



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

SAMARIS CRISTINA JORGE

**DESFECHO CLÍNICO DE PACIENTES COM DOENÇA
RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO DIALÍTICO**

São José do Rio Preto
2017

SAMARIS CRISTINA JORGE

Desfecho clínico de pacientes com doença renal crônica em tratamento dialítico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, para obtenção do Título de Mestre. *Área de Concentração*: Processo do Trabalho em Saúde. *Linha de Pesquisa*: Educação em Saúde e Processo do Cuidar nos Ciclos de Vida. *Grupo de Pesquisa*: Educação em Saúde (EDUS).

Orientador: Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro

**São José do Rio Preto
2017**

Jorge, Samaris Cristina

Área do Conhecimento e Linhas de Pesquisa em Enfermagem:
Processo de Cuidar nos ciclos da vida /. Samaris Cristina Jorge. São José
do Rio Preto; 2017.

60 p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em
Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Área de Concentração: Processo do Trabalho em Saúde.

Linha de Pesquisa: Educação na Saúde e Processo do Cuidar nos Ciclos
de Vida. Grupo de Pesquisa: Educação em Saúde (EDUS).

Orientador: Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro

1. Diálise renal crônica; 2. Diálise; 3. Hemodiálise;

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Prof^a. Dr^a. Marília Pilotto de Oliveira
Universidade de São Paulo – USP Ribeirão Preto

Prof^a. Dr^a. Kátia Jaira Galisteu
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Prof^a. Dr^a. Luciana Kusumota
Universidade de São Paulo – USP Ribeirão Preto

Prof^a. Dr^a. Maria Helena Pinto
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

São José do Rio Preto, 16/02/2017.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	i
AGRADECIMENTOS	ii
EPÍGRAFE	iii
LISTA DE FIGURAS	iv
LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS	v
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
RESUMEN	viii
1. INTRODUÇÃO	1
2. MANUSCRITOS	5
2.1.MANUSCRITO 1	6
2.1.1. RESUMO	7
2.1.2. INTRODUÇÃO	8
2.1.3. MÉTODO	10
2.1.4. RESULTADOS	11
2.1.5. DISCUSSÃO	14
2.1.6. CONCLUSÃO	16
2.1.7. REFERÊNCIAS	17
2.2. MANUSCRITO 2	19
2.2.1. RESUMO	20
2.2.2. INTRODUÇÃO	23
2.2.3. METODOLOGIA	25
2.2.4. RESULTADOS	27
2.2.5. DISCUSSÃO	32
2.2.6. CONCLUSÃO	38
2.2.7. REFERÊNCIAS	39
3. CONCLUSÕES	41
4. REFERÊNCIAS	43
5. ANEXOS	45
5.1. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	45
5.2. PÁGINA DE MANUSCRITO 1 PUBLICADO:	46
5.3. MANUSCRITO 2 SUBMETIDO EM 28/12/2016	46

DEDICATÓRIA

A minha mãe **Lucimeire** que tanto me ensinou e à meu irmão **Luis Henrique** que está sempre ao meu lado, me apoiando em todas as minhas decisões, durante todos os passos importantes de minha vida. Amo muito vocês!

Ao meu noivo e em breve meu marido **Eduardo Albertoni**, que se tornou essencial em minha vida, sempre ao meu lado me incentivando e o mais importante, se tornou meu porto seguro em todos os momentos da nossas vidas juntos. Dos mais difíceis aos mais felizes. Muito obrigada pela infinita paciência, amor. Amo você meu amor infinitamente. E que além desta conquista haja muitas outras que conquistaremos juntos.

À minha amada avó que hoje não está entre nós, muito obrigada pela benção que sempre me dá onde estiverem. Saiba que te amo muito e sinto falta de nossos momentos juntas.

Aos meus muitos amigos que tenho como família, obrigada pelo apoio incondicional à minha pessoa, minha essência e por nunca desacreditar em meu potencial. Vocês são um presente na minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus que sempre está comigo e me guia com toda a sua sabedoria, em vários momentos da minha vida.

Em especial a minha querida orientadora Prof^a Dr^a Rita de Cassia Hellú Mendonça Ribeiro, por total dedicação, ensinamentos, apoio, e principalmente pela convivência com essa pessoa extremamente humana e competente. Obrigada por estar presente e me orientar nessa fase de crescimento profissional, por acreditar em mim, em nosso trabalho juntas.

Aos Professores da FAMERP que tanto me ensinaram e orientaram, especialmente às professoras Claudia Bernardi Cesarino e Daniela Comelis Bertolin.

À toda a equipe do Hospital de Base que alimenta o Sistema e toda a equipe de TI que me auxiliou na coleta dos dados, processo essencial para a realização desse projeto.

