



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE MEDICINA

Camila Nogueira Garcia

**Cuidado Domiciliar Farmacêutico na Doença Renal Crônica:
Revisão Integrativa de Literatura**

**Botucatu
2019**

Camila Nogueira Garcia

**Cuidado Domiciliar Farmacêutico na Doença Renal Crônica:
Revisão Integrativa de Literatura**

Trabalho de Conclusão de Residência, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso na área de Farmácia, vinculado ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Orientadora: Prof^a Dr^a Cassiana Mendes B Fontes

**Botucatu
2019**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Garcia, Camila Nogueira.

Cuidado domiciliar farmacêutico na doença renal crônica
: revisão integrativa de literatura / Camila Nogueira
Garcia. - Botucatu, 2019

Trabalho acadêmico (residência - Farmácia) -
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho",
Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Cassiana Mendes B Fontes
Capes: 21008000

1. Serviços farmacêuticos. 2. Insuficiência renal
crônica. 3. Visita domiciliar. 4. Revisão.

Palavras-chave: Cuidados Farmacêutico; Insuficiência Renal
Crônica ; Visita Domiciliar.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Cassiana Mendes Bertencello Fontes
Professor Assistente Doutor do Departamento de Enfermagem/FMB

Adriano dos Santos
Farmacêutico Gestor da Seção Técnica de Farmácia do Hospital das Clínicas de
Botucatu HCFMB

Laudilene Cristina Rebello Marinho
Enfermeira do Hospital das Clínicas de Botucatu e Mestranda do Programa de Pós Graduação do
Departamento de Enfermagem

**Botucatu
2019**

Dedicatória

Decido este trabalho a Deus, pela força e coragem que me proporcionou durante esse período.

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, o maior mestre que alguém pode conhecer, por ter me concebido uma família e amigos maravilhosos.

Agradeço imensamente a minha mãe, que esteve ao meu lado em todos os momentos, que não mediu esforços, que estava sempre pronta para me ajudar, os momentos difíceis rapidamente eram solucionados, pois apenas com algumas palavras e com um sorriso encantador ela me confortava, e me deixava confiante para continuar a caminhada.

Ao meu pai que da sua maneira vibrava intensamente com as minhas conquistas.

Agradeço à minha orientadora Dra. Cassiana Fontes, que me apoiou em todas as fases deste processo, sempre presente e dedicada.

Durante esses dois anos de residência tive a oportunidade de conhecer e aprender com muitas pessoas, tanto no campo profissional como no pessoal, mais aqui fica meu agradecimento especial para Melissa e Raquel que foram minhas fieis companheiras desde o primeiro dia de residência, pessoas iluminadas, Deus não poderia ter me enviado melhores pessoas, a partir de agora cada uma seguirá seu caminho, e só de pensar nisso meus olhos se enchem de lágrimas, mais eu tenho absoluta certeza que nossa amizade permanecerá para o resto de nossas vidas, e tenho certeza que iremos compartilhar muitos momentos felizes juntas, talvez sendo por fotos ou mensagens, e quando momentos difíceis e turbulentos aparecer, eu sei que tenho amigas verdadeiras para me apoiar.

Agradeço também a enfermeira Laudilene, que esteve sempre muito presente na elaboração do meu Trabalho de Conclusão de Residência, não mediu esforços, com toda delicadeza e calma me instruída da melhor maneira possível.

Levo comigo imensa gratidão por todo o conhecimento adquirido no Hospital das Clínicas da faculdade de Medicina de Botucatu, pela experiência profissional única que vivenciei.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte dessa caminhada, obrigada!

Garcia, Camila Nogueira. Cuidado Domiciliar Farmacêutico na Doença Renal Crônica: Revisão Integrativa de Literatura. Botucatu: Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu; 2019.

RESUMO

Introdução: A doença renal crônica é um problema de saúde pública. Pacientes com DRC são pacientes polimedicados, necessitando de uma atenção especial, o farmacêutico sendo detentor do conhecimento de medicamentos é o profissional mais indicado para isto. O presente estudo identificou e descreveu as atribuições do farmacêutico em visita domiciliar com o paciente portador de doença renal crônica, visando à melhoria da atuação da prática clínica do farmacêutico e da equipe de saúde, proporcionando subsídios para uma assistência de qualidade visando prioritariamente a segurança do paciente.

Objetivo: Identificar na literatura o tema proposto; classificar os artigos incluídos na revisão integrativa de acordo com os instrumentos STROBE e COREQ; identificar o nível de evidencia científica de cada artigo incluído na revisão. **Método:** Realizado uma revisão integrativa de literatura com busca bibliográfica nas bases de dados Scopus, PubMed Web of Science e Embase. Os artigos incluídos foram submetidos a análise dos instrumentos STROBE e COREQ e classificados quanto ao nível de evidencia. **Resultado:** Foram identificados um total de 637 documentos: 253 na SCOPUS; 198 na PUBMED; 100 na WEB OF SCIENCE; 86 na EMBASE. Primeiramente foram identificadas as duplicadas, os artigos com título e resumo que não contemplavam ao tema, foram excluídos. Três artigos foram incluídos, um artigo quantitativo e qualitativo, um quantitativo e uma revisão de literatura, obtiveram-se estudos com nível de evidencia VI e VII. **Conclusão:** Conclui-se que com base na literatura que a presença do farmacêutico nas visitas domiciliares é de extrema importância para melhorar a aderência medicamentosa do paciente. Verificou-se ainda que há necessidade de qualificação profissional, mudança da rotina diária do farmacêutico e também um retorno financeiro adequado.

Palavras-Chave: Insuficiência Renal Crônica, Cuidados Farmacêuticos, Visita Domiciliar

Garcia, Camila Nogueira. Pharmacist Home Care in Chronic Kidney Disease: Integrative Literature Review. Botucatu: Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu; 2019.

ABSTRACT

Introduction: Chronic kidney disease is a public health problem. Patients with CKD are polymedicated patients, requiring special attention, the pharmacist being the holder of the knowledge of medicines is the most suitable professional for this. The present study identified and described the duties of the pharmacist during a home visit with the patient with chronic renal disease, aiming at improving the clinical practice of the pharmacist and the health team, providing subsidies for quality care aimed primarily at the safety of the patient. **Objective:** To identify in the literature the proposed theme; classified articles included in the integrative revision according to the STROBE and COREQ instruments; identify the level of scientific evidence of each article included in the review. **Method:** An integrative review of literature with bibliographic search was done in the Scopus, PubMed Web of Science and Embase databases. The articles included were analyzed by the STROBE and COREQ instruments and classified according to the level of evidence. **Outcome:** A total of 637 documents were identified: 253 in SCOPUS; 198 in PUBMED; 100 on WEB OF SCIENCE; 86 at EMBASE. Firstly, the duplicates were identified, articles with title and abstract that did not contemplate the theme, were excluded. Three articles were included, a quantitative and qualitative article, a quantitative and a literature review, obtained studies with level of evidence VI and VII. **Conclusion:** It is concluded that based on the literature that the presence of the pharmacist in home visits is of extreme importance to improve the patient's medication adherence. It was also verified that there is a need for professional qualification, change in the daily routine of the pharmacist and also an adequate financial return.

