

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)



Prevenção e Promoção de Saúde 3

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)



Prevenção e Promoção de Saúde 3

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
P944	Prevenção e promoção de saúde 3 [recurso eletrônico] / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Prevenção e promoção de saúde; v. 3) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-829-8 DOI 10.22533/at.ed.298190912 1. Política de saúde. 2. Saúde pública. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II. Série. CDD 362.1
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A coleção “Prevenção e Promoção de Saúde” é uma obra composta de onze volumes que apresenta de forma multidisciplinar artigos e trabalhos desenvolvidos em todo o território nacional estruturados de forma à oferecer ao leitor conhecimentos nos diversos campos da prevenção como educação, epidemiologia e novas tecnologias, assim como no aspecto da promoção à saúde girando em torno da saúde física e mental, das pesquisas básicas e das áreas fundamentais da promoção tais como a medicina, enfermagem dentre outras.

Sabemos que fatores genéticos, sociais, ambientais e condições derivadas de exposição microbiológica, tóxica etc., determinam diretamente a ocorrência e distribuição dos processos de saúde-doença. Deste modo averiguar a distribuição das doenças e seus determinantes é um processo chave para a prevenção e promoção da saúde.

Nesse terceiro volume o leitor poderá observar estudos como da avaliação da frequência ou distribuição das enfermidades, assim como os fatores que explicam tal distribuição, assim tanto aspectos epidemiológicos descritivos quanto analíticos serão abordados como eixo central dos trabalhos aqui apresentados.

Deste modo, a coleção “Prevenção e Promoção de Saúde” apresenta uma teoria bem fundamentada seja nas revisões, estudos de caso ou nos resultados práticos obtidos pelos pesquisadores, técnicos, docentes e discentes que desenvolveram seus trabalhos aqui apresentados. Ressaltamos mais uma vez o quão importante é a divulgação científica para o avanço da educação, e a Atena Editora torna esse processo acessível oferecendo uma plataforma consolidada e confiável para que diversos pesquisadores exponham e divulguem seus resultados.

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A OCORRÊNCIA DE ENFERMIDADES NA CLÍNICA MÉDICA DO INSTITUTO JORGE VAITSMAN	
Adriana Lúcia Souza Netto Serpa	
Vera Cardoso De Melo	
Andrea Ribeiro De Castro	
José Augusto Almeida Pereira	
Luiza Helena Mendes Fagundes de Souza	
DOI 10.22533/at.ed.2981909121	
CAPÍTULO 2	6
ASPECTOS POPULACIONAIS E AMBIENTAIS ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DAS ARBOVIROSES NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA, RORAIMA	
Pedro Victor Correa Trindade	
Jessyana Gomes Vieira	
Gracielli Nonato Barbosa	
Allaelson dos Santos de Moraes	
Caroline Barbosa Moura	
Yuri Ferreira dos Santos	
Iran Barros de Castro	
Isabella Maravalha Gomes	
Nathalia Bittencourt Graciano	
Ana Iara Costa Ferreira	
Bianca Jorge Sequeira Costa	
Leila Braga Ribeiro	
Julio Cesar Fraulob Aquino	
Wagner do Carmo Costa	
Fabiana Nakashima	
DOI 10.22533/at.ed.2981909122	
CAPÍTULO 3	15
CARACTERÍSTICAS SOCIAIS, DEMOGRÁFICAS, DE USO DE DROGAS E DE SAÚDE DE PESSOAS QUE USAVAM CRACK: INFORMAÇÕES PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE EM MUNICÍPIO AO NORTE DO BRASIL	
Aldemir Branco Oliveira-Filho	
Elizá do Rosário Reis	
Francisco Junior Alves dos Santos	
Fabricio Quaresma Silva	
Gilda de Kassia Moreira Reis	
Nadilene Araujo Veras de Brito	
Gláucia Caroline Silva de Oliveira	
Emil Kupek	
DOI 10.22533/at.ed.2981909123	
CAPÍTULO 4	32
CARACTERIZAÇÃO DE MULHERES BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA QUANTO À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA, TABAGISMO E ETILISMO	
Raquel Bezerra de Abreu	
Marina de Paula Mendonça Dias	
Andressa Freire Salviano	
Mítia Paiva Mota	
Anna Carolina Sampaio Leonardo	
Viviane Lopes Tabosa	
Katia Moreira Magalhães	
Daniela Vasconcelos de Azevedo	

CAPÍTULO 5 38

CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL

Rayssa Hellen Ferreira Costa
Nadia Maia Pereira
Gerson Tavares Pessoa
Kauana Stephany Sousa da Silva
Clara Maria Leal Soares
Maria Josefa Borges
Eulália Luana Rodrigues da Silva
Natália Borges Guimarães Martins
Jéssica Maria Santana Freitas de Oliveira
Luã Kelvin Reis de Sousa
Lexlanna Aryela Loureiro Barros
Maise Campêlo de Sousa
Kevin Costner Pereira Martins
Mateus Henrique de Almeida da Costa
Hyan Ribeiro da Silva

DOI 10.22533/at.ed.2981909125

CAPÍTULO 6 47

DIFICULDADES DOS IDOSOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS DIANTE DA INSULINOTERAPIA

Estéphany Aimeê de França Pinheiro
Luciene Corado Guedes

DOI 10.22533/at.ed.2981909126

CAPÍTULO 7 60

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA E CONTROLE DA INFECÇÃO POR CHIKUNGUNYA NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Iran Barros de Castro
Isabella Maravalha Gomes
Nathalia Bittencourt Graciano
Jessyana Gomes Vieira
Gracielli Nonato Barbosa
Allaelson dos Santos de Morais
Caroline Barbosa Moura
Yuri Ferreira dos Santos
Pedro Victor Correa Trindade
Ana Iara Costa Ferreira
Bianca Jorge Sequeira Costa
Leila Braga Ribeiro
Julio Cesar Fraulob Aquino
Fabiana Nakashima

