

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FRANCISCO RASIAH LADACHUMANANANDASIVAM

SOB A PERSPECTIVA DAS PACIENTES, CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO À
SAÚDE DA MULHER EM HEMODIÁLISE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA,
PARAÍBA

João Pessoa – PB
01 de junho de 2022

SOB A PERSPECTIVA DAS PACIENTES, CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO À
SAÚDE DA MULHER EM HEMODIÁLISE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB

PROJETO GUARDA-CHUVA:
SOB A PERSPECTIVA DO PACIENTE, CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS
PRIMÁRIOS À SAÚDE OFERTADOS AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL
CRÔNICA TERMINAL, EM HEMODIÁLISE, NA PARAÍBA

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da
Família do Profsaúde, pólo Universidade
Federal da Paraíba para obtenção do
grau de mestre.

Mestrando: Francisco Rasiah
Ladchumananandasivam
Orientador: Eduardo Sérgio Soares Sousa
Linha de Pesquisa: Atenção integral aos
ciclos de vida e grupos vulneráveis

JOÃO PESSOA – PB

2022

Catálogo na publicação Seção de

L153s Ladchumanandasivam, Francisco Rasiah.

Sob a perspectiva das pacientes, caracterização da atenção à saúde da mulher em hemodiálise no município de João Pessoa, Paraíba / Francisco Rasiah Ladchumanandasivam. - João Pessoa, 2022.

94 f. : il.

Orientação: Eduardo Sérgio Soares Sousa. Dissertação
(Mestrado) - UFPB/CCM.

UFPB/BC

CDU 616.61-008.6(043)

Catálogo e Classificação

SOB A PERSPECTIVA DAS PACIENTES, CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO À
SAÚDE DA MULHER EM HEMODIÁLISE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da
Família do Profsaúde, pólo Universidade Federal da Paraíba para obtenção do grau
de mestre.

Data: 10/06/2022

Resultado:

Banca Examinadora

Eduardo Sérgio Soares Sousa

Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares de Sousa

Orientador



Profa. Dra. Eleonora Ramos de Oliveira

Examinadora

Assinado digitalmente por:
CRISTIANNE DA SILVA ALEXANDRE
Data: 22/07/2022 - 11:01:04h

VALID IDENTITY AS A SERVICE

Profa. Dra. Cristianne da Silva Alexandre

Examinadora

Dedico esta dissertação à minha esposa Rafaella, que me apoiou desde que nos conhecemos e às minhas filhas, Júlia e Maria, que me iluminam a cada dia.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, criador de tudo, que se mostra presente em cada momento de minha vida. Gostaria de agradecer à minha família, minha esposa Rafaella Lígia, tão compreensiva nos momentos mais difíceis, e às minhas filhas Júlia e Maria, que alegram e iluminam os meus dias.

Aos meus pais, que dedicaram suas vidas a mim e me permitiram sempre buscar o aprimoramento do conhecimento.

Agradeço ao professor Pablo Rodrigues Costa-Alves, que me incentivou a iniciar esta empreitada e me apoiou durante os dois anos de realização do curso. À professora Cristianne Alexandre, pela ajuda inestimável em meu local de trabalho e pela participação na minha banca de qualificação e defesa.

Agradeço também a todos os professores deste mestrado, professor André, professora Eleonora, professor Gabriel, professora Rilva e em especial ao meu orientador, professor Eduardo Sérgio, que compartilharam seus conhecimentos comigo ao longo deste mestrado.

Aos meus colegas mestrandos, que dividiram comigo as suas angústias, e que cresceram comigo como pessoas e profissionais durante estes dois anos juntos.

Aos estudantes de medicina que auxiliaram na coleta de dados e realização das entrevistas, Emmanuel, Thiago Hanna, Danilo e Andrezza, por sua disponibilidade e atenção às pacientes.

E por fim a todos as pacientes que aceitaram participar deste projeto, de pesquisa, dedicando seu precioso tempo a responder às perguntas realizadas e contribuindo para a tentativa de melhoria do nosso sistema de saúde.

Muito obrigado, e que Deus abençoe a todos!!

Francisco Rasiah Ladchumananandasivam
Mestrando em saúde da família - Profsaúde

Resumo

O paciente renal crônico, 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 rastreamento e controle de outras patologias, além do aumento do risco de iatrogenias. Neste sentido, foi desenvolvido um projeto de pesquisa que objetiva caracterizar a prestação de cuidados primários em saúde para pacientes com doença renal crônica terminal, em hemodiálise, na Paraíba, através da perspectiva do paciente.

A presente tese de mestrado é um plano de trabalho dentro do projeto guarda-chuva, e visa abordar a atenção à saúde da mulher em hemodiálise no município de João Pessoa, PB e como são ofertados os cuidados primários a esta população específica. A tese é composta de dois artigos submetidos para publicação em revistas da literatura nacional, compostos de uma revisão da literatura atual acerca do tema, e um artigo original, com dados coletados nas unidades de hemodiálise do SUS do município, constando aspectos da percepção das mulheres em hemodiálise em relação aos cuidados primários que recebem, além de um produto com informações sobre prevenção de neoplasias específicas do gênero feminino a ser distribuído nas clínicas de hemodiálise do município.

O artigo original trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de levantamento populacional sob a forma de entrevista estruturada. Foram avaliadas mulheres maiores de 18 anos, com doença renal crônica estágio G5, em terapia substitutiva renal, na modalidade hemodiálise, em tratamento em clínicas de diálise situadas no município de João Pessoa, PB.

Palavras-chave: Hemodiálise. Doença renal crônica. Prevenção. Atenção primária

Abstract

Chronic kidney patients on hemodialysis have several clinical, social and psychological problems, in addition to the kidney problem itself. When starting dialysis treatment, the patient usually centers his care in the dialysis clinic and the nephrologist, limiting his care plan to renal dysfunction and its complications, renal replacement therapy and other related clinical problems such as cardiovascular disease. This practice is different from the Ministry of Health's proposal to centralize the care of individuals in primary care, where the family and community health doctor 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 impairment in quality of life and worse screening and control of other pathologies, in addition to the increased risk of iatrogenic diseases. In this sense, a research project was developed that aims to characterize the provision of primary health care for patients with end-stage renal disease, undergoing hemodialysis, in Paraíba, through the patient's perspective.

The present master's thesis is a work plan within the umbrella project, and aims to address the health care of women on hemodialysis in the city of João Pessoa, PB and how primary care is offered to this specific population. The thesis is composed of two articles submitted for publication in national literature journals, composed of a review of the current literature on the subject, and an original article, with data collected in the SUS hemodialysis units in the municipality, containing aspects of the perception of women in hemodialysis in relation to the primary care they receive, in addition to a product with information on the prevention of specific neoplasms in females to be distributed in hemodialysis clinics in the city.

The original article is a quantitative, descriptive study of a population survey in the form of a structured interview. Women over 18 years of age, with stage G5 chronic kidney disease, undergoing renal replacement therapy, in the hemodialysis modality, undergoing treatment at dialysis clinics located in the city of João Pessoa, PB, were evaluated.

Keywords: Hemodialysis. Chronic renal disease. Prevention. Primary care.

Sumário

Definição de termos e abreviaturas.....	11
1. Introdução.....	12
2. Justificativa.....	16
3. Marco teórico e revisão da literatura:	
Atenção à saúde da mulher em hemodiálise – uma revisão da literatura atual.....	17
Resumo.....	17
Introdução.....	18
Metodologia.....	19
Resultados e Discussão.....	25
Saúde reprodutiva/contracepção.....	26
Saúde sexual/disfunção sexual.....	31
Distúrbios do ciclo menstrual.....	34
Terapia de reposição hormonal.....	37
Triagem de neoplasias – mama e colo de útero.....	38
Conclusão.....	41
Referências.....	42
4. Artigo Original – Sob a perspectiva das pacientes, caracterização da atenção à saúde da mulher em hemodiálise no município de João Pessoa, PB.....	45
Resumo.....	45
Introdução.....	46
Metodologia.....	46
Resultados.....	49

Discussão.....	60
Conclusão.....	67
Referências.....	68
5. Produto Técnico.....	71
Parte externa.....	71
Parte interna.....	72
Referências.....	73
6. Divulgação de resultados.....	74
7. Orçamento.....	74
8. Referências bibliográficas.....	75
Anexo I – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	82
Anexo II – Instrumento de coleta de dados.....	83

Definição de termos e abreviaturas

DRC Doença renal crônica

DRCt Doença renal crônica terminal

TSR Terapia substitutiva renal

SUS Sistema Único de Saúde

MFC Médico de família e comunidade

PCP Provedor de cuidados primários

ECG: Eletrocardiograma

AAS: Ácido Acetilsalicílico

HB1Ac: Hemoglobina Glicosilada

CSAP: Condições Sensíveis à Atenção Primária

BVS Biblioteca Virtual em Saúde

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 TSR (ALCADE, 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% possuíam 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?

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, restam 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 extracorpórea, 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 e 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, conseqüentemente, 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.

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, têm 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 comorbidades 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.

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.

A partir desta abordagem foi desenvolvido o artigo intitulado “Coordenação de cuidados primários para o paciente com doença renal crônica em diálise: revisitando papéis”, de autoria de Costa-Alves et. al., e submetido e aceito para publicação na Revista da APS em 2021. Tal artigo abre o leque de investigação a respeito dos cuidados primários ofertados aos doentes renais crônicos em diálise. Estas evidências reforçam a presença do MFC como essencial no cuidado aos doentes renais crônicos em hemodiálise, e que este deve ser o centralizador do cuidado, porém, esta função é exercida, na maior parte das vezes, e de maneira inadequada, pelo médico nefrologista.

Visto a necessidade de avaliar os cuidados primários ofertados aos doentes renais, esta tese de mestrado pretende avaliar um subgrupo específico que necessita de hemodiálise. Tal subgrupo, o das mulheres, é pouco abordado na literatura nacional e internacional.

Considerando as mulheres em hemodiálise, trata-se de uma população de grande prevalência na TSR, que necessita de cuidados específicos, tais como triagem de neoplasias específicas do gênero, abordagem de gestação e problemas relacionados, além de cuidados primários que os demais grupos populacionais necessitam. Foi realizada uma revisão da literatura, e foi identificado apenas um trabalho da literatura nacional que aborda o tema. Luders et. al. avaliaram em uma série de casos os desfechos maternos e fetais de gestações de mulheres em hemodiálise. O referido artigo abordou apenas um aspecto do cuidado específico que necessitam as mulheres. Na literatura internacional foram identificados outros artigos, comentados logo adiante na seção de referencial teórico deste trabalho.

2. Justificativa

A mulher com DRCh, em hemodiálise, possui diversos outros problemas clínicos, sociais e psicológicos, além do problema renal em si. Ao iniciar o tratamento dialítico a 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 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 das mulheres com 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. A abordagem específica em relação às mulheres em hemodiálise neste trabalho trará dados a respeito da assistência ofertada a este subgrupo de pacientes em hemodiálise, tão pouco avaliado na literatura.

3. Marco Teórico e Revisão da Literatura

O marco teórico é o primeiro produto desta dissertação e foi desenvolvido como um artigo de revisão de literatura, submetido para publicação na revista de APS em março de 2022.

Atenção à saúde da mulher em hemodiálise - uma revisão da literatura atual

Womens health in hemodialysis - a review of current literature

RESUMO

A doença renal crônica (DRC) é uma condição de relevância para a saúde pública, que pode levar à necessidade de hemodiálise (HD). As mulheres correspondem a um percentual elevado dentre os que realizam HD. Elas requerem cuidados específicos, tais como cuidados gestacionais e triagem de neoplasias específicas. A atenção dada a esta população é pouco estudada na literatura. Este artigo tem por objetivo revisar a literatura em relação à atenção à saúde da mulher em hemodiálise, buscando avaliar os cuidados primários ofertados a esta população. Trata-se de uma revisão integrativa realizada na base de dados Pubmed. Os artigos encontrados foram divididos em cinco áreas temáticas: saúde reprodutiva/contracepção, saúde sexual, distúrbios do ciclo menstrual/menopausa, terapia de reposição hormonal (TRH) e triagem de neoplasias – mama e colo de útero. A presente revisão demonstrou uma maior prevalência de disfunção sexual, distúrbios do ciclo menstrual, complicações gestacionais, além de um uso deficiente de TRH e contracepção. Houve ainda uma evidência de falta de preparo da equipe de saúde envolvida no cuidado para lidar com estas alterações específicas das mulheres.

PALAVRAS-CHAVE: 1. Saúde da mulher 2. Hemodiálise 3. Doença renal crônica 4. Prevenção

ABSTRACT

Chronic kidney disease (CKD) is a condition of relevance to public health, which can lead to the need for hemodialysis (HD). Women correspond to a high percentage among those undergoing HD. They require specific care, such as gestational care and screening for specific neoplasms. The attention given to this population is little studied in the literature. This article aims to review the literature in relation to health care for women on hemodialysis, seeking to evaluate the primary care offered to this population. This is an integrative review carried out in the Pubmed database. The articles found were divided into five thematic areas: reproductive health/contraception, sexual health, menstrual cycle disorders/menopause, hormone replacement therapy (HRT) and screening for neoplasms – breast and cervix. The present review demonstrated a higher prevalence of sexual dysfunction, menstrual cycle disorders, gestational complications, in addition to poor use of HRT and contraception. There was also evidence of a lack of preparation of the health team involved in the care to deal with these specific changes in women.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é uma condição de saúde crônica de relevância clínica e de saúde pública. Os pacientes com DRC são em geral complexos, apresentando múltiplas comorbidades a serem manejadas em conjunto, havendo necessidade de uma atenção integral e com participação de todos os envolvidos no cuidado, desde o usuário, passando pela família até os serviços de saúde. Ao evoluir com perda severa da função renal, é necessário o estabelecimento de uma terapia renal substitutiva, destacando, entre as opções terapêuticas, o transplante renal (TX), a hemodiálise (HD) e a diálise peritoneal (DP). Dentre estas, a hemodiálise é o método mais prevalente em nosso país.

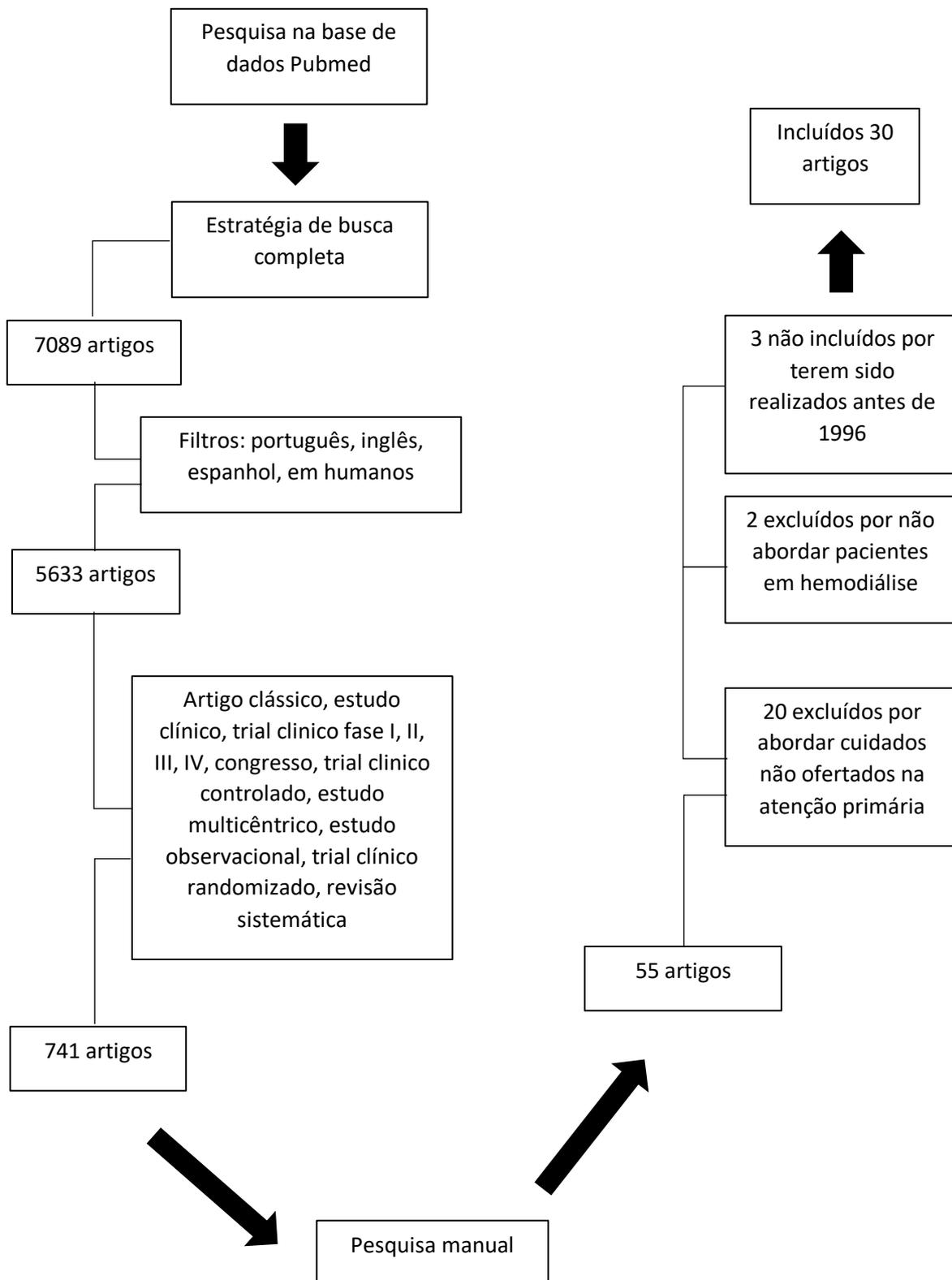
As mulheres são um percentual elevado dentre os usuários que realizam HD, necessitando de cuidados específicos. Em relação a este grupo, foi criado em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM¹, “a partir de diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil e do reconhecimento da importância de se contar com diretrizes que orientassem as políticas de Saúde da Mulher. A PNAISM teve como base o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher - PAISM, elaborado, em 1983, no contexto da redemocratização do país/ Conferência de Alma-Ata (1978) e com a participação dos movimentos sociais e de mulheres, em especial o movimento feminista”. (Ministério da Saúde, 2004).

Considerando a condição da mulher em HD, algumas considerações devem ser feitas, uma vez que a DRC está associada a várias alterações fisiológicas que, nas mulheres, resultam em irregularidades menstruais, anovulação, infertilidade e perda da libido. Há poucos dados na literatura nacional a este respeito, sendo os trabalhos predominantemente de autores internacionais. A presente revisão tem por finalidade revisar a literatura em relação ao tema, procedendo a uma revisão integrativa, buscando artigos que relacionem cuidados prestados à saúde da mulher em HD e que tenham correlação com a atenção primária em saúde.

saúde ofertados à mulher em hemodiálise e (2) artigos publicados nos 25 anos anteriores, entre 1996 e 2021. Os critérios de exclusão foram: (1) pesquisas realizadas em menores de 13 anos, (2) que abordaram cuidados não ofertados na atenção primária em saúde e (3) que não abordaram pacientes em hemodiálise.

Procedeu-se então à leitura dos artigos completos, sendo 20 excluídos por não se tratar de abordagem da atenção primária, 2 excluídos por não abordar pacientes em hemodiálise e 3 não incluídos por terem sido realizados antes de 1996. Ao final foram incluídos 30 artigos para esta revisão. A tabela com as características dos artigos está relacionada a seguir. A estratégia de busca está descrita no gráfico que segue.

