivas, na qual se procura descobrir classificar a relação entre variáveis, assim como na investigação da relação de causalidade entre os fenômenos: causa e efeito (TERRA, 2007).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O trabalho foi desenvolvido na Unidade Hospitalar Regional do Seridó, localizada na cidade de Caicó, Rio Grande do Norte. Atualmente, a unidade hospitalar é mantida com recursos da Associação dos Municípios do Seridó, da Secretaria Municipal de Saúde de Caicó e da Secretaria Estadual de Saúde Pública. O hospital possui uma equipe multidisciplinar com atendimento 24 horas nos serviços de urgência, realizando cerca de dois mil atendimentos por mês, com 247 internações aproximadamente. Possui 88 leitos, distribuídos em Cirurgia Geral (35); Clínica Médica (38); Psiquiatria (oito) e em unidade de Isolamento (dois), contando também com uma UTI com cinco leitos e um atendimento ambulatorial em Ortopedia (RIO GRANDE DO NORTE, 2013).

Nas dependências físicas do hospital, encontra-se funcionando a Clínica do Rim, uma instituição privada e independente que utiliza a área física do hospital por necessidade mutua, tanto do município como da própria clínica, que ainda não dispõe de espaço próprio em Caicó. A clínica é equipada com 38 máquinas de diálise atendendo 168 pacientes divididos em três turnos (o primeiro de 6-10 horas, o segundo de 11-15 horas e o terceiro de 15:30-19:30 horas). A clínica emprega 37 funcionários e dispõe de 10 médicos que se revezam em plantões no mês e atendem os pacientes em hemodiálise e ainda auxiliam em eventuais emergências no hospital.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi dos 168 pacientes atendidos pela clínica, onde 80 pacientes com IRC que fazem diálise na Clínica do Rim e aceitaram participar da presente pesquisa. Os seguintes critérios de participação foram aplicados: pessoas sem déficit cognitivo; maiores de 18 (dezoito) anos; capazes de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Com o *N* de 80 pacientes entrevistados a pesquisa obteve uma margem de erro de 6,7% e nível de confiança de 90% evidenciando uma limitação da pesquisa no que envolve a quantidade de pacientes entrevistados (amostra).

4.4 PERÍODO DE INVESTIGAÇÃO

As entrevistas com os pacientes da Clínica do Rim para obtenção dos dados da pesquisa, assim como a interpretação dos mesmos foi realizada entre setembro de 2015 a julho de 2016.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Seguindo a Resolução 466/12, que trata de Pesquisa Envolvendo os Seres Humanos, foram observados e obedecidos os critérios regidos nesta resolução:

- Termo de autorização institucional da secretária de saúde do município de Caicó-RN (Apêndice A), da diretora da Unidade Hospitalar do Seridó (Apêndice B) e para a médica Diretora/responsável pela Clínica do Rim (Apêndice C);

- Consentimento livre e esclarecidos dos participantes da pesquisa e/ou seu representante legal através do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) no Apêndice D;
- Projeto avaliado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande com nº 50970315.5.0000.5182.

4.6 COLETA DE DADOS

Os dados da pesquisa foram obtidos por meio de entrevista realizada com os pacientes na sala de diálise, ambiente familiar e confortável. No primeiro contato foi apresentado o trabalho e os objetivos que se pretenderam obter. O participante da pesquisa tomava ciência dos aspectos éticos da pesquisa (termo de consentimento livre e esclarecido), onde era analisada sua adesão aos critérios de participação, e em seguida apresentado os dois questionários utilizados para obtenção dos dados.

O primeiro questionário é composto por 29 (vinte e nove) questões, elaboradas e adaptadas de Terra (2007), seguindo a linha de pesquisa já existente sobre o assunto para avaliar as condições socioeconômicas, farmacológicas e relacionadas à IRC dos pacientes participantes (Apêndice E).

O segundo questionário utilizado para avaliar a qualidade de vida dos pacientes entrevistados na pesquisa foi o *The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey* (SF-36) traduzido e adaptado.

Este instrumento que foi desenvolvido pelos estudiosos Ware Sherbourne em 1992, tendo sido traduzido e validado para a língua portuguesa por Ciconelli, em 1999, seguindo todos os passos exigidos pelo comitê de especialistas. O SF-36 foi criado com a finalidade de ser um questionário genérico de avaliação de saúde e de fácil administração e compreensão, porém sem ser tão extenso (FERNANDES; VASCONCELOS; SILVA, 2009).

Os mesmos autores acima citados ainda afirmam que a validade do SF-36 é confirmada e demonstrada por meio de uso em pesquisas de diversas nacionalidades e distintas doenças, permitindo assim comparações de um grupo com um modelo populacional ou entre diferentes enfermidades (FERNANDES; VASCONCELOS; SILVA, 2009).

O SF-36 é um instrumento multidimensional, composto por 36 (trinta e seis) itens, que avaliam dois componentes: saúde física e saúde mental totalizando 8

(oito) domínios ou dimensões (Anexo A). O componente saúde física apresenta as seguintes dimensões: capacidade funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de se cuidar, vestir-se, tomar banho e subir escadas); aspectos físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais); dor (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); estado geral de saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde). O componente saúde mental consta das dimensões: vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde); aspecto sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais); aspectos emocionais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais) e saúde mental (escala de humor e bem-estar). Os resultados de cada componente variam de 0 (zero) representando a pior avaliação até 100 (cem) representando a melhor avaliação referente à qualidade de vida do paciente (MARTINS; CESARINO, 2005).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para a elaboração de tabelas, figuras e apresentação dos números absolutos e suas respectivas porcentagens foi utilizado o e Microsoft Office Excel 2013 com análise de medidas de tendência central e cálculos preestabelecidos pelo questionário SF-36 para avaliar a qualidade de vida (Figura 05).

Figura 05 – Cálculo e valores preestabelecidos para obtenção dos resultados dos respectivos domínios.

<p>Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100 Variação (<i>Score Range</i>)</p>			
Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Fonte: Universidade Federal do Paraná, 2013.

Os quatro primeiros domínios da figura 05 são encarregados de avaliar o componente saúde física e os quatro últimos o componente saúde mental. Calculou-se a média dos resultados de cada um dos oito componentes para detalhar quais são os mais ou menos afetados pela condição renal crônica em hemodiálise.

5. RESULTADO E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E DEMOGRÁFICA

Os dados referentes ao gênero, faixa etária, município onde reside, escolaridade, ocupação e renda familiar mensal dos pacientes renais crônicos submetidos à HD, que aceitaram participar da pesquisa, estão elencados na tabela 01.

Tabela 01 – Caracterização socioeconômica e demográfica dos pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise.

VARIÁVEIS	N	%
Gênero		
Masculino	53	66,25
Feminino	27	33,75
Faixa Etária		
18 – 30	7	8,75
31 – 60	48	60
61 – 80	25	31,25
Município onde reside		
Caicó – RN	20	25
Outros*	60	75
Escolaridade		
Não alfabetizados	6	7,5
E.F. I incompleto	26	32,5
E.F. I completo	6	7,5
E.F. II incompleto	9	11,25
E.F. II completo	6	7,5
E.M. incompleto	5	6,25
E.M completo	14	17,5
E.S. incompleto	2	2,5
E.S. completo	6	7,5
Ocupação		
Do lar	-	-
Ax. Doença	25	31,25
Aposentado	44	55

Tabela 01 (Continuação) – Caracterização socioeconômica e demográfica dos pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise.

Pensionista	3	3,75
Outros	8	10
Renda familiar mensal		
Menos de 1 salário mínimo	2	2,5
1 a 2 salários mínimos	69	86,25
3 a 5 salários mínimos	7	8,75
Mais de 5 salários mínimos	2	2,5

Legenda: N = Número; E.F. = Ensino Fundamental; E.M. = Ensino Médio; E.S. = Ensino Superior.

*** Do Rio Grande do Norte: Acari; Carnaúba dos Dantas; Cruzeta; Equador; Jardim de Piranhas; Jardim do Seridó; Jucurutu; Lagoa Nova; Ouro Branco; Paraú; Parelhas; São João do Sabugi; São José do Seridó; São Rafael; São Vicente; Serra Negra; Timbaúba dos Batistas. Da Paraíba: Belém do Brejo do Cruz.**

Fonte: Dados do autor, 2016.

Com relação ao gênero, pode-se observar que o sexo masculino prevalece entre os participantes com 66,25% contra 33,75% do sexo feminino.

Esse resultado corrobora com outros estudos na área de pacientes renais em diálise, onde os mesmos apontam a maioria masculina nas clínicas (KUSUMOTA, 2005; MADEIRO, 2010; TERRA, 2007). Essa maioria pode ser entendida pela maior característica de autocuidado que a mulheres têm em relação aos homens, aderindo mais ao tratamento conservador, e por tanto, necessitando menos da diálise.

A idade dos pacientes entrevistados variou de 18 a 77 anos, onde 60% encontram-se na faixa etária de 31 a 60 anos de idade, valor semelhante ao encontrado por (FERNANDES; RAVANHANI; BERTONCIN, 2009). A média de idade dos entrevistados foi de 51,2 anos, muito próximo do encontrado por Kirchner et al., (2011), que foi de 53,9 anos.

Com relação ao município onde mora, foi observado no estudo que 75% dos pacientes eram de outra cidade, necessitando enfrentar uma viagem de ida e volta três vezes por semana. Santos et al., (2014) no seu estudo com pacientes em hemodiálise, verificaram que 49,7% dos entrevistados viviam a mais de 100 quilômetros do centro de diálise, o que mostra uma grande deficiência na quantidade de centros disponíveis no Brasil.

Os mesmos autores acima citados afirmam que essa distância tem uma grande influência no tratamento, uma vez que a consulta prévia e/ou tratamento conservador com o nefrologista foi associada a menor custo de tratamento dialítico e menor mortalidade nos primeiros 12 meses de diálise.

