REVISTA SAÚDE DOS VALES

ISSN: 2674-8584 V.1 - N.1 – 2019 (Páginas 386-417)

A IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO CLÍNICO NA AVALIAÇÃO DA ADESÃO TERAPÊUTICA DE PACIENTES INSUFICIENTES RENAIS CRÔNICOS ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DO NORDESTE DE MINAS GERAIS

THE IMPORTANCE OF THE CLINICAL PHARMACIST IN THE EVALUATION OF THE THERAPEUTIC ADHESION OF CHRONIC RENAL INSUFFICIENT PATIENTS AT A HOSPITAL IN THE NORTHEAST OF MINAS GERAIS

[1]Daniel de Azevedo Teixeira

Possui graduação em Farmacia pela Fundação Percival Farquhar-UNIVALE (2004. Mestrado em Ciências Biológicas pela Fundação Percival Farquhar-UNIVALE (2008). Doutor em Biocombustíveis pela UFVJM . Atualmente é Diretor do Departamento de Saúde, Coordenador de Farmácia, e-mail: danielteixeira@unipacto.com.br

[2]Rodrigo de Carvalho Hott

Possui graduação em Bioquímica Clínica e Industrial pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2006) e graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2004), Mestrado em Química Analítica pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (2016) E-mail:rrodhott@yahoo.com.br.

[3]Mara Cristina Hott Moreira

Possui graduação em Ciências pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras Santa Marcelina (1995) , graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Juiz de Fora- UFJF (2001), Graduação em Bioquímica com habilitação para análises clínicas pela UFJF e graduação em op indústria de alimentos e medicamentos pela UFJF (2003).. Mestre em ciências biológicas pelo curso de Imunopatologia das doenças Infecciosas e Parasitárias pela Fundação Percival Farquhar -Univale (2015)..e-mail: marahott@yahoo.com.br

[4]Luciano Evangelista Moreira

Atualmente é professor da disciplina de Parasitologia e Bioquímica da Universidade Presidente Antônio Carlos. Mestre em imunopatologia das doenças parasitárias e infecciosas Docente Mucuri Fundação Presidente Antônio Carlos/ Unipac e-mail: lulaemoreira@hotmail.com

REVISTA SAÚDE DOS VALES

RESUMO

A Doença Renal Crônica atualmente tem sido considerada um problema de saúde pública, pois afeta 10% da população mundial e estima-se que 1,1 milhões de pessoas necessitam de diálise. A adesão ao tratamento pelo paciente em terapia hemodialítica não é um processo simples, portanto necessita de cuidados e atenção por parte da equipe de saúde. O presente trabalho trata-se de uma pesquisa realizada no setor de hemodiálise em um Hospital do Nordeste de Minas Gerais. Como objetivo, buscou-se traçar e relacionar a importância do farmacêutico clínico com o perfil clínico, demográfico e farmacológico dos pacientes como possíveis fatores que interferem na adesão ao tratamento. Trata-se de uma pesquisa quantitativa realizada com a aplicação de um questionário, sendo a amostra composta por 26 pacientes. Constatou-se que 54% dos pacientes são do sexo masculino, concentrados na faixa etária acima de 41 anos, com baixa escolaridade. Uma grande parcela dos pacientes entrevistados apresenta duas ou mais comorbidades, e devido á polifarmácia ou aos efeitos adversos não seguem o horário recomendado, representando um fator determinante na não adesão ao tratamento. Quanto aos dados referentes à medicação 54,54% dos pacientes não se lembra do nome dos medicamentos usados ou da indicação terapêutica. Embora tenham conhecimento da gravidade de seu quadro clínico e do risco que a automedicação representa 46,5% se automedicam. Sendo assim, o profissional farmacêutico dentro desta equipe pode auxiliar o paciente quanto aos problemas ligados ao medicamento, promovendo maior racionalização quanto ao uso e maior eficácia no tratamento.

Palavras-chave: Insuficiência renal crônica. Adesão ao tratamento. Uso de medicamentos. Hemodiálise. Atenção farmacêutica. Farmacêutico clínico.
Área de Interesse: Ciências da Saúde

Abstract

Chronic Kidney Disease has now been considered a public health problem because it affects 10% of the world's population and an estimated 1.1 million people need dialysis. Adherence to treatment by the patient in hemodialysis therapy is not a simple process, and therefore requires care and attention by the health team. The present study is a research carried out in the hemodialysis sector at a Hospital in the Northeast of Minas Gerais. The objective of this study was to trace and relate the importance of the clinical pharmacist to the clinical, demographic and pharmacological profile of the patients as possible factors that interfere with adherence to treatment. This is a quantitative study carried out with the application of a questionnaire, the sample being composed of 26 patients. It was found that 54% of the patients are male, concentrated in the age group above 41 years, with low schooling. A large proportion of the patients interviewed presented two or more comorbidities, and due to polypharmacy or adverse effects they did not follow the recommended time, representing a determinant factor in the non adherence to the treatment. Regarding the data regarding the medication 54.54% of patients do not remember the name of the drugs used or the indication therapeutic. Although they are aware of the severity of their clinical condition and the risk that self-medication represents 46.5%, they self-medicate. Thus, the pharmacist within this team

can assist the patient in the problems related to the medication, promoting greater rationalization in the use and greater effectiveness in the treatment.

Keywords: Chronic renal failure. Adherence to treatment. Use of medications. Hemodialysis. Pharmaceutical attention. Clinical Pharmacist.

1- INTRODUÇÃO

O crescente aumento das doenças crônico-degenerativas é um fato conhecido e motivador de diversas discussões sobre a questão. O cuidado à saúde de pessoas com essas doenças tem gerado um problema na área econômica, por se tratar de um problema novo, emergindo na sociedade junto com o amadurecimento da população, compreendendo várias áreas e representando um desafio a ser enfrentado diariamente, tanto por aqueles que vivenciam as complicações causadas, quanto para os profissionais da equipe de saúde (MARTINS; RENOVATO, 2011).

Dentre as diversas doenças crônico-degenerativas emergentes e com alto poder incapacitante destacam-se o diabetes mellitus (DM), a hipertensão arterial (HA), as artrites, as doenças cardiovasculares e a insuficiência renal crônica (IRC) (BARROS *et al*, 1999).

O rim é um importante órgão, pois auxilia na manutenção da regularidade do nosso organismo através do controle da volemia do corpo, da osmolaridade, da concentração eletrolítica entre os íons,do caráter ácido-base , regulação do nitrogênio, uréia, creatinina e outras substâncias. Além do mais, produzem e secretam hormônios e peptídeos, auxiliam na hemodinâmica e controle da pressão arterial pelo sistema renina-angiotensina e desempenha importante função na respiração celular, pois catabolizam a insulina, hormônio que carrega a glicose para o interior da célula (RIELLA, 2010). Pode-se constatar a importância desse órgão para o equilíbrio do corpo humano e as consequências que acontecem quando esse órgão é atingido por uma patologia, acarretando alterações em suas funções, que se não forem diagnosticadas e tratadas levam a óbito.

A insuficiência renal crônica (IRC) é considerada um processo patológico sem perspectivas de melhoras rápidas, de evolução progressiva, levando a problemas

clínicos, sociais e econômicos, e interferindo diretamente na qualidade de vida dos pacientes e familiares. Cabe aos profissionais da saúde suprir os anseios desses pacientes, em especial aqueles submetidos à hemodiálise, o que consequentemente exige um preparo e maior conhecimento sobre a condição do renal crônico em tratamento dialítico (TORREÃO; SOUZA; AGUIAR, 2009).

