



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES RENAI CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE

SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF CHRONIC KIDNEY PATIENTS IN HEMODIALYSIS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE PACIENTES RENALES CRÓNICOS EN HEMODIÁLISIS

Catiele Piccin¹, Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini², Larissa de Carli Coppetti³, Tarzie Hubner da Cruz⁴, Margrid Beuter⁵, Geni Burg⁶

RESUMO

Objetivo: caracterizar os pacientes com doença renal crônica em hemodiálise quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos. **Método:** trata-se de estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado com 220 pacientes. Coletaram-se os dados com um questionário analisando-os no programa SPSS e os apresentando em tabelas. **Resultados:** revela-se que, dos 220 participantes, 123 (55,9%) eram do sexo masculino, com idade média de 58,9 anos; 67% (n=149) eram brancos; 57,3% (n=126) viviam com companheiro; 65,5% (n=144) tinham baixa escolaridade e 83,7% (n=184) residiam no meio urbano. Registrou-se, como causa principal da doença, a hipertensão arterial 27,7% (n=61); não realizaram tratamento conservador 64,5% (n=64,5%) e o deslocamento para o tratamento ocorria via transporte municipal para 46,3% (n=102). **Conclusão:** colabora-se, por meio do conhecimento do perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes que realizam a hemodiálise, para o gerenciamento do cuidado, que pode subsidiar estratégias para a prevenção da doença e estimular a adesão ao tratamento, além de contribuir para o avanço científico em Nefrologia. **Descritores:** Doença Renal Crônica; Diálise Renal; Perfil dos Pacientes; Terapia Renal Substitutiva; Enfermagem; Nefrologia.

ABSTRACT

Objective: to characterize patients with chronic kidney disease on hemodialysis regarding sociodemographic and clinical aspects. **Method:** this is a quantitative, descriptive and cross-sectional study with 220 patients. The data was collected with a questionnaire analyzing them in the program SPSS and presenting them in tables. **Results:** it is revealed that of the 220 participants, 123 (55.9%) were males, with a mean age of 58.9 years; 67% (n = 149) were white; 57.3% (n = 126) lived with a partner; 65.5% (n = 144) had low schooling and 83.7% (n = 184) lived in urban areas. The main cause of the disease was arterial hypertension (27.7%) (n = 61); 64.5% (n = 64.5%) and the movement to the treatment occurred through municipal transportation to 46.3% (n = 102). **Conclusion:** by means of knowledge of the sociodemographic and clinical profile of the patients undergoing hemodialysis, for the management of the care, which can subsidize strategies for the prevention of the disease and stimulate adherence to the treatment, besides contributing to the scientific progress in Nephrology. **Descriptors:** Chronic Kidney Disease; Renal Dialysis; Patient Profile; Renal Replacement Therapy; Nursing; Nephrology.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar a los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en cuanto a los aspectos sociodemográficos y clínicos. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, realizado con 220 pacientes. Los datos fueron recolectados con un cuestionario analizándolos en el programa SPSS y presentándolos en tablas. **Resultados:** se revela que, de los 220 participantes, 123 (55,9%) eran del sexo masculino, con una edad promedio de 58,9 años; El 67% (n = 149) eran blancos; 57,3% (n = 126) vivían con el compañero; 65,5% (n = 144) tenían baja escolaridad y 83,7% (n = 184) residían en el medio urbano. Se registró, como causa principal de la enfermedad, la hipertensión arterial el 27,7% (n = 61); no realizaron tratamiento conservador 64,5% (n = 64,5%) y el desplazamiento para el tratamiento ocurría vía transporte municipal al 46,3% (n = 102). **Conclusión:** se colabora, a través del conocimiento del perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes que realizan la hemodiálisis, para el manejo del cuidado, que puede subsidiar estrategias para la prevención de la enfermedad y estimular la adhesión al tratamiento, además de contribuir al avance científico en nefrología. **Descritores:** Enfermedad Renal Crónica; Diálisis Renal; Perfil de los Pacientes; Terapia Renal Sustitutiva; Enfermería; Nefrología.

