

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

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

PLANO DE TRABALHO: ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER EM
HEMODIÁLISE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA, PARAÍBA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

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

PLANO DE TRABALHO: ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER EM
HEMODIÁLISE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB

Mestrando: Francisco Rasiah Ladchumananandasivam

Orientador: Eduardo Sérgio Soares Sousa

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

Resumo

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

Sumário

1. Introdução	6
2. Justificativa	10
3. Marco teórico e revisão da literatura	11
4. Objetivos	42
4.1. Objetivo geral	42
4.2. Objetivos específicos	42
5. Hipóteses	43
6. Metodologia	44
6.1. Delineamento	44
6.2. Sujeitos do estudo	44
6.3. Cálculo do tamanho e forma de seleção da amostra	44
6.4. Principais variáveis a serem coletadas	45
6.5. Coleta de dados	46
6.5.1. Seleção e treinamento para coleta de dados	46
6.5.2. Logística	46
6.6. Estudo piloto	47
6.7. Controle de qualidade	47
6.8. Processamento e análise de dados	47
7. Aspectos éticos	48
8. Cronograma	48
9. Divulgação dos resultados	49
10. Orçamento	49
11. Referências bibliográficas	50

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 extra-corpórea, de alta complexidade e com intercorrências comuns e graves, o número elevado de pacientes em diálise simultânea acaba limitando a atuação do médico a assistência de intercorrências, ou seja, sobra pouco ou nenhum tempo para a realização de avaliações ambulatoriais e condução de patologias associadas: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia, depressão e etc. O paciente portador de DRCT, em hemodiálise, é mais do que uma doença e suas

demandas vão muito além da TSR. A centralização do cuidado ao especialista, embora cômodo e familiar para o paciente, nesse contexto de falta de especialistas, sobrecarga de trabalho 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, rastreamento 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 co-morbidades e suas complicações, além dos pequenos problemas agudos de saúde por prestadores fora da unidade de diálise é desafiador. Desta forma, os pacientes geralmente recebem supervisão de necessidades de saúde não-renais durante suas visitas de tratamento dialítico devido à conveniência e familiaridade. Como resultado, a gestão da atenção primária acaba sendo negligenciada em detrimento a assistência nefrológica e o paciente acaba restringindo sua busca pelo cuidado com o MFC. Shah e col. (2005) avaliaram 158 pacientes DRCt em diálise nos EUA. Apenas 56 pacientes possuíam MFC. Este estudo observou haver uma relação entre o tempo de tratamento em diálise e a vinculação dos cuidados primários ao nefrologista: apenas 32% dos pacientes com menos de 1 ano de diálise recebiam cuidados primários do nefrologista, enquanto 71% dos pacientes com mais de 1 ano de diálise recebiam os cuidados primários do nefrologista.

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

Foi realizada uma breve revisão da literatura a respeito do tema da atenção primária prestada à doentes renais crônicos e em hemodiálise. A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, na data de 30 de setembro de 2020, às 14:30h. Foram identificadas inicialmente 112 referências. Após a listagem inicial, foram selecionados os artigos que abordavam a relação entre atenção primária e hemodiálise/DRC, que caracterizavam os cuidados primários prestados a doentes renais crônicos pré-diálise ou em hemodiálise e os que abordavam a centralização do cuidado destes pacientes. Foram excluídos os artigos aos quais não se conseguiu acesso ao resumo. Foram então selecionados 16 artigos.

Foram identificados 2 estudos de revisão de literatura. Moyez et. al em 2014 avaliaram a comunicação entre nefrologista e médico provedor de cuidados primários (PCP); dentre 57 estudos, 18 foram selecionados abordando o tema. Foi mostrada uma dificuldade de comunicação entre nefrologista e PCP, mas não se evidenciou impacto desta deficiência nos cuidados prestados aos doentes. Wang et. al., em 2017, revisaram a literatura a respeito da coordenação do cuidado do doente renal crônico em hemodiálise nos Estados Unidos e no Canadá, e identificaram 14 estudos a respeito do tema. Nesta revisão ficou evidente que o PCP deve estar envolvido no cuidado aos doentes em hemodiálise, mas que a maior parte destes doentes concentra seu cuidado no médico nefrologista.

Foram identificados 05 coortes retrospectivos e 02 estudos transversais, além de alguns estudos com aplicação de questionários a médicos sobre sua prática. Estes estudos em geral indicam que os doentes renais crônicos têm um atendimento pré-diálise que deixa a desejar, com boa parte destes doentes entrando em hemodiálise em caráter de urgência, o que demonstra uma deficiência da atenção básica na detecção destes casos. Paula et. al. mostraram em Sobral-CE um intervalo de apenas 02 dias entre a identificação da DRC e o início de hemodiálise entre doentes dialíticos naquele município, o que aponta para um início de diálise não planejado. Peixoto et.al. demonstraram que 80% dos doentes em seu estudo, realizado em Minas Gerais, entraram em diálise de forma não planejada. Estes dados mostram que esta deficiência nos cuidados primários aos doentes renais ocorre em regiões diferentes de nosso país. Este problema foi demonstrado também na Alemanha por Herget-Rosenthal et.al. onde apenas 35% dos pacientes tiveram um manejo considerado adequado.

Esta revisão demonstrou ainda que o PCP aos doentes renais crônicos em hemodiálise tende a ser o médico nefrologista, e não o médico da atenção

básica. Há pouco envolvimento da atenção básica neste cuidado, mas quando ocorre, este envolvimento é benéfico. Sendo a coordenação do cuidado um dos atributos da atenção básica, seria esperado que a PCP fosse o médico da atenção básica. Tende a ter relação direta com a escolha do médico nefrologista como PCP o tempo maior de hemodiálise, como descrito por Shah et.al, Bèchade et.al. e Nespor e Holley. Nespor e Holley compararam também a procura pela atenção básica por pacientes em hemodiálise e diálise peritoneal, e notaram que não houve diferença significativa. Apesar dos pacientes em hemodiálise serem mais dependentes do médico nefrologista para resolução de problemas agudos, os problemas crônicos foram resolvidos pelo nefrologista em 60% das vezes. Zimmerman et. al. demonstraram ainda que os doentes renais crônicos têm mais confiança nos cuidados primários prestados pelo MFC do que pelo nefrologista.

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.

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.

Visto a necessidade de avaliar os cuidados primários ofertados aos doentes renais, este plano de trabalho 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 TRS, 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

O paciente portador de DRCh, em hemodiálise, possui diversos outros problemas clínicos, sociais e psicológicos, além do problema renal em si. Ao iniciar o tratamento dialítico o paciente costuma centralizar seu cuidado no centro de diálise e no médico nefrologista limitando seu plano de cuidado a disfunção renal e suas complicações, a terapia substitutiva renal e outros problemas clínicos relacionados como a doença cardiovascular. Essa prática desencontra-se da proposta do Ministério da Saúde de centralizar o cuidado dos indivíduos na atenção primária onde o médico de saúde da família e comunidade seria o coordenador do cuidado. A coordenação do cuidado pelo Nefrologista acaba segmentando a atenção a saúde do indivíduo e negligenciando outras dimensões do indivíduo contribuindo para maior prejuízo na qualidade de vida e pior rastreamento e controle de outras patologias, além do aumento do risco de iatrogenias. Elucidar os tipos de serviços e prestadores que coordenam as necessidades de cuidados primários dos pacientes portadores de DRCh, em TSR, na modalidade de hemodiálise e sua efetividade iluminará as lacunas em nossa compreensão do papel da atenção primária, da co-participação do nefrologista e do centro de diálise (que, tecnicamente, deveriam atuar como apoio matricial) na assistência desse público. A abordagem específica em relação às mulheres em hemodiálise neste plano de 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

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura a respeito de atenção à saúde da mulher em hemodiálise. Tal revisão servirá de marco teórico deste trabalho e será publicado na forma de capítulo de livro dentro das produções do mestrado Profsaúde.

Capítulo – Atenção à Saúde da Mulher em Hemodiálise – Uma Revisão

Autores:

Francisco Rasiah Ladchumananandasivam

Pablo Rodrigues Costa Alves

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 – PNAISM, “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, 2021).

