



ARTIGO ORIGINAL

PERFIL SOCIOECONÔMICO E CLÍNICO DOS PACIENTES EM PROGRAMA HEMODIALÍTICO

SOCIOECONOMIC AND CLINICAL PROFILE OF PATIENTS IN HEMODIALYTIC PROGRAM PERFIL SOCIOECONÓMICO Y CLÍNICO DE LOS PACIENTES EN PROGRAMA DIALÍTICO

Danielle Priscilla Sousa Oliveira¹, Maria Lúcia Holanda Lopes², Giselle Andrade dos Santos Silva³, Santana de Maria Alves de Sousa⁴, Rosilda Silva Dias⁵, Luciana Valesa Medeiros e Silva⁶

RESUMO

Objetivo: traçar o perfil socioeconômico e clínico de pacientes em hemodiálise. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo, com 74 pacientes, com coleta de dados a partir planilha de dados, analisados no pacote estatístico do Microsoft Excel, versão 2010, apresentados em tabelas e figuras. **Resultados:** 56,76% são do sexo masculino; a idade variou de 18 a 97 anos; cor da pele parda em 58,8%; 55% eram solteiros; a principal doença de base foi a hipertensão arterial, com percentual de 32,43%; 94,59% utilizavam fístula arteriovenosa; tinham média de dois anos e meio de tratamento hemodialítico; prevaleceu a hipertensão como a principal complicação inerente ao tratamento (23,12%). **Conclusão:** Diante dos dados explanados até aqui, traçou-se o perfil socioeconômico e clínico de um grupo de pacientes, revelando a predominância da hipertensão arterial sistêmica como causa subjacente à doença renal crônica. Assim, acredita-se que haja a necessidade de programar medidas de apoio social, com o auxílio da equipe multiprofissional, a esse grupo de pacientes, dependentes da terapêutica hemodialítica. **Descritores:** Doença Renal Crônica; Hemodiálise; Perfil dos Pacientes.

ABSTRACT

Objective: to describe the socioeconomic and clinical profile of patients on hemodialysis. **Method:** quantitative, descriptive, retrospective study with 74 patients. Data collection was performed using the data sheet, analyzed in the statistical package of Microsoft Excel, version 2010, presented in tables and figures. **Results:** 56.76% were male; the age ranged from 18 to 97 years; brown skin color in 58.8%; 55% were single; the main underlying disease was hypertension, with a percentage of 32.43%; 94.59% used arteriovenous fistula; with an average of two and a half years of hemodialysis treatment; hypertension prevailed as the main inherent complication of the treatment (23.12%). **Conclusion:** given the data presented so far, we have outlined the socioeconomic and clinical profile of a group of patients, revealing the predominance of systemic arterial hypertension as the underlying cause of chronic kidney disease. Thus, it is believed that there is a need to program social support measures, with the assistance of the multiprofessional team, to this group of patients, who are dependent on hemodialytic therapy. **Descritores:** Chronic Kidney Disease; Hemodialysis; Profile of Patients.

RESUMEN

Objetivo: trazar el perfil socioeconómico y clínico de pacientes en diálisis. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, con 74 pacientes. La recolección de datos fue realizada utilizando la planilla de datos, siendo insertados y analizados en el paquete estadístico de Microsoft Excel, versión 2010 y presentados en tablas y figuras. **Resultados:** 56,76% son del sexo masculino; la edad varía de 18 a 97 años; el color de la piel parda en el 58,8%; 55% eran solteros; la principal enfermedad de base, fue la hipertensión arterial, con un porcentaje de 32,43%; 94,59% utilizaban fístula arteriovenosa; con una media de dos años e medio de tratamiento dialítico; prevaleció la hipertensión como la principal complicación inherente al tratamiento (23,12%). **Conclusión:** Ante los datos explicados hasta aquí, se trazó el perfil socioeconómico y clínico de un grupo de pacientes, revelando la predominancia de la hipertensión arterial sistémica como causa subyacente a la enfermedad renal crónica. Así, se cree que haya la necesidad de programar medidas de apoyo social, con la ayuda del equipo multiprofesional, a ese grupo de pacientes, dependientes de la terapia dialítica. **Descritores:** Enfermedad Renal Crónica; Hemodiálisis; Perfil de los Pacientes.

