



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

PEDRO GUSTAVO MOURA DE SOUSA

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES RENAIIS
CRÔNICOS EM PROGRAMA DIALÍTICO NA CLÍNICA DE DOENÇAS
RENAIS IMPERATRIZ**

IMPERATRIZ
2019

PEDRO GUSTAVO MOURA DE SOUSA

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES RENAIIS
CRÔNICOS EM PROGRAMA DIALÍTICO NA CLÍNICA DE DOENÇAS RENAIIS
IMPERATRIZ

Trabalho de Conclusão de
Curso apresentado ao Curso de Medicina
da Universidade Federal do Maranhão,
Campus Imperatriz, como parte dos
requisitos para a obtenção do título de
Bacharel em Medicina

Orientador: Prof Me. Rodson
Glauber Ribeiro Chaves

IMPERATRIZ

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Moura de Sousa, Pedro Gustavo.

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES RENAIIS
CRÔNICOS EM PROGRAMA DIALÍTICO NA CLÍNICA DE DOENÇAS
RENAIS IMPERATRIZ / Pedro Gustavo Moura de Sousa. - 2019.
33 p.

Orientador(a): Rodson Glauber Ribeiro Chaves.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
Universidade Federal do Maranhão, 2019.

1. Diálise. 2. Doença Crônica. 3. Nível
socioeconômico. I. Ribeiro Chaves, Rodson Glauber. II.
Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Pedro Gustavo Moura de Sousa

Título do TCC: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE
PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS EM PROGRAMA DIALÍTICO NA CLÍNICA DE
DOENÇAS RENAIIS IMPERATRIZ

Orientador: Rodson Glauber Ribeiro Chaves

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão
de Curso, em sessão pública realizada a/...../....., considerou

Aprovado **Reprovado**

Examinador (a):

Assinatura:

.....

Nome:

.....

Instituição:

.....

Examinador (a):

Assinatura:

.....

Nome:

.....

Instituição:

.....

Presidente:

Assinatura:

.....

Nome:

.....

Instituição:

.....

COMITÊ DE ÉTICA

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NA CLÍNICA DE DOENÇAS RENAIS DA CIDADE DE IMPERATRIZ-MA

Pesquisador: Rodson Glauber Ribeiro Chaves

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14048419.3.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.451.428

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 3.451.428

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1301396.pdf	23/04/2019 17:41:26		Aceito
Parecer Anterior	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	23/04/2019 17:41:04	Rodson Glauber Ribeiro Chaves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.docx	15/03/2019 16:11:08	Rodson Glauber Ribeiro Chaves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_DE_AUTORIZACAO.pdf	14/03/2019 21:52:03	Rodson Glauber Ribeiro Chaves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_FIEL_DEPOSITARIO.pdf	14/03/2019 21:51:34	Rodson Glauber Ribeiro Chaves	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	14/03/2019 21:50:10	Rodson Glauber Ribeiro Chaves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 11 de Julho de 2019

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador(a))

RESUMO

INTRODUÇÃO: As taxas de morbimortalidade da população mundial e brasileira sofreram alterações ao longo do tempo, evidenciando aumento das doenças crônicas sejam degenerativas ou de caráter limitante como a doença renal crônica (DRC). **OBJETIVO:** Caracterizar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes renais crônicos em tratamento dialítico. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, descritivo, realizado em um centro de diálise localizado na cidade de Imperatriz – MA. As informações foram coletadas a partir do prontuário dos pacientes e de um questionário contendo perguntas para obter informações de cunho sociodemográfico e quanto a sua qualidade de vida no momento atual. As informações obtidas foram tabuladas em EXCEL 2019 e analisadas no (SPSS), versão 22. **RESULTADOS:** Pacientes em sua maioria do sexo masculino (60,2%), casado (a) (56,4%), com baixo nível de escolaridade: ensino fundamental incompleto (38,3%); analfabeto (17,3%), procedentes em sua maioria de outras cidades (61,7%), tempo de diálise de mais de 1 e menos de 5 anos, sem histórico familiar de DRC (85,7%), grande parte classificou sua qualidade de vida como regular (46,6%). Em 39,1 % a doença de base foi HAS. A quantificação dos dados clínicos de Mulheres e Homens foram respectivamente: Hematócrito 33,3;35,4, hemoglobina 11;11,6, eritrócitos 4;4,2, cálcio 8,3;8,2, potássio 5,3 ambos os sexos, fósforo 5,5;5,1, sódio 136,1;136,6 e creatinina 12,1;11,9. **CONCLUSÃO:** fatores socioeconômicos, clínicos e laboratoriais relacionados à disfunção renal contribuem para a morbimortalidade desses pacientes evidenciando a necessidade de reduzir os agravantes da doença visando a melhoria na qualidade de vida.