KEYWORDS: Chronic Renal Insufficiency, Pharmaceutical Care, Home Visit

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	.....	9
JUSTIFICATIVA	.....	14
OBJETIVOS	.....	15
METODOLOGIA	.....	16
RESULTADO	.....	20
DISCUSSÃO	.....	23
CONCLUSÃO	.....	27
REFERÊNCIAS	.....	28

INTRODUÇÃO

Doença Renal Crônica

A Doença renal crônica (DRC) é um problema de saúde pública em nível global, segundo estimativas cerca de 20% da população com mais de 60 anos tem DRC em estágio avançado, esses pacientes na maioria das vezes não são diagnosticados, isso ocorre pela falta de monitoramento da função renal.¹

No Brasil cerca de 200 milhões de pessoas, 70% da população adulta apresenta algum tipo de disfunção renal, com essa grande quantidade de pessoas portadoras desse problema de saúde pública se torna impossível o tratamento feito por especialistas, sendo necessários programas epidemiológicos específicos sobre meios de tratamento e progressão da doença renal crônica.^{2,3}

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), no nordeste brasileiro 18% das unidades de diálise (134) são ativas e cadastradas no programa de doentes renais crônicos no país. O sudeste brasileiro é o local onde encontra-se o maior número de unidades ativas, chegando a 350 unidades.⁴

A prevalência de doentes renais crônicos que recebem tratamento dialítico entre os anos de 2000 a 2012 aumentou 46,8%, uma média de 3,6% ao ano e a incidência em 20% o que corresponde a 1,8 % ao ano. E incerto o número de incidência e prevalência de pacientes com DRC no Brasil submetidos à diálise.⁵

A doença renal crônica consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Na sua mais avançada, que é conhecida como fase terminal da insuficiência renal crônica- IRC, os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente. Esta doença manifesta-se quando há dano renal, sendo observada uma excreção anormal de albumina ou função renal reduzida, e a mesma é quantificada através da filtração glomerular medida ou estimada.^{6,7}

Infelizmente os portadores da DRC leve apresentam evolução progressiva e assintomática, dificultando o diagnóstico precoce da função renal. Quanto mais precoce for diagnosticada a DRC maior será os benefícios ao paciente, pois retardará sua progressão e conseqüentemente reduzirá o sofrimento do paciente e também os custos financeiros associados à DRC.

Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus são as duas principais causas do surgimento da DRC, essas patologias são geralmente detectadas por profissionais que trabalham na atenção básica de saúde. A conscientização e a capacitação da vigilância em cuidados primários de saúde são essenciais para o diagnóstico e encaminhamento precoce a instituição de diretrizes apropriadas para que seja feito o tratamento adequado, prevenindo complicações e uma terapia de substituição renal apropriada.

A DRC é classificada de acordo com o nível da função renal, podendo ser dividida em seis estágios:

- ✓ Fase de função renal normal sem lesão renal: inclui pessoas integrantes dos grupos de risco para o desenvolvimento da DRC (diabéticos, hipertensos, pessoas com hipertensos na família) e que ainda não desenvolveram lesão renal.
- ✓ Fase de lesão com função renal normal: a filtração glomerular ainda está preservada, com valores acima de 90 ml/min/1,73m², correspondendo à fase inicial da lesão renal.
- ✓ Fase de insuficiência renal funcional ou leve – nesta fase não há sinais e sintomas clínicos de DRC, os níveis de ureia e creatinina ainda são normais, a taxa de filtração glomerular varia entre 60 e 89 ml/min/1,73m². Somente métodos específicos de avaliação da função renal poderá detectar anormalidades.
- ✓ Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada: nesta fase o paciente apresenta-se clinicamente bem, com sinais e sintomas de uremia discreta, e a faixa de filtração glomerular está entre 30 e 59 ml/min/1,73m². A avaliação laboratorial simples já identifica níveis elevados de uréia e creatinina.
- ✓ Fase de insuficiência renal clínica ou severa: nesta fase o paciente já apresenta sintomas clássicos de DRC, anemia, hipertensão arterial, edema, fraqueza, mal-estar, sintomas digestivos. A faixa de filtração glomerular entre 15 a 29 ml/min/1,73m².
- ✓ Fase terminal de insuficiência renal crônica: nesta fase o paciente encontra-se totalmente sintomático, os rins perdem o controle do meio interno, a taxa de filtração glomerular está inferior a 15 ml/min/1,73m². Nesta fase, é necessário realizar métodos de depuração artificial do sangue como dialise peritoneal e hemodiálise ou o transplante renal.⁸

Os métodos de tratamento da insuficiência renal são: hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal.⁹

A Diálise Peritoneal (DP) envolve o transporte de solutos e de água através de uma membrana que separa dois compartimentos contendo líquidos. Esses dois compartimentos são (a) o sangue nos capilares peritoneais, e (b) a solução de diálise na cavidade peritoneal. Durante o curso da DP ocorrem simultaneamente três processos de transporte: difusão, ultrafiltração e absorção.¹⁰

As modalidades existentes de diálise peritoneal utilizadas no domicílio são: Diálise Peritoneal Ambulatorial Continua (DPAC), Diálise Peritoneal Continua Automatizada (DPA). Neste sentido, a Diálise Peritoneal Ambulatorial Automática (DPA), tanto contínua (DPAC), constituem alternativas terapêuticas que resgatam a liberdade de ação dos pacientes e propiciam o controle mais efetivo do quadro clínico.¹¹

Visita Domiciliar

Segundo o Ministério da Saúde, uma das atividades intrínsecas à Estratégia da Saúde da Família (ESF) é a visita domiciliar, que proporciona ao profissional adentrar o espaço da família e, assim, identificar suas demandas e potencialidades (BRASIL, 2005).¹²

A visita domiciliar é uma prática de cuidado ao paciente que vem crescendo exponencialmente no mundo, é uma forma de produção de cuidado interdisciplinar.