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. O presente capítulo tem por finalidade revisar a literatura em

Foram considerados critérios de inclusão: (1) Relação com cuidados em saúde ofertados à mulher em hemodiálise e (2) artigos publicados entre 1980 e 2021. Os critérios de exclusão foram: (1) pesquisas realizadas em menores de 13 anos, (2) que abordem cuidados não ofertados na atenção primária em saúde e (3) que não abordem 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 1 não incluído por ter sido realizado antes de 1980. Ao final foram incluídos 32 artigos para esta revisão. A tabela com as características dos artigos está relacionada na página a seguir. A estratégia de busca está descrita no gráfico que segue.

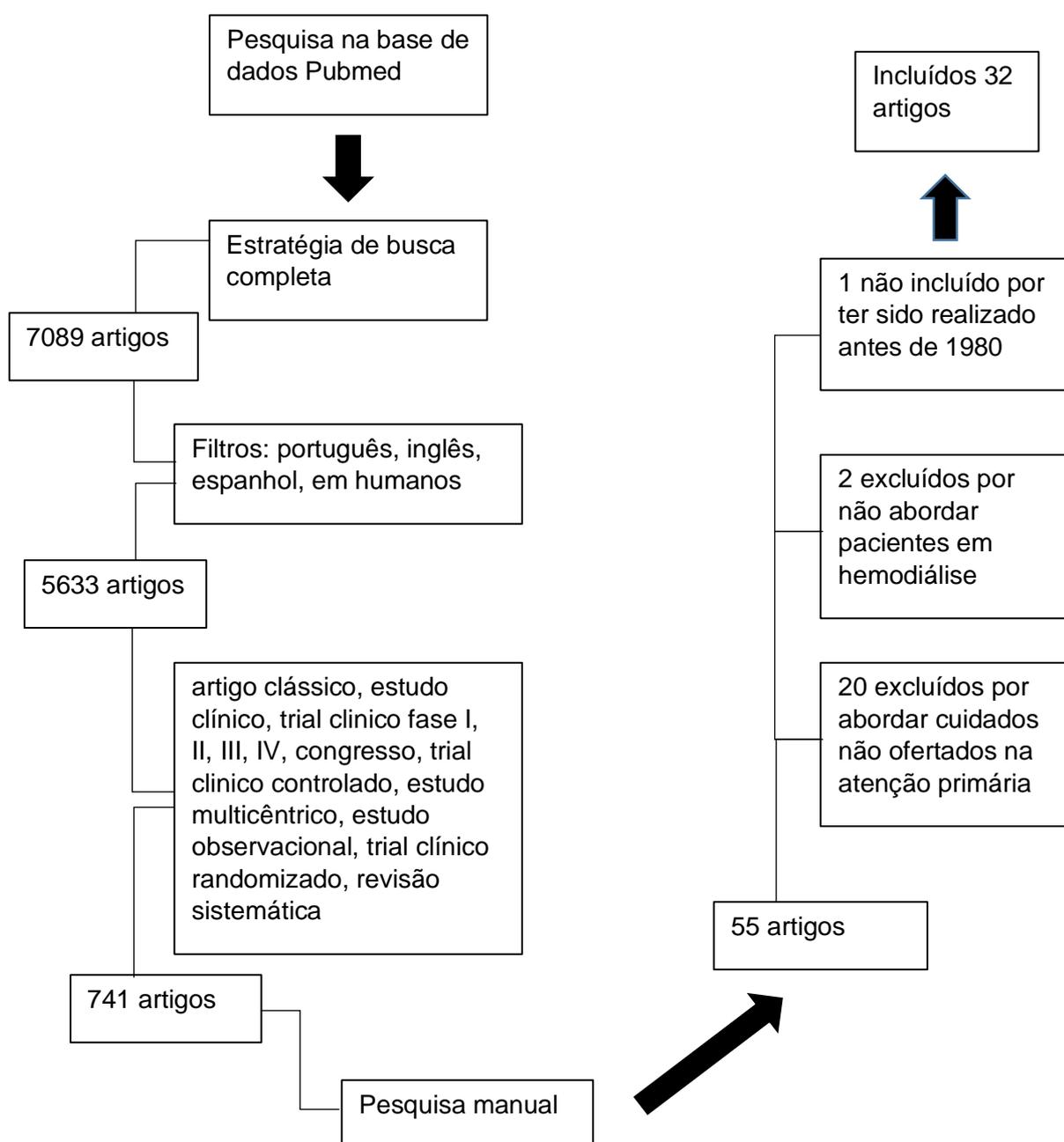


Tabela 1: Características dos artigos incluídos e Principais achados:

Referência/Revista	Tema	País/Ano	Autores	Objetivo	Métodos/Desenho	Objeto	Resultados
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	Status de hormônios sexuais em mulheres com DRC	Canadá Austrália Nova Zelândia Reino Unido 2017	Sharanya Ramesh, Matthew T. James, Jayna M. Holroyd-Leduc, Stephen B. Wilton, Ellen W. Seely, David C. Wheeler and Sofia B. Ahmed	Avaliar a percepção de nefrologistas e equipe a respeito do manejo de status de hormônios sexuais em mulheres com DRC	Questionário qualitativo desenvolvido por médicos e enfermeiros e aplicação através de entrevista semi-estruturada, além de distribuição por e-mail para sociedades médicas	175 nefrologistas e 121 paramédicos	175 nefrologistas (21%) e 121 paramédicos (30%) responderam. 95% dos médicos relataram que função renal impacta hormônios sexuais. Poucos abordam o tema com pacientes. Transplantadores abordaram mais sobre fertilidade. Análise qualitativa mostrou abordagem de temas sobre discussão de fertilidade no contexto de uso de medicações. Sem diferença de abordagem entre nefrologistas de sexos diferentes. 35% pediram que houvesse discussão de fertilidade ou irregularidade menstrual com médico da família ou GO. 87% dos membros da equipe relataram que função renal impacta hormônios sexuais, mas menos de 10% discutem. A equipe reportou menos que havia desejo das pacientes de discutir fertilidade ou irregularidade menstrual. Desconhecimento sobre reposição hormonal, 45% dos médicos não têm certeza do uso. 57% dos profissionais associados relataram o mesmo. 83% não prescrevem terapia hormonal mesmo após a publicação do Women's Health Initiative (WHI) trials em 2002.
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	Provisão de cuidados em fertilidade a pacientes com DRC	Holanda 2017	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	Avaliar cuidados em fertilidade ofertados a pacientes com DRC através da perspectiva de nefrologistas e enfermeiros	Estudo transversal através de aplicação de 2 questionários semi-estruturados a médicos e enfermeiros distribuídos por e-mail e entregues ao vivo	312 nefrologistas e 1211 enfermeiros	Taxa de resposta de 50,9% para nefrologistas e 45,4% para enfermeiros. Apenas 9% dos nefrologistas tinham guidelines sobre fertilidade nas clínicas e 15,6% estavam cientes de guidelines sobre o tema. 6,3% dos nefrologistas informaram que seriam os responsáveis pelo cuidado. 88,1% dos nefrologistas aconselharam suas pacientes a não engravidar. 62,4% em DRC G4 e 12,9% em DRC G5. 24,8% aconselharam a não engravidar em estágios anteriores. Outros assuntos discutidos foram desejo de ter filhos, riscos da gestação, genética da doença. 14,5% referiam as pacientes a especialista em fertilidade. Enfermeiras mais experientes discutiam mais sobre fertilidade. As barreiras identificadas pelos enfermeiros 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 assunto.
Pre-pregnancy counselling for women with	Aconselhamento pré-natal para mulheres com DRC	Reino Unido 2015	Kate S Wiles, Kate Bramham, Alina Vais,	Avaliar a experiência de mulheres com DRC atendendo	Estudo transversal com aplicação de questionário	179 pacientes com DRC 277 controles	179 mulheres entre 2003 e 2011, 131 (73%) nulíparas. DRC G1-G5. 13% com HAS descontrolada, 34% normotensas e 53% com HAS controlada. 45% com proteinúria e 10% com proteinúria nefrótica. Foram 72