¹Enfermeira, Universidade Federal de Santa Maria/UFMS. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: cati.piccin@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5046-4733>; ²Doutoras, Universidade Federal de Santa Maria/UFMS. Santa Maria (RS), Brasil E-mail: nara.girardon@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3604-2507>; E-mail: margridbeuter@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3179-9842>; ³Mestrandos, Universidade Federal de Santa Maria/UFMS. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: lari_decarli@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/orcid.org/0000-0002-3162-6669>; E-mail: tarziehc@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1040-583x>; ⁴Especialista, Clínica Renal de Santa Maria. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: ID: <https://orcid.org/0000-0002-2255-5555>

INTRODUÇÃO

Define-se a Doença Renal Crônica (DRC) pela presença de lesão renal ou queda do ritmo de filtração glomerular constituindo-se em um importante problema de saúde pública visto que vem apresentando uma incidência elevada dentre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's).¹

Sabe-se que as principais causas da DRC são a Diabetes Mellitus, a hipertensão, glomerulonefrites, pielonefrites, infecções recorrentes do trato urinário e medicamentos nefrotóxicos.² Ocorre-se o diagnóstico de forma tardia, normalmente, visto que os primeiros sintomas podem demorar vários anos para aparecer. Alerta-se, assim, que as pessoas não percebem, de imediato, a presença de alterações que podem significar ou levar à perda da função renal e que, com diagnóstico precoce e o tratamento adequado, a progressão natural e algumas complicações da doença poderiam ser evitadas.³

Faz-se a confirmação diagnóstica da DRC quando a taxa de filtração glomerular atinge o limite que geralmente é 15 ml/min.¹ Destaca-se, entre os tratamentos disponíveis, a hemodiálise, indicada em casos avançados, a qual consiste na circulação extracorpórea, quando o sangue penetra em uma membrana semipermeável artificial e uma solução eletrolítica promove a filtração das toxinas presentes na circulação sanguínea por diferença de concentração e perda de líquidos pela pressão exercida no sistema extracorpóreo.¹ Enquadra-se a hemodiálise na modalidade da Terapia Renal Substitutiva (TRS), considerada de alta complexidade, que substitui parcialmente a função dos rins e possibilita, ao paciente, melhor qualidade de vida.⁴

Registra-se que, mundialmente, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mais de dois milhões de pessoas necessitam de TRS e, no Brasil, esse número passa de 200 mil, sendo que os pacientes, na maioria das vezes, recebem o diagnóstico tardiamente.⁵ Estima-se, ainda, no país, um aumento anual de 35 mil pessoas com a necessidade de realizar diálise.⁵

Constata-se, ao considerar essa realidade, o elevado número de pacientes com DRC que necessitam de tratamento dialítico e, diante disso, percebe-se a necessidade de prestar assistência adequada a esse contingente. Destaca-se a relevância da realização de estudos que busquem descrever as características dos pacientes portadores de DRC em hemodiálise, atendidos nos serviços de saúde, como uma estratégia de conhecer

suas necessidades específicas e, também, um recurso para identificar os grupos de risco, os fatores predisponentes da patologia e subsidiar a utilização de terapêuticas apropriadas para o retardamento de sua progressão, o que poderá contribuir para a redução do sofrimento dos pacientes e dos custos financeiros associados.

OBJETIVO

- Caracterizar os pacientes com doença renal crônica em hemodiálise quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos.

MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo e transversal realizado na Clínica Renal de Santa Maria Ltda, a maior do Estado do Rio Grande do Sul, contando com duas unidades situadas no município onde se atendem a pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e por diversos planos de saúde privados. Oferece-se na clínica, além da hemodiálise, tratamento por meio de Diálise Peritoneal Automatizada (DPA).

Selecionou-se a amostra pelo método não probabilístico ou por conveniência compondo-a por 220 pacientes com DRC em tratamento hemodialítico. Elencaram-se os seguintes critérios de inclusão: apresentar 18 anos ou mais e estar realizando hemodiálise por DRC. Definiu-se, como critério de exclusão, paciente que apresente alterações auto e alopsíquicas que o impedissem de responder ao questionário. Compôs-se, assim, a população do estudo por 290 pacientes que estavam em tratamento no período de maio a setembro de 2016, excluindo-se dois por não terem 18 anos, 29 por apresentarem alterações cognitivas, 17 por estarem em tratamento por causas não crônicas e 22 que se recusaram a participar do estudo e, com isso, a amostra correspondeu a 75,86% dos pacientes em hemodiálise no período estipulado.