A Doença Renal Crônica (DRC) emerge como um sério problema de saúde nas populações contemporâneas, sendo considerada uma "epidemia" de crescimento alarmante e de elevada morbimortalidade e, em sua fase avançada, necessita de tratamento de substituição da função renal (TRS), causando grandes mudanças na vida do doente. No Brasil, a forma mais comum de TRS é a hemodiálise (HD), e esta deve ser agregada ao tratamento farmacológico, dietoterápico, entre outros. Em todo o mundo, custos com terapia renal substitutiva consomem parcela significativa do orçamento destinado à saúde (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2007).

Essa realidade é o novo cenário da saúde brasileira, no qual as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tomaram o lugar das infecciosas, e se tornaram prioridade das políticas públicas por corresponderem à maior parcela de óbitos e de despesas com assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) seja em internações ou terapia medicamentosa, totalizando cerca de 75% dos gastos com atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Estudos afirmam que indivíduos com DRC vivenciam mudanças bruscas na sua rotina, deixando o desanimo e desespero alojarem em sua vida, e pela falta de orientação e acompanhamento profissional, abandonam o tratamento ou o leva desleixadamente, não se importando com os constantes cuidados necessários para a manutenção de sua qualidade de vida (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011).

A adesão é fundamental para o sucesso do tratamento no contexto de doença crônica. Além da influência na qualidade de vida e do aumento da longevidade, uma elevada adesão terapêutica contribui para uma menor taxa de hospitalização das pessoas com doenças crônicas, menor desenvolvimento de complicações relacionadas a insuficiência renal, com consequente redução dos custos em saúde e minimização do impacto da doença na vida familiar da pessoa (MEHTA et al. 1997; LIGNANI JÚNIOR et al. 2001; VITÓRIA, 1998). A aderência refere-se à conduta do indivíduo ao

seguir as prescrições médicas, comprometimento no que diz respeito à posologia, à quantidade de medicamentos por horário, o tempo de tratamento e às recomendações especiais para determinados medicamentos. Assim, a adesão deve ser entendida como uma atividade conjunta na qual o indivíduo não apenas obedece à orientação médica, mas segue, entende e concorda com a prescrição estabelecida pelo médico (MEHTA et al. 1997).

O objetivo deste trabalho foi analisar o perfil de paciente em tratamento hemodialitico atendidos em um hospital do nordeste de Minas Gerais e avaliar a importância do farmacêutico clínico nas dificuldades da adesão à farmacoterapia destes pacientes, ressaltando os fatores que contribuem para a não adesão.

Foi traçado ainda, o perfil demográfico, clínico e farmacológico dos pacientes insuficientes renais crônicos atendidos no hospital, identificando a relação entre as variáveis demográficas, clínicas e farmacológicas na adesão a terapêutica.

2- METODOLOGIA

O presente estudo classifica-se quanto à natureza dos dados, em quantitativa, quanto ao nível trata-se de uma pesquisa descritiva e quanto ao delineamento trata- se de um levantamento de dados por meio de um questionário.

O estudo foi realizado em um hospital particular com atendimento a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e outros convênios. É de pequeno porte, com uma clínica de hemodiálise que oferece serviço a 200 pacientes com IRC das regiões do vale do mucuri, Jequitinhonha e São Mateus. Neste serviço existem 41 máquinas para tratamento hemodialítico, que ocorrem de segunda a sábado, divididos em três turnos. Em média os renais crônicos realizam três sessões de diálise por semana com duração de quatro horas. A população de estudo constituiu-se de 26 pacientes renais crônicos com idade superior ou igual a 18 anos, submetidos à hemodiálise na clínica do respectivo hospital do município de Teófilo Otoni - MG. Nessa pesquisa, foi empregado um questionário (Apêndice B) composto por 12 questões elaboradas pela autora do trabalho, com identificação anônima do voluntário. Os pacientes participaram de forma voluntaria, sendo que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Apêndice C) em conformidade com o estabelecido na Resolução 196/96, do Conselho de Nacional de Saúde.

O procedimento ocorreu com 26 pacientes selecionados aleatoriamente em uma clínica de hemodiálise em um hospital do município de Teófilo Otoni – MG, em que foi solicitada à direção clínica a autorização (Apêndice A) para aplicação do questionário (Apêndice B). Os dados foram colhidos durante o mês de maio de 2014. O contato com os pacientes foi realizado na sala da Unidade de Diálise, durante as sessões de hemodiálise. O paciente permaneceu sentado na poltrona ao lado da máquina de diálise. Todas as questões e alternativas de respostas do questionário foram lidas para o paciente, que respondia oralmente qual era sua opção. Preferiu-se adotar esse padrão em função da dificuldade de leitura e compreensão de alguns pacientes. As entrevistas foram realizadas com os pacientes independentemente de terem ou não o suporte de um cuidador, mas sem a interferência destes, pois o objetivo do estudo foi analisar o grau de conhecimento e de comprometimento do próprio paciente sobre a sua terapia farmacológica.

No que diz respeito à estrutura do questionário, dividiu-se em três variáveis, que são as variáveis sócio demográfica que apresenta questões que permitiram identificar as características dos pacientes da amostra, nomeadamente idade, sexo e escolaridade. As variáveis clínicas contêm questões que permitiram identificar o tempo de permanência em hemodiálise, a etiologia da IRC e conhecimentos do doente acerca da doença. As variáveis relacionadas com a terapêutica medicamentosa permitiram avaliar as dificuldades em relação a nome do medicamento, dose, posologia, duração do tratamento e indicação terapêutica. Essas variáveis permitiram relacionar o perfil clínico, demográfico e farmacológico dos pacientes como possíveis fatores que interferem na adesão tratamento farmacológico, comprometendo a efetividade do tratamento terapêutico.

3- RESULTADOS E DISCUSSÃO

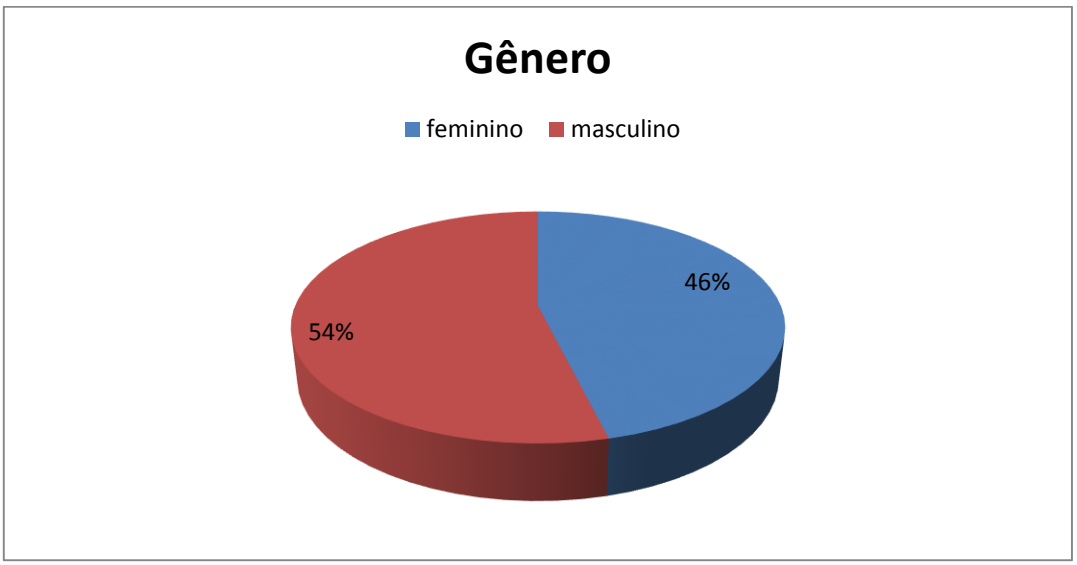
3.1- Perfil demográfico dos pacientes

Os dados referentes ao perfil demográfico incluem o gênero, faixa etária, estado civil e escolaridade dos 26 pacientes que foram incluídos na pesquisa.