<p>chronic kidney disease: a retrospective analysis of nine years' experience</p> <p>BMC Nephrology</p>			<p>Kate R Harding, Paramit Chowdhury, Cath J Taylor and Catherine Nelson-Piercy</p>	<p>a uma clínica de aconselhamento pré-natal e os desfechos gestacionais destas mulheres</p>	<p>qualitativo distribuído pelo correio</p>		<p>respostas ao questionário (40%), destas, 90% acharam a clínica informativa, 92% compreenderam as orientações dadas e 89% consideraram que as orientações as ajudaram a tentar a gestação. 17% 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 que no grupo controle. Houve mais abortamentos, nascimentos pré-termo, pré-eclâmpsia e nascimentos de conceitos PIG. Quanto mais avançada a DRC, em geral, maiores foram as complicações.</p>
<p>HEALTH ISSUES IN DIALYSIS-DEPENDENT FEMALE PATIENTS</p> <p>Peritoneal Dialysis International</p>	<p>Saúde reprodutiva de mulheres em HD e DP</p>	<p>Malásia 2003</p>	<p>Kulamthaivel Shanmugava divoo and Wan Shaariah</p>	<p>Avaliar status menstrual, testes de screening ginecológico aplicados e uso de terapia hormonal</p>	<p>Estudo transversal com entrevista com pacientes</p>	<p>137 pacientes</p>	<p>137 pacientes, sendo 72 (52,5%) em HD, restante em CAPD. Tempo médio em diálise de 33,3 meses. Idade média da menarca 13,1 +ou- 1,7 anos. HAS em 82,4%. 75 mulheres 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 fazer. 98 mulheres casadas responderam sobre uso de contraceptivos. 38 pacientes usaram contraceptivos em algum momento, mas todas suspenderam após o diagnóstico de DRC. Apenas 3 mulheres (4,3%) estavam usando terapia de reposição hormonal. 118 responderam sobre padrão menstrual. 55 estavam na menopausa ao iniciar a diálise. Média de idade da menopausa foi 48,5 anos. 19 pacientes estavam menstruando ao iniciar a diálise, mas entraram em menopausa após cerca de 2,7 anos. Pacientes em CAPD tenderam a entrar na menopausa mais precocemente. 44 (37,3%) continuavam menstruando após o início da diálise.</p>
<p>The Discussion of Sexual Dysfunction Before and After Kidney Transplantation From the Perspective of the Renal Transplant Surgeon</p> <p>Progress in Transplantation</p>	<p>Disfunção sexual após transplante renal</p>	<p>Holanda 2017</p>	<p>Gaby F. van Ek, MD, Esme e M. Krouwel, MD, Els van der Veen, MD, Melianthe P. J. Nicolai, MD, PhD, Jan Ringers, MD,</p>	<p>Avaliar a discussão sobre disfunção sexual antes e após o transplante renal da perspectiva do cirurgião transplantador</p>	<p>Estudo transversal através da distribuição de questionários para cirurgiões transplantadores e fellows</p>	<p>47 médicos (cirurgiões)</p>	<p>63,8% de taxa de resposta. 24 (51,1%) dos 47 questionários foram analisados. Maior parte homens (70,8%). 100% quase nunca discutiam sobre disfunção sexual. 81,8% nunca falavam sobre efeitos dos imunossuppressores na disfunção sexual. 73,9% achavam que os cirurgiões não eram responsáveis por esta discussão, sendo esta a principal barreira identificada.</p>

			Brenda L. Den Oudsten, PhD, Hein Putter, PhD, Rob C. M. Pelger, MD, PhD, and Henk W. Elzevier, MD, PhD				
The health-promoting behaviors and attitude towards menopause and hormone replacement therapy among women on dialysis Gynecological Endocrinology	Menopausa e terapia de reposição hormonal	Israel 2002	J. Winkler, Y. Yogev, R. Nahum, G. Blumberg, M. Fisher & B. Kaplan	Avaliar comportamentos relacionados à saúde, conhecimento e atitudes em relação à menopausa e terapia de reposição hormonal em mulheres em diálise	Estudo transversal com aplicação de questionário	44 pacientes	44 mulheres na pós-menopausa. Taxa de reposta de 100%. Média de idade de 61,2 anos. 62,4% casadas. Tinham uma média de 3,4 filhos. 80% nunca fumaram, BMI médio de 24,6, 59,5% estavam, satisfeitas com seu peso. 75% não praticavam atividade física regular. Apenas 11,5% faziam o auto-exame de mama. 52,4% tiveram um exame das mamas realizado por um médico. E 51,2% fizeram um Papanicolau. 76% faziam mamografias anuais. Apenas 9,1% consideraram a menopausa como um fator positivo para suas vidas. 9% consideraram um evento natural, 16% consideraram um evento ruim e 64% não souberam informar. 46% achavam que a terapia hormonal não era importante. 50% nunca usaram terapia de reposição hormonal. 45,5% já usaram TRH no passado, e apenas 2 estavam usando a TRH no momento do estudo. 45% não usavam por acharem desnecessário. 28% por medo de neoplasia de mama. O principal motivo para suspender a TRH foi sangramento irregular em 45%.
Undetected gynaecological disorders in women with renal disease Human Reproduction	Desordens ginecológicas não detectadas	Reino Unido 1997	Ruth Cochrane and Lesley Regan	Avaliar o aparecimento de desordens ginecológicas	Estudo prospectivo	100 pacientes	100 mulheres com DRC ou transplante renal. 44 transplantadas, 30 em tratamento conservador, 17 em HD e 9 em CAPD. 5 mulheres eram hysterectomizadas e estas eram todas menopausadas. Das 95 mulheres com útero, 39 foram referenciadas por desordens menstruais. Das 62 mulheres que menstruavam, 50 tinham menorrágia (81%), e 33 mulheres eram amenorreicas (35%). Apenas 12 mulheres tinham um ciclo menstrual normal. A alta prevalência de menorrágia foi independentemente do tipo de tratamento ofertado. Apenas 2 mulheres estavam em TRH ao serem referidas, e adicionalmente, 30 foram iniciadas em TRH. 53 mulheres requeriam contracepção, e 13 delas nunca tinham sido orientadas a respeito. 33 mulheres tiveram uma troca realizada em seu método contraceptivo. 24 mulheres tinham potencial de engravidar. 22 destas 24 mulheres tinham infertilidade involuntária, e destas, 8

							havia usado ciclofosfamida. Apenas 2 foram referenciadas com Papanicolau alterado, e mais 8 foram identificadas. 2 eram inflamatórias e 3 levemente discarióticas. 4 tinha discariose moderada e foi confirmado neoplasia intraepitelial cervical. Todas tratadas com sucesso. 1 com neoplasia que submetida a histerectomia. Após a melhora da relação com médicos, houve encaminhamento de mais 23 mulheres. 9 foram diagnosticadas com menopausa e iniciadas em TRH, 2 requeriam orientações sobre contracepção, 1 fez seu primeiro Papanicolau na vida e 1 necessitou cirurgia por NIC3. Todas as mulheres foram submetidas a mamografia de tivessem mais de 50 anos e ou menos de 50 anos com TRH. Não foram identificadas neoplasias. USG foi realizado com alguns diagnósticos. Não foi considerado útil de rotina. Níveis de prolactina eram normais em todas, menos nas que estavam em HD. Estas tinham prolactina elevada. A maior parte das mulheres referidas ao serviço tinha um diagnóstico, mas diagnósticos subsequentes foram feitos, demonstrando que problemas ginecológicos comuns ainda passam despercebidos.
Preventive care for patients with end-stage kidney disease: crossroads between nephrology and primary care Seminars in Dialysis	Interação entre nefrologia e atenção primária	EUA 2020	Samuel S Phen, Amir Kazory, Shahab Bozorgmehri, Tezcan Ozrazgat-Baslanti, Maryam Sattari	Explorar diferenças das características entre pacientes com e sem provedores de cuidados primários e a sua influência na aderência a medidas de prevenção em saúde	Estudo transversal	132 pacientes	118, ou 89,4% tinham provedor de cuidados primários (PCP). Maior nível educacional se relacionou a maior uso de PCP. Screening de neoplasia cervical foi maior no grupo PCP e de mama maior no não-PCP, mas sem significância estatística.
Role of Physician Assistants in Dialysis Units and Nephrology American Journal of Kidney Diseases	Papel do assistente de médico no atendimento aos pacientes	EUA 1999	John E. Anderson, MD, Jose R. Torres, PA-C, Donald C. Bitter, PA-C, Susan C. Anderson, PA-C, and Gary R. Briefel, MD	Avaliar o nível de experiência, salários, satisfação no emprego e responsabilidades no trabalho de assistentes de médicos que atuam em nefrologia	Estudo transversal com questionário	97 assistentes de médicos	15,1% realizam o Papanicolau, e 73,6% agendam o exame. 52,8% realizam o exame da mama e 39,6% agendam a mamografia/exame de mama.