E uma alternativa que diminui tanto a internação hospitalar como também a duração de uma internação, conseqüentemente reduzindo gastos ao ambiente hospitalar.¹³

A visita domiciliar possibilita o conhecimento dos fatores sociais, culturais e econômicos do paciente, é possível conhecer realmente a realidade de vida do mesmo, permitindo uma aproximação dos serviços de saúde no domicílio, envolvendo a família e evitando considerar apenas os problemas apresentados a princípio pelo paciente.¹⁴

Na ESF, as visitas domiciliares propõe organização das práticas de saúde voltadas para atenção à família, elegendo o espaço social por ela ocupado como foco das ações desenvolvidas pela equipe de saúde (ABRAHÃO, 2011).¹⁵

A equipe de visita domiciliar é composta por vários profissionais: médicos, enfermeiro, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais, cada profissional deve ter uma formação qualificada e especializada, pois este tipo de atenção à saúde exige competências específicas. É necessária responsabilidade e conhecimento técnico científico para abordar corretamente a família, os usuários e a equipe multiprofissional.¹⁶

Na literatura não existem trabalhos e relatos da prática farmacêutica no domicílio, com pacientes em terapia renal no domicílio. Essa realidade vem se transformando, através do programa de residência multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso, realizado no HC da UNESP de Botucatu essa prática vem crescendo e trazendo subsídios fortalecedores aos farmacêuticos que cada vez mais veem conquistando seu espaço e tornando imprescindível sua presença na equipe multiprofissional e durante as visitas domiciliares a pacientes crônicos. As visitas domiciliares realizadas pelo farmacêutico proporcionam crescimento profissional, atendimento diferenciado ao paciente trazendo informações para equipe hospitalar sobre aderência, dificuldades e acesso às medicações, enfim nos mostra uma realidade que nem sempre é vivenciada por todos os membros da equipe.

Em relação ao papel do farmacêutico na execução de visitas domiciliares salienta-se sua responsabilidade em avaliar o tratamento farmacológico do paciente quanto à eficácia, segurança, adesão e uma função muito importante em detectar os problemas relacionados com os medicamentos.

Os componentes avaliados pelo farmacêutico durante a visita domiciliar são:

- ✓ Desenvolver uma lista completa de todos os medicamentos prescritos e medicamentos usados sem prescrição:¹⁷
- ✓ Revisar as datas de vencimento, e remover todos os medicamentos vencidos.
- ✓ Revisar os rótulos para identificar o médico que prescreveu
- ✓ Avaliar o armazenamento e localização da medicação
- ✓ Avaliar o acesso do paciente aos medicamentos
- ✓ Avaliar interação medicamentosa com alimentos

A visita domiciliar realizada pelo farmacêutico pode encorajar na melhoria da adesão medicamentosa, contribuindo positivamente para um resultado terapêutico desejável.¹⁷

Existe uma grande quantidade de medicamentos no mercado, que na sua maioria possuem metabolitos excretados pelos rins; e mais de um quinto dessas drogas causam efeitos adversos e prejudicam a função renal. Por esse motivo, a função renal deveria ser avaliada antes mesmo de ser feita a prescrição médica.¹⁸

Pacientes com insuficiência renal geralmente necessitam de várias classes de medicamentos, colocando-os em risco para o desenvolvimento de interações medicamentosas, que podem levar a hospitalizações e também aumento do número de mortes¹⁸.

Dessa maneira o farmacêutico é o profissional capacitado e com conhecimento específico para resolver, prevenir e aconselhar sobre os riscos e interações medicamentosas no paciente com DRC.

Cuidado Farmacêutico

O cuidado farmacêutico é definido como o fornecimento responsável de terapia medicamentosa com objetivo de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida de um paciente.¹⁹

A implementação de cuidados farmacêuticos é vital na prática diária de pacientes com DRC, pois além de promover melhor resultado terapêutico também é responsável por encontrar e minimizar interações potencialmente perigosas, documentar reações adversas a medicações, fornecer aconselhamento, fornecer suporte aos profissionais de saúde em relação ao manejo terapêutico individual.¹⁹

Os cuidados farmacêuticos contribuem positivamente no manejo do paciente com doença renal crônica, pois são responsáveis em monitorar a terapia medicamentosa e dar recomendações em relação aos problemas relacionados com medicamentos (PRM). A identificação e a resolução de PRMs trazem inúmeros benefícios aos pacientes, seja no controle da doença, na qualidade de vida e também aos custos do paciente.²⁰

JUSTIFICATIVA

Acredita-se que identificar e descrever as contribuições do farmacêutico no cuidado aos pacientes com doença renal crônica corrobora para a melhoria da atuação da prática clínica. Além disso, contribui com subsídios para uma assistência de qualidade prestada pela equipe multiprofissional de saúde visando a segurança do paciente prioritariamente.

Assim esse trabalho é uma revisão integrativa de literatura que tem a finalidade de contribuir com a identificação do “estado da arte” sobre os aspectos que envolvem o cuidado farmacêutico em pacientes com doença renal crônica em domicílio.

OBJETIVOS

Geral

- ✓ Identificar na revisão integrativa de literatura quais as contribuições do farmacêutico na visita domiciliar à pacientes com doença renal crônica.

Específicos

- ✓ Classificar os artigos incluídos na revisão integrativa de acordo com os instrumentos Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)²¹ e Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ).²²
- ✓ Identificar o nível de evidência científica de cada artigo incluído na revisão;
- ✓ Descrever as evidências nos artigos inclusos.

METODOLOGIA

A revisão integrativa é um método que consiste em etapas metodológicas que permitem a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultado de estudos na prática. Com a finalidade de assegurar uma prática assistencial fundamentada em evidência científica.

No contexto da Prática Baseada em Evidências (PBE) são identificadas evidências de que certo tratamento, ou meio diagnóstico, é efetivo ou não, utilizando de estratégias para avaliação da qualidade dos estudos e mecanismos para a implementação na assistência à saúde.²³

PBE propõe que os problemas clínicos que surgem durante a prática assistencial, de ensino ou pesquisa, sejam organizados utilizando-se a estratégia PICO.²³

PICO é um acrônimo que representa:

“P” = Paciente;

“I” = Intervenção;

“C”= Comparação;

“O”= Outcomes” (desfechos ou resultados).

Na PBE esses quatro componentes são os elementos fundamentais da questão de pesquisa e da construção da pergunta para a busca bibliográfica de evidências.²³ Assim descrevem-se abaixo a estratégia PICO e a questão norteadora.

P: qual é o papel do farmacêutico em visita domiciliar a pacientes com DRC.

I: busca na literatura das evidências do problema.

C: identificar o que a literatura aponta como evidencia científica.

O: descrever as evidências científicas nos artigos inclusos.

A pergunta norteadora da revisão integrativa foi a seguinte:

Quais são as atribuições do farmacêutico em visita domiciliar a pacientes com DRC?

Procedimento de coleta de dados

A estratégia de busca foi realizada em conjunto pela pesquisadora e orientadora com apoio da bibliotecária do serviço da universidade. Primeiramente foi relatada a bibliotecária a finalidade do trabalho, a fim de identificar os descritores do

Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) que melhor poderiam direcionar a busca nas bases de dados, grafados em inglês pelo Medical SubjectHeading (MeSH).

As estratégias de busca foram construídas de acordo com os descritores em português e inglês, utilizando os operadores lógicos AND e OR: AND relacionado à intersecção de palavras e OR relacionado à união entre palavras ou termos.

A partir das perguntas norteadoras, foram elaboradas estratégias de buscas, em português e inglês, nas bases de dados Scopus, PubMed Web of Science e Embase (Figura 1).

A busca bibliográfica foi realizada em maio de 2018 e o período de tempo em anos da busca nas bases de dados não foi delimitado, devido à escassez de literatura sobre o tema.