3.1.1-Distribuição por gênero de pacientes em tratamento hemodialítico entrevistados em um Hospital do nordeste de Minas Gerais

Com relação ao gênero, observar-se que houve um leve predomínio do sexo masculino, pois (54%) dos entrevistados eram homens e (46%) mulheres (GRAF. 1).

GRÁFICO 1: Gênero dos pacientes em tratamento hemodialítico entrevistados em um Hospital do nordeste de Minas Gerais



Fonte: Dados da própria pesquisa.

Esse resultado é semelhante aos de vários trabalhos encontrados na literatura, em que apontam o gênero masculino como sendo o mais predominante nas clínicas de hemodiálise (CASTRO *et al.*, 2003; MACHADO *et al.*, 2004; MARTINS; CESARINO, 2005; SANTOS, 2005; SOUZA; CINTRA; GALLANI, 2005).

Segundo estudo realizado por Frazão, Cecília (2011), as mulheres foram as mais acometidas pela insuficiência renal crônica. Em contradição aos achados dos autores

acima citados, alguns estudos não acharam diferença na predominância da doença, acometendo homens e mulheres igualmente (LOPES et al., 2007).

Pode-se observar que pelos muitos estudos traçando o perfil demográfico, há vários resultados que contrastam uns com os outros, dificultando à caracterização da doença nos gêneros, entretanto, a maioria dos estudos evidenciam que os homens são os mais acometidos pela doença.

Nomura, Prudêncio e Kohlmann Júnior (1995) justificam a predominância de homens em tratamento hemodialítico, afirmando que entre as principais causas ou consequências da IRC está a hipertensão arterial (HA) que acomete três vezes mais homens que mulheres. Barros et al. (2006) diante da predominância em homens, acrescentam que o gênero masculino seja um dos fatores de risco para o desenvolvimento da insuficiência renal crônica.

O fato das mulheres tradicionalmente buscarem com maior frequência os serviços de saúde, pode propiciar o diagnóstico precoce da insuficiência renal, retardando o avanço da doença e consequentemente o tratamento dialítico. Isto pode vir a contribuir para o menor número de mulheres nos centros de hemodiálise.

3.1.2- Distribuição por faixa etária dos pacientes em tratamento hemodialitico entrevistados em um hospital do nordeste de Minas

Dentre os 26 pacientes considerados no estudo, constatou-se variação na idade, as faixas etárias predominantes foram aquelas acima dos 41anos de idade, sendo que entre 41 a 50 anos (30,76%); 51 a 62 anos (26,92%) e acima de 63 anos (23,07%) se enquadram o maior número de pacientes, conforme TAB. 1, a seguir.

Tabela 1: Faixa etária dos pacientes em tratamento hemodialitico entrevistados em um hospital do nordeste de Minas

Faixa etária	**n**	**%**
20 a 30 anos	1	3,85
31 a 40 anos	4	15,39
41 a 50 anos	8	30,76
51 a 62 anos	7	26,93
Acima de 63 anos	6	23,07

Total	**26**	**100**

Fonte: Dados da própria pesquisa.

As maiorias dos estudos realizados no país ou no exterior verificaram que a população afetada por IRC está em uma faixa de idade superior a 50 anos, ou seja, a idade influencia fortemente a mortalidade e a morbidade por IRC (OLIVEIRA et al., 2008; ARAÚJO et al.2010, ARENAS et al., 2009; COSTA et al., 2010; MORTINARI et al., 2010).

Considerando a idade como fator de risco para o desenvolvimento da IRC, visto as mudanças bioquímicas e fisiológicas que estes sofrem com o envelhecimento, estudos demonstram que a média de idade observada nesta população encontra-se entre 68,6 ± 6,6 anos predominando a faixa etária de 60 a 70 anos (71,4%) (VIEIRA et al., 2006) O processo de envelhecimento traz consigo as alterações patológicas e fisiológicas decorrentes de múltiplos e inevitáveis fatores, como a hipertensão arterial (HAS), diabetes *melittus* (DM) e insuficiência cardíaca congestiva (ICC) levando muitas vezes à doença renal, que com o avançar da idade, evolui para outros estágios da disfunção renal (KUSOMOTA, et al. 2004).

Sabe-se que o processo natural de envelhecimento reduz a capacidade funcional de todos os sistemas do organismo. Essa característica aliada com a mudança do estilo de vida da população tem contribuído para o aumento da expectativa de vida, mas não melhorado a qualidade de vida e contribuem também com o aumento do número de idosos com doença renal crônica em terapia renal substitutiva e também outras doenças de base (KUSUMOTA; OLIVEIRA; MARQUES, 2009)

Cabe salientar que embora a idade avançada seja um fator que influencia fortemente a mortalidade, não deve ser determinante na indicação ou a seriedade do tratamento. Assim, as mudanças fisiológicas ocorridas na idade avançada elevando a comorbidade podem ser equilibradas pelos cuidados ministrados aos pacientes, bem como pelo número, duração e qualidade das sessões de diálise, as quais podem melhorar a expectativa de vida deste grupo etário (CHAVES *et al.*, 2002).

Um fato que pode justificar a predominância da IRC em idosos seria as características da própria doença, como o fato de ser assintomática em virtude da alta

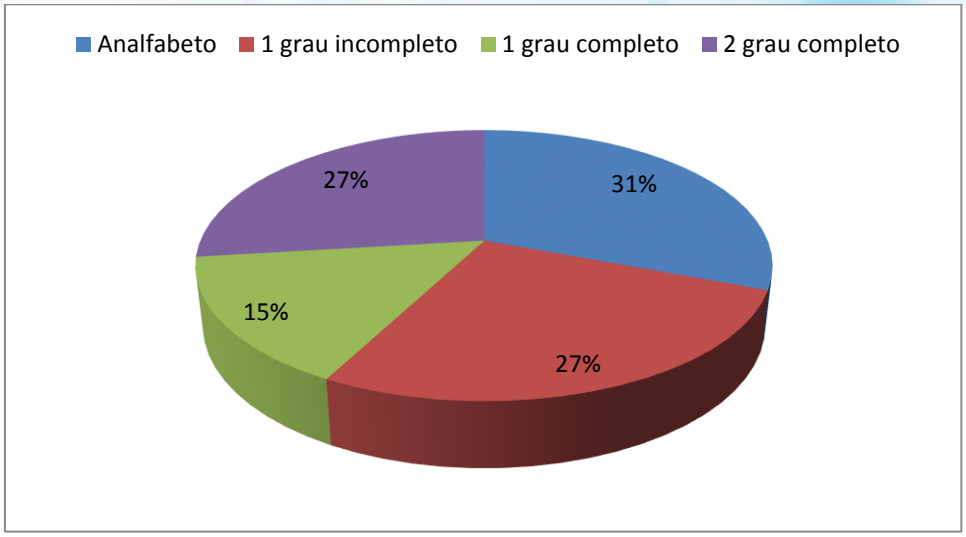
adaptação renal onde os rins continuam a exercer suas funções mesmo após perde 90% da funcionabilidade. Assim a doença começa a desenvolver muito antes dos pacientes transitarem para a velhice, mas os sintomas só aparecem quando os rins já estão bastante danificados e os pacientes com idade avançada, necessitando de diálise ou transplante renal.

Outro fator é a mudança no estilo de vida da população onde as pessoas trabalham mais, e não sobra tempo ou condições para optarem por uma alimentação saudável, resultando numa mudança de hábitos alimentares e aumento no consumo de sódio, levando ao desenvolvimento de várias doenças como a HA que é o principal fator de risco para a IRC. Essa mesma falta de tempo faz com que as pessoas visitem menos o médico, retardando qualquer diagnóstico ou mesmo o tratamento da doença, aparecendo os sintomas somente na velhice.