Figura 1 - Estrutura da pesquisa



Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 1 - Características dos artigos incluídos

Referência	Tema	País/Ano	Autores	Objetivo	Desenho	Objeto
Canadian Journal of Kidney Health and Disease	Status de hormônios sexuais em mulheres com DRC	Canadá Austrália Nova Zelândia Reino Unido 2017	Sharanya Ramesh et. al.	Avaliar nefrologistas e equipe a respeito do manejo de status de hormônios sexuais	Estudo transversal com questionário	175 nefrologistas e 121 paramédicos
International Urology and Nephrology	Provimento de cuidados em fertilidade a pacientes com DRC	Holanda 2017	Gaby F. van Ek et. al.	Avaliar cuidados em fertilidade ofertados	Estudo transversal com questionário	312 nefrologistas e 1211 enfermeiros
BMC Nephrology	Aconselhamento pré-natal para mulheres com DRC	Reino Unido 2015	Kate S Wiles et. al.	Avaliar a experiência de mulheres com DRC e desfechos gestacionais	Estudo transversal com questionário	179 pacientes com DRC 277 controles
Peritoneal Dialysis International	Saúde reprodutiva de mulheres em HD e DP	Malásia 2003	Kulamthaivel Shanmugav a divoo e Wan Shaariah	Avaliar status menstrual, testes de screening ginecológico e TRH	Estudo transversal com questionário	137 pacientes
Progress in Transplantation	Disfunção sexual após transplante renal	Holanda 2017	Gaby F. van Ek. et. al.	Avaliar a discussão sobre disfunção sexual antes e após o transplante renal	Estudo transversal com questionário	47 médicos (cirurgiões)
Gynecological Endocrinology	Menopausa e terapia de reposição hormonal	Israel 2002	J. Winkler et. al.	Avaliar atitudes em relação à menopausa e TRH	Estudo transversal com questionário	44 pacientes
Human Reproduction	Desordens ginecológicas não detectadas	Reino Unido 1997	Ruth Cochrane e Lesley Regan	Avaliar o aparecimento de desordens ginecológicas	Estudo prospectivo	100 pacientes
Seminars in Dialysis	Interação entre nefrologia e atenção primária	EUA 2020	Samuel S Phen et. al.	Comparar pacientes com e sem provedores de cuidados primários	Estudo transversal	132 pacientes
American Journal of Kidney Diseases	Papel do assistente de médico no atendimento aos pacientes	EUA 1999	John E. Anderson et. al.	Avaliar o trabalho de assistentes de médicos que atuam em nefrologia	Estudo transversal com questionário	97 assistentes de médicos

(Continuação)

Referência	Tema	País/Ano	Autores	Objetivo	Desenho	Objeto
American Journal of Kidney Diseases	Padrão menstrual e uso de TRH	EUA 1997	Jean L. Holley et. al.	Caracterizar o padrão menstrual	Estudo transversal com questionário	191 questionários
American journal of kidney diseases	Cuidados primários ofertados pelo nefrologista	EUA 1996	Filitsa H. Bender e Jean L. Holley	Caracterizar o padrão de cuidados primários do nefrologista	Estudo transversal com questionário	233 nefrologistas
American Journal of Kidney Diseases	Padrão menstrual e uso de TRH	EUA 1997	Jean L. Holley et. al.	Caracterizar o padrão menstrual	Estudo transversal com questionário	191 questionários sendo 76 pacientes <ou= 55 anos 115 pacientes >55 anos
Nephrology Dialysis, Transplantation – NDT	Cuidados primários em diálise	Canadá 2003	Deborah L. Zimmerman et.al.	Avaliar atitudes de nefrologistas, médicos da família e pacientes com DRC em relação a cuidados primários	Estudo transversal com questionário	361 nefrologistas 325 médicos da família 163 pacientes com DRC em diálise
Kidney International Reports	Cuidado reprodutivo	Canadá EUA 2021	Tetyana L. Vasylyeva et. al.	Avaliar o manejo de cuidados reprodutivos ofertados por nefrologistas	Estudo transversal com questionário	75 nefrologistas
Preventive Medicine Reports	Rastreio de câncer	EUA 2018	Bjorg Thorsteinsdottir et. al.	Avaliar a taxa de rastreio de câncer comparando atenção primária e sem tal seguimento	Coorte retrospectiva	2512 pacientes em diálise
Kidney Medicine	Uso de contraceptivo	EUA 2020	Silvi Shah et. al.	Avaliar o uso de contraceptivos por mulheres com DRC	Coorte retrospectiva	35732 pacientes representando 115713 pessoas-ano
Journal of Sex. Medicine	Disfunção sexual	Holanda 2015	Gaby F. van Ek et. al.	Avaliar se nefrologistas discutem disfunção sexual	Estudo transversal com questionário	312 nefrologistas

(Continuação)

Referência	Tema	País/Ano	Autores	Objetivo	Desenho	Objeto
Journal of General Internal Medicine	Triagem de câncer	EUA 2002	Wolfgang C Winkelmayr et. al.	Descrever a utilização de medidas preventivas em saúde	Coorte retrospectiva	3014 pacientes
Journal of Advanced Nursery	Disfunção sexual	Holanda 2016	Gaby F. Van Ek et. al.	Avaliar os cuidados em relação a disfunção sexual ofertados por enfermeiras	Estudo transversal com questionário	1171 enfermeiros
European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology	Problemas ginecológicos	França 2015	Zeina Chakhtoura et. al.	Descrever problemas ginecológicos em mulheres em diálise e após transplante renal	Coorte retrospectiva	129 pacientes
Journal of Clinical Medicine	Saúde da mulher	EUA Canadá 2019	Elizabeth M. Hendren et. al.	Avaliar a confiança dos nefrologistas em abordar a saúde da mulher	Estudo transversal com questionário	154 nefrologistas
Hemodialysis International	Disfunção sexual	EUA 2010	Srikanth Seethala et. al.	Avaliar presença de disfunção sexual	Estudo transversal com questionário	122 pacientes
Medical Journal of Australia	Cuidado reprodutivo	Austrália 2001	Christina Jang et. al.	Descrever problemas de saúde da mulher	Estudo transversal com questionário	73 pacientes
Clinical Journal of the American Society of Nephrology	Gestação	Austrália Nova Zelândia 2014	Shilpanjali Jesudason et. al.	Avaliar desfecho fetal e materno de gestações em HD	Coorte retrospectiva	77 gestações
Transplantation Proceedings	Disfunção sexual	Turquia 2017	F.O. Kurtulusa et. al.	Comparar disfunção sexual entre pacientes em diálise, transplantados e grupo controle	Estudo transversal com questionário	82 pacientes, sendo 29 em diálise
Renal Failure	Disfunção sexual	Turquia 2009	Raziye Yazici et. al.	Avaliar a função sexual em pacientes em HD e DP	Estudo transversal com questionário	117 pacientes

(Conclusão)

Referência	Tema	País/Ano	Autores	Objetivo	Desenho	Objeto
Clinical Journal of the American Society of Nephrology	Disfunção sexual	EUA 2014	Maria K. Mor et. al.	Avaliar função sexual	Estudo prospectivo	125 pacientes
American Journal of Nephrology	Gestação	França 2018	Gabrielle Normand et. al.	Avaliar desfecho das gestações em pacientes em diálise	Coorte retrospectiva	100 gestações em 84 pacientes
Nephrology Dialysis Transplantation – NDT	Reposição hormonal	Polônia 1999	Joanna Matuszkiewicz-Rowinńska et. al.	Avaliar o efeito de TRH em função sexual, níveis séricos de estradiol o prolactina e densidade mineral óssea (DMO)	Estudo prospectivo	63 pacientes
Journal of Renal Care	Disfunção sexual	Irã 2010	Sima Noohi et. al.	Avaliar a função sexual de mulheres em HD e após Tx renal	Estudo transversal com questionário	40 pacientes em HD 72 pacientes após Tx renal
American Journal of Kidney Diseases	Gestação	Brasil 2010	Claudio Luders et. al.	Avaliar os desfechos maternos e fetais em mulheres em HD	Série de casos retrospectiva	52 gestações

Fonte: Elaborada pelo autor

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos que abordavam o tema atenção à saúde da mulher em hemodiálise, e que tivessem correlação com cuidados ofertados na atenção primária em saúde foram divididos, de maneira a facilitar a exposição e discussão dos resultados, em cinco áreas temáticas, quais sejam, saúde reprodutiva/contracepção, saúde sexual, distúrbios do ciclo menstrual/menopausa, terapia de reposição hormonal e triagem de neoplasias – mama e colo de útero.

Saúde reprodutiva/contracepção

O assunto saúde reprodutiva/contracepção foi o mais frequentemente abordado nos artigos desta revisão, sendo citado em 14 estudos. Os artigos abrangem o período de 1997 a 2021, sendo que a maior parte deles foi publicada de 2015 em diante. O único artigo da literatura nacional desta revisão trata exatamente deste tema. Os artigos foram publicados ainda em mais oito países.

A maior parte dos estudos foi conduzida após 2010, retratando um maior interesse recente no tema. Os assuntos abordados dentro desta temática incluíram cuidados com a gestação e desfechos gestacionais, além de contracepção.

Ramesh et. al. avaliaram a equipe de saúde e citaram que houve uma baixa taxa de discussão acerca de fertilidade². Ek et. al. entrevistando nefrologistas e enfermeiros relataram que apenas 9% dos nefrologistas tinham guidelines sobre fertilidade nas clínicas e 15,6% estavam cientes de guidelines sobre o tema. Apenas 6,3% dos nefrologistas informaram que seriam os responsáveis pelo cuidado de fertilidade de suas pacientes. Outros assuntos abordados no estudo foram o desejo de ter filhos, riscos da gestação e genética da doença. 14,5% dos enfermeiros do estudo referiam as pacientes a especialista em fertilidade. Enfermeiras mais experientes discutiam mais sobre fertilidade³.

As barreiras identificadas pelos enfermeiros para abordar o assunto foram principalmente a idade das pacientes e treinamento insuficiente. 2/3 dos enfermeiros afirmaram ser de sua competência discutir fertilidade. Apesar disso, 91,6% afirmaram ter pouco ou nenhum conhecimento do assunto³.

Vasylyeva et. al. entrevistando nefrologistas relataram que 33,8% nunca registravam a história gestacional. 45,8% nunca registravam história de perda fetal. 92% relataram discutir riscos de teratogenicidade de medicações, mas apenas 36,9% solicitaram teste de gravidez antes de prescrever tais medicações. 92,6% dos nefrologistas discutiam sobre risco de infertilidade por ciclofosfamida, e 41,3% conversavam sobre desejo de engravidar⁴.

Hendren et. al., também entrevistando nefrologistas, mostraram que 51,4% registravam gestações prévias. 40,5% anotavam história de abortamento prévio. 74,3% documentavam história de pré-eclâmpsia e 66,2% documentavam hipertensão gestacional. 51,7% dos nefrologistas do estudo relataram documentar história de diabetes gestacional. Apenas 17,6% registravam peso ao nascer. Em

relação a contracepção, 14,5% não prestaram esclarecimentos no último ano. 58,4% dos entrevistados relataram aconselhar menos de 1 mulher por mês. O aconselhamento foi mais frequente nos EUA do que no Canadá⁵.

A causa mais comum para não prestar aconselhamento foi falta de treinamento ou treinamento inadequado, relatado por 53,3%. Pouco conhecimento/confiança foi relatado por 39,6% dos nefrologistas. Nos 12 meses anteriores, 23,7% não cuidaram de nenhuma mulher grávida. Dos que cuidaram de ao menos uma gestante, 69% cuidaram de menos do que uma por mês em média. Em todos os seus anos como nefrologistas, 71% relataram ter cuidado de ao menos uma gestante em diálise. Destes, 98% ajustaram a intensidade da diálise. Mulheres que eram gestantes ou planejavam engravidar eram referidas para um especialista por 76% dos participantes do estudo⁵.

Em relação ao aconselhamento preconcepção, quase 60% dos nefrologistas se sentiam desconfortáveis em aconselhar. Quase 70% se sentiam desconfortáveis em aconselhamento a respeito de desfechos fetais. Para pacientes gestantes, apenas 31,8% se sentiam confortáveis no manejo de síndrome nefrótica e 37,9% no manejo da diálise. O manejo de HAS mostrou mais nefrologistas confortáveis. Sugestões para melhorar a confiança incluíam guidelines (82,5%), educação continuada (66,9%) e acesso a especialistas (56,5%)⁵.

Wiles et. al. avaliaram pacientes em uma clínica de fertilidade e obtiveram 72 respostas ao seu questionário (40%). Destas, 90% das pacientes acharam a clínica informativa, 92% compreenderam as orientações dadas e 89% consideraram que as orientações as ajudaram a tentar a gestação. 17% das pacientes acharam a avaliação com presença de 3 médicos intimidadora. 58% fizeram comentários livres, e destes, 74% foram positivos e 12% negativos. Dados dos desfechos gestacionais estavam descritos para 35 mulheres. Todos os desfechos foram piores no grupo em hemodiálise que no grupo controle. Houve mais abortamentos, nascimentos pré-termo, pré-eclâmpsia e nascimentos de conceptos pequenos para a idade gestacional (PIG). Quanto mais avançada a DRC maiores foram as complicações⁶.

Chakhtoura et. al. evidenciaram 249 gestações que ocorreram em 91 pacientes. 222 antes de iniciar diálise e 6 após o início da diálise. 33% das mulheres em diálise que engravidaram escolheram realizar abortamento terapêutico. Das gestações levadas adiante, 87% sobreviveram antes da diálise e 25% após a diálise.

Complicações obstétricas ocorreram em todas as gestações de mulheres dialíticas. Houve maior incidência de abortamento espontâneo, retardo do crescimento intrauterino e parto prematuro após transplante em relação à antes da diálise⁷.

Jesudason et. al. avaliaram 77 gestações. Foram vistos 60% de nascidos vivos. Em gestações com mais de 20 semanas, a taxa de nascidos vivos foi de 82%. A média de parto foi com 33,8 semanas, e média de peso 1750 g. Houve maior taxa de nascidos vivos em quem inicia diálise após a concepção em relação a quem já faz diálise no momento da concepção⁸.

Normand et. al. avaliaram em coorte retrospectiva os desfechos de gestações na França entre 1985 e 2015. 17,7% das gestações iniciaram antes do início da TRS. A idade média na concepção foi de 30,4 anos. Tempo médio em diálise antes da concepção de 44,7 meses +ou- 59,7 meses. Diagnóstico da gestação ocorreu em média com 9,5 semanas. 80,2% das mulheres do estudo faziam diálise por fístula artério-venosa (FAV). O tempo médio de diálise aumentou de 14,6 para 20,5 horas por semana entre o primeiro e o terceiro trimestre de gestação. No terceiro trimestre, 89,4% das mulheres faziam diálise diária. A taxa de sobrevivência neonatal foi de 78% e ocorreram 14 mortes fetais e 8 neonatais. 62,9% dos partos foram por cesariana. A idade gestacional ao nascer foi de 33,2 semanas em média, com uma taxa de prematuridade de 76,9%. O peso médio ao nascer descrito no estudo foi de 1719,3 g⁹.

No único artigo brasileiro desta revisão, Luders et. al. identificaram 52 gestações entre 1988 e 2008. Foi vista uma taxa de partos bem-sucedidos de 86,5% e uma idade média na concepção 29,7 anos. 29 mulheres conceberam antes de iniciar diálise e 24 durante a terapia dialítica. Houve ajustes da diálise de acordo com tempo gestacional e diurese residual. Pré-eclâmpsia foi diagnosticada em 19% e HAS moderada a grave em 67,3%. 40,4% das gestações 'apresentaram polidrâmnio. Este quadro foi revertido com aumento da duração da diálise. Cesariana ocorreu em 65% dos partos. Houve 02 gestações gemelares, com um total de 47 nascidos vivos recebendo alta para casa. Houve ainda 7 perdas fetais ou natimortos. Os autores relataram idade média no parto 32,7 anos, com 85,4% dos partos pré-termo. Ocorreu maior incidência de pré-eclâmpsia no grupo de mulheres com perda fetal. Sem pré-eclâmpsia, a taxa de sucesso das gestações foi de 92,9%¹⁰.

Os artigos que tratam de saúde reprodutiva evidenciam um desconhecimento da equipe de saúde avaliada, e um preparo aquém do necessário para lidar com

tema tão complexo, especialmente dos nefrologistas. Poucos conhecem guidelines sobre fertilidade e muito pouco se discute com as pacientes acerca de aconselhamento pré-natal. Os assuntos mais abordados tratam de teratogenicidade de medicações habitualmente utilizadas na nefrologia. No estudo de Ek et. al. 91,6% dos nefrologistas afirmaram ter pouco ou nenhum conhecimento do assunto. Apesar desta falta de conhecimento, houve interesse em aprimoramento, com sugestões de criação de guidelines, educação continuada ou acesso a especialistas³.

Os desfechos gestacionais foram piores nas mulheres em hemodiálise do que na população geral. Este fato foi visto em todos os artigos que tratam de gestação nesta revisão. Wiles et. al. relataram mais abortamentos, nascimentos pré-termo, pré-eclâmpsia e nascimentos de conceptos PIG nas gestações após hemodiálise⁶. Quanto mais avançada a DRC, em geral, maiores foram as complicações. Chakhtoura et. al. relataram uma taxa de sobrevivência fetal de apenas 25% após a hemodiálise, comparado com 87% fora da diálise⁷. Complicações obstétricas ocorreram em todas as gestações de mulheres dialíticas. As complicações foram as mesmas descritas por Wiles et. al⁶.

Jesudason et. al. tiveram uma taxa de sobrevivência neonatal de 60%⁸. Normand et. al. já relataram uma taxa de sobrevivência neonatal maior, de 78%. Ainda assim ocorreram 14 mortes fetais e 8 neonatais no estudo⁹. Em ambos os estudos o peso médio ao nascer foi menor que 2000 g.

Luders et. al. tiveram a melhor taxa de sobrevivência neonatal. A taxa de partos bem-sucedidos foi de 86,5%, com um total de 47 nascidos vivos recebendo alta para casa. Houve 7 perdas fetais ou natimortos. Também foram identificadas complicações gestacionais¹⁰.

O uso de métodos contraceptivos é essencial no planejamento familiar de mulheres em hemodiálise, visto as altas taxas de complicações gestacionais. Shanmugavadivoo e Shaaria relataram 98 mulheres casadas que responderam sobre uso de contraceptivos. 38 pacientes usaram contraceptivos em algum momento, mas todas suspenderam após o diagnóstico de DRC¹¹.

Cochrane e Regan em estudo prospectivo seguiram 53 mulheres que requeriam contracepção, e 13 delas nunca tinham sido orientadas a respeito. 33 mulheres tiveram uma troca realizada em seu método contraceptivo durante o seguimento¹².

Holley et. al. em um universo de 76 mulheres com 55 anos ou menos e 115

mulheres com mais de 55 anos identificaram que 70% haviam tido gestações. 179 gestações foram descritas ao todo, sendo 4 após o início da HD em 4 mulheres diferentes. 2 destas mulheres nunca discutiram gestação ou controle de natalidade com o nefrologista, médico da família ou ginecologista. 50% das mulheres do estudo eram sexualmente ativas, mas apenas 36% usavam contracepção. Apenas 13% relataram discutir gestação e contracepção com o nefrologista¹³.

Shah et. al. em uma coorte de 35732 pacientes, representando 115713 pessoas-ano, compreendendo mulheres de 2005 a 2014 de 15 a 44 anos que estavam em diálise e participavam do Medicare avaliaram o uso de contraceptivos. Uso de contraceptivos foi visto em 5,3% das pessoas-ano. Das mulheres em diálise, 1,58% usavam dispositivo intrauterino (DIU), 1,25% injeção, 0,48% implante, 0,38% laqueadura, 0,01% diafragma, 0,02% contracepção de emergência e 3,32% pílula ou outras formas de contracepção. De 2005 a 2014 houve aumento global no uso de métodos contraceptivos, independente de raça/etnia ou faixa etária. Mulheres em DP tinham menor probabilidade de usar métodos contraceptivos em relação a HD. Acesso a cuidado nefrológico pré-diálise também se associou a maior uso de contraceptivos. História prévia de AVC ou tabagismo se associaram a menor probabilidade de uso de contraceptivos¹⁴.