Foram elaboradas estratégias de busca com a utilização de descritores do DECS em português e inglês, de acordo com as equações descritas abaixo.

Estratégia para busca na Bireme:

(Insuficiência Renal Crônica **OR** Insuficiência do Rim Crônica **OR** Doenças Crônicas do Rim **OR** Doenças Crônicas do Rim **OR** Insuficiência Crônica do Rim **OR** Insuficiências Crônicas do Rim **OR** Doença Renal Crônica **OR** Doenças Renais Crônicas **OR** Insuficiências Renais Crônicas **OR** Doença do Rim Crônica **OR** Doenças do Rim Crônicas **OR** Insuficiências do Rim Crônicas **OR** Doença Crônica Renal **OR** Doenças Crônicas Renais **OR** Insuficiência Crônica Renal **OR** Insuficiências Crônicas Renais **OR** vigilância farmacêutica **OR** Insuficiencia Renal Crónica **OR** Renal Insufficiency, Chronic) **AND** (cuidados farmacêuticos **OR** Atenção Farmacêutica **OR** Cuidados Farmacêuticos **OR** Serviços de Assistência Farmacêutica **OR** Serviços Farmacêuticos **OR** ServiciosFarmacéuticos **OR** Pharmaceutical Services) .

Estratégia para busca Pubmed:

(Renal Insufficiency, Chronic **OR** Chronic Renal Insufficiencies **OR** Chronic Renal Insufficiency **OR** Chronic Kidney Insufficiency **OR** Chronic Kidney Insufficiencies **OR** Chronic Kidney Diseases **OR** Chronic Kidney Disease **OR** Chronic Renal Diseases **OR** Chronic Renal Disease) **AND** (Pharmaceutical Services **OR** Pharmaceutic Services **OR** Pharmaceutic Service **OR** Pharmaceutical Service **OR** Pharmacy Services **OR** Pharmacy Service **OR** Pharmaceutical Care) **AND** (House Calls)

Estratégia para busca Web of Science:

(Renal Insufficiency, Chronic OR Chronic Renal Insufficiencies OR Chronic Renal Insufficiency OR Chronic Kidney Insufficiency OR Chronic Kidney Insufficiencies OR Chronic Kidney Diseases OR Chronic Kidney Disease OR Chronic Renal Diseases OR Chronic Renal Disease) **AND** (Pharmaceutical Services OR Pharmaceutic Services OR Pharmaceutic Service OR Pharmaceutical Service OR Pharmacy Services OR Pharmacy Service OR Pharmaceutical Care) AND (House Calls)

Estratégia para busca Scopus:

("Renal Insufficiency, Chronic" OR "Chronic Renal Insufficiencies" OR "Chronic Renal Insufficiency" OR "Chronic Kidney Insufficiency" OR "Chronic Kidney Insufficiencies" OR "Chronic Kidney Diseases" OR "Chronic Kidney Disease" OR "Chronic Renal Diseases" OR "Chronic Renal Disease") **AND** ("Pharmaceutical Services" OR "Pharmaceutic Services" OR "Pharmaceutic Service" OR "Pharmaceutical Service" OR "Pharmacy Services" OR "Pharmacy Service" OR "Pharmaceutical Care") AND ("House Calls")

Estratégia para busca EMBASE:

('Renal Insufficiency, Chronic' OR 'Chronic Renal Insufficiencies' OR 'Chronic Renal Insufficiency' OR 'Chronic Kidney Insufficiency' OR 'Chronic Kidney Insufficiencies' OR 'Chronic Kidney Diseases' OR 'Chronic Kidney Disease' OR 'Chronic Renal Diseases' OR 'Chronic Renal Disease') **AND** ('Pharmaceutical Services' OR 'Pharmaceutic Services' OR 'Pharmaceutic Service' OR 'Pharmaceutical Service' OR 'Pharmacy Services' OR 'Pharmacy Service' OR 'Pharmaceutical Care') AND ('House Calls').

Os critérios de inclusão e de exclusão dos artigos identificados a partir das buscas nas cinco bases obedeceram aos seguintes passos:

- ✓ 1º: os artigos foram revisados para verificação de duplicatas, sendo excluídos os artigos que se repetiam;
- ✓ 2º: os artigos foram revisados e excluídos aqueles que no título e resumo não contemplavam o assunto desejado, não responderam as perguntas norteadoras;
- ✓ 3º: após a leitura na íntegra dos artigos foram excluídos aqueles que não respondiam as perguntas norteadoras.

PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Foram utilizados os instrumentos Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)²¹ (Anexo I) e o Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)²² (Anexo II) para a análise dos artigos e direcionar a busca de respostas às perguntas norteadoras. Foi utilizada uma tabela com hierarquia de evidências para estudos de intervenção com a finalidade de classificar os artigos selecionados para a revisão.

A ferramenta STROBE²¹ constitui-se de um checklist de pontuação entre 1 a 22 que estão relacionados a informações que deveriam estar presentes no título, resumo, introdução, metodologia, resultados e discussão dos artigos científicos que descrevem estudos observacionais.

A ferramenta COREQ²² possui um checklist de pontuação entre 1 a 32 itens e que compõe os três domínios: domínio um (Equipe de pesquisa e interferência nos dados), domínio dois (Desenho do estudo) e domínio três (Análise e achados).

Atribuiu-se nível de evidência científica para cada artigo incluído na revisão, de acordo aos seguintes critérios: nível 1 - revisões sistemáticas ou meta-análise de relevantes ensaios clínicos; nível 2 - evidências de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3 - ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4 - estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5 - revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6 – evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7 - opinião de autoridades ou comitês de especialistas incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisa.