Ainda sobre a carência de centros de diálise, em entrevista concedida ao Jornal do Brasil no mês de setembro de 2015, o então diretor da Sociedade Brasileira de Nefrologia Valter Garcia, afirmou que se anuncia uma tragédia no sistema de diálise brasileiro. Segundo o diretor, nos últimos 10 anos o número de pacientes cresceu 71%, enquanto que o de centros de diálise apenas 15%, as unidades são mal distribuídas no país e o Sistema Único de Saúde (SUS) paga apenas R\$ 179,00 (cento e setenta e nove reais) por sessão de hemodiálise, quando que o gasto real gira entorno de R\$ 256,00 (duzentos e cinquenta e seis reais) (JORNAL DO BRASIL, 2015).

A baixa escolaridade também prevaleceu entre os pacientes em hemodiálise entrevistados, com a maior porcentagem (32,5%) de pessoas com Ensino Fundamental I (E.F.I) incompleto. 53 pacientes (66,25%) possuem escolaridade baixa, entre não alfabetizados e pessoas com Ensino Fundamental II completo.

Esse resultado de escolaridade é compatível com o encontrado por outros autores. Terra (2007) obteve uma porcentagem de 80,01% de pacientes em hemodiálise com escolaridade baixa, entre não alfabetizados e 1º grau completo. Oliveira Júnior, Formiga e Alexandre (2014) apontam que em sua pesquisa realizada com pacientes renais de João Pessoa – PB, 56% relataram escolaridade referente ao Ensino Fundamental.

Dados referentes à escolaridade baixa refletem na comunicação acessível que os profissionais de saúde devem ter com seus pacientes, ou seja, termos técnicos devem ser usados com cautela e sempre ser frisadas as orientações no que se refere aos cuidados no tratamento farmacológico e prevenção de complicações por se tratarem de um paciente renal crônico.

A grande maioria dos entrevistados encontra-se inativos de suas atividades laborais (ocupação). Os aposentados representam 55% seguido dos pacientes que recebem auxílio doença com 31,25%. Esses resultados se encontram na média de outros estudos da área, revelando o quanto a condição renal crônica interfere no dia a dia do paciente. Segundo Ferreira e Silva Filho (2011), 36,92% da população em diálise estudada declararam-se aposentada, em contrapartida Sgnaolin e Figueiredo

(2012) relatam que 90,8% dos pacientes em diálise então na categoria de aposentados.

Outra maioria observada na pesquisa foi com relação à renda, onde 86,25% dos entrevistados afirmaram ganhar de 1 a 2 salários mínimos por mês (salário mínimo vigente no período da entrevista – R\$ 788,00). Essa renda girando em 1 a 2 salários mínimos é confirmada por Terra (2007), onde 50% dos seus entrevistados se encaixavam nesse parâmetro.

O mesmo autor acima citado afirma que é importante interligar o nível de escolaridade com a renda mensal, ou seja, quanto maior a escolaridade dos pacientes em tratamento, mais chances da sua renda mensal ser superior a dois salários mínimos. Outro ponto, é que muitos dos pacientes são prejudicados por uma aposentadoria antecipada por condição clínica, já que em sua plena condição física/saúde, pleiteavam uma aposentadoria maior.

5.2 FATORES RELACIONADOS À IRC

Com relação às variáveis relacionadas à condição renal, a tabela 02 mostra que a maioria dos pacientes sabem que estão com IRC em uma faixa de até 5 anos, totalizando 33 (41,25%) dos entrevistados. Essa mesma faixa de tempo também prevalece para o tempo de tratamento hemodialítico com 34 pacientes (42,5%).

Tabela 02 – Variável de tempo com insuficiência renal crônica e tratamento hemodialítico.

VARIÁVEL	TEMPO			
	Insuficiência Renal Crônica		Tratamento Hemodialítico	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Menos de 1 ano	8	10	19	23,75
Até 5 anos	33	41,25	34	42,5
Até 10 anos	23	28,75	19	23,75
Mais de 10 anos	16	20	-	-
TOTAL	80	100	80	100

Legenda: *N* = Número.

Fonte: Dados do autor, 2016.

Dados compatíveis com esse estudo foram achados por Terra (2007), onde 50% dos seus pacientes entrevistados sabiam da sua condição renal na faixa de 1 a 5 anos e 60% deles tinha essa mesma faixa de tempo de tratamento hemodialítico.

Em contrapartida, Mascarenhas et al. (2010) obtiveram uma prevalência no tempo de tratamento de até 1 ano, 59% dos seus pacientes entrevistados. Ainda na mesma pesquisa, relataram que quanto maior o tempo de HD, mais baixo são os valores de qualidade de vida.

Outro aspecto importante a ser comentado sobre tempo com IRC e tempo de tratamento hemodialítico, foi que como demonstrado na tabela 02, os números para essas duas variáveis na faixa de até 5 anos e até 10 anos são muito próximos. Isso remete para um diagnóstico tardio da condição renal crônica, ou seja, os pacientes são diagnosticados na fase terminal e, conseqüentemente, precisando de hemodiálise de urgência.

Quando comparados pacientes que tinham acompanhamento tardio com nefrologista e os que tiveram acompanhamento prévio, estes últimos passavam menos tempo hospitalizados após a diálise ser iniciada, tinham menor probabilidade da necessidade de diálise de urgência, melhor controle da pressão arterial, menor risco de edema agudo de pulmão e melhor expectativa de vida para o primeiro ano de tratamento. Também apresentavam maior probabilidade de iniciar o tratamento de hemodiálise com acesso vascular permanente em vez de acesso central temporário, onde este é esteticamente impactante para o paciente assim como está relacionado com maiores complicações ao longo das sessões de hemodiálise (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

As sessões de hemodiálise geralmente tem duração de três a quatro horas e três vezes por semana. Podem existir modificações no tempo e na frequência dessas sessões de acordo com o estado clínico do paciente (MACHADO; PINHATI, 2014).

Pode-se avaliar que todos os 80 entrevistados fazem três sessões de hemodiálise por semana com duração média de 4 horas. Durante a realização das entrevistas ocorreu uma diminuição do tempo da sessão de hemodiálise por conta da crise hídrica vivenciada pelo nordeste brasileiro nos últimos anos, com isso, o tratamento dos pacientes foi prejudicado e os mesmos tiveram que restringir ainda mais o consumo de líquidos, e alimentos com maior quantidade de proteína e alguns minerais, para que assim não sofressem tanto com o encurtamento das sessões, já

que com menor tempo de hemodiálise, menor é a quantidade de sangue filtrada e conseqüentemente menos substâncias tóxicas são retiradas da circulação do paciente.

Cada paciente que faz hemodiálise na Clínica do Rim em Caicó – RN gasta em média 120 litros de água por sessão. Como a clínica no período da entrevista estava em pleno funcionamento, ou seja, atendendo na sua capacidade máxima (168 pacientes), necessitava de 20.160 litros de água a cada dois dias, considerando que todos os 168 pacientes necessitassem de sessões com duração de 4 horas por dia, sem contabilizar a utilização da água para os demais fins, como lavagem dos filtros de diálise, autolavagem da máquina, limpeza de ambientes e banheiros.

A Tabela 03 mostra que 63 pacientes entrevistados (78,75%) relataram já terem sofrido com alguma complicação durante a hemodiálise.

Tabela 03 – Complicações na sessão de hemodiálise.

VARIÁVEL	N	%
SIM	63	78,75
NÃO	17	21,25
TOTAL	80	100

Legenda: N = Número.

Fonte: Dados do autor, 2016.

Quando executada por uma equipe devidamente treinada e com os recursos necessários disponíveis, a HD é um processo terapêutico com pequeno risco para a vida do paciente. Porém, algumas complicações podem ocorrer durante as sessões mesmo tomando-se todos os cuidados necessários (TERRA, 2007). O mesmo autor afirma que 96,66% dos pacientes entrevistados na sua pesquisa, relataram já terem passado por alguma complicação na hemodiálise.

Os tipos de complicações mais prevalentes encontradas na presente pesquisa foram: em primeiro lugar hipotensão arterial (87,3%), em segundo calafrios (47,6%) e terceiro náuseas (36,5%). Nesse quesito alguns dos 63 participantes marcaram mais de uma complicação.

Esses resultados são confirmados por Melo, Branco e Tadeu (2008), onde falam que a hipotensão arterial é, sem dúvida, a principal complicação do tratamento

hemodialítico, ocorrendo em até 20% das sessões. Em oposição ao encontrado, Oliveira Júnior, Formiga e Alexandre (2014) afirmam que a grande maioria dos pacientes em HD relatou dores musculares, principalmente nos membros inferiores.

Um grande número de pacientes com outra(s) doença(s) além da IRC foi encontrado. Entre os 80 entrevistados da pesquisa, 70 (87,5%) relataram apresentar alguma comorbidade, como mostra a figura 04.

Tabela 04 – Comorbidades de pacientes renais crônicos em hemodiálise.

PRESENÇA DE COMORBIDADES	SIM %	N	NÃO %	N
	87,5	70	12,5	10
Hipertensão Arterial	91,4	64	-	-
Diabetes <i>Mellitus</i>	24,2	17	-	-
Cardíacos	11,4	8	-	-

Legenda: N = Número.

Fonte: Dados do autor, 2016.

Assim como no quesito de complicações, alguns dos 70 pacientes que relataram outra(s) doença(s) marcaram mais de uma opção. As principais citadas foram: hipertensão arterial (91,4%), diabetes *mellitus* (24,2%) e problemas cardíacos (11,4%).

Valores semelhantes foram encontrados por Teixeira et al. (2015) onde 77,7% dos pacientes analisados apresentaram hipertensão arterial como comorbidade, seguindo de 37,6% com DM.

Esses resultados afetam o tratamento bem sucedido do paciente, pois para que ele tenha êxito, são fundamentais os seguintes cuidados: tratamento rigoroso da HAS; controle glicêmico nos diabéticos; adequação da proteinúria; correção da anemia e alterações de cálcio e fósforo, correção de acidose metabólica e a prevenção da desnutrição (SANTOS et al., 2013).