Chakhtoura et. al. descreveram que contracepção não era usada por 25% das mulheres pré-menopausa. Na diálise 11,5% não usavam contracepção. Uso de pílula diminuiu na diálise de 28,8% antes para 7,2% após⁷.

Ek et. al. entrevistaram médicos nefrologistas e relataram que 88,1% aconselharam suas pacientes a não engravidar. 62,4% destes em DRC G4 e 12,9% em DRC G5. 24,8% dos nefrologistas aconselharam a não engravidar em estágios anteriores de doença renal. Não foi abordado o uso de contraceptivos neste artigo³. Vasylyeva et. al. também abordando os médicos nefrologistas mostraram que 62,5% se sentiam seguros ou confiantes em discutir sobre métodos contraceptivos. 30,9% se sentiam inseguros ou não confiantes em discutir a respeito de uso de métodos contraceptivos de longo prazo, mesmo reversíveis⁴.

Hendren et. al. descreveram que apenas 33,1% dos nefrologistas entrevistados se sentiam confiantes em manejar contracepção. A causa mais comum para não prestar aconselhamento a respeito de contracepção foi a falta de treinamento ou treinamento inadequado, relatado por 53,3%. Pouco conhecimento/confiança foi relatado por 39,6%⁵.

Os artigos avaliados permitem identificar uma baixa taxa de uso de métodos contraceptivos nas mulheres em hemodiálise, mesmo métodos reversíveis. Concomitantemente, os profissionais de saúde envolvidos no cuidado a estas pacientes, especialmente os nefrologistas, apesar de orientar um controle de natalidade, não realizam um planejamento familiar adequado, não abordando o tema da contracepção com as mulheres. Esta falta de abordagem coloca em risco as mulheres sob seus cuidados.

A falta de confiança da equipe em discutir a respeito de contracepção pode advir de um treinamento inadequado. No artigo de Vasylyeva et. al. apenas um dentre 75 nefrologistas recebeu treinamento formal em nefrologia obstétrica. A contracepção mostra-se tema de importância, mas relegado a segundo plano no cuidado das mulheres em hemodiálise⁴.

Saúde sexual/disfunção sexual

Nove artigos tratavam do tema da saúde sexual/disfunção sexual em mulheres em hemodiálise, ou continham informações a este respeito. A saúde sexual neste grupo é muitas vezes negligenciada na prática clínica diária do nefrologista e médico da família, tendo, por vezes, totalmente desconsiderada a sua importância na qualidade de vida das mulheres. Durante a revisão de literatura foram identificados mais artigos tratando da saúde sexual/disfunção sexual na população masculina, não incluídos devido ao foco desta revisão tratar de saúde da mulher.

Os artigos compreendem o período de 2009 a 2021, sendo a maior parte dos últimos 10 anos. Apenas um estudo ocorreu antes de 2010. Os estudos foram realizados nos EUA, Canadá, Turquia, Irã e Holanda. Quatro artigos foram conduzidos com a equipe de saúde e os demais com as pacientes em hemodiálise.

Seethala et. al. incluíram 66 pacientes de 122 em seu estudo. Foi aplicado o escore Female Sexual Function Index (FSFI) de função sexual. 80% apresentavam disfunção sexual pelo escore FSFI. Entre as pacientes casadas ou com companheiro, 73% apresentavam disfunção sexual. 24 mulheres foram sexualmente ativas nas 4 semanas anteriores ao estudo, das quais 46% apresentaram disfunção sexual. Apenas 10 pacientes, ou 21% havia discutido disfunção sexual com seu ginecologista, nefrologista ou médico da família. Apenas 6% receberam algum tipo

de tratamento. Pacientes em hemodiálise eram mais propensos a ter disfunção sexual do que as pacientes em diálise peritoneal. A disfunção sexual foi mais prevalente entre mulheres mais idosas. Este estudo destaca além da alta prevalência de disfunção sexual, uma baixa atividade sexual no grupo entrevistado¹⁵.

Kurtulusa et. al. entrevistaram 82 pacientes, sendo 29 em hemodiálise. 48,3% do grupo estava na pós-menopausa. O escore FSFI foi bem menor no grupo diálise, demonstrando disfunção sexual maior neste grupo¹⁶.

No estudo de Yazici et. al. foram entrevistadas 117 pacientes. 32 delas estavam em HD, e este grupo foi comparado com um grupo em DP e um grupo controle. A função sexual foi avaliada também pelo escore FSFI. Todos os escores foram maiores no grupo controle. Disfunção sexual foi identificada em 94,1% na DP e 100% na HD. O mesmo ocorreu em 45,8% do grupo controle. O FSFI foi pior quando evoluiu a idade. Mais uma vez destaca-se a alta prevalência de disfunção sexual no grupo de mulheres em HD, e a piora desta disfunção com o avançar da idade¹⁷. Noohi et. al. compararam pacientes em HD e após TX renal. No grupo diálise 62,5% haviam tido relações sexuais nas duas semanas anteriores ao estudo e apenas 15% descreveram a sua satisfação como boa ou muito boa¹⁸.

Mor et. al. realizaram um estudo prospectivo com seleção e seguimento de pacientes por 24 meses. A avaliação foi feita pelo FSFI modificado pelos autores e mais alguns questionamentos aplicados na forma de entrevistas. Os questionários eram repetidos a cada mês e depois espaçados. A Idade média foi de 64 anos, 40% vivendo com parceiro. O escore menor que 26,55 foi visto em 89% das vezes em que foi administrado o questionário, indicando disfunção sexual. 81% das vezes as mulheres relataram estarem sexualmente inativas. Falta de interesse (43%) e falta de parceiro (39%) foram os motivos mais descritos para a inatividade. 76% das mulheres que eram inativas relataram estar satisfeitas ou moderadamente satisfeitas com sua vida sexual. Dificuldade sexual foi relatada em 11% dos questionários. 36% relataram estar sexualmente ativas em ao menos uma oportunidade. 64% não relataram nenhuma vez. A idade mais avançada foi mais uma vez relacionada a inatividade sexual. Não houve diferença entre a satisfação com a vida sexual entre mulheres ativas e inativas¹⁹.

Avaliando os estudos que abordaram pacientes, constata-se uma baixa atividade sexual e disfunção sexual importantes no grupo de mulheres em

hemodiálise, com baixa taxa de satisfação sexual. Todos os artigos incluídos são concordantes em relação a esta conclusão. Os escores FSFI analisados mostraram disfunção sexual em mais de 80% das participantes dos estudos, chegando a 100% no estudo de Yazici et. al¹⁷.

Os artigos foram concordantes em demonstrar que a disfunção sexual aumentava com o avançar da idade, tendo mais predominância em mulheres idosas. Tais dados impactam diretamente a qualidade de vida destas mulheres, devendo o problema ser abordado na prática clínica diária. Entretanto, o que ocorre é uma falta de abordagem deste assunto pela equipe de saúde envolvida no cuidado.

Os autores do Pediatric Nephrology Research Consortium entrevistaram 75 nefrologistas. 305 questionários foram enviados pelo grupo, mas apenas 86 respondidos e 75 completos foram incluídos. O artigo abordava saúde reprodutiva. 74% não documentavam o número de parceiros sexuais das mulheres, desconsiderando o aspecto sexual na vida da mulher⁴.

Ek et. al. realizaram estudo em 2015 no qual enviaram 312 questionários. A taxa de devolução foi de 51% (159 questionários). Destes, 38 recusaram participação e 106 foram devolvidos completos (33,9%). 15 excluídos por serem de nefropediatras. Ao final, 113 questionários foram analisados. Apenas 4 (3,6%) nefrologistas discutiam disfunção sexual com seus pacientes²⁰.

O principal motivo elencado neste estudo para não discutir sobre o assunto foi que os pacientes não relataram espontaneamente. Apesar deste motivo, a saúde sexual deveria ser abordada como parte do cuidado geral ofertado pela equipe de saúde. Quando discutido sobre disfunção sexual, os assuntos mais abordados pelas mulheres são redução da libido, dispareunia e efeitos adversos de medicações. Em 18% dos casos foi relatado que o/a parceiro(a) estava presente no momento da discussão. A participação do(a) parceiro(a) seria fundamental, uma vez que faz parte da vida sexual das mulheres. A maior parte dos nefrologistas considera que triagem para disfunção sexual tem importância na DRC. 39,3% dos nefrologistas afirmaram ter pouco ou nenhum conhecimento sobre disfunção sexual e 86,2% afirmaram que durante seu treinamento foi dada pouca ou nenhuma atenção à disfunção sexual. 65% relataram ser necessário aumentar seu conhecimento sobre o assunto. Os nefrologistas do estudo, apesar de considerarem o assunto de relevância, mostram desconhecimento acerca do tema²⁰.

Ek et. al. realizaram no ano seguinte, estudo semelhante com enfermeiros.

Foram enviados 1171 questionários. A taxa de resposta foi de 45,6% (522) e dos respondentes, 89,8% eram mulheres. 75,6% discutiam disfunção sexual com menos de 50% dos pacientes. Das que discutiam, 82,7% relataram fazer sem a presença do(a) parceiro(a). O percentual que discutia disfunção sexual se reduziu com o aumento da idade dos pacientes. Quanto mais idosas, menos se discutia o assunto. As principais barreiras encontradas foram língua/etnicidade (57,3%), religião/cultura (54,1%) e idade do paciente (49,7%). 37% dos enfermeiros relataram pouco conhecimento do assunto e 42,4% consideraram o conhecimento suficiente. 68,3% declararam estar com necessidade de aprimorar seu conhecimento no assunto. 75,5% receberam treinamento sobre disfunção sexual em diálise na sua formação, mas após a formação, 93% relataram nunca ou raramente receber treinamento. A maior parte dos enfermeiros, entretanto, afirmou que esta responsabilidade seria do nefrologista (82,8%). Apenas 66,3% afirmaram que a responsabilidade seria sua também²¹.

Ek et. al. realizaram um terceiro estudo, abordando cirurgiões transplantadores. Neste estudo, 100% quase nunca discutiam sobre disfunção sexual com suas pacientes²².

Observa-se que a saúde sexual/disfunção sexual, não são abordadas de maneira adequada pela equipe de saúde. A faixa etária mais idosa foi onde houve a maior prevalência de disfunção sexual, entretanto, exatamente a idade foi colocada como barreira para discutir disfunção sexual pela equipe no primeiro estudo de Ek et.al²⁰. Em um estudo, a taxa dos profissionais que nunca discutiam sobre disfunção sexual chegou a 100%. Nos três estudos de Ek et. al., os profissionais de saúde relataram deficiências no treinamento em relação a disfunção sexual, com mais de 60% dos entrevistados nos dois primeiros estudos relatando necessidade de aprimorar seu conhecimento no assunto^{20, 21,22}.

Os dados revelam um quadro no qual existe uma alta taxa de disfunção sexual na hemodiálise, piorando com o avançar da idade, mas uma equipe de saúde despreparada para lidar com o problema.

Distúrbios do ciclo menstrual e menopausa

Apesar de ser um tema discutido com frequência na prática clínica diária, apenas oito artigos continham informações a respeito de distúrbios do ciclo

menstrual e menopausa. Os estudos foram conduzidos em Israel, Malásia, Austrália, Nova Zelândia, Reino Unido, Canadá, França e EUA. Englobam os anos de 1997 a 2021, sendo apenas três artigos após 2015.

Cochrane e Regan analisaram 100 mulheres com DRC ou transplante renal. 44 transplantadas, 30 em tratamento conservador, 17 em HD e 9 em DP. 5 mulheres eram histerectomizadas e estas eram todas menopausadas. Das 95 mulheres com útero, 39 foram referenciadas por desordens menstruais. Das 62 mulheres que menstruavam, 50 tinham menorragia (81%), e 33 mulheres (35%) eram amenorreicas. Apenas 12 mulheres tinham um ciclo menstrual normal. A alta prevalência de menorragia foi independentemente do tipo de tratamento ofertado. Houve impacto da menorragia na piora da anemia da doença renal¹².

Holley et. al. relataram mais mulheres menstruando antes da HD, mas isso poderia ser explicado por fatores relacionados à idade. Houve relato de maior regularidade menstrual antes da diálise e fluxo menstrual mais intenso após diálise. Menopausa ocorreu na idade média de 47 anos. 28% das mulheres do estudo já eram menopausadas¹³.

Jang et. al. avaliaram 73 mulheres, das quais 48 participaram. 31% estavam na pré-menopausa, 65% na pós-menopausa e 4% na perimenopausa. 50% relataram cirurgia ginecológica prévia e 23% eram histerectomizadas. Na pré-menopausa, 66% das mulheres tinham ciclos regulares. Sintomas pré-menopausais foram relatados por 13 entre 15 mulheres. 7 relataram dismenorréia. No estudo houve 31 mulheres na pós-menopausa e destas, 2 foram induzidas cirurgicamente. Das não induzidas por cirurgia, 27 entre 29 relataram a idade, sendo a média de 47,7 anos. 6 apresentaram menopausa precoce e 3 apresentaram menopausa após iniciar diálise²³.

Winkler et. al. relataram apenas 9,1% das mulheres que consideraram a menopausa como um fator positivo para suas vidas. 9% consideraram um evento natural, 16% consideraram um evento ruim e 64% não souberam informar²⁴.

Shanmugavadivoo e Shaariah avaliaram 137 pacientes, sendo 72 (52,5%) em HD, e o restante em DP. Idade média da menarca foi 13,1 +ou- 1,7 anos. 118 responderam sobre padrão menstrual. 55 estavam na menopausa ao iniciar a diálise. A média de idade da menopausa foi de 48,5 anos. 19 pacientes estavam menstruando ao iniciar a diálise, mas entraram em menopausa após cerca de 2,7 anos. Pacientes em DP tenderam a entrar na menopausa mais precocemente. 44

(37,3%) continuavam menstruando após o início da diálise¹¹.

Chakhtoura et. al. publicaram artigo no qual a média de idade no início do seguimento foi de 41 anos, e as pacientes foram seguidas por 9,5 +ou- 10,2 anos. A idade média da menarca foi aos 13,3 anos. 78,7% tinham ciclos regulares antes da diálise, mas após a diálise apenas 30,6% permaneceram com ciclo regular. 43,1% tinham amenorréia e 25,6% oligomenorréia após iniciar a diálise. Após transplante a tendência se reverteu, e 57,1% passaram a ter ciclo regular. Metrorragia era presente em 8,1% antes da diálise e 25% após a diálise. Em 2/3 destas a metrorragia era funcional⁷.

Os estudos que avaliaram o ciclo menstrual das mulheres em hemodiálise foram uniformes em identificar um alto percentual de distúrbios menstruais. Os distúrbios mais frequentemente relatados foram metrorragia, menorragia, dismenorréia e amenorréia. Esta alta prevalência se reverteu em estudo que avaliou mulheres após transplante renal, sugerindo relação da hemodiálise com os distúrbios menstruais. Um estudo relatou impacto de distúrbios menstruais na piora da anemia das pacientes em hemodiálise.

A idade média de menopausa nos estudos avaliados foi de 47 anos. Houve um maior percentual de mulheres entrando na menopausa após o início da hemodiálise. Winkler et. al, avaliando a percepção das mulheres a respeito da menopausa, relataram que a grande maioria das mulheres não sabia informar sobre o impacto deste evento em suas vidas, e apenas 9,1% percebiam o evento como algo positivo. Esta falta de percepção pode retratar a pouca atenção que as mulheres dão ao autoconhecimento²⁴.

Ramesh et. al. abordaram os profissionais de saúde da unidade de diálise a respeito do cuidado a mulheres em hemodiálise. 35% pediram que houvesse discussão de fertilidade ou irregularidade menstrual com médico da família ou GO. A equipe reportou menos que havia desejo das pacientes de discutir fertilidade ou irregularidade menstrual².

Vasylyeva et. al. também abordaram a equipe. Foram 305 questionários enviados a nefrologistas, 86 respondidos e 75 completos foram incluídos. Apenas 1 teve treinamento formal em nefrologia obstétrica. 34,7% nunca registravam a data da última menstruação. 87,5% dos nefrologistas não se sentiam seguros ou confiantes em discutir assuntos relacionados às desordens menstruais⁴.

Nos artigos que abordaram a equipe de saúde, foi percebida uma falta de

conhecimento a respeito de desordens menstruais na hemodiálise, sendo que no artigo de Vasylyeva et. al. apenas um nefrologista relatou treinamento formal em nefrologia obstétrica⁴. Ramesh et. al. evidenciaram que 35% dos profissionais pediram para referir as pacientes a outros médicos², enquanto Vasylyeva et. al. mostraram que a grande maioria dos nefrologistas se sentiam inseguros em discutir o assunto⁴.

A revisão dos artigos demonstra, assim como em relação a disfunção sexual, que apesar da alta incidência de distúrbios menstruais, existe um desconhecimento e despreparo da equipe de saúde em relação ao problema.

Terapia de reposição hormonal - TRH

Foram sete artigos identificados que abordavam o uso de TRH nas mulheres em hemodiálise. Os estudos foram realizados no Reino Unido, Nova Zelândia, Canadá, Austrália, EUA, Israel, Polônia e Malásia. Os estudos foram realizados entre 1997 e 2017, sendo a maior parte deles do final dos anos 90 ou início dos anos 2000. Apenas um estudo foi conduzido após 2010, realizado em 2017. Esta lacuna de tempo sem novos estudos que abordem a TRH nas mulheres em hemodiálise poderia sugerir que o tema está pacificado, e que o uso de TRH está bem estabelecido neste grupo de pacientes. O que se verifica, entretanto, não é isto. Nos artigos identificados nesta revisão, a quantidade de mulheres em hemodiálise usando TRH foi extremamente baixa, como será visto adiante.

Shanmugavadivoo e Shaaria relataram em um universo de 72 mulheres em hemodiálise, apenas 3 usando TRH, correspondendo a 4,3% da população estudada¹¹. Winkler et. al. entrevistaram 44 mulheres em HD e constataram que 46% delas achavam que a terapia hormonal não era importante. Das participantes, 50% nunca usaram terapia de reposição hormonal. 45,5% já haviam usado TRH no passado, e apenas 2 estavam usando a TRH no momento do estudo. 45% das mulheres não usavam por acharem desnecessário e 28% por medo de neoplasia de mama. O principal motivo para suspender a TRH foi sangramento irregular em 45% das vezes. Mesmo com uma taxa alta de mulheres que consideravam a TRH importante, a taxa de uso atual foi semelhante a outros estudos²⁴.

Holley et. al. também encontraram uma taxa de uso de TRH de apenas 5% das mulheres maiores de 55 anos quando iniciaram diálise¹³. Jang et. al., em um rol

de 48 pacientes no estudo, relataram que havia 14 mulheres com história de fratura prévia, 11 na pós-menopausa e apenas 01 em uso de TRH. Esta corresponde a uma taxa de 2,3%. 2 mulheres relataram uso de TRH prévia. Mulheres na pós-menopausa que usavam TRH tinham maior probabilidade de estar em um relacionamento sexual²³.

Cochrane e Regan, em um estudo prospectivo, conduzido com mulheres em HD, DP e pós-TX, viram que apenas 2 mulheres estavam em TRH ao serem referidas para o serviço, 2% da população do estudo. Adicionalmente, ao longo do seguimento, 30 mulheres foram iniciadas em TRH¹².

Matuszkiewicz et. al. dividiram os participantes de seu estudo em 2 grupos, um tratado com estradiol e outro grupo controle. Houve melhora da função sexual no grupo tratado contra nenhuma melhora no grupo controle. Houve ainda melhora de bem-estar geral e atividade no grupo tratado. Houve um baixo índice de complicações no grupo que usou TRH. Este artigo mostra os benefícios da TRH no grupo de pacientes em hemodiálise²⁵.