Utilizou-se, como instrumento para a obtenção dos dados, um questionário sociodemográfico e clínico preenchido a partir de informações obtidas nos prontuários ou junto aos pacientes, por meio de entrevista, conduzida por três coletadores treinados, durante a sessão de hemodiálise. Organizaram-se e inseriram-se os dados, posteriormente, em planilha no programa *Microsoft Excel (Office 2016)* por meio de digitação dupla independente. Transferiram-se e analisaram-se os dados, após a conferência das inconsistências na digitação, no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 2.1. Analisaram-se as

Piccin C, Girardon-Perlini NMO, Coppetti LC et al.

Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes...

variáveis por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%) apresentando-as na forma de tabelas.

Atendeu-se, por este estudo, aos aspectos éticos dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁶ aprovando-o pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM) sob o parecer nº 1.610 996. Solicitou-se, nesse sentido, a autorização prévia da instituição onde o estudo foi desenvolvido, assim como a

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes.

RESULTADOS

Possibilitou-se conhecer o perfil dos pacientes com DRC em tratamento hemodialítico atendidos na Clínica Renal de Santa Maria identificando-se os aspectos da realidade clínica e social. Apresenta-se na tabela 1, a seguir, a caracterização socioeconômica e demográfica dos pacientes participantes do estudo.

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas dos portadores de DRC em tratamento hemodialítico. Santa Maria, (RS), Brasil, 2017.

Variáveis socioeconômicas e demográficas	n	%
Idade		
Menos que 40 anos	24	11,0
40 --- 49 anos	29	13,2
50 --- 59 anos	52	23,6
60 --- 69 anos	55	25,0
Mais que 70 anos	59	26,8
Não informado	1	0,4
Sexo		
Masculino	123	55,9
Feminino	97	44,1
Cor		
Branca	149	67,8
Parda	36	16,4
Preta	30	13,6
Outro	3	1,4
Não informado	2	0,8
Estado Civil		
Com companheiro	126	57,3
Sem companheiro	93	42,3
Não informado	1	0,4
Escolaridade*		
Não alfabetizado	15	6,8
EFI + EFC+EMI	129	58,7
EMC+ESI	50	22,7
Ensino Superior Completo	25	11,4
Não informado	1	0,4
Tipo de residência		
Urbana	184	83,7
Rural	30	13,6
Não informado	6	2,7
Trabalha no momento		
Não	198	90,0
Sim	18	8,2
Não informado	4	1,8
Renda familiar		
1 --- 3 Salários Mínimos	102	46,4
3 --- 5 Salários Mínimos	50	22,7
Mais que 5 Salários Mínimos	68	30,9
Quantas pessoas dependem da renda familiar		
1	25	11,4
2	74	33,6
3	60	27,3
Mais que quatro	61	27,7
TOTAL	220	100,0

*Legenda: EFI+ EFC+ EMI: Ensino Fundamental Incompleto + Ensino Fundamental Completo + Ensino Médio Incompleto. EMC+ESI: Ensino Médio Completo + Ensino Superior Incompleto.

Identificou-se, entre os 220 participantes do estudo, que 123 (55,9%) são do sexo masculino, com idade mais representativa de 70 anos ou mais (59; 26,8%), seguidos de

pessoas que têm de 60 a 69 anos (55; 25,0%), com média das idades de 58,9 anos. Apontou-se, pelos dados, que 126 (57,3%) participantes têm companheiro, ou seja, têm um

Piccin C, Girardon-Perlini NMO, Coppetti LC et al.

Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes...

relacionamento estável, enquanto que 93 (42,3%) não têm companheiro. Observou-se, também, a predominância da cor branca (149; 67,8%), seguida da cor parda (36; 16,4%) e preta (30; 13,6%) e, quanto ao nível de escolaridade, a maioria dos participantes (144; 65,4%) tem escolaridade inferior ao ensino médio e 50 (22,7%) têm o ensino superior incompleto.

Evidenciou-se pelos resultados, também, que 101 participantes (45,9%) têm até dois filhos seguidos de 79 (35,9%) que têm três ou mais filhos, com média do número de filhos de 2,33. Referiu-se a zona urbana como local de residência de 184 (83,7%) pacientes e, sobre a renda mensal, 102 (46,4%) recebem de um a três SM e 68 (30,9%) mais que cinco SM, sendo que a média da renda foi 3,6 salários mínimos.

