

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**SOB A PERSPECTIVA DO PACIENTE, CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS
PRIMÁRIOS A SAÚDE OFERTADOS A PESSOA COM DOENÇA RENAL
CRÔNICA, EM HEMODIÁLISE, NA PARAÍBA**

JOÃO PESSOA
2021

THIAGO NABIL HANNA

**SOB A PERSPECTIVA DO PACIENTE, CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS
PRIMÁRIOS A SAÚDE OFERTADOS A PESSOA COM DOENÇA RENAL
CRÔNICA, EM HEMODIÁLISE, NA PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Centro de Ciências Médicas da Universidade
Federal da Paraíba para obtenção do Título de
Bacharel em Medicina.

Área de Concentração: Atenção Integrada aos
ciclos de vida e vulneráveis

Orientador: Prof. Ms. Pablo Rodrigues Costa Alves

JOÃO PESSOA
2021

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

H243s Hanna, Thiago Nabil.

Sob a perspectiva do paciente, caracterização dos cuidados primários a saúde ofertados a pessoa com doença renal crônica, em hemodiálise, na Paraíba / Thiago Nabil Hanna. – João Pessoa, 2021.

51 f. : il.

Orientação: Pablo Alves.

Coorientação: Francisco Rasiah.

TCC (Graduação) – UFPB/CCM.

1. Cuidados primários. 2. Doença renal crônica. 3. Co-gestão. I. Alves, Pablo. II. Rasiah, Francisco. III. Título.

UFPB/CCM

CDU 616.61(043.2)

Nome: Thiago Nabil Hanna

Título: SOB A PERSPECTIVA DO PACIENTE, CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS A SAÚDE OFERTADOS A PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA, EM HEMODIÁLISE, NA PARAÍBA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina em Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba como requisito à obtenção da colação de grau em Medicina.

Aprovado em: 04 de Maio de 2021.

Banca Examinadora

Prof.	Pablo Rodrigues Costa Alves
Instituição	Universidade Federal da Paraíba.
Julgamento	<u>APROVADO</u>

Prof(a).	Cristianne da Silva Alexandre
Instituição	Universidade Federal da Paraíba
Julgamento	<u>APROVADO</u>

Prof.	Wladimir Nunes Pinheiro
Instituição	Universidade Federal da Paraíba.
Julgamento	<u>APROVADO</u>



cristianne da
silva
alexandre:2013
29444

Assinado de forma
digital por cristianne
da silva
alexandre:201329444
Data: 2021.05.11
17:42:09 -03'00'



SUMÁRIO

1. Introdução	7
2. Justificativa	14
3. Marco teórico	15
4. Objetivos	24
4.1. Objetivo geral	24
4.2. Objetivos específicos	24
5. Hipóteses	25
6. Metodologia	26
6.1. Delineamento	26
6.2. Sujeitos do Estudo	26
6.3. Cálculo do tamanho da amostra e forma de seleção da amostra	26
6.4. Principais variáveis a serem coletadas	26
6.5. Coleta de dados	28
6.5.1. Seleção e treinamento para coleta de dados	28
6.5.2. Logística	28
6.5.3. Estudo piloto	29
6.5.4. Controle de qualidade	29
6.6. Processamento e análise de dados	29
6.7. Aspectos éticos da investigação	29
7. Cronograma	31
8. Divulgação dos resultados	32
9. Orçamento	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS	37

RESUMO

O paciente portador de doença renal crônica, em hemodiálise, possui diversos problemas clínicos, sociais e psicológicos, além do problema renal em si. Ao iniciar o tratamento dialítico o paciente costuma centralizar seu cuidado na clínica de diálise e no médico nefrologista limitando seu plano de cuidado a disfunção renal e suas complicações, a terapia substitutiva renal e outros problemas clínicos relacionados como a doença cardiovascular. Essa prática desencontra-se da proposta do Ministério da Saúde de centralizar o cuidado dos indivíduos na atenção primária onde o médico de saúde da família e comunidade seria o coordenador do cuidado. A coordenação do cuidado pelo Nefrologista acaba segmentando a atenção a saúde do indivíduo e negligenciando outras dimensões do indivíduo contribuindo para maior prejuízo na qualidade de vida e pior rastreio e controle de outras patologias, além do aumento do risco de iatrogenias. Neste sentido, o presente projeto de pesquisa objetiva caracterizar a prestação de cuidados primários em saúde para pacientes portadores de doença renal crônica terminal, em hemodiálise, na Paraíba, através da perspectiva do paciente. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de levantamento populacional sob a forma de entrevista estruturada. Serão avaliados pacientes maiores de 18 anos, portadores de doença renal crônica estágio G5, em terapia substitutiva renal, na modalidade hemodiálise, em tratamento em clínicas de diálise situadas na Paraíba.

Palavras-Chave: Cuidados primários. Doença renal crônica. Co-gestão

ABSTRACT

The patient with chronic kidney disease, on hemodialysis, has several clinical, social and psychological problems, in addition to the kidney problem itself. When starting dialysis treatment, the patient usually focuses his / her care at the dialysis clinic and at the nephrologist, limiting his / her care plan to renal dysfunction and its complications, renal replacement therapy and other related clinical problems such as cardiovascular disease. This practice diverges from the Ministry of Health's proposal to centralize the care of individuals in primary care where the family and community health physician would be the care coordinator. The coordination of care by the nephrologist ends up segmenting the individual's health care and neglecting other dimensions of the individual, contributing to greater damage to the quality of life and worse screening and control of other pathologies, in addition to the increased risk of iatrogenies. In this sense, the present research project aims to characterize the provision of primary health care for patients with end-stage renal disease, on hemodialysis, in Paraíba, through the patient's perspective. This is a quantitative, descriptive study of a population survey in the form of a structured interview. Patients over 18 years old, with chronic kidney disease stage G5, undergoing renal replacement therapy, in hemodialysis modality, undergoing treatment in dialysis clinics located in Paraíba will be evaluated.

Keywords: Primary care. Chronic kidney disease. Co-management

DEFINIÇÃO DE TERMOS E ABREVIATURAS

DRCt: doença renal crônica terminal

TSR: Terapia Substitutiva Renal

SUS: Sistema Único de Saúde

DRC: Doença Renal Crônica

MFC: Médico de Família e Comunidade

ECG: Eletrocardiograma

AAS: Ácido Acetilsalicílico

HB1Ac: Hemoglobina Glicosilada

CSAP: Condições Sensíveis à Atenção Primária

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

CNS: Conselho Nacional de Saúde

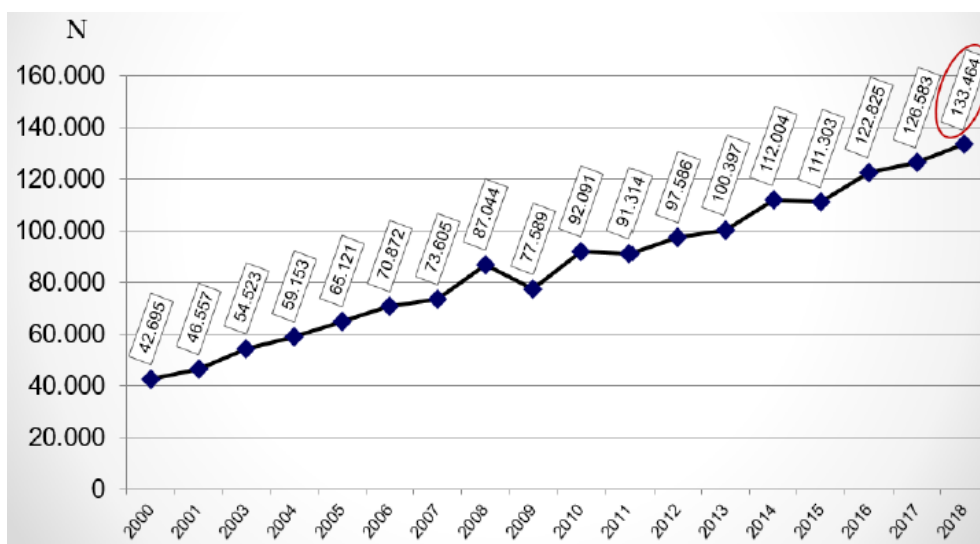
USF: Unidade de Saúde da Família

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Introdução

O número de pacientes com doença renal crônica terminal (DRCT), em terapia substitutiva renal (TSR), tem aumentado. Nos últimos 18 anos o número de pacientes em diálise triplicou contribuindo para que os gastos em diálise assumissem uma grande parte dos recursos de saúde do país. Ao longo da última década, os gastos em diálise renal aumentaram de 600 milhões para 1,7 bilhão (SCHMIDT, 2011). O Brasil se consolidou entre os três maiores programas crônicos de diálise (OLIVEIRA, 2014) no mundo, com 133.464 portadores em terapia renal substitutiva (LUGON, 2018), disponibilizando 5% do total destinado a atendimentos de média e alta complexidade (ALCADE, 2018). Para se ter ideia da dimensão dos gastos, em 2015 foram pagos 13,8 bilhões de reais com internações, desses 2 bilhões com diálise não incluindo gastos com lesão renal aguda. Em comparação, os gastos com IAM e outras doenças cardiovasculares representam metade (1 bilhão) dos recursos para TRS (ALCADE, 2018).

Figura 1 – Total estimado de pacientes em tratamento dialítico por ano

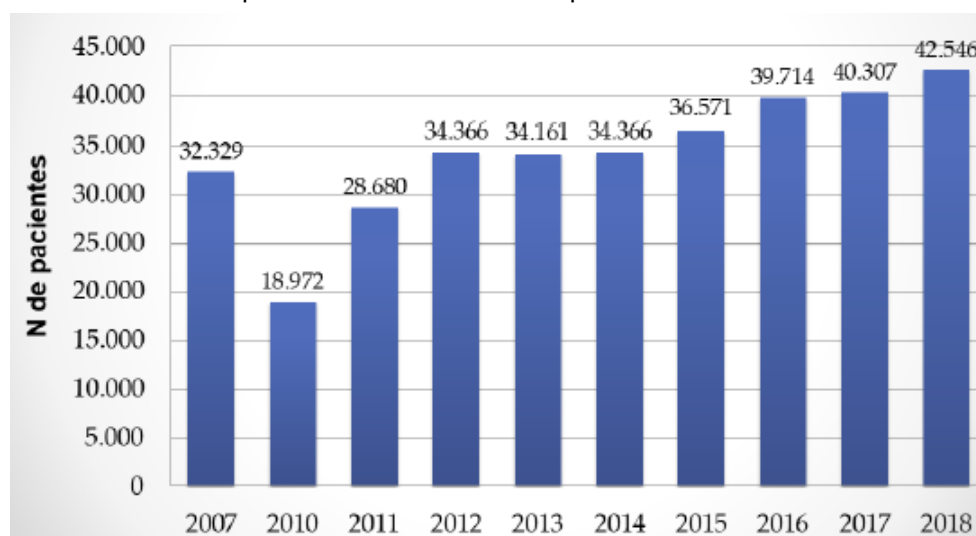


Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2018.

