

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE RENAIIS CRÔNICOS EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

ELAINE AMARAL DE PAULA¹; LILIAN MOURA DE LIMA²; FERNANDA LISE³;
JULIANA DALL'AGNOL⁴; JULIANA ROTH⁵; EDA SCHWARTZ⁶

¹Universidade Federal de Pelotas – elaineamp@hotmail.com

² Universidade Federal de Pelotas – lima.lilian@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – fernandalise@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – dalljuliana@gmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas – juroth33@hotmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas – eschwartz@terra.com.br

1. INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é definida pela presença de alterações da estrutura ou funções dos rins, com ou sem alteração da filtração glomerular, por um período maior que três meses e com implicações na saúde do indivíduo. As principais causas conhecidas de lesão renal são a diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica (KDIGO, 2017). Considerando o aumento na prevalência destas doenças de base é provável que o número de casos se eleve ainda mais nos próximos anos. De acordo com o Global Kidney Disease, a prevalência estimada de indivíduos com diferentes graus de disfunção renal (estágios de 1 a 5) em muitos países, varia de 8 a 16% (JHA et al., 2013). Se esses dados fossem extrapolados para o Brasil que possui cerca de 200 milhões de habitantes e 70% de população adulta, teríamos de 11 a 22 milhões de habitantes adultos com algum grau de disfunção renal (IBGE, 2014). Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, entre 2010 e 2014, a taxa de prevalência estimada de pessoas em diálise foi de 552 por milhão de habitantes. Em 2014, 112.004 pacientes estavam inscritos em programas de diálise, e a taxa de mortalidade anual bruta foi de 19%. Destes, 91% estavam em hemodiálise, e 9% em diálise peritoneal, um total de 32.499 (29%) estavam na fila de espera para transplante renal, entretanto apenas 5.600 pacientes realizaram o transplante renal naquele ano (SESSO et al., 2015).

Conforme evidenciado, a hemodiálise é o tratamento renal substitutivo mais comumente utilizado no Brasil. No Brasil, são escassos os estudos realizados com objetivo de traçar o perfil clínico e epidemiológico de renais crônicos em tratamento hemodialítico. Estudo realizado por Silva et al (2017) descreveu o perfil sociodemográfico e clínico-laboratorial de 102 indivíduos com insuficiência renal crônica (IRC) em tratamento hemodialítico na região norte do Rio Grande do Sul, a idade média foi de 59 anos, sendo homens (65,7%); casados (59,8%) e com rendimentos de até um salário (53,9%). A etiologia mais comum foi hipertensão arterial (40,6%), seguida de diabetes mellitus (DM) (14,9%). Observou-se ainda, alta proporção de homens com baixa escolaridade, hipertensos e a maioria dos testes laboratoriais alterados. Do mesmo modo, Cassini et al. (2010) avaliou 80 renais crônicos em hemodiálise na zona norte da cidade de São Paulo, 73% eram homens, com médias de idade de 60 ± 13 anos, observou-se que 72,5% dos indivíduos eram hipertensos; 32,5% de DM II; 25% apresentavam HAS e DM II concomitantemente; (1,25%) era diabético DM I; (0,5%) rins policísticos, glomerulonefrite (1,25%) e (12,5%) informaram desconhecer doenças anteriores. De Mendonça e De Lima (2008) descreveram o perfil epidemiológico de 63 renais crônicos submetidos à hemodiálise no município de Anápolis-GO. Cinquenta e seis por cento eram homens, com idade entre 40 e 59 anos (44,5%), casados (71,5%), com apenas alguns anos de

educação e renda mensal média mensal de 1,95 salários mínimos, aposentados e de propriedade de suas habitações. A doença básica para (71,0%) foi hipertensão e diabetes, e as principais dificuldades do tratamento foram o acesso à medicação oferecida pelo SUS. A falta de medicação, transporte e duração da hemodiálise foram os principais problemas na manutenção do tratamento hemodialítico. Considerando a lacuna na literatura existente na descrição do perfil clínico e epidemiológico de renais crônicos em tratamento hemodialítico na região sul do país, este estudo teve como objetivo descrever o perfil sociodemográfico, clínico e epidemiológico dos usuários em hemodiálise na Metade Sul do Rio Grande do Sul.

2. METODOLOGIA

Estudo quantitativo, descritivo de corte transversal. A população-alvo foram os usuários em tratamento hemodialítico, cadastrados em dois Serviços de Terapia Renal Substitutiva (STRS) localizados em municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi realizada no período de março de 2016 a fevereiro de 2017, sendo entrevistados 102 usuários. Para coleta de dados foi utilizado questionário estruturado. Os critérios de seleção dos usuários foram idade igual ou superior a 18 anos, ser cadastrado no STRS, estar presente no STRS na data da coleta, ter capacidade de comunicar-se verbalmente. O questionário foi aplicado por seis entrevistadoras previamente capacitadas. As informações foram coletadas diretamente com o usuário e complementadas com análise do prontuário. As variáveis selecionadas para este estudo foram pré-codificadas, armazenadas ao programa SPSS versão 22 e a análises estatísticas exploratórias: média, desvio padrão e distribuição de frequências. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa, conforme parecer n 1.386385. Este projeto possui financiamento pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) – Edital Universal 2014, processo 442502/2014-1.