Detectaram-se, quanto ao número de pessoas que dependem da renda familiar, duas pessoas para 74 (33,6%) participantes seguidas de mais que quatro pessoas dependentes da renda para 61 (27,7%) pessoas, sendo a média do número de pessoas

que dependem da renda de 2,8. Identificou-se, no que se refere ao número de pessoas que residem na mesma casa que o paciente, que 70 (31,8%) contam com quatro ou mais pessoas na residência e a média de residentes na casa com o paciente foi 2,9 pessoas. Respondeu-se, sobre a atividade laboral, que 198 (90,0%) integrantes da pesquisa não estavam trabalhando no momento da coleta de dados.

Buscou-se, por meio do estudo, conhecer, ainda, a procedência dos participantes e, nesse sentido, 201 (91,4%) responderam que procedem do município de Santa Maria/RS ou de municípios circunvizinhos. Realiza-se o deslocamento até a clínica renal via transporte municipal e/ou ambulância por 102 (46,3%) pacientes, 55 (25%) utilizam carro próprio com ou sem motorista e 26 (11,8%) referiram utilizar o transporte coletivo urbano.

Mostram-se na tabela 2, a seguir, os dados da caracterização clínica dos portadores de DRC que realizam tratamento hemodialítico.

Tabela 2. Características clínicas dos portadores de DRC quanto ao tempo de diagnóstico, à causa da DRC e doenças associadas. Santa Maria, (RS), Brasil, 2017,

Variáveis Clínicas	n	%
Tempo de diagnóstico da DRC		
Menos que um ano	13	5,9
1 --- 3 anos	44	20,0
3 --- 5 anos	32	14,5
Maior que 5 anos	124	56,4
Não informado	7	3,2
Causa da DRC		
Hipertensão arterial	61	27,7
Hipertensão arterial + Diabetes Mellitus	44	20,0
Diabetes Mellitus	24	10,9
Pielonefrite crônica	10	4,5
Rins policísticos	8	3,6
Lúpus	7	3,2
Medicamentos	7	3,2
Hereditários/genéticos	5	2,3
Cálculo renal	5	2,3
Outros	15	6,8
Não informado	34	15,5
Doenças associadas/comorbidades		
Doenças cardiovasculares	53	24,1
Doenças cardiovasculares + metabólicas	49	22,3
Doenças metabólicas	20	9,1
Doenças sanguíneas	17	7,7
Outras	9	4,1
Não informado	72	32,7
Total	220	100

Constata-se, diante dos resultados obtidos, que o tempo de diagnóstico prevalente foi maior que cinco anos (124; 56,4%) seguido dos que tiveram o diagnóstico de um há três anos (44; 20%), com a média do tempo de diagnóstico de 9,9 anos. Relacionam-se as principais causas da DRC identificadas à hipertensão arterial (61; 27,7%), à hipertensão arterial associada à Diabetes Mellitus (44; 20%) e a Diabetes Mellitus (24; 10,9%).

Levantaram-se, sobre as doenças associadas/comorbidades, as doenças cardiovasculares que tiveram maior incidência (53; 24,1%) e, entre essas, as mais citadas foram: a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e o infarto agudo do miocárdio (IAM).

Refere-se a tabela 3 às características dos participantes quanto à realização do tratamento hemodialítico.

Tabela 3. Características dos portadores de DRC quanto ao tratamento hemodialítico realizado. Santa Maria, (RS), Brasil, 2017.

Variáveis	N	%
Acesso vascular para a hemodiálise		
Fístula Arteriovenosa	193	87,7
Cateter	17	7,7
Prótese	2	0,9
Fístula Arteriovenosa + Cateter	3	1,4
Não informado	5	2,3
Tempo de hemodiálise		
Menor que um ano	43	19,5
1 --- 3 anos	54	24,5
3 --- 5 anos	40	18,2
Maior que 5 anos	81	36,9
Não informado	2	0,9
Complicações durante a hemodiálise		
Não	111	50,5
Sim	109	49,5
Realizou tratamento conservador		
Não	142	64,5
Sim	60	27,3
Não informado	18	8,2
Total	220	100

Mencionou-se, pela maioria dos participantes (193; 87,7%), a presença da fístula arteriovenosa (FAV) como acesso vascular para a realização da hemodiálise. Informou-se, quanto ao tempo de terapia hemodialítica, que 81 (36,9%) realizam essa modalidade de tratamento há mais de cinco anos seguidos daqueles que fazem de um há três anos (54; 24,5%), com média do tempo de realização de hemodiálise de 5,8 anos. Acrescenta-se, sobre as complicações durante a hemodiálise, que 111 (50,5%) participantes referiram não ter tido nenhuma complicação e 109 (49,5%) referiram ter complicações tais como hipotensão, câibras, hipoglicemia e tremores. Verificou-se, também, que 142 (64,5%) não realizaram tratamento conservador para a DRC antes do início da hemodiálise.