Em contrapartida, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, o número de nefrologistas tem reduzido significativamente. Em 2018 havia cerca de 3.500 nefrologistas. Destes, 36% possuíam menos de 10 anos de formação e 12% possuía menos de 5 anos de formação. Apenas 42% tinham a diálise como sua principal atividade. Também segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia existe uma distribuição irregular dos nefrologistas no país: maior concentração dos profissionais

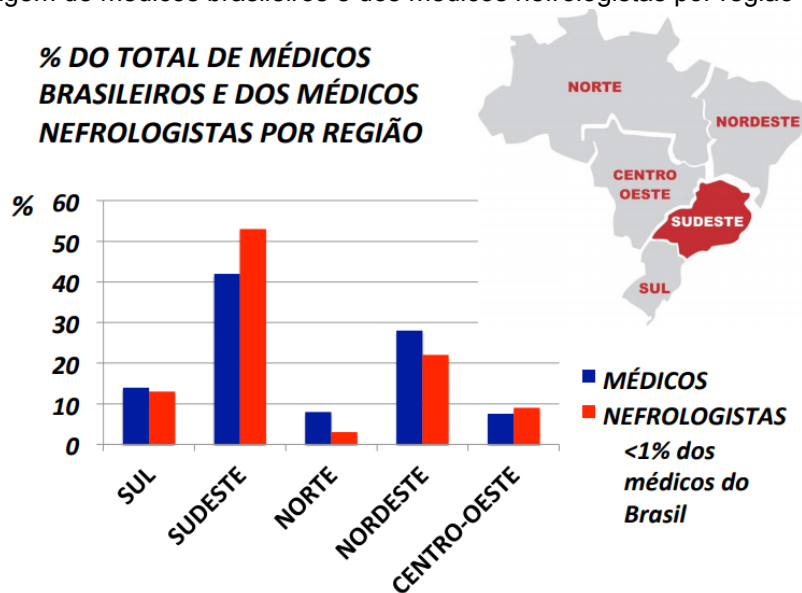
no Sudeste e em grandes centros tornando a proporção nefrologista/população e a assistência desiguais. O aumento do número de pacientes em diálise, a redução do número de nefrologistas, a dispersão desses profissionais em outras atividades atreladas a especialidade e a distribuição desigual de especialistas geram um questionamento importante: quem irá prestar atendimento e cuidados primários a essa população?

Figura 2 – Número estimado de pacientes novos em diálise por ano 2007-2018



Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2018.

Figura 3 – Porcentagem de médicos brasileiros e dos médicos nefrologistas por região

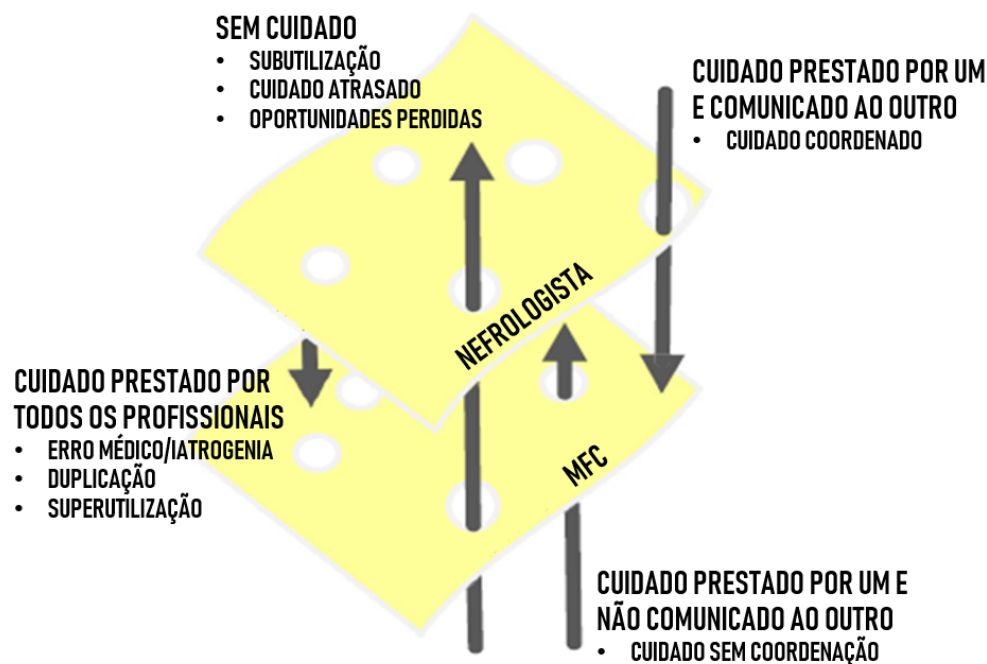


Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2018.

Além disso, a portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018 que dispõe sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) modificou a proporção de médicos nefrologistas/pacientes de um nefrologista/35 pacientes ligados a diálise para um nefrologista/50 pacientes ligados a diálise. Nessa proporção médico/paciente, considerando a duração de 4 horas de uma sessão de hemodiálise, resta 5 minutos de tempo disponível para cada paciente desde que, durante a terapia, não ocorram intercorrências, admissões, ou procedimentos invasivos como implante de cateter para hemodiálise. Essa mudança prejudica a assistência ambulatorial dos pacientes com DRCt em TSR, pois, por tratar-se de um procedimento com circulação extra-corpórea, de alta complexidade e com intercorrências comuns e graves, o número elevado de pacientes em diálise simultânea acaba limitando a atuação do médico a assistência de intercorrências, ou seja, sobra pouco ou nenhum tempo para a realização de avaliações ambulatoriais e condução de patologias associadas: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia, depressão e etc.

O paciente portador de DRCt, em hemodiálise, é mais do que uma doença e suas demandas vão muito além da TSR. A centralização do cuidado ao especialista, embora cômodo e familiar para o paciente, nesse contexto de falta de especialistas, sobrecarga de trabalho, redução do tempo disponível para avaliação ambulatorial do paciente, não fornece integralidade. O indivíduo deixa de ser visto como um ser biopsicossocioambiental e passa a ter seu cuidado segmentado e focado, apenas, na disfunção renal, com outras dimensões, tão importantes quanto, consequentemente, negligenciadas. Com isso, por vezes, deixa-se de implementar medidas para melhora da qualidade de vida, abordagem da saúde mental, rastreio e controle de outras patologias (como as ginecológicas), além de ocorrer aumento do risco de iatrogenias pela duplicidade de condutas que pode ocorrer sem a presença de um profissional responsável por centralizar o cuidado prestado por múltiplos profissionais: nutricionistas, cardiologistas, endocrinologistas, psiquiatras, neurologistas, oncologistas e etc. (figura 4).

Figura 4 – Tipos de fragmentação do cuidado primário para o paciente em diálise



Adaptado de Wang, 2017.

A coordenação geral e de gestão específica da doença é um desafio para pacientes com condições crônicas múltiplas e complexas que, normalmente, veem vários provedores para gerenciar uma ou mais condições mórbidas. Este problema é amplificado para doentes com DRC, cuja patologia está associada a condições altamente prevalentes como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doenças cardíacas. Grande parte dos esforços da literatura e intervenção centraram-se na atenção primária e na assistência colaborativa do médico nefrologista nos estágios iniciais da DRC, com ênfase na intervenção do médico de família e comunidade (MFC) para prevenir, detectar, tratar e retardar a progressão da doença renal. Estudos, geralmente, tem encontrado falta de clareza sobre (1) os papéis e responsabilidades da gestão clínica entre os prestadores, (2) má comunicação e coordenação entre os médicos da atenção primária e nefrologistas e (3) resultados pobres na gestão dos cuidados gerais e relacionados a DRCt.

A maioria dos pacientes com DRCt são submetidos a tratamentos de diálise cronicamente e acabam sendo manejados clinicamente pelos nefrologistas, nos centros de diálise, com uma frequência regular (geralmente, três vezes por semana). Devido, em parte, à rigidez da programação do tratamento dialítico, o manejo das co-morbidades e suas complicações, além dos pequenos problemas agudos de

saúde por prestadores fora da unidade de diálise é desafiador. Desta forma, os pacientes geralmente recebem supervisão de necessidades de saúde não-renais durante suas visitas de tratamento dialítico devido à conveniência e familiaridade. Como resultado, a gestão da atenção primária acaba sendo negligenciada em detrimento a assistência nefrológica e o paciente acaba restringindo sua busca pelo cuidado com o MFC. Shah e col. (2005) avaliaram 158 pacientes DRCt em diálise nos EUA. Apenas 56 pacientes possuíam MFC. Este estudo observou haver uma relação entre o tempo de tratamento em diálise e a vinculação dos cuidados primários ao nefrologista: apenas 32% dos pacientes com menos de 1 ano de diálise recebiam cuidados primários do nefrologista, enquanto 71% dos pacientes com mais de 1 ano de diálise recebiam os cuidados primários do nefrologista.

O protagonismo do MFC, entretanto, extrapola o rastreio, diagnóstico precoce e manejo dos estágios iniciais da DRC. A portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018 que dispõe sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica no âmbito do SUS outorga a atenção primária a coordenação do cuidado do paciente portador de DRC, inclusive terminal em TSR. Todavia, pouco se sabe sobre o papel do MFC e a cogestão do nefrologista de pacientes com DRCt em TSR. Foram obtidos, apenas, 18 artigos, neste tema, a partir da estratégia de busca adotada. Nenhum deles apresentava dados brasileiros.

Tabela 1 – Estratégias de busca da literatura

Estratégia de Busca	Chronic Kidney Disease AND Primary Health Care	
	Medline (PubMed)	
Sem filtro	2807	
Apenas com humanos	2466	
Inglês	2350	
Apenas: Original, Meta-análise e Revisão Sistemática	675	
Filtrados pelo título	231	
Filtrados pelo resumo	37	
Apenas adequados ao tema	18	Total 18

Zimmerman e col. (2003) avaliaram, no Canadá, 361 nefrologistas, 325 MFC e 163 pacientes DRCt em diálise. A maior parte dos nefrologistas e MFC concordaram que os nefrologistas não deveriam ser os únicos responsáveis pela prestação de cuidados primários para pacientes dialíticos. Todavia, nefrologistas e MFC possuem dúvida quanto o conhecimento e treinamento do MFC para prestar cuidados a esse grupo complicado de pacientes. Por sua vez, os pacientes demonstram ter mais confiança nos cuidados primários prestados pelo MFC do que pelo nefrologista. Nesse estudo, nefrologistas referiram incentivar a manutenção dos cuidados com o MFC, todavia, o MFC duvidava haver incentivo. Ambos afirmam haver pouco ou nenhum diálogo entre eles e não receber com frequência referência ou contra-referência. 87% dos pacientes referiram ter MFC e 65% realizava avaliações 2 ou mais vezes por ano.