DOI 10.22533/at.ed.2981909127

CAPÍTULO 8 75

DOR E DESCONFORTO EM AGENTES DE COMBATE A ENDEMIAS DE GUANAMBI-BA

Janne Jéssica Souza Alves
Suelen Oliveira
Paula Keeturyn Silva Santos

DOI 10.22533/at.ed.2981909128

CAPÍTULO 9 87

EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO NO BRASIL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Alina Maria Núñez Pinheiro
Jéssica Silva Lannes
Karmelita Emanuelle Nogueira Torres Antoniollo
Isabella Aparecida Silva Knopp
Mateus Romão Alves Vasconcelos
Ibella Aparecida Cabral Marinho Plens
Maria Salete Bessa Jorge

DOI 10.22533/at.ed.2981909129

CAPÍTULO 10 98

HANSENÍASE NA REGIÃO NORTE DO BRASIL: AVALIANDO A PREVALÊNCIA E A INCIDÊNCIA DE SUAS COMPLICAÇÕES

Maiza Silva de Sousa
Georgia Helena de Oliveira Sotirakis
Armando Sequeira Penela
Maria das Graças Carvalho Almeida
Widson Davi Vaz de Matos
Gabriela Pixuna Dias
Pedro Lucas Carrera da Silva
Stefany Ariany Moura Braga
Priscila Rodrigues Tavares
Karla Karoline da Silva Brito
Michelly Maria Lima da Conceição
Glenda Rafeale Sales dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.29819091210

CAPÍTULO 11 109

PERFIL CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE NO INTERIOR MARANHENSE NO PERÍODO DE 2013 A 2017

Adriane Mendes Rosa
Bárbara de Araújo Barbosa Sousa
Gabriella Marly Pereira de Jesus
Iara Leal Torres
Gleciene Costa de Sousa
Helayne Cristina Rodrigues
Francilene de Sousa Vieira

DOI 10.22533/at.ed.29819091211

CAPÍTULO 12 122

PERFIL DA MORTALIDADE PERINATAL NO MUNICÍPIO DE CALDAS NOVAS-GOIÁS NO PERÍODO DE 2010 A 2013

Tatiana Rodrigues Rocha
Gislene Cotian Alcântara
Marco Aurélio Gomes Mendonça
Rita de Cassia Marques Machado

DOI 10.22533/at.ed.29819091212

CAPÍTULO 13 135

PERFIL DE INTERNAÇÕES POR DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO EM PERNAMBUCO (2008-2016)

Ana Gabriela da Silva Botelho
Brígida Maria Gonçalves de Melo Brandão
Rebeca Coelho de Moura Angelim

Fátima Maria da Silva Abrão

DOI 10.22533/at.ed.29819091213

CAPÍTULO 14 145

PERFIL DE MARCADORES BIOQUÍMICOS E HEMATOLÓGICOS DE PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE: ESTUDO TRANSVERSAL EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO NORDESTE DO PARÁ

Paula Cristina Rodrigues Frade
Ana Caroline Costa Cordeiro
Andreia Polliana Castro de Souza
Carlos Falken Sousa
Luísa Caricio Martins
Aldemir Branco de Oliveira-Filho

DOI 10.22533/at.ed.29819091214

CAPÍTULO 15 154

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VITÍMAS DE VIOLÊNCIA ATENDIDOS NO SETOR CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL DO ALTO SERTÃO PARAIBANO

Fernanda Silva Galdino
Elanielle Gonçalves da Silva e Souza
Maria do Desterro Menezes Rufino
Wemerson Neves Matias

DOI 10.22533/at.ed.29819091215

CAPÍTULO 16 160

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE DOENÇAS NEGLIGENCIADAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NO BRASIL COM ANÁLISE DOS INVESTIMENTOS GOVERNAMENTAIS NESTA ÁREA

Francisco das Chagas Araújo Sousa
Hiago Vêras Araújo Soares
Natália Monteiro Pessoa
Érika Vicência Monteiro Pessoa
Diógenes Monteiro Reis
Luis Euripedes Almondes Santana Lemos
Augusto Cesar Evelin Rodrigues
Francisco Laurindo da Silva
Evaldo Hipólito de Oliveira
Roseane Mara Cardoso Lima Verde

DOI 10.22533/at.ed.29819091216

CAPÍTULO 17 169

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES INTERNADOS EM CARÁTER DE URGÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR - BA

Samuel Gomes Cardoso
Paulo Eduardo Dias Lavigne
Renato Macêdo Teixeira de Queiroz
José Victor Dias Lavigne
Vitor Brandão Vasconcelos

DOI 10.22533/at.ed.29819091217

CAPÍTULO 18 177

PERSPECTIVA DO PACIENTE RENAL CRÔNICO EM HEMODIÁLISE SOBRE SEU CUIDADOR

Gabriela Antoni Fracasso
Marcela Cristina Enes
Ricardo Augusto de Miranda Cadaval
Ana Laura Schliemann

CAPÍTULO 19	189
RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO NO BRASIL EM 20 ANOS: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	
Áquila Matos Soares	
Laiane Meire Oliveira Barros	
Artur Guilherme Holanda Lima	
Meiriane Oliveira Barros	
Artur Diniz de Brito Martins	
Ryuji Santiago Hori	
Paulo William Moreira da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.29819091219	
CAPÍTULO 20	197
SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE QUEIMADOS EM UMA UNIDADE PÚBLICA DE SAÚDE	
Regina Ribeiro de Castro	
Rosana Mendes Bezerra	
Alexsandra dos Santos Ferreira	
Sarah Sandres de Almeida Santos	
DOI 10.22533/at.ed.29819091220	
CAPÍTULO 21	207
SOBREPESO E OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SUA RELAÇÃO COM O STATUS SOCIOECONÔMICO	
Afrânio Almeida Barroso Filho	
Edite Carvalho Machado	
Ítalo Barroso Tamiarana	
Ivna Leite Reis	
Karmelita Emanuelle Nogueira Torres Antoniollo	
Lorena Alves Brito	
Marcela Braga Sampaio	
Marcelo Feitosa Veríssimo	
Francisco José Maia Pinto	
DOI 10.22533/at.ed.29819091221	
CAPÍTULO 22	212
TRIAGEM OFTALMOLOGICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO PROJETO ABC NO BAIRRO BARCELONA EM SOROCABA-SP	
André Maretti Chimello	
Rafael Nogueira Quevedo	
DOI 10.22533/at.ed.29819091222	
SOBRE O ORGANIZADOR	221
ÍNDICE REMISSIVO	222

PERSPECTIVA DO PACIENTE RENAL CRÔNICO EM HEMODIÁLISE SOBRE SEU CUIDADOR

Gabriela Antoni Fracasso

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde –
PUC/SP

Sorocaba – São Paulo

Marcela Cristina Enes

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde –
PUC/SP

Sorocaba – São Paulo

Ricardo Augusto de Miranda Cadaval

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde –
PUC/SP

Sorocaba – São Paulo

Ana Laura Schliemann

Psicologia do Desenvolvimento da Faculdade de
Ciências Humanas e da Saúde – PUC/SP.