DISCUSSÃO

Constata-se, ao considerar os dados apresentados na tabela 1, sobre as características sociodemográficas da população estudada, que 55,9% (123) eram do sexo masculino, resultado que se assemelha às informações do censo de 2016 da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)⁷ e de estudo⁸ no qual se verifica maior incidência de pacientes masculinos com DRC e em programas dialíticos. Pode-se associar esse resultado ao fato de os homens terem a propensão de diagnosticar as doenças crônicas em estágios mais avançados, pois tendem a não aderir às medidas preventivas e rotineiras de cuidados em decorrência, muitas vezes, de possíveis crenças e valores do que é ser masculino.⁹ Pode-se contribuir, por essa perspectiva, para

que a doença seja percebida como sinal de fragilidade, que se contrapõe à masculinidade, dificultando que os homens reconheçam a presença de algum agravo à sua saúde.⁹

Considera-se ainda, nesse sentido, o fato de que o homem pode se julgar invulnerável, o que contribui para que cuide menos de si e se exponha mais às situações de risco ao postergar a procura pelos serviços de saúde.⁹ Contribui-se, no caso da DRC, para que o diagnóstico tardio tenha, como demanda, o início da terapia de substituição renal como terapêutica imediata por meio de decisões pautadas em percepções dessa natureza e associadas ao estilo de vida que favoreça o surgimento da doença.

Nota-se, em relação à faixa etária, que os dados do censo de 2016 da SBN apontam o predomínio de adultos de 45 a 64 anos em tratamento hemodialítico⁷, o que difere do encontrado neste estudo, já que 26,8% (n=59) referiram ter 70 anos ou mais. Obtém-se, ao considerar os participantes que têm mais de 60 anos, um percentual de 51,8%, o que representa mais da metade da população do estudo com idade igual ou superior a 60 anos.

Encontraram-se resultados em estudo,⁸ que buscou traçar aspectos nutricionais e epidemiológicos de pacientes renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico no Brasil, apontando que o perfil dos doentes vem apresentando faixas etárias elevadas. Considerando-se que há um aumento significativo das doenças crônicas, principalmente a DRC, associada a faixas etárias elevadas dessa população e à longevidade da população brasileira e

mundial, os tratamentos disponíveis demonstram-se cada vez mais efetivos e capazes de oferecer sobrevida com qualidade aos doentes. Destaca-se, nessa perspectiva, um dos dados mencionados pela SBN⁷ evidenciando que a taxa atual de sobrevida dos pacientes em hemodiálise é em torno de 80%.

Salienta-se que a prevalência de pacientes que realizam tratamento hemodialítico e que têm companheiro, evidenciada nesta pesquisa, também foi constatada em outro estudo,⁷ provavelmente por ser a condição conjugal mais frequente das pessoas que se encontram nas faixas etárias mais avançadas.⁸ Torna-se esse fato relevante, tendo em vista que os pacientes com diagnóstico de DRC necessitam de tratamento, muitas vezes, prolongado, que tende a se tornar desgastante para quem o vive. Acredita-se, assim, que contar com a presença de um companheiro pode representar uma fonte de apoio, suporte emocional e ser um agente facilitador para o enfrentamento da doença e a adesão ao tratamento.