¹Enfermeira, Especialista em Urgência e Emergência, Servidora Pública, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão/IFMA. Barra do Corda (MA), Brasil. E-mail: danielle.oliveira@ifma.edu.br; ²Enfermeira, Professora Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão/UFMA. São Luís (MA), Brasil. E-mail: hollopes@hotmail.com; ³Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde, Setor de Nefrologia do Hospital Universitário Presidente Dutra/HUPD. São Luís (MA), Brasil. E-mail: andrade.giselle@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Professora Doutora em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Maranhão/UFMA, São Luís (MA), Brasil. E-mail: santanasousa@uol.com.br; ⁵Enfermeira, Professora Doutora em Fisiopatologia Clínica e Experimental, Universidade Federal do Maranhão/UFMA. São Luís (MA), Brasil. E-mail: rsilvadias@ig.com.br; ⁶Enfermeira, Especialista na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde, Atenção À Saúde Renal, Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra. São Luís (MA), Brasil. E-mail: lucianamedeiros05@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

“Os rins constituem o sistema de filtragem do organismo e filtram aproximadamente 190 litros de sangue por dia, eliminando resíduos e excesso de líquido na forma de urina”.^{1:58} Além disso, atuam regulando a água do organismo e outros elementos químicos do sangue (sódio, potássio, fósforo e cálcio); eliminam medicamentos e toxinas e liberam hormônios no sangue.

A insuficiência renal crônica resulta da perda progressiva e irreversível de grande número de néfrons funcionais. Com muita frequência, não ocorrem sintomas clínicos sérios até que o número de néfrons funcionais diminua, pelo menos, até 70 a 75% abaixo do normal. Esta redução progressiva do número de néfrons leva à retenção de eletrólitos e de líquidos. Da mesma forma, muito dos produtos de degradação metabólica, como ureia e creatinina, se acumulam.²

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis, em média, por 60% das causas de mortes em todo mundo, afetando 35 milhões de pessoas a cada ano, sendo que, para a próxima década, estima-se que haja um aumento de 17% na mortalidade causada pelas DCNT. Destaca-se a doença cardiovascular (DCV) como principal causa de morte. Diante dos diversos fatores de risco para o desenvolvimento dessa patologia, depara-se, ainda, com a DRC, caracterizada pela alteração da função renal que tem sido descrita como um dos principais determinantes de risco de eventos cardiovasculares.³

Dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) cadastraram, em 2013, 100.397 novos pacientes para tratamento dialítico, no Brasil. Quanto à DRC, sua real prevalência não é totalmente conhecida, mas cerca de 10% da população adulta tem algum grau de perda de função renal. Esse percentual pode aumentar para 30% a 50% em pessoas acima de 65 anos, deixando evidente que o risco para o seu aparecimento aumenta substancialmente com o envelhecimento.⁴

No decorrer da DRC progressiva, um paciente pode perder até 50% de sua função renal (estágio 3a), sem que se evidenciem sintomas de insuficiência renal relevantes. Em estágios mais adiantados (3b e 4), os principais sinais e sintomas decorrentes da perda de função são o aumento da pressão arterial, palidez cutaneomucosa e elevações da ureia e creatinina plasmática.^{3,5}

O tratamento da DRC depende da progressão da doença, podendo ser

conservador, com o uso de medicamentos, dietético e com restrição hídrica. Porém, quando esse tratamento torna-se ineficaz, é necessário iniciar a diálise que substitui, em parte, a função dos rins ou, ainda, candidatar-se a um transplante renal.^{6,7}

Dentre os métodos de diálise, a hemodiálise (HD) é o mais comumente empregado. Importante destacar o cuidado de Enfermagem aos pacientes crônicos submetidos a esse método, para retirar as substâncias nitrogenadas tóxicas do sangue e o excesso de água. Requer cuidado intensivo devido à possibilidade de intercorrências clínicas. Nesse sentido, é procedimento, particularmente no que se refere à qualidade da assistência, resolutividade do serviço/tratamento e educação em saúde.⁸

Poucos tratamentos são livres de efeitos colaterais, e os sintomas que esses efeitos induzem podem aumentar ou reduzir o potencial dos benefícios do tratamento.^{7:256}

Ocorre ainda que, para muitos pacientes, o tratamento de HD pode levar a consequências incapacitantes, pois há uma brusca mudança no seu viver, em que ele precisa aceitar limitações, lidar com o tratamento doloroso, que é a hemodiálise, e com um pensar na morte.⁹

Dessa forma, é notável a evolução no tratamento do paciente renal crônico pelas modalidades que denotam segurança e eficácia. Mas, como toda terapêutica, a HD apresenta suas desvantagens focadas nas reações adversas (complicações) do paciente durante as sessões. Essas complicações incluem: hipotensão/hipertensão arterial (como uma das principais); câimbras, náuseas e vômitos; cefaleia, dor no peito, lombar e torácica; prurido, febre e calafrios; diarreia; reações alérgicas; arritmia cardíaca; embolia gasosa; hemorragia gastrointestinal; problemas metabólicos; convulsões; espasmos musculares; insônia; inquietação; demência; infecções e pneumotórax/hemotórax.⁷ Surgiu, então, como necessidade, o estudo clínico, social e de qualidade de vida deste paciente, para a avaliação da eficácia das Terapias Renais Substitutivas (TRS).