São Paulo - São Paulo

RESUMO: O tratamento hemodialítico muda toda a dinâmica de vida dos doentes e familiares envolvidos. As limitações e dependência do indivíduo doente determinam a necessidade de assistência e cuidado. Foram entrevistados 24 pacientes com insuficiência renal crônica em programa de hemodiálise no Centro de Diálise e Transplante Renal do Hospital Santa Lucinda em Sorocaba com intuito de identificar quem é o paciente e quem é o cuidador sob a ótica do próprio paciente e compreender as relações estabelecidas entre

eles. Perfil geral dos pacientes entrevistados foi traçado com as seguintes características: gênero masculino, idade entre 50-69 anos e em hemodiálise a mais de um ano. Acredita que cuidar é providenciar os cuidados como higiene, alimentação e controle da medicação e, também, oferecer amor e carinho, preocupar-se e estar junto em todos os momentos. Porém, o paciente não vê necessidade de que sua cuidadora participe de terapia ou grupos de apoio que auxiliariam no cuidado. Perfil geral dos cuidadores sob a ótica do paciente: gênero feminino, idade entre 30-69 anos, esposa do paciente, cuida do paciente a mais de cinco anos. Cuidar do paciente é uma tarefa que a deixa sobrecarregada e estressada/ansiosa. Concluiu-se que a construção da relação entre o paciente e cuidador não passa por um processo de educação e manejo adequado com a saúde, tampouco há capacitação para prover o cuidado e o próprio paciente não enxerga a necessidade disso, podendo acarretar problemas de saúde e emocionais ao cuidador, inclusive abandono do emprego ou da vida social.

PALAVRAS-CHAVE: insuficiência renal crônica; qualidade de vida; cuidador.

PERSPECTIVE OF CHRONIC RENAL
PATIENT IN HEMODIALYSIS ABOUT HIS

ABSTRACT: Hemodialysis changes the life dynamics of patients and their families. The limitations and dependence of the sick individual determine the need for assistance and care. Twenty-four patients with chronic kidney disease in hemodialysis were interviewed at the Santa Lucinda Hospital Dialysis and Kidney Transplant Center in order to identify who is the patient and who is the caregiver from the patient's perspective and to understand the relationship established between them. General profile of the interviewed patients was drawn with the following characteristics: male gender, 50-69 years-old and on hemodialysis for more than one year. The caregiver believes that taking care means to provide hygiene, help feeding and medication control, and also offering love and affection, worrying and being together at all times. However, the patient sees no need for their caregiver to participate in therapy or support groups that would assist in care. General profile of caregivers from the patient's perspective: female gender, age range between 30-69, usually patient's wife and has been providing care for over five years. Caring for the patient is a task that makes the caregiver overwhelmed and stressed and anxious. It was concluded that the construction of the relationship between the patient and his caregiver does not go through a process of education and proper management with health, nor is there training to provide care and the patient himself does not see the need for it, which may lead to health and emotional problems to the caregiver, including abandonment of employment or social life.

KEYWORDS: *chronic kidney disease; quality of life; caregiver*

1 | INTRODUÇÃO

A Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) define doença renal crônica (DRC) como anormalidades da estrutura ou função renal, presente por 43 meses, com implicações para saúde (KDIGO, 2013). A DRC é causada, principalmente, por Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, podendo, também, ser causado por glomerulonefrite, doença renal policística e outras. Tem caráter irreversível, progressivo e assintomático nos estágios iniciais.

Para feitos clínicos, o paciente com DRC é qualquer indivíduo que, independente da causa, apresente por pelo menos três meses consecutivos uma taxa de filtração glomerular (TFG) $< 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ (ROMÃO JR., 2004). Quando a $\text{TFG} < 15 \text{ ml/min/1,73m}^2$ a doença é classificada em estágio 5 ou dialítico. Nesse estágio há indicação do paciente iniciar alguma alternativa dialítica.

As limitações e a dependência do indivíduo doente determinam a necessidade de assistência e cuidado. De acordo com o tipo de morbidade, idade do paciente o grau de dependência pode haver níveis diversos de cuidado, sendo ele integral, temporário, para algumas atividades ou totalmente dependente até mesmo para

atividades mais básicas (SANTOS, 2016).

A Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”.

Ser cuidador significa uma experiência complexa, sofrida, solitária e repleta de imprevistos, incertezas e descobertas; um processo desafiador, com lutas solitárias, diárias e sem fim (BALTOR et al., 2013). A sobrecarga física e o desgaste emocional sofridos pelo cuidador informal podem torná-lo mais vulnerável, especialmente quando passa a responsabilizar-se por um familiar próximo em situação de fragilidade (DEL DUCA et al., 2012).

É crescente o número de estudos sobre qualidade de vida de pacientes e cuidadores no âmbito da Insuficiência Renal Crônica. Segundo Ajiptal *et al.* (2011), nota-se baixa qualidade de vida de ambos paciente renal crônico e cuidador. O detrimento na qualidade de vida do cuidador tem sido associado principalmente à sobrecarga dos cuidadores (SURI et al., 2011). No entanto, qual seria a percepção do paciente sobre a qualidade de vida do seu cuidador?