Os artigos descritos anteriormente foram todos publicados antes de 2010. No artigo mais recente, de 2017, apesar do tempo decorrido dos estudos na literatura mundial que demonstram benefício do uso de TRH, foi visto ainda um desconhecimento dos profissionais da área de saúde em relação ao tema.

Ramesh et. al. realizaram um estudo qualitativo através de questionários administrados para nefrologistas e paramédicos que atuavam em clínicas de diálise, e identificaram que 45% dos médicos não têm certeza em relação ao uso de TRH. 57% dos profissionais associados relataram o mesmo. Este desconhecimento acerca do tema contribuiu para que 83% dos profissionais não prescrevessem terapia hormonal no referido estudo².

Os artigos encontrados demonstram uma utilização de TRH bem aquém da necessária, com uma taxa média de uso abaixo de 5% das populações estudadas. Matuszkiewicz et. al. Mostraram benefícios da TRH no grupo de mulheres em diálise²⁵. Cochrane e Regan, que realizaram um estudo prospectivo, de melhor qualidade metodológica, precisaram iniciar TRH em 30% da população acompanhada, quando apenas 2% estavam em uso no momento do início do seguimento¹². Este estudo mostra a necessidade de uso bem acima da verificada, tanto neste quanto nos demais artigos observados nesta revisão. O desconhecimento dos profissionais de saúde em relação à TRH, como demonstrado

por Ramesh et. al. certamente dificulta o uso da TRH e seus potenciais benefícios para a população de mulheres em HD².

Triagem de neoplasias – Mama e colo de útero

A triagem de neoplasias foi o tema abordado em 11 estudos selecionados. O período de realização dos estudos foi de 1997 a 2020. Os artigos são provenientes de Canadá, França, Austrália, Malásia, Reino Unido e EUA, país de onde provêm a maior parte das publicações, contando com um total de 8. Este maior número de publicações de autores estadunidenses sugere uma maior abordagem na triagem de neoplasias e uma medicina mais agressiva praticada no país.

Shanmugavadivoo e Shaaria avaliaram mulheres em hemodiálise e diálise peritoneal com 137 mulheres, das quais 75 responderam sobre exame das mamas. 54% fizeram exame das mamas, sendo que apenas 17 (12,4%) fizeram mamografias. 3 tiveram diagnóstico de neoplasia de mama. 75 (63%) das mulheres casadas fizeram Papanicolau. Restante não sabia ou não consentiu em fazer¹¹.

Cochrane e Regan, em estudo prospectivo com 100 mulheres em HD, DP, pós-TX e tratamento conservador, identificaram apenas 2 referenciadas com Papanicolau alterado, e mais 8 foram identificadas. Após a melhora da relação com os médicos do estudo, houve encaminhamento de mais 23 mulheres para realização de preventivo. Uma paciente fez seu primeiro Papanicolau na vida. Todas as mulheres foram submetidas a mamografia se tivessem mais de 50 anos e ou menos de 50 anos com TRH. Não foram identificadas neoplasias¹².

Phen et. al. avaliaram os cuidados primários ofertados a pacientes em hemodiálise, comparando o nefrologista com o médico da família. Triagem de neoplasia cervical foi maior no grupo com prestador de cuidados primários (PCP) e de mama maior no não-PCP, mas sem significância estatística²⁶. Já Anderson et. al. estudaram o papel de paramédicos no cuidado aos pacientes em hemodiálise, e viram que 15,1% realizam o Papanicolau, e 73,6% agendam o exame para ser realizado em outro serviço. 52,8% realizam o exame da mama e 39,6% agendam a mamografia/exame de mama²⁷.

Zimmerman et. al. avaliaram também os cuidados primários ofertados aos pacientes em hemodiálise e relataram que 30% dos nefrologistas e 73% dos médicos da família referiam as mulheres para mamografia. Apenas 10% dos

nefrologistas faziam exame das mamas, contrastando com 78% dos médicos da família. 28% dos nefrologistas e 67% dos médicos da família referiam para exame de Papanicolau²⁹.

Thorsteinsdottir et. al. realizaram estudo para identificar rastreio de neoplasias em 2512 pacientes dialíticos. Rastreio de câncer de mama foi realizado em 38% dos avaliados na atenção primária contra 19% dos não vistos pela atenção primária³⁰. Em artigo publicado com o mesmo tema, rastreio de neoplasias, Winkelmayr et. al. compararam pacientes pré e pós-diálise. 26,74% realizaram mamografia antes da diálise e 26,25% após o início da diálise. 16,92% das mulheres pré-diálise e 21,21% das pós-diálise realizaram screening para câncer cervical³¹.

Holley et. al. avaliaram pacientes em hemodiálise com idade média de 43 anos. 63% faziam Papanicolau anual e 73% mamografia¹³. Chakhtoura et. al. relataram achados da citologia e mostraram que houve mais inflamação na diálise do que antes da diálise⁷.

Jang et. al. em estudo com 73 mulheres das quais 48 responderam ao questionário aplicado, 45% das mulheres realizaram Papanicolau nos 2 anos anteriores à pesquisa. 21% relataram nunca ter realizado o exame. 24 das 36 mulheres que foram instruídas sobre o auto-exame das mamas realizavam-no regularmente. Das 12 que não haviam sido instruídas, nenhuma realizava. 62% das maiores de 50 anos realizaram mamografia nos dois anos anteriores. 01 paciente nunca havia feito mamografia. Nota-se que entre as mulheres que não foram instruídas, a taxa de realização do exame de mamas foi zero²³.

Os assuntos mais discutidos nos artigos selecionados referem-se a exame das mamas, realização ou encaminhamento para exame de Papanicolau e encaminhamento para mamografia.

No artigo de Shanmugadivoo e Shaaria, cerca de 50% das mulheres realizavam o exame das mamas¹¹. No estudo de Zimmerman et. al., apenas 10% dos nefrologistas faziam exame das mamas, percentual bem abaixo dos estudos anteriores, contrastando com 78% dos médicos da família²⁹. Jang et. al. demonstraram que a instrução a respeito da realização do exame das mamas era essencial para sua realização, uma vez que no grupo não instruído a respeito do exame, nenhuma mulher o realizava²³. Os estudos que abordaram a realização do autoexame são datados de 2001 a 2003. Apesar de não haver impacto na detecção de neoplasias, o autoexame de mamas permite um melhor autoconhecimento de

seu corpo por parte das mulheres que o realizam.

Em relação à realização de exame de Papanicolau, a maioria dos estudos mostrou uma taxa de realização acima de 60% das mulheres. Os exames eram realizados, quase em sua totalidade, fora da unidade de diálise, mesmo que solicitados pela equipe assistente da diálise. No estudo de Zimmerman, o percentual de nefrologistas que referiam para realização de Papanicolau foi mais baixo, de 28%, contrastando com 67% dos médicos da família que referiam para o exame²⁹. O mesmo ocorreu no estudo de Winkelmayr et. al., onde o percentual de encaminhamento para exame de Papanicolau ficou em torno de 21%³¹.

Nota-se que a presença do médico da família no cuidado à paciente dialítica impactou em uma maior taxa de realização de exame de mamas e realização ou referência para exame de Papanicolau.

A realização ou referência para de mamografia foi muito variável nos artigos selecionados, sendo os percentuais de 26% até 73%. Mais uma vez, onde houve a comparação, a taxa de realização ou referência para mamografia foi maior quando havia envolvimento do médico da família no cuidado.

CONCLUSÃO

Pelo que se percebe nesta revisão de literatura, o tema da atenção à saúde da mulher em hemodiálise é pouco abordado, especialmente na literatura nacional. A partir dos dados que se conseguiu coletar, se percebe, de maneira geral, um desconhecimento por parte da equipe de saúde em relação aos cuidados mais adequados a serem ofertados a este grupo de pacientes. Este desconhecimento ocorre tanto em relação aos principais problemas encontrados, quanto em relação às necessidades das mulheres. Em todas as áreas temáticas avaliadas nesta revisão é percebido este desconhecimento por parte da equipe.

A equipe de saúde da unidade de diálise é a mais próxima às pacientes, especialmente devido à necessidade de realização das sessões de hemodiálise ao menos três vezes na semana, mas a falta de conhecimento por parte desta equipe leva a uma abordagem inadequada. Nos artigos que avaliaram a participação da atenção primária, houve, em geral, uma melhor abordagem.

Apesar da criação do PNAISM, em 2004, há mais de 15 anos, o grupo ainda é pouco estudado em nosso país, o que dificulta também uma maior disseminação

da informação, e os principais problemas encontrados terminam por não ser valorizados na prática clínica diária.

Percebe-se, por fim, uma necessidade de mais estudos na área, e uma maior valorização das necessidades deste grupo vulnerável da população, com a implantação de estratégias voltadas para melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher em hemodiálise.

REFERÊNCIAS DO ARTIGO

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil). Brasília-DF: Ministério da Saúde [internet], 2004 [acesso em 2021 jul. 30]. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/__trashed-2/
2. Ramesh S, James MT, Holroyd-Leduc JM, Wilton SB, Seely EW, Wheeler DC, Ahmed SB. Sex Hormone Status in Women With Chronic Kidney Disease: Survey of Nephrologists' and Renal Allied Health Care Providers' Perceptions: Canadian Journal of Kidney Health and Disease [internet]. 2017 out [acesso em 2021 jul. 30]. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2054358117734534>.
3. Ek GFV, Krouwel EM, Nicolai MPJ, Oudsten BLD, Ouden MEMD, Dieben SWB et al. What is the role of nephrologists and nurses of the dialysis department in providing fertility care to CKD patients? A questionnaire study among care providers. International Urology and Nephrology [internet]. 2017 jul [acesso em 2021 jul. 28]; 49(7):1273-1285. <https://doi.org/10.1007/s11255-017-1577-z>.
4. Vasylyeva TL, Page-Hefley S, Almaani S, Ayoub I, Batson A, Hladunewich M et al. Evaluation of the Reproductive Care Provided to Adolescent Patients in Nephrology Clinics: A Pediatric Nephrology Research Consortium Study: Pediatric Nephrology Research Consortium. Kidney International Reports [internet]. 2021 Feb 13 [acesso em 2021 jul. 28]; 6(5):1411-1415. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2021.02.007>.
5. Hendren EM, Reynolds ML, Mariani LH, Zee J, O'Shaughnessy MM, Oliverio AL et al. Confidence in Women's Health: A Cross Border Survey of Adult Nephrologists. Journal of Clinical Medicine [internet]. 2019 fev [acesso em 2021 jul. 28]; 8(2): 176. <https://doi.org/10.3390/jcm8020176>.
6. Wiles KS, Bramham K, Vais A, Harding KR, Chowdhury P, Taylor CJ et al. Pre-pregnancy counselling for women with chronic kidney disease: a retrospective analysis of nine years' experience. BMC Nephrology [internet]. 2015 mar [acesso em 2021 jul. 28]; 14;16: 28. <https://doi.org/10.1186/s12882-015-0024-6>.
7. Chakhtoura Z, Meunier M, Caby J, Mercadal L, Arzouk N, Barrou B et al. Gynecologic follow up of 129 women on dialysis and after kidney transplantation: a retrospective cohort study. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology [internet]. 2015 abr [acesso em 2021 jul. 28]; 187: 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.01.004>.
8. Jesudason S, Grace BS, McDonald SP. Pregnancy Outcomes According to Dialysis Commencing Before or After Conception in Women with ESRD. Clinical Journal of the American Society of Nephrology [internet]. 2014 jan [acesso em 2021 jul. 30];

- 9(1): 143–149. <https://doi.org/10.2215/CJN.03560413>.
9. Normand G, Xu X, Panaye M, Jolivot A, Lemoine S, Guebre-Egziabher S et al. Pregnancy Outcomes in French Hemodialysis Patients. *American Journal of Nephrology* [internet]. 2018 [acesso em 2021 jul. 30]; 47(4):219-227. <https://doi.org/10.1159/000488286>.
 10. Luders C, Castro MCM, Titan SM, Castro I, Elias RM, Abensur H et al. Obstetric Outcome in Pregnant Women on Long-term Dialysis: A Case Series. *American Journal of Kidney Diseases* [internet]. 2010 jul [acesso em 2021 jul. 30]; 56(1):77-85. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2010.01.018>.
 11. Shanmugavadivoo K, Shaariah W. Health issues in dialysis-dependent female patients. *Peritoneal Dialysis International*. 2003 dez; Suppl 2:S192-5.
 12. Cochrane R, Regan L. Undetected gynaecological disorders in women with renal disease. *Human Reproduction* [internet]. 1997 abr [acesso em 2021 ago. 02]; 12(4):667-70. <https://doi.org/10.1093/humrep/12.4.667>.
 13. Holley JL, Schmidt RJ, Bender FH, Dumler F, Schiff M. Gynecologic and Reproductive Issues in Women on Dialysis. *American Journal of Kidney Diseases* [internet]. 1997 Mai [acesso em 2021 ago. 02]; 29(5): 685-90. Disponível em: [https://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(97\)90120-7/pdf](https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(97)90120-7/pdf). doi: 10.1016/s0272-6386(97)90120-7.
 14. Shah S, Christianson AL, Thakar CV, Kramer S, Meganathan K, Leonard AC. Contraceptive Use Among Women With End-Stage Kidney Disease on Dialysis in the United States. *Kidney Medicine* [internet]. 2020 Out [acesso em 2021 ago. 02]; 27;2(6): 707-715. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2020.08.010>.
 15. Seethala S, Hess R, Bossola M, Unruh ML, Weisbord SD. Sexual function in women receiving maintenance dialysis. *Hemodialysis International* [internet]. 2010 jan [acesso em 2021 ago. 02]; 14(1):55-60. <https://doi.org/10.1111/j.1542-4758.2009.00404.x>.
 16. Kurtulusa FO, Salmanb MY, Fazliogluc A, Fazlioglud B. Effects of Renal Transplantation on Female Sexual Dysfunction: Comparative Study With Hemodialysis and a Control Group. *Transplantation Proceedings* [internet]. 2017 nov [acesso em 2021 ago. 02]; 49(9): 2099-2104. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2017.07.014>.
 17. Yazici R, Altintepe L, Guney I, Yeksan M, Atalay H, Turk S et al. Female Sexual Dysfunction in Peritoneal Dialysis and Hemodialysis Patients. *Renal Failure* [internet]. 2009 [acesso em 2021 ago. 02]; 31(5):360-4. <https://doi.org/10.1080/08860220902883012>
 18. Noohi S, Azar M, Behzadi AH, Barbaty ME, Haghshenas A, Amoozgar B et al. Comparison of Sexual Function in Females Receiving Haemodialysis and After Renal Transplantation. *Journal of Renal Care* [internet]. 2010 dez [acesso em 2021 ago. 02]; 36(4):212-7. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2010.00198.x>.
 19. Mor MK, Sevick MA, Shields AM, Green JA, Palevsky PM, Arnold RM et al. Sexual Function, Activity, and Satisfaction among Women Receiving Maintenance Hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* [internet]. 2014 jan [acesso em 2021 ago. 02]; 9(1): 128–134. <https://doi.org/10.2215/CJN.05470513>.
 20. Ek GFV, Krouwel EM, Nicolai MP, Bouwsma H, Ringers J, Putter H et al. Discussing Sexual Dysfunction with Chronic Kidney Disease Patients: Practice Patterns in the Office of the Nephrologist. *Journal of Sexual Medicine* [internet]. 2015 dez [acesso em 2021 ago. 02]; 12(12): 2350-63. <https://doi.org/10.1111/jsm.13062>.
 21. Ek GFV, Gawi A, Nicolai MPJ, Rouwel EM, Oudsten BLD, Ouden MEND et al. Sexual care for patients receiving dialysis: a cross-sectional study identifying the role of nurses working in the dialysis department. *Journal of Advanced Nursing* [internet].

- 2018 jan [acesso em 2021 ago. 04]; 74(1): 128-136.
<https://doi.org/10.1111/jan.13386>.
22. Ek GFV, Krouwel EM, Veen EVD, Nicolai MPJ, Ringers J, Oudsten BLD et al. The Discussion of Sexual Dysfunction Before and After Kidney Transplantation From the Perspective of the Renal Transplant Surgeon. *Progress in Transplantation* [internet]. 2017 dez [acesso em 2021 ago. 04]; 27(4):354-359.
<https://doi.org/10.1177/1526924817731885>.
 23. Jang C, Bell RJ, White VS, Lee OS, Dwyer KM, Kerr PG et al. Womens health issues in haemodialysis patients. *Medical Journal of Australia* [internet]. 2001 set [acesso em 2021 ago. 04]; 175(6):298-301. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2001.tb143586.x>.
 24. Winkler J, Yogev Y, Nahum R, Blumberg G, Fisher M, Kaplan B. The health-promoting behaviors and attitude towards menopause and hormone replacement therapy among women on dialysis. *Gynecological Endocrinology* [internet]. 2002 out [acesso em 2021 ago. 04]; 16(5):349-54. <https://doi.org/10.1080/gye.16.5.349.354>.
 25. Matuszkiewicz-Rowińska J, Skórzewska K, Radowicki S, Sokalski A, Przedlacki J, Niemczyk S et al. The benefits of hormone replacement therapy in pre-menopausal women with oestrogen deficiency on haemodialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation* [internet]. 1999 mai [acesso em 2021 ago. 06]; 14(5): 1238-43.
<https://doi.org/10.1093/ndt/14.5.1238>.
 26. Phen SS, Kazory A, Bozorgmehri S, Ozrazgat-Baslanti T, Sattari M. Preventive care for patients with end-stage kidney disease: crossroads between nephrology and primary care [internet]. *Seminars in Dialysis*. 2020 jun [acesso em 2021 ago. 06]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/sdi.12889>.
 27. Anderson JE, Torres JR, Bitter DC, Anderson SC, Briefel GR. Role of Physician Assistants in Dialysis Units and Nephrology. *American Journal of Kidney Diseases* [internet]. 1999 Apr [acesso em 2021 ago. 06]; 33(4):647-51.
[https://doi.org/10.1016/S0272-6386\(99\)70214-3](https://doi.org/10.1016/S0272-6386(99)70214-3).
 28. Bender FH, Holley JL. Most nephrologists are primary care providers for chronic dialysis patients: results of a national survey. *American Journal of Kidney Diseases* [internet]. 1996 Jul [acesso em 2021 ago. 08]; 28(1):67-71. Disponível em: [https://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(96\)90132-8/pdf](https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(96)90132-8/pdf). doi: 10.1016/s0272-6386(96)90132-8.
 29. Zimmerman DL, Selick A, Singh R, Mendelssohn DC. Attitudes of Canadian nephrologists, family physicians and patients with kidney failure toward primary care delivery for chronic dialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation* [internet]. 2003 fev [acesso em 2021 ago. 10]; 18(2): 305-9.
<https://doi.org/10.1093/ndt/18.2.305>.
 30. Thorsteinsdottir B, Hickson JL, Ramar P, Reinald M, Krueger NW, Crowson CS et al. High rates of cancer screening among dialysis patients seen in primary care a cohort study. *Preventive Medicine Reports* [internet]. 2018 mar [acesso em 2021 ago. 10]; 10:176-183. <https://doi.org/10.1186/s12882-015-0024-6>.
 31. Winkelmayr WC, Owen W, Glynn RJ, Levin R, Avorn J. Preventive Health Care Measures Before and After Start of Renal Replacement Therapy. *Journal of General Internal Medicine* [internet]. 2002 ago [acesso em 2021 ago. 10]; 17(8): 588–595.
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.11021.x>.

4. Artigo Original – Sob a perspectiva das pacientes, caracterização da atenção à saúde da mulher em hemodiálise no município de João Pessoa, PB

A segunda parte desta dissertação de mestrado é composta de um artigo original, elaborado a partir de dados coletados nas clínicas de hemodiálise vinculadas ao SUS do município de João Pessoa, PB, discorrendo acerca da percepção que as mulheres em hemodiálise têm dos cuidados primários que recebem. Esta seção da tese foi elaborada como um artigo submetido à Revista de APS em maio de 2022.