Aos vários amigos e família que me auxiliaram nesse processo de mestrado em especial aos meus amigos Lucilene Albertoni, Fernanda Gadoti, Monize Cavassani, Eliana Falchi e José Antônio Carvalho por toda ajuda e apoio em vários momentos ao longo desses dois anos. Meus sinceros agradecimentos.

“Não deixe que a saudade sufoque, que a rotina acomode, que o medo impeça de tentar. Desconfie do destino e acredite em você. Gaste mais horas realizando que sonhando, fazendo que planejando, vivendo que esperando porque, embora quem quase morre esteja vivo, quem quase vive já morreu.”

Sarah Westphal

LISTA DE TABELAS E QUADROS

MANUSCRITO 1:

Tabela 1. Percentuais referentes às variáveis de diagnóstico, tipos de alta, óbito e internação dos pacientes avaliados no estudo, São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2009/2010 10

Tabela 2. Percentuais de associação entre o diagnóstico, alta normal, e paciente internado, São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2009/2010..... 11

Tabela 3. Estatísticas descritivas do tempo de internação em relação ao diagnóstico, São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2009/2010..... 12

MANUSCRITO 2:

Tabela 1. Percentuais das variáveis clínicas relacionadas a doença renal crônica. São José do Rio Preto/SP, 2015..... 23

Tabela 2. Percentuais referentes à relação entre os tipos de tratamento realizado e variáveis sexo, condição profissional, medicações, condição no SPIT consideradas relevantes relativas à DRC. Valor p referente ao teste qui-quadrado a $P < 0,05$. São José do Rio Preto/SP, 2015....24

Tabela 3. Estatísticas descritivas da idade e do tempo de tratamentos em relação ao tipo de tratamento dialítico em pacientes renais crônicos. São José do Rio Preto/SP,2015..... 25

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Correlação do tempo de tratamentos em a idade em pacientes renais crônicos.....26

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AVE	ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
CAPD	DIALISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA
CNS	CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
CRRT	TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO RENAL CONTÍNUA
CV	COEFICIENTE DE VARIAÇÃO
DL	DUPLO LUMEN
DM	DIABETES MELITUS
DP	DIALISE PERITONEAL
DRC	DOENÇA RENAL CRÔNICA
FAMERP	FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
FAV	FISTULA ARTERIOVENOSA
HA	HIPERTENSÃO ARTERIAL
HAS	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA
HB	HEMOGLOBINA
HB	HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
HD	HEMODIÁLISE
HIV	SINDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
KT/V	ADEQUAÇÃO DE DIÁLISE
LRA	LESÃO RENAL AGUDA
PA	PRONTO ATENDIMENTO
PNM	PNEUMONIA
SBN	SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA
SPIT	SÃO PAULO INTERIOR TRANSPLANTES
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RESUMO

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) é uma das doenças crônicas mais comuns no Brasil e possui um dos tratamentos mais caros do Sistema Único de Saúde (SUS), por ser uma doença silenciosa se torna importante identificar a doença em seu estágio inicial. Conhecer os grupos de risco podem auxiliar na identificação desses pacientes. A Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Melitus (DM) são causas principais da DRC. Atualmente estima-se que aproximadamente 50% a 70% dos brasileiros morrem com DRC sem nenhum tipo de tratamento. No Brasil, 45,073 mil pacientes estão em tratamento de DRC e deste total, 90 % dos pacientes são usuário do SUS. **Objetivo:** Caracterizar os pacientes quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas em tratamento a dialítico a mais de seis meses e identificar o desfecho clínico desses pacientes. **Metodologia:** estudo descritivo de análise de prontuário eletrônico, coorte retrospectivo, quantitativo, de pacientes com DRC em tratamento dialítico no ano de 2015. A análise estatística das variáveis quantitativas foi cálculos por meio de testes estatísticos específicos, sendo considerado o nível de significância quando $p \leq 0,05$. **Resultados:** a maioria dos pacientes eram do sexo masculino (55,79%), casado/união estável (64,56), inativos profissionalmente (87,72%) e usuários do SUS (69,82), tinham HÁ como doença de base (43,49%). O tempo de tratamento médio foi de 3,21 anos, e tempo máximo de 20,3 anos. A modalidade de diálise predominante foi hemodiálise (91,58%). Durante o período do estudo 47 (14,16%) pacientes foram transplantados (14,16%) e 44 (13,37%) tiveram como desfecho óbito (13,37%). **Conclusão:** A doença renal crônica é um problema de Saúde Pública, sendo assim conhecer as características e o desfecho clínico dos pacientes é relevante para melhor implementação e avaliação da assistência.