OBJETIVO

- Traçar o perfil socioeconômico e clínico de pacientes em hemodiálise.

MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo.¹⁰ A pesquisa faz parte de um projeto da equipe multiprofissional do Serviço de Nefrologia do HUPD, que tem por tema

“Fatores de risco para não adequação da diálise de pacientes em programa de hemodiálise em um serviço de nefrologia”, aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário com parecer de número 182.487 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 05841812.50000.5086.

A partir do referido Projeto, surgiu o interesse em averiguar o perfil desses pacientes submetidos à HD, assim como as complicações intradialíticas específicas do tratamento. Aperfeiçoou-se o tema e, então, determinou-se uma abordagem ampliada, descrevendo a situação clínica e socioeconômica dos pacientes submetidos à terapêutica da hemodiálise.

A pesquisa ocorreu no serviço de nefrologia do HUPD, este já credenciado pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência em Nefrologia, possui destaque nas áreas de ensino, pesquisa e extensão. O setor dispõe de uma sala de diálise peritoneal (CAPD) e três salas para hemodiálise: “sala A”, com 13 máquinas; “sala B”, com 11 máquinas, ambas para pacientes com sorologia negativa para os vírus da hepatite B e C e vírus HIV, e a “sala Q”, com quatro máquinas destinadas aos pacientes recém-admitidos e com sorologia desconhecida.

A pesquisa teve, como enfoque, analisar dados dos pacientes maiores de 18 anos e que já realizam tratamento hemodialítico há, no mínimo, três meses, utilizando tais critérios de inclusão. Chegou-se, então, ao total de 74 pacientes, sendo que os dados coletados foram os referentes ao período de janeiro a junho de 2012.

A coleta de dados foi realizada utilizando a planilha de dados elaborada pela equipe da residência multiprofissional do Serviço de Nefrologia do HUPD e alterada para contemplar a análise socioeconômica, por meio dos prontuários e do programa Nefrodata-ACD do setor, não havendo entrevista direta com o paciente. Para a complementação dos dados, avaliaram-se as descrições socioeconômicas dos pacientes, presentes nos prontuários, por meio das seguintes variáveis: cor/raça; naturalidade; procedência; estado civil; profissão/ocupação; renda mensal e escolaridade.

Para a avaliação clínica, foram abordadas as seguintes variáveis: doença de base; tempo de hemodiálise; acesso vascular; presença de anemia e intercorrências intradialíticas.

Os dados coletados foram, por etapas, sendo inseridos e analisados no pacote estatístico do Microsoft Excel, versão 2010,

por meio de estatística descritiva de média e desvio-padrão e apresentados em tabelas e figuras.

O subprojeto de pesquisa foi aprovado no colegiado do curso de Enfermagem da UFMA e Comissão Científica (COMIC).

RESULTADOS

A partir da amostra analisada de 74 pacientes, pode-se identificar (Tabela 1) que 56,76% dos pacientes são do sexo masculino. A idade variou de 18 a 97 anos, com média de 47,13, sendo as faixas etárias de maior predominância de 48 a 57 anos (20,27%) e 58 a 67 anos (20,27%). Quanto à naturalidade, nota-se que o Serviço de Nefrologia do HUPD atende uma considerável demanda de pacientes do Estado do Maranhão. Esses, em sua maioria, são naturais dos pequenos municípios do Estado (56,76%). Quanto à cor da pele, houve predomínio dos pardos (58,8%), seguidos pelos negros (29,73%).

Entre as profissões e ocupações analisadas na tabela 1, se sobressaiu a categoria “lavrador” (32,43%). A renda mensal familiar foi identificada, em 55,41% dos pacientes, como entre um e três salários mínimos.

Tabela 1. Variáveis socioeconômicas dos pacientes em programa hemodialítico no Serviço de Nefrologia do HUPD. São Luís (MA), Brasil, 2014.

Sexo	n	%
Masculino	42	56,76
Feminino	32	43,24
Idade		
18-27	11	14,86
28-37	14	18,92
38-47	12	16,22
48-57	15	20,27
58-67	15	20,27
68-77	5	6,76
78-87	1	1,35
Maior ou igual a 88	1	1,35
Cor/Raça		
Branca	7	9,46
Negra	22	29,73
Parda	43	58,11
Não identificada	2	2,7
Naturalidade		
São Luís	22	29,73
Outros municípios do MA	42	56,76
Outros Estados	2	2,7
Não identificada	8	10,81
Procedência		
São Luís	52	70,27
Outros municípios do MA	20	27,03
Não identificada	2	2,7
Profissão/ocupação		
Lavrador	24	32,43
Dor Lar	13	17,57
Aposentado	7	9,46
Desempregado	4	5,41
Estudante	2	2,7
Pescador	4	5,41
Autônomo	2	2,7
Vigilante	3	4,05
Vendedor	5	6,76
Outros	10	13,51
Renda mensal		
Até 1 salário	29	39,19
1 a 3 salários	41	55,41
3 a 5 salários	2	2,7
Acima de 5 salários	2	2,7
Total	74	100

No que diz respeito à escolaridade, houve predomínio dos pacientes que cursaram apenas o ensino fundamental incompleto (39%) ou completo (22%). Nota-se também, na

Figura 1, a alta prevalência de analfabetos (20%).