Um desequilíbrio na relação do binômio paciente-cuidador pode prejudicar a adesão e continuidade do tratamento, assim como a piora do quadro do paciente (BRASIL, 2012). O presente estudo visou identificar quem é o paciente e que é o cuidador sob a ótica do paciente e expandir o conhecimento sobre as relações estabelecidas entre eles.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo realizado por meio de entrevista semi-dirigida pela equipe de pesquisa. As entrevistas foram gravadas e posteriormente registradas em documento digital para análise.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi disponibilizado a todos que se voluntariaram e assinado o termo foram incluídos no estudo. Essa pesquisa foi apresentada ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/SP e aprovada sob o número 67665817.7.0000.5373.

3 | RESULTADOS

Abaixo seguem os dados demográficos dos pacientes (Tabela 1).

Categoria	Nº pacientes	Porcentagem
Gênero		
Feminino	11	45.8%
Masculino	13	54.2%
Faixa Etária		
18-49 anos	6	25.0%
50-69 anos	14	58.4%
>70 anos	4	16.7%
Grupo Étnico		
Branco	12	50.0%
Negro	2	8.3%
Mestiço	9	37.5%
Oriental	1	4.2%
Estado Civil		
Solteiro	1	4.2%
Casado	14	58.3%
Divorciado	8	33.3%
Viúvo	1	4.2%

Tabela 1. Dados demográficos dos pacientes.

Mais da metade dos pacientes vive com o cônjuge (54,2%) e 37,5% com os filhos. Houve ainda um paciente que considerou seu animal de estimação como parte da família com que vive. Apenas 8.3% dos pacientes vive sozinho.

Somente 25% dos pacientes entrevistados não possuía cuidador e aqueles que possuíam consideraram como cuidador principal o esposo ou a esposa (61%), filhos (36%) e os pais (16%).

Abaixo seguem os dados demográficos dos cuidadores informados pelos seus respectivos pacientes (Tabela 2).

Categoria	Nº pacientes	Porcentagem
Gênero		
Feminino	12	66.7%
Masculino	6	33.3%
Faixa etária		
18-49 anos	9	50.0%
50-69 anos	9	50.0%

Tabela 2. Dados demográficos dos cuidadores.

Dezessete pacientes do presente estudo estavam em hemodiálise há mais de um ano, sendo que 37,5% há mais de 5 anos e mais de 70% dos entrevistados considerarem receber cuidados de seus cuidadores há mais de cinco anos e, muito citado, antes mesmo de iniciarem a hemodiálise.

Com relação à mobilidade do paciente, 66,7% consegue andar (ou movimentar

a cadeira de rodas) dentro ou fora de casa e não tem dificuldade em subir escadas ou usar elevador, enquanto um quarto deles anda dentro de casa, mas não longas distâncias nem sobe escadas. A respeito da autonomia nas atividades de vida diárias, 70,8% se considera auto-suficiente para se alimentar, lavar-se, fazer a toailete e se vestir, usar transporte público ou dirigir, 16,7% precisa de ajuda (de outra pessoa ou equipamento especial) para as atividades de vida diária e transporte, mas consegue fazer tarefas leves e 12,5% não consegue dar conta de cuidados pessoais e nem de tarefas leves, não saindo de casa ou do hospital.

Perfil do paciente

Gênero masculino (54,2%), etnia branca (50%) e na faixa etária entre 50-69 anos, casado (58,3%), média de 2 a 3 filhos, vive com esposa, aposentado (62,5%) e em hemodiálise acima de um ano. É um paciente que consegue andar (ou movimentar a cadeira de rodas) dentro ou fora de casa e não tem dificuldade em subir escadas ou usar elevador (66,7%) e auto-suficiente para se alimentar, lavar-se, fazer a toailete e se vestir, usar transporte público ou dirigir (70,8%).

Acredita que cuidar é providenciar os cuidados diários, como higiene, alimentação e controle da medicação, mas também é oferecer amor e carinho, preocupar-se e estar junto em todos os momentos. Para desempenhar o cuidado o paciente diz ser preciso ter as seguintes habilidades: paciência, amor, carinho e atenção. Experiência de vida, cursos, saúde e boa vontade também são necessários para que tais habilidades se desenvolvam. Entretanto, o paciente não vê necessidade de que sua cuidadora participe de algum tipo de terapia ou grupos de apoio que auxiliariam no cuidado (61,1%).

Perfil do cuidador sob a ótica do paciente

Cuidador do gênero feminino (66,7%), faixa etária entre 30-69 anos, esposa do paciente (61,1%), cuida do paciente a mais de 5 anos. Aos olhos do paciente, tornou-se cuidadora principalmente por ser casada com o paciente e por ama-lo/gostar dele e, também, porque cuidar dele é sua obrigação e responsabilidade (83,3%). A cuidadora mudou a vida do paciente, em especial, contribuiu para melhoria de sua saúde (61,1%).

A cuidadora não participa/participou de algum tipo de terapia ou grupos de apoio (83,3%) e não tem contato com outros cuidadores (66,7%) que possa ajudá-la, mas, por outro lado, teve apoio da equipe do CDTR (55,6%). É considerada extremamente capaz de cuidar do paciente (94,4%), porém, sente-se triste e preocupada e sofre em relação à condição do paciente doente. Cuidar do paciente

é uma tarefa que a deixa sobrecarregada (55,6% de notas acima de 7 em escala de 0-10) e estressada/ansiosa (44,4% de notas acima de 7 em escala de 0-10).

4 | DISCUSSÃO

O Dicionário Aurélio (2014, p.212) define cuidar como: (...) 5. Tratar de; zelar por; ter cuidado. 6. Ser responsável pelo bem-estar, pela subsistência. 7. Tomar conta de. 8. Responsabilizar-se (por algo). E cuidado: 1. Desvelo. 2. Responsabilidade. 3. Atenção, cautela. Os pacientes foram indagados sobre o que é cuidar e a definição subjetiva expressada por eles contemplou ambas as definições do dicionário e ainda pode-se dizer que os entrevistados dicotomizaram o cuidar em cuidado diário e cuidado emocional. O cuidado emocional compreendeu, de maneira geral, fazer o bem, demonstrar carinho e amor. O cuidado diário, por sua vez, abrangeu o ato de prestar atenção, zelar, cuidados com alimentação, higiene e medicação.