Descritores: Nível Socioeconômico, Diálise, Doença Crônica

ABSTRACT

INTRODUCTION: The morbidity and mortality rates of the world and Brazilian population have changed over time, showing an increase in chronic diseases, either degenerative or limiting, such as chronic kidney disease (CKD). **OBJECTIVE:** To characterize the clinical and epidemiological profile of chronic renal patients on dialysis treatment. **METHODS:** This is a cross-sectional, quantitative, descriptive study conducted in a dialysis center located in Imperatriz - MA. The information was collected from the patients' medical records and a questionnaire containing questions to obtain sociodemographic information and their quality of life at the moment. The information obtained was tabulated in EXCEL 2019 and analyzed in (SPSS), version 22. **RESULTS:** Mostly male patients (60.2%), married (56.4%), with low educational level : incomplete elementary school (38.3%); illiterate (17.3%), coming mostly from other cities (61.7%), dialysis time of more than 1 and less than 5 years, no family history of CKD (85.7%), most classified their quality of life as regular (46.6%). In 39.1% the underlying disease was hypertension. The quantification of the clinical data of Women and Men were respectively: Hematocrit 33.3, 35.4, hemoglobin 11, 11.6, erythrocytes 4, 4.2, calcium 8.3, 8.2, potassium 5.3 both. sexes, phosphorus 5.5, 5.1, sodium 136.1, 136.6 and creatinine 12.1, 11.9. **CONCLUSION:** socioeconomic, clinical and laboratory factors related to renal dysfunction contribute to the morbidity and mortality of these patients, highlighting the need to reduce the aggravating factors of the disease aiming at improving the quality of life.

Keywords : Socioeconomic Level, Dialysis, Chronic Disease

SUMÁRIO

1.Introdução.....	8
2.Método.....	10
3.Resultados	12
4.Discussão.....	18
5.Conclusão.....	22
6.Referências.....	23
7. Anexos.....	27

INTRODUÇÃO:

As taxas de morbimortalidade da população mundial e brasileira sofreram alterações ao longo do tempo, evidenciaram aumento das doenças crônicas degenerativas e projetaram a doença renal crônica (DRC) no cenário mundial como um dos maiores desafios à saúde pública deste século, com todas as suas implicações econômicas e sociais¹. O envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida, decorrentes da transição demográfica nas últimas décadas no Brasil, contribuíram para mudanças no perfil de morbimortalidade e aumento da prevalência das doenças crônicas, entre elas a doença renal crônica (DRC)².

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia, a prevalência da doença renal crônica no mundo é de 7,2% para indivíduos acima de 30 anos e 28% a 46% em indivíduos acima de 64 anos. No Brasil, a estimativa é de que mais de dez milhões de pessoas tenham a doença. Desses, 90 mil estão em diálise (um processo de estímulo artificial da função dos rins, geralmente quando os órgãos tem 10% de funcionamento), número que cresceu mais de 100% nos últimos dez anos. Apesar de o número de casos novos ser de aproximadamente 40.000 pacientes ao ano, temos um aumento gradativo de pacientes em TRS (126.000 pacientes em 2017) e realizando transplante renal (cerca de 5.900/ano), o número de clínicas aumenta numa velocidade inferior. O número de vagas por clínica dobrou na última década e, mesmo assim, temos filas de pacientes aguardando vaga para tratamento nos hospitais públicos e privados¹⁹.

Os aspectos demográficos e socioeconômicos são muito importantes na progressão da Doença Renal Crônica e na manutenção da vida dos pacientes em hemodiálise, pois se essas condições forem desfavoráveis, os pacientes podem ter um tratamento menos eficaz da doença e agravar seu quadro clínico. Sendo outro fator importante, o quadro clínico do paciente é fundamental para uma melhor qualidade no tratamento hemodialítico, tornando-se essencial a identificação e a correção das principais complicações e comorbidades apresentadas pelos pacientes³.

Fatores socioeconômicos podem influenciar a progressão da DRC. O baixo nível socioeconômico pode ser considerado fator de risco para as doenças crônicas e, em relação a DRC, eles podem estar associados às dificuldades de acesso ao sistema de saúde e ao controle inadequado de doenças como hipertensão e diabetes⁴. As desigualdades sociais evidenciadas pelo elevado grau de pobreza e baixo nível de instrução na região Nordeste e do estado do Maranhão especificamente, podem contribuir negativamente para o desenvolvimento de DRC⁵.

Sua detecção precoce por meio do rastreamento de grupos de risco e combate dos fatores desencadeantes, além do uso de terapêuticas apropriadas para o retardamento de sua progressão podem reduzir o sofrimento dos pacientes e os custos financeiros associados à DRC^{6,18}. Dessa maneira, o conhecimento epidemiológico da DRC contribui para impedir a sua instalação ou protelar a sua evolução. Diante disso, definir o perfil dos pacientes DRC é de fundamental importância tanto para o tratamento daqueles já acometidos quanto para a prevenção e diagnóstico precoce, o que torna esta pesquisa relevante^{7,20}.