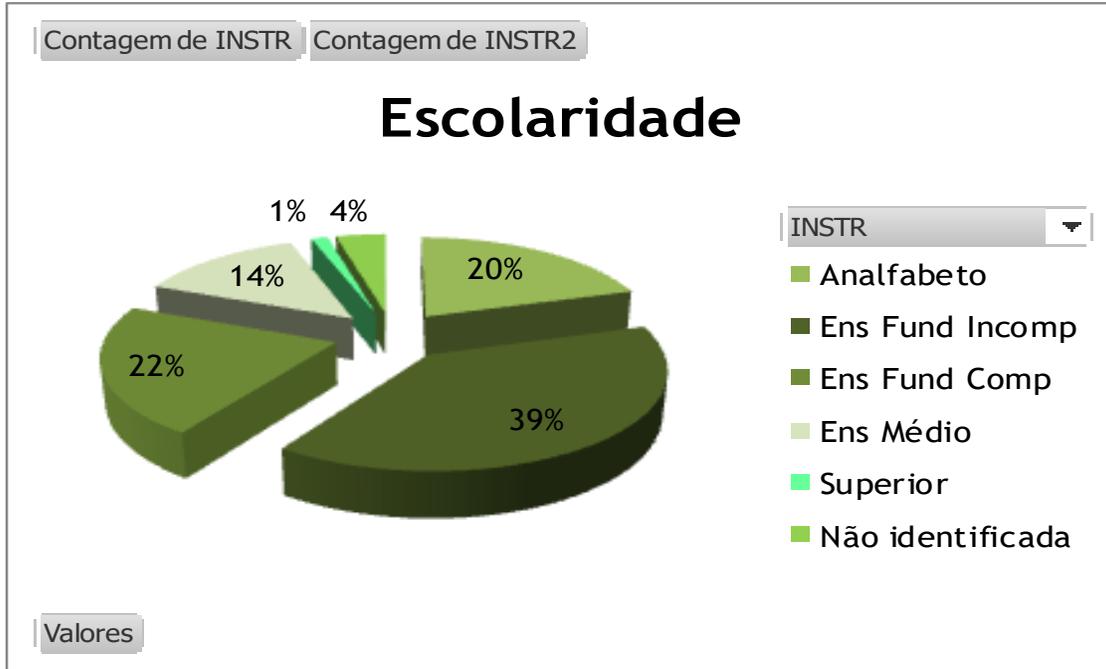


Figura 1. Grau de escolaridade dos pacientes em programa hemodialítico no Serviço de Nefrologia do HUPD. São Luís (MA), Brasil, 2014.

A análise clínica mostrou que a principal doença de base, subjacente à DRC, foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com

percentual de 32,43% entre a amostra analisada (Figura 2), seguida pelo Diabetes Mellitus (DM), com 27,03%.

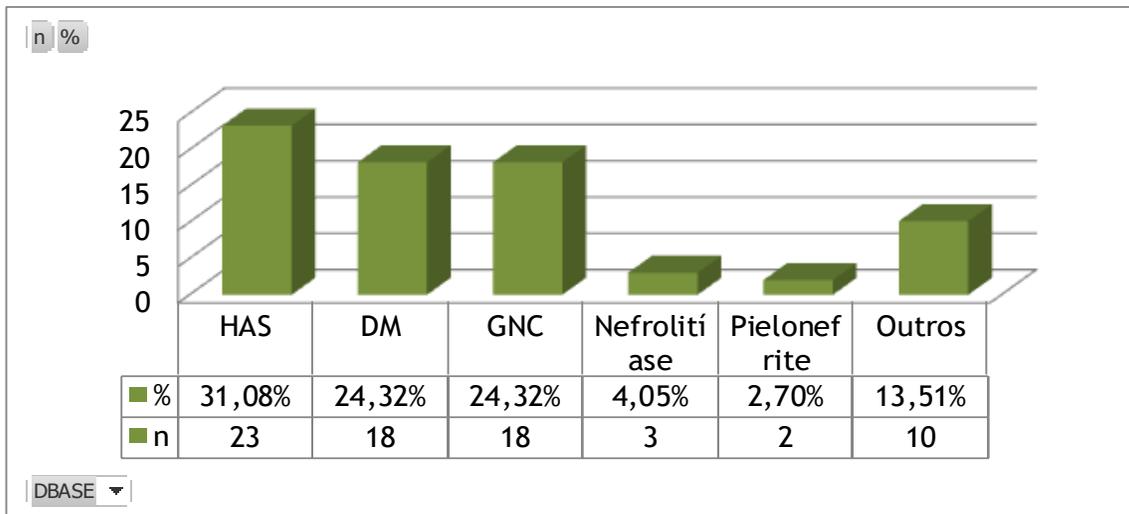


Figura 2. Doenças de base dos pacientes em programa hemodialítico no Serviço de Nefrologia do HUPD. São Luís (MA), Brasil, 2014.

