

ATENÇÃO FARMACÊUTICA EM PACIENTES TRATADOS POR HEMODIÁLISE – AUTOCUIDADO E MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA

MICHELE ZSCHORNACK STRELOW¹; MIRIAM MOREIRA MUSSI²;
 MARISTELA BÖHLKE²; JOÃO PEDRO MUSSI LAYDNER¹; CAMILA CORRÊA
 COLVARA²; JONAS PETER³; MARYSABEL PINTO TELIS SILVEIRA¹

¹Universidade Federal de Pelotas – micheli_st@hotmail.com

²Universidade Católica de Pelotas

³Universidade Federal de Rio Grande

¹Universidade Federal de Pelotas - marysabelfarmacologia@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

A doença renal é considerada um grave problema de saúde pública porque causa elevadas taxas de morbidade e mortalidade e, além disso, tem impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). A doença renal crônica (DRC) na fase de diálise tem importante comprometimento da qualidade de vida (QV) devido à terapêutica, a sintomatologia de uma doença irreversível, modificações de dieta e as mudanças na vida social.

O doente renal crônico sofre alterações da vida diária em virtude da necessidade de realizar o tratamento hemodialítico, necessitando de suporte formal de atenção à saúde, isto é, vive dependente da equipe de saúde, da máquina e do suporte informal para ter o cuidado necessário (Ribeiro 2000; de Castro, Fuchs et al. 2006).

Dados do Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) estimaram que a população em diálise era de 92.091 pacientes em julho de 2010, um aumento de 5,79% em relação aos 87.044 estimados em março de 2008. Também apontaram uma taxa de prevalência e incidência de DRC em tratamento dialítico em 2010 de 483 e 100 pacientes por milhão, respectivamente; e o número estimado de pacientes que iniciaram o tratamento em 2010 foi de 18.972. A taxa anual de mortalidade bruta foi de 17,9%. Dos casos prevalentes, 30,7% dos pacientes tinham idade igual ou superior a 65 anos; 90,6% estavam em hemodiálise e 9,4% em diálise peritoneal; 35.639 (38,7%) estavam na fila de espera para transplante (Sesso, Lopes et al. 2008; Sesso, Lopes et al. 2011).

O farmacêutico atua como educador em saúde. Apenas fornecer informações não é o suficiente, é preciso selecionar e adaptar a linguagem ao paciente, motivando o autocuidado. Para tanto, é necessário desenvolver habilidades de comunicação, a fim de estabelecer uma parceria entre farmacêutico e paciente. O trabalho da atenção farmacêutica reforça a necessidade de cooperar com o processo terapêutico do paciente com o objetivo de identificar e corrigir incompatibilidades em relação ao uso de medicamentos, avaliando a melhora dos parâmetros clínicos e o aumento da qualidade de vida relacionada à saúde destes pacientes.

O objetivo do presente trabalho é, através da atenção farmacêutica, aumentar a qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise. Neste relato são apresentados os dados basais de qualidade de vida dos pacientes do estudo.

2. METODOLOGIA

Estudo experimental tipo ensaio clínico randomizado (ECR), realizado no Hospital Universitário São Francisco de Paula/UCPEL, em pacientes portadores de doença renal crônica tratados por hemodiálise. Os pacientes no grupo intervenção (GI) são submetidos à atenção farmacêutica e nos grupo controle (GC) é prestada atenção clínica habitual.

A atenção farmacêutica é realizada através do Método Dáder de acompanhamento farmacoterapêutico (Hernández, Castro et al. 2007). É realizado pelo menos uma vez por mês, ou conforme a necessidade de cada usuário. As entrevistas são realizadas enquanto o paciente está sendo submetido à hemodiálise.

A qualidade de vida foi avaliada (N= 48) pelo Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDQOL-SF) - instrumento que avalia o auto relato de capacidade e bem estar de indivíduos com doença renal tratados por diálise. O questionário consiste de 80 itens divididos em 19 dimensões: SF-36 (8 dimensões/36 itens): capacidade funcional (10 itens), limitações físicas (4 itens), limitações emocionais (3 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), função social (2 itens), função emocional (5 itens), fadiga (4 itens) e 1 item abordando o estado de saúde quando comparado com a situação há 12 meses; itens dirigidos a doença renal (11 dimensões/43 itens): lista de sintomas/problemas (12 itens), efeitos da doença renal (8 itens), impacto da doença renal (4 itens), função cognitiva (3 itens), qualidade da interação social (3 itens), função sexual (2 itens), sono (4 itens), suporte social (2 itens), situação de emprego (2 itens), situação geral de saúde (1 item computado separadamente), satisfação do paciente (1 item), encorajamento por equipe da diálise (2 itens). A mudança da saúde (questão 2) do SF-36 e o 0 -10 situação geral de saúde (questão 22) são computados como itens isolados. Os escores de cada dimensão variam de 0 a 100, com os valores mais altos refletindo melhor QV e os valores mais baixos refletindo uma pior QV (CICONELLI, 2005). Os dados laboratoriais e clínicos foram obtidos dos registros médicos e dados sócio-demográficos foram coletados através de questionário aplicado oralmente.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 48 pacientes, a maioria é homem (73%), com idade entre 19 a 82 anos, média de 53,5 (DP=15,7). O salário mensal mediano é de R\$ 1.290,00 (IQR 683,50-2.177,00), o tempo de estudo mediano é de 8 anos (IQR 4-11). O tempo médio de diálise foi de 32 meses (DP=22,5), o número total médio de fármacos usados foi de 5,8 (DP=3,1), variando de 1 a 15 e a média do número de comprimidos usados por dia foi de 11 (DP=7), variando de 1 a 35.