Sob a perspectiva das pacientes, caracterização da atenção à saúde da mulher em hemodiálise no município de João Pessoa, PB

From the patients' perspective, characterization of health care for women on hemodialysis in the city of João Pessoa, PB

RESUMO

A atenção à saúde da mulher em hemodiálise é tema de relevância clínica e de saúde pública, mas com dados escassos na literatura. O presente estudo abordou a atenção à saúde da mulher em hemodiálise, buscando caracterizar os cuidados primários ofertados às mesmas. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de levantamento populacional sob a forma de entrevista estruturada. Foram entrevistadas mulheres maiores de 18 anos, em hemodiálise pelo SUS, no município de João Pessoa, PB. Foram convidadas a participar 86 mulheres, sendo verificado que o provedor de cuidados primários na maior parte das vezes é o médico nefrologista. Foi visto ainda uma deficiência nos cuidados primários ofertados a estas pacientes, tais como triagem de neoplasias aquém do ideal, ausência de discussão acerca de saúde sexual e baixas taxas de uso de métodos contraceptivos.

PALAVRAS-CHAVE: 1. Saúde da mulher 2. Hemodiálise 3. Atenção primária 4. Prevenção 5. Triagem de neoplasias

ABSTRACT

Health care for women undergoing hemodialysis is a topic of clinical and public health relevance, but with scarce data in the literature. The present study addressed the health care of women on hemodialysis, seeking to characterize the primary care offered to them. This is a quantitative, descriptive study of a population survey in the form of a structured interview. Women over 18 years of age, on hemodialysis by the public health system (SUS), in the city of João Pessoa, PB, were interviewed. A total of 86 women were invited to participate, and it was verified that the primary care provider is most often the nephrologist. It was also seen a deficiency in the primary care offered to these patients, such as screening for neoplasms below the ideal, lack of discussion about sexual health and low rates of use of contraceptive methods.

KEYWORDS: 1. women's health 2. hemodialysis 3. primary care 4. prevention 5. screening for neoplasms

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde define que a centralização do cuidado dos pacientes deve ser na atenção primária em saúde, com os cuidados primários ofertados nesta dimensão do sistema público. Esta situação não se verifica nos pacientes submetidos à hemodiálise (HD), que terminam por centralizar o seu cuidado na unidade de diálise, e no médico nefrologista¹.

A atenção à saúde da mulher em HD é um tema de relevância do ponto de vista clínico e de saúde pública. As mulheres representam um percentual elevado da população em HD, inclusive com uma política de saúde pública específica, delineada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, em 2004². Tal política, entretanto, não é aplicada em sua integralidade na prática clínica diária.

O presente artigo visa abordar os cuidados primários ofertados às mulheres em HD no município de João Pessoa, PB, caracterizando os cuidados sob a perspectiva das pacientes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de levantamento populacional sob a forma de entrevista estruturada. Foram entrevistadas mulheres maiores de 18 anos, com diagnóstico de doença renal crônica (DRC) estágio G5, em terapia substitutiva renal, na modalidade hemodiálise, em tratamento em unidades de hemodiálise vinculadas ao SUS no município de João Pessoa, PB.

Foram considerados critérios de inclusão: mulheres maiores de 18 anos e com DRC em HD há mais de 3 meses. Os critérios de exclusão foram: homens, menores de 18 anos, com DRC em HD há menos de 3 meses e qualquer condição aguda ou crônica que limite a capacidade da paciente para participar do estudo.

Este estudo foi 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. Diante do assentimento do entrevistado, foi 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). Assegurou-se a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes desse estudo.

Foram selecionados estudantes de medicina para realização da coleta de dados, que foram apresentados ao termo de consentimento livre e esclarecido e ao instrumento de coleta de dados e treinados para aplicação de forma padronizada, respeitando a integridade e o livre arbítrio da paciente.

A aplicação dos questionários foi realizada nos serviços de hemodiálise do município de João Pessoa, tendo sido realizada nos turnos da manhã, tarde e noite, de segunda a sábado, horários de funcionamento eletivo dos referidos serviços, durante o período de novembro de 2021 a abril de 2022. A participação no estudo foi voluntária e buscando-se atender o horário de maior conveniência para a paciente através de uma busca ativa. O pesquisador foi 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.

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 uma parcela da amostra, o que poderia intimidar o entrevistado.

As pacientes foram questionadas 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 à escolha de uma especialidade para centralizar os cuidados primários foram 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 da paciente a determinada especialidade, incluindo àquela relatada como a responsável pela centralização do cuidado foram analisadas as variáveis: periodicidade, última vez que recebeu a avaliação médica e confiança. A percepção da paciente quanto a qualidade da assistência médica para cuidados primários/integrais, foi 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, resolutividade, atendimento das necessidades relacionadas a DRC/HD, atendimento das necessidades além da DRC/HD e confiança.

Apreziar os itens e dimensões avaliados/manejados por Nefrologistas enquanto prestador de cuidados primários, para pacientes em HD, exige a avaliação

de múltiplas variáveis, dentre elas: (1) a caracterização e gestão da sintomatologia comum apresentada pela paciente, (2) quantificação do tempo gasto com queixas além da DRC/HD e (3) oferta e gestão de cuidados primários em temáticas específicas.

Neste sentido, a caracterização e gestão da sintomatologia foram realizadas considerando: (1) intensidade: nenhum, 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 à 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) vacinação: orientação, vacina para influenza, sarampo e tétano e; (2) especificidades da saúde da mulher: exame preventivo de colo de útero, mamografia e exame ginecológico.

A caracterização da vinculação da paciente com a unidade de saúde da família foi avaliada através dos seguintes questionamentos: (1) você é cadastrado na USF? (2) você recebe visita dos agentes comunitários de saúde? (3) realiza consultas na USF? (4) quais serviços costuma utilizar na USF? E (5) avaliação da satisfação de 0-10.

Caracterização de cuidados específicos de saúde da mulher, tais como prevenção de neoplasias de mama e colo de útero foram avaliadas com questionamentos específicos, sendo as mulheres divididas em faixas etárias: <50 anos, 50 a 64 anos e >64 anos.

Os dados coletados foram 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

foram avaliadas por meio do teste t não pareado bicaudal.

RESULTADOS

A população total de mulheres em hemodiálise no município de João Pessoa é de 302. Foram incluídas pacientes de duas clínicas que aceitaram participar do estudo, totalizando 86 pacientes. Destas, 15 recusaram participar da pesquisa. Três mulheres foram excluídas por dificuldade de comunicação (duas com transtornos cognitivos e uma com redução de acuidade auditiva) e três foram excluídas por apresentarem sofrimento durante a realização da entrevista (intercorrências durante a sessão de hemodiálise). A taxa de resposta à pesquisa foi de 75,58%.

Foram incluídas 65 mulheres com questionários completos que participaram voluntariamente da pesquisa. A idade média desta amostra foi de 51,51 anos ($DP = 13,85$), variando de 20 até 76 anos. Quanto ao tempo de hemodiálise, observa-se que a maioria das mulheres (41,5%) está com até um ano de tratamento dialítico, seguidas das que estão com 3 até 6 anos (26,2%) e de 1 até 3 anos (21,5%). A grande maioria das mulheres (94,5%) relatou não possuir plano de saúde e estar fazendo o tratamento pelo SUS. Mesmo as que relataram possuir plano de saúde realizavam o tratamento pelo SUS.

Quanto às comorbidades relatadas na pesquisa, hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a mais frequente (49 mulheres correspondendo a 75,38%), seguida de Diabetes Mellitus (DM) (15 mulheres, equivalente a 23,07%), dislipidemia (16,92%), sintomas psiquiátricos (depressão, com 9,23% e ansiedade com 6,15%) e obesidade (7,69%). A seguir são tabuladas informações acerca de quem centraliza o cuidado destas pacientes, sintomas apresentados pelas mesmas e decisões e percepção frente ao atendimento recebido.

Quando perguntado: Quem é o médico responsável por cuidar de sua saúde como um todo, buscando definir quem era o responsável pela centralização do cuidado destas mulheres, houve mais de uma resposta em algumas situações. Observa-se, entretanto, que as mulheres buscam mais o nefrologista para cuidar de sua saúde como um todo, centralizando o seu cuidado neste especialista, recebendo atendimento com uma frequência de 1x/semana, seguidas das que são atendidas >1x por semana. Chama-se atenção também para as especialidades que não foram apontadas e/ou quase não foram: pneumologista, hematologista, oncologista e

urologista. Das demais, citadas como outras, apareceu com maior frequência (5 mulheres), o reumatologista. Das 65 mulheres entrevistadas, 64 relataram a participação do médico nefrologista no seu cuidado, acrescentando outros médicos como também responsáveis pelo cuidado. Apenas 1 mulher não relatou o nefrologista como responsável pelo seu cuidado.

Quando perguntadas a respeito da última vez em que haviam sido avaliadas pelo médico que as assiste, a maior parte das mulheres relatou que há menos de 7 dias, neste contexto, o médico nefrologista foi, em sua grande maioria, o médico relatado como o responsável.

Tabela 1 – Especialidade responsável pela centralização do cuidado

Especialidade	Quantidade de vezes						
	>1x/sem	1xsem	15/15 dias	1x/mês	>1x/semestre	1x/semestre	1x/ano
Clínico/generalista	1	0	1	5	2	1	2
Nefrologista	26	31	0	5	1	1	0
Cardiologista	1	0	0	3	3	4	7
Endocrinologista	0	0	0	0	1	4	0
Ginecologista	0	0	0	1	1	1	7
Urologista	0	0	0	0	0	0	1
Oncologista	0	0	0	1	0	0	0
Hematologista	0	0	0	1	0	0	0
Pneumologista	0	0	0	0	0	0	0
Infectologista	0	0	1	0	0	0	0
Infectologista	0	0	1	0	0	0	0
Neurologista	0	0	0	0	0	0	1
Outras	0	0	0	1	3	3	2

Tabela 2 – Última vez em que foi avaliada pelo médico que a assiste

Especialidade	<7 dias	≥7 e < 15 dias	≥ 15 dias e <01 mês	≥ 01 mês e < 03 meses	≥ 03 meses e < 06 meses	≥ 06 meses e < 12 meses	≥ 1 ano
Clínico/generalista	1	3	3	2	2	2	5
Nefrologista	48	6	4	4	0	0	0
Cardiologista	1	2	0	4	4	1	6
Endocrinologista	0	0	0	0	3	2	2
Ginecologista	0	0	0	1	2	1	6
Urologista	0	0	0	0	0	0	1
Oncologista	0	0	0	1	0	0	1
Pneumologista	0	0	0	0	0	0	0
Infectologista	0	0	0	1	0	0	0
Neurologista	0	0	0	0	0	0	1
Outras	1	0	2	2	1	1	1

Fonte: elaborada pelo autor

A seguir foi investigado quem era o responsável por centralizar o cuidado destas pacientes antes da realização da hemodiálise. Quando perguntado: antes de iniciar a hemodiálise, qual das especialidades as participantes acreditavam ser o responsável por centralizar e coordenar o seu cuidado integral, a maioria (19 mulheres) indicou o clínico geral, seguidas das que apontaram o nefrologista (10 mulheres) e nenhum (9 mulheres). Após iniciar a hemodiálise, a grande maioria (81,5%), representando 53 mulheres indicaram o nefrologista como principal responsável por seu cuidado. Entre as características que fizeram-nas escolher o médico como responsável por seu cuidado, sobressaíram a capacidade técnica, a necessidade de atender a demanda, confiança e resolutividade.

Tabela 3 – Satisfação das pacientes com o médico que centraliza o cuidado

Parâmetros	Média	Desvio Padrão	Nota mínima	Nota máxima
Habilidade	9,28	1,96	0	10
Empatia	9,26	1,97	0	10
Comunicação	9,34	1,91	0	10
Explicações	9,35	1,89	0	10
Disponibilidade	9,28	2,01	0	10
Tempo gasto	8,85	2,47	0	10
Resolutividade	9,31	1,86	0	10
Atende/necessidade	9,20	2,04	0	10
Atende para além	9,02	2,17	0	10
Confiança	9,40	1,89	0	10

Fonte: elaborada pelo autor

A partir da Tabela 3, nota-se que as médias quanto a satisfação com os parâmetros do médico que a mulher acredita que seja o responsável pelo cuidado de sua saúde integral são quase todas acima de 9, excetuando o tempo gasto com a paciente. Com notas variando de 0 a 10 em todas, a maior foi confiança, seguida de explicações, comunicação e resolutividade.

Na tabela 4, a seguir, foi avaliada a confiança apontada em relação às especialidades que assistem às mulheres, sendo o médico nefrologista indicado como o médico com maior confiança, seguido dos cardiologistas.

Apenas 8 mulheres (23,52%) confiam bastante ou muito no médico clínico/generalista, abaixo das avaliações positivas dos demais especialistas.

A seguir as mulheres foram perguntadas a respeito de sintomas investigados ativamente pelos médicos que as assistem, destacando alguns sintomas físicos e emocionais. Com exceção da pesquisa de dor, os demais sintomas são muito pouco pesquisados pelo médico que centraliza o cuidado destas pacientes. Além disso, sintomas como dor, depressão/ansiedade, redução/disfunção sexual e sintomas gastrintestinais, diferentemente dos sintomas ginecológicos e de dificuldade com o sono, foram pouco tratados e tiveram baixa resolutividade.

Tabela 4 – Confiança no médico que a assiste

Médico que a assiste	Não confia	Confia pouco	Confia moderadamente	Confia bastante	Confia muito	Não respondeu
Clínico/Generalista	10	6	10	4	4	31
Nefrologista	0	1	6	10	46	2
Cardiologista	1	0	8	13	13	30
Endocrinologista	1	0	5	16	5	38
Ginecologista	1	1	7	11	9	36
Urologista	1	0	4	5	2	53
Neurologista	0	1	4	12	3	44
Psiquiatra	3	0	4	14	2	42
Gastroenterologista	0	1	5	13	2	44

Fonte: elaborada pelo autor

Tabela 5 – Sintomas pesquisados ativamente pelo médico que centraliza o cuidado

Sintomas	Questionou	Investigou	Tratou	Resolveu	Não respondeu
Dor	12	28	5	1	19
Depressão/Ansiedade	6	10	2	2	45
Redução/disfunção sexual	3	2	0	0	60
Náusea/vômito/diarreia	12	18	6	3	16
Dificuldade com o sono	3	12	10	3	37
Sintomas Ginecológicos	5	5	5	5	45

Fonte: elaborada pelo autor

Foram então investigados os sintomas relatados pelas mulheres durante o último mês, buscando sintomas físicos e psíquicos que poderiam estar comprometendo a qualidade de vida destas mulheres. Foram vistos quais sintomas eram citados, quantas mulheres relataram e qual o especialista que costumam

procurar quando apresentam os sintomas. Na Tabela 6 foram descritas estas informações, sendo possível observar que o sintoma mais relatado foi tontura, seguido de falta de energia, dor de cabeça, dor nos ossos/juntas, ansiedade e câimbras. Outros sintomas foram relatados em menor frequência.

Quanto aos especialistas que costumam procurar, em termos de frequência relatada, a grande maioria das mulheres refere procurar o nefrologista, seguido dos relatos de nenhum médico, inclusive para sintomatologias psíquicas (ansiedade, nervosismo, tristeza e irritabilidade). Ademais, especialidades que apareceram em sintomas específicos foram o clínico geral, MFC, reumatologista e cardiologista.

Tabela 6 – Sintomas relatados e médico que costuma procurar para resolver

Sintoma no último mês	Mulheres que relataram	Especialistas (por ordem de frequência relatada) que costuma procurar quando sente
Constipação	17	Nenhum, nefrologista e clínico geral
Náusea	20	Nefrologista, nenhum, gastroenterologista e clínico geral
Vômito	17	Nefrologista, nenhum e gastroenterologista
Diarreia	6	Nenhum e nefrologista
Falta apetite	27	Nefrologista, nenhum e nutricionista
Câimbras	28	Nenhum, nefrologista
Pernas/inchadas	9	Nefrologista, nenhum e MFC
Dormência/pés	7	Nenhum, nefrologista e endocrinologista
Falta de ar	7	Nefrologista, nenhum e reumatologista
Tontura	35	Nenhum, nefrologista, reumatologista e MFC
Pernas/inquietas	18	Nenhum e nefrologista
Falta de energia	31	Nenhum, nefrologista, MFC e cardiologista

(Conclusão)

Sintoma no último mês	Mulheres que relataram	Especialistas (por ordem de frequência relatada) que costuma procurar quando sente
Tosse	14	Nefrologista, nenhum e pneumologista
Dor/ossos/juntas	30	Nefrologista, reumatologista e nenhum
Boca seca	24	Nenhum e nefrologista
Dor/peito	11	Nefrologista, cardiologista e MFC
Dor/cabeça	31	Nenhum, nefrologista, MFC e clínico geral
Dor/muscular	11	Nefrologista, nenhum e reumatologista
Dificuldade/concentrar	18	Nenhum, nefrologista e neurologista
Pele seca	27	Nenhum, nefrologista e dermatologista
Coceira	21	Nefrologista, nenhum e MFC
Dificuldade/sono	26	Nefrologista, nenhum e reumatologista
Dificuldade/dormindo	17	Nenhum, nefrologista e MFC
Nervosismo	24	Nenhum, nefrologista e reumatologista
Tristeza	28	Nenhum, nefrologista e psicologia
Ansiedade	29	Nenhum, nefrologista e clínico geral
Irritabilidade	17	Nenhum
Redução libido	9	Nenhum, nefrologista
Disfunção sexual	1	Nenhum

Fonte: elaborada pelo autor

Na sequência são investigadas questões acerca de cuidados primários que as mulheres recebem. Quanto aos cuidados ofertados pela equipe da clínica de diálise, é observado que a maioria (72,3%) questiona sobre vacinas, sendo relatado por 73,8% das pacientes que a equipe questiona sobre aplicação da vacina da gripe, 72,3% sobre a de pneumonia e 64,3% sobre a de tétano.

De maneira geral, ao apresentar algum problema agudo, as pacientes relataram procurar, o nefrologista (44,6%), seguidas das que procuram um MFC (20%) e clínico geral (15,4%). Quando perguntado se sentem segurança para tomar medicações prescritas por um médico não nefrologista, destaca-se uma distribuição equitativa das pacientes que se sentem seguras e das que não se sentem: 50,8% sentem-se seguras e 49,2% não se sentem seguras. Os motivos para não se sentir seguras foram diversos, mas no geral estão relacionados ao medo de alguma medicação errada poder piorar o problema renal, por se tratar de uma doença complexa.

O próximo tópico avaliado diz respeito à relação com a atenção primária em saúde. Chama atenção que a grande maioria das mulheres é cadastrada na Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua localidade (93,8%), e que a apesar de a maioria (55,4%) receber visitas de agentes comunitários de saúde (ACS), o percentual foi pouco acima de 50%. A maior parte das mulheres relatou visitas 12 vezes por ano (43,2%), seguidas das que recebem 10 visitas por ano (10,8%) e 2 visitas (10,8%). Entretanto, a grande parte não costuma realizar consulta na UBS (53,3%) e entre as que realizam, a maioria afirmou (27,3%) ser apenas uma vez por ano. As que realizam consultas na UBS, entretanto, afirmam que são resolutivas (72,7%). De maneira geral, afirmam que os serviços que buscam na UBS são vacinação, consulta médica, busca de medicamentos, saúde bucal e marcação de exames.

Quanto ao acesso à UBS, a maioria afirmou não ser dificultado (55,7%), daquelas que afirmaram que o acesso foi dificultado, o principal motivo foi a fila no momento do atendimento, demora de espera para conseguir consulta, impossibilidade de locomoção e falta de profissionais.

Para a maioria das pacientes (65%), o médico da família e comunidade (MFC) está capacitado para resolver os problemas de saúde não relacionados à DRC/HD. Aquelas que afirmaram que o MFC não está preparado, justificam por ser caso complexo, não confiarem no médico e pela burocracia que aumenta o tempo de espera.