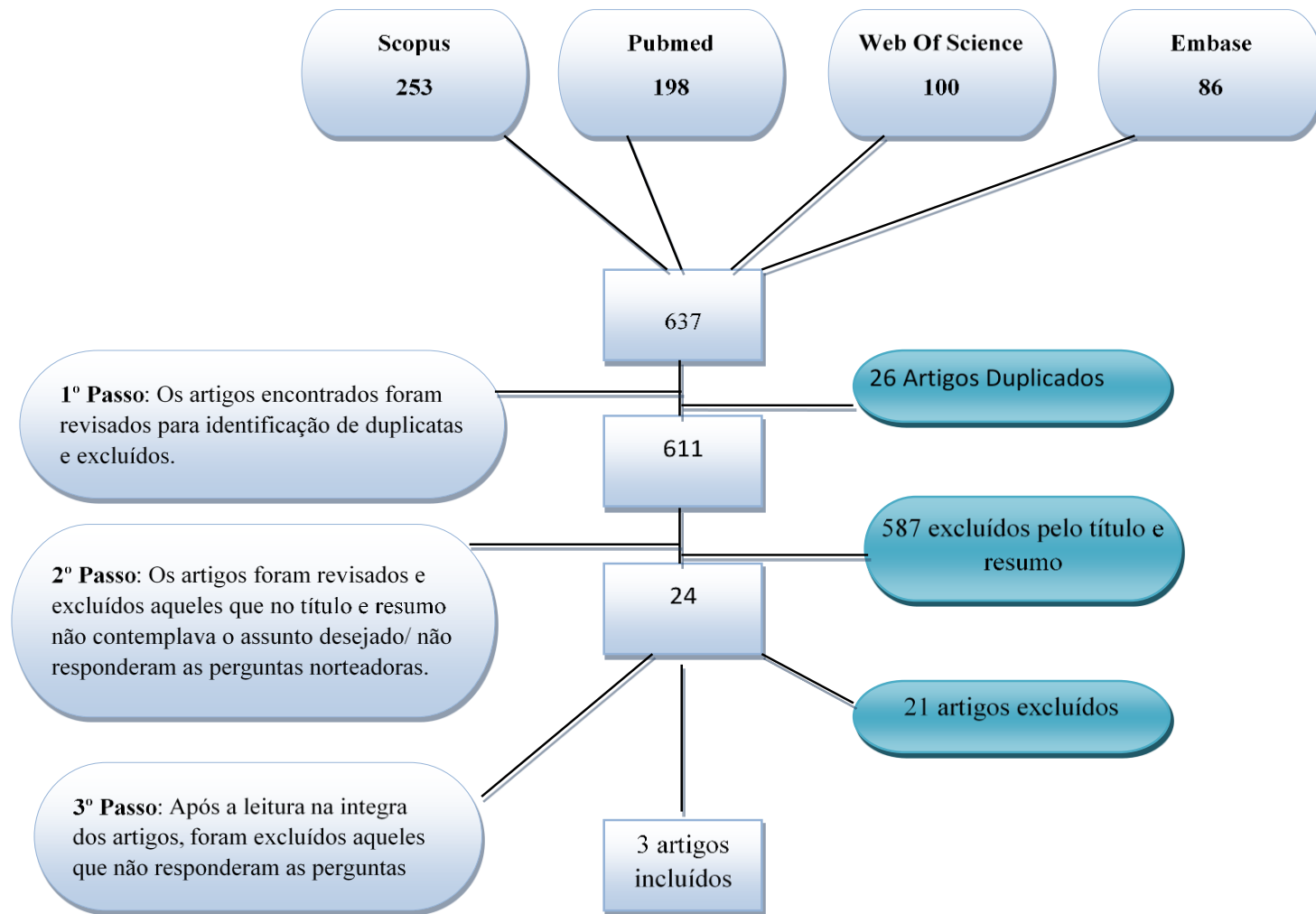
RESULTADOS

Obtiveram-se um total de 637 artigos: 253 na SCOPUS; 198 na PUBMED; 100 na WEB OF SCIENCE; 86 na EMBASE.

Foram identificados 26 duplicatas, restando 611 documentos. 587 documentos foram excluídos a partir da revisão dos títulos e resumos, pois não contemplavam o tema do presente trabalho, restando 24 artigos que por sua vez foram lidos na íntegra e excluído aqueles que não responderam as perguntas norteadoras. Incluíram-se três artigos na revisão.

A figura 1 indica o fluxograma com os passos da revisão bibliográfica nas bases de dados e os critérios de inclusão e exclusão dos artigos.

Figura 1 - Fluxograma da Revisão Bibliográfica nas Bases de Dados e os Critérios de Inclusão e Exclusão dos Artigos Encontrados – Botucatu/2018



A tabela 1 apresenta a seleção de artigos incluídos na revisão integrativa identificando-os sua base de origem.

Tabela 1 – Seleção dos artigos nas bases de dados, incluídos na revisão integrativa com a estratégia de busca. Botucatu, 2018.

Base de Dados	Total de Artigos	Artigos Selecionados
SCOPUS	253	3
PUBMED	198	0
WEB OF SCIENCE	100	0
EMBASE	86	0
TOTAL	637	3

Dos três artigos incluídos, um estudo²⁶ apresentava-se com delineamento qualitativo e quantitativo e foi analisado quanto aos itens do COREQ e STROBE; um²⁵ estudo quantitativo analisado pelo instrumento STROBE. Um²⁴ artigo tratava de uma revisão de literatura, e não se aplica esses instrumentos.

Em relação ao nível de evidência foram classificados os seguintes estudos: um estudo misto qualitativo e quantitativo com nível de evidencia VI; um estudo quantitativo descritivo com nível de evidencia VI e um estudo de revisão de literatura com nível de evidencia VII.

A tabela 2 apresenta as características dos três artigos incluídos na revisão, os escores obtidos com a aplicação dos instrumentos STROBE e COREQ e o nível de evidencia.

Tabela 2 - Artigos incluídos na revisão integrativa com a estratégia de busca .Botucatu, 2018.

Título do artigo	Base	Ano/ País	Tipo de Estudo	Nível de Evidência	COREQ	STROBE
Pharmacists' barriers and facilitators on implementing a post-discharge home visit	SCOPUS	2017/ Holanda	Quantitativo e Qualitativo	VI	31	21
Pharmacist domiciliary visiting in England: identifying the characteristics associated with continuation	SCOPUS	2008/ Inglaterra	Quantitativo/ Descritivo	VI	—	21
Pharmacist and Physician Collaboration in the Patient's Home	SCOPUS	2004/ Florida	Revisão Literatura	VII	—	—

DISCUSSÃO

Na literatura não existem trabalhos e relatos da prática farmacêutica no domicílio, com pacientes em terapia renal, com o desenvolvimento da revisão integrativa as principais atribuições do farmacêutico em visita domiciliar destacada nos artigos foi a detecção de problemas relacionados à medicação e a educação em saúde da terapia medicamentosa para os pacientes.

Gerenciamento dos Problemas Relacionados à Medicação

Segundo um estudo²⁴ realizado em 2004 na Flórida o farmacêutico clínico presta assistência farmacêutica juntamente com a equipe médica com o objetivo de otimizar a terapia medicamentosa do paciente.

Os componentes avaliados pelo farmacêutico durante a visita domiciliar foram²⁴:

- ✓ Desenvolver uma lista completa de todos os medicamentos prescritos e aqueles que são vendidos sem prescrição médica.
- ✓ Avaliar todos os medicamentos para ver se realmente existe indicação, se há eficácia e segurança, e se o paciente tem adesão à medicação.
- ✓ Revisar as datas de vencimento, e remover todos os medicamentos vencidos.
- ✓ Revisar os rótulos para determinar a farmácia usada, para incentivar o uso de uma única farmácia.
- ✓ Revisar os rótulos para identificar o médico que prescreveu o medicamento.
- ✓ Avaliar o armazenamento
- ✓ Avaliar a localização
- ✓ Avaliar o acesso do paciente aos medicamentos
- ✓ Avaliar interação medicamentosa com alimentos
- ✓ Desenvolver uma lista completa de alergias a medicamentos

Em 2008, foi realizado na Inglaterra, um estudo²⁵ pela School of Pharmacy, University of Bradford, West Yorkshire, um grupo de trabalho foi criado pela Sociedade Farmacêutica da Grã- Bretanha em 1988, que denominou-se PVDS,

constituindo-se por farmacêuticos que realizam o serviço de visita domiciliar na Inglaterra, e que deveria estar disponível a todos os pacientes.