A definição de cuidado que mais se aproxima da descrição dos pacientes é o “Cuidado em Saúde” explanado pela Rede Humaniza SUS (2015): cuidado em saúde significa dar atenção, tratar, respeitar, acolher o ser humano. O cuidado em saúde é uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde. As pessoas querem se sentir cuidadas, acolhidas em suas necessidades de saúde. Porém, a definição mais completa de cuidados é do glossário da OMS (2004), ainda que seja especificado como cuidado crônico: o fornecimento contínuo de serviços médicos, funcionais, psicológicos, sociais, ambientais e espirituais que permitem às pessoas com saúde e / ou condições mentais graves e persistentes otimizar sua independência funcional e bem-estar, desde o início do problema até o problema resolução ou morte. As condições de cuidados crônicos são multidimensionais, interdependentes, complexas e contínuas.

Cuidador é a pessoa que fornece apoio e assistência, formal ou informal, com várias atividades a pessoas com deficiência, condições crônicas ou a idosos. Essa pessoa pode fornecer apoio emocional ou financeiro, bem como ajuda prática em tarefas diferentes (OMS, 2004). Além disso, a função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha (BRASIL, 2008).

Para desempenhar tais funções é preciso apresentar e/ou desenvolver determinadas habilidades. Para os entrevistados, as principais habilidades que um cuidador deve ter foram: primeiramente paciência, seguido de amor, atenção, carinho e saber cuidar da alimentação. Provavelmente esse último item foi levantado em especial para o paciente renal crônico uma vez que as mudanças no hábito alimentar e nas atividades de toda a vida resultam em angústia e sofrimento e

interferem na sua relação cotidiana de vida (PEREIRA & GUEDES, 2009). Para que as habilidades dos cuidadores se fortaleçam, os pacientes entrevistados apontaram que aquisição de conhecimento, ser instruído por alguém ou cursos poderiam favorecer-lo nessa jornada, assim com saúde, boa vontade e experiência também são necessárias. Mesmo que a maior parte dos cuidadores dos pacientes, se não todos, não tenham participado de cursos de capacitação para cuidadores, 94,4% dos entrevistados julgaram seus cuidadores capazes para cuidar.

A escolha do cuidador muitas vezes é encarada sob a lógica das relações sociais: para o sexo feminino cuidar é algo cultural; para o cônjuge, uma resposta a promessa de cuidar um do outro feita no matrimônio; para os pais algo natural, pois como genitores são responsáveis por aquela vida independente da idade que possua o filho (FERREIRA et al., 2012). Como observado no perfil do cuidador, 66,7% são do gênero feminino 61,1% são esposas. O papel familiar evidenciou-se, uma vez que todos os cuidadores dos pacientes deste estudo eram membros da família.

Os principais motivos pelos quais essas pessoas se tornaram cuidadores, aos olhos dos entrevistados, foram porque vivem juntos/são casados e porque amam aquele de quem cuidam. Alguns ainda citaram: “porque é da família”; “por preocupação”; “por obrigação”. Quando questionados se era obrigação ou responsabilidade do cuidador cuidar do entrevistado, 83,3% dos pacientes alegaram que sim, mas muitos vincularam a obrigação ao fato de ser da família.

“É obrigação de todos da família e eu também tenho que me cuidar”.

Quando o cuidador é um dos cônjuges, percebe-se uma relação de obrigação. Porém, nessa situação, trata-se da obrigação matrimonial, pois há um projeto de vida comum assumido pelo casamento e o compromisso de estar junto na saúde e na doença (TOUN, et al. 2015).

A escolha de um cuidador principal implica num processo que envolve o sistema familiar inteiro, movimentando todo o núcleo, culminado por influenciar a decisão de quem vai cuidar (BRASIL, 2012).

Os cuidados por parte da família surgem como um recurso para a desospitalização, esperando-se que as pessoas sem preparação prévia executem cuidados que seriam remunerados e da responsabilidade dos profissionais em meio hospitalar ou comunitário (FERNANDES & ANGELO, 2016).

Assumir o papel de cuidador implica em passar a frequentar locais novos e que antes eram vistos como temidos - como hospitais, clínicas, consultórios, postos de saúde – com bastante regularidade (GARCIA et. Al., 2012). Além de frequentar novos lugares, entrar em contato com outros pacientes em situações mais graves ou em fase de melhora do quadro é muito comum. Do lado de fora da sala de hemodiálise

ficam os cuidadores e acompanhantes, que eventualmente trocam informações e experiências entre si. Porém, a realidade no CDTR mostrou-se um pouco diferente: apenas 11,2% dos cuidadores dos pacientes entrevistados tinham contato com os demais cuidadores. Por outro lado, 55,6% dos cuidadores receberam apoio da equipe do CDTR, fornecendo informações e esclarecendo dúvidas.

“No começo muito, porque você dispensa tudo e não sabe nada sobre alimentação. Me mostraram como era e me explicaram tudo”.

O tratamento hemodialítico muda toda a dinâmica de vida dos doentes e familiares envolvidos. Entretanto, tenta-se construir, ao entrar na instituição hospitalar, estratégias de enfrentamento com os doentes, formas de integrar a equipe multiprofissional, mas esquece-se daqueles que os acompanham diariamente e que mudam suas rotinas em função do doente (RAMOS, 2012).

Apesar do constante contato do cuidador com os profissionais da saúde, o cuidador não está incluso na composição da equipe de saúde especializadas em DRC descrita na portaria nº 389 de 13 de maio de 2014, dando a alusão de que não é considerado parte do cuidado.

Ainda na mesma portaria, a família ou os cuidadores são citados em apenas dois momentos (no Artigo 13), no entanto, não há nada que cite qualquer suporte à família e/ou ao cuidador do portador de DRC, a fim de diminuir a sobrecarga e promover bem-estar e qualidade de vida. De fato, 83,3% dos cuidadores nunca participaram de algum tipo de terapia ou grupos de apoio que o ajudasse a cuidar do paciente. Entretanto, nem mesmo o paciente sentiu que havia necessidade para tal: 61,1% dos pacientes entrevistados não acreditaram que haveria algum benefício para o cuidado. Alguns, inclusive, alegaram que o apoio psicológico seria mais proveitoso se voltado aos pacientes em hemodiálise.