3.1.3 - Distribuição por escolaridade dos pacientes em tratamento hemodialitico entrevistados em um hospital no nordeste de Minas

Os dados obtidos pelo questionário revelam uma baixa escolaridade entre os pacientes incluídos no estudo. Esse estudo demonstra que sete (26,92%) dos pacientes apresentam o ensino fundamental incompleto e que oito (30,77%) são analfabetos, portanto 57,69% dos pacientes se encontram entre o analfabetismo e o primeiro grau incompleto. Já quatro (15,38%) pacientes possuem o ensino fundamental completo e sete (26,92%) possuem o ensino médio completo, conforme apresentado no GRAF. 2.

GRÁFICO 2: Escolaridade dos pacientes em tratamento hemodialitico entrevistados em um hospital no nordeste de Minas



Fonte: Dados da própria pesquisa.

Esta característica é de extrema importância no que tange a temática educação em saúde, que tem sido explorada na abordagem do paciente renal crônico em tratamento conservador, pois o grau de escolaridade influencia diretamente no processo ensino-aprendizagem entre profissional da saúde e paciente. Deve-se destacar a necessidade de se ampliar os estudos desta temática na realidade brasileira, visto que os investimentos dos profissionais da saúde na assistência à prevenção e progressão da DRC são recentes e consequentemente, poucas pesquisas têm sido realizadas (PACHECO et al., 2006; KLANG et al, 1999; MASON et al. 2008).

Estudos feitos por Madeiro et al (2010), evidenciaram que a qualidade de vida das pessoas em tratamento hemodialítico possui uma relação entre os aspectos emocionais e a escolaridade, sugerindo que as pessoas com maior escolaridade tenham recursos intelectuais e emocionais capazes de melhor adaptação e aceitação às limitações e consequências da IRC .

Ao relacionar a escolaridade à adesão, pode-se constatar que quanto mais baixo o nível de escolaridade maior a probabilidade de abandono ao tratamento, pois a dificuldade e complexidade terapêutica exigem dos doentes habilidades cognitivas, muitas vezes não alcançadas por eles (MALDANER et al., 2008)

No entanto, a aceitação e educação para a saúde é de responsabilidade de toda a da equipe, independente do grau de instrução do doente crônico. O processo educativo

deve acontecer em todas as fases do tratamento, de forma gradativa, contínua e interativa, respeitando-se as características individuais do doente, utilizando-se uma linguagem simples e adequada ao seu nível sócio-cultural (CAZARINI et al. 2002).

Acredita-se que o grau de escolaridade ou intelectualidade seja fundamental em todas as fases do tratamento e, independentemente do grau de instrução, o profissional deve empregar sempre uma linguagem simples que favoreça o aprendizado, utilizando as experiências dos pacientes, a fim de facilitar o processo educativo (ROCHA, 1984; BURGOS; CABRAL, 1999).

A baixa escolaridade dos pacientes reflete diretamente na saúde, pois pessoas com um baixo nível de instrução tendem a ignorar os sintomas de qualquer doença, ou às vezes acham que fazendo uso de plantas medicinais ou até outros medicamentos alopáticos obterão a cura, o que é um equívoco, pois essas plantas medicinais irão mascarar a doença ou agravar o caso. Podem ainda comprometer o tratamento, pois sem o conhecimento adequado não darão a importância necessária á farmacoterapia e a automedicação poderá provocar outras doenças.

Os dados obtidos demonstram a importância da atenção farmacêutica no setor de hemodiálise, pois este pode contribuir com orientações adequadas ao considerar as características de cada paciente, principalmente quando a idade avançada relaciona-se com uma baixa escolaridade e utilização de grande quantidade de medicamentos.

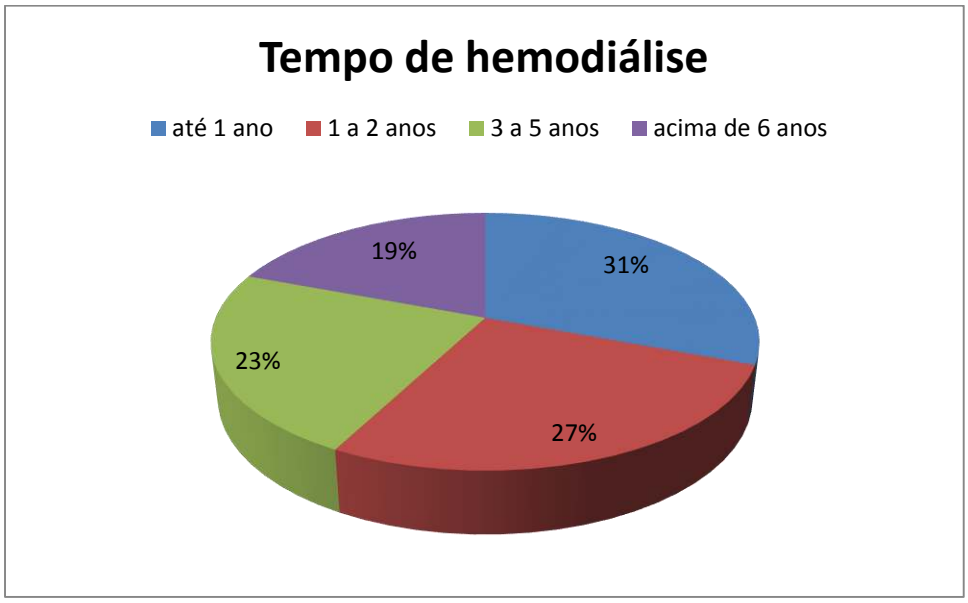
3.2 - Perfil clínico e farmacológico dos pacientes

Além dos estudos a respeito do perfil demográfico, realizou-se também a coleta de dados por meio de um questionário referente às condições de saúde dos pacientes, levantando as doenças de base, tempo de hemodiálise e características da adesão ao tratamento farmacoterapêutico.

3.2.1- Distribuição do tempo de tratamento por hemodiálise dos pacientes estudados

Dos pacientes entrevistados, o tempo de tratamento para a terapia renal substitutiva não teve muita variabilidade, mas concentrou-se nos pacientes com menos de um ano de tratamento, representando 31% do total, seguido de 27% de um a dois anos, 23% de três a cinco anos e 19% acima de seis anos (GRAF. 3).

GRÁFICO 3: Tempo de tratamento por hemodiálise dos pacientes estudados



Fonte: Dados da própria pesquisa.

Esse resultado é semelhante aos de vários trabalhos. Castro *et al.* (2003) em seu estudo, mostrou que 48% dos pacientes referiram até quatro anos em tratamento hemodialítico, sendo esse um resultado próximo ao encontrado no presente estudo.

Entretanto, encontrou-se na literatura um estudo que abordou o tempo de conhecimento da IRC pelo paciente renal crônico, o qual mostrou que grande parte dos entrevistados conhecia seu diagnóstico há 10 anos ou mais, vindo em seguida o grupo que o conhecia entre quatro a seis anos (MARTINS, FRANÇA, KIMURA, 1996).

No presente estudo, observa-se que grande parte dos entrevistados são pessoas acima de 41 anos de idade, com uma maior concentração de pacientes acima de 52 anos (TAB.1), e que a maioria dos entrevistados, realizam o tratamento hemodialítico a menos de dois anos (GRAF.3). Essa relação entre idade avançada e pouco tempo de hemodiálise ocorre, pois a doença é assintomática e leva anos para desenvolver as

lesões que provocam a IRC, por isso o diagnóstico ocorre somente quando aparecem sintomas, consequentemente a doença estará em estágio terminal. Torna-se necessária implantar políticas de prevenção através de meios que propaguem na população as causas, fatores de risco, consequências e a seriedade do problema, estimulando visitas periódicas ao médico a fim de diagnosticar precocemente a doença.