Além do aconselhamento farmacêutico básico, a visita domiciliar pelo farmacêutico inclui a revisão da terapia medicamentosa e a adesão do paciente resultando em intervenções, sendo considerada valiosa pelos clínicos gerais, pois previne potenciais internações hospitalares não planejadas e também previne custos médicos adicionais ²⁵.

Outro estudo clínico ³² randomizado relatou o valor dos PVDS, e mostrou que pacientes visitados por um farmacêutico, foram mais significativamente propensos a serem admitidos no hospital. O aumento das admissões pode ser explicado devido ao aumento da adesão a medicação, resultando em identificação de uma necessidade real de admissão mais cedo do que caso contrário seria identificado.

Educação em Saúde da Terapia Medicamentosa

O farmacêutico clínico tenta reconhecer e abordar a alfabetização dos pacientes em relação a medicação utilizada. Observam se os pacientes entendem sobre os seus medicamentos, isto é, se sabem o que estão tomando, porque estão tomando, como tomar e o que esperar ao final do tratamento. ²⁴

Pacientes que possuem um envolvimento proativo no processo de tomada de decisão, que possuem confiança nos seus cuidadores e melhor alfabetização em saúde dos medicamentos são mais propensos a serem aderentes e conseqüentemente um resultado terapêutico positivo ²⁴.

Foi introduzido um programa ²⁴ de ensino com estudantes do curso de farmácia, os mesmos iam até a casa dos pacientes selecionados para garantir que os pacientes estavam recebendo os medicamentos adequados, e se sabiam tomar os medicamentos de forma adequada. Foram atendidos 500 pacientes e 95% necessitavam de intervenções, 55 pacientes completaram o primeiro ano do programa, com uma diminuição significativa ($p < 0,05$) do número de problemas relacionados com a terapia medicamentosa.

Um ensaio clínico randomizado ³³ de seis meses de um PVDS (Serviço de Visita Domiciliar por Farmacêutico na Inglaterra) mostrou resultados positivos tanto nos aspectos clínicos quanta a redução de custos, pois a pouca adesão a medicação pode estar associada a custos adicionais, que podem ser minimizados

com a visita domiciliar realizada por farmacêuticos, esse estudo mostrou que o farmacêutico estimula a adesão medicamentosa ao paciente.

Nos Estados Unidos da América existe um serviço de seguro de Saúde administrado pelo governo conhecido como Medicare destinado a pessoas que contribuíram há mais de 10 anos e que tenham idade maior ou igual a 65 anos e que moram permanentemente nos EUA.²⁴

Todos os serviços de assistência farmacêutica são cobrados através do seguro ao paciente como incidente para cuidados dos médicos. Portanto para um farmacêutico clínico consultar um paciente, o mesmo deve ser paciente ativo do médico, e o plano de cuidados pelo farmacêutico deve ser construído em um plano de cuidados previamente iniciado pelo médico.²⁴

A média de tempo gasto com cada paciente foi de 45 minutos no consultório e 60 minutos em casa, tornando-se uma barreira para a realização da visita domiciliar, pois a atuação do farmacêutico ainda é burocrática sendo responsável pelo gerenciamento logístico e controle sanitário de medicamentos, segundo um estudo²⁷ realizado pela universidade de São Paulo em 2016 dificultando a atuação desse profissional na área clínica e impedido a sua principal função como promotor do uso racional de medicamento para fornecer os serviços de visita domiciliar.

Um estudo realizado na Holanda no ano de 2017²⁶, Department of Pharmacoepidemiology & Clinical Pharmacology, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands avaliou as barreiras e os facilitadores para os farmacêuticos em visita domiciliar, além da dificuldade de inclusão da visita domiciliar na rotina do farmacêutico existem barreiras em relação a taxa de reembolso ao profissional e às habilidades de comunicação adequada pelo farmacêutico no momento do aconselhamento.²⁶

O profissional farmacêutico precisa de conhecimento específico e treinamentos para realizar uma abordagem de qualidade ao paciente melhorando a adesão ao paciente à medicação e diminuindo a confusão e insegurança do paciente.²⁶

Este estudo mostrou que os participantes farmacêuticos reconhecem a importância da visita domiciliar pós-alta, esta nova forma de assistência poderia se tornar cuidados de rotina, para identificar e resolver Problemas Relacionados com Medicamentos e trazer um resultado terapêutico positivo ao paciente, se barreiras identificadas fossem resolvidas.²⁶

A visita domiciliar é uma forma de atenção à saúde que vem crescendo no

Brasil e no mundo produzindo cuidado e atuação interdisciplinar²⁸. Para que o profissional possa realizar uma visita domiciliar de qualidade ele deve ter uma formação qualificada e uma boa capacidade de comunicação interpessoal para atuar com aos usuários, familiares e com a equipe multiprofissional.

O profissional deve ter autonomia, responsabilidade técnica científica própria da sua área de atuação²⁹

A revisão integrativa realizada mostrou que são escassos os artigos que descrevem a importância e o papel do farmacêutico em visita domiciliar com pacientes com DRC.

Pacientes com DRC necessitam de cuidados específicos em relação aos medicamentos, pois apresentam diversas comorbidades, sequelas da doença e polifarmácia.³⁰ Um estudo realizado no Canadá identificou que pacientes com DRC apresentam de cinco a seis co- morbididades e geralmente fazem uso de dez a treze medicamentos prescritos.³¹

A presença do farmacêutico clínico nas equipes de doença Renal Crônica é indispensável devido a necessidade de um especialista em medicamentos nessa atividade e que trará benefícios ao paciente, equipe e ao sistema de saúde .

Estudos clínicos e prospectivos devem ser realizados nessa área para identificarmos evidências e resultados positivos sobre a atuação do profissional farmacêutico no acompanhamento do tratamento de pacientes com doença renal crônica.

CONCLUSÃO

O presente estudo conseguiu identificar na literatura o estado da arte do tema proposto, classificou os artigos de acordo com os instrumentos de análise quantitativa e qualitativa e identificou o nível de evidência científica de cada artigo incluído na revisão integrativa.

Dos três artigos incluídos, um estudo apresentava-se com delineamento qualitativo e quantitativo e foi analisado quanto aos itens do COREQ e STROBE; um estudo quantitativo analisado pelo instrumento STROBE. Um artigo tratava-se de uma revisão de literatura, e não se aplicava a utilização desses instrumentos.

Em relação ao nível de evidencia foram classificados os seguintes estudos: um estudo misto qualitativo e quantitativo com nível de evidencia VI; um estudo quantitativo descritivo com nível de evidencia VI e um estudo de revisão de literatura com nível de evidencia VII.