Dessa forma, o aparecimento das complicações comuns da doença será possivelmente retardado com o aumento da sobrevida e melhora da qualidade de vida. Entretanto, destacam-se, no país, as atenções voltadas para a doença renal praticamente focadas ao seu estágio mais avançado, quando o paciente necessita de terapia de substituição renal^{8,21}. Assim, o objetivo do presente estudo consistiu em avaliar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes em Hemodiálise na Clínica de Doenças Renais Imperatriz.

MÉTODO:

Trata-se de um estudo de campo, transversal, quantitativo, descritivo, de caráter epidemiológico. O estudo foi realizado em um centro de diálise existente na cidade de Imperatriz, Maranhão/Nordeste do Brasil, que atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e por assistência privada, no período de junho a setembro de 2019. A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista individual com o participante do estudo durante a sessão de hemodiálise. O instrumento aplicado continha questões sobre sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, procedência, classificação da qualidade de vida, tempo de terapia hemodialítica, histórico familiar de DRC, renda familiar per capita e a presença de alguma doença de base.

A amostra foi constituída por 133 pacientes em tratamento dialítico e com diagnóstico de DRC. Quanto aos critérios de inclusão, foram selecionados pacientes que estavam no mínimo 3 meses em tratamento hemodialítico – para ser considerado Doença Renal Crônica segundo a Kidney Disease Outcomes

Quality Initiative, de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 18 anos, cadastrados no programa de diálise da clínica. Foram excluídos da pesquisa pacientes que não se encontravam em condições clínicas para participar do estudo. Os sujeitos da pesquisa foram inicialmente informados da importância do trabalho, as perguntas foram lidas e assinaladas pelo aplicador do questionário, na forma de entrevista.

Foram extraídos dos prontuários dados de exames bioquímicos. Entre os exames laboratoriais, encontravam-se taxas de eritrócitos, hematócrito, hemoglobina, plaquetas, creatinina, potássio, cálcio, fósforo, sódio e Ureia pré-diálise. Foram considerados valores de referência normais : Eritrócitos entre 4,2 a 5,5 milhões/mm³, hematócrito entre 42 a 52%, hemoglobina entre 13 a 16 g/dl, plaquetas entre 150.000 a 400.000/mm³, creatinina entre 0,6 a 1,1 mg/dL, potássio entre 3,5 a 5,1 mmol/L, cálcio entre 8,6 a 10,3mg/dL, fósforo entre 4 a 7 mg/dL, sódio entre 136 a 145 mEq/L e ureia pré-diálise entre 15 a 39 mg/dL.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados específico criado no programa Microsoft Excel versão 2019. As variáveis sociodemográficas e clínicas foram submetidas à estatística descritiva com determinação das frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. A análise dos dados foi realizada no programa *Software Statistical Package for the Social Sciences* – (SPSS), versão 22.

A análise inferencial de distribuição foi feita pelos Testes Qui-quadrado e Teste exato de Fisher, quando necessário. As análises de comparação feitas foram através dos Testes U de Mann-Whitney e Teste T para

amostras independentes quando permitido, já que o pressuposto de normalidade dos dados para as variáveis quantitativas não foi atendido em sua totalidade. O nível de confiança foi de 95% e a significância adotada foi de $p < 0,05$.

O projeto de pesquisa foi previamente enviado, analisado, e devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, sob o protocolo CAAE nº. 14048419.3.0000.5087. Além disso, todos os sujeitos que se disponibilizaram a participar do estudo, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS:

Os resultados mostraram que dos 133 pacientes entrevistados, 80 (60,2%) eram do sexo masculino e 53 (39,8%) do sexo feminino, 29 (21,8%) tinham idade compreendida entre 41-50 anos, 27 (20,3%) tinham idade entendida entre 61-70 anos e 25 (18,8%) dos pacientes apresentaram idade compreendida entre 31-40 anos.

Em relação ao estado civil 75 pacientes (56,4%) declararam ser casado, 35 (26,3%) solteiro e 14 (10,5%) Viúvo. No quesito escolaridade 51 (38,3%) possuíam ensino fundamental incompleto, 26 (19,5%) ensino médio completo, 23 eram analfabetos e 17 (12,8%) possuíam ensino fundamental completo.

Segundo a procedência, 51 (38,3%) dos participantes eram procedentes de Imperatriz e 82 (61,7) eram procedentes de outras cidades. Em

relação à renda familiar, 59 (44,4%) tinham renda familiar per capita de mais de 1 salário e menos de 5 salários, 55 (41,4%) 1 salário e 18 (13,5%) renda de menos de 1 salário. Os dados de perfil sociodemográfico estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico da população estudada. Imperatriz (MA), 2019.

	n	%
Sexo		
Feminino	53	39,8
Masculino	80	60,2
Faixa etária		
18 - 30	8	6,0
31 - 40	25	18,8
41 - 50	29	21,8
51 - 60	25	18,8
61 - 70	27	20,3
Acima de 70 anos	19	14,3
Estado civil		
Casado	75	56,4
Divorciado	9	6,8
Viúvo	14	10,5
Solteiro	35	26,3
Escolaridade		
Analfabeto	23	17,3
Ensino fundamental incompleto	51	38,3
Ensino fundamental completo	17	12,8
Ensino médio incompleto	7	5,3
Ensino médio completo	26	19,5
Ensino superior completo	9	6,8
Procedência		
Imperatriz	51	38,3
Outra cidade	82	61,7
Renda familiar		
Menos de 1 salário	18	13,5
1 salário	55	41,4
Mais de 1 salário e menos de 5	59	44,4
Mais de 5 salários e menos de 10	1	0,8