<p>Most Nephrologists Are Primary Care Providers for Chronic Dialysis Patients: Results of a National Survey</p> <p>American journal of kidney diseases</p>	Cuidados primários ofertados pelo nefrologista	EUA 1996	Filitsa H. Bender, MD and Jean L. Holley, MD	Caracterizar o padrão de cuidados primários ofertados pelo nefrologista a pacientes com DRC em diálise	Estudo transversal com questionário	233 nefrologistas	233 questionários respondidos, taxa de resposta de 46%. 70% referiam as pacientes para realizar Papanicolau. 69% referiam as pacientes para mamografia. 52% realizavam exame das mamas.
<p>Gynecologic and Reproductive Issues in Women on Dialysis</p> <p>American Journal of Kidney Diseases</p>	Padrão menstrual e uso de TRH	EUA 1997	Jean L. Holley, MD, Rebecca J. Schmidt, DO, Filitsa H. Bender, MD, Francis Dumler, MD, and Melissa Schiff, MD	Caracterizar o padrão menstrual de mulheres menores de 55 anos em HD e uso de TRH em mulheres maiores de 55 anos em HD	Estudo transversal com questionário	191 questionários sendo 76 pacientes <ou= 55 anos 115 pacientes >55 anos	76 pacientes <ou= 55 anos e 115 pacientes >55 anos. Questionou sobre gestações, padrão menstrual e menopausa antes e após o início da diálise. Questionou ainda sobre atividade sexual, Papanicolau, contracepção e mamografias. Média de idade 43 anos, 68% em HD e 90% em uso de EPO. 70% haviam tido gestações. 179 gestações ao todo, sendo 4 após o início da HD em 4 mulheres diferentes. 2 destas nunca discutiram gestação ou controle de natalidade com o nefrologista, médico da família ou ginecologista. Mais mulheres estavam menstruando antes da HD, mas isso poderia ser explicado por fatores relacionados à idade. Houve relato de maior regularidade menstrual antes da diálise. Fluxo menstrual mais intenso após diálise. Menopausa na idade média de 47 anos. 28% já eram menopausadas. 50% eram sexualmente ativas, mas apenas 36% usavam contracepção. Apenas 13% relataram discutir gestação e contracepção com o nefrologista. 63% faziam Papanicolau anual e 73% mamografia. Apenas 5% das maiores de 55 anos quando iniciaram diálise estavam com TRH.
<p>Nephrologist-Directed Primary Health Care in Chronic Dialysis Patients</p> <p>American Journal of Kidney Diseases</p>	Cuidados primários em HD e DP	EUA 1993	Jean L. Holley, MD, and Sheryl L. Nespor, MSN	Avaliar os cuidados primários ofertados a pacientes em HD e DP, comparando os dois grupos	Estudo transversal com questionário	118 pacientes	118 questionários, sendo 74 em HD e 44 em DP. 80% dos pacientes em HD e 84% em DP dependiam do nefrologista para cuidados primários. Eram 68 mulheres. 68% das mulheres haviam feito mamografia e 59% haviam sido solicitadas na unidade de diálise. 72% haviam feito Papanicolau nos últimos 3 anos.
<p>Attitudes of Canadian nephrologists, family physicians and patients with kidney failure toward primary care delivery for chronic dialysis patients</p>	Cuidados primários em diálise	Canadá 2003	Deborah L. Zimmerman, Avrum Selick, Rajinder Singh and David C. Mendelssohn	Avaliar atitudes de nefrologistas, médicas da família e pacientes com DRC em relação aos cuidados primários	Estudo transversal com questionário	361 nefrologistas 325 médicos da família 163 pacientes com DRC em diálise	Taxa de resposta global de 61,3% para nefrologistas, 51% para médicos da família e 90% para pacientes. 80% dos nefrologistas acreditavam não ser adequado que o nefrologista preste cuidados primários. 85% dos médicos da família concordaram. Baixa taxa de comunicação entre nefrologista e médico da família. 30% dos nefrologistas e 73% dos médicos da família referiam as mulheres para mamografia. Apenas 10% dos

Nephrology Dialysis, Transplantation – NDT				ofertados a doentes renais crônicos em diálise			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 Papanicolau.
Evaluation of the Reproductive Care Provided to Adolescent Patients in Nephrology Clinics: A Pediatric Nephrology Research Consortium Study Kidney International Reports	Cuidado reprodutivo	Canadá EUA 2021	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	Avaliar o manejo de cuidados reprodutivos ofertados por nefrologistas para adolescentes com DRC	Estudo transversal com questionário	75 nefrologistas	305 questionários enviados, 86 respondidos e 75 completos foram incluídos. Apenas 1 teve treinamento formal em nefrologia obstétrica. 34,7% nunca registravam a data da última menstruação. 74% não documentavam o número de parceiros sexuais. 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% discutiam sobre risco de infertilidade por ciclofosfamida, e 41,3% conversavam sobre desejo de engravidar. 87,5% não se sentiam seguros ou confiantes em discutir assuntos relacionados às desordens menstruais. 83,3% se sentiam muito confiantes em discutir sobre teratogenicidade. 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 reversíveis.
High rates of cancer screening among dialysis patients seen in primary care a cohort study Preventive Medicine Reports	Rastreamento de câncer	EUA 2018	Bjorg Thorsteinsdottir, LaTonya J. Hickson, Priya Ramar, Megan Reinald, Nicholas W. Krueger,	Avaliar a taxa de rastreamento de câncer em doentes com DRC acompanhados pela atenção primária e sem tal seguimento	Coorte retrospectiva	2512 pacientes em diálise	Rastreamento de câncer de mama em 38% dos avaliados na atenção primária contra 19% dos não vistos pela atenção primária.

			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				
Contraceptive Use Among Women With End-Stage Kidney Disease on Dialysis in the United States Kidney Medicine	Uso de contraceptivo	EUA 2020	Silvi Shah, Annette L. Christianson, Charuhas V. Thakar, Samantha Kramer, Karthikeyan Meganathan, and Anthony C. Leonard	Avaliar o uso de contraceptivos por mulheres com DRC	Coorte retrospectiva	35732 pacientes representando 115713 pessoas-ano	Mulheres de 2005 a 2014 de 15 a 44 anos que estavam em diálise e participavam do Medicare. Uso de contraceptivos em 5,3% das pessoas-ano, das mulheres do estudo. Das mulheres em diálise, 1,58% usavam 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 contraceptivos
Discussing Sexual Dysfunction with Chronic Kidney Disease Patients: Practice Patterns in the Office of the Nephrologist Journal of Sexual Medicine	Disfunção sexual	Holanda 2015	Gaby F. van Ek, MD, Esmée M. Krouwel, MD, Melianthe P. Nicolai, MD, PhD, Hanneke Bouwsma, MD, PhD, Jan Ringers, MD, Hein Putter, PhD,	Identificar a extensão na qual os nefrologistas discutem disfunção sexual com seus pacientes e as barreiras para que tal discussão ocorra	Estudo transversal com questionário	312 nefrologistas	Taxa de devolução de 51% (159 questionários). Destes, 38 recusaram participação e 106 foram devolvidos completos (33,9%). 15 excluídos por serem de nefropediatras. 7 do estudo piloto incluídos. Total de 113 foram analisados. Apenas 4 (3,6%) dos nefrologistas discutiam disfunção sexual com seus pacientes. O principal motivo elencado para não discutir sobre o assunto foi que os pacientes não relataram espontaneamente. Quando discutido sobre disfunção sexual, os assuntos mais abordados em 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