Wang e col. (2017) realizaram uma revisão sistemática que incluiu 14 artigos que avaliou: (1) a percepção dos papéis desenvolvidos pelos provedores de cuidados; (2) tempo estimado gasto na prestação de cuidados primários e; (3) extensão do uso de cuidados primários por pacientes portadores de DRCt em hemodiálise. Houve um consenso geral entre os provedores de que os MFC deveriam estar envolvidos no cuidado dos pacientes DRCt em hemodiálise. Todavia, o tempo disponível, a falta de clareza nas atribuições e a falta de comunicação entre MFC e nefrologistas são potenciais barreiras para uma atenção integral para esses pacientes. Nessa revisão, parte dos pacientes relatou possuir MFC, todavia, a maioria dependia dos cuidados primários prestados por nefrologistas. O estudo revelou lacunas e oportunidades para a otimização dos serviços de atenção primária para pacientes DRCt em diálise.

Comparado a DRC em estágios iniciais, a DRCt levanta questões importantes sobre o papel do MFC na coordenação do cuidado desses pacientes. Considerada a grande responsável pelo cuidado integral contínuo dos indivíduos: avaliando, equilibrando e coordenando o cuidado das múltiplas condições concorrentes dos pacientes a atenção primária acaba assumindo um papel coadjuvante na assistência da DRCt. Expectativas discrepantes e subsequente provisão da atenção primária podem exacerbar a fragmentação do cuidado nesta população de pacientes altamente complexa e vulnerável, aumentando o potencial de duplicação desnecessária de cuidados ou desfechos adversos.

Como foi apresentado, a literatura, até o momento, não deixa bem definido o papel do MFC e nefrologista na provisão efetiva de serviços de atenção básica para pacientes em diálise crônica. Desta forma, compreender quem é responsável pela gestão das necessidades de cuidados primários destes pacientes em diálise é relevante em termos de saúde pública. Elucidar os tipos de serviços e prestadores que coordenam as necessidades de cuidados primários dos pacientes portadores de DRCh, em TSR, na modalidade de hemodiálise, no SUS e sua efetividade iluminará as lacunas em nossa compreensão do papel da atenção básica, da co-participação do nefrologista e do centro de diálise (que, tecnicamente, deveriam atuar como apoio matricial) na assistência desse público.

2. Justificativa

O paciente portador de DRCh, em hemodiálise, possui diversos outros problemas clínicos, sociais e psicológicos, além do problema renal em si. Ao iniciar o tratamento dialítico o paciente costuma centralizar seu cuidado no centro de diálise e no médico nefrologista limitando seu plano de cuidado a disfunção renal e suas complicações, a terapia substitutiva renal e outros problemas clínicos relacionados como a doença cardiovascular. Essa prática desencontra-se da proposta do Ministério da Saúde de centralizar o cuidado dos indivíduos na atenção primária onde o médico de saúde da família e comunidade seria o coordenador do cuidado. A coordenação do cuidado pelo Nefrologista acaba segmentando a atenção a saúde do indivíduo e negligenciando outras dimensões do indivíduo contribuindo para maior prejuízo na qualidade de vida e pior rastreio e controle de outras patologias, além do aumento do risco de iatrogenias.

Elucidar os tipos de serviços e prestadores que coordenam as necessidades de cuidados primários dos pacientes portadores de DRCh, em TSR, na modalidade de hemodiálise e sua efetividade iluminará as lacunas em nossa compreensão do papel da atenção primária, da co-participação do nefrologista e do centro de diálise (que, tecnicamente, deveriam atuar como apoio matricial) na assistência desse público.

3. Marco teórico

Bender e col. (1996) avaliaram o conhecimento em atenção primária, tratamento de problemas menores de saúde e manejo de problemas médicos comuns em pacientes DRCt de 222 nefrologistas americanos. 20% dos nefrologistas relataram que os pacientes possuíam MFC, todavia, 90% afirmou ser o responsável pela prestação dos serviços de cuidados primários. Este estudo, assim como o de Radecki e col. (1989) e Wells e col. (1986) sugerem que o nefrologista tem assumido o papel de prestador de cuidados primários ao paciente, confirmando a percepção dos pacientes nos estudos de Nespor e col. (1992) e Holley e col. (1993). O hiato de 33-23 anos, todavia, torna necessária nova investigação para identificar a percepção atual dos pacientes a respeito de quem assume/presta seus cuidados primários de saúde.

Nesta pesquisa, o termo cuidados primários de saúde acompanhará a definição da World Health Organization (2019) que consiste em “satisfazer as necessidades das pessoas em matéria de saúde, através de cuidados promotores, protetores, preventivos, curativos, reabilitativos e paliativos completos durante toda a vida [...]”.

Green (2012) avaliou 20 nefrologistas americanos a despeito do treinamento recebido, conforto e frequência no manejo da dor, disfunção sexual e depressão em pacientes DRCt em diálise. Embora os nefrologistas relatassem acreditar ser importante manejar sintomas de dor, depressão e disfunção sexual nesses pacientes, a maior parte referia ter pouco treinamento para manejar tais sintomas e, sobretudo, nem sempre esses sintomas eram, realmente, abordados. Muitos dos nefrologistas acreditavam que a responsabilidade em manejar esses sintomas era do MFC, todavia, na prática, eles acreditavam ser os prestadores de cuidados primários aos pacientes. Claxton e col. (2010), por sua vez, avaliaram 87 pacientes DRCt em diálise a respeito da abordagem de sintomas potencialmente tratáveis como insônia, náusea, parestesia, dor, disfunção sexual e alterações do humor. Evidenciaram alta prevalência dos sintomas e pouca intervenção clínica. MFC foram mais propensos a prover tratamento para estes sintomas do que nefrologistas.

Neste sentido, além de identificar quem provém os cuidados primários de saúde para essa população torna-se necessário avaliar a qualidade dos cuidados primários: de fato, o serviço que acredita ofertar é entregue ao paciente?

Considerando os dados da literatura, optou-se por identificar a presença dos sintomas listados no “Dialysis Symptom Index” (WEISBORD, 2004), quantificar o impacto desses sintomas no dia-a-dia dos indivíduos e, além disso, avaliar se o médico nefrologista questiona, investiga, trata e resolve estes sintomas apresentados.

Shah e col. (2005) avaliaram 158 pacientes DRCt em diálise nos EUA, dos quais, apenas 56 pacientes possuíam MFC. Este estudo observou haver uma relação entre o tempo de tratamento em diálise e a vinculação dos cuidados primários ao nefrologista: apenas 32% dos pacientes com menos de 1 ano de diálise recebiam cuidados primários do nefrologista, enquanto 71% dos pacientes com mais de 1 ano de diálise recebiam os cuidados primários do nefrologista. Neste sentido, o tempo em diálise, torna-se relevante como parte do questionário, bem como, questões que auxiliem a elucidar o que motiva o paciente a escolher o médico que lhe presta cuidados primários de saúde, incluindo a satisfação com os cuidados que recebe.

O estudo de Bender e col. (1996) evidenciou que 92% dos nefrologistas se sentiam confiantes em entregar cuidados primários aos pacientes DRCt. De forma contrastante, nesse mesmo estudo foi observado que, muitas vezes, os nefrologistas não seguiam os esquemas de aconselhamento preventivo e de cuidados primários de saúde sugeridos. Winkelmayr e col. (2002) realizaram uma coorte com 12.557 pacientes DRCt em diálise e observaram que medicina preventiva é subutilizada para pacientes em diálise. Evidenciaram que o screening para retinopatia diabética, dosagem de hemoglobina glicosilada e PSA reduzia intensamente após o início da diálise, desta forma, concordando com os achados de Bender.

Considerando os achados de Bender e col. (1996) e Winkelmayr e col. (2002) optou-se por, nesta pesquisa, avaliar a entrega de cuidados primários, especialmente, medicina preventiva. Foram considerados: (1) vacinação, (2) saúde bucal, (3) atenção ao paciente portador de diabetes mellitus e (4) saúde da mulher.

Segundo o Ministério da Saúde (2006) A doença periodontal é um dos principais problemas que acometem o paciente adulto. As diferenças clínicas na severidade e prevalência da periodontite crônica podem ser explicadas pela presença de fatores de risco, tais como: fumo, condições sistêmicas como diabetes mellitus e pelo componente genético da doença. Além da doença periodontal, soma-

se ao cuidado da saúde bucal a avaliação de partes moles para rastreamento de sinais primários de câncer, atividades educativas sobre higiene oral, diagnóstico e tratamento de cáries, além de implementar medidas para manter os dentes íntegros durante o processo de envelhecimento. Desta forma, a inclusão da avaliação odontológica torna-se item relevante para avaliar a atenção primária prestada para indivíduos portadores de DR Ct, especialmente idosos e diabéticos.

Pacientes com diabetes mellitus tem, em média, duas a quatro vezes maior risco de desenvolver doença coronariana que indivíduos sem diabetes (SARWAR, 2010). Ele, também, é fator de risco para acidente vascular cerebral isquêmico, insuficiência cardíaca, doença arterial obstrutiva periférica e microvascular, afetando significativamente a expectativa e a qualidade de vida, especialmente quando se considera a associação com a DRC que, per si, eleva sobremaneira o risco cardiovascular (GU, 1998). Neste sentido, rastrear e prevenir a doença cardiovascular neste grupo de pacientes torna-se relevante e, por isso, foi adicionado ao protocolo de avaliação da atenção primária ofertada.

Como pacientes com diabetes podem ter doença arterial coronariana e não apresentar sintomas: cerca de uma em cada cinco apresenta isquemia silenciosa e a presença de isquemia silenciosa nesses exames implica risco de eventos coronarianos de 4,7 a 13,8% por ano em indivíduos não tratados (BAX, 2007). A detecção precoce de doença arterial coronariana nessa população tem impacto no tratamento podendo se traduzir na redução de eventos cardiovasculares. Com essa finalidade, o eletrocardiograma (ECG) de repouso é recomendado para rastreamento de doença coronariana assintomática, pelo menos anualmente, em pacientes com diabetes (SBD, 2017).