No que se refere aos dados clínicos, 52 (39,1%) eram hipertensos, 8 (6,1%) diabéticos, 51 (38,3%) eram hipertensos e diabéticos e 22 (16,5%) afirmaram não ser acometidos por nenhuma doença de base. Quanto ao antecedente familiar 114 (85,7%) relataram a inexistência de histórico familiar de DRC e 19 (14,3%) afirmaram possuir um familiar com DRC. Em relação ao tempo de hemodiálise 67 (50,4%) dos pacientes estavam há mais de 1 ano e menos de 5 anos em tratamento dialítico, 29 (21,8%) menos de 1 ano em hemodiálise, 28 (21%) mais de 5 anos e menos de 10 anos e 9 (6,8%) há mais de 10 anos em tratamento dialítico. No quesito classificação da qualidade de vida, 62 (46,6%) classificaram como regular, 50 (37,5%) como bom, 19 (14,3%) como sendo ruim e 1 (0,8%) como sendo péssima. Os dados das características clínicas estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Características clínicas da população estudada. Imperatriz (MA), 2019.

	n	%
Tempo de hemodiálise		
Menos de 1 ano	29	21,8
Mais de 1 ano e menos de 5 anos	67	50,4
Mais de 5 anos e menos de 10 anos	28	21,0
Mais de 10 anos	9	6,8
Histórico familiar		
Sim	19	14,3
Não	114	85,7
Classificação qualidade de vida		
Excelente	1	0,8
Bom	50	37,5
Regular	62	46,6
Ruim	19	14,3
Péssima	1	0,8
Doença base		
DM	8	6,1
HAS	52	39,1
DM e HAS	51	38,3
Não	22	16,5

Na comparação entre a qualidade de vida e o sexo, quase metade dos pacientes do sexo masculino (47,5%) classificaram sua qualidade de vida como sendo regular e quanto ao sexo feminino foram 45,3%. Analisando a presença de doença de base de acordo com o sexo, 33 dos pacientes do sexo masculino (41,3%) apresentaram diagnóstico de HAS e DM contra 18 (34%) dos pacientes do sexo feminino. (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das características clínicas por sexo da população estudada. Imperatriz (MA), 2019.

	Feminino		Masculino		Total	p-valor
	n	%	n	%		
Classificação						
Excelente	0	0,0	1	1,3	1	0,373¹
Bom	18	34,0	32	40,0	50	
Regular	24	45,3	38	47,5	62	
Ruim	11	20,8	8	10,0	19	
Péssima	0	0,0	1	1,3	1	
Tempo de hemodiálise						
Menos de 1 ano	11	20,8	18	22,5	29	0,632 ¹
Mais de 1 ano e menos de 5 anos	27	50,9	40	50,0	67	
Mais de 5 anos e menos de 10 anos	13	24,5	15	18,8	28	
Mais de 10 anos	2	3,8	7	8,8	9	
Possui histórico familiar?						
Sim	8	15,1	11	13,8	19	0,828 ²
Não	45	84,9	69	86,3	114	
Doença base						
DM	4	7,5	4	5,0	8	0,621 ¹
HAS	20	37,7	32	40,0	52	
DM e HAS	18	34,0	33	41,3	51	
Não	11	20,8	11	13,8	22	

¹Teste exato de Fisher

²Teste qui-quadrado

Em relação aos exames laboratoriais, os níveis de hemoglobina e hematócrito mostraram-se abaixo dos parâmetros considerados normais com médias de 11,6 g/dL (masculino) e 11,0 g/dL (feminino); 35,4% (masculino) e 33,3% (feminino) respectivamente. Os valores de fósforo, cálcio e ureia apresentaram uma média de 5,1±2,2 (masculino) e 5,5±2,1 (feminino); 8,2±1

(masculino) e $8,3\pm 0,8$ (feminino); $126,2\pm 41,6$ (masculino) e $145\pm 34,9$ (feminino), respectivamente. A creatinina sérica mostrou-se acima dos valores considerados normais, com médias de $11,9\pm 3,5$ mg/dL (masculino) e $12,1\pm 3,0$ mg/dL (feminino). Os dados da comparação das médias dos resultados dos exames entre os sexos da população estudada estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4. Comparação das médias dos resultados dos exames entre os sexos da população estudada. Imperatriz (MA), 2019.