Conclui-se que com base na literatura que a presença do farmacêutico nas visitas domiciliares é de extrema importância para melhorar a aderência medicamentosa do paciente.

Verificou-se ainda que há necessidade de qualificação profissional, mudança da rotina diária do profissional, pois atuação do farmacêutico ainda é burocrática sendo responsável pelo gerenciamento logístico e controle sanitário de medicamentos, e também um retorno financeiro adequado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pergunta norteadora do meu Trabalho de Conclusão de Residência foi estimulada a partir do estágio realizado no Serviço de Diálise do HCFMB.

Como farmacêutica residente do Programa Saúde do Adulto e Idoso do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, foram realizadas visitas domiciliares em um período de três meses a pacientes portadores de DRC submetidos ao tratamento de diálise peritoneal.

A visita é realizada por profissional farmacêutico, enfermeiro e assistente social uma vez por semana.

Durante o período de visitas foram identificados diversos problemas relacionados com medicamentos, como interações medicamentosas; interações medicamentosos-alimentos; local inadequado de armazenamento de medicamentos; medicamentos expostos à luz e umidade; medicamentos que devem ser guardados na geladeira; medicamentos acondicionados em locais inadequados, como porta de geladeira e em caixas térmicas.

Foram feitas algumas intervenções pelo residente farmacêutico para melhorar a adesão medicamentosa do paciente e conseqüente melhora terapêutica.

Medidas de educação em saúde foram realizadas, distribuição de planilhas com horários e dose da medicação e caixas organizadoras de medicamentos, revisão da prescrição medicamentosa com fornecimento de informações sobre todas as medicações utilizadas pelo paciente.

REFERÊNCIAS

1. Monterroza D, Bolivar J. Pharmaceutical care practice in patients with chronic kidney disease. *Farmacia hospitalaria*. 2017; Mar 1; 41(2):137-149.
2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.
3. Draibe SA. Panorama da Doença Renal Crônica no Brasil e no mundo. Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA. Módulo 3 - Análise epidemiológica da doença renal. São Luís; 2014. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2028?show=full>.
4. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo SBN 2014. Disponível em: <http://www.censo-sbn.org.br/censosAnteriores>
5. de Moura L, Prestes IV, Duncan BB, Thome FS, Schmidt MI. Dialysis for end stage renal disease financed through the Brazilian National Health System, 2000 to 2012. *BMC Nephrol* 2014;15:111.
6. KDOQI, National Kidney Foundation. KDOQI clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for anemia in chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis* 2006;47:111-45.
7. Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl* 2012;3:1-150. (Cited 2016 Oct 31). Available from: http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD?KDIGO_2012_CKD_GL.pdf
8. Romão J. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *J Bras Nefrol* Volume XXVI - nº 3 - Supl. 1 - Agosto de 2004.
9. Sociedade Brasileira de Nefrologia [homepage na internet]. O rim e suas doenças. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/publico/rim.htm>
10. Daugirdas JT, Blake PG, Todd S. Manual de Diálise. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 2008. p.297.

11. Filho R P. Diálise Peritoneal. In: Riella C.M. Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 923.
- 12.
13. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Home care as change of the technical-assistance model. 2010[cited 2015 Mar 14];44(1):166-76. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/en_18.pdf
14. Souza I, Pereira F, Martins G. A visita domiciliar como instrumento para humanização: revisando a literatura. Carpe Diem: Revista Cultura e Científica do UNIFACEX. v. 11, n. 11, 2013. ISSN: 2237-8586
15. ABRAHÃO,Lúcia Ana.Atenção e cuidado em saúde no ambiente familiar: aspecto da visita domiciliar.**Rev. APS.**, v. 14,n. 4, p. 472-480,out./dez, 2011.
16. Silva LK, Sena RR, Silva PM, Souza CG, Martins ACS. The nurse's role in home care: its implications for the training process. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2014[cited 2015 Apr 26];13(3):503-10. Available from: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/19227/pdf_334
17. Current procedural terminology (CPT). 4th ed. rev. Chicago: American Medical Association, 2003:9-10, 25-6.
18. Bastos MG. Drug-drug interaction. J Bras Nefrol 2014;36:8.
19. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 1990;47(3):533-43.
20. Anggriani Y, Ramadaniati UH, Pramularsi ED. Analysis of pharmacists' recommendations to address drug-related problems in chronic kidney disease patients as a basis to develop therapeutic drug monitoring form in an Indonesian hospital. Journal of Applied Pharmaceutical Science Vol. 8(02), pp 071-078, February, 2018. Available online at <http://www.japsonline.com>
21. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva MFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. Rev. Saud. Publ. [Internet]. 2010 [citado 2017 oct 02]; 44(3):559-565. Disponível em:<https://www.strobestatment.org/fileadmin/Strobe/uploads/translations/STRO>

BE_translation_portuguese_Commentary_Malta_RevSaudePublica_2010_checklist.pdf

22. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* [Internet]. 2007 [citado 2017 oct 02]; 19(6):349-357.
23. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev. Latino-Am. Enferm.* [Internet]. 2007 mai-jun [citado 2017 out 02]; 15(3):508-511. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf
24. Amruso NA, O'Nea ML. Pharmacist and Physician Collaboration in the Patient's Home. *The Annals of Pharmacotherapy*. 2004 June, Volume 38. Published Online, 27 Apr 2004, www.theannals.com
25. Bhattacharya D, Wright DJ, Purvis JR. Pharmacist domiciliary visiting in England: identifying the characteristics associated with continuation. *Pharm World Sci* (2008) 30:9–16
26. Ensing HT et al. Pharmacists' barriers and facilitators on implementing a post-discharge home visit. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 13 (2017) 811–819
27. Fegadolli C et al. Farmacêuticos integrando equipes de cuidado em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS): uma reflexão coletiva na cidade de São Paulo. *Comunicação Saúde Educação* (2016); 20(59);1093-8
28. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, MerhyEE. Home care as change of the technical-assistance model. 2010[cited 2015 Mar 14];44(1):166-76. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/en_18.pdf
29. Silva LK, Sena RR, Silva PM, Souza CG, Martins ACS. The nurse's role in home care: its implications for the training process. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2014[cited 2015 Apr 26];13(3):503-10. Available from: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/19227/pdf_334

30. Fink JC, Brown J, Hsu VD, Seliger SL, Walker G, Zhan M. DRC como um sob ameaça reconhecido para a segurança do paciente. *Am J Kidney Dis.* 2009; 53 (4): 681-8.
31. Laliberté MC, Normandeau H, Senhor A, D Lamarre, Cantin I, Berbiche D, et al. Uso de medicamentos no mundo e produtos naturais em pacientes com insuficiência renal crônica moderada e grave. *Am J Kidney Dis.* 2007; 49 (2): 245-56
32. Holland R. Medication reviews hang in balance. Reported quote. *Pharm J* 2005;274:106.
33. Sorensen L, Stokes JA, Woodward M, Elliott R, Roberts MS. Medication reviews in the community: results of a randomized controlled effectiveness trial. *Br J Clin Pharmacol* 2004;58(6):648–64.