O acesso vascular mais utilizado para o tratamento hemodialítico foi a fístula

arteriovenosa, presente em 70 pacientes, conforme a tabela 2.

Tabela 2. Tipos de acesso vascular dos pacientes em programa hemodialítico no Serviço de Nefrologia do HUPD. São Luís (MA), Brasil, 2014.

Tipo de acesso vascular	n	%
Cateter de Shilley	1	1,35
Cateter de longa permanência (Permcath)	2	2,70
Fístula arteriovenosa (FAV)	70	94,59
Prótese de politetrafluoretileno (PTFE)	1	1,35
Total	74	100,00

A partir da avaliação de ocorrência de anemia na amostra estudada, identificaram-se 62,16% dos pacientes com hemoglobina abaixo de 11g/dL e 52,7% com hematócrito menor que 33%. Esse padrão para anemia foi referenciado de acordo com o protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas - anemia em portadores de insuficiência renal crônica - de 2010, demonstrado na tabela 3.

Tabela 3. Ocorrência de anemia nos pacientes em programa hemodialítico no Serviço de Nefrologia do HUPD. São Luís (MA), Brasil, 2014.

Hemoglobina (Hb)	n	%
Igual ou <11g/dL	46	62,16
>11g/dL	28	37,84
Hematócrito (HTC)		
<33%	39	52,7
>ou igual a 33%	35	43,3
Total	74	100

Ao se chegar ao ponto culminante desta pesquisa, apresenta-se a seguir, na tabela 4, as principais intercorrências intradialíticas ocorridas nas sessões de hemodiálise durante o período proposto para a pesquisa. Houve, assim, 186 intercorrências durante os seis

meses de coleta. Como pode ser observado, prevaleceu a hipertensão como principal complicação inerente ao tratamento, em 23,12% dos casos; seguida por hipotensão, com 19,35%, e cefaleia, com 17,74%.

Tabela 4. Intercorrências intradialíticas dos pacientes em programa hemodialítico do serviço de nefrologia do HUPD. São Luís (MA), Brasil, 2014.

Intercorrências Intradialíticas	n	%
Cefaleia	33	17,74
Hipotensão	36	19,35
Câimbra	14	7,54
Hipoglicemia	26	13,97
Hipertensão	43	23,12
Náuseas/vômitos	3	1,61
Fraqueza	6	3,23
Dor abdominal	9	4,84
Outras	16	8,6
Total	186	100

DISCUSSÃO

Com os referidos resultados demonstrados e com a análise aprofundada da bibliografia pertinente e atualizada, relacionou-se esta pesquisa com diversos autores que, em sua maioria, demonstraram resultados semelhantes.

A maior frequência dos indivíduos do sexo masculino corrobora com os dados do Censo Brasileiro de Nefrologia dos últimos três anos, que destacou os pacientes em diálise no Brasil.⁴ A variável sexo também teve resultados semelhantes em outros trabalhos que analisaram o perfil do paciente renal crônico submetido à hemodiálise.^{7,9,11-14} Já um estudo similar, em um Hospital público de Salvador - BA, revelou uma população com predomínio do sexo feminino (60,7%),¹⁵ discordando deste trabalho e da realidade brasileira.

Em relação às idades, mesmo com a prevalência da população adulta (19 a 64 anos) nos Hospitais e Centros de Diálise do Brasil,⁴ alguns autores destacaram o predomínio da população idosa no que compete a esta modalidade terapêutica.^{13,16} A cor da pele foi identificada por Godinho et al. com resultados semelhantes em sua análise sociodemográfica, onde os pacientes em

tratamento hemodialítico, de um hospital público de Salvador/BA, eram mulatos (46,1%) e negros (37,4%).¹⁵ Estas similaridades nos resultados dos trabalhos estão relacionadas, principalmente, às características comuns à população do Nordeste. A hipertensão arterial, como primeira causa de doença renal crônica no Brasil,^{4,9,11,13,16} é fator também justificável desse predomínio, pois “os indivíduos negros e miscigenados têm maior tendência a desenvolver hipertensão arterial e, segundo alguns estudos, cursam com as formas mais graves da moléstia”.^{17:284}

Sabe-se da escassez de unidades de diálise no Estado do Maranhão, principalmente, nas regiões mais carentes. Em consequência disto, surge a necessidade de deslocamento frequente para a capital São Luís, o que leva muitos pacientes a optarem por residir na capital do Maranhão.