A tabela 05 mostra os resultados da interferência da hemodiálise no trabalho e nas atividades de recreação dos pacientes.

Tabela 05 – Interferência da hemodiálise nas atividades profissionais e de recreação.

VARIÁVEL	INTERFERÊNCIA DA HEMODIÁLISE			
	Atividades profissionais		Atividades de recreação	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
SIM	61	76,25	41	51,25
NÃO	19	23,75	39	48,75
TOTAL	80	100,00	80	100,00

Legenda: *N* = Número.

Fonte: Dados do autor, 2016.

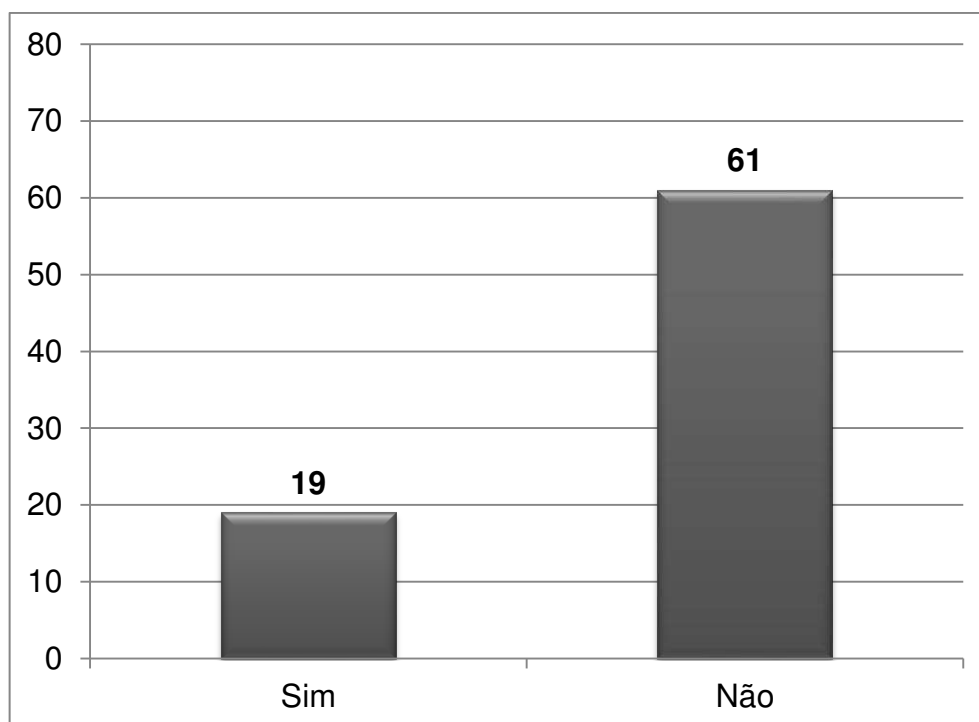
A maioria dos pacientes, 76,25%, relatou ter suas atividades profissionais prejudicadas e/ou interrompidas pela terapia substitutiva.

Como a insuficiência renal crônica pode atingir indivíduos economicamente ativos, é possível que traga como consequência a não mais possibilidade destes se manterem no mercado de trabalho, implicando na realização de projetos pessoais e familiares (FUJII, 2009).

Com relação à recreação, pouco mais da metade dos participantes, 51,25% afirmaram ter suas atividades recreativas prejudicadas após o início do tratamento hemodialítico. Quando essa recreação é uma atividade física, ela se torna ainda mais importante para o paciente.

Um estudo sobre exercícios físicos com pacientes em terapia renal substitutiva avaliou dois grupos durante um ano de tratamento, concluindo que pacientes sedentários apresentavam risco de morte 62% maior, quando comparados aos não sedentários (REBOREDO et al., 2007).

A figura 06 mostra a quantidade de pacientes entrevistados que estavam inscritos e/ou ativos na lista de transplante renal.

Figura 06 – Pacientes em hemodiálise cadastrados ou não na lista de transplante renal.

Fonte: Dados do autor, 2016.

Foi observado que a maioria de 61 (76,25%) dos pacientes entrevistados não estavam cadastrados e/ou ativos na lista de transplante renal. Entre os motivos que foram relatados pelos pacientes não inscritos na lista estão: falta de renovação dos exames necessários para inscrição e/ou ativação do paciente à lista (50,8%), não interesse em passar pelo processo do transplante (26,2%) e indecisão (9,8%).

Esses resultados podem ser explicados no estudo de Camargo et al. (2011), que afirmam parecer haver uma relação de confiança e segurança entre paciente, o tratamento hemodialítico e a máquina, por outro lado, o transplante representa inseguranças e incertezas. A possibilidade de efetivação do transplante renal não é fato para muitos dos entrevistados, por alguns desistem do procedimento durante a realização dos exames de compatibilidade.

Esses resultados enfatizam a necessidade de um trabalho da equipe multidisciplinar junto aos pacientes em HD, para melhorar a visão dos mesmos em relação ao processo de transplante renal, assim como obter mais agilidade na realização dos exames de compatibilidade, já que esse é o principal fator que impede a presença do paciente na lista de espera e faz uma parcela deles desistirem do transplante.

Para os 19 (23,75%) dos pacientes entrevistados que estão na lista de espera para o transplante, o maior fator impulsionador para a decisão de querer esse procedimento, foi a possibilidade de obter a rotina normal de sua vida, ou seja, não precisar mais ter que ir a clínica três vezes por semana para a hemodiálise.

5.3 UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Entre os 80 pacientes entrevistados, observou-se que todos utilizam medicamentos de uso contínuo. Ao todo foram relatados 51 princípios ativos diferentes, entre anti-hipertensivos (vários mecanismos de ação), anti-inflamatórios, antitrombóticos, protetores gástricos, suplementos, bisfosfonatos, digitálicos, antigases, antilipêmicos, anti-histamínicos, antigotoso, antidiabéticos, antibióticos e medicamentos sujeitos a controle especial.

Os principais medicamentos citados pelos entrevistados estão listados na tabela 06, onde alguns pacientes relataram fazerem uso de mais de um medicamento.

Tabela 06 – Principais medicamentos utilizados pelos pacientes renais crônicos em hemodiálise.

ATC	MEDICAMENTOS	N	%
B01AC06	Ácido acetilsalicílico	32	40,00
C09CA01	Losartana	26	32,50
A02BC01	Omeprazol	20	25,00
C07AB03	Atenolol	17	21,25
A10AB01	Insulina	14	17,50
C08CA01	Anlodipino	12	15,00
C09AA02	Enalapril	11	13,75
C07AG02	Carvedilol	6	7,50
A02BC02	Pantoprazol	6	7,50
C02AC01	Clonidina	5	6,25
C10AA01	Sinvastatina	5	6,25
B01AC04	Clopidogrel	4	5,00
B01AC23	Cilostazol	4	5,00
H02AB07	Prednisona	4	5,00
C07AA05	Propranolol	3	3,75

Legenda: N = Número.

Fonte: Dados do autor, 2016.

O ácido acetilsalicílico foi o medicamento mais relatado pelos pacientes, 32 (40%) dos 80 entrevistados fazem uso. O segundo e terceiro colocados foram a losartana (32,5%) e omeprazol (25%) respectivamente.

Esse resultado difere do achado por Moreira et al. (2008), onde observaram que os medicamentos mais usados pelos pacientes renais crônicos foram captopril (42,3%), hidroclorotiazida (33,8%) e furosemida (31,5%).

Segundo Roesler, Bucharles e Paula (2014) para a classe terapêutica dos antagonistas de receptores AT1 destaca-se o uso da losartana, onde 65 (41,4%) dos pacientes avaliados utilizavam, ficando assim na segunda colocação dos medicamentos mais prescritos aos pacientes entrevistados, o que corrobora com o encontrado pela presente pesquisa.

Uma das indicações da losartana que pode explicar o seu uso por uma boa parte dos entrevistados, é a sua proteção renal em pacientes com diabetes tipo II e proteinúria, pode ser administrada com outros agentes anti-hipertensivos, insulina e outros medicamentos hipoglicemiantes, além de ter uma posologia confortável de apenas um comprimido por dia na maioria dos casos (MERCK, 2015).

O ácido acetilsalicílico é muito utilizado pelos pacientes dialisados, pois como relata a equipe de enfermagem da clínica, ele evita a formação de trombos na fistula arteriovenosa, o que impossibilitaria o seu uso e assim a necessidade do paciente ficar com um acesso vascular central temporário e ter que fazer uma nova fistula, onde para a realidade da Clínica no Rim de Caicó-RN, essa fistula só é confeccionada na capital Natal, ou seja, necessitaria de uma viagem longa e desagradável para o paciente.

A grande maioria dos pacientes em tratamento de diálise utilizam 4 – 6 medicamentos como observado na presente pesquisa (tabela 07), justificando assim o uso do omeprazol como profilaxia de lesão gástrica frente à polifarmácia. Em um estudo realizado com renais crônicos a média de medicamentos utilizados pelos pacientes em tratamento hemodialítico foi de 4,1 (SGNAOLIN, FIGUEIREDO, 2012).

Tabela 07 – Número de medicamentos utilizados pelos pacientes entrevistados em hemodiálise.

VARIÁVEL	N	%
1 – 3 medicamentos	12	15,00
4 – 6 medicamentos	43	53,75
Mais de 6 medicamentos	25	31,25
TOTAL	80	100,00

Fonte: Dados do autor, 2016.

Esse resultado corrobora em parte com Terra (2007), onde 40% dos seus entrevistados utilizam de 4 – 6 medicamentos, seguido de 30% utilizando 1 – 3, 16,66% entre 7 – 9 e 13,34% mais de 10 medicamentos.