Anexo I

Item	Nº	Recomendação
Título e Resumo	1	Indique o desenho do estudo no título ou no resumo, com termo comumente utilizado Disponibilize no resumo um sumário informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado
Introdução		
Contexto/Justificativa	2	Detalhe o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa.
Objetivos	3	Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes.
Métodos		
Desenho do estudo	4	Apresente, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo.
Contexto (<i>setting</i>)	5	Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento (follow-up) e coleta de dados.
Participantes	6	Estudos de Coorte: Apresente os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Descreva os métodos de acompanhamento. Estudos de Caso-Controlle: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e o critério-diagnóstico para identificação dos casos e os métodos de seleção dos controles. Descreva a justificativa para a eleição dos casos e controles Estudo Seccional: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes. Estudos de Coorte: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de expostos e não expostos. Estudos de Caso-Controlle: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de controles para cada caso.
Variáveis	7	Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito. Quando necessário, apresente os critérios diagnósticos.
Fontes de dados/ Mensuração	8 ^a	Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação.
Viés	9	Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de vies.
Tamanho do estudo	10	Explique como se determinou o tamanho amostral.
Variáveis quantitativas	11	Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e porque.
Métodos estatísticos	12	Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controle de confundimento. Descreva todos os métodos utilizados para examinar subgrupos e interações. Explique como foram tratados os dados faltantes ("missing data") Estudos de Coorte: Se aplicável, explique como as perdas de acompanhamento foram tratadas. Estudos de Caso-Controlle: Se aplicável, explique como o pareamento dos casos e controles foi tratado. Estudos Seccionais: Se aplicável, descreva os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem. Descreva qualquer análise de sensibilidade.
Resultados		
Participantes	13 ^a	Descreva o número de participantes em cada etapa do estudo (ex: número de participantes potencialmente elegíveis, examinados de acordo com critérios de elegibilidade, elegíveis de fato, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados) Descreva as razões para as perdas em cada etapa. Avalie a pertinência de apresentar um diagrama de fluxo
Dados descritivos	14 ^a	Descreva as características dos participantes (ex: demográficas, clínicas e sociais) e as informações sobre exposições e confundidores em potencial. Indique o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse. Estudos de Coorte: Apresente o período de acompanhamento (ex: média e tempo total)

Item	Nº	Recomendação
Desfecho	15 ^a	Estudos de Coorte: Descreva o número de eventos-desfecho ou as medidas-resumo ao longo do tempo Estudos de Caso-Controlle: Descreva o número de indivíduos em cada categoria de exposição ou apresente medidas-resumo de exposição. Estudos Seccionais: Descreva o número de eventos-desfecho ou apresente as medidas-resumo.
Resultados principais	16	Descreva as estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, assim como sua precisão (ex: intervalos de confiança). Deixe claro quais foram os confundidores utilizados no ajuste e porque foram incluídos. Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte utilizados. Se pertinente, considere transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo relevante.
Outras análises	17	Descreva outras análises que tenham sido realizadas. Ex: análises de subgrupos, interação, sensibilidade.
Discussão		
Resultados principais	18	Resuma os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo.
Limitações	19	Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de vieses em potencial.
Interpretação	20	Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes.
Generalização	21	Discuta a generalização (validade externa) dos resultados.
Outras Informações		
Financiamento	22	Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresente tais informações para o estudo original no qual o artigo é baseado.

Anexo II

Nº	Item	Questões/descrição guia
Domínio 1: Equipe de pesquisa e interferência nos dados		
Características pessoais		
1.	Entrevistador/facilitador	Quem (autor/es) conduziu a entrevista ou grupo focal?
2.	Credenciais	Quais as credenciais do pesquisador? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Ocupação	Qual a ocupação do pesquisador na época do estudo?
4.	Gênero	Qual o sexo do pesquisador (feminino/masculino)? ³
5	Experiência e treinamento	Que experiência ou treinamento que o pesquisador tem?
Relacionamento com os participantes		
6.	Relação estabelecida	Estabeleceu-se relação com os participantes antes de iniciar o estudo?
7.	Conhecimento do pesquisador pelo participante	O que os participantes sabem sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, as razões para fazer a pesquisa.
8.	Características do entrevistador	Que características foram notificados sobre o entrevistador / facilitador? Por exemplo: Preconceitos, suposições, razões e interesses no tema de pesquisa.
Domínio 2: Desenho do estudo		
Referencial teórico		
9.	Orientação metodológica e teórica	Que orientação metodológica foi indicado para apoiar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso,

		etnografia, fenomenologia, análise de conteúdo, ...
Seleção de participantes		
10.	Amostra	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: intencional, conveniência, consecutiva, “bola de neve”.
11.	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, telefone, correio, e-mail
12.	Tamanho da amostra	Quantos indivíduos participaram do estudo?
13.	Participação negada (recusa/desistência)	Quantas pessoas se recusaram ou desistiram de participar? Razões?
Cenário		
14.	Cenário de coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: casa, clínica, espaço de trabalho, ...
15.	Presença de não participantes	Encontrava-se presente outra pessoa, além dos participantes e pesquisadores?
16.	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, datas, ...
Coleta de dados		
17.	Guia da entrevista	Utilizou-se de perguntas, instruções, guias fornecidos pelos autores? Foi um teste piloto?
18.	Entrevistas repetidas	Repetiu-se entrevistas? Se sim, quantas?
19.	Registro áudio/visual	Qual(is) recurso(s) áudio/visual utilizado(s) para coletar os dados?
20.	Anotações de campo	Realizaram-se anotações de campo durante e/ou após as entrevistas ou grupo focal?
21.	Duração	Quanto tempo durou as entrevistas ou grupo focal?
22.	Saturação dos dados	A saturação teórica está descrita?
23.	Retorno das descrições	Retornaram-se as transcrições para que os participantes pudessem comentá-las ou corrigi-las?
Domínio 3: Análise e achados		
24.	Número de pessoas que codificaram os dados	Quantas pessoas codificaram os dados?
25.	Descrição da árvore de códigos	Os autores fornecem uma descrição da árvore de codificação?
26.	Derivação dos temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivada dos dados?
27.	<i>Software</i>	Qual software, se aplicável, foi utilizado para gerenciar os dados?
28.	Retorno aos participantes	Os participantes emitiram opiniões sobre os achados?
Reporting (material transcrito, exemplo: entrevista)		
29.	Trechos/fragmentos	Foram utilizados trechos/fragmentos dos participantes para ilustrar os temas / resultados? Cada citação foi identificada? Por exemplo o número do participante (P1, P2, ...)
30.	Consistência dos dados e achados	Há consistência entre os dados e os achados apresentados?
31.	Clareza dos temas principais	Os temas principais foram claramente

		apresentados?
32	Clareza dos temas secundários	Existe descrição de casos particulares ou discussão de temas secundários?