Encontrou-se outro estudo, também realizado no Serviço de Nefrologia do HUPD, em que Cavalcante et al.¹⁸ avaliaram a qualidade de vida dos pacientes e, entre as variáveis caracterizadas, analisaram a “origem” (naturalidade), com resultados semelhantes, em que os pacientes naturais do interior representavam 63,6%.

“O trabalho é considerado uma atividade própria do ser humano enquanto ser social e tem um papel fundamental na vida do homem.”^{9:23}

Para a população estudada, de maior prevalência masculina, ainda em idade produtiva, o tratamento hemodialítico pode ocasionar limitações nas atividades trabalhistas. Fato analisado por um estudo em que os autores afirmam que, após as sessões de hemodiálise, os pacientes necessitam, em média, de duas horas para se recuperar das intercorrências inerentes ao tratamento. Esta situação, aliada ao tratamento frequente (três vezes por semana), sem expectativa de suspensão ou alta, acarreta dificuldades para tais pacientes na manutenção do emprego ou traz limitações na realização do trabalho informal.¹⁸

Assim, nota-se a variabilidade de profissões/ocupações dos pacientes, essas com características inerentes que exigem condicionamentos físico, mental e emocional preservados. A baixa renda mensal entre os pacientes de sua pesquisa pode estar relacionada à falta de vínculo efetivo e formal com o trabalho, levando-o a depender de auxílios.¹⁴

Os dados da escolaridade corroboram com diversos estudos que também analisaram esta variável como, por exemplo, Ribeiro et al.¹⁹ que, em sua pesquisa, com uma amostra de 49 pacientes, detectou 62% com apenas o ensino fundamental. Alguns autores preferem avaliar a instrução subdividindo-a em anos de estudo, como é o caso de Kusumota¹⁴ que, em sua tese de doutorado, com 194 pacientes, 66% tinham, apenas, entre um e oito anos de estudo.

Esses achados estão de acordo com a realidade brasileira e mais ainda com a maranhense, onde a maioria da população é analfabeta ou possui menos de oito anos de estudo. Segundo dados do IBGE,²⁰ de 2013, a região Nordeste concentra mais da metade (54%) do total de analfabetos na faixa etária de 15 anos ou mais do Brasil, um contingente que somava 7,1 milhões de pessoas.

Houve divergência com alguns outros estudos em que os casados obtiveram maior porcentagem. Um estudo,¹⁸ que realizou trabalho semelhante também no Serviço de Nefrologia do HUPD, com amostra de 79 pacientes e 253 do Centro de Nefrologia do Maranhão (CENEFRON), sendo identificados, na pesquisa, 56% de pacientes casados/união estável. Já em outro trabalho realizado em um hospital filantrópico de João Pessoa-PB, houve a mesma prevalência significativa de solteiros (66%).²¹

Estudos também identificaram valores semelhantes para a HAS como patologia primária^{9,11} que encontraram valores

expressivos para HAS entre os pacientes, com 66,1% e 62,5%, respectivamente. Onde se ressalta que “a HAS é o fator de risco mais importante para as doenças vasculares renal, cerebral e coronária e o número de pessoas identificadas como hipertensas continua a aumentar.”^{11:09}

Os dados divulgados pela Sociedade Brasileira de Nefrologia,⁴ em 2013, sobre os diagnósticos iniciais para DRC, estão ordenados de acordo com esta pesquisa expressa no gráfico 2, no que compete às três principais causas: HAS, DM e GNC, com 35%, 30% e 12%, respectivamente.

Um estudo, ao analisar a eficácia dos acessos em hemodiálise, chegou à conclusão de que, dentre os acessos vasculares, a FAV é a que tem apresentado melhores resultados em médio e longo prazos, com uma permanência em cerca de 71% em um ano e 57% em cinco anos, contra 54% e 0% dos enxertos com politetrafluoretileno (PTFE), respectivamente, estando, ainda, associada a um menor índice de complicações.¹⁷

Utilizaram-se, como um dos critérios de inclusão para a pesquisa, pacientes que já haviam iniciado o tratamento hemodialítico há, no mínimo, três meses. Esse critério foi adotado justamente para que fosse possível avaliar os resultados do tratamento nos pacientes que já tinham regularidade no programa, assim como identificar o acesso vascular de caráter permanente. Esta prática também foi adotada em outro estudo¹⁸ realizado com pacientes do Centro de Nefrologia do Maranhão (CENEFRON) como, também, do HUPD.