Os maiores escores médios obtidos nas dimensões específicas do KDQOL-SF foram estímulo da equipe de diálise (87,23 - DP 20,1); qualidade da interação social (83,12 - DP 17,79); suporte social (81,88 - DP 19,54); função sexual

(82,61 - DP 26,04); função cognitiva (81,02 - DP 18,05); lista de sintomas (79,28 - DP 13,82); satisfação do paciente (78,01 - DP 18,75); efeitos da doença renal (73,55 - DP 19,59) e sono (69,45 - DP 2,19). Os menores escores médios obtidos foram nas dimensões sobrecarga renal (44,15 - DP 23,62) e papel profissional (28,89 - DP 27,16).

Nas dimensões genéricas, os escores obtidos foram: função social (72,28 - DP 28); bem estar (72,87 - DP 19,83), dor (65,81 - DP 2,89); funcionamento físico (64,43 - DP 29,14), energia e fadiga (62,72 - DP 24,91), função física (60,00 - DP 42,10) e saúde geral (52,55 - DP 19,83).

Os dados do nosso mostram-se consistentes pois assemelham-se aos encontrados por Braga nos valores obtidos nas dimensões específicas qualidade da interação (84,72 - DP 18,63), função sexual (84,84 - DP 24,99), função cognitiva (84,78 - DP 20,72), lista de sintomas (78,94 - DP 16,75), efeitos da doença renal (71,00 - DP 19,56), sono (71,16 - DP 22,21), sobrecarga renal (40,95 - DP 28,60) e papel profissional (25,11 - DP 31,79). Nas dimensões genéricas, os valores mais semelhantes entre os estudos foram função social (70,85 - DP 29,00), bem estar (74,99 - DP 21,43), dor (69,64 - DP 30,85) e energia e fadiga (64,08 - DP 24,55).

Valores numéricos precodificados para respostas em algum item do KDQOL-SF™ estão na direção tal que um número mais alto reflete um estado de saúde mais favorável. O procedimento do escore transforma primeiro os valores numéricos brutos precodificados dos itens de uma possível escala 0-100, cada item é colocado em uma escala de 0 a 100 de modo que os escores mais baixos e mais altos estão estabelecidos em 0 e 100, respectivamente. Os escores representam a porcentagem do possível total de escore obtido.

O componente estado geral de saúde é avaliado através da percepção do indivíduo em relação à sua própria saúde no presente, comparando-a com os demais e o futuro da sua saúde. Nos pacientes em hemodiálise, o comprometimento do estado geral torna-se visível através dos sinais e sintomas evidenciados externamente, o que no nosso estudo foi identificado através dos baixos escores nas dimensões específicas sobrecarga renal e papel profissional, e nas dimensões genéricas função física e saúde geral.

Os tratamentos dialíticos são capazes de adaptar os rins de modo extremamente eficiente, mantendo a homeostase praticamente até os estádios terminais do processo da DRC. Contudo, esta adaptação do rim gera um desequilíbrio ou disfunção que, em longo prazo, contribui para debilitar o estado geral de saúde do indivíduo, comprometendo sua QV.

Pacientes em HD são submetidos a inúmeras pressões psicológicas e limitações, podem-se destacar a dependência e restrições impostas pelo tratamento, o medo da morte, as complicações físicas da doença e as mudanças da imagem corporal. A situação de dependência gera desgaste tanto para o paciente quanto para os amigos e familiares. A ociosidade por parte do paciente causa sentimento de inutilidade e desvalorização, o que interfere negativamente na qualidade de vida dos pacientes.

4. CONCLUSÃO

A Atenção Farmacêutica pode ser de grande importância para aumentar a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise dada a complexidade do tratamento, a necessidade de utilização de medicamentos que podem provocar importantes efeitos adversos, necessidade de dieta restrita e adesão ao estilo de vida. Através da Atenção Farmacêutica pode-se melhorar a qualidade de vida do paciente ao melhorar a compreensão sobre sua doença, seu tratamento, e a importância de seguir corretamente as orientações de seu tratamento.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAGA, S. F. M. Fatores associados com a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em hemodiálise. Rev. Saúde Pública 2011; 45(6): 1127-36.

CICONELLI, R.M. Tradução para o português e validação do Questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)".[tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP;1997.

HERNÁNDEZ, D. S., M. S. Castro, et al., Eds. (2007). Método Dáder Guia de Seguimiento Farmacoterápico.

KUSUMOTO, L.; MARQUES, S.; HAA, V.J.; RODRIGUES, R.A.P. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. Acta Paul Enferm 2008; 21(núm. esp.):152-9.

RIBEIRO, R. C. H. M. (2000). A condição do idoso com insuficiência renal crônica. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, USP-Ribeirão Preto. Master.

SESSO, R., A. A. Lopes, et al. (2008). "Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2008." J Bras Nefrol 30: 233-238.

SESSO, R. C., A. A. Lopes, et al. (2011). "2010 report of the Brazilian dialysis censos." J Bras 33 (4): 442-447.

NRUH, M. L., M. G. Hartunian, et al. (2003). "Sleep quality and clinical correlates in patients on maintenance dialysis." Clin Nephrol 59(4): 280-288.