A grande quantidade de medicamentos utilizados pelos pacientes com DRC em regime hemodialítico é um problema, já que esse fator influencia direta e negativamente no seu tratamento no que diz respeito à adesão farmacológica.

O não cumprimento correto do tratamento medicamentoso resulta na falha terapêutica e, por esse motivo, existe uma grande preocupação para que o paciente siga corretamente a farmacoterapia. A não adesão afeta a qualidade de vida e sobrevivência, em longo prazo, do doente renal crônico, levando ao risco de complicações e interferindo no sucesso terapêutico (SGNAOLIN, FIGUEIREDO, 2012).

Foi observado ainda, que 68 (85%) dos pacientes fazem uso de suplementação alimentar com ácido fólico e complexo B, assim como utilizam Renagel[®] (cloridrato de sevelamer) indicado para reduzir a concentrações séricas de fósforo em pacientes com doença renal que fazem hemodiálise assim como reduzir a incidência de hipercalemia. O cloridrato de sevelamer agrega valor terapêutico importante para pacientes com IRC e hiperfosfatemia que não conseguem tolerar ou que apresentam efeitos colaterais decorrentes do uso de sais de cálcio e alumínio. Há indícios de que o uso de sevelamer comparado a outros quelantes traga benefícios na redução da morbidade e mortalidade cardiovascular (SESSO; FERRAZ, 2003).

Tabela 08 – Conhecimento dos medicamentos utilizados para o tratamento dos pacientes entrevistados portadores de DRC em hemodiálise.

VARIÁVEL	N	%
Conhece todos	44	55,00
Conhece alguns	29	36,25
Desconhece todos	7	8,75
TOTAL	80	100,00

Legenda: N = Número.

Fonte: Dados do autor, 2016.

Outro fator importante e bastante influente no correto tratamento farmacológico do paciente é justamente o conhecimento que o mesmo deve ter sobre sua farmacoterapia. A tabela 08 mostra que 44 (55%) dos pacientes conhecem todos os medicamentos utilizados e 45% (somatória das duas últimas variáveis) deles desconhece algum e/ou todos os medicamentos utilizados.

David et al. (2014) encontraram em resultados semelhantes, onde verificou-se que 56% dos pacientes não sabiam relatar corretamente quais medicamentos utilizavam e que 44% não souberam falar a utilidade correta dos mesmos. Tais estatísticas são importantes parâmetros para verificar o nível de comprometimento com a terapia medicamentosa da doença e conseqüentemente o autocuidado do paciente.

A aquisição e acesso aos medicamentos necessários para o tratamento do paciente com IRC em hemodiálise também é um ponto a ser discutido. A tabela 09 mostra que a grande maioria, representada por 88,75%, dos pacientes entrevistados consegue alguns dos seus medicamentos necessários para o seu tratamento na rede de saúde pública, sendo assim, compram apenas os que não são fornecidos e/ou incorporados a rede pública de saúde.

Tabela 09 – Forma de aquisição dos medicamentos utilizados pelos pacientes renais crônicos em hemodiálise.

VARIÁVEL	N	%
Recurso próprio	2	2,5
Adquire todos gratuitamente	3	3,75
Depende de familiares	-	-
Compra apenas quando tem condições	4	5
Compra os que não são fornecidos pelo SUS	71	88,75
TOTAL	80	100

Legenda: N = Número.

Fonte: Dados do autor, 2016.

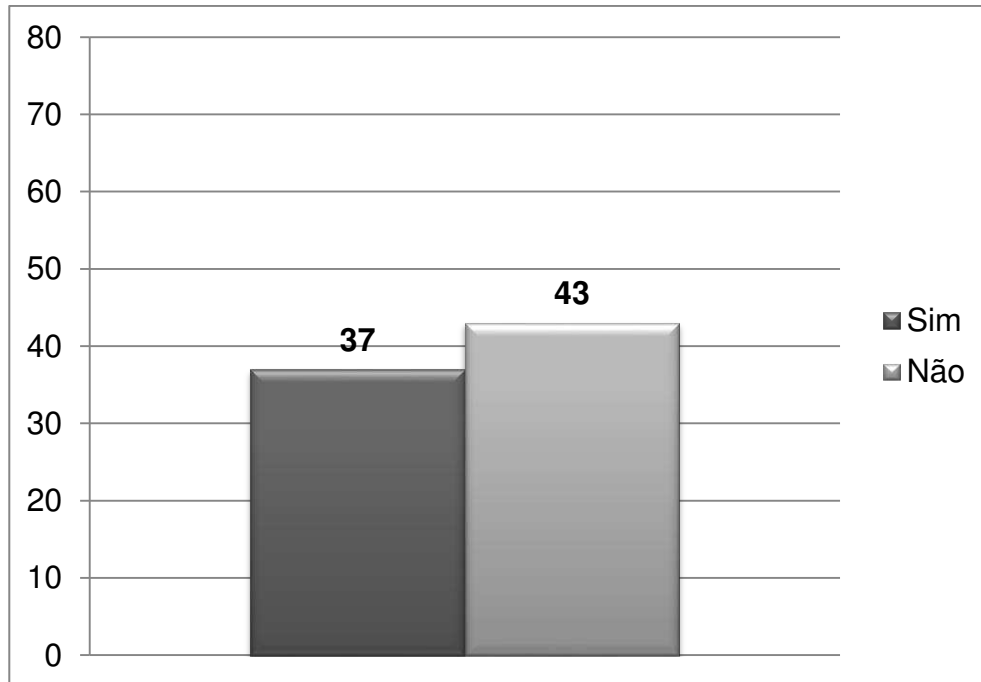
Moreira et al. (2008) discutem que um elevado número de pacientes alegaram não ter conseguido adquirir os medicamentos para seu tratamento, demonstra que a falta de acesso aos mesmos permanece como um importante problema de saúde pública.

Comparando os resultados da presente pesquisa com o do autor acima citado, podemos notar que houve uma evolução significativa no que diz respeito ao acesso à saúde pública pela população, pois, o que em 2008 era o principal problema (acesso aos medicamentos necessários ao tratamento) em 2016 não mais se observou, já que a maioria dos pacientes têm medicamentos disponibilizados pela saúde pública e poder aquisitivo para compra os que não estavam incorporados ao SUS.

Os pacientes entrevistados também foram questionados quanto à interrupção por conta própria do uso de algum dos medicamentos prescritos para o tratamento. A figura 07 mostra que quase metade 37 (46,25%) dos entrevistados já havia interrompido alguma vez o uso de algum medicamento do seu tratamento sem prévio aviso ao médico ou algum profissional de saúde da equipe multidisciplinar.

Em pacientes adultos que fazem HD, os fatores mais envolvidos no abandono do tratamento medicamentoso, dieta e restrição líquida são: idade, sexo, estado civil e nível de escolaridade (SGNAOLIN, FIGUEIREDO, 2012).

Figura 07 – Interrupção no uso de algum medicamento por conta própria dos pacientes com IRC em hemodiálise.



Fonte: Dados do autor, 2016.

Moreira et al. (2008) constataram que 68,5% dos pacientes entrevistados no seu estudos não sabiam o risco iminente de serem submetidos a uma terapia renal substitutiva caso não utilizassem corretamente os medicamentos para controle de pressão arterial prescrito pelo médico.

Foi questionado aos 37 pacientes que relataram ter interrompido o uso de algum medicamento, quais foram os principais motivos que o levaram a fazer essa interrupção, onde se observou que alguns dos 37 responderam mais de uma alternativa como mostra a tabela 10.

Tabela 10 – Motivo da interrupção do tratamento farmacológico dos pacientes renais crônicos em hemodiálise.

VARIÁVEL	N	%
Esqueceu de tomar	28	75,67
Não tem como adquirir todos os medicamentos necessários	3	8,10
Não acha necessário tomar todos os dias	14	37,83
Apresentou reação adversa	20	54,05

Legenda: N = Número.

Fonte: Dados do autor, 2016.

A prevalência dos motivos para a interrupção do tratamento foi o esquecimento, 28 (75,67%) dos 37 que afirmaram ter interrompido o uso de algum medicamento, citaram que isso acontecesse com frequência, pois, como discutido anteriormente, os pacientes são polimedicamentados e assim acabam passando despercebidos por algum horário da posologia.

O terceiro motivo mais relatado pelos pacientes foi não achar necessário tomar todos os medicamentos todos os dias, representado por 37,83%. Esse resultado mostra a relevância de um profissional farmacêutico na terapia dos pacientes com IRC em diálise, mostrando a importância e os resultados positivos de uma farmacoterapia adequada.

A presença da assistência e atenção farmacêutica a pacientes renais crônicos pode auxiliar na efetividade terapêutica, pois o farmacêutico como profissional voltado ao uso racional de medicamentos terá como meta a orientação correta em relação ao uso, evitando problemas que possam ocorrer devido à grande quantidade de fármacos utilizados (FERNANDES; RAVANHANI; BERTONCIN, 2009).

O segundo motivo de interrupção foi à presença de reação adversa ao medicamento (RAM), representado por 20 (54,05%) dos 37 que interromperam o tratamento. Se comparado com o total de pacientes entrevistados esse é um resultado muito abaixo do esperado, já que a grande maioria dos pacientes são polimedicamentados, ou seja, apenas 20 pacientes (25%) dos 80 entrevistados relataram alguma RAM.

Essa baixa porcentagem de RAM relatadas pelos pacientes corrobora com Moreira et al. (2008), onde aproximadamente 36% acreditavam já ter sofrido reação adversa a algum medicamento prescrito para o tratamento da DRC.

O mesmo autor sugere que os pacientes têm poucas informações sobre as reações adversas que os medicamentos podem lhe causar, possivelmente porque os profissionais de saúde envolvidos na assistência são receosos quanto a fornecer estas informações e assim desencorajar os indivíduos a aderir ao tratamento.

Foram relatados 12 sintomas associados pelos pacientes a reações adversas, onde alguns citaram mais de um. Dor estomacal (35%), hipotensão (20%) e diarreia (20%) foram às três primeiras respectivamente como mostra a tabela 11.