3. RESULTADO E DISCUSSÃO

A análise dos resultados identificou que a média de idade ($59 \pm 14,1$) ficou entre a quinta e a sexta década. A variação desta faixa etária partiu dos 25 anos até a pessoa mais idosa com 86 anos de idade. Identificou-se que dentre os 102 entrevistados os STRS são compostos por 60 (59%) pessoas do sexo masculino e 42 (41%) do sexo feminino. Neste estudo autodeclarou-se como “branco” 64 (63%) em contraposição aos “não brancos” 38 (37%). Noventa entrevistados (88%) sabiam ler. Cinquenta e quatro (53%) entrevistados são casados/tem união estável e, destaca-se que 14 (14%) entrevistados moram sozinhos. Quanto à renda familiar dos entrevistados, foi possível identificar que 50 (49%) pessoas possui uma renda entre um e dois salários mínimos, 19 (19%) sobrevivem com até 1 salário mínimo, 21 (21%) recebem entre 2 e 3 salários e 11 (11%) tem renda familiar superior a 3 salários. Em relação à principal fonte de renda pessoal verificou-se que 52 (51%) são aposentados por idade ou invalidez, 41 (40%) recebem algum benefício, uma pessoa (1%) refere que a renda principal vem do trabalho e oito (8%) de outras fontes. Setenta e seis (75%) entrevistados referem ter gastos com o tratamento da DRC, sendo a compra de medicamentos a principal fonte de custos para 70 (69%) pessoas.

Em relação aos hábitos relacionados à saúde, 44 (43%) das pessoas relataram consumir carboidratos preferencialmente. A dieta livre/sem restrições foi relatada por 51 (50%) dos entrevistados. As restrições da dieta previnem a hipercalcemia, a hiperfosfatemia e a desnutrição calórico-proteica (DENHAERYNCK et al, 2015). A hipercalcemia pode causar arritmias e até mesmo

parada cardiorespiratória, portanto um cuidado muito importante é reduzir o consumo de alimentos ricos em potássio (LEGGAT et al, 1998). A restrição de fósforo, por sua vez, previne o hiperparatireoidismo e as calcificações ectópicas (KDIGO, 2017). Em relação a ingestão hídrica, 60 (59%) entrevistados referiram ingerir diariamente mais de 800ml de líquidos. De modo geral, o doente renal pode ingerir 500 ml de líquidos além da sua diurese, desse modo usuários em anúria apresentam maiores dificuldades em aderir a este cuidado, fato este que resulta em aumento do ganho de peso interdialítico (GPI) que sabidamente está associado ao aumento da morbimortalidade cardiovascular e a ocorrência de desconfortos físicos durante a sessão de hemodiálise. No presente estudo, 29 (28%) entrevistados referiram anúria. A média de ganho de peso interdialítico nas três últimas sessões foi de $2,5 \pm 0,2$ kg. Autores sugerem que o GPI adequado deve variar entre 3% e 5% (VENNEGOOR et al, 2005). Neste estudo, 14 (14%) entrevistados tiveram GPI acima de 5%. Desse modo, os desconfortos associados a hemodiálise mais citados foram: hipotensão 83 (81%), hipertensão arterial 80 (78%), câimbras 77 (75%), vômitos 50 (49%), e prurido 19 (19%).

Em relação ao peso corporal, constatou-se que a média do IMC ($27,7 \pm 19,7$) situou os usuários na faixa de classificação de obesidade grau I segundo índice de massa corpórea para maiores de 18 anos da Organização Mundial de Saúde. O consumo de bebidas alcoólicas foi relatado por 10 (10%) entrevistados. Quanto à prática de atividade física constatou-se que uma parcela significativa da população 62 (61%) não praticavam em nenhum dia da semana. O hábito de fumar foi relatado por 11 (11%) pessoas, 46 (45%) são ex tabagistas e 45 (44%) nunca fumaram. Em relação à etiologia da DRC, destaca-se o diabetes mellitus como principal causa 26 (26%), em seguida a nefropatia hipertensiva 8 (8%) e a doença renal policística autossômica 8 (8%). Na população geral brasileira, a hipertensão arterial é a principal responsável pela admissão em programas de terapia renal substitutiva (TRS). Os resultados do presente estudo vão ao encontro da realidade internacional que mostram o diabetes mellitus como a principal causa de DRC.