Um estudo, ao avaliar os fatores associados à qualidade de vida dos pacientes em HD no HUPD e no CENEFRON, identificou 63,6% dos pacientes com baixos níveis de Hb, a partir do mesmo valor de referência deste estudo (<11g/dL).¹⁸

A partir da análise dos prontuários, observou-se grande contingente de pacientes que continuam, na prescrição mensal, eritropoietina recombinante humana (ERHu) e ferro endovenoso, mas somente uma minoria conseguia manter níveis de Hb acima do estimado, fato observado também em outro estudo²², acrescentando que os valores caem ainda mais quando são analisados por longos períodos.

A prevalência de hipertensão, como complicação da HD, neste estudo, demonstrou resultado controverso em relação aos demais estudos pesquisados, em que a hipotensão se insinua como principal intercorrência intradialítica.^{7,11-2,19} Justifica-se tal

complicação devido à retirada, em alta velocidade, de solutos urêmicos, água e eletrólitos, associada ao retardo no reenchimento, podendo levar, assim, à redução crítica da volemia e hipotensão arterial.¹⁷

Estudo realizado no Centro de Diálise de Alfenas/MG demonstrou complicações intradialíticas na mesma ordem deste estudo em que, nos homens, a hipertensão arterial ocorreu em 48,53% das sessões, seguida pela hipotensão arterial, com 32,35%.²⁵

A hipertensão, durante as sessões de hemodiálise, tem sido uma complicação pouco estudada. A elevação súbita da pressão arterial pode ser devido à sobrecarga de volume, porém, orientações para suspender a medicação anti-hipertensiva também contribuem para a instalação dessa complicação.²³

A cefaleia, como a terceira complicação mais frequente (17,74%), foi descrita, por alguns autores, como intercorrência comum durante as sessões, podendo estar relacionada ao aumento de bradicinina e óxido nítrico, como manifestação da síndrome do desequilíbrio ou redução da concentração de cafeína durante a sessão.^{17,24}

CONCLUSÃO

Diante dos dados explanados até aqui, traçou-se o perfil socioeconômico e clínico de um grupo de pacientes que, em sua maioria, está representado por homens, adultos, de cor parda, procedentes da capital do Maranhão, porém, com naturalidade nas demais cidades do Estado. A profissão ou ocupação avaliada demonstra maior contingente de lavradores, com renda mensal de até três salários mínimos, que possuem apenas o ensino fundamental incompleto ou completo e, além da metade, são solteiros.

A análise clínica revelou a predominância da hipertensão arterial sistêmica como causa subjacente à doença renal crônica. Relacionado à terapêutica, os pacientes utilizavam, quase que na sua totalidade, a fístula arteriovenosa, como acesso permanente, e estavam em tratamento, em média, há 2,5 anos. Como complicações, inerentes ao tratamento, a hipertensão foi a principal, seguida pela hipotensão e cefaleia.

Já há anos a hipertensão arterial sistêmica vem sendo descrita como a causa principal da doença renal crônica, seguida pela diabetes e glomerulonefrite. Mesmo estando entre as medidas prioritárias da atenção básica que previne as complicações macrovasculares nos portadores de diabetes e hipertensão, estes

continuam a progredir para a doença renal, remetendo a um tratamento mais complexo e dispendioso, com maior incidência a cada ano.

Acredita-se que haja a necessidade de programar medidas de apoio social, com o auxílio da equipe multiprofissional, a esse grupo de pacientes, dependentes da terapêutica hemodialítica que, por muitas vezes, vem causar limitações e frustrações nos usuários e familiares, pois a mudança de cidade e, em alguns casos, as viagens a cada dois dias, são fatores que afetam diretamente a qualidade de vida desse paciente. Tentar a reinserção desse indivíduo na sociedade e no trabalho, de forma produtiva, se tornaria primordial para a melhora no seu quadro biopsicossocial.

AGRADECIMENTOS

À orientação da professora Maria Lúcia Holanda Lopes durante todo o processo da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Siviero P, Rodrigues RN, Machado CJ. Doença renal crônica: um agravamento de proporções crescentes na população brasileira. Minas Gerais: Cedeplar; 2013.
2. Guyton AC, Hall JE. Doenças Renais e Diuréticos. In: Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 11th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006. p. 402-414.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica - DRC no Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2017 Feb 15]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf
4. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de diálise SBN [Internet]. São Paulo: SBN; 2013 [cited 2016 May 15]. Available from: http://sbn.org.br/pdf/censo_2013_publico_leigo.pdf
5. Draibe AS, Ajzen H. Doença Renal Crônica. In: Ajzen H, Schor N. organizadores. Guia de Nefrologia. 3rd ed. Barueri: Manole; 2011. p. 327-41.
6. Gricio TC, Kusumota L, Cândido ML. Perceptions and knowledge of patients with Chronic Kidney Disease under conservative treatment. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2009 [cited 2014 June 10];11(4):884-93. Available from:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a14.htm>