	Sexo	Média	dp	p-valor
Eritrócitos	Feminino	4,0	0,7	0,267 ¹
	Masculino	4,2	0,6	
Hemoglobina	Feminino	11,0	1,9	0,126 ¹
	Masculino	11,6	1,4	
Hematócrito	Feminino	33,3	6,5	0,112 ¹
	Masculino	35,4	5,0	
Plaquetas	Feminino	199443,2	56778,0	0,344 ²
	Masculino	205158,7	48709,9	
Potássio	Feminino	5,3	0,9	0,822 ²
	Masculino	5,3	1,0	
Cálcio	Feminino	8,3	0,8	0,444 ²
	Masculino	8,2	1,0	
Creatinina	Feminino	12,1	3,0	0,684 ¹
	Masculino	11,9	3,5	
Fósforo	Feminino	5,5	2,1	0,289 ²
	Masculino	5,1	2,2	
Sódio	Feminino	136,1	6,9	0,802 ²
	Masculino	136,6	3,8	
Ureia	Feminino	145,0	34,9	0,023¹
	Masculino	126,2	41,6	

¹Teste T para amostras independentes

²Teste U de Mann Whitney

dp= Desvio padrão.

DISCUSSÃO:

A prevalência de 1,5 homens para cada mulher não se diferencia dos resultados encontrados no Brasil e no Maranhão, que evidenciam a prevalência da DRC no sexo masculino. Ainda é mais comum entre homens a resistência para procurar assistência à saúde tornando-os mais vulneráveis às complicações e dificultando possível inserção no programa de transplante renal, pois não sendo feito o diagnóstico o mesmo automaticamente não entra em processo de tratamento específico, seja ele dialítico ou de forma mais complexa e definitiva como o transplante renal⁹. A maioria dos entrevistados vive com um companheiro(a), sendo um possível fator que possa contribuir na adesão do paciente ao tratamento¹⁰.

Em relação à classificação de bens constatou-se que grande parte dos entrevistados possui renda familiar per capita maior que 1 e menor que 5 salários mínimos, sendo que do total de entrevistados 54,9% apresentam-se na classe E e têm uma renda de 1 salário ou inferior a 1 salário mínimo ao mês¹¹. Estudos no Maranhão e no Brasil também evidenciam o baixo índice socioeconômico entre os doentes renais crônicos, sendo um dos fatores que podem corroborar para uma má adesão ao tratamento das doenças crônicas que predispõem ao surgimento de DRC, como HAS e DM, seja por falta de instrução ou até mesmo por falta de acesso aos meios de tratamento¹². Esta situação pode estar relacionada ao aumento da morbimortalidade entre essas pessoas. Apontou-se, em estudos realizados no Brasil, quanto ao nível socioeconômico e de escolaridade, a contribuição desses dois fatores para o desenvolvimento da DRC enfatizando-se que estratos sociais mais favorecidos financeiramente

procuram mais por serviços de prevenção e exames de rotina, ao passo que, nos estratos de pior rendimento, há uma maior representatividade por busca de serviços de saúde por motivo de doença¹³. A pobreza aumenta o risco de doenças que predispõem ao desenvolvimento da doença renal crônica e piora os resultados em pessoas que já têm a doença. Tal tese comprovada pelos dados da pesquisa que demonstram que 98 pacientes (73,7%) sequer concluíram o ensino médio (antigo 2º grau). Além disso, condições como o analfabetismo dificultam a compreensão dos pacientes quanto às orientações e à adesão aos cuidados pertinentes ao tratamento^{14,22}.

A hipertensão arterial sistêmica juntamente com o diabetes mellitus são os principais fatores de risco para a DRC. São considerados fatores modificáveis, caso já exista o seu diagnóstico, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas e preveníveis sobretudo através de mudanças de hábitos de vida. O tratamento adequado é capaz de diminuir significativamente não só a mortalidade cardiovascular, mas também a velocidade de progressão da DRC^{15,17}.

A grande maioria dos entrevistados relatou diagnóstico de HAS (39,1%), DM (6,1%) ou até mesmo das duas patologias de forma associada (38,3%), piorando ainda mais o curso da doença renal caso não exista um tratamento adequado. Estudos realizados no Brasil, evidenciaram que a presença de HAS, DM, ou histórico de nefropatia na família são fatores de risco para o desenvolvimento de doença renal. Pessoas que se enquadram em uma ou mais dessas características devem ser rastreadas e conscientizadas, visando a promoção da saúde e a prevenção da doença renal crônica¹⁶.

Em relação ao histórico familiar de DRC, uma pequena parcela dos entrevistados 19 (14,3%) confirmou a existência de parentes de primeiro grau com doença renal crônica.

Quanto a procedência dos pacientes, a maioria afirmou serem advindos de outras cidades (61,7%), tal realidade é deflagrada sobretudo pela deficiência de centros de diálise nas regiões que permeiam a cidade de Imperatriz – MA, aonde muitos precisam percorrer grandes distâncias em busca de tratamento dialítico, o que interfere diretamente na qualidade de vida (46,6% classificaram como sendo regular) daqueles pacientes já comprometida por conta do extenuante tratamento na qual são submetidos quase que diariamente, além de ser um fator que poderá culminar no abandono do tratamento e por consequência aumentando da mortalidade deste grupo de indivíduos.