Além do ECG, incluímos como variável de avaliação o uso de ácido acetilsalicílico (AAS) visto que o uso de AAS promove prevenção primária de eventos cardiovasculares, em pacientes diabéticos com muito alto risco cardiovascular, como é o caso dos portadores de DR Ct. Em uma metanálise de 287 estudos, houve comparações de terapia antiplaquetária versus controle envolvendo 135 mil pacientes, dos quais 77 mil sofreram comparações com diferentes regimes antiplaquetários. O AAS foi protetor na maioria dos pacientes com risco aumentado de eventos vasculares, incluindo aqueles com IAM ou AVC isquêmico, bem como outras doenças vasculares prévias (ATC, 2002).

O uso de estatinas não foi considerado como parâmetro de avaliação dos cuidados primários, do paciente com diabetes mellitus, pois, no grupo de pacientes portadores de DRcT, em diálise, essas drogas não parecem impactar em mortalidade ou sobrevida, independentemente do risco cardiovascular ou níveis de LDL-c ou colesterol, tornando a sua indicação, portanto, limitada a contextos clínicos específicos (SBD, 2017).

A incidência anual de úlcera de pés diabéticos é de 2 a 4%, já a prevalência, de 4 a 10%, ambas mais altas em países com situação socioeconômica ruim, como o nosso (BOULTON, 2005). A incidência dessas úlceras é cumulativa ao longo da vida (25%), e essas lesões precedem 85% das amputações (SINGH, 2005). A polineuropatia diabética tem papel permissivo principal no surgimento da lesão. A polineuropatia diabética costuma encontrar-se presente em 50% dos pacientes em atendimento clínico hospitalar (BOULTON, 2005) e em 20 a 25% dos pacientes em atenção primária (TAPP, 2009). No Brasil, em um modelo hipotético para uma população estimada de 7,12 milhões de indivíduos com diabetes mellitus tipo 2, 484.500 úlceras, 169.000 admissões hospitalares e 80.900 amputações, das quais 21.700 teriam como desfecho a morte (REZENDE, 2010). Considerando estes dados e a relevância clínica e epidemiológica do pé diabético, optou-se por incluí-lo na caracterização dos serviços primários ofertados para pacientes DRcT, em hemodiálise, com diagnóstico de diabetes. Neste sentido, foram considerados os seguintes parâmetros: periodicidade e adequação do exame dos pés.

Para a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) o exame deve ser realizado com a remoção dos calçados e meias e deve incluir além da inspeção a: (1) avaliação da sensibilidade protetora plantar com monofilamento de náilon, (2) vibração com diapasão 128Hz, (3) dor com pino ou palito, (4) reflexos com martelo, (5) pressão plantar, (6) palpação de pulsos e (7) avaliação do índice tornozelo braquial. A periodicidade de realização da avaliação, bem como o responsável pela avaliação depende, essencialmente, da presença (ou não) de perda de sensibilidade protetora e/ou doença arterial periférica: (1) anual por uma equipe generalista se ausentes, (2) 3-6 meses por uma equipe generalista se perda de sensibilidade protetora e/ou deformidade presentes, (3) 2-3 meses por equipe especializada se perda de sensibilidade protetora e doença arterial periférica presentes e (4) 1-2 meses por equipe especializada se histórico de úlcera ou amputação (SBD, 2017).

A retinopatia diabética é uma das principais causas de perda visual irreversível no mundo contribuindo para piora da qualidade de vida e aumento da morbidade do paciente portador de diabetes. Quanto maior o tempo de evolução do diabetes mellitus, maior o risco de retinopatia diabética, sendo encontrada em mais de 90% dos pacientes com diabetes tipo 1 e em 60% daqueles com diabetes tipo 2, após 20 anos de doença sistêmica (SBD, 2017).

A doença passa por um período assintomático no qual se deve proceder ao diagnóstico e ao tratamento com o objetivo de evitar alterações irreversíveis. São recomendados exames periódicos e rastreamento de doenças oculares por médico oftalmologista, já que diagnóstico e tratamento precoces proporcionam melhores resultados visuais, menor custo econômico e social, além de melhor prognóstico em longo prazo (SBD, 2017).

A periodicidade para realização do exame, assim como na avaliação do pé diabético, depende de algumas variáveis, neste caso, presença e tipo de lesão: (1) anual se ausente ou não proliferativa leve, (2) semestral se não proliferativa moderada, (3) trimestral se não proliferativa severa ou proliferativa e (4) mensal se edema macular significativo (SBD, 2017).

Por último, pacientes portadores de diabetes mellitus e DRCt em hemodiálise enfrentam dificuldades para controle glicêmico: (1) a maior parte das drogas orais são contra indicadas, (2) as medicações orais permitidas possuem custo elevado, (3) existe maior risco de hipoglicemia grave com o uso de insulina e, sobretudo, (4) a diálise contribui para a remoção da insulina e/ou glicose. Apesar de todas as barreiras, é importante para esse paciente a manutenção de níveis de hemoglobina glicosilada (HB1Ac) menores que 7% com a finalidade de reduzir o risco de outras complicações crônicas do diabetes (SBD, 2017). Devido a importância da HB1Ac enquanto marcador de controle, devendo ser realizado trimestralmente neste grupo de pacientes, ela foi introduzida como parâmetro para avaliação da qualidade dos cuidados primários prestados.

A preocupação em introduzir um programa de rastreamento tem como principal norteador o seu potencial de dano. Neste sentido, não basta uma condição ou doença ter alta incidência ou prevalência em uma população para se justificarem medidas de rastreamento ou detecção precoce. Em concordância com o previamente exposto e considerando que os programas de rastreamento não são a

parte mais importante na linha de cuidados gerais e integrais que o sistema de saúde deve oferecer as pessoas, o rastreamento de câncer de próstata em homens não foi incluído como parâmetro para avaliar a qualidade da atenção primária dispensada aos pacientes. Esta opção encontra-se de acordo com o número 29 do Caderno de Atenção Primária do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde que versa sobre o rastreamento na atenção primária (BRASIL, 2010).

A saúde da mulher é item importante da atenção primária. Neste sentido, foram escolhidos: (1) o rastreio de câncer de colo de útero e de (2) mama como formas de avaliar a oferta de cuidados primários para esta população.

O câncer do colo do útero inicia-se a partir de uma lesão precursora, curável na quase totalidade dos casos. Trata-se de anormalidades epiteliais conhecidas como neoplasias intraepiteliais cervicais, além do adenocarcinoma in situ. Apesar de muitas dessas lesões poderem regredir espontaneamente, sua probabilidade de progressão é maior, justificando seu tratamento.

O rastreamento das lesões precursoras do câncer de colo de útero é atribuição da atenção primária o que reforça a necessidade de vinculação das mulheres em idade fértil, maiores de 25 anos e menores de 64 anos a unidade de saúde de família e ao MFC. A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para rastreamento do câncer de colo de útero. Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero.

Considerando que a incidência de câncer de colo de útero em mulheres até 24 anos é muito baixa, a maioria dos casos é diagnosticada no estágio I e o rastreamento é menos eficiente para detectá-los, a avaliação da solicitação do rastreamento do câncer de colo de útero e suas lesões precursoras será realizado nas mulheres maiores de 25 anos com vida sexual ativa. No que diz respeito a quando as mulheres devem encerrar a coleta de espécimes para exame citopatológico há menos evidências objetivas. Há uma tendência da literatura em ampliar o intervalo entre as coletas em mulheres com idade mais avançada e, de qualquer forma, mesmo em países com população de alta longevidade, não há dados objetivos de que o rastreamento seja útil após os 65 anos. Desta forma, considerando o Caderno de Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica do

Ministério da Saúde que versa sobre o controle dos cânceres de colo de útero e de mama, a avaliação da solicitação ou encaminhamento de exames de rastreio de câncer de colo de útero ocorrerá nas pacientes até 65 anos. Vale destacar que, pacientes maiores de 64 anos, que nunca realizaram rastreio de câncer de colo de útero devem realizar o rastreio (BRASIL, 2013).

O câncer de mama quando identificado em estágios iniciais (lesões menores que dois centímetros de diâmetro) apresenta prognóstico favorável. Para isso é necessário implantar estratégias para a detecção precoce da doença. A mamografia é o único exame utilizado para rastreamento, com capacidade de detectar lesões não palpáveis e causar impacto na mortalidade por câncer de mama, sendo por isso o exame de imagem recomendado para o rastreamento do câncer de mama no Brasil. O rastreamento com o exame de mamografia é a estratégia de saúde pública que tem sido adotada em contextos onde a incidência e a mortalidade por câncer de mama são elevadas. Em países que implantaram programas efetivos de rastreamento, a mortalidade por esta neoplasia vem apresentando tendência de redução. Os resultados de ensaios clínicos randomizados sugerem que, quando a mamografia é ofertada às mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos, com cobertura igual ou superior a 70% da população-alvo, é possível reduzir a mortalidade por câncer de mama em 15% a 23%. Neste sentido, baseados nos dados da literatura, espera-se que as pacientes mulheres entre 50 e 74 anos sejam encaminhadas para mamografia bianual e tenham suas mamas avaliadas como parte do exame físico (BRASIL, 2013).

As internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) têm se expandido como indicador indireto do acesso à atenção oportuna e efetiva no primeiro nível de atenção à saúde. A ideia é que a resolubilidade da atenção primária à saúde deve se refletir na diminuição das internações hospitalares por um grupo de causas específicas (NEDEL, 2008).

Considerando que as hospitalizações por CSAP são um indicador indireto da efetividade do sistema de saúde, nessa instância de atenção, pressupondo que as pessoas internadas por CSAP não receberam atenção de saúde efetiva em momento oportuno, levando a um agravamento de sua condição clínica, exigindo a hospitalização, esta pesquisa incluiu a avaliação das causas de internação na população estudada no último ano. Para análise, será utilizada a lista brasileira de

condições sensíveis à atenção básica (TABELA 2). Todavia, algumas condições foram excluídas da análise por estarem fortemente associadas a DRCt e, sobretudo, a hemodiálise, podendo – inclusive, transformar-se em fator de confusão: hepatite B, anemia por deficiência de ferro, deficiências nutricionais, edema agudo de pulmão e doenças relacionadas ao pré-natal e puerpério.

Tabela 2 – Lista brasileira de condições sensíveis à atenção básica

Grupo de causa	Código
1. Doenças preveníveis por imunização e condições evitáveis	A33-A35, B05, G00, A37, A 36, A50, A51, A53, A15-19, B50-54, B16
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	A00-09, E86
3. Anemia por deficiência de ferro	D50
4. Deficiências nutricionais	E40-46, E50-64
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66, J00-J03, J06, J31, I00-02
6. Pneumonias bacterianas	J13-15, J17, J18
7. Asma	J45-46
8. Doença pulmonar obstrutiva crônica	J20-21, J40-44, J47
9. Hipertensão	I10, I11
10. Angina pectoris	I20-24
11. Insuficiência cardíaca	I50, J81
12. Doenças cerebrovasculares	I60-69
13. Diabetes Melitus	E10-14
14. Epilepsias	G40-41
15. Infecção do rim e trato urinário	N00, N10-12, N15.9, N39, N30, N34
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01-04, L08
17. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	N70-73, N75, N76
18. Úlcera gastrointestinal com hemorragia e/ou perfuração	K25-28

19. Neoplasia maligna de útero	C53, C55
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	023, P00, P35, 070, B20-24

Fonte: Ministério da Saúde: Departamento de Atenção Básica. Oficina de trabalho para elaboração de uma lista brasileira de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária. Belo Horizonte, MG, 9/12/2005.