			Rob C.M. Pelger, MD, PhD, and Henk W. Elzevier, PhD				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. 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.
Preventive Health Care Measures Before and After Start of Renal Replacement Therapy Journal of General Internal Medicine	Triagem de câncer	EUA 2002	Wolfgang C Winkelmayr, MD, ScD, William Owen, Jr, MD, Robert J Glynn, ScD, Raisa Levin, MS, and Jerry Avorn, MD	Descrever a utilização de medidas preventivas em saúde na população com DRC	Coorte retrospectiva	3014 pacientes	17844 pacientes, sendo 3014 após as exclusões. 344 mulheres de 52 a 69 anos na coorte pré-diálise e 160 na pós-diálise. 26,74% realizaram mamografia antes da diálise e 26,25% após o início da diálise. De 21 a 64 anos havia 195 na coorte pré-diálise e 99 na pós-diálise. 16,92% das pré-diálise e 21,21% das pós-diálise realizaram screening para câncer cervical.
Confidence in Women's Health: A Cross Border Survey of Adult Nephrologists Journal of Clinical Medicine	Saúde da mulher	EUA Canadá 2019	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	Avaliar a confiança dos nefrologistas em abordar a saúde da mulher	Estudo transversal com questionário	154 nefrologistas	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% 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% relataram aconselhar menos de 1 mulher por mês. O aconselhamento foi mais frequente nos EUA do que no Canadá. 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%. 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%. Apenas 13,5% se sentiam confiantes em manejar menopausa. 33,1% se sentiam confiantes em manejar contracepção. Em relação ao aconselhamento preconcepção, quase 60% 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%).
<p>Sexual care for patients receiving dialysis: a cross-sectional study identifying the role of nurses working in the dialysis department</p> <p>Journal of Advanced Nursing</p>	Disfunção sexual	Holanda 2016	<p>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. SCHAAPHE RDER, Transplant Surgeon, MD, PhD, Hein PUTTER, Professor in Medical Statistics, PhD, Rob C.M.</p>	Avaliar os cuidados em relação a disfunção sexual ofertados por enfermeiras a pacientes em diálise	Estudo transversal com questionário	1171 enfermeiros	<p>Taxa de resposta de 45,6% (522). 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 idosos, 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% das enfermeiras relataram pouco conhecimento do assunto. 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 das enfermeiras, entretanto, afirmou que esta responsabilidade seria do nefrologista (82,8%). Apenas 66,3% afirmaram que a responsabilidade seria sua também.</p>

			PELGER, Professor in Urology MD, PhD, Henk W. ELZEVIER, Urologist, Sexologist, MD, PhD				
Gynecologic follow up of 129 women on dialysis and after kidney transplantation: a retrospective cohort study European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology	Problemas ginecológicos	França 2015	Zeina Chakhtoura, Marie Meunier, Jacqueline Caby, Lucile Mercadal, Nadia Arzouk, Benoit Barrou, Philippe Touraine	Descrever problemas ginecológicos em mulheres em diálise e após transplante renal	Coorte retrospectiva	129 pacientes	Das 129 pacientes, 102 receberam transplante renal. Média de idade no início do seguimento 41 anos, e seguidas por 9,5 +ou- 10,2 anos. Idade média da menarca 13,3 anos. 78,7% tinham ciclos regulares antes da diálise. 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 funcional. 249 gestações ocorreram em 91 pacientes. 222 antes de iniciar diálise e 6 após o início da diálise. 21 após transplante renal. 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 diálise. Em relação a citologia, houve mais inflamação na diálise do que antes da diálise. 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% após.
Sexual function in women receiving maintenance dialysis Hemodialysis International	Disfunção sexual	EUA 2010	Srikanth SEETHALA, Rachel HESS, Maurizio BOSSOLA, Mark L. UNRUH, Steven D. WEISBORD	Avaliar presença de disfunção sexual em mulheres em hemodiálise e se este assunto era discutido com seu provedor de cuidados e tratado	Estudo transversal com questionário	122 pacientes	66 pacientes incluídas. 80% apresentavam disfunção sexual pelo score FSFI. Entre as pacientes casadas ou com companheiro, 73% apresentavam disfunção sexual. 24 foram sexualmente ativas nas 4 semanas anteriores ao estudo, das quais 46% apresentaram disfunção sexual. 47 pacientes completaram o questionário. 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. As pacientes com disfunção sexual eram mais velhas, tinham maior URR e presença de ICC.
Womens health issues in haemodialysis patients Medical Journal of Australia	Cuidado reprodutivo	Austrália 2001	Christina Jang, Robin J Bell, Vikki S White, Pelrov S Lee, Karen M Dwyer, Peter G Kerr and Susan R Davis	Descrever problemas de saúde da mulher em hemodiálise	Estudo transversal com questionário	73 pacientes	73 mulheres em diálise, 48 participaram, taxa de 66%. Idades de 20 a 84 anos. 56% casadas ou em relacionamento, 25% viúvas ou divorciadas e 19% solteiras. 31% na pré-menopausa. 65% na pós-menopausa. 4% na perimenopausa. 50% relataram cirurgia ginecológica prévia e 23% eram hysterectomizadas. Na pré-menopausa, 66% tinham ciclos regulares. Sintomas pré-menopausais foram relatados por 13/15 mulheres. 7 relataram dismenorréia. 31 mulheres na pós-menopausa. 2 foram induzidas cirurgicamente. Das não induzidas por cirurgia, 27/29 relataram a idade, sendo a média de 47,7 anos. 6 apresentaram menopausa precoce. 3 apresentaram menopausa após iniciar diálise. 77% das participantes relataram gestação prévia. Em relação a função sexual, 25 relataram estar em um relacionamento sexual. 33% relataram interesse sexual diminuído. 4 relataram que isto trazia problemas para seu relacionamento. Mulheres na pós-menopausa que usavam TRH tinham maior probabilidade de estar em um relacionamento sexual. 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. 14 mulheres com história de fratura prévia, 11 na pós-menopausa e apenas 01 em uso de TRH. 02 relataram uso de TRH prévia.
Patients on Hemodialysis Rely on Nephrologists and Dialysis Units for Maintenance Health Care ASAIO Journal	Cuidados primários ofertados aos doentes em diálise	EUA 1992	Sheryl L. Nespore and Jean L. Holley	Avaliar a extensão dos cuidados primários ofertados pelo nefrologista aos doentes renais em hemodiálise	Estudo transversal com questionário	74 pacientes	31/43 mulheres realizaram Papanicolau nos últimos 3 anos. Todos fora do centro de diálise. 72% realizavam mamografia de rotina. 68% destes solicitados pelo nefrologista ou enfermeira do centro de diálise.
Pregnancy Outcomes According to Dialysis Commencing Before or After Conception	Gestação	Austrália Nova Zelândia 2014	Shilpanjali Jesudason, Blair S. Grace, and	Avaliar desfecho fetal e materno de gestações em hemodiálise	Coorte retrospectiva	77 gestações	60% de nascidos vivos. Em gestações com mais de 20 semanas, taxa de nascidos vivos de 82%. Média de parto com 33,8 semanas, e média de peso 1750 g. Maior taxa de nascidos vivos em quem inicia diálise após a

in Women with ESRD Clinical Journal of the American Society of Nephrology			Stephen P. McDonald				concepção em relação a quem já faz diálise no momento da concepção.
Effects of Renal Transplantation on Female Sexual Dysfunction: Comparative Study With Hemodialysis and a Control Group Transplantation Proceedings	Disfunção sexual	Turquia 2017	F.O. Kurtulusa, M.Y. Salmanb, A. Fazlioglu, and B. Fazlioglu	Comparar disfunção sexual entre pacientes em diálise, transplantados e grupo controle	Estudo transversal com questionário	82 pacientes, sendo 29 em diálise	Idade média do grupo diálise 46,9 anos. 48,3% do grupo na pós-menopausa. Massa óssea menor no grupo diálise, média de escore BDI 14,17. Escore FSFI bem menor no grupo diálise, demonstrando disfunção sexual maior neste grupo.
Female Sexual Dysfunction in Peritoneal Dialysis and Hemodialysis Patients Renal Failure	Disfunção sexual	Turquia 2009	Raziye Yazici, Lutfullah Altintepe and Ibrahim Guney, Mehdi Yeksan, Huseyin Atalay, Suleyman Turk, H. Zeki Tonbul, and N. Yilmaz Selcuk	Avaliar a função sexual em pacientes em hemodiálise e diálise peritoneal	Estudo transversal com questionário	117 pacientes	85 em DP e 32 em HD, com média de idade 48,5 anos. Grupo controle 48 pessoas, idade média de 47,1 anos. Função sexual avaliada pelo FSFI, e qualidade de vida pelo SF-36. Todos os escores maiores no grupo controle. Disfunção sexual 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. Escores maiores na HD do que na DP.
Pregnancy Outcomes in French Hemodialysis Patients American Journal of Nephrology	Gestação	França 2018	Gabrielle Normand, Xiaoli Xu, Marine Panaye, Anne Jolivot, Sandrine Lemoine, Fitsum Guebre-Egziabher, Evelyne Decullier,	Avaliar desfecho das gestações em pacientes em diálise	Coorte retrospectiva	100 gestações em 84 pacientes	Avaliou os desfechos de gestações na França entre 1985 e 2015. 17,7% das gestações iniciaram antes do início da TRS. Idade média na concepção de 30,4 anos. Tempo médio em diálise antes da concepção de 44,7 meses +/- 59,7 meses. Diagnóstico da gestação em média com 9,5 semanas. 80,2% faziam diálise por 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%. Ocorreram 14 mortes fetais e 8 neonatais. 62,9% dos partos foram por cesariana. Idade gestacional ao nascer de 33,2 semanas em média com uma taxa de