Quanto aos resultados dos exames bioquímicos observou-se redução da função renal, com diminuição dos níveis do hematócrito e da hemoglobina, e com alterações do metabolismo de cálcio, fósforo, potássio, sódio e ureia. A anemia é uma realidade quase que absoluta nestes pacientes, uma vez que seus níveis de hematócrito e hemoglobina estavam abaixo dos valores de referência para cada sexo. Essa condição influencia diretamente a vida dessas pessoas, dificultando a realização de tarefas da vida diária devido ao estado debilitante provocado pela associação da anemia com a doença renal crônica.

A dosagem de creatinina sérica é um teste amplamente utilizado pelos laboratórios por ser uma técnica simples e de baixo custo. Os níveis da

mesma são afetados diretamente por fatores que não estão diretamente ligados a filtração glomerular, sendo estes, produto da geração, secreção e excreção extra renal. Com isso, a elevação dos valores pode indicar grande diminuição da função renal. Entretanto para se obter um resultado mais preciso da taxa de filtração glomerular, esses níveis são analisados comparando-se os resultados de outros exames laboratoriais. A alteração encontrada na creatinina juntamente com o resultado dos demais exames, evidenciou o caráter crônico dos entrevistados.

Considerando que 104 (78,2%) estão há mais de 1 ano em tratamento dialítico, é importante que venha à tona a necessidade de investimentos na qualidade de vida desses indivíduos por meio da implementação de estratégias de adaptação devem valorizar sua autonomia, favorecer suas relações sociais, promover seu autocuidado e sua saúde física e psíquica.

Teve-se a intenção, por meio deste estudo, de buscar informações para o planejamento de uma prevenção direcionada à DRC e à promoção da saúde. Essas iniciativas são extremamente valiosas para a Atenção Primária com vistas ao rastreamento de grupos de risco e ao combate dos fatores desencadeantes, além do uso de terapêuticas apropriadas para o retardamento da progressão da doença que podem reduzir o sofrimento dos pacientes e os custos financeiros do sistema de saúde com esse problema.

CONCLUSÃO :

A população estudada foi caracterizada em sua maioria por homens, adultos (entre 41-50 anos), casados, com baixo grau de escolaridade, renda mensal de maior de 1 e menor de 5 salários mínimos, com tempo de diálise de mais de 1 ano e menos de 5 anos, sem histórico familiar de DRC, com uma classificação da qualidade de vida como sendo regular e hipertensos e/ou diabetes.

Em relação aos exames laboratoriais, o hematócrito e a hemoglobina apresentaram-se alterados, com média abaixo dos valores de referência; sódio dentro dos valores padrões, porém com potássio, creatinina, fósforo e ureia acima dos valores de referência.

O aumento em larga escala da incidência de patologias crônicas entre a população principalmente a hipertensão arterial, seguida da associação desta com diabetes, resulta na necessidade da atuação do enfermeiro na prevenção destas doenças por meio da estratégia de saúde da família (ESF), e pelas políticas públicas, para melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

Evidencia-se, por fim, a necessidade de estimular a população a procurar os serviços de saúde para exames de rotina e não apenas em casos de emergências. Além disso, destaca-se o importante e constante papel da Atenção Primária na promoção da saúde a indivíduos propensos ao quadro de DRC ao detectar precocemente nos mesmos a insuficiência renal e proceder com o encaminhamento correto.

REFERÊNCIAS:

1. Cravo CDL, Miranzi SSC, Iwamoto HH, Souza Júnior JL. Epidemiological profile of patients of a university hospital on hemodialysis. *Cienc Cuid Saúde.* 2011 Jan/Mar;10(1):110–5. Doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v10i1.10720>.
2. Nunes MB, Santos EM, Leite MI, Costa AS, Guihem DB. Epidemiological profile of chronic kidney patients on dialysis program. *J Nurs UFPE on line.* 2014 Jan;8(1):69–76. Doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.4843-39594-1-SM.0801201410>.
3. Zambonato TK, Thomé FS, Gonçalves LFS. Perfil socioeconômico dos pacientes com doença renal crônica em diálise na região nordeste do Rio Grande do Sul. *J Bras Nefrol [Internet].* 2008 [cited 2010 Aug 10];30(3):192-200. Available from:
4. BRASIL. PORTARIA Nº 1168/GM Em 15 de junho de 2004. Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica. Brasília, DF, 2004. Disponível em: . Acesso em: 30 de Nov. 2012.
5. Schaefer JCF, Pereira MS, Jesus CR, Schuelter-Trevisol F, Trevisol DJ. Estimativa da função renal na população de 18 a 59 anos da cidade de Tubarão-SC: Um estudo de base populacional. *J Bras Nefrol.* 2015;37(2):185- 91. PMID:26154638.