3.2.2 - Distribuição das doenças apresentadas pelos pacientes em tratamento hemodialitico entrevistados em um hospital do nordeste de Minas

Com relação ás doenças de base que prevalecem dentre as causas de IRC, demonstra-se que a doença primária que mais acomete os pacientes do hospital é a hipertensão arterial (73,07%), em seguida é a anemia (23,07%) e depois problemas gástricos (7,69%), quatro pacientes afirmaram não ter nenhum outro problema. Dos 26 pacientes estudados sete não souberam dizer se tinham outras complicações clinicas, entretanto afirmaram fazer uso de alguns medicamentos (TAB.3).

TABELA 3: Distribuição das doenças apresentadas pelos pacientes em tratamento hemodialitico entrevistados em um hospital do nordeste de Minas

Doenças	**n**	**%**
Hipertensão	19	76,07
Anemia	6	23,07
Não possuía outras doenças	4	15,38
Não soube informar	3	11,53
Problemas do TGI	2	7,69
Total	**34**	

Nota: teve entrevistado que deu duas ou mais respostas

Segundo Yang *et al.* (2005), a IRC é uma doença associada á várias comorbidades e complicações. Estas condições adversas das comorbidades influenciam muitos aspectos da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise.

O fato de a hipertensão ser a principal doença de base é justificado por Kusumoto, Rodrigues e Marques (2004), ao relatarem que a HA é uma doença

silenciosa e geralmente não apresenta sinais e sintomas. Os portadores dessa patologia podem desconhecer que as possuem, ou se conhece não adere ao tratamento por julgar desnecessário, uma vez que não há manifestações clínicas importantes. Assim, o não monitoramento e o tratamento inadequado dessas doenças, desenvolverão lesões lentas e progressivas nos rins, podendo levar à IRC.

Um dado que pode ser observado e que merece destaque é que quatro (15,38%) pacientes estudados não apresentam hipertensão arterial ou outras complicações.

De acordo com Pascoal e Mion (1996), a HA e o rim interagem de forma complexa, podendo a hipertensão ser causa ou consequência de doença renal. Assim, uma falha na função renal provavelmente está associada a complicações oriundas da hipertensão, enquanto que a IRC é a causa mais comum de HA. Pode-se concluir que há uma correlação entre o nível de PA (pressão arterial) e a progressão da insuficiência renal. A incidência e a intensidade da HA aumentam progressivamente à medida que a função renal deteriora, de forma que quase todos os pacientes com IRC estão hipertensos quando iniciam o tratamento dialítico. A partir do momento que os níveis pressóricos reduzem, diminuem também a necessidade de medicação anti-hipertensiva. Outra justificativa para os pacientes que não têm hipertensão arterial é que alguns desses renais crônicos apresentam nefropatia perdedora de sal e podem perder cloreto de sódio produzindo contração do volume extracelular e hipotensão. Para evitar sintomas hipotensivos, esses pacientes necessitam de suplementação de sal na dieta e não precisam fazer uso de medicação anti-hipertensiva. Diversas doenças renais podem ser a causa da perda de sal, incluindo pielonefrite, doença cística medular, hidronefrose, nefrite intersticial. Esses pacientes realizam a diálise para removerdo sangue substâncias como uréia, creatinina e, presumivelmente, muitas substâncias tóxicas que produzem uremia (WARNOCK, 1997)

Segundo Astor et al. (2002) e McClellan et al. (2004), a anemia é uma das complicações comuns na evolução da DRC e sabe-se que seu aparecimento é quase universal em pacientes em hemodiálise. A anemia está presente na maioria dos pacientes portadores de doença renal crônica, por ter várias causas, sendo a deficiência relativa de eritropoetina a mais comum (MCGONIGLE et al,1984). Além da deficiência de eritropoetina outras situações podem contribuir para o desenvolvimento da anemia

em pacientes portadores da IRC, como: deficiência de ferro, deficiência de ácido fólico e vitamina B12; perdas sanguíneas, hemólise e inflamação (HUTCHINSON ; JONES, 1997).

A prevalência da úlcera péptica em pacientes em diálise diminuiu quando esse diagnóstico passou a ser feito por endoscopia digestiva. A incidência de hemorragia digestiva não está bem estabelecida e nem porque pessoas com IRC sofrem de tantos problemas gástricos, porém a mortalidade associada a essa complicação é elevada (BRANICKI et al, 1990).

Diante desses dados, constata-se a importância dos rins na homeostase do corpo humano. Conclui-se que qualquer alteração nesse órgão provoca uma espécie de "efeito cascata", pois com o comprometimento renal, outros sistemas serão atingidos deixando de realizar suas funções agravando ainda mais o quadro clínico do paciente.

3.2.3 - Distribuição por perfil farmacológico dos pacientes em hemodiálise em um hospital do nordeste de Minas Gerais

A análise da utilização de medicamentos pelos renais crônicos do Hospital em estudo apontou uma média de uso de 5,4 medicamentos por paciente quando o auto relato foi analisado, caracterizando quadros de polifarmácia na maioria dos pesquisados. Dados apresentados na (Tab.4).

TABELA 4. Perfil farmacológico dos pacientes em hemodiálise em um hospital do nordeste de Minas Gerais

Medicamentos	**n**	**%**
Complexo vitamínico	18	33,33
Losartana potassica	7	12,96
Furosemida	6	11,11
Sinvastatina	6	11,11
Atenolol	4	7,40
Eritropoietina	3	5,55
Carvedilol	2	3,70
Clonazepam	2	3,70
Omeprazol	2	3,70
Ticlopidina	2	3,70

Aas	2	3,70
Não se lembra	12	54,54
Não faz uso de medicação	4	15,38
Total	**54**	

Fonte: Dados da própria pesquisa.

Os demais medicamentos utilizados pelos renais crônicos e que tiveram apenas uma ocorrência (10% dos pacientes o consomem) são: Valsartana, anlondipino, nifedipino, propanolol, bisacodil e verapamil.

De acordo com Nies e Spielberg (1996), a utilização de vários medicamentos tem como objetivos atingir o efeito terapêutico desejado no tratamento da patologia ou tratar as comorbidades que a maioria dos renais crônicos apresenta, porém o resultado do uso concomitante dos vários medicamentos pode ser tanto a potencialização como a inibição dos efeitos terapêuticos.

No presente estudo verificou-se que mais da metade dos pacientes que fazem uso de medicamentos não se lembraram dos nomes ou da quantidade de medicamentos administrados, o que é um dado alarmante, pois o nível de conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos que utilizam é considerado um fator essencial para a adesão ao tratamento farmacológico. Outro resultado que deve ser mencionado deste estudo é que apenas 18,18% dos participantes afirmam conhecer todos os medicamentos que usavam, sendo que 27,27% afirmaram conhecer apenas alguns medicamentos. Diante destes dados, pode-se afirmar que a adesão ao tratamento farmacológico envolve aspectos terapêuticos, educativos e de conscientização sobre a importância do auto cuidado e como a cura ou melhora do quadro clínico depende do interesse e dedicação do paciente.

Talvez um dos fatores influenciantes para a falta de conhecimento sobre os medicamentos consumidos seja o baixo grau de escolaridade, resultado do não entendimento das orientações oferecidas pela equipe de saúde. No presente estudo, 31% dos pacientes são analfabetos e 27% têm o primeiro grau incompleto (GRAF. 2). Pode-se constatar que o conhecimento dos hemodialisados sobre a doença e autocuidado é muito deficiente e muitas vezes nulo. Deve-se mencionar que durante as sessões de hemodiálise não há preocupação com o esclarecimento sobre os medicamentos,

dificultando a adesão. Faz-se necessária uma adequada orientação por parte da equipe de saúde, considerando o nível de instrução, estado físico e emocional para que tenham uma melhor adesão ao tratamento e menor risco de desenvolver complicações futuras.