Quanto à posição do nefrologista em relação a buscar assistência médica e/ou centralizar o cuidado na Unidade de Saúde da Família (USF), o médico nefrologista costuma ser indiferente na maioria dos casos (80,3%), e encorajar em 14,8%. Por fim, quando perguntadas de 0 a 10 o nível de satisfação com os serviços da UBS, as pacientes relataram uma média de 6,33 ($DP = 3,58$). Em dados categóricos, a maioria (26,7%) afirma ser totalmente satisfeita, porém seguidas das que são totalmente insatisfeitas (13,3%).

Na sequência, foi avaliada a satisfação com o médico não nefrologista. Do total de 18 pacientes que responderam ter um médico não nefrologista responsável por seu cuidado, 13 responderam aos questionamentos, descritos na Tabela 7. Quanto à média de satisfação, observa-se que todas foram acima de 7,00, mas menores de 9,00, abaixo das médias de satisfação com o médico nefrologista. Quanto a sintomas, verifica-se que a maioria relatou que quanto a dor, vômitos, náuseas, constipação e diarreia, o médico questionou, investigou, tratou e resolveu. Porém, sintomas depressivos, dificuldades com o sono e relacionados à disfunção sexual poucas pacientes responderam, e quando sim afirmaram que foi feita a investigação.

Tabela 7 – Satisfação com o médico responsável quando este não é o nefrologista

Parâmetros	Média	Desvio Padrão	Nota mínima	Nota máxima
Habilidade	8,23	2,92	0	10
Empatia	7,46	3,77	0	10
Explicações	8,15	3,18	0	10
Disponibilidade	8,31	3,01	0	10

Tempo gasto	7,92	3,30	0	10
Resolutividade	7,46	3,64	0	10
Atende/necessidade	8,62	2,96	0	10
Atende para além	7,69	3,71	0	10
Confiança	7,69	3,71	0	10

Fonte: elaborada pelo autor

Na sequência das análises, as pacientes foram divididas por faixas etárias a fim de avaliar cuidados específicos da saúde da mulher. As faixas etárias escolhidas foram: abaixo de 50 anos, entre 50 e 64 anos e acima de 64 anos. 61 mulheres (93,84% das incluídas no estudo) responderam a esta parte do questionário.

Foram 25 mulheres com menos de 50 anos, observando-se que a grande maioria (91,7%) não tiveram gestação após o início da HD. Duas mulheres relataram gestação após iniciar HD e ambas não tiveram gestações bem-sucedidas (um aborto e outro natimorto). A maioria (84%) não usa anticoncepcional, e das quatro que usam, relataram o uso de DIU (1), anticoncepcional oral (2) e laqueadura (1), sendo prescritas pelo ginecologista e pelo MFC.

Todas as 25 pacientes dessa faixa etária afirmam ter realizado coleta de citológico para câncer de colo de útero, na sua maioria (72%) há menos de 1 ano, e com coleta em diferentes locais, nesta ordem: clínicas particulares, UBS, HU, PSF e maternidades. Na maioria dos casos (50%) o MFC foi quem checou os resultados, seguidas das mulheres que relataram ser o ginecologista (30%). De maneira geral, a maioria (68%) realiza o exame anualmente, mas não receberam orientação do nefrologista sobre a necessidade periódica desse exame (76%). Entre as que afirmaram que o nefrologista as orienta, a maioria afirmou não ter sido encaminhada pelo mesmo (95,2%).

Quanto a exames das mamas e genitália, a maioria afirmou que já as teve examinadas (64%), sendo o exame realizado por ginecologista (47,1%), Mastologista (11,8%) e MFC (11,8%). Na maioria dos casos, o exame foi feito há menos de um ano (42,9%), mas 9 mulheres (23,8%) afirmaram que nunca realizaram o exame de mamas e genitália.

Das que costumam realizar avaliação ginecológica, 41,2% o fazem anualmente, mas não reconhecem que o nefrologista questiona ou se interessa

sobre a avaliação ginecológica (83,3%), e nem que recebem orientação sobre esses exames (92%), nem sobre métodos contraceptivos e planejamento familiar (84%), e quanto aos riscos gestacionais, a grande maioria das pacientes (60%) afirmou que nenhum médico orientou. Das que afirmaram receber orientações, 30% dizem ter sido pelo ginecologista e 20% pelo MFC. De todas as mulheres desta faixa etária, a maioria (77,3%) atribui para o ginecologista os cuidados da saúde reprodutiva e 56% afirmam fazer o acompanhamento.

Entre as pacientes com idade entre 50 anos e 64 anos, a grande maioria (96%) não teve gestação após HD, e a única que referiu gestação não mencionou o desfecho. Das 25 pacientes dessa faixa etária, 20 afirmam ter realizado coleta de citológico para câncer de colo de útero, na sua maioria (31,6%) há menos de 1 ano, em diferentes lugares relatados, em ordem: PSF, clínicas particulares, UBS e hospitais. Na maioria dos casos (46,8%) o MFC foi quem checkou os resultados, seguidas das mulheres que relataram ser o ginecologista (8%). De maneira geral, 31,6% realizam o exame anualmente, porém a maioria não segue padrão (36,8%), e não receberam orientação do nefrologista sobre a necessidade periódica desse exame (96%). Entre as que marcaram que receberam orientação do nefrologista, a maioria afirmou não ter sido encaminhada (95%).

Quanto a exames das mamas e genitália, a maioria afirmou que já teve o exame realizado (64%), sendo feito por ginecologista (47,1%) e mastologista (11,8%). Na maior parte dos casos, o exame foi feito há menos de um ano (27,3%), mas 5 mulheres (23,8%) afirmaram que nunca realizaram. Das que costumam realizar avaliação ginecológica, 14,3% o fazem anualmente, e a 52,4% não têm um padrão. Nenhuma reconhece que o nefrologista questiona ou se interessa sobre a avaliação ginecológica e a maioria não recebe orientação sobre esses exames (96%).

68% já fez rastreio para câncer de mama, há menos de um ano (41,2%), solicitados pelo ginecologista, na maioria dos casos, seguidas das que foram sozinhas e indicados pelos nefrologistas (2 mulheres). A checagem dos resultados foi feita quase sempre pelo ginecologista. A maioria não identifica um padrão de exames periódicos (37,5%) e 31,2% vão anualmente. A grande maioria das pacientes (96%) afirmou que o nefrologista não conversou sobre a necessidade de realização periódica da mamografia e nem encaminhou para realização do exame

(86,7%). Quanto a responsabilidade de sua saúde reprodutiva, 80% dizem atribuir ao ginecologista e 10% pelo MFC.

Por fim, entre as 11 pacientes com idade acima de 64 anos, nenhuma apresentou gestação após o início da HD. Das pacientes dessa faixa etária, 10 afirmam ter realizado coleta de citológico para câncer de colo de útero, na sua maioria (30%) há menos de 1 ano, em diferentes lugares relatados, em ordem: USF, clínicas particulares e PSF. Na maioria dos casos, o MFC foi quem checkou os resultados. Todas afirmaram que o nefrologista não conversou sobre a necessidade de realizar este exame e nem encaminhou.

Quanto a exames das mamas e genitália, a maioria afirmou que já teve as mesmas examinadas (72,7%), sendo o exame realizado por ginecologista (60%). Na maioria dos casos, o exame foi feito há menos de um ano (20%), mas 3 mulheres (30%) afirmaram que não se recordam. Das que costumam avaliar, 10% fazem anualmente, e a maioria (50%) não sabe informar. Nenhuma reconhece que o nefrologista questiona ou se interessa sobre a avaliação ginecológica e a maioria não recebe orientação sobre esses exames (91%).

A maioria (72,7%) já fez rastreio para câncer de mama, há menos de um ano (20%), solicitados pelo MFC, na maioria dos casos. Apenas 1 mulher afirmou que o nefrologista solicitou este rastreio, e a checagem foi feita pelo MFC. Para a maioria não há um padrão de exames periódicos (40%), apenas 10% vão anualmente. Todas as pacientes (100%) afirmaram que o nefrologista não conversou sobre a necessidade de realização periódica da mamografia e nem encaminhou para realização do exame (100%). Quanto à responsabilidade pela sua saúde reprodutiva, 60% dizem ser do ginecologista, seguidas das que afirmaram ser qualquer médico ou não saber informar.

DISCUSSÃO

O presente trabalho apresentou limitações, uma vez que não conseguiu atingir a população alvo desejada por dificuldades logísticas na realização das entrevistas. Entretanto, podemos destacar a qualidade dos dados que foram obtidos. A taxa de resposta foi acima de 75% das mulheres convidadas a participar, sendo considerada satisfatória. A maior parte das mulheres, 63%, estava em HD há menos de 3 anos, um tempo relativamente curto. As principais comorbidades relatadas por

elas foram HAS e DM, e 100% delas estava em hemodiálise pelo SUS, apesar de algumas possuírem planos de saúde privados, compatível com o relatado por Nerbass et. al. que destacam HAS e DM como as principais comorbidades dos pacientes em HD no Brasil e que 81,66% dos pacientes no nosso país realizam diálise pelo SUS³.

A partir da amostra obtida, podemos perceber que as mulheres entrevistadas consideram o médico nefrologista como sendo o responsável por seu cuidado, sendo que 98,46% delas afirmam que o nefrologista tem responsabilidade por seu cuidado, e 81,5% delas afirmaram que após iniciar a HD o médico nefrologista seria o responsável por centralizar e coordenar seu cuidado. Antes do início da HD, a maior parte das mulheres referiu como médico responsável por seu cuidado o clínico geral (29,23%), sendo que apenas 15,35% consideraram que o nefrologista seria o responsável. Esta centralização do cuidado no médico nefrologista é explorado por Costa-Alves et.al. em artigo de revisão, sendo identificado que o nefrologista tem assumido o papel de coordenador do cuidado e de principal provedor de cuidados primários à pessoa em diálise². Os principais motivos elencados para a escolha do médico como cuidador principal em nossa amostra foram a confiança, explicações dadas pelo profissional, comunicação e resolutividade. A nossa hipótese anterior seria de que o principal motivo seria o fácil acesso ao nefrologista, mas apesar de ter sido apontado entre os motivos, não foi o principal.

As mulheres relataram ainda uma alta frequência de avaliações realizadas pelo médico coordenador do cuidado, especialmente quando este médico era o nefrologista, a maior parte delas relatando que recebe visitas mais de uma vez por semana ou ao menos uma vez por semana, e com a última visita tendo sido realizada há menos de 7 dias. Este dado sugere que as mulheres consideraram a visita realizada na sala durante a sessão de HD como uma avaliação, apesar desta visita durar pouco tempo e focar na avaliação da sessão de HD e não na prestação de cuidados primários em si.

O fato desta visita ser curta mostrou impacto na satisfação das mulheres com relação ao médico que centraliza seu cuidado. Dentre todas as dimensões de satisfação avaliadas, o tempo gasto no atendimento foi a que obteve menor nota, a única com nota média menor que 9,0. Apesar desta avaliação do tempo gasto no atendimento ser mais baixo, as demais dimensões foram bem avaliadas, com

médias de notas acima de 9,0, demonstrando uma boa satisfação com o atendimento recebido.

As mulheres entrevistadas demonstraram também um alto índice de confiança no profissional que consideram ser responsável por seu cuidado, com a maior parte da amostra declarando que confia bastante ou confia muito no médico. Este alto grau de confiança no profissional que as assiste foi visto para todas as especialidades indicadas pelas pacientes, com exceção do médico clínico/generalista, que obteve esta avaliação positiva por apenas 23,52% das mulheres. Este percentual de avaliações positivas mais baixo pode contribuir para a não escolha deste profissional como o responsável por seu cuidado.

Apesar de haver alto grau de confiança nos profissionais que as assistem, quando foi perguntado se o médico busca ativamente sinais e sintomas, a maior parte das mulheres negou. Os sintomas mais pesquisados foram náuseas, vômitos, diarreia e dor, mas com um número de pacientes relatando que o médico investigou, tratou ou resolveu os quadros muito baixo. A dor foi resolvida em apenas um caso. Percebemos que o médico apontado como responsável pelo cuidado pouco pesquisa sintomas frequentes nesta população e quando as evidencia, na maior parte das vezes, não intervém e quando o faz, frequentemente não resolve.

Disfunção sexual foi o item menos investigado, sendo relatado por 92,3% das mulheres que o médico que as assiste não pesquisou o sintoma. Ek et. al. relataram resultado semelhante, com apenas 3,6% dos nefrologistas discutindo disfunção sexual com suas pacientes⁴. Seethala et. al. mostraram apenas 21% das mulheres em seu estudo discutiam disfunção sexual com seus médicos, taxa acima da que encontramos, mas também baixa⁵. Em outro estudo de Ek. et. al. com cirurgiões transplantadores, 100% dos médicos quase nunca discutiam sobre disfunção sexual com suas pacientes⁶. Ek et. al. em um terceiro estudo com enfermeiros 75,6% dos entrevistados discutiam sobre disfunção sexual com menos de 50% de suas pacientes, demonstrando uma baixa taxa de discussão acerca do assunto por parte de toda a equipe de diálise⁷.

As mulheres foram questionadas a respeito de sintomas recentes que possam ter apresentado, e quem procuram para o atendimento destes sintomas. Os sintomas físicos e emocionais foram altamente prevalentes, destacando-se tonturas, dor de cabeça, falta de energia e dor nos ossos/juntas além de ansiedade, tristeza, dificuldade de dormir e nervosismo, todos afetando acima de 35% da população

estudada. Apesar desta alta prevalência de sintomas, na maior parte das vezes, as mulheres não procuram nenhum médico para tratar-se. Quando há procura por um médico, este é o nefrologista. Em todos os sintomas pesquisados, a procura por nenhum médico ou pelo nefrologista foram as primeiras opções. Esta procura pelo nefrologista para resolução de problemas clínicos agudos e crônicos que apresentem reforça a centralização do cuidado destas pacientes neste profissional.

Chama atenção a baixa referência de sintomas de redução de libido e disfunção sexual. Apenas 13,84% das mulheres relataram redução da libido e 1 mulher (1,53%) relatou disfunção sexual. Esta baixa prevalência relatada pelas mulheres no presente estudo destoa do encontrado na literatura. Seethala et. al. encontraram uma taxa de 80% de disfunção sexual pelo escore *Female Sexual Function Index* (FSFI)⁵. Mor et. al., de maneira semelhante, descreveram disfunção sexual em 89% de sua amostra⁸. Kurtulusa et. al. também encontraram uma prevalência de 48,3% de sua amostra⁹. No estudo de Noohi et. al. apenas 15% das mulheres descreveram sua satisfação sexual como boa¹⁰. Esta queixa já pouco pesquisada pelo médico coordenador do cuidado, também foi pouco relatado pelas pacientes em nosso estudo, divergindo do que é descrito por outros autores. Acreditamos que a falta de privacidade durante a realização das entrevistas possa ter contribuído para inibir o relato de disfunção sexual pelas mulheres em nossa amostra.

Em relação aos cuidados primários ofertados às mulheres em HD, é observado que acima de 70% das mulheres relataram que são questionadas a respeito de vacinação de gripe e pneumonia. Um percentual menor, 64,3% são questionadas acerca de vacinação de tétano. Estes percentuais são abaixo do ideal, uma vez que a vacinação é essencial no cuidado destas pacientes. Quando perguntadas sobre quem procuram para resolução de problemas agudos, é mais procurado o nefrologista, seguido do MFC e clínico geral. Há ainda um percentual considerável, 49,2% das mulheres que não se sentem seguras, especialmente por medo, em tomar medicações prescritas por um médico que não seja o nefrologista. Tal fato demonstra mais uma vez a centralização do cuidado no médico nefrologista, que é procurado mesmo quando as mulheres são atendidas por outro profissional.

Considerando a vinculação das pacientes à UBS, 93,8% das mulheres têm cadastro na UBS de sua localidade. O percentual esperado seria de 100%, uma vez que deveria haver cobertura universal do sistema público de saúde. Há ainda uma

baixa cobertura de visitas de ACS, próximo apenas a 50% das mulheres, e mesmo as que recebem visitas informam que elas são escassas. O acesso à UBS foi considerado bom pela maioria das mulheres, mas 44,3% delas apontaram que o acesso era dificultado. A satisfação com a UBS foi baixa, com nota média de 6,33 (escala de 0 a 10).

Apesar de alto grau de vinculação com a UBS, grande parte das mulheres não realiza consultas médicas na unidade, mesmo com 65% das mulheres apontando que o MFC estaria capacitado para resolver seus problemas de saúde não relacionados à HD. Phen et. al. identificaram 89,4% das mulheres em seu estudo com provedor de cuidados primários (PCP). Esta vinculação se associou a melhores cuidados primários recebidos¹¹. Das que realizam as consultas na UBS, 72,7% apontaram as consultas como resolutivas. Isto pode ser devido à centralização das demandas de saúde destas mulheres na clínica de HD e no médico nefrologista, como demonstrado por dados citados anteriormente. Em estudo de Holley e Nespore, 80% das pacientes em HD dependiam do nefrologista para prestação de cuidados primários¹². Em revisão de literatura, Costa-Alves et. al. também identificaram que os pacientes em HD tendem a centralizar o seu cuidado no médico nefrologista¹.

Foi visto ainda que o médico nefrologista foi indiferente em relação a centralizar o cuidado na UBS. Acreditávamos que o nefrologista desencorajaria as pacientes a buscarem a UBS, por receio de “perder o controle” sobre a paciente, o que não se confirmou.

Quando o médico não nefrologista foi o apontado como o coordenador do cuidado, o nível de satisfação com o profissional foi menor do que com o nefrologista, sendo as médias menores que 9,0 em todas as dimensões avaliadas, apesar de sintomas buscados ativamente por estes profissionais terem sido avaliados com maior frequência do que pelo nefrologista.

Em relação à análise dos cuidados específicos de saúde da mulher (avaliação ginecológica, triagem de neoplasias de mama e colo de útero), foi percebida uma grande deficiência nos cuidados ofertados pelo médico nefrologista. Tal deficiência foi vista em todas as faixas etárias avaliadas. Considerando que o nefrologista foi apontado pela maior parte das mulheres como o médico coordenador do cuidado, e que deveria ser o responsável por ofertar os cuidados primários a estas pacientes, a situação é preocupante.

Ao todo 61 mulheres responderam a esta parte do questionário, sendo identificadas 3 gestações após o início da HD. Uma não teve o desfecho relatado e 2 não terminaram com gestações bem-sucedidas. Chakhtoura et. al. relataram taxa de sucesso de apenas 25% das gestações após início da HD, com complicações obstétricas em todas as gestações nesta situação¹³. Jesudason et. al. relataram uma taxa de nascidos vivos maior, de 60%¹⁴. Normand et. al. relataram taxa de sobrevivência neonatal de 78%¹⁵. Em um estudo brasileiro, Luders et. al. descreveram uma taxa de partos bem-sucedidos de 86,5%, apesar de alta taxa de complicações durante a gestação¹⁶. Wiles et. al. também descreveram piores desfechos com gestações em DRC, quanto mais avançada a DRC, piores eram os desfechos gestacionais¹⁷. Das gestações relatadas em nossa pesquisa, nenhuma teve desfecho favorável, abaixo do relatado na literatura.

O uso de contracepção foi pesquisado no grupo de mulheres abaixo de 50 anos. Neste grupo, correspondendo a 25 mulheres, o uso foi relatado em apenas 4 delas (16%). Os métodos descritos foram prescritos por ginecologista e MFC. Em nenhum caso pelo nefrologista. Shanmugadivoo e Shaaria relataram que nenhuma mulher estava usando métodos contraceptivos após o diagnóstico de DRC¹⁸. Holley et. al. descreveram 36% das mulheres em uso de contracepção¹⁹. Em um estudo maior com pacientes do Medicare, Shah et. al. relataram uma taxa de uso de contracepção menor que 4% em pacientes em HD²². O uso de contraceptivos orais tende a reduzir após o início da HD, o que também foi observado por Chakhtoura et. al¹³.