4. Objetivos

4.1. Objetivo geral

- Caracterizar a prestação de cuidados primários em saúde para pacientes portadores de doença renal crônica terminal, em hemodiálise, na Paraíba;

4.2. Objetivos específicos

- Identificar quem, na percepção dos pacientes portadores de DRCh, em hemodiálise, na Paraíba, assume o papel de provedor de cuidados primários;
- Identificar os fatores que contribuem para a escolha, dos pacientes DRCh, em hemodiálise, na Paraíba, do provedor dos cuidados primários que recebe;
- Conhecer como o paciente portador de DRCh, em hemodiálise, na Paraíba qualifica a assistência médica que recebe;
- Caracterizar a sintomatologia e manejo desta em pacientes portadores de DRCh, em hemodiálise, na Paraíba;
- Identificar se o Nefrologista encoraja o paciente a manter/centralizar o atendimento das necessidades primárias de saúde na atenção primária sob os cuidados do MFC;
- Conhecer a vinculação, a frequência e tipo de serviço procurado, pelo paciente portador de DRCh, em hemodiálise, na Paraíba, na USF;
- Identificar a presença de barreiras para acesso do paciente portador de DRCh, em hemodiálise, na Paraíba, na Unidade de Saúde da Família;
- Apreçar os itens e dimensões avaliados / manejados por Nefrologistas na prestação de serviço de coordenador dos cuidados primários para pacientes portadores de DRCh, em hemodiálise, na Paraíba;
- Quantificar as internações por condições sensíveis a atenção básica em pacientes portadores de DRCh, em hemodiálise, na Paraíba;

5. Hipóteses

- O Nefrologista atua como coordenador do cuidado do paciente portador de DRCh, em hemodiálise, na Paraíba;
- Facilidade no acesso e comodidade são os fatores que contribuem para que o nefrologista seja o coordenador dos cuidados primários para o paciente portador de DRCh, em hemodiálise, na Paraíba;
- Antes do início da hemodiálise, o MFC e outros especialistas ocupavam o lugar de coordenador do cuidado do paciente portador de DRCh, em hemodiálise, na Paraíba;
- O paciente portador de DRCh, em hemodiálise, na Paraíba, não confia em outros médicos para a gestão de seu cuidado;
- Existe alta prevalência de sintomas físicos e emocionais nesse grupo de pacientes, todavia, eles são pouco investigados, tratados e resolvidos pelo coordenador do cuidado do paciente;
- A vacinação, com exceção da hepatite B, é pouco abordada pela equipe da Nefrologia;
- O paciente portador de DRCh, em hemodiálise, na Paraíba tem pouca vinculação com a USF e, quando frequenta, busca por atendimento odontológico, marcação de exames e retirada de medicação;
- Existem inúmeras internações por condições sensíveis a atenção primária neste grupo de pacientes;
- O nefrologista não realiza o rastreio de sintomas depressivos e ansiosos, neoplasias – sobretudo as relacionadas a saúde da mulher, complicações crônicas do diabetes e do envelhecimento em pacientes portadores de DRCh, em hemodiálise, na Paraíba;

6. Metodologia

6.1. Delineamento

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de levantamento populacional sob a forma de entrevista estruturada.

6.2. Sujeitos do Estudo

Pacientes maiores de 18 anos, portadores de doença renal crônica estágio G5, em terapia substitutiva renal, na modalidade hemodiálise, em tratamento na UNIRIM, situada em João Pessoa – Paraíba.

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<p>Maiores de 18 anos</p> <p>Portadores de DRC em HD >3 meses</p>	<p>Menores de 18 anos</p> <p>Portadores de DRC em HD <3 meses</p> <p>Qualquer condição aguda ou crônica que limite a capacidade do paciente para participar do estudo</p>

6.3. Cálculo do tamanho da amostra e forma de seleção da amostra

O número estimado da amostra total é de 150 participantes, além daqueles que forem admitidos no serviço e que obedecerem aos critérios de inclusão do estudo. O cálculo do tamanho da amostra considerou nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, totalizando um tamanho da amostra alvo de 109 pacientes.

6.4. Principais variáveis a serem coletadas

O paciente será questionado diretamente sobre quem é o médico que, atualmente e, previamente ao início da diálise, centraliza o seu cuidado e é responsável pela oferta de cuidados primários.

Para compreender quais fatores podem estar associados a escolha de uma especialidade para centralizar os cuidados primários serão avaliadas as seguintes variáveis: facilidade de acesso, comodidade, capacidade técnica, resolutividade, empatia / comunicação, confiança, necessidade de atender as necessidades além

da DRC/HD, necessidade de atender as necessidades da DRC/HD, falta de opção e outra.

Para avaliar a vinculação do paciente a determinada especialidade, incluindo àquela relatada como a responsável pela centralização do cuidado serão analisadas as variáveis: periodicidade, última vez que recebeu a avaliação médica e confiança.

A percepção do paciente quanto a qualidade da assistência médica para cuidados primários/integral, será realizada através da avaliação da satisfação (em escala de 0 – 10) das seguintes variáveis: habilidade / conhecimento, empatia / postura, explicações / comunicação, disponibilidade, tempo gasto com você, resolatividade, atendimento das necessidades relacionadas a DRC/HD, atendimento das necessidades além da DRC/HD e confiança.

Apreciar os itens e dimensões avaliados / manejados por Nefrologistas enquanto prestador de cuidados primários exige a avaliação de múltiplas variáveis, dentre elas: (1) a caracterização e gestão da sintomatologia comum apresentada pelo paciente, (2) quantificação do tempo gasto com queixas além da DRC/HD e (3) oferta e gestão de cuidados primários em temáticas específicas;

A caracterização e gestão da sintomatologia serão realizadas considerando:

- (1) Intensidade: nenhum pouco, pouco, mais ou menos, bastante e muito;
- (2) Tipo: constipação, náusea, vômito, diarreia, falta de apetite, câimbras, inchaço nas pernas, falta de ar, tontura, pernas inquietas, dormência nos pés, cansaço ou falta de energia, tosse, boca seca, dor nos ossos e juntas, dor no peito, dor de cabeça, dor muscular, dificuldade em concentrar, pele seca, comichão ou coceira, dificuldade para pegar no sono, dificuldade para manter-se dormindo, sente-se nervoso, sente-se triste, sente-se ansioso, sente-se irritado, redução da libido e disfunção sexual;
- (3) Qual especialista você procura para tratar esses sintomas e;
- (4) Valorização da sintomatologia pelo médico: questiona, investiga, trata e resolve;

A quantificação do tempo gasto com queixas além da DRC/HD leva em consideração a pergunta direta ao paciente com as opções: nenhum, muito pouco, pouco, aceitável, adequado, bom e ótimo.

A oferta e gestão de cuidados primários, neste trabalho, considerou as variáveis:

- (1) saúde bucal: frequência, recomendação, contra-referência;
- (2) vacinação: orientação, vacina para influenza, sarampo e tétano;
- (3) manejo do diabetes mellitus e suas complicações crônicas: médico responsável pela prescrição do tratamento, frequência de dosagem da hemoglobina glicosilada, valor da hemoglobina glicosilada, prescrição de AAS, realização de ECG, fundoscopia e exame do pé diabético;
- (4) saúde da mulher: exame preventivo de colo de útero, mamografia e exame ginecológico;

A caracterização da vinculação do paciente com a unidade de saúde da família será avaliada através dos seguintes questionamentos: você é cadastrado na USF? Você recebe visita dos agentes comunitários de saúde? Realiza consultas na USF? Quais serviços costuma utilizar na USF? Avaliação da satisfação de 0-10.

A avaliação das internações por condições sensíveis a atenção básica será realizada com apoio da lista brasileira de condições sensíveis a atenção básica através da identificação de internações no último ano e a etiologia que levou a essa necessidade.

6.5. Coleta de dados

6.5.1. Seleção e treinamento para coleta de dados

Os estudantes de medicina selecionados para realização da coleta de dados serão apresentados ao termo de consentimento livre e esclarecido e ao instrumento de coleta de dados e treinados para aplicação dos mesmos de forma padronizada, respeitando a integridade e o livre arbítrio do paciente.

6.5.2. Logística

A aplicação dos questionários será realizada no serviço de hemodiálise da UNIRIM, podendo ser realizada nos turnos da manhã, tarde e noite, de segunda a sábado, horários de funcionamento eletivo do serviço, durante o período de março a abril de 2020.

A participação no estudo será voluntária e buscando-se atender o horário de maior conveniência para o paciente através de uma busca ativa. O pesquisador é responsável por suspender ou adiar a coleta de dados caso observe que o paciente

não está confortável ou ao perceber qualquer intercorrência do tratamento hemodialítico.

A coleta de dados será conduzida por estudantes de medicina que receberão subsídios teóricos e práticos para a aplicação do instrumento de coleta de dados, pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo, a fim de conferir o máximo de homogeneidade na coleta de dados.

Optou-se pela aplicação pelos acadêmicos de medicina com o objetivo de evitar viés de resposta positiva, considerando que o pesquisador é médico assistente de parcela considerável da amostra o que poderia intimidar o entrevistado.

6.5.3. Estudo piloto

O estudo piloto será realizado com 10% da amostra: 20 pacientes, 8 pacientes da DaVita João Pessoa e 12 pacientes do Centro de Diálise de Guarabira. O objetivo principal deste estudo piloto será testar o instrumento de coleta de dados, garantir que renderá resultados próprios para responder as perguntas de pesquisa; antever resultados; e revisar e aprimorar os pontos necessários.

Além disso, investigar-se á dificuldades na aplicação do questionário, como constrangimento ao responder perguntas e/ou termos confusos.

6.5.4. Controle de qualidade

Os parâmetros utilizados para avaliar a qualidade de coleta de dados serão o completo preenchimento do instrumento de coleta de dados.

6.6. Processamento e análise de dados

Os dados coletados serão analisados por meio do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) em sua versão 21.0, considerando significância estatística para valores de p menores do que 5% ($p < 0,05$).

Os resultados das variáveis contínuas serão expressos como média e desvio-padrão; as categóricas, como frequência absoluta e relativa. Diferença entre médias serão avaliadas por meio do teste t não pareado bicaudal.