O elevado número de medicamentos prescritos e o esquema terapêutico complexo também estão associados a não adesão mesmo quando os medicamentos são fornecidos gratuitamente, pois a grande quantidade de medicamentos pode favorecer o esquecimento de alguns, resultando numa baixa adesão. Torna-se imprescindível total empenho por parte do paciente em corresponder o tratamento para obter um completo efeito terapêutico. Por outro lado, a simplificação do esquema terapêutico facilitaria a compreensão dos detalhes do tratamento, favorecendo a adesão (THOMAS, ALCHIERI, 2005; FAÉ, et al. 2006; FERREIRA, SILVA , BOTELHO C. 2006)

A grande quantidade de comprimidos prescrita ao paciente constitui um dos principais fatores responsáveis pela má adesão à terapêutica medicamentosa. Para solucionar esse grave fator de risco, pode-se fazer associação de duas ou mais medicações, que não tenham interação, em um único comprimido, pois a associação de medicamentos que se interajam pode aumentar os efeitos colaterais ou causar supressão de uma ou ambas as medicações por competição hepática ou celular (GIR; VAICHULONIS, OLIVEIRA;2005).

A participação do profissional farmacêutico clinico na equipe multidisciplinar poderia sanar a grande maioria desses problemas, pois esse profissional faria um acompanhamento de cada paciente analisando as queixas e dificuldades, e assim identificar possíveis interações medicamentosas e efeitos adversos, formularia esquemas terapêuticos mais simples com os horários de uso a fim de facilitar o uso dos medicamentos e diminuir a probabilidade de abandono do tratamento farmacológico.

3.2.4 - Distribuição do perfil de adesão farmacológica feitas aos pacientes em tratamento hemodialitico em um hospital no nordeste de Minas

Nesta análise foram observados os principais aspectos dos pacientes em relação aos horários da administração, interrupção do tratamento, além de possíveis problemas

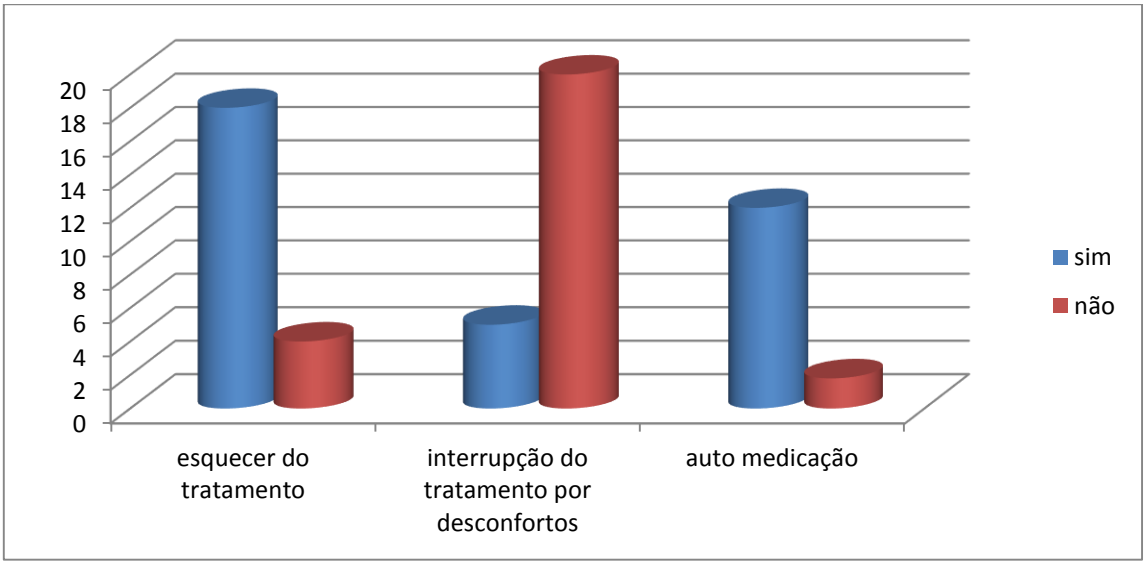
relacionados à automedicação. Foi aplicado um questionário (Apêndice B) de auto-relato para levantamento da adesão à terapêutica.

Foram considerados 22 pacientes, pois quatro afirmaram não fazer uso de medicamentos. Assim 18 (81,81%) dos pacientes quando perguntados se alguma vez esqueceu-se de tomar algum medicamento responderam que sim, os outros quatro (18,18%) responderam que não (GRAF.4).

Quanto á interrupção do tratamento por melhora no quadro clínico, 16 (72,72%) responderam que não interrompem o tratamento, os outros cinco (22,72%) já interromperam alguma vez o uso por conta própria em função de efeitos adversos e de achar que não havia a necessidade de tomar todos os dias, uma pessoa não respondeu (GRAF.4)

Quando questionados sobre a automedicação, foram inclusos todos os pacientes estudados, 13 (50%) pacientes afirmam que não se automedicam, 12 (46,5%) responderam que já se automedicaram, um (3,5%) não respondeu (GRAF.4)

GRÁFICO 4: Respostas de três perguntas feitas aos pacientes em tratamento hemodialitico em um hospital no nordeste de Minas



Fonte: Dados da própria pesquisa.

Quanto à assiduidade em seguir os horários recomendados para o uso da medicação, os pacientes entrevistados não apresentaram uma boa conscientização, em

que 81,81% se mostraram indiferentes quanto a esta questão e alegaram não seguir o horário da medicação devido a problemas de esquecimento e por não estarem em posse dos medicamentos no horário. Já uma pequena parte, representada por 18,18% alegam seguir todas as recomendações quanto a horários, posologias etc.

Segundo Carvalho e Dolci (2006) deve-se priorizar as ações pedagógicas direcionadas a orientar os insuficientes renais crônicos, sobre a utilização correta do medicamento, o uso racional, a inconveniência da automedicação, a interrupção indevida do remédio prescrito, dentre outras ações. Torna-se indispensável o planejamento de atividades de caráter preventivo, objetivando esclarecer qualquer duvida.

Segundo Simonetti, Batista e Carvalho (2002), para aumentar a adesão aos comportamentos exigidos pelo tratamento, o paciente e seus familiares devem ser orientados sobre a doença e os riscos que ela implica. Outras medidas que também podem aumentar a adesão ao tratamento são: simplificação dos regimes terapêuticos; informações escritas sobre dose, efeitos colaterais; envolvimento de equipe multidisciplinar; registros da ingestão de drogas; envolvimento familiar no auxílio da administração da medicação e das medidas dietéticas.

Quanto à interrupção por desconfortos, houve uma boa conscientização, pois apenas 22% interromperam o tratamento, mostrando conhecimento quanto à importância do tratamento. Os efeitos colaterais de alguns medicamentos são um dos principais motivos para a não aderência. (OIGMAN, 2006; FAÉ et al. 2006). Gir, Vaichulonis e Oliveira (2005) relatam que a presença de efeitos colaterais intensos ou indesejáveis constitui um problema na adesão. Assim, segundo esses autores faz-se necessária a intervenção efetiva junto a esses indivíduos por parte dos profissionais de saúde comprometidos com a realidade da má adesão. Essa intervenção pode ser realizada por meio do fornecimento de informações sobre os efeitos colaterais potenciais de cada medicação prescrita e implementação de manobras para diminuir a incidência de efeitos indesejáveis, tais como orientações alimentares sobre cada fármaco, orientações sobre os horários mais apropriados para a ingestão dos medicamentos de acordo com o efeito colateral mais relatado e orientações sobre o uso concomitante de outras medicações que possam potencializar os efeitos adversos.

Quanto à automedicação, quase metade dos pacientes fazem uso de medicamentos sem prescrição médica, os medicamentos mais citados foram os antiinflamatórios com seis (50%) citações, em seguida os analgésicos com quatro (33,33%) e os protetores gástricos com duas (16,66%) citações.