Tabela 11 – Reações adversas aos medicamentos relatadas pelos pacientes com IRC em hemodiálise que interromperam seu tratamento farmacológico.

Reações adversas	N	%
Dor estomacal	7	35
Hipotensão	4	20
Diarreia	4	20
Tontura	1	5
Vômitos	1	5
Hipoglicemia	1	5
Náuseas	1	5
Cefaleia	1	5
Tosse	1	5
Gases	1	5
Constipação	1	5
Sangramento nasal	1	5

Legenda: N = Número.

Fonte: Dados do autor, 2016.

O farmacêutico pode contribuir com a equipe multiprofissional, no próprio setor de hemodiálise, com a criação de um processo sistematizado de atenção farmacêutica. Este acompanhamento farmacoterapêutico implica na detecção, prevenção e resolução dos problemas relacionados aos medicamentos, de uma forma continuada, sistematizada e documentada, em colaboração com o próprio paciente e com os demais profissionais do sistema de saúde, a fim de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente (FERNANDES; RAVANHANI; BERTONCIN, 2009).

5.4 QUALIDADE DE VIDA

A evolução do tratamento de pacientes renais crônicos na grande maioria dos casos é para a diálise, e por meio desta, pretende-se aumentar a sobrevivência do paciente. Mas é importante que a equipe envolvida no tratamento hemodialítico almeje a sua reabilitação e tome as precauções para que a nova condição afete o menos possível a sua qualidade de vida (BARBOSA; VALADARES, 2009).

A QV é um aspecto importante em pacientes com doenças crônicas graves e limitantes que se submetem a tratamentos prolongados, dolorosos e que apresentam maior vulnerabilidade a comorbidades, como é o caso de pacientes em tratamentos hemodialítico (KUSUMOTA, 2005).

A tabela 12 lista os domínios avaliados com suas respectivas médias obtidas pelo cálculo do questionário SF-36, como exemplificado na metodologia.

Tabela 12 – Resultado dos domínios avaliados pelo questionário SF-36.

VARIÁVEL	DOMÍNIOS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	V. MÁX	V. MÍN
SAÚDE FÍSICA	Capacidade funcional	64,94	24,75	100	5
	Lim. asp. físicos	22,25	27,51	100	0
	Dor	63,29	24,99	100	20
	Est. geral de saúde	56,99	14,31	87	10
SAÚDE MENTAL	Vitalidade	60,13	13,10	95	25
	Asp. sociais	63,34	17,83	87,5	5
	Lim. asp. emocional	74,56	36,85	100	0
	Saúde mental	76,95	11,28	100	40

Fonte: Dados do autor, 2016.

Como mostra a tabela 12, a menor média entre os domínios avaliados pelos SF-36 foi da limitação por aspectos físicos (22,25) com pacientes que tiveram resultados iguais a zero (0) e outros com o melhor resultado, ou seja, igual a cem (100).

Esse resultado aproxima-se do achado por Martins e Cesarino, (2005), que avaliaram pessoas com doença renal e obtiveram a menor média no domínio de limitações por aspectos físicos (32,3), assim como Frazão, Ramos e Lira (2011) com média 37,12 para o mesmo domínio, ambos os trabalhos utilizando o questionário SF-36.

A limitação física também teve avaliação baixa em estudos que utilizaram outros instrumentos para a avaliação da qualidade de vida de pacientes renais, como é o caso de Ferreira e Silva Filho (2011) e Terra (2007), em que a variável de avaliação física foi a mais baixa.

O tratamento hemodialítico provoca um cotidiano monótono e restrito, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores diretamente influenciados na baixa avaliação da limitação física na qualidade de vida (FRAZÃO;

RAMOS; LIRA, 2011). Muitos dos pacientes relatam uma maior debilidade nos dias de diálise e conseqüente a isso, ficam pelo menos três dias da semana sem desenvolver suas atividades normais ou com maior restrição.

A grande variação de respostas para o domínio de limitação por aspecto físico é interpretada pelos fatores de idade do paciente e tempo de hemodiálise. Pacientes com mais idade e/ou mais tempo de diálise, tiveram resultados mais próximo ou igual à zero (0) e os com características opostas, resultado mais próximo ou igual a cem (100).

O domínio com maior média foi o de saúde mental (76,95) e com menor variação dos valores máximos e mínimos relatados pelos pacientes.

Assim como no domínio de limitação por aspectos físicos, Martins e Cesarino, (2005) relatam em seu estudo que o domínio de saúde mental foi o maior com 64,4 de média.

No estudo de Ferreira e Silva Filho (2011) que utilizaram outro instrumento para avaliação da qualidade de vida, a faceta relacionada ao psicológico foi a segunda maior média encontrada (62,72), perdendo apenas para a faceta de relações sociais com média de (67,63). No presente estudo o domínio de aspectos sociais ficou com a quarta maior média (63,34).

O componente saúde mental é a maior média, demonstrando assim, ser o que mesmos compromete a QV do pacientes. Ele foi avaliado através do questionamento sobre o nervosismo, a depressão, a tranquilidade, o abatimento e a felicidade presentes nos pacientes entrevistados (FRAZÃO. RAMOS; LIRA, 2011).

A variação da resposta desse componente tem como fator determinante o tempo de hemodiálise dos pacientes. Os entrevistados que tinham menor tempo de tratamento dialítico apresentavam tendência de resposta mais próxima de zero (0), pois o impacto do diagnóstico tardio da IRC e a necessidade de terapia substitutiva abalam muito o psicológico e conseqüentemente a qualidade de vida relacionada à saúde mental.

Kusumota (2005) no seu estudo aponta que as dimensões que apresentaram maior média foram: suporte social, estímulo por parte da equipe de diálise e função cognitiva.

Esse estímulo por parte da equipe de diálise, tanto dos profissionais como os outros pacientes, também foi observado no período da coleta de dados, o que explica em parte a boa avaliação que os pacientes tiveram no quesito saúde mental,

ou seja, os pacientes buscam apoio para enfrentar os desafios vivenciados pela nova condição de saúde nas amizades construídas com os seus colegas de diálise e os profissionais de saúde que se familiarizam.

Em uma avaliação mais geral, os pacientes submetidos à hemodiálise na Clínica do Rim da cidade de Caicó-RN apresentaram menor média nos domínios relacionados ao componente de saúde física e maior média nos domínios relacionados a saúde mental, conotando para uma maior assistência direcionada para as limitações físicas que a hemodiálise impõe aos doentes renais crônicos.

6. CONCLUSÃO

A insuficiência renal crônica é uma morbidade crescente nos últimos anos arrodada de variáveis sociais, clínicas e farmacológicas, necessitando assim de estudos sobre essa população e avaliações frente à condição renal, terapias substitutivas e transplantes.

A população mais prevalente segundo a amostra dos 80 entrevistados são do sexo masculino, com faixa etária de 31 – 60 anos de idade, residentes em outras cidades, com baixa escolaridade, aposentados e com renda familiar entre 1 – 2 salários mínimos.

Quanto aos medicamentos utilizados na farmacoterapia, observou-se que os pacientes em hemodiálise são na sua maioria polimedicamentados, onde utilizam entre 4 – 6 medicamentos, com ácido acetilsalicílico, losartana e omeprazol nos três primeiros lugares em frequência de utilização. Houve pouco relato de RAM, implicando diretamente no conhecimento dos pacientes sobre o assunto.

A IRC associada à hemodiálise são condições que se mostraram altamente interferente no cotidiano dos pacientes, pois a maioria dos entrevistados se mostrou limitada com suas atividades laborais e de recreação após o diagnóstico tardio e início do tratamento substitutivo.

A qualidade de vida foi outro ponto abalado pela condição renal crônica, onde os domínios referentes ao componente saúde física ficaram com as médias mais baixas e com grande variação entre zero (0) e cem (100) nos valores de resposta, sendo interpretada pelas variações de idade e tempo de hemodiálise, quanto mais idade e tempo de hemodiálise, mais os valores tendem a ficar próximo de zero. Por outro lado os domínios referentes ao componente saúde mental se mostraram melhores, ressaltando a importante da relação firmada entre os pacientes da terapia de hemodiálise e os profissionais envolvidos como um ponto fortalecedor da qualidade de vida referente à saúde mental do paciente.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRIOLI, L. M. Transporte de órgãos para transplante. **Revista Científica Semana Acadêmica**, Fortaleza – CE, vol. 1, n. 67, 2015. Disponível em: <http://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/transporte_de_orgaos_para_transplantes_0.pdf> Acesso em: 27/09/2016.

ARENAS, V. G. Qualidade de vida: comparação entre diálise peritoneal automatizada e hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo – SP, vol. 22, p. 535-539. 2009.

BARBOSA, G. S.; VALADARES, G. V. Hemodiálise: estilo de vida e a adaptação do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, Rio de Janeiro – RJ, vol. 22, p. 524-527. 2009.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, Juiz de Fora – MG, vol. 33, n. 1, p. 93-108. 2011.

BORTOLOTTI, L. A. Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo – SP, vol. 15, n. 3, p. 152-155. 2008.

BRASIL. **Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica - DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília – DF, 37 p. 2014.

BRASIL. Diretrizes e Recomendações. **Cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**. Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência. Brasília – DF, p. 63, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília – DF, p. 30, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF. Seção 1, p. 59, 13 junho de 2013.

CAMARGO, V. P. et al. Transplante Renal: Um caminho para a vida ou um passo para a morte?. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí – RS, vol. 10, n. 20, p. 515-524. 2011.

CARVALHO, E. R.; ROCHA, H. A. L. **Estudos Epidemiológicos**. Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará. Disponível em: <<http://www.epidemiologia.ufc.br/files/05estudosepidemiologicos.pdf>> Acesso em: 06/06/2015.