Refletem-se as características da população residente na região estudada no Rio Grande do Sul pela prevalência da cor branca, referida pela maioria dos participantes do estudo, em que se destacam os descendentes de colonizadores europeus. Lembra-se, contudo, que há de se considerar os dados epidemiológicos internacionais apontando taxas elevadas de DRC em afrodescendentes.¹⁰

Detectou-se a baixa escolaridade de pacientes em hemodiálise também em pesquisa realizada com esta população,¹¹ fato que reforça a relação entre o nível de instrução e determinadas doenças como a Diabetes Mellitus e a DRC. Acredita-se que, além desse aspecto, a baixa escolaridade traz à tona uma população que apresenta restrições na possibilidade de acesso e compreensão das informações sobre o adoecimento e o tratamento.¹¹

Considerou-se a condição socioeconômica, com relação à renda familiar, pelo número de pessoas que dependem da renda e o número de pessoas que residem na casa, sendo que os resultados indicam que o perfil dos participantes deste estudo se insere em classes econômicas baixas. Verifica-se, diante disso, que a redução na renda familiar *per capita* pode estar associada ao risco de desenvolver a DRC, pois o estilo de vida, os hábitos alimentares e as variáveis culturais podem ser fatores desencadeantes da doença,¹² além de conferir, a essas pessoas, uma condição de vulnerabilidade e possível comprometimento da qualidade de vida.

Relaciona-se a dificuldade de desenvolver atividades remuneradas, principalmente, à idade avançada da maioria das pessoas com DRC em hemodiálise, à baixa capacidade funcional e ao tempo prolongado despendido para o tratamento.¹³ Apontou-se ainda, nessa perspectiva, pelos dados trazidos pelo IBGE, em 2015, significativa queda na taxa de ocupação atual e nas taxas de ocupação por sexo.¹⁴

Torna-se frequente, embora haja a predominância de pacientes que residem em contextos urbanos, diante do adoecimento e da necessidade de tratamento em centros especializados, a migração das pessoas que residem no meio rural para as cidades tendo em vista que, por estarem afastadas geograficamente, buscam facilitar o alcance aos serviços de saúde como no caso da hemodiálise.¹⁵ Geram-se, nessa circunstância, mudanças significativas tanto estruturais, como pessoais para o indivíduo e, também, para a sua família.

Confirmam-se, nessa direção, os resultados encontrados com os de outro estudo¹⁶ que identificou que grande parte dos pacientes que realizam hemodiálise depende dos recursos de seus municípios, ou seja, do transporte municipal para realizar o deslocamento até a clínica renal. Reflete-se, por esse dado, a alta dependência dos pacientes em relação ao transporte oferecido pela prefeitura de origem, o que, muitas vezes, se caracteriza por viagens longas e desgastantes, fatores esses que podem atuar negativamente sobre a qualidade de vida dos pacientes.¹⁶

Assemelham-se aos resultados identificados neste estudo os dados do censo de 2016 da SBN⁷ destacando que o principal diagnóstico de base dos pacientes em diálise é a hipertensão arterial seguida de Diabetes Mellitus. Averiguaram-se causas semelhantes, também, em estudos¹⁶⁻¹⁷ realizados em João Pessoa/PB e em São Paulo, os quais relatam a hipertensão arterial e a Diabetes Mellitus como as comorbidades mais frequentes associadas à DRC.

Preconiza-se, para a realização da hemodiálise, que é necessário possuir um acesso à circulação do paciente e sua obtenção pode seguir três diferentes modos: pela confecção da fístula arteriovenosa (FAV), pelo implante de cateter ou, ainda, pela prótese.¹⁸ Indica-se a FAV para pacientes que irão realizar hemodiálise por longo período. Confecciona-se a FAV por uma pequena cirurgia que objetiva tornar a veia mais grossa e resistente, o que leva ao aparecimento de um frêmito. Alerta-se que o ideal é que a FAV

Piccin C, Girardon-Perlini NMO, Coppetti LC et al.

seja confeccionada dois a três meses antes de se iniciar o tratamento pré-dialítico.⁷

Acrescenta-se que o cateter duplo lúmen pode ser tunelizável, ou seja, considerado acesso de longa permanência já que apresenta *cuff* e dispositivo de barreira, e não tunelizável, classificado como dispositivo de curta permanência, sendo uma das principais alternativas na prática clínica perfazendo, no cenário nacional, uma frequência de 9,4%, porém, ele está relacionado a maiores taxas de infecção, internação e morbimortalidade de pacientes em terapia.¹⁹

Sinalizou-se nesse contexto, pelo censo de 2016 da SBN, significativo aumento do uso dos dispositivos de longa permanência em relação aos anos anteriores, fato que consolida a evolução dos equipamentos e do tratamento hemodialítico. Demonstrou-se também, pelos dados do mesmo censo, a tendência da diminuição do uso de dispositivo temporário ou prótese para a realização da hemodiálise.⁷

Detalha-se, sobre as complicações, que os resultados encontrados neste estudo se assemelham aos da pesquisa²⁰ que identificou, dentre as principais complicações apresentadas durante as sessões de hemodiálise, a hipoglicemia, a hipotensão arterial, câibras, cefaleia, náuseas, vômitos, hipertensão arterial, dor em membros inferiores e dor lombar. Percebe-se, assim, que, apesar dos avanços tecnológicos no tratamento hemodialítico ocorrido nos últimos anos, o que permite que esse procedimento seja seguro e capaz de manter a vida do paciente por longo período, ainda, em 30% das hemodíalises, podem acontecer complicações durante a sessão.