Esses dados mostram a falta de orientação e acompanhamento da equipe de saúde para os pacientes, pois a automedicação compromete a efetividade do tratamento e a saúde do paciente. Segundo Krause (2012) os efeitos nefrotóxicos dos analgésicos e anti infamatórios não devem ser menosprezados, pois a inibição da COX-1 e COX-2 no rim causam diminuição do fluxo sanguíneo renal, da taxa de filtração glomerular e retenção de sódio, podendo agravar a hipertensão arterial, insuficiência cardíaca ou lesão renal que são comorbidades de IRC, ou seja, o uso de analgésicos e anti inflamátorios agravaria ainda mais o quadro clínico do paciente.

A automedicação é uma prática na qual vários riscos estão implícitos, pois pode resultar em graves consequências para o paciente, pois ao utilizar o medicamento sem orientação médica o problema pode não ser resolvido mas sim agravado, provocando interações entre os vários fármacos, potencializando os efeitos adversos. A presença de um profissional farmacêutico na equipe de saúde seria de grande importância, pois situações de risco como essas, seriam rapidamente detectadas e corrigidas pelo profissional.

A deficiente adesão ao tratamento medicamentoso resulta na falha terapêutica e, por esse motivo, existe uma grande preocupação para que o paciente siga o tratamento proposto corretamente. A não adesão afeta a qualidade de vida e a sobrevivência em longo prazo do doente renal crônico, levando ao risco de piora progressiva do quadro clinico e interferindo no sucesso do tratamento. Desse modo, destaca-se a importância da adesão ao tratamento farmacológico para um melhor controle dos exames laboratoriais, redução das taxas de morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida (HANSEN SK, 2001).

Assim, o farmacêutico pode contribuir com a equipe multiprofissional, no próprio setor de hemodiálise, com a criação de um processo sistematizado de atenção farmacêutica. Este acompanhamento farmacoterapêutico implica na detecção, prevenção e resolução dos problemas relacionados aos medicamentos e seus efeitos, de

uma forma contínua, sistematizada e documentada, em colaboração com o próprio paciente e com os demais profissionais do sistema de saúde, a fim de alcançar resultados plausíveis que melhorem a qualidade de vida do paciente e a sua adesão á terapia medicamentosa.

É de suma importância a inclusão do profissional Farmacêutico clinico na equipe multidisciplinar, pois sua participação permite agregar conhecimentos para a equipe com informações que justifiquem a causa e incidência de uma não adesão ou adesão deficiente, permitindo assim a resolução de problemas relacionados ao uso e cuidados na administração de medicamentos. Podem também promover a notificação de reações adversas e o uso racional de medicamentos.

4- Considerações finais

Os resultados encontrados no presente estudo mostram que os pacientes estudados têm um baixo nível de conhecimento sobre o tratamento farmacológico e essa falta de conhecimento engloba nomes, doses, posologia e indicação dos medicamentos prescritos. Ficou em evidência o despreparo da equipe de saúde no que envolve tratamento farmacológico, pois não foi oferecido suporte adequado aos pacientes, como orientações e esclarecimentos quanto ao uso dos medicamentos, talvez esse suporte não foi oferecido, consequência da ausência de um profissional farmacêutico. Quanto aos pacientes, o que se percebeu foi um conhecimento deficiente ou nulo sobre as doenças, tratamentos e outros aspectos, sendo um fator que dificulta a adesão, comprometendo todo o tratamento e agravando ainda mais o quadro clínico.

A escassez de recursos e as desigualdades sociais no acesso aos cuidados de saúde transformam a não adesão num problema de grande magnitude. A quantidade de artigos é vasta no que diz respeito à má utilização dos medicamentos por parte dos doentes. Seja por informação medicamentosa incorreta que origina erros de medicação, seja por falta de adesão à terapêutica. Estas situações aumentam potencialmente em virtude das características individuais de cada doente, porém sabe-se que o doente em hemodiálise apresenta uma predisposição acrescida para estas ocorrências.

A atenção farmacêutica então, se torna de grande importância para aumentar à qualidade de vida de pacientes em hemodiálise, dada a complexidade e duração do

tratamento, a necessidade de utilização de vários medicamentos que podem provocar inúmeros efeitos adversos. Através da atenção farmacêutica pode-se melhorar a qualidade de vida do paciente ao incitar a compreensão sobre a doença, seu tratamento, e a importância de seguir corretamente as orientações do médico responsável

É necessário, cada vez mais, as várias classes profissionais de saúde trabalharem em sintonia por forma a poupar esforços e a aumentar a produtividade e alcance do objetivo principal que é o doente. O papel do farmacêutico é preponderante na resolução deste problema de saúde pública sentido por todo o mundo.

O trabalho desenvolvido pelos farmacêuticos clínicos na hemodiálise já se faz sentir e é reconhecido cada vez mais pelos outros profissionais de saúde, nefrologistas e enfermeiros, que desconheciam as suas capacidades e competências. Os farmacêuticos clínicos na hemodiálise é ainda um profissional apto para realização de formações a outros profissionais de saúde, nomeadamente, de farmacovigilância, medicamentos dialisáveis, precauções na administração e acondicionamento de novos medicamentos na clínica. A realização de palestras e direcionadas não só aos doentes, como também aos seus cuidadores e o envolvimento dos familiares dos doentes é também um fator relevante na promoção do uso racional do medicamento e aumento da adesão à terapêutica.

5- Referências

ARAÚJO, E. S., PEREIRA, L. L., e ANJOS, M. F. **Autonomia do paciente com doença renal crônica em tratamento hemodialítico:** a aceitação como fator decisório.Acta Paul Enferm., 22,509-14. 2009 Disponível em< http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/11.pdf.> Acesso em 22 mar. 2014

ARAÚJO, M. R. T. Hemodiálise. In: SHOR, N.; SROUGI, M. **Nefrologia eurologia clínica**. São Paulo: Sarvier, 1998

ASTOR BC, *et al*. **Association of kidney function with anemia: the Third National Health and Nutrition Examination Survey** (1988-1994). Arch Intern Med 2002. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12076240 > Acesso em 3 Abr. 2014

BARROS, E. *et al.* **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. 627 p.

BRANICKI FJ, *et al*. **Bleeding duodenal ulcer.** A prospective evaluation of risk factors for rebleeding and death**.** Ann Surg, 1990. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/ pmc/articles/PMC1358026/pdf/annsurg00170-0039.pdf > Acesso em 3 Abr. 2014

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. (INCA) **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis**. (2004). Disponível em:< http://www.inca.gov.br/ > Acesso em 4 abr. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em< http://www.saude.gov.br.> Acesso em 4 Abr. 2014

CARVALHO, R.T.; DOLCI, M.I. Saúde suplementar. In: KALIL, J. (org.) **Buscando uma política de medicamentos para o Brasil.** São Paulo: FSB Comunicações,2006.

CASTRO, M. *et al.* **Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico** SF-36. **Revista da Associação Médica Brasileira,** São Paulo, v.49, n.3, p.245-249, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-423020 03000300025& script= sciarttext> Acesso em 4 Abril. 2014

Chaves, L. P. D., *et al*. **Estudo da sobrevidade pacientes submetidos a hemodiálise e estimativa de gastos no município de Ribeirão Preto-SP**. Rev Esc Enferm USP, 36(2), 193-9. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n2 v36n2a12.pdf. > Acesso em 6 Abr. 2014

COSTA, P. B., VASCONCELOS, K. F. S., & TASSITANO, R. M. (2010). Qualidade de vida: pacientes com insuficiência renal crônica no município de Caruaru, PE. Fisioter Mov., jul/set., 23 (3), 461-71. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo. php?script=sci_ arttext&pid=S0103-51502010000300013 > Acesso em 2 Abr.2014

FAÉ AB,*et al*. **Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial.** Revista Enfermagem UERJ 2006. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a05.pdf > Acesso em 5 Abr. 2014

FERREIRA SMB, SILVA AMC, BOTELHO C. **Tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá, Mato Grosso, Brasi**l (1998-2000): distribuição espacial. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v31n5/27160.pdf > Acesso 5 Abr. 2014

GIR,.; VAICHULONIS, C.G.; OLIVEIRA, M.D. **Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista.** Rev.Latino-Am. Enfermagem**,** Ribeirão Preto, v.13, n.5, p.634-641, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a05.pdf > Acesso em 2 Abr. 2014.