“Não, o maior problema é a parte psicológica e não é ela entrando em um grupo que vai ajudar. Seria eu entrar num grupo por causa da minha parte psicológica. Para ela não tem muito sentido”.

O cuidado é um dos causadores de estresse na dinâmica cotidiana da família levando a complicações físicas, mentais e emocionais ao cuidador, perda da liberdade e/ou sobrecarga dos cônjuges (PINTO; NATIONS, 2012). Em relação às doenças crônicas não transmissíveis, a sobrecarga de cuidadores com DRC é maior do que entre cuidadores de indivíduos com outras doenças crônicas, como o acidente vascular encefálico ou a artrite reumatoide (BELASCO et al., 2006). Por se tratar de cuidar de pessoas com enfermidades sem cura, onde a assistência se dará a longo prazo e em muitos casos pelo resto da vida, os cuidadores precisam equilibrar o cuidado ao outro e o cuidado a si mesmo, preservando também pelo seu bem-estar e qualidade de vida (SANTOS, 2016).

Conforme Dias (2011), existe inter-relação entre o sofrimento do familiar

cuidador e o do paciente, com consequências desfavoráveis para ambos, dessa forma, se a família é afetada pela depressão, as reações familiares também afetam o paciente. Percebe-se, portanto, que o processo de cuidar é complexo, influenciando e sendo influenciado pelo adoecer (COSTA & COUTINHO, 2016).

O resultado de uma parte considerável das respostas dos pacientes (61,1%) não verem a necessidade o apoio psicológico de seus cuidadores se torna contraditório quando se observa a pontuação indicada pelos entrevistados a respeito do grau de sobrecarga, ansiedade e estresse do cuidador gerado pelo cuidado ao paciente. Nove dos dezoito pacientes que possuíam cuidador indicaram notas acima de 7 de uma escala de 0 a 10 para a sobrecarga do cuidador e oito deles deram notas acima de 7 para ansiedade e estresse. Quando interrogados sobre o que acreditam que o cuidador sente em relação à sua condição, a maioria alega preocupação, tristeza e sofrimento.

“Dez elefantes em cima das costas dela”; “Muito estressada e muito ansiosa, nota 11”.

O estresse pessoal e emocional do cuidador imediato é enorme. Esse cuidador necessita manter sua integridade física e emocional para planejar maneiras de convivência. Entender os próprios sentimentos e aceitá-los, como um processo normal de crescimento psicológico, talvez seja o primeiro passo para a manutenção de uma boa qualidade de vida (BRASIL, 2008).

Em comparação à população geral, cuidadores de portadores de doença crônica apresentam significativamente mais sintomas de distúrbios do humor como ansiedade e depressão. Esse novo modo de viver traz consequências para a vida desses sujeitos, despertando aspectos psicológicos relacionados à doença e à sua vivência (FERREIRA H.; MARTINS L.; BRAGA A.; GARCIA M., 2012).

Por outro lado, o impacto do cuidado na vida do paciente se mostra significativamente positivo, pois muita coisa muda na vida dessas pessoas. Mais da metade, isto é, 61,1% dos pacientes alegam que a saúde está melhor depois que começaram a receber os cuidados de seus cuidadores.

“Passou a ser conselheira, me dar força e carinho para não desanimar; agora nós estamos mais unidos”; “Minha saúde está melhor, não me sinto desprezado”

Nota-se que o cuidado se torna imprescindível. A dependência não é um fator presente somente frente a limitações físicas (no andar, no vestir ou no cuidado com a higiene pessoal), mas também está presente nas pessoas que, apesar da DRC mantêm preservadas as habilidades para gerir sua própria vida (SIVA, 2014). Quando indagados sobre o que fariam se o atual cuidador não pudesse mais cuidar, alguns entrevistados ficaram sem respostas e disseram que se sentiriam perdidos. Outros recorreriam a alguém, um filho, um outro familiar ou pagariam alguém. Por

fim, quando questionados se contratariam alguém para realizar os cuidados no lugar do cuidador atual, 62,5% dos entrevistados relataram que sim, principalmente para tirar a sobrecarga de seu cônjuge ou do ente querido que realiza os cuidados.

“Sim, daí tira essa responsabilidade das costas dele”; “Sim, porque tem que ter alguém”; “Sim, para ela descansar/não se sobrecarregar”

O cuidador e a pessoa a ser cuidada podem apresentar sentimentos diversos e contraditórios, tais como: raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação, choro, medo da morte e da invalidez. Esses sentimentos podem aparecer juntos na mesma pessoa, o que é bastante normal nessa situação. Por isso precisam ser compreendidos, pois fazem parte da relação do cuidador com a pessoa cuidada. É importante que o cuidador perceba as reações e os sentimentos que afloram, para que possa cuidar da pessoa da melhor maneira possível (BRASIL, 2008).

Em geral, os pacientes acreditam gerar maior sobrecarga do que a considerada pelo próprio cuidador. Ainda assim, o índice de sobrecarga é alto: 6 pacientes e 5 cuidadores indicaram notas acima de 7 de uma escala de 0 a 10 para a sobrecarga do cuidador. Suri et al. (2011) sugere que os pacientes se preocupam mais com a sobrecarga de seus cuidadores do que com os aspectos financeiros, sentem-se culpados por esse acúmulo de atividades que geram nos outros, porém colocam para os cuidadores grande parcela da responsabilidade sobre os cuidados com sua saúde, o que revela uma discrepância de sentimentos e gera uma alta sobrecarga nos cuidadores.

Tristeza foi sentimento que os pacientes mais citaram quando questionados a respeito de como seus cuidadores se sentiam com relação à sua condição. Ainda que tristeza não seja um sentimento patognomônico de depressão, entre as comorbidades mais frequentes a depressão causa extremo impacto, pois pacientes deixam de se cuidar, não veem sentido na recuperação, mesmo que parcial, e esforços dos cuidadores parecem em vão. A partir daí, a relação paciente e cuidador adoce ainda mais, e deve-se tomar cuidado para a equipe de saúde não se afastar, ao não reconhecer que muitos casos de má aderência podem estar associados a quadros depressivos (BRASIL, 2012).