Os nefrologistas em geral não se sentem seguros em discutir sobre uso de métodos contraceptivos^{20,21}, o que pode impactar na sua baixa prescrição e orientações às pacientes. Em nossa pesquisa, a taxa de uso de métodos contraceptivos também foi baixa, semelhante ao descrito por outros autores.

O exame citológico é preventivo para neoplasias de colo de útero. Em todas as faixas etárias avaliadas, houve uma alta taxa de realização de exame citológico, variando de 80% na faixa etária de 50 a 64 anos a 100% na faixa etária abaixo de 50 anos. O exame também havia sido realizado há menos de um ano pela maior parte das mulheres em todas as faixas etárias avaliadas. Nenhuma mulher realizou a coleta do citológico na clínica de HD. Em todas as faixas etárias avaliadas, o exame foi checado pelo MFC ou ginecologista. Nenhuma mulher relatou que o nefrologista

checou o resultado do exame. 5 mulheres de 50 a 64 anos nunca haviam realizado o citológico.

Em geral, não foi visto um padrão de realização do citológico, mas quando há relato de frequência fixa, esta é anual. A grande maioria das mulheres (76% das mulheres abaixo de 50 anos a 100% das mulheres acima de 64 anos) relata que o nefrologista não orienta sobre a necessidade de realização periódica do exame citológico, e a quase totalidade (acima de 95% em todas as faixas etárias pesquisadas) informa que o nefrologista não as encaminha para a realização do exame. Encontramos na literatura taxas de realização de exames citológico em mulheres em HD variando de 63% a 76%^{12,18,19,22,26}. Em um estudo onde houve relato, 59% dos exames haviam sido solicitados na unidade de diálise, mas realizados fora do centro de diálise¹². Anderson et. al. relataram que 73,6% dos exames foram solicitados no centro de diálise²⁴. Zimmerman et. al. descreveram que apenas 28% dos nefrologistas referiam para exame citológico²⁵.

Verificamos em nossa amostra uma taxa de realização de citológico acima do relatado na literatura, mas chama atenção o fato de a referência para o exame ser do MFC ou da própria paciente. A quantidade de mulheres que relatou que o nefrologista as encaminha para a realização do exame foi muito baixa, sendo quase todos os exames solicitados fora da unidade de diálise, diferente do relatado por Holley et. al.¹². Concordante com a literatura está o fato de todos os exames serem realizados fora do centro de diálise.

Chama atenção o fato de o MFC ser o mais procurado para checar o resultado do exame citológico, mesmo quando as mulheres consideram o nefrologista como sendo o responsável por centralizar seu cuidado.

Em relação ao exame de mamas e genitália, acima de 60% das mulheres em todas as faixas etárias avaliadas relataram já ter sido examinadas. O ginecologista foi o profissional mais apontado como responsável por realizar este exame. Quase a totalidade das mulheres afirma que o nefrologista não se interessa por sua avaliação ginecológica, e que não recebem orientações acerca desta avaliação. Zimmerman et. al. mostraram que 80% dos nefrologistas acreditam não ser adequado prestar cuidados primários²⁵. Vasylyeva et. al. relataram que de 75 nefrologistas, apenas 1 teve treinamento formal em nefrologia obstétrica²⁰. A falta de treinamento adequado pode impactar negativamente na assistência específica à saúde da mulher prestada pelo nefrologista.

Considerando o rastreio de neoplasia de mama, foi avaliado a realização de mamografia nas mulheres acima de 50 anos. Cerca de 70% das mulheres nesta faixa etária relataram ter realizado mamografias (68% das de 50 a 64 anos e 72,7% das maiores de 64 anos), a maior parte há menos de um ano. O exame foi solicitado principalmente pelo ginecologista em ambas as faixas etárias avaliadas. No total, apenas 3 mulheres relataram que o nefrologista solicitou o exame, mas com a checagem dos resultados sendo feita pelo ginecologista ou MFC. Não foi identificado um padrão de frequência de realização de mamografias pela maior parte das mulheres.

A realização de mamografias por este grupo populacional variou muito na literatura, entre 12,4% e 72%^{18,24,27}. A taxa de realização na nossa amostra ficou próximo ao máximo encontrado na literatura. Entretanto, apenas 3 mulheres (4,9%) relataram que o exame foi solicitado pelo nefrologista da unidade de diálise, contrastando com 38 a 69% do referido por outros autores^{26,27,28}. Em um trabalho que comparou encaminhamento para mamografia pelo nefrologista e pelo MFC, houve referência por 38% dos MFC contra 19% dos nefrologistas²⁸.

A quase totalidade das mulheres relatou que o nefrologista não conversou sobre necessidade de realização periódica da mamografia e nem encaminhou para a realização do exame. Este percentual foi de 100% das mulheres acima de 64 anos.

Apesar de o nefrologista ser considerado o médico responsável por centralizar o cuidado, como visto em dados anteriores referidos pelas mulheres entrevistadas, a maior parte das delas atribuiu ao ginecologista a responsabilidade por sua saúde reprodutiva. Este percentual foi maior nas mulheres entre 50 e 64 anos (80%) e menor nas mulheres acima de 64 anos (60%).

CONCLUSÃO

Este artigo apresenta limitações, tais como o número pequeno de pacientes incluídas e as questões de privacidade, que podem ter impactado em algumas respostas, entretanto, oferece um retrato acerca dos cuidados primários ofertados às mulheres em hemodiálise.

Percebe-se que há uma centralização do cuidado na clínica de hemodiálise e no médico nefrologista, um médico especialista, contrário ao que preconiza o

Ministério da Saúde, e que esta centralização em esfera diferente da atenção primária em saúde compromete os cuidados primários ofertados a este grupo de pacientes, especialmente em relação ao cuidado específico da saúde da mulher. Este fato não difere do que é descrito na literatura. A integralidade do cuidado, tão preconizada no SUS e no PNAISM, e essencial ao cuidado de qualquer ser humano, encontra-se comprometida.

É necessário desenvolver mais estudos que abordem os cuidados primários às mulheres e demais pacientes em hemodiálise, além de reforçar a atuação do poder público, na forma de desenvolvimento e principalmente implementação de políticas públicas com vistas a aprimorar os cuidados ofertados a esta população já tão vulnerável.

REFERÊNCIAS DO ARTIGO

1. Costa-Alves, PR, Alexandre, CS, Macedo, LC, Ladchumananandasivam, FR, Oliveira, ER, Sousa, ESS. Coordenação de cuidados primários para o paciente com doença renal crônica em diálise: revisitando papéis. Rev. APS. 2021; 24 (Supl 1): 200 -18 [internet]. 2022, abr [acesso em 2022 abr. 18]. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/35443/24352>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil). Brasília-DF: Ministério da Saúde [internet], 2004 [acesso em 2022 abr. 20]. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/__trashed-2/
3. Nerbass, FB, Lima, HN, Thomé, FS, Neto, Vieira Neto, OM, Lugon, JR, Sesso, R. Censo Brasileiro de Diálise 2020. Braz. J. Nephrol. (J. Bras. Nefrol.). v. 00, n. 00, p. 00-00, mar. 2022. [acesso em 2022, mai. 16]. Disponível em <https://scielo.br/j/jbn/a/3jts9jdpcy5vc5MFjdMwV3g/?format=pdf&lang=pt>
4. Ek GFV, Krouwel EM, Nicolai MP, Bouwsma H, Ringers J, Putter H et al. Discussing Sexual Dysfunction with Chronic Kidney Disease Patients: Practice Patterns in the Office of the Nephrologist. Journal of Sexual Medicine [internet]. 2015 dez [acesso em 2022 mai. 16]; 12(12): 2350-63. <https://doi.org/10.1111/jsm.13062>.
5. Seethala S, Hess R, Bossola M, Unruh ML, Weisbord SD. Sexual function in women receiving maintenance dialysis. Hemodialysis International [internet]. 2010 jan [acesso em 2022 mai. 17]; 14(1):55-60. <https://doi.org/10.1111/j.1542-4758.2009.00404.x>.
6. Ek GFV, Krouwel EM, Veen EVD, Nicolai MPJ, Ringers J, Oudsten BLD et al. The Discussion of Sexual Dysfunction Before and After Kidney Transplantation From the Perspective of the Renal Transplant Surgeon. Progress in Transplantation [internet]. 2017 dez [acesso em 2022 mai. 17]; 27(4):354-359. <https://doi.org/10.1177/1526924817731885>.

7. Ek GFV, Gawi A, Nicolai MPJ, Rouwel EM, Oudsten BLD, Ouden MEND et al. Sexual care for patients receiving dialysis: a cross-sectional study identifying the role of nurses working in the dialysis department. *Journal of Advanced Nursing* [internet]. 2018 jan [acesso em 2022 mai. 17]; 74(1): 128-136. <https://doi.org/10.1111/jan.13386>.
8. Mor MK, Sevick MA, Shields AM, Green JA, Palevsky PM, Arnold RM et al. Sexual Function, Activity, and Satisfaction among Women Receiving Maintenance Hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* [internet]. 2014 jan [acesso em 2022 mai. 17]; 9(1): 128–134. <https://doi.org/10.2215/CJN.05470513>.
9. Kurtulusa FO, Salmanb MY, Fazliogluc A, Fazlioglud B. Effects of Renal Transplantation on Female Sexual Dysfunction: Comparative Study With Hemodialysis and a Control Group. *Transplantation Proceedings* [internet]. 2017 nov [acesso em 2022 mai. 18]; 49(9): 2099-2104. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2017.07.014>.
10. Noohi S, Azar M, Behzadi AH, Barbaty ME, Haghshenas A, Amoozgar B et al. Comparison of Sexual Function in Females Receiving Haemodialysis and After Renal Transplantation. *Journal of Renal Care* [internet]. 2010 dez [acesso em 2022 mai. 18]; 36(4):212-7. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2010.00198.x>.
11. Phen SS, Kazory A, Bozorgmehri S, Ozrazgat-Baslanti T, Sattari M. Preventive care for patients with end-stage kidney disease: crossroads between nephrology and primary care [internet]. *Seminars in Dialysis*. 2020 jun [acesso em 2022 mai. 18]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/sdi.12889>.
12. Holley, JL, Nespore, SL. Nephrologist-Directed Primary Health Care in Chronic Dialysis Patients. [internet]. *American Journal of Kidney Diseases*. 1993 jun [acesso em 2022 mai. 19]. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0272-6386\(12\)80035-7](https://doi.org/10.1016/S0272-6386(12)80035-7)
13. Chakhtoura Z, Meunier M, Caby J, Mercadal L, Arzouk N, Barrou B et al. Gynecologic follow up of 129 women on dialysis and after kidney transplantation: a retrospective cohort study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [internet]. 2015 abr [acesso em 2022 mai. 19]; 187: 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.01.004>.
14. Jesudason S, Grace BS, McDonald SP. Pregnancy Outcomes According to Dialysis Commencing Before or After Conception in Women with ESRD. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* [internet]. 2014 jan [acesso em 2021 jul. 30]; 9(1): 143–149. <https://doi.org/10.2215/CJN.03560413>.
15. Normand G, Xu X, Panaye M, Jolivot A, Lemoine S, Guebre-Egziabher S et al. Pregnancy Outcomes in French Hemodialysis Patients. *American Journal of Nephrology* [internet]. 2018 [acesso em 2022 mai. 19]; 47(4):219-227. <https://doi.org/10.1159/000488286>.
16. Luders C, Castro MCM, Titan SM, Castro I, Elias RM, Abensur H et al. Obstetric Outcome in Pregnant Women on Long-term Dialysis: A Case Series. *American Journal of Kidney Diseases* [internet]. 2010 jul [acesso em 2022 mai. 18]; 56(1):77-85. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2010.01.018>.
17. Wiles KS, Bramham K, Vais A, Harding KR, Chowdhury P, Taylor CJ et al. Pre-pregnancy counselling for women with chronic kidney disease: a retrospective analysis of nine years' experience. *BMC Nephrology* [internet]. 2015 mar [acesso em

- 2022 mai. 19]; 14;16: 28. <https://doi.org/10.1186/s12882-015-0024-6>.
18. Shanmugavadivoo K, Shaariah W. Health issues in dialysis-dependent female patients. *Peritoneal Dialysis International*. 2003 dez; Suppl 2:S192-5.
 19. Holley JL, Schmidt RJ, Bender FH, Dumler F, Schiff M. Gynecologic and Reproductive Issues in Women on Dialysis. *American Journal of Kidney Diseases* [internet]. 1997 Mai [acesso em 2022 mai. 19]; 29(5): 685-90. Disponível em: [https://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(97\)90120-7/pdf](https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(97)90120-7/pdf). doi: 10.1016/s0272-6386(97)90120-7.
 20. Vasylyeva TL, Page-Hefley S, Almaani S, Ayoub I, Batson A, Hladunewich M et al. Evaluation of the Reproductive Care Provided to Adolescent Patients in Nephrology Clinics: A Pediatric Nephrology Research Consortium Study: Pediatric Nephrology Research Consortium. *Kidney International Reports* [internet]. 2021 Feb 13 [acesso em 2022 mai. 19]; 6(5):1411-1415. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2021.02.007>.
 21. Hendren EM, Reynolds ML, Mariani LH, Zee J, O'Shaughnessy MM, Oliverio AL et al. Confidence in Women's Health: A Cross Border Survey of Adult Nephrologists. *Journal of Clinical Medicine* [internet]. 2019 fev [acesso em 2022 mai. 19]; 8(2): 176. <https://doi.org/10.3390/jcm8020176>.
 22. Shah S, Christianson AL, Thakar CV, Kramer S, Meganathan K, Leonard AC. Contraceptive Use Among Women With End-Stage Kidney Disease on Dialysis in the United States. *Kidney Medicine* [internet]. 2020 Out [acesso em 2022 mai. 19]; 27;2(6): 707-715. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2020.08.010>.
 23. Winkler J, Yogev Y, Nahum R, Blumberg G, Fisher M, Kaplan B. The health-promoting behaviors and attitude towards menopause and hormone replacement therapy among women on dialysis. *Gynecological Endocrinology* [internet]. 2002 out [acesso em 2022 mai. 19]; 16(5):349-54. <https://doi.org/10.1080/gye.16.5.349.354>.
 24. Anderson JE, Torres JR, Bitter DC, Anderson SC, Briefel GR. Role of Physician Assistants in Dialysis Units and Nephrology. *American Journal of Kidney Diseases* [internet]. 1999 Apr [acesso em 2022 mai. 19]; 33(4):647-51. [https://doi.org/10.1016/S0272-6386\(99\)70214-3](https://doi.org/10.1016/S0272-6386(99)70214-3).
 25. Zimmerman DL, Selick A, Singh R, Mendelssohn DC. Attitudes of Canadian nephrologists, family physicians and patients with kidney failure toward primary care delivery for chronic dialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation* [internet]. 2003 fev [acesso em 2022 mai. 19]; 18(2): 305-9. <https://doi.org/10.1093/ndt/18.2.305>.
 26. Bender FH, Holley JL. Most nephrologists are primary care providers for chronic dialysis patients: results of a national survey. *American Journal of Kidney Diseases* [internet]. 1996 Jul [acesso em 2022 mai. 19]; 28(1):67-71. Disponível em: [https://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(96\)90132-8/pdf](https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(96)90132-8/pdf). doi: 10.1016/s0272-6386(96)90132-8.
 27. Nespore SL, Holley JL. Patients on hemodialysis rely on nephrologists and dialysis units for maintenance health care. *ASAIO Journal*. [internet] 1992 jul-set [acesso em 2022 mai 19]; 38(3):M279-21. Disponível em: https://journals.lww.com/asaiojournal/Abstract/1992/07000/Patients_on_Hemodialysis_Rely_on_Nephrologists_and.37.aspx
 28. Thorsteinsdottir B, Hickson JL, Ramar P, Reinald M, Krueger NW, Crowson CS et al.

High rates of cancer screening among dialysis patients seen in primary care a cohort study. Preventive Medicine Reports [internet]. 2018 mar [acesso em 2021 ago. 10]; 10:176-183. <https://doi.org/10.1186/s12882-015-0024-6>.

5. Produto técnico

A terceira parte desta dissertação de mestrado é composta por um produto técnico destinado às mulheres em hemodiálise. Trata-se de um folder com informações sobre prevenção de neoplasias específicas do gênero feminino a serem compartilhadas com esta população. O folder foi desenvolvido no sítio canva.com, com habilidade adquiridas durante a realização das disciplinas deste mestrado.

Figura 2: Parte externa do produto



Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 3: Parte interna do produto

VOCÊ SABIA?

A maior parte das mulheres em hemodiálise não realiza os seus exames preventivos, tais como o Papanicolau, autoexame das mamas e mamografia, não detectando doenças que poderiam ser tratadas em fase inicial.

Papanicolau

O que é?

É o exame preventivo de colo de útero. Ele permite detectar precocemente e fazer o diagnóstico de neoplasias antes que a mulher venha a ter sintomas, reduzindo o risco de morte por câncer de colo de útero.

Quem deve fazer?

Deve ser realizado por toda mulher que já teve vida sexual ativa, especialmente entre 25 e 59 anos. A sua realização é anual, mas pode ser espaçado para cada três anos após dois exames normais consecutivos.

Que cuidados devo ter antes do exame?

Deve ser evitado ter relações sexuais, usar duchas ou anticoncepcionais locais nos dois dias antes do exame. Também não pode estar menstruada.



Retirado de: oncoginecologia.com.br

Onde posso fazer?

Pode ser realizado nas unidades básicas de saúde e demais unidade públicas com profissionais capacitados. O exame é indolor, e de realização rápida. Após o exame, a mulher deve buscar o resultado no mesmo local onde foi realizado.

Autoexame das mamas



Retirado de: dascoisasquetenhoaprendido.com.br

O que é?

É um exame realizado pela própria mulher, que permite com que ela conheça seu próprio corpo e detecte alterações que porventura possam aparecer nas mamas.

Quem deve fazer?

Deve ser realizado por todas as mulheres acima de 20 anos que desejem um autoconhecimento de seu corpo.

Quando devo fazer?

Deve ser realizado preferencialmente uma semana após a menstruação, e em uma data fixa quando não houver mais menstruação. É realizado por você mesma, em sua casa, em frente ao espelho, e utilizando suas próprias mãos.

Mamografia

O que é?

É o exame de rastreio do câncer de mama, que utiliza-se de raios-x, permitindo o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, um tratamento na fase inicial da doença.

Quem deve fazer?

Deve ser realizado por todas as mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos. Nesta faixa de idade, a realização do exame contribui para a redução do risco de morrer por câncer de mama. Pode também ser feita para investigar lesões suspeitas.

Onde posso fazer?

Pode ser realizado em unidades públicas com profissionais capacitados. O exame é garantido pelo SUS e deve ser disponibilizado a todas as mulheres que necessitarem.



Retirado de: centromedicoarasalud.com

PROCURE SEU NEFROLOGISTA OU MÉDICO DA FAMÍLIA E PERGUNTE SOBRE A PREVENÇÃO. CUIDE-SE, E BUSQUE SEUS DIREITOS!

Fonte: Elaborado pelo autor

Dados do produto

Natureza: Folder para a comunidade

Finalidade: Divulgar informações acerca de saúde da mulher na forma de detalhes sobre prevenção de neoplasias do gênero feminino

Instituição promotora: Universidade Federal da Paraíba

Demanda: Interna

Grau de inovação: Baixo grau de inovação, produção técnica

Autores: Francisco Rasiah Ladchumananandasivam (mestrando)

Eduardo Sérgio Soares de Sousa (orientador)

Conexão com a pesquisa: Vinculado ao projeto de pesquisa “Sob a perspectiva das pacientes, caracterização da atenção à saúde da mulher em hemodiálise no município de João Pessoa, Paraíba”

Linha de pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis

Investimento: R\$ 0,00

Aplicabilidade: A produção tem aplicabilidade abrangente, uma vez que fornece orientações acerca de prevenção de neoplasias no sexo feminino, tendo o objetivo de fazer as mulheres em hemodiálise despertarem o interesse no assunto e procurar conhecer melhor seus corpos, buscando assistência médica quando necessário e realizando a prevenção para tais neoplasias. Por ser de simples reprodução, pode ser facilmente distribuído e difundido pelas clínicas de hemodiálise.