HANSEN SK**. Noncompliance**. Nephrol Nurs J 2001;28:653-5

HUTCHINSON FN, JONES WJ. **A cost-effectiveness analysis of anemia screening before erythropoietin in patients with endstage renal disease**: Am J Kidney Dis 29(5):651-7, 1997. Disponível em:< http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272638697 901165 > Acesso em 5 Abr. 2014

KRAUSE L.H**. Aspectos Práticos da Prescrição de Analgésicos na Dor do Câncer.** Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=325 Acesso em: 6 Abr. 2014

KUSUMOTA, L., OLIVEIRA, M. P., & MARQUES, S. **O idoso em diálise**. Acta Paul Enferm., 22,546-50. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/20.pdf > Acesso em 2 Abr. 2014

KUSUMOTO L, *et al*. **Adultos e idosos em Hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde**. Acta Paul Enferm. 2008; 21 (numero especial): 152-9. Disponível em< http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a03v21ns.pdf > Acesso em 2 Abr. 2014

LOPES *et al.* **Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise**. Revista da Associação Médica, São Paulo, v. 6, n. 53, p. 506-509, 2007.

MCGONIGLE. RJ. *et al*. **erythropoietin deficiency na inhibition of erythropoiesis in renal insufficiency.** Kidney Int 25:437-444, 1984. Disponível em:< https://www.ncbi. nlm. nih.gov/m/pubmed/6727139/?i=1&from=/6727139/related>Acesso em 3 Abr.2014

McClellan W, *et al*. **The prevalence of anemia in patients with chronic kidney disease**. Curr Med Res Opin 2004; 20: 1501-10. Disponível em:< http://jasn.asnjournals. org/content/13/7/1928.short> Acesso em 15 Abr.2014

MACHADO, G. *et al.* **Aplicacíon de um método de valoración de calidade de vida em un Centro de Hemodiálisis en Mendoza**. Rev. Nefrol. Dial. Y Transpl., Mendoza, v.24, n.1, p.181-184, mar. 2004.

MACHADO, L.R.C.; CAR, M.R.A. **A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: o** inevitável e o causal. Revista da Escola de Enfermagem da USP**,** São Paulo, v.37, n.3, p.27-35, set. 2003

MADEIRO C. *et al.* **Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise.** Acta paul. enferm**.** vol.23 no.4 São Paulo 2010**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/16.pdf > Acesso em 7 Abr. 2014**

MALDANER, C.R.; *et al.* **Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: doente em terapia hemodialítica**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v.29, n.4, p.647-53, 2008. Disponível em:< http://seer.ufrgs.br/Revista Gaucha de Enfermagem /article/view/7638> Acesso em 6 Abr. 2014

MARTINS, L.M.; FRANÇA, A.P.D.; KIMURA, M. **Qualidade de vida de pessoas com doença crônica.** Revista Latino Americana de Enfermagem**,** Ribeirão Preto, v.4,n.3, p.5-18, 1996. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n3/v4n3a02 Acesso em 2 Abr. 2014

MARTINS, M.A *et al* Clínica Médica, vol. 3, São Paulo, Manole, 2009, Cap.7 e 8 p.637-76. Disponível em:< revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/download/.../u2013v10n20e71> Acesso em 3 Abr.2014

MARTINS, M.C; RENOVATO, R.D. **Pesquisa em Enfermagem sobre o tratamento hemodialitico: revisão integrativa**. Revista de Enfermagem Integrada, Unileste-MG, v.8, n.2, 2011. Disponível:< http://www.abeneventos.com.br/16senpe/senpetrabalhos/ files/0334.pdf.> Acesso em 13 Abr. 2014

METHA S, MOORE RD, GRAHAM NMH. Potencial **factors affecting adherence with HIV therapy**. AIDS 1997;11:1665-70.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. K/DOQI **Clinical practice guidelines for hemodialysis Adequacy**. American Journal Kidney Disease, 2001,.

NIES, A.S.; SPIELBERG, S.P. Princípios da terapêutica. In: GOODMAN, A.; GILMAN, G.L. **As bases farmacológicas da terapêutica.** 9. ed. Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill editora, 1996

NOMURA, P. I., PRUDÊNCIO, L. A. R., & KOHLMANN JÚNIOR, O. (1995). **Características do indivíduo hipertenso**. J Bras Nefrol., mar., 17(1), 13-20. Disponível em: <http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1037. > Acesso em 4 Abr. 2014

OIGMAN W. **Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo**. Revista Brasileira de Hipertensão 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br /dha/revista/13-1/08-metodos-de-avaliacao.pdf > Acesso em: 3 Abr. 2014

OLIVEIRA, T. F. M *et al* . **Perfil sociodemográfico, eventos de vida e características afetivas de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento por hemodiálise e diálise peritoneal**: um estudo descritivo. Psicólogo inFormação, jan./dez., 12(12), 9-32 2008. Disponível em: <

https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article_/view/1655 > Acesso em 2 Abr. 2014

RIELLA MC. **Princípio de nefrologia e distúrbios hidroeletrolíticos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 4. ed; 2003 p.1033.

.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrolíticos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010

SANTOS, I.; ROCHA, R. P. F.; BERARDINELLI, L. M. M. **Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2011 mar-abri; 64(2): 335-42. Disponível: < http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a18v64n2.pdf >Acesso em 13 Abr. 2014

SILVA, REGINA CÉLIA DOS SANTOS. **Medicamentos Excepcionais no Âmbito da Assistência Farmacêutica no Brasil**. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola de Saúde Pública, Fundação OsWaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em:< http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5127 >Acesso em 5 Abr. 2014

SILVA DD, PRANDO LE. **As dificuldades do profissional farmacêutico para implantação da Atenção Farmacêutica e da Farmacovigilância nas farmácias hospitalares e comunitárias**. Rev Infarma: p 85-7 2004. Disponível em: <www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/77/i01-**asdificuldades**.pdf > Acesso em 4 Abr. 2014

SIMONETTI, J.P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L.R. **Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos**. Rev. Latino-Am Enfermagem**,** Ribeirão Preto, v.10, n.3, p.415-422, 2002. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13351.pdf> Acesso em 7 Abr. 2014

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN).Disponível em: < www.sbn.org.br> Acesso em: 5 Abr. 2014

THOMAS CV, ALCHIERI JC. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. Avaliação Psicológica: 4(1): 57-64. Disponível em:< http://www.redalyc.org/pdf/3350/335027178007.pdf > Acesso em 2 Abr. 2014

TORREÃO, C.L; SOUZA, S.R; AGUIAR, B.G.C. **Cuidados de Enfermagem ao cliente em diálise peritoneal:** contribuição para prática e manejo clínico. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 2008. Disponível: < http://www.seer.unirio.br/index. php/cuidadofundamental/article/viewArticle/415> Acesso em 03 Abr. 2014

VIEIRA MC. et al. **Qualidade de Vida de Idosos em Procedimento de Hemodiálise em dois centros de Tratamento de São Luís, MA**. Revista do Hospital Universitário/UFMA. 7 (1):24-29, 2006. Disponível em:< http://www. huufma. br/site/estaticas/revista_ hu/pdf/Revista_HU_Volume_7_1-2_JAN_AGO_2006.pdf > Acesso em 6 Abr. 2014

.

REVISTA
SAÚDE DOS VALES