5 | CONCLUSÃO

Este estudo delineou o paciente e seu cuidador – com frequência seu familiar, principalmente esposa – em uma relação complexa que surge frente à necessidade de hemodiálise do paciente renal crônico. Essa relação é construída ao longo do tempo e por meio de improviso, sendo que o paciente e seu cuidador não passam por um processo de educação sobre cuidados adequados com a saúde, tampouco

seu cuidador é preparado e capacitado para prover o cuidado, o que pode acarretar problemas de saúde e emocionais ao cuidador, inclusive abandono do emprego ou da vida social. O paciente acredita que o cuidar é um ato inerente à relação familiar e se considera como uma sobrecarga, mas não entende a necessidade de instrução do cuidador assim como do apoio psicológico.

REFERÊNCIAS

AJIPTAL et al. **Assessment of the Quality of Life of Caregiver's of Patients Suffering from Chronic Kidney Disease**. Bantao Journal. 2011; 9 (1): 31-35.

BALTOR, M. R. R. et al. Percepções da família da criança com doença crônica frente às relações com profissionais da saúde. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 47, n. 4, p. 808-14, 2013.

BELASCO, A. et al. **Quality of Life of Family Caregivers of Elderly Patients on Hemodialysis and Peritoneal Dialysis**. American Journal of Kidney Diseases, v. 48, n. 6, p. 955-963, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 389 de 13 de março de 2014**. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html>. Acesso em 26 de fevereiro de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de Atenção Domiciliar. **Caderno de Atenção Domiciliar - Volume 2**. Brasília – DF, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevalência pacientes diálise segundo Região**. Datasus - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d22.def>>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de Atenção Domiciliar. **Caderno de Atenção Domiciliar - Volume 1**. Brasília – DF, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

COSTA, F.G.; COUTINHO, M.P.L.. **Síndrome depressiva: um estudo com pacientes e familiares no contexto da doença renal crônica**. Est. Inter. Psicol. Londrina, v. 7, n. 1, p. 38-55, jun. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072016000100004&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 29 de julho de 2018.

DEL DUCA, G. F.; MARTINEZ, A. D.; BASTOS, G. A. N. **Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 5, p. 1159-1165, 2012.

FERREIRA H.; MARTINS L.; BRAGA A.; GARCIA M. **O impacto da doença crônica no cuidador**. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2012 jul-ago;10(4):278-84.

FERREIRA, A.B.H. **Mini Aurélio Dicionário de Língua Portuguesa**. 8ª edição. Ed. Positivo. 2014.

FERREIRA, H. P. et al. **O impacto da doença crônica no cuidador**. Rev Bras Clin Med. São Paulo,

v. 10, n. 4, p. 278-84, jul-ago, 2012.

FERNANDES C.S.; ANGELO M. **Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa.** Rev Esc Enferm USP;50(4):675-682. 2016.

GARCIA, R. P. et al. **Setores de cuidado à saúde e sua inter-relação na assistência domiciliar ao doente crônico.** Esc Anna Nery (impr.), v. 16, n. 2, p. 270 – 276, abr -jun. 2012.

KDIGO. **Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease.** Official Journal of the International Society of Nephrology – Kidney International Supplements, vol. 3, jan. 2013.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. **Sobre Insuficiência Renal Crônica: Guia para pacientes e familiares.** Nova Iorque. 2007. Disponível em: <https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/11-50-1201_kai_patbro_aboutckd_pharmanet_portuguese_nov08.pdf>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2017.

OMS. **Glossário De Termos Para Cuidados De Saúde De Comunidade E Serviços Para Pessoas Idosas.** World Health Organization Centre for Health Development (WHO Kobe Centre), Kobe, Japan. 2004

PEREIRA, L. P.; GUEDES, M. V. C. **Hemodiálise: a percepção do portador renal crônico.** Cogitare Enfermagem, 14(4), 689-95. 2009.

PINTO, J. M. S.; NATIONS, M. K. **Cuidado e doença crônica: visão do cuidador familiar no Nordeste brasileiro.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 2, p. 521-530, 2012.

RAMOS, B. **Participação da família junto ao paciente em tratamento dialítico.** 28 f. Monografia (Curso de Pós-graduação em Nefrologia) - Universidade Paulista. Centro de Consultoria Educacional, 2012.

REDE HUMANIZASUS. **O que é cuidado em saúde?** Sobradinho, Distrito Federal. 2015. Disponível em: <www.redehumanizasus.net/89342-o-que-e-cuidado-em-saude>. Acesso em: 05 de março de 2017.

ROMÃO JR, J.E. **Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação.** J. Bras. Nefrol 2004; 26 (3): 1-3.

SANTOS, I. M. de S. **Qualidade de vida, depressão e modo de enfrentamento do cuidador principal de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise.** Universidade Federal do Ceará, campus sobral, programa de pós-graduação em saúde da família. Sobral. 2016.

SIVA, F. E. C. **Cuidar e cuidar-se: a percepção de cuidador es de pessoas com doença renal crônica.** Monografia. Faculdade Católica Salesiana Do Espírito Santo. Espírito Santo. 2014.

SURI, et al. **Burden on caregivers as perceived by hemodialysis patients in the Frequent Hemodialysis Network (FHN) trials.** Nephrol Dial Transplant., v. 26, n. 7, p. 2316–2322, 2011.

TUON, et al. **Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica.** Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, 23 (2): 140-149. 2015.

UMHS. **Chronic Kidney Disease Guideline.** University of Michigan. Chronic Kidney Disease Guideline Team – Quality Department. 2014.