7. Terra FS, Costa AMDD, Figueiredo ET, Moraes AM, Costa MD, Costa RD. The main complications presented by the chronic renal patients during hemodialysis. *Rev Bras Clín Méd* [Internet]. 2010 May/June [cited 2014 Jan 07]; 8(3):187-92. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n3/a001.pdf>

8. Rodrigues TA, Botti NC. Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(Spe 1):528-30. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000800015>

9. Lanza AHB, Chaves APA, Garcia RCP, Brandão JAG. Biopsychological and social profile of chronic renal patients in hemodialysis. *Arq Bras Cienc Saude* [Internet]. 2008 [cited 2017 Jan 07];33(3):141-5. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2008/v33n3/a141-145.pdf>

10. Kauark FS. A pesquisa. In: Kauark FS, Manhães FC, Medeiros CH. organizadores. *Metodologia da pesquisa: um guia prático*. Bahia: Via Litterarum; 2010. p. 24-31.

11. Marques AB, Pereira DC, Ribeiro RCHM. Reasons and frequency of CRF patients' hospitalization in hemodialysis treatment. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(2):67-72.

12. Leite EMD, Araújo ARA, Lira ALBC, Silva FS, Oliveira ACF, Lima CF. Perfil clínico de paciente submetidos à hemodiálise. *Rev Paraninfo Digital* [Internet]. 2013 [cited 2013 Dec 11];19:1-8. Available from: <http://www.index-f.com/para/n19/179d.php>

13. Cherchiglia ML, Machado EL, Szuster DAC, Andrade EIG, Acurcio FA, Caiaffa WT, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. *Rev Saúde Pública*. 2010 Aug;44(4):639-49. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400007>

14. Kusumota L. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise [tese] [Internet]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005 [cited 2017 Jan 18]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/22132/tde-22022006-094219/pt-br.php>

15. Godinho TM, Lyra TG, Braga PS, Queiroz RA, Alves JA, Kraychete AC, et al. Profile of Patients Initiating Chronic Hemodialysis at a Public Hospital in Brazil. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2006 June [cited 2014 Feb 26];28(2):96-103. Available from:

<http://www.jbn.org.br/export-pdf/245/28-02-07.pdf>

16. Sesso R, Gordan P. Dados disponíveis sobre a Doença Renal Crônica no Brasil. *J Bras Nefrol*. 2007;19(Suppl 1):9-12.

17. Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

18. Cavalcante MCV, Lamy ZC, Lamy Filho F, França AKTC, Santos AM, Thomaz EBAF, et al. Factors associated with the quality of life of adults subjected to hemodialysis in a city in northeast Brazil. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2013 Apr/June [cited 2014 Mar 13];35(2):79-86. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20130014>

19. Ribeiro RCHM, Ferrari RR, Bertolin DC, Canova JCM, Lima LCEQ, Ribeiro DF. Socio-demographic profile and main intradialytic complications among patients with chronic renal failure on hemodialysis. *Arq Cienc Saude* [Internet]. 2009 Oct/Dec [cited 2017 Jan 18];16(4):175-80. Available from: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs-ol/vol-16-4/IDK6_out-dez_2010.pdf

20. Ministério da Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Bioestatística. Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2013 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [cited 2014 Feb 16]. Available from: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2013/nota_metodologica_2013.pdf

21. Santos AM, Lucena NM, Vale AM. Socio-Demographic Characterization of Elderly with Chronic Kidney Disease on Dialysis in a Charity Hospital. *Rev Bras Ciênc Saúde* [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 10];14(4):7-12. Available from:

<http://www.biblionline.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/download/9971/5680>

22. Ammirati AL, Watanabe R, Aوقي C, Draibe SA, Carvalho AB, Abensur H, et al. Hemoglobin levels in hemodialysis patients treated with epoetin: a Brazilian experience. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar 2014];56(2):209-13. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000200021>

23. Castro MCM. Atualização em diálise: complicações agudas em hemodiálise. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2001 [cited 2017 Jan 18]; 23(2):108-13. Available from: <http://jbn.org.br/export-pdf/506/23-02-05.pdf>.

24. Manfredi SR. Técnicas dialíticas na doença renal crônica. In: Ajzen H, Schor N.

organizadores. Guia de Nefrologia. 3rd ed. Barueri: Manole; 2011. p.449-59.

25. Fava SMCL, Oliveira AA, Vitor EM, Damasceno DD, Libânio SIC. Common complications for patients undergoing dialysis. REME rev min enferm [Internet]. 2006 Apr/June [cited cited 2013 Dec 11];10(2):145-50. Doi: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622006000200008>

Submissão: 16/02/2017

Aceito: 05/10/2017

Publicado: 15/11/2017

Correspondência

Danielle Priscilla Sousa Oliveira

Rua Coelho Neto, 526

Bairro Centro

CEP: 65950-000 – Barra do Corda (MA), Brasil