Não foram relatados casos de HIV, hepatite B foram encontrados 7 (7%) casos, 6 (6%) de hepatite C e 1 (1%) caso de citomegalovírus. Houve relato de terapia renal substitutiva entre familiares por 26 (26%) entrevistados. Verificou-se que a média do tempo de diagnóstico da doença renal foi de $112 \pm 13,4$ meses, revelando a ocorrência de doença renal crônica em detrimento dos casos agudos que necessitam de tratamento hemodialítico. Outro aspecto relevante a ser destacado é o tempo, em meses, entre o diagnóstico de DRC e o tempo de início do tratamento ($91 \pm 12,8$). Essa diferença pode impactar no preparo para início do tratamento renal. Destaca-se ainda que 72 (71%) entrevistados ficaram sabendo da necessidade de fazer hemodiálise durante uma internação hospitalar e ainda 66 (65%) entrevistados referem ser o hospital ou o serviço de nefrologia a principal referência em caso de necessidade para questões diversas de saúde. Ressalta-se que 85 (83%) pessoas referiram nunca ter consultado com um nefrologista antes do diagnóstico de doença renal crônica. Do mesmo modo, apenas 77 (75%) dos entrevistados referiram ter consultado com nefrologista antes do início da TRS. Ainda mais preocupante é que 64 (63%) entrevistados referem não terem participado da escolha do tratamento renal.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fortalecimento da atenção primária para o cuidado qualificado às populações de risco, em especial, aos diabéticos, poderá impactar positivamente para aumento do diagnóstico precoce da DRC, redução da prevalência de doença

renal em estágio final ou ainda garantir início de TRS programada. A elevada prevalência de GPI inadequado e desconfortos físicos intradiálise sinalizam para baixo gerenciamento do cuidado. Assim, torna-se necessário capacitar a equipe de saúde para o uso de ferramentas de gerenciamento do cuidado a fim de promover o empoderamento destes usuários reduzindo riscos e melhorando a qualidade de vida.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASSINI, A.V; MALAGUTTI, W.; RODRIGUES, F.S.M; DE DEUS, R.B; BARNABE, A.S.; FRANCISCO, L; et al. Avaliação dos principais fatores etiológicos em indivíduos portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise. **ConScientiae Saúde**, vol. 9, n. 3, 2010, p. 462-468 Universidade Nove de Julho São Paulo, Brasil.

DA SILVA, F; BETTINELLI, L.A; BORTOLUZZI, E.C; DORING, M; FORTES, V.L.F; DOBNER, T. Terapia Renal Substitutiva: Perfil sociodemográfico e clínico laboratorial de pacientes de um serviço de hemodiálise. **Rev. Enferm. UFPE** on line, Recife, vol.11, n.9, p. 680-5, 2017.

DE MENDONÇA, R.R; DE LIMA, L.R. Perfil epidemiológico do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico em Anápolis –GO. Interseção - **Revista da Faculdade São Camilo**, v. 2, n 2, p. 35-43, 2008.

DENHAERYNCK K, MANHAEVE D, DOBBELS F, GARZONI D, NOLTE C, DE GEEST S. Prevalence and Consequences of Non Adherence to Hemodialysis Regimens. **American Journal of Critical Care**. v.16, n 3, p. 222-35, 2007.

IBGE. Censo de 2010. 2014. Disponível em: <http://goo.gl/tIKWOc>. Acesso em: 2 out. 2017.

JHA, V; GARCIA-GARCIA, G; ISEKI, K; LI, Z; NAICKER, S; PLATTNER, B; SARAN, R; et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. **The Lancet**, v. 382, n. 9888, p. 260-272, jul. 2013.

KDIGO Kidney Disease: Improving Global Outcomes. Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease–Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). **Kidney Int Suppl**, v.71 p.1–59, 2017.

LEGGAT J.E, ORZOL SM, HULBERT-SHEARON TE, GOLPER TA, JONES CA, HELD PJ et al. Noncompliance in hemodialysis: Predictors and survival analysis. **Am J Kidney Dis** [internet]. v.32, n1, p 139-45, 1998.

SESSO, C. R; ANTONIO, A. L; FERNANDO, S. T; JOCEMIR, R. L; CARMEN, T. M. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014. **J Bras Nefrol**, v. 38, n1, p. 54-61, 2016.

SILVA, F; BETTINELLI, L.A; BORTOLUZZI, E.C; DORING, M; FORTES, V.L.V; DOBNER, T. Terapia renal substitutiva: perfil sociodemográfico e clínico laboratorial de pacientes de um serviço de hemodiálise. **Rev enferm UFPE on line**., v.11, n.9, p. 3338-45, 2017.

VENNEGOOR, M. Nutrição em nefrologia. In:Thomas N. **Enfermagem em Nefrologia**. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2005.