6. Bastos MG, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J Bras Nefrol.* 2011;33(1):93-108. PMID:21541469. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002011000100013>.
7. Forni OV, Oagna A, Ponte B, Gabutti L, Binet I, Conen D, et al. Prevalence and determinants of chronic kidney disease in the Swiss population. *Swiss Med Wkly.* 2016;146:w14313. PMID: 27152492. <http://dx.doi.org/10.4414/smw.2016.14313>.
8. SIVIERO, P.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. Doença renal crônica: um agravamento de proporções crescentes na população brasileira. Cedeplar, Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais, n. TD467, p. 01- 17, 2013.
9. Mascarenhas CHM, Reis LA, Lyra JE, Peixoto AV, Teles MS. Insuficiência Renal Crônica: Caracterização Sociodemográfica e de Saúde de pacientes em tratamento hemodialítico no município de Jequié/Ba. *Revista Espaço para Saúde.* [Internet]. 2010 [acesso em 2019outubro];12(1):30-37. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v12n1/insuficiencia.pdf>.
10. Almeida AF, Serafino GC, Luz AB. Agregação familiar da doença renal crônica secundária à hipertensão arterial ou diabetes mellitus: estudo caso-controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2):471-478, 2015.

11. Antonio FA, Ciambelli GS, Bertoco AL et al. Agregação familiar da doença renal crônica secundária à hipertensão arterial ou diabetes mellitus: estudo caso-controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2):471-478, 2015.
12. Pereira ERS, Pereira AC, Andrade GB, Naghettini AV, Pinto FKMS, Batista SR, Marques SM. Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família. *J Bras Nefrol*, 38(1):22-30.,2016.
13. Pinho NA, Oliveira RCB, Pierin AMG. Hipertensos com e sem doença renal: avaliação de fatores de risco. *Rev Esc Enferm-USP*, 2015; 49(Esp):101-108.
14. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Brazilian Chronic Dialysis Census 2014. *J Bras Nefrol* 2016;38:54-61.
15. Stumm EMF, Abreu PB, Ubessi LD, Barbosa DA. Estressores e atenuantes de estresse entre idosos em tratamento hemodialítico. *Rev Ciênc Saúde* 2013;6:2-11.
16. Pecoits-Filho R, Rosa-Diez G, Gonzalez-Bedat M, Marinovich S, Fernandez S, Lugon J, et al. Tratamento substitutivo da função renal na doença renal crônica: uma atualização do Registro Latino Americano de Diálise e Transplante. *J Bras Nefrol* 2015;37:9-13.
17. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia 2016 [Internet]. São Paulo; 2017 [cited 2017 May 15]. Available from: <http://www.censo-sbn.org.br/censosAnteriores>.

18. Oliveira AP, Schimidt DB, Amatneeks TM, Santos JC, Cavallet LH, Michel RB. Quality of life in hemodialysis patients and the relationship with mortality, hospitalizations and poor treatment adherence. *J Bras Nefrol* 2016;38:411-20. DOI: [http:// dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20160066](http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20160066).
19. Fukushima RLM, Menezes ALC, Inouye K, Pavarini SCI, Orlandi FS. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Acta Paul Enferm* 2016;29:518- 24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600072>.
20. Teles F, Azevedo VFD, Miranda CT, Miranda MPM, Teixeira MC, Elias RM. Depression in hemodialysis patients: the role of dialysis shift. *Clinics* 2014;69:198-202. DOI: 10.6061/clinics/2014(03)10.
21. Santos BP, Oliveira VA, Soares MC, Schwartz E. Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise. *ABCS Health Sci* 2017;42:8-14.
22. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. [cited 2016 Oct 25]. Available from: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>.

ANEXOS



ISSN 0101-2800

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Artigo original

Os artigos originais devem apresentar resultados de pesquisa não publicados e conter todas as informações relevantes para que o leitor possa reproduzir o estudo ou avaliar seus resultados e conclusões. Eles são submetidos em um dos dois campos: ciência básica e pesquisa clínica. Os manuscritos são classificados em seis áreas da Nefrologia: a) Lesão Renal Aguda; b) doença renal crônica; c) Diálise e terapias extracorpóreas; d) Epidemiologia e Nefrologia Clínica; e) Nefrologia Pediátrica; f) Transplante renal.

O manuscrito deve seguir as diretrizes abaixo:

Possuir um resumo estruturado (Introdução, Métodos, Resultados e Conclusão), com até 250 palavras;

Não mais que 7 palavras-chave;

O corpo do trabalho deve conter as seções Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão, e ter até 5000 palavras;

Implicações clínicas e limitações do estudo devem ser destacadas;

Quando apropriado, a seção Métodos deve fornecer um desenho detalhado do estudo, localização, participantes, resultados clínicos de interesse e intervenção;

Não tenha mais de 40 referências.

Estrutura e Preparação de Manuscritos:

O documento principal deve ser enviado em um arquivo word (.doc ou .rtf), espaço duplo, tamanho de fonte 12, margem de 3 cm de cada lado, páginas numeradas em algarismos arábicos e cada seção deve começar em uma nova página, consecutivamente: a) página de rosto; b) resumo e palavras-chave; c) corpo do texto; d) agradecimentos; e) referências; f) tabelas e legendas (excluindo imagens, que devem ser enviadas separadamente nos formatos .jpg ou .tiff).