SOBRE O ORGANIZADOR

BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO - Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia (Universidade Candido Mendes - RJ). Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática (2014). O segundo Pós doutoramento foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com o projeto Análise Global da Genômica Funcional do Fungo *Trichoderma Harzianum* e período de aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Seu terceiro Pós-Doutorado foi concluído em 2018 na linha de bioinformática aplicada à descoberta de novos agentes antifúngicos para fungos patogênicos de interesse médico. Palestrante internacional com experiência nas áreas de Genética e Biologia Molecular aplicada à Microbiologia, atuando principalmente com os seguintes temas: Micologia Médica, Biotecnologia, Bioinformática Estrutural e Funcional, Proteômica, Bioquímica, interação Patógeno-Hospedeiro. Sócio fundador da Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente, desde 2016, no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Atuou como Professor Doutor de Tutoria e Habilidades Profissionais da Faculdade de Medicina Alfredo Nasser (FAMED-UNIFAN); Microbiologia, Biotecnologia, Fisiologia Humana, Biologia Celular, Biologia Molecular, Micologia e Bacteriologia nos cursos de Biomedicina, Fisioterapia e Enfermagem na Sociedade Goiana de Educação e Cultura (Faculdade Padrão). Professor substituto de Microbiologia/Micologia junto ao Departamento de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia e Patologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e Coordenador do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Atualmente o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais. Contato: dr.neto@ufg.br ou neto@doctor.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acuidade visual 56, 104, 212, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220

Adolescente 207

Alimentação 10, 11, 27, 32, 33, 35, 37, 81, 83, 177, 179, 181, 182, 184, 209

Arboviroses 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 61, 65, 69, 73, 166

Arbovírus 6, 7, 8, 11, 12, 13, 60, 62, 63, 67, 72

Assistência ao Paciente 146

Assistência hospitalar 198

Atividade física 32, 33, 34, 35, 36, 37, 81, 83

Atividade Laboral 75

B

Brasil 1, 6, 7, 8, 13, 14, 15, 17, 18, 24, 27, 29, 30, 36, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 76, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 106, 107, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 125, 127, 132, 133, 134, 137, 141, 143, 144, 145, 148, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 175, 176, 190, 192, 194, 195, 197, 210, 214, 219, 220

C

Cajazeiras-PB 154, 155, 156, 157, 158

Chikungunya 6, 7, 8, 60, 61, 62, 63, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 74

Coefficiente de mortalidade 122, 126, 127, 128, 129, 130, 132

Condições Sociais 13, 189

Criança 39, 125, 131, 141, 145, 187, 194, 195, 207, 213, 214, 218

Cuidador 57, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188

D

Dengue 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 63, 67, 71, 72, 73, 76, 160, 161, 163, 164, 165, 166, 167, 168

Diabetes Mellitus 47, 48, 51, 53, 58, 59, 147, 149, 178

Diálise Renal 146

Doença circulatória 169

Doenças negligenciadas 160, 161, 163, 164, 165, 166, 167, 168

Doenças Respiratórias 135, 136, 137, 139, 142, 143, 144

E

Epidemiologia 7, 14, 16, 38, 46, 61, 63, 64, 72, 73, 74, 87, 89, 95, 96, 97, 99, 102, 103, 106, 133, 135, 152, 155, 159, 163, 167, 168, 176, 188, 205

F

Fatores de risco 7, 12, 33, 48, 61, 64, 84, 124, 125, 132, 133, 137, 142, 144, 171, 210

H

Hanseníase 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 160, 161, 162, 163, 165, 166, 167, 168

Hospitalização 135, 136, 190

Hospital Regional 154, 155, 156, 157, 158

I

Idosos 47, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 65, 69, 93, 95, 121, 135, 137, 140, 141, 142, 143, 166, 169, 172, 174, 175, 182, 199, 209

Incidência 11, 45, 62, 68, 92, 93, 98, 99, 100, 101, 103, 106, 113, 120, 131, 135, 139, 141, 143, 157, 167, 168, 169, 173, 200, 202, 204

Insuficiência Renal Crônica 146, 177, 179, 188

Insulinoterapia 47, 49, 51, 52, 55, 56, 57, 58

M

Mialgia 62, 75

Mortalidade fetal 122, 126, 131, 133

Mortalidade neonatal precoce 122, 126, 131

Mortalidade perinatal 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134

Mulher 32, 33, 36, 145, 174

Mycobacterium leprae 98, 99, 100, 109, 110, 111, 162

O

Obesidade 33, 34, 35, 36, 37, 147, 207, 208, 209, 210, 211

Oftalmologia 72, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 219, 220

P

Perfil epidemiológico 38, 40, 45, 78, 110, 112, 121, 147, 159, 160, 163, 164, 169, 171, 173

Prevalência 3, 35, 41, 47, 59, 83, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 106, 109, 113, 114, 115, 116, 118, 120, 137, 152, 153, 162, 174, 187, 193, 197, 198, 201, 202, 204, 205, 207, 208, 211, 214, 217, 218

Prevenção 8, 13, 33, 36, 44, 45, 59, 71, 73, 75, 76, 95, 97, 100, 105, 107, 112, 118, 124, 125, 133, 135, 137, 143, 155, 159, 169, 170, 171, 174, 175, 176, 199, 214

Q

Qualidade de vida 33, 51, 58, 86, 136, 137, 143, 151, 155, 156, 177, 179, 184, 185, 188, 214, 217, 220

Queimaduras 21, 22, 25, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206

R

Recém-Nascido de Baixo Peso 189, 192, 195

Região Norte 66, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 106, 164, 165, 166

Revisão bibliográfica 87, 89, 163, 164

S

Saúde da população 124, 160, 167, 218

Saúde Pública 5, 6, 8, 13, 14, 15, 25, 29, 38, 39, 40, 45, 47, 55, 65, 70, 71, 72, 73, 96, 97, 98, 99, 100, 106, 107, 112, 124, 125, 132, 133, 134, 136, 144, 145, 156, 161, 163, 168, 169, 171, 189, 192, 195, 200, 207, 208, 220, 221

Sobrepeso 32, 34, 35, 207, 208, 209, 210, 211

Socioeconômico 34, 90, 92, 95, 96, 106, 132, 187, 207, 209, 210

Suicídio 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97

T

Trabalhador 75, 83, 85

Treponema pallidum 38, 39

Triagem 42, 212, 213, 214, 217, 218

Tuberculose 1, 137, 160, 161, 163, 165, 166, 167, 168

U

Urgência 139, 159, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 199, 200

Uso de crack 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29

V

Vigilância Epidemiológica 6, 8, 75, 77, 78, 107, 109, 124, 127, 144, 166

Violência Urbana 154, 155, 156, 158

Vírus 3, 7, 8, 17, 39, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 71, 72, 73, 141

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-829-8



9 788572 478298