6.7. Aspectos éticos da investigação

Este estudo será realizado considerando-se os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 466/2012, do

Conselho Nacional de Saúde – CNS. Será previamente submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (CCM-UFPB).

Diante do assentimento do entrevistado, será contado com o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e/ou seu representante legal por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Assegurar-se-á a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes desse estudo.

Haverá risco mínimo previsível por tratar-se apenas do preenchimento de questionário, que cursa com desprendimento de tempo, além da possibilidade de produzir desconforto, constrangimento e ansiedade no participante durante coleta. O pesquisador é responsável por suspender a pesquisa ao perceber algum risco causado ao participante da pesquisa.

Como benefícios, este estudo traz o intuito de conhecer melhor o papel desempenhado pelo nefrologista e médico de família e comunidade na prestação de cuidados primários para pacientes portadores de doença renal crônica em diálise, com o objetivo final de contribuir para a integralidade da assistência recebida por pacientes portadores de doença renal crônica em hemodiálise.

8. Divulgação dos resultados

Os resultados serão divulgados através das seguintes estratégias:

- Artigos científicos publicados em revistas indexadas;
- Apresentações em congressos de Saúde da Família e Nefrologia;
- Envio, através de e-mail, para MFC, Nefrologistas e demais interessados no trabalho;
- Através de resumo em linguagem leiga para pacientes portadores de DRCt em hemodiálise.

9. Orçamento

Serão utilizados recursos do próprio pesquisador para os gastos planejados.

Material de Consumo	Valor Unitário	Quantidade	Valor
Resma de papel	20,00	3	60,00
Cartucho de tinta	50,00	2	100,00
Pastas com abas	10,00	4	40,00
Estatístico	800,00	1	800,00
TOTAL:	1000,00		

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCALDE, Paulo Roberto; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Expenses of the Brazilian Public Healthcare System with chronic kidney disease. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 40, n. 2, p. 122–129, 4 jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002018000200122&lng=en&tng=en>.

BAIGENT, C. et al. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. **British Medical Journal**, v. 324, n. 7329, p. 71–86, 12 jan. 2002.

BAX, J. J. et al. Screening for Coronary Artery Disease in Patients With Diabetes. **Diabetes Care**, v. 30, n. 10, p. 2729–2736, 1 out. 2007. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/cgi/doi/10.2337/dc07-9927>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

BENDER, Filitsa H.; HOLLEY, Jean L. Most nephrologists are primary care providers for chronic dialysis patients: results of a national survey. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 28, n. 1, p. 67–71, jul. 1996. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272638696901328>>.

BOULTON, Andrew J M et al. Diabetic neuropathies: a statement by the American Diabetes Association. **Diabetes care**, v. 28, n. 4, p. 956–62, 1 abr. 2005. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/cgi/doi/10.2337/diacare.28.4.956>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Primária: Rastreamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Primária: Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Primária: Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Departamento de Atenção Básica**. Oficina de trabalho para elaboração de lista brasileira de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária. Belo Horizonte, MG, 2005.

CLAXTON, René N. et al. Undertreatment of Symptoms in Patients on Maintenance Hemodialysis. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 39, n. 2, p. 211–218, fev. 2010. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392409008422>>.

GREEN, Jamie A. et al. Renal Provider Perceptions and Practice Patterns Regarding the Management of Pain, Sexual Dysfunction, and Depression in Hemodialysis Patients. **Journal of Palliative Medicine**, v. 15, n. 2, p. 163–167, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2011.0284>>.

GU, Ken; COWIE, Catherine C.; HARRIS, Maureen I. Mortality in Adults With and Without Diabetes in a National Cohort of the U.S. Population, 1971-1993. **Diabetes Care**, v. 21, n. 7, p. 1138–1145, 1 jul. 1998. Disponível em: <<http://>>

care.diabetesjournals.org/cgi/doi/10.2337/diacare.21.7.1138>.

HOLLEY, Jean L.; NESPOR, Sheryl L. Nephrologist-Directed Primary Health Care in Chronic Dialysis Patients. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 21, n. 6, p. 628–631, jun. 1993. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272638612800357>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

LUGON, Jocemir R. et al. A Web-Based Platform to Collect Data from ESRD Patients Undergoing Dialysis: Methods and Preliminary Results from the Brazilian Dialysis Registry. **International Journal of Nephrology**, v. 2018, p. 1–8, 2018. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/ijn/2018/9894754/>>.

NEDEL, Fúlvio Borges et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1041–1052, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600010&lng=pt&tlng=pt>.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 6, p. 761–763, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600028&lng=pt&tlng=pt>.

OMS. **Cuidados de saúde primários**. 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, jun. 2011. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673611601359>>.

SHAH, Nina et al. The Nephrologist as a Primary Care Provider for the Hemodialysis Patient. **International Urology and Nephrology**, v. 37, n. 1, p. 113–117, mar. 2005. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s11255-004-0875-4>>.

SINGH, Nalini. Preventing Foot Ulcers in Patients With Diabetes. **JAMA**, v. 293, n. 2, p. 217, 12 jan. 2005. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.293.2.217>>.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Ed. Clannad, 2017.

TAPP, Robyn; SHAW, Jonathan. **Epidemiology of diabetic neuropathy**. . [S.l.]: Oxford University Press. , 2009

THE EMERGING RISK FACTORS COLLABORATION. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. **The Lancet**, v. 375, n. 9733, p. 2215–2222, jun. 2010. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673610604849>>.

WANG, Virginia et al. Minding the gap and overlap: a literature review of

fragmentation of primary care for chronic dialysis patients. **BMC Nephrology**, v. 18, n. 1, p. 274, 29 dez. 2017. Disponível em: <<http://bmcnephrol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12882-017-0689-0>>.

WELLS, K. B. et al. The practices of general and subspecialty internists in counseling about smoking and exercise. **American Journal of Public Health**, v. 76, n. 8, p. 1009–1013, ago. 1986. Disponível em: <<http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.76.8.1009>>.

WINKELMAYER, Wolfgang C. et al. Preventive health care measures before and after start of renal replacement therapy. **Journal of General Internal Medicine**, v. 17, n. 8, p. 588–595, ago. 2002. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1046/j.1525-1497.2002.11021.x>>.

ZIMMERMAN, Deborah L. Attitudes of Canadian nephrologists, family physicians and patients with kidney failure toward primary care delivery for chronic dialysis patients. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 18, n. 2, p. 305–309, 1 fev. 2003. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ndt/article-lookup/doi/10.1093/ndt/18.2.305>>.

ANEXOS

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a), _____, essa pesquisa é intitulada “SOB A PERSPECTIVA DO PACIENTE, CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS A SAÚDE OFERTADOS A PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA, EM HEMODIÁLISE, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA – PARAÍBA” e está sendo desenvolvida por Francisco Rasiah Ladchumananandasivam, Pablo Rodrigues Costa Alves, Cristianne da Silva Alexandre, Eduardo Sérgio Soares Sousa e Thiago Nabil Hanna.

O estudo em questão propõe conhecer o papel desempenhado pelo nefrologista e médico de família e comunidade na prestação de cuidados primários para pacientes portadores de doença renal crônica em diálise. O objetivo final é contribuir para a integralidade da assistência recebida por pacientes portadores de doença renal crônica em hemodiálise e complementar o conhecimento atual sobre esse tema.

Solicitamos a sua colaboração para responder o questionário e utilizarmos seus dados, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa não apresenta riscos diretos, visto tratar-se apenas de uma entrevista anônima.

Esclarecemos que sua 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(a). 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. Os pesquisadores estarão a disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do pesquisador responsável

Considerando que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante ou Responsável Legal

Contato com o pesquisador responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor contatar o pesquisador Pablo Rodrigues Costa Alves e-mail: pablormalves@gmail.com ou o Comitê de Ética do Centro de Ciências Médicas – Endereço: Centro de Ciências Médicas – 3o Andar, sala 14. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa – PB. CEP: 58059- 900. E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br Campus I – Fone: (83)3216-7619.

ANEXO 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

Idade: ____ anos

Tempo em Hemodiálise: _____

Local de realização da diálise: _____

Possui plano de saúde? ☐ Sim ☐ Não

HD no SUS: ☐ Sim ☐ Não

Não

Co-morbidades:

DM	Retinopatia DM	Hepatite B	
HAS	Pé diabético / Úlcera	Hepatite C	
Obesidade	Amputação prévia	HIV	
Dislipidemia	Cadeirante	Tabagista	
DAC farmacológica	Demência	Alcoolista	
DAC stent ou CRVM	Depressão	Cirroze	
IAM prévio	Síndrome do pânico	HPB	
AVC com sequela	Epilepsia	Câncer _____	

2. IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DO CUIDADO

Quais especialidades médicas são responsáveis pelo cuidado de sua saúde e qual a periodicidade em que recebe esse cuidado?

ESPECIALIDADE		PERIODICIDADE						
		1x/sem	>1x/sem	15/15 dias	1x/mês	>1x semestre	1x semestre	1x/ano
Clínico/Generalista/MFC								
Nefrologista								
Cardiologista								
Endocrinologista								
Ginecologista								
Urologista								
Oncologista								
Hematologista								
Dermatologista								
Pneumologista								
Infectologista								
Neurologista								
Psiquiatra								
Gastroenterologista								

Quando foi a última vez que você foi avaliado pelos especialistas que o assiste?

ESPECIALIDADE	ÚLTIMA VEZ AVALIADA						
	<7 dias	>7 e <15 dias	>15 dias <1 mês	> 1 e <3 meses	>3 e <6 meses	>6 e <12 meses	>1 ano
Clínico/Generalista/MFC							
Nefrologista							
Cardiologista							
Endocrinologista							
Ginecologista							
Urologista							
Oncologista							
Hematologista							
Dermatologista							
Pneumologista							
Infectologista							
Neurologista							
Psiquiatra							
Gastroenterologista							

Antes de iniciar a hemodiálise, qual destas especialidades que o assistia, você acreditava ser o responsável por centralizar e coordenar o seu cuidado integral (trata-lo como um todo)? _____

Atualmente, destes médicos que o assiste, qual especialidade você acredita ser o responsável por centralizar e coordenar o seu cuidado integral (trata-lo como um todo)? _____

Quais destas características contribuíram para a sua escolha deste especialista como o responsável pelo seu cuidado integral:

Fácil acesso	
Comodidade	
Capacidade Técnica	
Resolutividade	
Empatia / Comunicação	
Confiança	
Necessidade de atender as necessidades além da DRC/HD	
Necessidade de atender as necessidades da DRC/HD	
Falta de outra opção	
Outro (especifique):	

3. AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA PRESTADA

Sobre esse médico ao qual você acredita se responsabilizar pelo seu cuidado integral, numa escala de 0 a 10, qual a sua satisfação com os seguintes parâmetros:

PARÂMETROS	ESCALA DE SATISFAÇÃO 0 – 10										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Habilidade / Conhecimento											
Empatia / Postura											
Explicações / Comunicação											
Disponibilidade											
Tempo gasto com você											
Resolutividade											
Atendimento das necessidades relacionadas a DRC/HD											
Atendimento das necessidades além da DRC/HD											
Confiança											

Na sua opinião, no que diz respeito a confiança nas habilidades dos especialistas abaixo listados, em lidar com suas necessidades não relacionadas a DRC/HD:

ESPECIALIDADE	CONFIANÇA				
	Não confio	Confio pouco	Confio moderadamente	Confio bastante	Confio muito
Clínico/Generalista/MFC					
Nefrologista					
Cardiologista					
Endocrinologista					
Ginecologista					
Urologista					
Neurologista					
Psiquiatra					
Gastroenterologista					

Durante o último mês você experimentou algum desses sintomas? Caso afirmativo, o quanto este sintoma te incomoda e qual especialista você procura para trata-lo?