Resumo e palavras-chave:

- **Resumo:** incluindo introdução, procedimentos e conclusões do estudo (máximo de 250 palavras). Os resumos estruturados devem apresentar, no início de cada parágrafo, os nomes das subseções (Introdução, Método, Resultados e Discussão);
- **Palavras-chave:** as palavras que representam o objeto do estudo devem ser apresentadas nos números de 3 a 7, fornecidas pelo autor, com base no DECS - Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br/>) ou MeSH - Medical Subject Headings (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>).

Texto

O texto principal deve obedecer à estrutura necessária para cada categoria de artigo (consulte Tipos de artigos). Citações e referências citadas nas legendas das tabelas e figuras devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto (índice numérico). As referências devem ser citadas no texto com um número sobrescrito e sem parênteses, como no exemplo a seguir (Referências¹).

As figuras (fotografias, gráficos, desenhos, etc.) devem ser enviadas individualmente no formato JPG ou TIFF (em alta resolução - 300 dpi) e podem ser coloridas. Eles devem ser numerados consecutivamente com algarismos

arábicos na ordem em que foram citados no texto e suficientemente claros para permitir sua reprodução. As legendas das figuras devem ser fornecidas juntamente com as tabelas, após as referências. Fotocópias não são aceitas. Para figuras de trabalhos publicados anteriormente, os autores devem fornecer permissão por escrito para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos para publicação. Outros aspectos a serem considerados:

- **Análise estatística:** os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos foram adequados para testar a hipótese do estudo e que os resultados foram interpretados corretamente. Os níveis de significância estatística (por exemplo, $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser relatados.
- **Abreviaturas** devem ser indicadas no texto após a primeira utilização. Depois disso, o nome completo não deve ser repetido.
- **Nome do medicamento:** o nome genérico deve ser usado.
- **Citação de máquinas e equipamentos:** todas as máquinas e equipamentos citados devem incluir o modelo e o nome, estado e país do fabricante.

d) Agradecimentos

Os agradecimentos devem incluir todas as pessoas, grupos ou instituições que merecem reconhecimento, mas não são incluídos como autores; O reconhecimento pelo apoio financeiro, assistência técnica etc. deve aparecer antes das referências.

e) Referências

As referências devem ser numeradas seqüencialmente, na mesma ordem em que foram mencionadas no texto e identificadas com números sobrescritos. As referências devem obedecer ao padrão definido pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas - ICMJE

(https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). O título e o nome da revista devem ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pelo Index Medicus: abreviações de títulos de revistas (<http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng>). Comunicações pessoais, estudos não publicados ou estudos em andamento devem ser citados apenas quando absolutamente necessário, mas não devem ser incluídos na lista de referências; mencionado apenas no rodapé do texto.

Exemplos:

Artigos de revistas (até seis autores)

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Transplante de órgãos sólidos em pacientes infectados pelo HIV. N Engl J Med. 25 de julho de 2002; 347 (4): 284-7.

Artigos de revistas (mais de seis autores)

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulação das concentrações de aminoácidos excitatórios intersticiais após lesão por contusão cortical. Brain Res. 2002; 935 (1-2): 40-6.

Artigos

sem o nome da solução do coração do século XXI do autor podem ter uma picada na cauda. BMJ. 2002; 325 (7357): 184.

Livros inteiros

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Microbiologia médica. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulos de livros

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Alterações cromossômicas em tumores sólidos humanos. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. A base genética do câncer humano. Nova York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Livros para os quais os editores (organizadores) são autores

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editores. Obstetrícia operatória. 2nd ed. Nova York: McGraw-Hill; 2002.

Tese

Borkowski MM. Sono e alimentação infantil: uma pesquisa por telefone com hispânicos americanos [dissertação]. Mount Pleasant (MI): Universidade Central de Michigan; 2002.

Artigos apresentados em reuniões

Christensen S, Oppacher F. Uma análise da estatística do esforço computacional de Koza para programação genética. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editores. Programação genética. EuroGP 2002: Anais da 5ª Conferência Europeia de Programação Genética; 2002 3-5 de abril; Kinsdale, Irlanda. Berlim: Springer; 2002. p. 182-91.

Revistas em formato eletrônico

Abood S. Iniciativa de melhoria da qualidade em asilos: a ANA atua como consultora. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102 (6): [about 1 p.]. Disponível

em: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArtigo>

f) Tabelas, figuras e legendas

As tabelas e legendas devem cumprir as especificações definidas para cada tipo de artigo (consulte Tipos de artigo). Na versão eletrônica, as tabelas devem ser apresentadas no formato .doc (Microsoft Word) ou .xls (Microsoft Excel).

As tabelas devem ser acompanhadas de suas respectivas legendas em português e inglês para artigos submetidos em português e somente em inglês para artigos submetidos em inglês.