CAVALCANTE, M. C. V. et al. Fatores associados à qualidade de vida de adultos em hemodiálise em uma cidade do nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, Maranhão, vol. 35, n. 2, p. 79-86. 2013.

COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Belo Horizonte – MG, vol. 12, n. 4, p. 189-201. 2003.

CRESTANI FILHO, V. J.; RODRIGUES, R. A. C. Progressão da doença renal crônica: experiência ambulatorial em Santarém - Pará. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo – SP, vol. 35, n. 2, p. 99-106. 2013.

CUPPARI, L. et al. **Doenças renais. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar**. UNIFESP, Escola Paulista de Medicina - nutrição clínica no adulto. 1a ed. São Paulo: Manole, p. 167-199. 2002.

CURE, F. **Pedras nos rins e coração**. Jornal do Brasil, [S.l.], 2005. Disponível em: <<http://jblog.jb.com.br/asuasaude/2012/09/05/pedras-nos-rins-e-coracao/>> Acesso em: 18/03/2015.

DAVID, H. C. et al. Análise da compreensão do autocuidado dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico e a influência da ansiedade e depressão em clínica especializada de Campo Grande – MS. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande – MS, vol. 17, n. 5, p. 63-74. 2014.

FERNANDES, I. I. B.; VASCONCELOS, K. C.; SILVA, L. L. L. **Análise da Qualidade de Vida Segundo Questionário SF-36 nos Funcionários da Gerência de Assistência Nutricional (GAN) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará**. 2009. 76 p. Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia - Universidade da Amazônia. Belém – PA. 2009.

FERNANDES, S. D.; RAVANHANI, V. P.; BERTONCIN, A. L. F. Uso de medicamentos por pacientes renais crônicos. **Revista Brasileira de Farmácia**, Pouso Alegre – MG, vol. 90, n. 4, p. 327-333. 2009.

FERREIRA, R. C.; SILVA FILHO, C. R. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo – SP, vol. 33, n. 2, p. 129-135. 2011.

FRAZÃO, C. M. Q.; RAMOS, V. P.; LIRA, A. L. B. C. Qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro – RJ, vol. 19, n. 4, p. 577-582. 2011.

FUJII, C. D. C. **Desafios da integralidade no cuidado em hemodiálise: A ótica da equipe de saúde e dos usuários**. 2009. 123 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre – RS. 2009.

Grupo Cine-HDC-RenalClass. **A Doença Renal Crônica**. [S.I.], 2015. Disponível em: <<http://grupochr.net.br/chr/pacientes/informacoes/drc/>> Acesso em 18/03/2015.

JORNAL DO BRASIL. **Hemodiálise no país vive um colapso, alertam especialistas**. [S.I.], 30 set, 2015. Edição eletrônica. Disponível em: <<http://www.jb.com.br/ciencia-e-tecnologia/noticias/2015/09/30/hemodialise-no-pais-vive-um-colapso-alertam-especialistas/>> Acesso em: 06/08/2016.

KIRCHNER, R. M. et al. Análise do estilo de vida de renais crônicos em hemodiálise. **O mundo da saúde**, São Paulo – SP, vol. 35, n. 4, p. 415-421. 2011.

KUSUMOTA, L. **Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes em Hemodiálise**. 2005. 129 p. Tese (Doutorado em Enfermagem fundamental do idoso) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto - SP, 2005.

KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.I.] vol. 12, n. 3, p. 525-532. 2004.

LOSARTANA POTÁSSICA. Farmacêutico Responsável: Alexandre de Souza - CRF-RJ nº 23277. Rio de Janeiro - RJ: **Merck S/A**, 2015. Bula de remédio. Disponível em:<http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=11783332016&pIdAnexo=3052122> Acesso em: 29/09/2016.

MACHADO, G. R. G.; PINHATI, F. R. Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica. **Caderno UniFOA**, Volta Redonda – RJ, n. 26, p. 137-148. 2014.

MADEIRO, A. C. et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, Fortaleza – CE, vol. 23, n. 4, p. 546-551. 2010.

MANDAL, A. D. M. **Tipos de Diálise**. [S.I.], 2014. Disponível em <[http://www.news-medical.net/health/Dialysis-Types-\(Portuguese\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Dialysis-Types-(Portuguese).aspx)> Acesso em: 22/07/2016.

MANUAL MSD. **Perturbação do rim e das vias urinárias**. Lisboa, 2009. Disponível em: < <http://www.manuaismsd.pt/?id=149&cn=2106&ss=>> Acesso em: 15/06/2015.

MARQUITO, A. B. et al. Interações medicamentosas potenciais em pacientes com doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, Juiz de Fora – MG, vol. 36, n. 1, p. 26-34. 2014.

MARTINS, C. et al. Projeto Diretrizes – **Terapia Nutricional para Pacientes em Hemodiálise Crônica**, Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral e Associação Brasileira de Nutrologia, 10 p. 2011.

MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.I.], vol. 13, n. 5, p. 670-676. 2005.

MASCARENHAS, C. H. M. et al. Insuficiência Renal Crônica: Caracterização sociodemográfica e de saúde de pacientes em tratamento hemodialítico no município de Jequié/BA. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina – PR, vol. 12, n. 1, p. 30-37. 2010.

MELO, Y. D.; BRANCO, M. C. L. C.; TADEU, M. **Complicações associadas à hemodiálise em pacientes renais crônicos: Revisão bibliográfica**. [S.I.], 2008. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2008/anais/arquivosEPG/EPG00954_02_O.pdf> Acesso em 11/08/2016.

MOREIRA, L. B. et al. Conhecimento sobre o tratamento farmacológico em pacientes com doença renal crônica. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, Fortaleza – CE, vol. 44, n. 2, p. 315-325. 2008.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. **Sobre Insuficiência Renal Crônica**. – Guia para Pacientes e Familiares. Nova York, 2007. Disponível em: <https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/11-50-1201_kai_patbro_aboutckd_pharmanet_portuguese_nov08.pdf> Acesso em: 16/06/2015.

NORONHO, I. L. et al. Projeto Diretrizes - **Transplante Renal: Indicações e Contraindicações**. Sociedade Brasileira de Nefrologia e Urologia. 2006.

O GLOBO. **Sistema de transplantes no Brasil sofre com falta de transporte aéreo**. [S.I.], 05 jun, 2016. Edição eletrônica. Disponível em: < <http://oglobo.globo.com/brasil/sistema-de-transplantes-no-brasil-sofre-com-falta-de-transporte-aereo-19444859>> Acesso em: 28/09/2016.

OLIVEIRA JUNIOR, H. M.; FORMIGA, F. F. C.; ALEXANDRE, C. S. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em programa crônico de hemodiálise em João Pessoa - PB. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, João Pessoa – PB, vol.36, n. 3 p. 367-374. 2014.

PEREIRA, L. P.; GUEDES, M. V. C. Hemodiálise: A percepção do portador renal crônico. **Cogitare Enfermagem**, Fortaleza – CE, vol. 14, n. 4, p. 689-695, 2009.

REBOREDO, M. M. et al. Exercício físico em pacientes dialisados. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Juiz de Fora – MG, vol. 13, n. 6, p. 427-430. 2007.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Saúde Pública do RN. **Hospital Regional do Seridó – Caicó**. Rio Grande do Norte, 2013. Disponível em: <<http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=7935>> Acesso em: 26/07/2015.

ROESLER, D.; BUCHARLES, S. E. G.; PAULA, C. S. Utilização de medicamentos cardioprotetores por pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Revista UNIANDRADE**, Curitiba – PR, vol. 17, n. 1, p. 41-49. 2014.

ROMÃO JUNIOR, J. E. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [S.l.], vol. 26, n. 3. 2004.

SANTA CATARINA. Secretaria de Saúde de SC. **Principais delineamentos aplicados em estudos epidemiológicos**. Santa Catarina, 2003. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_07/pdf/09_03.pdf> Acesso em: 05/06/2015.

SANTOS, A. C. B. et al. Associação entre qualidade de vida e estado nutricional em pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, Vila Velha – ES, vol. 35, n. 4, p. 279-288. 2013.

SANTOS, P. R. et al. Comparação dos dados de base entre pacientes com doença renal crônica que iniciam hemodiálise que moram perto e longe da unidade de diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, Fortaleza – CE, vol. 36, n. 3, p. 375-378. 2014.

SESSO, R. C. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2013 - Análise das tendências entre 2011 e 2013. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo – SP, vol. 36, n. 4, p. 476-481. 2014.

SESSO, R.; FERRAZ, M. B. Avaliação crítica do sevelamer no tratamento da hiperfosfatemia em pacientes com insuficiência renal crônica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo – SP, vol. 49, n. 1, p. 103-108. 2003.

SGNAOLIN, V.; FIGUEIREDO, A. E. P. L. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, Porto Alegre – RS, vol. 34, n. 2, p. 109-116. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Tratamentos conservador** - Dieta adequada, 2015. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/publico/tratamento-conservador>> Acesso em: 03/08/2015.

TEIXEIRA, F. I. R. et al. Sobrevida de pacientes em hemodiálise em um hospital universitário. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Luiz – MA, vol. 37, n. 1, p. 64-71. 2015.

TERRA, F. S. **Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário**. 2007. 161 p. Dissertação (Mestrado em concentração biofarmacológica) - Universidade José do Rosário Vellano. Alfenas-MG. 2007.

TERRA, F. S. et al. Adesão ao tratamento farmacológico de uso diário de pacientes crônicos submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, Alfenas – MG, vol. 8, n. 2, p. 119-124. 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Cálculo dos escores do questionário de qualidade de vida**. Curitiba – PR, 2013. Disponível em: <<https://toneurologiaufpr.files.wordpress.com/2013/03/questionc3a1rio-de-qualidade-de-vida-sf-36-cc3a1lculo-escores.pdf>> Acesso em: 17/08/2016.

ZAMBRA, B.; HUTH, A. Terapia Nutricional em pacientes portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí – RS, vol. 10, n. 19, p. 67-72. 2010.