Durante o último mês você experimentou algum desses sintomas?	Se SIM, o quanto esse sintoma te incomoda?					Qual especialista você costuma procurar para tratar esses sintomas?
	Nenhum Pouco	Um Pouco	Mais ou menos	Bastante	Muito	

Constipação	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Náusea	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Vômito	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Diarreia	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Falta de apetite	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Cãimbras	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Inchaço nas pernas	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Falta de ar	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Tontura	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Pernas inquietas	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Dormência nos pés	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Cansaço ou falta de energia	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Tosse	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Boca seca	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Dor nos ossos ou juntas	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Dor no peito	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Dor de cabeça	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Dor muscular	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Dificuldade em concentrar	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Pele seca	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Comichão ou coceira	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Dificuldade para pegar no sono	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Dificuldade para manter-se dormindo	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Sente-se nervoso	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	

Sente-se triste	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Sente-se ansioso	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Sente-se irritado	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Redução da libido	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Disfunção sexual	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	

Sobre os sintomas clínicos abaixo descritos, o médico ao qual você acredita se responsabilizar pelo seu cuidado integral:

Dor	Questionou?		Náusea, Vômito, Constipação e Diarréia	Questionou?	
	Investigou?			Investigou?	
	Tratou?			Tratou?	
	Resolveu?			Resolveu?	
Sintomas depressivos e ansiosos	Questionou?		Dificuldade para pegar no sono e/ou manter-se dormindo	Questionou?	
	Investigou?			Investigou?	
	Tratou?			Tratou?	
	Resolveu?			Resolveu?	
Redução do interesse sexual ou disfunção sexual	Questionou?		Sintomas ginecológicos ou urológicos	Questionou?	
	Investigou?			Investigou?	
	Tratou?			Tratou?	
	Resolveu?			Resolveu?	

Na sua opinião o tempo gasto, pelo médico nefrologista, para avaliar e manejar suas queixas além da diálise/DRC, como: insônia, depressão, queixas ginecológicas, dor de garganta e abordar aspectos como vacinação é:

Nenhum	Muito pouco	Pouco	Aceitável	Adequado	Bom	Ótimo
--------	-------------	-------	-----------	----------	-----	-------

A equipe da clínica de diálise questiona sobre suas vacinas? ☐ Sim ☐ Não

Você recebeu recomendação do médico nefrologista ou da enfermeira do centro de diálise quanto a vacinação para gripe? ☐ Sim ☐ Não

Você recebeu recomendação do médico nefrologista ou da enfermeira do centro de diálise quanto a vacinação para Sarampo? ☐ Sim ☐ Não

Você recebeu recomendação do médico nefrologista ou da enfermeira do centro de diálise quanto a vacinação para tétano? ☐ Sim ☐ Não

Quando você apresenta algum problema agudo como diarreia, dor de garganta, febre, lesões na pele, tosse, ardência ou dor ao urinar, qual médico você costuma procurar para ser avaliado? _____

Quando algum médico, que não o Nefrologista, lhe prescreve alguma medicação você se sente seguro para toma-la? ☐ Sim ☐ Não, por que?

Quando você foi a última vez que você foi avaliado pelo dentista?

<7 dias	>7 e <15 dias	>15 dias <1 mês	> 1 e <3 meses	>3 e <6 meses	>6 e <12 meses	>1 ano	>5 anos	Não recordo	Nunca fui
---------	---------------	-----------------	----------------	---------------	----------------	--------	---------	-------------	-----------

O médico nefrologista te recomenda fazer avaliações periódicas no dentista?

☐ Sim ☐ Não

O médico que você considera aquele que cuida integralmente de você, caso não seja o nefrologista, costuma te recomendar a realização de avaliações periódicas com o dentista? ☐ Sim ☐ Não

Quando você precisa realizar algum procedimento dentário é exigido alguma autorização médica? ☐ Não ☐ Sim, qual médico você pede?

Você é cadastrado na Unidade Básica de Saúde da localidade onde você mora?

☐ Não, por que?

☐ Sim:

a. Você recebe visitas de Agentes Comunitárias de Saúde?

Não Sim, quantas vezes por ano? _____

b. Você costuma realizar consultas lá?

☐ Sim, quantas vezes por ano? _____ Costumam ser resolutivas? ☐ Sim ☐ Não

☐ Não, por que?

c. Quais são os serviços que você costuma utilizar na UBS?

Consulta médica		Pegar medicamentos	
Marcação de exame/consulta		Realizar preventivo	
Curativo		Saúde bucal	
Vacinação		Práticas integrativas	

d. De 0 a 10 qual a sua satisfação com os serviços que faz uso na UBS? _____

e.

f. Seu acesso a USF é dificultado? ☐ Não ☐ Sim, por que?

g. Você acredita que o MFC está capacitado para resolver os seus problemas de saúde não relacionados a DRC/HD? ☐ Sim ☐ Não, por que?

h. No que diz respeito a buscar assistência médica e centralizar o cuidado na USF, o médico nefrologista costuma:

☐ Desencorajar ☐ Encorajar/Recomendar ☐ Indiferente

Você se internou no último ano? ☐ Não ☐ Sim, quantas vezes? _____
Quais os motivos das internações?

APENAS SE O MÉDICO ESCOLHIDO COMO RESPONSÁVEL PELO CUIDADO INTEGRAL NÃO FOR NEFROLOGISTA

Sobre o médico nefrologista, numa escala de 0 a 10, qual a sua satisfação com os seguintes parâmetros:

PARÂMETROS	ESCALA DE SATISFAÇÃO 0 – 10										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Habilidade / Conhecimento											
Empatia / Postura											
Explicações / Comunicação											
Disponibilidade											
Tempo gasto com você											
Resolutividade											
Atendimento das necessidades relacionadas a DRC/HD											
Atendimento das necessidades além da DRC/HD											
Confiança											

Sobre os sintomas clínicos abaixo descritos, o médico nefrologista:

Dor	Questionou?		Náusea, Vômito, Constipação e Diarréia	Questionou?	
	Investigou?			Investigou?	
	Tratou?			Tratou?	
	Resolveu?			Resolveu?	
Sintomas depressivos e ansiosos	Questionou?		Dificuldade para pegar no sono e/ou manter-se dormindo	Questionou?	
	Investigou?			Investigou?	
	Tratou?			Tratou?	
	Resolveu?			Resolveu?	

Redução do interesse sexual ou disfunção sexual	Questionou?		Sintomas ginecológicos ou urológicos	Questionou?	
	Investigou?			Investigou?	
	Tratou?			Tratou?	
	Resolveu?			Resolveu?	

APENAS PARA PACIENTES PORTADORES DE DM

Quando foi a última vez que você realizou um ECG?

<1 mês	>1 e <3 meses	>3 e <6 meses	>6 e <12 meses	>1 ano	>2 anos	>3 anos	>5 anos	Não recordo	Nunca realizei
--------	---------------	---------------	----------------	--------	---------	---------	---------	-------------	----------------

Caso tenha realizado ECG, na última vez em que realizou, qual médico foi responsável pela solicitação do exame? _____

Quando foi a última vez que você realizou exame do fundo de olho?

<1 mês	>1 e <3 meses	>3 e <6 meses	>6 e <12 meses	>1 ano	>2 anos	>3 anos	>5 anos	Não recordo	Nunca realizei
--------	---------------	---------------	----------------	--------	---------	---------	---------	-------------	----------------

Caso tenha realizado, na última vez em que realizou, qual médico te encaminhou para a realização do exame? _____

Você possui algum problema no fundo de olho decorrente do DM? ☐ Sim ☐ NãoEncontra-se em tratamento para retinopatia diabética? ☐ Sim ☐ Não

Qual é a periodicidade de avaliação do seu exame de fundo de olho?

Anual	Semestral	Trimestral	Bimestral	Mensal	>1 ano	Varia com a necessidade	Não recordo
-------	-----------	------------	-----------	--------	--------	-------------------------	-------------

Quando foi a última vez que seus pés foram examinados?

<1 mês	>1 e <3 meses	>3 e <6 meses	>6 e <12 meses	>1 ano	>2 anos	>3 anos	>5 anos	Não recordo	Nunca realizei
--------	---------------	---------------	----------------	--------	---------	---------	---------	-------------	----------------

Caso tenham sido examinados, na última vez, qual médico o examinou? _____

Caso tenham sido examinados, como foi realizado o exame dos seus pés?

Viu foto	Olhou	Tocou	Olhou e Tocou	Olhou e Tocou Monofilamento Diapazão Sensibilidade térmica
----------	-------	-------	---------------	---

Qual é a periodicidade da avaliação dos seus pés?

Anual	Semestral	Trimestral	Bimestral	Mensal	>1 ano	Varia com a necessidade	Não recordo
-------	-----------	------------	-----------	--------	--------	-------------------------	-------------

Você possui alguma lesão, úlcera ou amputação no pé? ☐ Sim ☐ Não

Se você possui alguma lesão, onde você realiza o curativo? _____ e qual é o médico responsável pelo cuidado dessa lesão? _____

Existe sintoma de neuropatia diabética? ☐ Sim ☐ Não

Quem prescreve as suas medicações para o diabetes e controla os índices?

☐ Nefrologista ☐ Endocrinologista ☐ Clínico / M F C☐

Outro: _____

Você faz uso de AAS? ☐ Não

☐ Sim, quem prescreveu?