Descreve-se que não foi possível implementar o tratamento pré-dialítico ou conservador na maioria dos participantes, haja vista o estágio da doença por ocasião do diagnóstico. Encontrou-se situação similar também em estudo¹⁶ que identificou que 60% dos pacientes com DRC somente haviam sido acompanhados por um nefrologista imediatamente ou apenas um mês antes da realização da primeira sessão de hemodiálise. Contribui-se, por esse fato, para a não viabilização do tratamento pré-dialítico visto que a doença se encontra avançada e em estágios que não dispensam a terapia hemodialítica.¹⁶ Percebe-se, a partir disso, que há um *deficit* importante de atenção à saúde no que tange ao acesso e ao acompanhamento clínico para o tratamento conservador.

Resulta-se essa realidade no diagnóstico tardio da DRC contribuindo-se para a progressão da doença. Observou-se, em

Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes...

estudo²¹ que buscou comparar os pacientes em acompanhamento com nefrologista por menos de seis meses antes do início do tratamento dialítico com os demais, que o grupo com encaminhamento precoce apresentou melhor controle metabólico, menor duração da hospitalização e maior percentagem de casos com acesso vascular permanente no início da diálise. Apresentou-se, além disso, maior sobrevida dos pacientes encaminhados precocemente ao nefrologista em curto e longo prazos. Infere-se, assim, que a morbidade e a mortalidade maiores parecem estar relacionadas às piores condições clínicas e metabólicas que os pacientes encaminhados tardiamente apresentam no início da hemodiálise.²²

CONCLUSÃO

Possibilitou-se, a partir dos resultados obtidos, conhecer o perfil das pessoas que realizam hemodiálise em Santa Maria, RS, ou seja, pacientes predominantemente do sexo masculino, com idade avançada, brancos, com companheiro, com grau de escolaridade inferior ao ensino médio, com dois filhos, residentes no meio urbano, com renda mensal média de 3,6 salários mínimos da qual dependem 2,9 pessoas e que não estão trabalhando no momento. Averiguaram-se o tempo médio do diagnóstico de 9,9 anos e o tempo de realização de hemodiálise de 5,8 anos, sendo que a hipertensão arterial e a Diabetes Mellitus foram as principais causas da doença renal crônica e a maioria não realizou tratamento conservador. Inferiu-se que as doenças cardiovasculares e metabólicas foram as doenças associadas e/ou comorbidades apresentadas e a fístula arteriovenosa constitui-se no acesso vascular mais utilizado para a realização da hemodiálise.

Destaca-se, nesse sentido, a relevância de estudos que buscam conhecer as características dos pacientes que realizam tratamento hemodialítico nos serviços de saúde, tendo em vista que este conhecimento poderá subsidiar ações para o planejamento da assistência da equipe de Enfermagem, contribuindo para a redução do sofrimento dos pacientes já que ter o diagnóstico de DRC implica, muitas vezes, um tratamento longo, desgastante e com custos financeiros elevados. Oferecem-se, além disso, elementos que podem contribuir para direcionar iniciativas no âmbito da atenção primária e de estratégias de educação em saúde voltadas à redução dos fatores de risco.

Ressaltam-se, como limitações do estudo, a incompletude dos registros nos prontuários dos pacientes e a representatividade dos

resultados, que reflete a realidade de um serviço específico onde o estudo foi desenvolvido.