**APÊNDICES
E
ANEXOS**

APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA SECRETARIA DE SAÚDE, CAICÓ/RN



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO DE SAÚDE
CAMPUS CUITÉ

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, **Maria José Soares**, Secretária de Saúde do Município de Caicó – RN, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **“QUALIDADE DE VIDA, PERFIL SOCIAL E FARMACOLÓGICO DE PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS, SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE NA CLÍNICA DO RIM, LOCALIZADA NA UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ”**, que será realizada no período de dezembro de 2014 a junho de 2016, tendo como coordenadora responsável a Prof^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes CRN 3861 – AL e o pesquisador responsável Kayo César Santos de Medeiros - Mat.: 511220161, acadêmico do curso Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* de Cuité – PB.

Caicó 02 de setembro de 2015

Universidade Federal de Campina Grande – CES – *Campus* Cuité, Olho D’Água da Bica
S/N Cuité – Paraíba – Brasil. CEP 58175-000 Telefone: (83) 3372-1973
cesark@hotmail.com



Maria José Soares

Secretária de Saúde do Município de Caicó - RN

Maria José Soares
Sec. Municipal de Saúde
CPF: 501.636.633-00

APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO DE SAÚDE
CAMPUS CUITÉ

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, **Luciana Kadidja Dantas**, Diretora da Unidade Hospitalar Regional do Seridó, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **“QUALIDADE DE VIDA, PERFIL SOCIAL E FARMACOLÓGICO DE PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS, SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE NA CLÍNICA DO RIM, LOCALIZADA NA UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ”**, que será realizada no período de dezembro de 2014 a junho de 2016, tendo como coordenadora responsável a Prof^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes CRN 3861 – AL e o pesquisador responsável Kayo César Santos de Medeiros - Mat.: 511220161, acadêmico do curso Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* de Cuité – PB.

Caicó 24 de outubro de 2014

Universidade Federal de Campina Grande – CES – *Campus* Cuité, Olho D’Água da Bica
S/N Cuité – Paraíba – Brasil. CEP 58175-000 Telefone: (83) 3372-1973
cesark@hotmail.com

Luciana Kadidja Dantas
Diretora



APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA CLÍNICA DO RIM, CAICÓ/RN



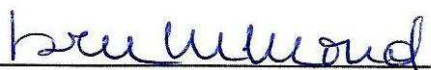
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO DE SAÚDE
CAMPUS CUITÉ

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, **Dra. Virgínia Célia B. Drummond** CRM 1020, Diretora da Clínica do Rim, localizada nas dependências da Unidade Hospitalar Regional do Seridó, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **“QUALIDADE DE VIDA, PERFIL SOCIAL E FARMACOLÓGICO DE PACIENTES RENAI CRÔNICOS, SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE NA CLÍNICA DO RIM, LOCALIZADA NA UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ”**, que será realizada no período de dezembro de 2014 a junho de 2016, tendo como coordenadora responsável a Prof^ª. Dr^ª. Maria Emília da Silva Menezes CRN 3861 – AL e o pesquisador responsável Kayo César Santos de Medeiros - Mat.: 511220161, acadêmico do curso Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* de Cuité – PB.

Caicó 23 de outubro de 2014

Universidade Federal de Campina Grande – CES – *Campus* Cuité, Olho D’Água da Bica
S/N Cuité – Paraíba – Brasil. CEP 58175-000 Telefone: (83) 3372-1973
cesark@hotmail.com



Dra. Virgínia Célia B. Drummond
Diretora

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a)

O aluno do Curso de Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG - *Campus* Cuité - PB, Kayo César Santos de Medeiros e a Professora Doutora Maria Emília da Silva Menezes desta mesma instituição, estão fazendo uma pesquisa sobre Qualidade de Vida, Perfil Social e Farmacológico de Pacientes Renais Crônicos, Submetidos à Hemodiálise na Clínica do Rim, Localizada na Unidade Hospitalar Regional do Seridó.

O projeto tem por justificativa: O número de pacientes renais crônicos em tratamento dialítico, no Brasil, vem crescendo nos últimos anos, sendo considerada a nova epidemia do século XXI. Assim, melhorar a Qualidade de Vida (QV) e a sobrevida do paciente, bem como prevenir e diminuir as complicações da terapia de substituição da função renal tem sido preocupações constantes dos profissionais de saúde. A realização dessa pesquisa estimula a discussão sobre um assunto de grande importância clínica e epidemiologia, além de levantar hipóteses de possíveis soluções para os vários problemas a cerca dessa doença. Observar quais as principais dificuldades que influencia a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos, o nível de informação sobre o tratamento farmacológico e efeitos adversos relatados, detectando pontos que poderão ser revistos pelos profissionais de saúde atuantes nessa parte clínica.

A pesquisa tem como objetivo geral: Delinear o perfil social e farmacológico, assim como a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise na Clínica do Rim, localizada na Unidade Hospitalar Regional do Seridó no município de Caicó interior do Rio Grande do Norte. E teremos como objetivos específicos: 1 - Caracterizar as complicações mais relatadas pelos pacientes renais crônicos; 2 - Verificar qual a expectativa que os pacientes têm a parti do diagnóstico da doença; 3 - Observar se o paciente possui adesão ao tratamento farmacológico, se tem conhecimento das suas restrições e se conhece a razão pela qual está utilizando o medicamento.

Já o benefício da pesquisa: Os resultados desse estudo trarão informações importantes quanto às pessoas com doença renal crônica e como isso pode estar relacionado com o estado de saúde e bem estar do paciente.

Metodologia da pesquisa: TIPO DE ESTUDO: A seguinte pesquisa será desenvolvida seguindo as linhas de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal com abordagem quantitativa. A epidemiologia pode ser compreendida como um processo contínuo de acúmulo de conhecimentos com o objetivo de prover um acervo de evidências indiretas, cada vez mais consistentes, de associação entre saúde e fatores protetores ou doença e fatores de risco. Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Ou seja, responder à pergunta: quando, onde e quem adoece? A epidemiologia descritiva pode fazer uso de dados secundários: dados pré-existentes de mortalidade e hospitalizações, por exemplo, e primários: dados coletados para o desenvolvimento do estudo. Nos Estudos Transversais, cada indivíduo é avaliado para o fator de

exposição e a doença em determinado momento. Muitas vezes o estudo transversal é realizado apenas com objetivo descritivo sem nenhuma hipótese para ser avaliada. Alguns têm usado o termo levantamento para denominar estudos transversais realizados com essa finalidade. O estudo transversal pode ser usado como um estudo analítico, ou seja, para avaliar hipóteses de associações entre exposição ou características e evento. A abordagem quantitativa significa quantificar opiniões, dados, nas formas de coletas de informações, utilizando recursos e técnicas estatísticas. É comum ser utilizado no desenvolvimento de pesquisas descritivas, na qual se procura descobrir classificar a relação entre variáveis, assim como na investigação da relação de causalidade entre os fenômenos: causa e efeito.

LOCAL DO ESTUDO: O trabalho será desenvolvido na Unidade Hospitalar Regional do Seridó, localizada na cidade de Caicó, Rio Grande do Norte. Atualmente, a unidade hospitalar é mantida com recursos da Associação dos Municípios do Seridó, da Secretaria Municipal de Saúde de Caicó e da Secretaria Estadual de Saúde Pública e por ser mantido por essas três fontes distintas o hospital possui uma equipe multidisciplinar com atendimento 24 horas nos serviços de urgência, realizando cerca de dois mil atendimentos por mês, com 247 internações aproximadamente. Possui 88 leitos, distribuídos em Cirurgia Geral (35); Clínica Médica (38); Psiquiatria (oito) e em unidade de Isolamento (dois), contando também com uma UTI com cinco leitos e um atendimento ambulatorial em Ortopedia. Nas dependências físicas do hospital, encontra-se funcionando a Clínica do Rim, uma instituição privada e independente que utiliza a área física do hospital por necessidade mútua, tanto do município como da própria clínica, que ainda não dispõe de espaço próprio em Caicó. A clínica é equipada com 38 máquinas de diálise atendendo 168 pacientes divididos em três turnos (o primeiro de 6-10 horas, o segundo de 11-15 horas e o terceiro de 15:30-19:30 horas). A clínica emprega 37 funcionários e dispõe de 10 médicos que se revesão em plantões no mês e atendem os pacientes em hemodiálise e ainda auxiliam em eventuais emergências no hospital.

POPULAÇÃO DO ESTUDO: A população do estudo é constituída de todos os 168 pacientes com IRC que fazem diálise na Clínica do Rim e que aceitem participar da presente pesquisa, para os que aceitem participar, será aplicado os seguintes critérios de participação: pessoas sem déficit cognitivo; e capazes de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

PERÍODO DE INVESTIGAÇÃO: As entrevistas com os pacientes da Clínica do Rim para obtenção dos dados da pesquisa, assim como a interpretação dos mesmos será feita de setembro de 2015 a julho de 2016.

ASPECTOS ÉTICOS: Seguindo a Resolução 466/12, que trata de Pesquisa Envolvendo os Seres Humanos, serão observados e obedecidos os critérios regidos na lei: Providenciar um termo de autorização institucional a secretária de saúde do município de Caicó-RN, para a diretora da Unidade Hospitalar Regional do Seridó, e para a médica Diretora/responsável pela Clínica do Rim; Obter consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa e/ou seu representante legal através do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE); Encaminhamento do Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa para avaliação e apreciação.

INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS: O questionário utilizado para avaliar a qualidade de vida dos pacientes entrevistados na pesquisa será o *The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey*(SF-36) traduzido e adaptado. Este instrumento que foi desenvolvido pelos estudiosos Ware e Sherbourne em 1992, tendo sido traduzido e validado para a língua portuguesa por Ciconelli, em 1999, seguindo todos os passos exigidos pelo comitê de especialistas. O SF-36 foi criado com a finalidade de ser um questionário genérico de avaliação de

saúde e de fácil administração e compreensão, porém sem ser tão extenso. Os mesmos autores acima citados ainda afirmam que a validade do SF-36 é confirmada e demonstrada por meio de uso em pesquisas de diversas nacionalidades e distintas patologias, permitindo assim comparações de um grupo com um modelo populacional ou entre diferentes enfermidades. O SF-36 é um instrumento multidimensional, composto por 36 itens, que avaliam dois componentes: saúde física e saúde mental totalizando oito domínios ou dimensões. O componente saúde física apresenta as seguintes dimensões: capacidade funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de se cuidar, vestir-se, tomar banho e subir escadas); aspectos físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais); dor (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); estado geral de saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde). O componente saúde mental consta das dimensões: vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde); aspecto sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais); aspectos emocionais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais) e saúde mental (escala de humor e bem-estar). Os resultados de cada componente variam de 0 (zero) representando a pior avaliação até 100 (cem) representando a melhor avaliação referente à qualidade de vida do paciente. Uma segunda entrevista composto por 29 (vinte e nove) questões foi elaborado seguindo uma linha de pesquisas já existentes sobre o assunto para avaliar as condições socioeconômicas, farmacológicas e relacionadas à IRC dos pacientes participantes da presente pesquisa.

Para tanto, V. Sa. precisará apenas permitir a coleta de dados que será realizada através de uns questionários.

Solicitamos a sua colaboração, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde pública e em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome, será mantido em sigilo.

Esclarecemos que a participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador (aluno). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Aos pesquisadores (aluno e a professora) estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que recebi uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contado com o pesquisador e sua responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora coordenadora da pesquisa Professora Doutora Maria Emília da Silva Menezes.

Endereço e contato da pesquisadora: Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Educação e Saúde – Unidade Acadêmica de Saúde – Curso de Farmácia – Sítio Olho d’água da Bica, s/n, Cuité. Telefone (82) 99940-9899.

Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC, situado a Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n. São Jose, CEP: 58401-490. Campina Grande – PB. Tel: (83) 2101-5545. E-mail: CEP@huac.ufcg.edu.br

Atenciosamente,

Assinatura da Pesquisadora Responsável
Prof^ª. Dr^ª. Maria Emília da Silva Menezes
Celular (xx) xxxxx-xxxx

Assinatura do Pesquisador (Aluno de Farmácia)
Kayo César Santos de Medeiros
Celular (xx) xxxxx-xxxx

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS,
FARMACOLÓGICAS E RELACIONADAS À IRC

Universidade Federal de Campina Grande
Centro de Educação e Saúde
Trabalho de Conclusão de Curso
Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Emília da Silva Menezes
Orientando: Kayo César Santos de Medeiros

Nº do entrevistado: _____

1- Gênero:

() Masculino

() Feminino

2- Idade (em anos): _____

3- Município onde reside:

() CAICÓ/RN

() Outros: _____

4- Estado Civil:

() Casado

() Viúvo(a)

() Solteiro

() Outros: _____

5- Grau de Escolaridade:

() Analfabeto

() Ens. Médio –Incompleto

() Ens. Fundamental I – Incompleto

() Ens. Médio– Completo

() Ens. Fundamental I –Completo

() Ens. Superior – Incompleto

() Ens. Fundamental II – Incompleto

() Ens. Superior – Completo

() Ens. Fundamental II – Completo

6- Ocupação (profissão):

() Do lar

() Pensionista

() Aposentado

() Outros: _____

() Auxílio doença

7- A hemodiálise interfere em suas atividades profissionais?

() Sim

() Não

8- A hemodiálise interfere em suas atividades de recreação?

() Sim

() Não

9- Renda familiar mensal (salário mínimo – R\$ 788,00):

- () Menos de 1 salário mínimo
 () 1 a 2 salários mínimos
 () 3 a 5 salários mínimos
 () Mais de 5 salários

10- Tipo de moradia:

- () Casa própria
 () Aluguel
 () Outros: _____

11- Quantas pessoas moram com você?

- () Moro sozinho
 () 1 pessoa
 () 2 pessoas
 () 3 ou mais pessoas

12- Há quanto tempo você tem insuficiência renal crônica? _____

13- Há quanto tempo você faz hemodiálise? _____

14- Quantas sessões de hemodiálise faz por semana?

- () 1 vez
 () 2 vezes
 () 3 vezes
 () Mais de 3 vezes

15- Você já teve alguma complicação durante a realização da hemodiálise?

- () Não
 () Sim _____

16- Você tem outra(s) doença(s) além da insuficiência renal crônica?

- () Não
 () Sim _____

17- Durante a permanência na clínica e na hemodiálise, como você se sente?

- () Tranquilo(a)
 () Estressado(a)
 () Preocupado(a)
 () Cansado
 () Outros _____

18- Você faz uso de medicamentos diários em casa?

- () Sim
 () Não

➤ Se sim, responda todas as perguntas seguintes.

19- Cite todos os medicamentos que você utiliza:

20- Como você adquire esses medicamentos?

- Compra com próprio recurso na farmácia
- Adquire gratuitamente
- Depende de familiares
- Compra quando tem condições financeiras
- Compra apenas os que não são fornecidos na rede pública de saúde

21- Com relação aos medicamentos que você utiliza, você sabe pra que eles servem?

- Conhece todos os medicamentos
- Conhece apenas alguns medicamentos
- Desconhece todos os medicamentos

22- Você toma todos os medicamentos prescritos pelo médico?

- Sim
- Não

23- Alguém auxilia (ajuda) a você tomar os medicamentos?

- Não
- Sim, especifique quem: _____

24- Você interrompeu o uso de algum desses medicamentos por conta própria e não avisou ao médico ou farmacêutico?

- Sim
- Não

25- Se sim, qual o motivo que levou você a interromper o uso do(s) medicamento(s)?

- Esqueceu de tomar
- Não tem como comprar todos os medicamentos necessários
- Não acha necessário tomar todos os dias
- Apresentou reações adversas ao medicamento

26- Se apresentou reações adversas ao medicamento, quais foram?

27- Realizando a hemodiálise e tomando os medicamentos corretamente, qual a sua expectativa de vida para o futuro com relação a sua saúde?

28- Você está cadastrado na lista de espera para transplante de rins?

() Sim

() Não, porque _____

29- Se sim, qual a sua expectativa para esse acontecimento?

Obrigado pela compreensão e participação.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO SF-36

Questionário de Qualidade de Vida – SF – 36

Idade: _____ Sexo: _____
 Função exercida no trabalho: _____.
 Há quanto tempo exerce essa função: _____.

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. **Não há respostas certas ou erradas** relativas a qualquer um dos itens. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder. Este questionário é de natureza **confidencial**. O tratamento deste, por sua vez, é efetuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o **anonimato** do colaborador é respeitado.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você classifica sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como: correr, levantar objetos pesados e praticar esportes cansativos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como: mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola e varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d) Subir vários degraus de escadas.	1	2	3
e) Subir um degrau de escada.	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro.	1	2	3

h) Andar vários quarteirões.	1	2	3
i) Andar um quarteirão.	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você tem algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, necessitou de um esforço extra)?	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você tem algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como regularmente faz?	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma alguma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito Leve	Leve	Moderada	Grave	Muito Grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu no seu trabalho normal (incluindo trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, com relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo Tempo	A Maior Parte do Tempo	Alguma Parte do Tempo	Uma Pequena Parte do Tempo	Nenhuma Parte do Tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes, verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes, falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

Obrigado pela compreensão e participação

ANEXO B – FOLHA DE ENVIO PARA APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Qualidade de Vida, Perfil Social e Farmacológico de Pacientes Renais Crônicos, Submetidos à Hemodiálise na Clínica do Rim, Localizada na Unidade Hospitalar Regional do Seridó.			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 168			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES			
6. CPF: [REDACTED]	7. Endereço (Rua, n.º): RUA: MARIA DAS NEVES LIRA DE CARVALHO D. MERCÊS PESSOA NÚMERO: 29 CUI TE PARAIBA 56175000		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: [REDACTED]	10. Outro Telefone:	11. Email: memenezes_2@yahoo.com.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>13</u> / <u>04</u> / <u>16</u>		<u>Maria Emília da S. Menezes</u> Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE	13. CNPJ: 05.055.128/0006-80	14. Unidade/Orgão:	
15. Telefone:	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>RAMILTON MARINHO COSTA</u>	CPF: [REDACTED]		
Cargo/Função: <u>PROFESSOR / DOUTOR</u>			
Data: <u>13</u> / <u>04</u> / _____	<u>[Assinatura]</u> Assinatura		
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO C – FOLHA DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

The screenshot displays the 'Plataforma Brasil' web interface. The browser address bar shows the URL: `aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf`. The header includes the 'Saúde Ministério da Saúde' logo and the 'Plataforma Brasil' logo. Navigation buttons for 'Público', 'Pesquisador', and 'Alterar Meus Dados' are visible. The user is identified as 'MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES - Pesquisador | V3.0' with a session expiration of 38 minutes and 49 seconds.

The main content area is titled 'DETALHAR PROJETO DE PESQUISA'. Under the 'DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA' section, the following information is provided:

- Título da Pesquisa: Qualidade de Vida, Perfil Social e Farmacológico de Pacientes Renais Crônicos, Submetidos à Hemodiálise na Clínica do Rim, Localizada na Unidade Hospitalar Regional do Seridó.
- Pesquisador Responsável: MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES
- Área Temática:
- Versão: 3
- CAAE: 50970315.5.0000.5182
- Submetido em: 26/04/2016
- Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
- Situação da Versão do Projeto: Aprovado
- Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
- Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

A circular stamp from 'PLATAFORMA BRASIL' with the text 'COORDENADOR' is visible on the right side of the project details. At the bottom right, there is a link for 'Comprovante de Recepção' with a PDF icon and the filename 'PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_591174'.