Última HB1Ac dosada: _____%, periodicidade:

<1 mês	>1 e <3 meses	>3 e <6 meses	>6 e <12 meses	>1 ano	>2 anos	>3 anos	>5 anos	Não registro	Nunca realizei
--------	---------------	---------------	----------------	--------	---------	---------	---------	-----------------	-------------------

APENAS PARA MULHERES MAIORES DE 25 ANOS E MENORES DE 50 ANOS

Nome: _____ Idade: _____ anos Cidade: _____

Tempo em Hemodiálise: _____ anos Local da diálise: _____ HD SUS: Sim Não

G____P____(C:____V:____)A____, Gestação após HD? Não Sim, desfecho: _____

Usa anticoncepcional? Não Sim, qual? _____ Quem prescreveu? _____

Você já realizou coleta de citológico (preventivo) para câncer de colo de útero?

☐ Não ☐ Sim

Caso sim, quando realizou o último exame?

<1 ano	>1 e <2 anos	>2 e <3 anos	>3 e <5 anos	>5 anos	Entre 5 e 10 anos	>10 anos	Não recordo
--------	--------------	--------------	--------------	---------	-------------------	----------	-------------

Caso sim, onde você realizou a coleta do exame? _____

Caso sim, quem checkou o resultado do seu exame? _____

Caso sim, qual a periodicidade em que você realiza o exame?

Anual	Bianual	Trianual	5/5 anos	Varia com a necessidade	Não há padrão	Não sei informar
-------	---------	----------	----------	-------------------------	---------------	------------------

Seu médico nefrologista já conversou sobre a necessidade de realização periódica do exame preventivo de colo de útero?

☐ Não ☐ Sim, ele já te encaminhou para a realização do exame? ☐ Não ☐ Sim

Você já teve suas mamas e genitália examinada por algum médico?

☐ Não ☐ Sim, qual especialista? _____ Quando foi a última vez?

<1 ano	>1 e <2 anos	>2 e <3 anos	>3 e <5 anos	>5 anos	Entre 5 e 10 anos	>10 anos	Não recordo	Nunca realizei
--------	--------------	--------------	--------------	---------	-------------------	----------	-------------	----------------

Caso sim, com que periodicidade você costuma ter suas mamas e genitálias avaliadas pelo médico durante a consulta?

Anual	Bianual	Trianual	5/5 anos	Varia com a necessidade	Não há padrão	Não sei informar
-------	---------	----------	----------	-------------------------	---------------	------------------

Seu nefrologista questiona ou se interessa sobre a sua avaliação ginecológica? ☐ Não ☐ Sim

Seu nefrologista te orienta(ou) a realização do autoexame das mamas? ☐ Não ☐ Sim

Seu nefrologista te orienta(ou) sobre métodos contraceptivos, planejamento familiar e riscos gestacionais? ☐ Não ☐ Sim

Algum médico te orienta(ou) sobre métodos contraceptivos, planejamento familiar e riscos gestacionais? ☐ Não ☐ Sim, qual: _____

Para qual médico você atribui a responsabilidade pelos cuidados da sua saúde reprodutiva/mulher/ginecológica? _____

Você realiza acompanhamento com este especialista ao qual atribui a responsabilidade pelo cuidado da sua saúde reprodutiva/mulher/ginecológica?

☐ Sim ☐ Não, por quê? _____

Sobre os sintomas clínicos abaixo descritos, algum médico:

Redução do interesse sexual ou disfunção	Questionou?		Sintomas ginecológicos	Questionou?	
	Investigou?			Investigou?	

Sexual ou disfunção sexual	Tratou?		ou urológicos	Tratou?	
	Resolveu?			Resolveu?	

Se sim, qual(is) médico(s)? _____

APENAS PARA MULHERES MAIORES DE 50 E MENORES DE 64 ANOS

Nome: _____ Idade: _____ anos Cidade: _____

Tempo em Hemodiálise: _____ anos Local da diálise: _____ HD SUS: Sim Não

G____P____(C:____V:____)A____, Gestação após HD? Não Sim, desfecho: _____

Você já realizou coleta de citológico (preventivo) para câncer de colo de útero?

☐ Não ☐ Sim, quando realizou o último exame?

<1 ano	>1 e <2 anos	>2 e <3 anos	>3 e <5 anos	>5 anos	Entre 5 e 10 anos	>10 anos	Não recorde
--------	--------------	--------------	--------------	---------	-------------------	----------	-------------

Caso sim, onde você realizou a coleta do exame? _____

Caso sim, quem checou o resultado do seu exame? _____

Caso sim, qual a periodicidade em que você realiza o exame?

Anual	Bianual	Trianual	5/5 anos	Varia com a necessidade	Não há padrão	Não sei informar
-------	---------	----------	----------	-------------------------	---------------	------------------

Seu médico nefrologista já conversou sobre a necessidade de realização periódica do exame preventivo de colo de útero?

☐ Não ☐ Sim, ele já te encaminhou para a realização do exame? ☐ Não ☐ Sim

Você já teve suas mamas e genitália examinada por algum médico?

☐ Não ☐ Sim, qual especialista? _____ Quando foi a última vez?

<1 ano	>1 e <2 anos	>2 e <3 anos	>3 e <5 anos	>5 anos	Entre 5 e 10 anos	>10 anos	Não recorde	Nunca realizei
--------	--------------	--------------	--------------	---------	-------------------	----------	-------------	----------------

Caso sim, com que periodicidade você costuma ter suas mamas e genitálias avaliadas pelo médico durante a consulta?

Anual	Bianual	Trianual	5/5 anos	Varia com a necessidade	Não há padrão	Não sei informar
-------	---------	----------	----------	-------------------------	---------------	------------------

Seu nefrologista questiona ou se interessa sobre a sua avaliação ginecológica? ☐ Não ☐ Sim

Seu nefrologista te orienta(ou) a realização do autoexame das mamas? ☐ Não ☐ Sim

Você já realizou o exame de mamografia para o rastreio de câncer de mama? ☐ Não ☐ Sim

Caso sim, quando realizou o último exame?

<1 ano	>1 e <2 anos	>2 e <3 anos	>3 e <5 anos	>5 anos	Entre 5 e 10 anos	>10 anos	Não recorde
--------	--------------	--------------	--------------	---------	-------------------	----------	-------------

Caso sim, quem solicitou a sua mamografia? _____

Caso sim, quem checou o resultado do seu exame? _____

Caso sim, qual a periodicidade em que você realiza o exame?

Anual	Bianual	Trianual	5/5 anos	Varia com a necessidade	Não há padrão	Não sei informar
-------	---------	----------	----------	-------------------------	---------------	------------------

Seu médico nefrologista já conversou sobre a necessidade de realização periódica da mamografia? ☐ Não ☐ Sim, ele já te encaminhou para a realização do exame? ☐ Não ☐ Sim

Para qual médico você atribui a responsabilidade pelos cuidados da sua saúde reprodutiva/mulher/ginecológica? _____

Você realiza acompanhamento com este especialista ao qual atribui a responsabilidade pelo cuidado da sua saúde reprodutiva/mulher/ginecológica?

☐ Sim ☐ Não, por quê? _____

Sobre os sintomas clínicos abaixo descritos, algum médico:

Redução do interesse sexual ou disfunção sexual	Questionou?		Sintomas ginecológicos ou urológicos	Questionou?	
	Investigou?			Investigou?	
	Tratou?			Tratou?	
	Resolveu?			Resolveu?	

Se sim, qual(is) médico(s)? _____

APENAS PARA MULHERES MAIORES DE 64 ANOS E MENORES DE 74 ANOS

Nome: _____ Idade: _____ anos Cidade: _____

Tempo em Hemodiálise: _____ anos Local da diálise: _____ HD SUS: Sim Não

G____P____(C:____ V:____)A____, Gestação após HD? Não Sim, desfecho: _____

Você já realizou coleta de citológico (preventivo) para câncer de colo de útero? ☐ Não ☐ Sim

Caso sim, quando realizou o último exame?

<1 ano	>1 e <2 anos	>2 e <3 anos	>3 e <5 anos	>5 anos	Entre 5 e 10 anos	>10 anos	Não recordo
--------	--------------	--------------	--------------	---------	-------------------	----------	-------------

Caso sim, onde você realizou a coleta do exame? _____

Caso sim, quem checkou o resultado do seu exame? _____

Caso não, seu médico nefrologista já conversou sobre a necessidade de realização periódica do exame preventivo de colo de útero?

☐ Não ☐ Sim, ele já te encaminhou para a realização do exame? ☐ Não ☐ Sim

Você já teve suas mamas e genitália examinada por algum médico?

☐ Não ☐ Sim, qual especialista? _____ Quando foi a última vez?

<1 ano	>1 e <2 anos	>2 e <3 anos	>3 e <5 anos	>5 anos	Entre 5 e 10 anos	>10 anos	Não recordo	Nunca realizei
--------	--------------	--------------	--------------	---------	-------------------	----------	-------------	----------------

Caso sim, com que periodicidade você costuma ter suas mamas e genitálias avaliadas pelo médico durante a consulta?

Anual	Bianual	Trianual	5/5 anos	Varia com a necessidade	Não há padrão	Não sei informar
-------	---------	----------	----------	-------------------------	---------------	------------------

Seu nefrologista questiona ou se interessa sobre a sua avaliação ginecológica? ☐ Não ☐ Sim

Seu nefrologista te orienta(ou) a realização do autoexame das mamas? ☐ Não ☐ Sim

Você já realizou o exame de mamografia para o rastreio de câncer de mama? ☐ Não ☐ Sim

Caso sim, quando realizou o último exame?

<1 ano	>1 e <2 anos	>2 e <3 anos	>3 e <5 anos	>5 anos	Entre 5 e 10 anos	>10 anos	Não recordo
--------	--------------	--------------	--------------	---------	-------------------	----------	-------------

Caso sim, quem solicitou a sua mamografia? _____

Caso sim, quem checkou o resultado do seu exame? _____

Caso sim, qual a periodicidade em que você realiza o exame?

Anual	Bianual	Trianual	5/5 anos	Varia com a necessidade	Não há padrão	Não sei informar
-------	---------	----------	----------	-------------------------	---------------	------------------

Seu médico nefrologista já conversou sobre a necessidade de realização periódica da mamografia? ☐ Não ☐ Sim, ele já te encaminhou para a realização do exame? ☐ Não ☐ Sim

Para qual médico você atribui a responsabilidade pelos cuidados da sua saúde reprodutiva/mulher/ginecológica? _____

Você realiza acompanhamento com este especialista ao qual atribui a responsabilidade pelo cuidado da sua saúde reprodutiva/mulher/ginecológica?

☐ Sim ☐ Não, por quê? _____

Sobre os sintomas clínicos abaixo descritos, algum médico:

Redução do interesse sexual ou disfunção sexual	Questionou?		Sintomas ginecológicos ou urológicos	Questionou?	
	Investigou?			Investigou?	
	Tratou?			Tratou?	
	Resolveu?			Resolveu?	

Se sim, qual(is) médico(s)? _____