REFERÊNCIAS

- Barros E, Manfro RC, Thomé FS, Gonçalves LF. Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2006
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2018 June 15]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/e/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf
- Melo APM, Mesquita GV, Monteiro CFS. Diagnóstico precoce da doença renal crônica pela estratégia de saúde da família. R Interd [Internet]. 2013 Jan/Mar [cited 2018 Feb 13] 6(1):124-8. Available from: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/20/pdf_15
- Abreu IS, Santos CB. Health related quality of life of patients in hemodialysis. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2013 [cited 2018 June 15];21(1):95-100. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6447/5900>
- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Nacional de Biologia e Estatística. Projeção da população do Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [cited 2018 Aug 12]. Available from: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>.
- Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2018 June 15]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de diálise 2016 [Internet]. São Paulo: SBN; 2016 [cited 2018 June 15]. Available from: <https://sbn.org.br/categoria/censo-2016/>
- Biavo BM, Cunha LM, Araujo ML, Ribeiro MM, Sachs A, Uezima CB, et al. Nutritional and epidemiological aspects of patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis from Brazil, 2010. J Bras Nefrol. 2012 July/Sept;34(3):206-15. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20120001>
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e diretrizes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [cited 2018 July 12]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf
- US Renal Data System. USRDS 2013 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States [Internet]. Bethesda: National Institutes of Health, 2013 [cited 2018 Feb 13]. Available from: <https://www.usrds.org/2014/view/>
- Oliveira CS, Silva EC, Ferreira LW, Skalinski LM. Profile of chronic renal patients on renal dialysis treatment. Rev Baiana Enferm. 2015 Jan/Mar; 29(1):42-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i1.12633>
- Fored CM, Ejerbland E, Fryzek JP, Lambe M, Lindbland P, Nyren O, et al. Socio-economic status and chronic renal failure: a population-based case-control study in Sweden. Nephrol Dial Transplant. 2003 Jan;18(1):82-8. PMID: [12480964](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12480964/)
- Sehgal AR. Outcomes of renal replacement therapy among blacks and women. Am J Kidney Dis. 2000; 35(4 Suppl 1):48-52. PMID: [10766013](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10766013/)
- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Nacional de Biologia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2007/2015 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [cited 2018 July 12]. Available from: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/trabalho/nivel-da-ocupacao.html>
- Lima JF. O significado da vivência do tratamento hemodialítico para indivíduos provenientes do contexto rural. [dissertation] [Internet]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2012 [cited 2018 July 05]. Available from: <http://repositorio.ufpel.edu.br:8080/handle/123456789/1870>
- Oliveira Junior HM, Formiga FF, Alexandre CS. Clinical and epidemiological profile of chronic hemodialysis patients in João Pessoa - PB. J Bras Nefrol. 2014 July/Sept; 36(3):367-74. Doi <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20140052>
- Oller GASAO, Ribeiro RCHM, Tragarim DAS, Batista MA, Marques S, Kusumota L. Functional Independence in patients with chronic kidney disease being treated with haemodialysis. Rev Latino-Am Enfermagem.

2012 Nov/Dec;20(6):1033-40. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600004>

18. Neves Junior MA, Petnys A, Melo RC, Rabboni E. Vascular access for hemodialysis: what's new?. *J Vasc Bras*. 2013 June/Sept;12(3):221-25. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/jvb.2013.044>

19. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Santos DR. Brazilian Chronic Dialysis Survey 2013 - Trend analysis between 2011 and 2013. *J Bras Nefrol*. 2014 Oct/Dec; 36(4):476-81. Doi:

[10.5935/0101-2800.20140068](https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140068)

20. Cordeiro AP, Rossetti NLM, Duarte LV, Moriya TM, Terçariol CAS, Ferreira V. Complications during hemodialysis and nursing care. *Enferm Rev [Internet]*. 2016 [cited 2018 Feb 13] 19(2):247-54. Available from:

<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/13162/12388>

21. Jungers P, Massy ZA, Nguyen-khoa T, Choukrou G, Robino C, Fakhouri F, et al. Longer duration of predialysis nephrological care is associated with improved long-term survival of dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*. 2001 Dec; 16(12):2357-64. PMID: [11733627](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11733627/)

22. Pena JM, Logrono JM, Pernaute R, Laviades C, Virto R, Vera CV. Late nephrology referral influences on morbidity and mortality of hemodialysis patients: a provincial study. *Nefrologia*. 2006; 26(1):84-97. PMID: [16649429](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16649429/)

Submissão: 30/01/2018

Aceito: 01/11/2018

Publicado: 01/12/2018

Correspondência

Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini
Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, 3º andar, sala 1339
Avenida Roraima 1000
Bairro Camobi
CEP: 97105900 – Santa Maria (RS), Brasil