			Sylvie Bind Muriel Doret, Laure nt Juillard				prematuridade de 76,9%. Peso médio ao nascer de 1719,3 g.
COMPARISON OF SEXUAL FUNCTION IN FEMALES RECEIVING HAEMODIALYSIS AND AFTER RENAL TRANSPLANTATION Journal of Renal Care	Disfunção sexual	Irã 2010	Sima Noohi, MD, Mahyar Azar, MD, Ashkan Heshmatzade Behzadi, MD, Mohammad E. Barbati, MD, Arezoo Haghshenas, MD, Behzad Amoozgar, MD, Mehdi Karami	Avaliar a função sexual de mulheres em hemodiálise e após transplante renal	Estudo transversal com questionário	40 pacientes em HD 72 pacientes após Tx renal	No grupo diálise: Idade média 52 anos. 62,5% haviam tido relações sexuais nas duas semanas anteriores ao estudo e apenas 15% descreveram a sua satisfação como boa ou muito boa.
Sexual Function, Activity, and Satisfaction among Women Receiving Maintenance Hemodialysis Clinical Journal of the American Society of Nephrology	Disfunção sexual	EUA 2014	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	Avaliar função sexual em pacientes em diálise	Estudo prospectivo	125 pacientes	Pacientes selecionados e seguidos por 24 meses. Avaliação feita pelo FSFI modificado pelos autores e mais alguns questionamentos. Repetidos a cada mês e depois espaçado. Idade média de 64 anos, 40% vivendo com parceiro e 40% negras. Escore menor que 26,55 em 89% das vezes em que foi administrado o questionário. 81% das vezes 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 relacionada a inatividade sexual. Não houve diferença entre a satisfação com a vida sexual entre mulheres ativas e inativas.
The benefits of hormone replacement therapy in pre-menopausal women with oestrogen deficiency on haemodialysis Nephrology Dialysis Transplantation - NDT	Reposição hormonal	Polônia 1999	Joanna Matuszkiewicz-Rowinńska, Katarzyna Skórzewska, Stanisław Radowski,	Avaliar o efeito de TRH em função sexual, níveis séricos de estradiol o prolactina e densidade	Estudo prospectivo	63 pacientes	Idades de 18 a 45 anos e divididas em 2 grupos, um tratado com estradiol e outro grupo controle. Houve melhora da função sexual no grupo tratado x nenhuma melhora no grupo controle. Houve ainda melhora de bem-estar geral e atividade no grupo tratado. Houve melhora de DMO no grupo tratado, mas sem significância estatística. Baixo índice de complicações no grupo tratado.

			Antoni Sokalski, Jerzy Przedlacki, Stanisław Niemczyk, Dariusz Włodarczyk, Janusz Puka and Marek Switalski	mineral óssea (DMO)			
Obstetric Outcome in Pregnant Women on Long-term Dialysis: A Case Series American Journal of Kidney Diseases	Gestação	Brasil 2010	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	Avaliar os desfechos maternos e fetais em mulheres em hemodiálise	Série de casos retrospectiva	52 gestações	Foram identificadas 52 gestações entre 1988 e 2008. Taxa de partos bem-sucedidos de 86,5%. Idade média na concepção 29,7 anos. 29 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 diagnosticada em 19% e HAS moderada a grave em 67,3%. 40,4% 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 7 perdas fetais ou natimortos. Idade média no parto 32,7 anos. 85,4% pré-termo. 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%.

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, de acordo com os temas identificados nos artigos selecionados, 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 tema é de relevância para a prática clínica diária. O único artigo da literatura nacional desta revisão trata exatamente deste tema. Os artigos foram publicados ainda no Canadá, Austrália, Nova Zelândia, EUA, Reino Unido, França, Malásia e Holanda.

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 fertilidade. Van 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. 6,3% dos nefrologistas informaram que seriam os responsáveis pelo cuidado. Outros assuntos abordados no estudo foram o desejo de ter filhos, riscos da gestação e genética da doença. 14,5% referiam as pacientes a especialista em fertilidade. Enfermeiras mais experientes discutiam mais sobre fertilidade. As barreiras identificadas pelos enfermeiros 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 assunto.

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% discutiam sobre risco de infertilidade por ciclofosfamida, e 41,3% conversavam sobre desejo de engravidar.

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% 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% relataram aconselhar menos de 1 mulher por mês. O aconselhamento foi mais frequente nos EUA do que no Canadá.

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%. 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%. Em relação ao aconselhamento preconcepção, quase 60% 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%).

Wiles et. al. avaliaram pacientes em uma clínica de fertilidade e obtiveram 72 respostas ao seu questionário (40%). Destas, 90% acharam a clínica informativa, 92% compreenderam as orientações dadas e 89% consideraram que as orientações as ajudaram a tentar a gestação. 17% 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 PIG. Quanto mais avançada a DRC, em geral, maiores foram as complicações.

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 diálise.

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%. Média de parto com 33,8 semanas, e média de peso 1750 g. Maior taxa de nascidos vivos em quem inicia diálise após a concepção em relação a quem já faz diálise no momento da concepção.

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 em média com 9,5 semanas. 80,2% faziam diálise por 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%. Ocorreram 14 mortes fetais e 8 neonatais. 62,9% dos partos foram por cesariana. Idade gestacional ao nascer de 33,2 semanas em média com uma taxa de prematuridade de 76,9%. Peso médio ao nascer de 1719,3 g.

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%. Idade média na concepção 29,7 anos. 29 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 diagnosticada em 19% e HAS moderada a grave em 67,3%. 40,4% 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 7 perdas fetais ou natimortos. Idade média no parto 32,7 anos. 85,4% pré-termo. 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%.

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 Van 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 especialistas.

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 hemodiálise. 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 diálise. Complicações obstétricas ocorreram em todas as gestações de mulheres dialíticas. As complicações foram as mesmas descritas por Wiles et. al.

Jesudason et. al. tiveram uma taxa de sobrevivência neonatal de 60%. Normand et. al. já relataram uma taxa de sobrevivência neonatal maior, de 78%. Ainda assim ocorreram 14 mortes fetais e 8 neonatais no estudo. 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%. Um total de 47 nascidos vivos recebendo alta para casa. Houve 7 perdas fetais ou natimortos. Também foram identificadas complicações gestacionais.

O uso de métodos contraceptivos é essencial no planejamento familiar de mulheres em hemodiálise, visto as altas taxas de complicações gestacionais. Divoo 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 DRC.

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 seguimento.

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 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 nefrologista.

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 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 contraceptivos.

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% após.

Van Ek et. al. entrevistaram médicos nefrologistas e relataram que 88,1% aconselharam suas pacientes a não engravidar. 62,4% em DRC G4 e 12,9% em DRC G5. 24,8% dos nefrologistas aconselharam a não engravidar em estágios anteriores. Não foi abordado o uso de contraceptivos neste artigo. 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 reversíveis.

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 foi falta de treinamento ou treinamento inadequado, relatado por 53,3%. Pouco conhecimento/confiança foi relatado por 39,6%.

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 hemodiálise.

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 FSFI de função sexual. 80% apresentavam disfunção sexual pelo score FSFI. Entre as pacientes casadas ou com companheiro, 73% apresentavam disfunção sexual. 24 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 entrevistado.

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 grupo.

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 idade. 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 boa.

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. Escore menor que 26,55 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 inativas.

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. al. Os motivos para estas altas taxas de inatividade/disfunção sexual são os mais variados, na visão das mulheres entrevistadas. 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 mulher.