REFERÊNCIAS DO PRODUTO

1. Papanicolau: perguntas e respostas. oncoginecologia.com.br, 2022. Disponível em: https://oncoginecologia.com.br/?page_id=461
2. Autoexame: você está examinando a sua mama corretamente? dascoisasquetenhoaprendido.com.br, 2022. Disponível em: <https://dascoisasquetenhoaprendido.com.br/2015/11/19/autoexame-prevencao-cancer-mama/>
3. ¿Qué es una Mamografía? – ¿A qué edad hay que empezar a hacérsela para detectar cáncer de mama? centromedicoarasalud.com, 2022. Disponível em: <https://centromedicoarasalud.com/noticias/que-es-una-mamografia-a-que-edad-hay-que-empezar-a-hacersela-para-detectar-cancer-de-mama/>

6. 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;
- Publicação da revisão de literatura na forma de capítulo de livro;
- Através de resumo/distribuição do produto técnico em linguagem leiga para pacientes portadores de DRCh em hemodiálise.

7. Orçamento

Foram utilizados recursos do próprio pesquisador para os gastos planejados

Material de consumo	Valor (R\$)	Quantidade	Valor (R\$)
Resma de papel	21,00	5	105,00
Cartucho de tinta	100,00	3	300,00
Pasta de documentos	65,00	2	130,00
Estatístico	1500,00	1	1500,00
Total			2035,00

8. 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.

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.

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.

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.

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

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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

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.

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.

Sex Hormone Status in Women With Chronic Kidney Disease: Survey of Nephrologists' and Renal Allied Health Care Providers' Perceptions. Sharanya Ramesh, Matthew T. James, Jayna M. Holroyd-Leduc, Stephen B. Wilton, Ellen W. Seely, David C. Wheeler and Sofia B. Ahmed *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*. Published online october - 2017. doi: 10.1177/2054358117734534.

What is the role of nephrologists and nurses of the dialysis department in providing fertility care to CKD patients? A questionnaire study among care providers. Gaby F. van Ek, Esmée M. Krouwel, Melianthe P J. Nicolai, Brenda L. Den Oudsten, Marjolein E. M. Den Ouden, Sandra W. M. Dieben, Hein Putter, Rob C. M. Pelger, Henk W. Elzevier. *International Urology and Nephrology*. 2017 Jul;49(7):1273-1285. doi: 10.1007/s11255-017-1577-z.

Pre-pregnancy counselling for women with chronic kidney disease: a retrospective analysis of nine years' experience. Kate S Wiles, Kate Bramham, Alina Vais, Kate R Harding, Paramit Chowdhury, Cath J Taylor and Catherine Nelson-Piercy. *BMC Nephrology*. 2015 Mar 14;16:28. doi: 10.1186/s12882-015-0024-6.

Health issues in dialysis-dependent female patients. Kulamthaivel Shanmugavadivoo and Wan Shaariah. *Peritoneal Dialysis International*. 2003 Dec;23 Suppl 2:S192-5.

The Discussion of Sexual Dysfunction Before and After Kidney Transplantation From the Perspective of the Renal Transplant Surgeon. Gaby F. van Ek, MD, Esmeé M. Krouwel, MD, Els van der Veen, MD, Melianthe P. J. Nicolai, MD, PhD, Jan Ringers, MD, Brenda L. Den Oudsten, PhD, Hein Putter, PhD, Rob C. M. Pelger, MD, PhD, and Henk W. Elzevier, MD, PhD. *Progress in Transplantation*. 2017 Dec;27(4):354-359. doi: 10.1177/1526924817731885. Epub 2017 Oct 9.

The health-promoting behaviors and attitude towards menopause and hormone replacement therapy among women on dialysis. J. Winkler, Y. Yogev, R. Nahum, G. Blumberg, M. Fisher & B. Kaplan. *Gynecological Endocrinology*. 2002 Oct;16(5):349-54.

Undetected gynaecological disorders in women with renal disease. Ruth Cochrane and Lesley Regan. *Human Reproduction*. 1997 Apr;12(4):667-70. doi: 10.1093/humrep/12.4.667.

Preventive care for patients with end-stage kidney disease: crossroads between nephrology and primary care. Samuel S Phen, Amir Kazory, Shahab Bozorgmehri, Tezcan Ozrazgat-Baslanti, Maryam Sattari. *Seminars in Dialysis*. 24 June 2020, <https://doi.org/10.1111/sdi.12889>.

Role of Physician Assistants in Dialysis Units and Nephrology. John E. Anderson, MD, Jose R. Torres, PA-C, Donald C. Bitter, PA-C, Susan C. Anderson, PA-C, and Gary R. Briefel, MD. *American Journal of Kidney Diseases*. Volume 33, issue 4, p647-651, april 01, 1999. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0272-6386\(99\)70214-3](https://doi.org/10.1016/S0272-6386(99)70214-3).

Most Nephrologists Are Primary Care Providers for Chronic Dialysis Patients: Results of a National Survey. Filitsa H. Bender, MD and Jean L. Holley, MD. *American journal of kidney diseases*. 1996 Jul;28(1):67-71. doi: 10.1016/s0272-6386(96)90132-8.

Gynecologic and Reproductive Issues in Women on Dialysis. Jean L. Holley, MD, Rebecca J. Schmidt, DO, Filitsa H. Bender, MD, Francis Dumler, MD, and Melissa Schiff, MD. *American Journal of Kidney Diseases*. 1997 May;29(5):685-90. doi: 10.1016/s0272-6386(97)90120-7.

Nephrologist-Directed Primary Health Care in Chronic Dialysis Patients. Jean L. Holley, MD, and Sheryl L. Nespor, MSN. *American Journal of Kidney Diseases*. 1993 Jun;21(6):628-31. doi: 10.1016/s0272-6386(12)80035-7.

Attitudes of Canadian nephrologists, family physicians and patients with kidney failure toward primary care delivery for chronic dialysis patients. Deborah L. Zimmerman, Avrum Selick, Rajinder Singh and David C. Mendelssohn. 2003 Feb;18(2):305-9. doi: 10.1093/ndt/18.2.305.

Evaluation of the Reproductive Care Provided to Adolescent Patients in Nephrology Clinics: A Pediatric Nephrology Research Consortium Study. Tetyana L. Vasylyeva, Shyanne Page-Hefley, Salem Almaani, Isabelle Ayoub, Abigail Batson, Michelle Hladunewich, Noel Howard, Hilda E. Fernandez, Michelle O'Shaughnessy, Monica L. Reynolds, Shikha Wadhvani, Jarcy Zee, William E. Smoyer, Scott E. Wenderfer and Katherine E. Twombly; Pediatric Nephrology Research Consortium. *Kidney International Reports*. VOLUME 6, ISSUE 5, P1411-1415, MAY 01, 2021.

High rates of cancer screening among dialysis patients seen in primary care a cohort study. Bjorg Thorsteinsdottir, LaTonya J. Hickson, Priya Ramar, Megan Reinald, Nicholas W. Krueger, Cynthia S. Crowson, Andrew D. Rule, Paul Y. Takahashi, Rajeev Chaudhry, Sidna M. Tulledge-Scheitel, Jon C. Tilburt, Amy W. Williams, Robert C. Albright, Sarah K. Meier, Nilay D. Shah. *Preventive Medicine Reports*. 2018 Mar 14;10:176-183. doi: 10.1016/j.pmedr.2018.03.006. eCollection 2018 Jun.

Contraceptive Use Among Women With End-Stage Kidney Disease on Dialysis in the United States. Silvi Shah, Annette L. Christianson, Charuhas V. Thakar, Samantha Kramer, Karthikeyan Meganathan, and Anthony C. Leonard. *Kidney Medicine*. 2020 Oct 27;2(6):707-715.e1. doi: 10.1016/j.xkme.2020.08.010. eCollection Nov-Dec 2020.

Discussing Sexual Dysfunction with Chronic Kidney Disease Patients: Practice Patterns in the Office of the Nephrologist. Gaby F. van Ek, MD, Esmée M. Krouwel, MD, Melianthe P. Nicolai, MD, PhD, Hanneke Bouwsma, MD, PhD, Jan Ringers, MD, Hein Putter, PhD, Rob C.M. Pelger, MD, PhD, and Henk W. Elzevier, PhD. *Journal of Sexual Medicine*. 2015 Dec;12(12):2350-63. doi: 10.1111/jsm.13062. Epub 2015 Dec 3.

Preventive Health Care Measures Before and After Start of Renal Replacement Therapy. Wolfgang C Winkelmayr, MD, ScD, William Owen, Jr, MD, Robert J Glynn, ScD, Raisa Levin, MS, and Jerry Avorn, MD. *Journal of General Internal Medicine*. 2002 Aug; 17(8): 588-595. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2002.11021.x.

Confidence in Women's Health: A Cross Border Survey of Adult Nephrologists. Elizabeth M. Hendren, Monica L. Reynolds, Laura H. Mariani, Jarcy Zee, Michelle M. O'Shaughnessy, Andrea L. Oliverio, Nicholas W. Moore, Peg Hill-Callahan, Dana V. Rizk, Salem Almanni, Katherine E. Twombly, Emily Herreshoff, Carla M. Nester and Michelle A. Hladunewich. *Journal of Clinical Medicine*. 2019 Feb; 8(2): 176. Published online 2019 Feb 3. doi: 10.3390/jcm8020176.

Sexual care for patients receiving dialysis: a cross-sectional study identifying the role of nurses working in the dialysis department. Gaby F. VAN EK, PhD candidate, MD, Adina GAWI, Medical student, BSc, Melianthe P.J. NICOLAI, Resident in Urology, MD, PhD, Esmée M. ROUWEL, Resident in Urology, MD, Brenda L. DEN OUDSTEN, Associate Professor, PhD, Marjolein E.M. DEN OUDEN, Senior researcher, Epidemiologist, PhD, Alexander F. SCHAAPHERDER, Transplant Surgeon, MD, PhD, Hein PUTTER, Professor in Medical Statistics, PhD, Rob C.M. PELGER, Professor in Urology MD, PhD, Henk W. ELZEVIER, Urologist, Sexologist, MD, PhD. *Journal of Advanced Nursery*. 2018 Jan;74(1):128-136. doi: 10.1111/jan.13386. Epub 2017 Aug 8.

Gynecologic follow up of 129 women on dialysis and after kidney transplantation: a retrospective cohort study. Zeina Chakhtoura, Marie Meunier, Jacqueline Caby, Lucile Mercadal, Nadia Arzouk, Benoit Barrou, Philippe Touraine. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2015 Apr;187:1-5. doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.01.004. Epub 2015 Jan 17.

Sexual function in women receiving maintenance dialysis. Srikanth SEETHALA, Rachel HESS, Maurizio BOSSOLA, Mark L. UNRUH, Steven D. WEISBORD. *Hemodialysis International*. 2010 Jan;14(1):55-60. DOI: 10.1111/j.1542-4758.2009.00404.x. Epub 2009 Sep 16.

Womens health issues in haemodialysis patients. Christina Jang, Robin J Bell, Vikki S White, Pelrov S Lee, Karen M Dwyer, Peter G Kerr and Susan R Davis. *Medical Journal of Australia*. 2001 Sep 17;175(6):298-301. doi: 10.5694/j.1326-5377.2001.tb143586.x.

Patients on Hemodialysis Rely on Nephrologists and Dialysis Units for Maintenance Health Care. Sheryl L. Nespov and Jean L. Holley. *ASAIO Journal*. Jul-Sep 1992;38(3):M279-81. doi: 10.1097/00002480-199207000-00037.

Pregnancy Outcomes According to Dialysis Commencing Before or After Conception in Women with ESRD. Shilpanjali Jesudason, Blair S. Grace, and Stephen P. McDonald. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2014 Jan 7; 9(1): 143–149. Published online 2013 Nov 14. doi: 10.2215/CJN.03560413.

Effects of Renal Transplantation on Female Sexual Dysfunction: Comparative Study With Hemodialysis and a Control Group. F.O. Kurtulusa, M.Y. Salmanb, A. Fazlioglu, and B. Fazlioglu. *Transplantation Proceedings*. 2017 Nov;49(9):2099-2104. doi: 10.1016/j.transproceed.2017.07.014.

Female Sexual Dysfunction in Peritoneal Dialysis and Hemodialysis Patients. Raziye Yazici, Lutfullah Altintepe and Ibrahim Guney, Mehdi Yeksan, Huseyin Atalay, Suleyman Turk, H. Zeki Tonbul, and N. Yilmaz Selcuk. *Renal Failure*. 2009;31(5):360-4. DOI: 10.1080/08860220902883012.

Pregnancy Outcomes in French Hemodialysis Patients. Gabrielle Normand, Xiaoli Xu, Marine Panaye, Anne Jolivot, Sandrine Lemoine, Fitsum Guebre-Egziabher, Evelyne Decullier, Sylvie Bind Muriel Doret, Laurent Juillard. *American Journal of Nephrology*. 2018;47(4):219-227. doi: 10.1159/000488286. Epub 2018 Mar 27.

Comparison of Sexual Function in Females Receiving Haemodialysis and After Renal Transplantation. Sima Noohi, MD, Mahyar Azar, MD, Ashkan Heshmatzade Behzadi, MD, Mohammad E. Barbati, MD, Arezoo Haghshenas, MD, Behzad Amoozgar, MD, Mehdi Karami. *Journal of Renal Care*. 2010 Dec;36(4):212-7. doi: 10.1111/j.1755-6686.2010.00198.x.

Sexual Function, Activity, and Satisfaction among Women Receiving Maintenance Hemodialysis. Maria K. Mor, Mary Ann Sevick, Anne Marie Shields, Jamie A. Green, Paul M. Palevsky, Robert M. Arnold, Michael J. Fine, and Steven D. Weisbord. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2014 Jan 7; 9(1): 128–134. Published online 2013 Dec 19. doi: 10.2215/CJN.05470513.

The benefits of hormone replacement therapy in pre-menopausal women with oestrogen deficiency on haemodialysis. Joanna Matuszkiewicz-Rowińska, Katarzyna Skórzewska, Stanisław Radowicki, Antoni Sokalski, Jerzy Przedlacki, Stanisław Niemczyk, Dariusz Włodarczyk, Janusz Puka and Marek Switalski. *Nephrology Dialysis Transplantation – NDT*. 1999 May;14(5):1238-43. doi: 10.1093/ndt/14.5.1238.

Obstetric Outcome in Pregnant Women on Long-term Dialysis: A Case Series. Claudio Luders, MD, Manuel Carlos Martins Castro, MD, Silvia Maria Titan, MD, Isac De Castro, PhD, Rosilene Mota Elias, MD, Hugo Abensur, MD, and João Egidio Romão Jr, MD. *American Journal of Kidney Diseases*. 2010 Jul;56(1):77-85. doi: 10.1053/j.ajkd.2010.01.018. Epub 2010 Apr 10.

Costa-Alves, PR, Alexandre, CS, Macedo, LC, Ladchumananandasivam, FR, Oliveira, ER, Sousa, ESS. Coordenação de cuidados primários para o paciente com doença renal crônica em diálise: revisitando papéis. Rev. APS. 2021; 24 (Supl 1): 200 -18 [internet]. 2022, abr [acesso em 2022 abr. 18]. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/35443/24352>

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil). Brasília-DF: Ministério da Saúde [internet], 2004 [acesso em 2021 jul. 30]. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/__trashed-2/

Papanicolau: perguntas e respostas. oncoginecologia.com.br, 2022. Disponível em: https://oncoginecologia.com.br/?page_id=461

Autoexame: você está examinando a sua mama corretamente? dascoisasquetenhoaprendido.com.br, 2022. Disponível em: <https://dascoisasquetenhoaprendido.com.br/2015/11/19/autoexame-prevencao-cancer-mama/>

¿Qué es una Mamografía? – ¿A qué edad hay que empezar a hacérsela para detectar cáncer de mama? centromedicoarasalud.com, 2022. Disponível em: <https://centromedicoarasalud.com/noticias/que-es-una-mamografia-a-que-edad-hay-que-empezar-a-hacersela-para-detectar-cancer-de-mama/>

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 AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA TERMINAL, EM HEMODIÁLISE, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA – PARAÍBA” e está sendo desenvolvida por Francisco RasiahLadchumananandasivam, médico nefrologista e mestrando em saúde da família pela Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa. 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 à 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 Francisco RasiahLadchumananandasivam, e-mail: ladchumanas@hotmail.com ou o Comitê de Ética do Centro de Ciências Médicas – UFPB. 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

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	Cirrose
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/se m	>1x/se m	15/1 5 dias	1x/mê s	>1x semestr e	1x semestr e	1x/an o
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					

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	Questionou?		Sintomas ginecológicos ou	Questionou?	
	Investigou?			Investigou?	

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

Durante o último mês você experimentou algum desses sintomas? Caso afirmativo, o quanto este sintoma te incomoda e qual especialista você procura para tratá-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 →	0	1	2	3	4	

	NÃO						
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	

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 Pneumonia? 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? _____

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 recorde	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 recorde	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 Não

Encontra-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 recorde
-------	-----------	------------	-----------	--------	--------	-------------------------	-------------

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 recorde	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 recorde
-------	-----------	------------	-----------	--------	--------	-------------------------	-------------

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/MFC

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 recorde	Nunca realizei
--------	---------------	---------------	----------------	--------	---------	---------	---------	-------------	----------------

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

Gestação após HD?

Sim

Não

Desfecho?

Usa anticoncepcional?

Sim

Não

Se 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 registro
-----------	--------------------	--------------------	--------------------	------------	----------------------------	-------------	-----------------

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	Triannual	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 registro	Nunca realizei
-----------	--------------------	--------------------	--------------------	------------	----------------------------	-------------	-----------------	-------------------

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

Anual	Bianual	Triannual	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 orienta realização do autoexame das mamas?

Seu nefrologista orienta sobre uso de métodos contraceptivos, planejamento familiar e riscos gestacionais?

Se sim, qual médico?

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

Você realiza acompanhamento com este médico?

Se não, porque?

Sobre os seguintes sintomas, algum médico questionou?

Redução de interesse sexual

Sintomas ginecológicos

APENAS PARA MULHERES MAIORES DE 50 E MENORES DE 64 ANOS

Gestação após início de hemodiálise?

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

Anual	Bianual	Triannual	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	Triannual	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 orientou sobre a realização do autoexame das mamas?

Não Sim

Você já realizou o exame de mamografia para o rastreamento 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	Triannual	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/ginecológico?

Você realiza acompanhamento com este médico?

Se não, porque?

Sobre os seguintes sintomas, algum médico questionou?

Redução de interesse sexual

Sintomas ginecológicos

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

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 registro
-----------	--------------------	--------------------	--------------------	------------	----------------------------	-------------	-----------------

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

Caso sim, quem checou 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 registro	Nunca realizei
-----------	--------------------	--------------------	--------------------	------------	----------------------------	-------------	-----------------	-------------------

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

Anual	Bianual	Triannual	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

Você já realizou o exame de mamografia para o rastreamento 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 registro
-----------	--------------------	--------------------	--------------------	------------	----------------------------	-------------	-----------------

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	Triannual	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 qual médico você atribui a responsabilidade pelos cuidados da sua saúde reprodutiva/mulher/ginecológico?

Você realiza acompanhamento com este médico?

Se não, porque?

Sobre os seguintes sintomas, algum médico questionou?

Redução de interesse sexual

Sintomas ginecológicos