Van 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 apenas 113 foram analisados. Apenas 4 (3,6%) dos nefrologistas discutiam disfunção sexual com seus pacientes.

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 em 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 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. 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. As nefrologistas do estudo, apesar de considerarem o assunto de relevância, mostram desconhecimento acerca do tema.

Van Ek et. al. realizaram no ano seguinte, estudo semelhante com enfermeiros. Foram enviados 1171 questionários. A taxa de resposta foi de 45,6% (522). 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 idosos, 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. 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 também.

Van Ek et. al. realizaram um terceiro estudo, abordando cirurgias transplantadoras. 100% quase nunca discutiam sobre disfunção sexual com suas pacientes.

Observa-se que a saúde sexual/difunção sexual, não são abordadas de maneira adequada pela equipe de saúde, apesar de considerarem o assunto importante. 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 Van Ek et.al. Em um estudo, a taxa dos profissionais que nunca discutiam sobre disfunção sexual chegou a 100%. Nos três estudos de Van 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.

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 CAPD. 5 mulheres eram histerectomizadas e estas eram todas menopausadas. Das 95 mulheres com útero, 39 foram referenciadas por distúrbios 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 renal.

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 menopausadas.

Jang et. al. avaliaram 73 mulheres, das quais 48 participaram. 31% na pré-menopausa. 65% na pós-menopausa. 4% na perimenopausa. 50% relataram cirurgia ginecológica prévia e 23% eram hysterectomizadas. Na pré-menopausa, 66% tinham ciclos regulares. Sintomas pré-menopausais foram relatados por 13 entre 15 mulheres. 7 relataram dismenorréia. 31 mulheres na pós-menopausa. 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. 3 apresentaram menopausa após iniciar diálise.

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 informar.

Divo e Shaariah avaliaram 137 pacientes, sendo 72 (52,5%) em HD, e o restante em CAPD. Idade média da menarca foi 13,1 +ou- 1,7 anos. 118 responderam sobre padrão menstrual. 55 estavam na menopausa ao iniciar a diálise. Média de idade da menopausa foi 48,5 anos. 19 pacientes estavam menstruando ao iniciar a diálise, mas entraram em menopausa após cerca de 2,7 anos. Pacientes em CAPD tenderam a entrar na menopausa mais precocemente. 44 (37,3%) continuavam menstruando após o início da diálise.

Chakhtoura et. al. publicaram artigo no qual a média de idade no início do seguimento 41 anos, e as pacientes foram seguidas por 9,5 +ou- 10,2 anos. Idade média da menarca foi aos 13,3 anos. 78,7% tinham ciclos regulares antes da diálise. 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 funcional.

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, menorrágia, 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 a 48 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 autoconhecimento, fundamental no tratamento de qualquer enfermidade.

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 menstrual.

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% não se sentiam seguros ou confiantes em discutir assuntos relacionados às desordens menstruais.

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 obstétrica. Ramesh et. al. evidenciaram que 35% dos profissionais pediram para referir as pacientes a outros médicos, enquanto Vasylyeva et. al. mostraram que a grande maioria dos nefrologistas se sentiam inseguros em discutir o assunto.

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 estudada. 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% não usavam por acharem desnecessário. 28% por medo de neoplasia de mama. O principal motivo para suspender a TRH foi sangramento irregular em 45%. Mesmo com uma taxa alta de mulheres que consideravam a TRH importante, a taxa de uso atual foi semelhante a outros estudos. Halley et. al. também encontraram uma taxa de uso de TRH de apenas 5% das mulheres maiores de 55 anos quando iniciaram diálise. 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 sexual.

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 TRH.

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 x 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 tratado. Este artigo mostra os benefícios da TRH no grupo de pacientes em hemodiálise.

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 estudo.

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 diálise. 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 seguimento. 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 hemodiálise.

Triagem de neoplasias – Mama e colo de útero

A triagem de neoplasias foi o tema abordado em 13 estudos selecionados. O período de realização dos estudos foi de 1992 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.

Divo e Shaaria avaliaram mulheres em hemodiálise e diálise peritoneal no qual 75 mulheres 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 fazer.

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. 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 neoplasias.

Phen et. al. avaliaram os cuidados primários ofertados a pacientes em hemodiálise, comparando o nefrologista com o médico da família. Screening de neoplasia cervical foi maior no grupo PCP e de mama maior no não-PCP, mas sem significância estatística. 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 mama.

Bender e Holley, avaliando os cuidados primários ofertados pelo nefrologista, identificaram que 70% referiam as pacientes para realizar Papanicolau. 69% referiam as pacientes para mamografia. 52% realizavam exame das mamas. Holley e Nespor aplicaram 118 questionários em seu estudo, sendo 74 em pacientes em HD e 44 em DP. 80% dos pacientes em HD dependiam do nefrologista para cuidados primários. Eram 68 mulheres. 68% das mulheres haviam feito mamografia e 59% haviam sido solicitadas na unidade de diálise. 72% haviam feito Papanicolau nos últimos 3 anos. Nespor e Holley também em estudo de avaliação de cuidado primários ofertados a pacientes em

hemodiálise identificaram que 31 entre 43 mulheres realizaram Papanicolau nos 3 anos prévios ao estudo, sendo todos fora do centro de diálise. 72% realizavam mamografia de rotina, 68% destes solicitados pelo nefrologista ou enfermeira do centro de diálise.

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 Papanicolau.

Thorsteinsdottir et. al. realizaram estudo para identificar rastreamento de neoplasias em 2512 pacientes dialíticos. Rastreamento de câncer de mama foi realizado em 38% dos avaliados na atenção primária contra 19% dos não vistos pela atenção primária. Em artigo publicado com o mesmo tema, rastreamento 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 pré-diálise e 21,21% das pós-diálise realizaram screening para câncer cervical.

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

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 zero.

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

Nos artigos de Divoo e Shaaria e Bender e Holley, cerca de 50% das mulheres realizavam o exame das mamas. 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 família. 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 realizava.

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 exame. O mesmo ocorreu no estudo de Winkelmayr et. al., onde o percentual de encaminhamento para exame de Papanicolau ficou em torno de 21%.

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 exame de mamografia foi muito variável nos artigos selecionados, sendo os percentuais de 26% até 73% encontrados. 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. Mesmo nos artigos de literatura internacional, há poucos dados. 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.

4. Objetivos:

4.1. Objetivo Geral:

1. Caracterizar a prestação de cuidados primários às mulheres portadoras de doença renal crônica terminal, em hemodiálise na cidade de João Pessoa-PB.

4.2. Objetivos Específicos:

2. Identificar quem, na percepção das pacientes portadoras de doença renal crônica terminal, em hemodiálise, assume o papel de provedor de cuidados primários, centralizando o seu cuidado.
3. Identificar se o Nefrologista encoraja a paciente a manter/centralizar o atendimento das necessidades primárias de saúde na atenção primária sob os cuidados do médico da atenção básica.
4. Conhecer a vinculação, a frequência e tipo de serviço procurado pela paciente portadora de doença renal crônica terminal, em hemodiálise, na unidade básica.
5. Caracterizar a assistência específica à saúde da mulher prestada às pacientes renais crônicas em hemodiálise – triagem de neoplasias de colo de útero e mama.
6. Avaliar se é discutido a respeito de saúde sexual/disfunção sexual com o prestador de cuidados primários da paciente portadora de doença renal crônica em hemodiálise.

5. Hipóteses

1. O Nefrologista atua como coordenador do cuidado da paciente portadora de DRCh, em hemodiálise, na Paraíba;
2. A Facilidade no acesso e comodidade são os fatores que contribuem para que o nefrologista seja o coordenador dos cuidados primários para a paciente portadora de DRCh, em hemodiálise, na Paraíba;
3. Antes do início da hemodiálise, o MFC e outros especialistas ocupavam o lugar de coordenador do cuidado da paciente portadora de DRCh, em hemodiálise, na Paraíba;
4. A paciente portadora de DRCh, em hemodiálise, na Paraíba, não confia em outros médicos para a gestão de seu cuidado;
5. Existe alta prevalência de sintomas físicos e emocionais nesse grupo de pacientes, todavia, eles são pouco investigados, tratados e resolvidos pelo coordenador do cuidado do paciente;
6. A paciente portadora de DRCh, em hemodiálise, na Paraíba tem pouca vinculação com a USF e, quando frequenta, busca por atendimento odontológico, marcação de exames e retirada de medicação;
7. O nefrologista não realiza o rastreio de neoplasias – sobretudo as relacionadas a saúde da mulher, em pacientes portadoras de DRCh, em hemodiálise, na Paraíba;
8. Não há discussão a respeito de saúde sexual/disfunção sexual com a paciente portadora de doença renal crônica em hemodiálise, independente de quem é o prestador de cuidados primários;

6. Metodologia

6.1. Delineamento

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

6.2. Sujeitos do Estudo

Pacientes maiores de 18 anos, portadores de doença renal crônica estágio G5, em terapia substitutiva renal, na modalidade hemodiálise, em tratamento na Unidade de Doenças Renais – UNIRIM, Serviços Nefrológicos Fiuza Chaves – NEFRUZA, Centro Municipal de Diálise – CMD e Unidade de diálise do Hospital São Vicente de Paula - HSVP, situados em João Pessoa – Paraíba.

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

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

O número estimado da amostra total é de 500 pacientes do sexo feminino em hemodiálise no município de João Pessoa. Considerando um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, chegou-se a uma amostra ideal de 217 pacientes. Este será o tamanho da amostra alvo desta pesquisa. O estudo piloto será realizado com 10% da amostra, ou seja, 21 pacientes.

6.4. Principais variáveis a serem coletadas

A paciente será questionada 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 serão avaliadas as seguintes variáveis: facilidade de acesso, comodidade, capacidade técnica, resolutividade, empatia/comunicação, confiança, necessidade de atender as necessidades além da DRC/HD, necessidade de atender as necessidades da DRC/HD, falta de opção e outra. Para avaliar a vinculação da paciente a determinada especialidade, incluindo àquela relatada como a responsável pela centralização do cuidado serão analisadas as variáveis: periodicidade, última vez que recebeu a avaliação médica e confiança. A percepção do paciente quanto a qualidade da assistência médica para cuidados primários/integrais, será realizada através da avaliação da satisfação (em escala de 0 – 10) das seguintes variáveis: habilidade/conhecimento, empatia/postura, explicações/comunicação, disponibilidade, tempo gasto com você, resolutividade, atendimento das necessidades relacionadas a DRC/HD, atendimento das necessidades além da DRC/HD e confiança.

Apreciar os itens e dimensões avaliados/manejados por Nefrologistas enquanto prestador de cuidados primários exige a avaliação de múltiplas variáveis, dentre elas:

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

A caracterização e gestão da sintomatologia serão realizadas considerando:

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

A caracterização da vinculação da paciente com a unidade de saúde da família será avaliada através dos seguintes questionamentos: você é cadastrado na USF? Você recebe visita dos agentes comunitários de saúde? Realiza consultas na USF? Quais serviços costuma utilizar na USF? Avaliação da satisfação de 0-10. A avaliação das internações por condições sensíveis a atenção básica será realizada com apoio da lista brasileira de condições sensíveis a atenção básica através da identificação de internações no último ano e a etiologia que levou a essa necessidade.

6.5. Coleta de dados

6.5.1. Seleção e treinamento para coleta de dados

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

6.5.2. Logística

A aplicação dos questionários será realizada nos seguintes serviços de hemodiálise: Unidade de Doenças Renais – UNIRIM, Serviços Nefrológicos Fiuza Chaves – NEFRUZA, Centro Municipal de Diálise – CMD, Unidade de diálise do Hospital São Vicente de Paula - HSV, situados em João Pessoa – Paraíba, podendo ser realizada nos turnos da manhã, tarde e noite, de segunda

a sábado, horários de funcionamento eletivo do serviço, durante o período de junho de 2021 a janeiro de 2022. A participação no estudo será voluntária e buscando-se atender o horário de maior conveniência para o paciente através de uma busca ativa. O pesquisador é responsável por suspender ou adiar a coleta de dados caso observe que o paciente não está confortável ou ao perceber qualquer intercorrência do tratamento hemodialítico.

A coleta de dados será conduzida por estudantes de medicina que receberão subsídios teóricos e práticos para a aplicação do instrumento de coleta de dados, pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo, a fim de conferir o máximo de homogeneidade na coleta de dados. Optou-se pela aplicação pelos acadêmicos de medicina com o objetivo de evitar viés de resposta positiva, considerando que o pesquisador é médico assistente de parcela considerável da amostra o que poderia intimidar o entrevistado.

6.6. Estudo piloto

O estudo piloto será realizado com 10% da amostra: 21 pacientes, sendo selecionados da Unidade de Doenças Renais – UNIRIM. O objetivo principal deste estudo piloto será testar o instrumento de coleta de dados, garantir que renderá resultados próprios para responder as perguntas de pesquisa; antever resultados; e revisar e aprimorar os pontos necessários. Além disso, investigar se há dificuldades na aplicação do questionário, como constrangimento ao responder perguntas e/ou termos confusos.

6.7. Controle de qualidade

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

6.8. Processamento e análise de dados

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

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

9. 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 em linguagem leiga para pacientes portadores de DRCt em hemodiálise.

10. Orçamento

Serão 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	1000,00	1	1000,00
Total			1535,00

11. 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.

HOLLEY, Jean L.; NESPOR, Sheryl L. Nephrologist-Directed Primary Health Care in Chronic Dialysis Patients. *American Journal of Kidney Diseases*, v. 21, n. 6, p. 628–631, jun. 1993.

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, Esmée 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. Yogeve, 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. Tullidge-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 Nursing*. 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. Nespor 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.

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

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

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

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

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

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

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

3. AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA PRESTADA

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

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

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

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

Durante o último mês você experimentou algum desses sintomas? Caso afirmativo, o quanto este sintoma te incomoda e qual especialista você procura para 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 → NÃO	0	1	2	3	4	
Boca seca	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Dor nos ossos ou juntas	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Dor no peito	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Dor de cabeça	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Dor muscular	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Dificuldade em concentrar	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Pele seca	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Comichão ou coceira	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Dificuldade para pegar no sono	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	

Dificuldade para manter-se dormindo	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Sente-se nervoso	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Sente-se triste	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Sente-se ansioso	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Sente-se irritado	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Redução da libido	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	
Disfunção sexual	SIM → NÃO	0	1	2	3	4	

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

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

A equipe da clínica de diálise questiona sobre suas vacinas? Sim Não
 Você recebeu recomendação do médico nefrologista ou da enfermeira do centro de diálise quanto a vacinação para gripe? Sim Não
 Você recebeu recomendação do médico nefrologista ou da enfermeira do centro de diálise quanto a vacinação para Sarampo? Sim Não
 Você recebeu recomendação do médico nefrologista ou da enfermeira do centro de diálise quanto a vacinação para tétano? Sim Não

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

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

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

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

O médico nefrologista te recomenda fazer avaliações periódicas no dentista?

Sim Não

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

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

Você é cadastrado na Unidade Básica de Saúde da localidade onde você mora?
 Não, _____ por _____ que?

Sim:

a. Você recebe visitas de Agentes Comunitárias de Saúde?

Não Sim , quantas vezes por ano? _____

b. Você costuma realizar consultas lá?

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

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

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

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

e. Seu acesso a USF é dificultado? Não Sim, _____ porquê?

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

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

Desencorajar Encorajar/Recomendar Indiferente

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

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

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

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

Sobre os sintomas clínicos abaixo descritos, o médico nefrologista:

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

APENAS PARA PACIENTES PORTADORES DE DM

Quando foi a última vez que você realizou um ECG?

<1 mês	>1 e <3 meses	>3 e <6 meses	>6 e <12 meses	>1 ano	>2 anos	>3 anos	>5 anos	Não 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 NãoEncontra-se em tratamento para retinopatia diabética? Sim Não

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Não Sim

APENAS PARA MULHERES MAIORES DE 50 E MENORES DE 64 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 recorde
--------	--------------	--------------	--------------	---------	-------------------	----------	-------------

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

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

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

Anual	Bianual	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

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

Não Sim

Caso sim, quando realizou o último exame?

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

Caso sim, quem solicitou a sua mamografia? _____

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

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

Anual	Bianual	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

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

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 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

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

Não Sim

Caso sim, quando realizou o último exame?

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

Caso sim, quem solicitou a sua mamografia? _____

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

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

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

Seu médico nefrologista já conversou sobre a necessidade de realização periódica da mamografia?

Não Sim, ele já te encaminhou