Descritores: Doença Renal Crônica, Hemodiálise, Diálise, Doença renal, Unidade Hospitalar de Hemodiálise, Terapia de substituição Renal.

ABSTRACT

Introduction: Chronic Kidney Disease (CKD) is one of the common chronic diseases in Brazil and has one of the most expensive treatments of the SUS, because it is a silent disease that it is important to identify the disease in its initial stage. Risk groups may assist in the identification of these patients. Hypertension (HA) and Diabetes Melitus (DM) are major causes of CKD. Currently it is estimated that approximately 50 to 70% of Brazilians die with CKD without any type of treatment. In Brazil, 45,073 thousand patients are in the treatment of chronic renal disease (CKD) and of this total, 90% of patients are users of the Unified Health System..

Objective: The objectives of this study were to characterize patients regarding sociodemographic and clinical variables in dialysis treatment for more than six months and to identify the clinical outcomes of these patients after starting treatment. **Methodology:** a descriptive study of electronic medical records, a retrospective, quantitative cohort study of patients with CKD in dialysis treatment in the year 2015. The statistical analysis of the quantitative variables was performed by means of specific statistical tests, considering the level of significance when $p \leq 0.05$. **Results:** most were male (55.79%), married / stable union (64.56), professionally inactive (87.72%) and SUS users (69.82), had HA as the underlying disease (43.49%). The mean treatment time was 3.21 years, with a maximum time of 20.3 years. The predominant mode of dialysis was hemodialysis (91.58%). During the study period, 47 patients were transplanted (14.16%) and 44 died (13.37%). **Conclusion:** Chronic kidney disease is a Public Health problem, knowing the clinical outcome of patients is relevant to better care planning.

Descriptors: Chronic Renal Disease, Hemodialysis, Dialysis, Renal Disease, Hemodialysis Hospital Unit, Renal Replacement Therapy.

RESUMEN

Introducción: la enfermedad renal crónica (ERC) es una de las enfermedades crónicas comunes en Brasil y tiene uno de los tratamientos más caros SUS, siendo una enfermedad silenciosa se vuelve importante para identificar la enfermedad en sus primeras etapas. Grupos de riesgo pueden ayudar a identificar a estos pacientes. Sangre Hipertensa (HA) y la diabetes mellitus (DM) son las principales causas de enfermedad renal crónica. En la actualidad se estima que aproximadamente el 50 y el 70% de los brasileños mueren con ERC sin ningún tratamiento. En Brasil, 45,073 mil pacientes están en tratamiento de enfermedad renal crónica (DRC) y de este total, el 90% de los pacientes son usuarios del Sistema Unico de Salud (SUS).

Objetivo: Los objetivos de este estudio fueron caracterizar los pacientes y las variables sociodemográficas y clínicas en diálisis durante más de seis meses e identificar los resultados clínicos de estos pacientes después de comenzar el tratamiento. **Metodología:** Estudio descriptivo de análisis de registros médicos electrónicos, de cohorte retrospectivo, cuantitativo, los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis en 2015. El análisis estadístico de las variables cuantitativas era cálculos utilizando pruebas estadísticas específicas, considerado el nivel de significación de $p \leq 0,05$. **Resultados:** la mayoría eran de sexo masculino (55,79%), el matrimonio / en unión libre casada (64,56), profesionalmente inactivos (87,72%) y los usuarios del SUS (69.82) la hipertensión tenido como enfermedad subyacente (43.49%). El tiempo medio de tratamiento fue de 3,21 años y el tiempo máximo de 20,3 años. La forma predominante de la diálisis es la hemodiálisis (91,58%). Durante el período de estudio de 47 pacientes fueron trasplantados (14,16%) y 44 murieron (13,37%). **Conclusión:** crónica enfermedad renal es un problema de salud pública, sabiendo el resultado clínico de los pacientes es relevante para una mejor planificación de la asistencia.

Palabras clave: Enfermedad renal crónica, hemodiálisis, diálisis, enfermedad renal, Hospital unidad de hemodiálisis, terapia de reemplazo renal.

1. INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida e as condições de saúde/doença dos pacientes com doença renal crônica (DRC) bem como a presença de outras doenças crônicas associadas, influenciam no processo de adaptação ao tratamento dialítico, bem como nos vários desfechos como por exemplo: tipo de dialise a ser realizada (dialise peritoneal – DP; dialise peritoneal ambulatorial contínua - CAPD ou Hemodiálise – HD), transplantes e óbitos. Conhecer os desfechos do tratamento de DRC durante o tratamento, bem como suas causas, é importante pois possibilita um maior conhecimento das causas dos desfechos podendo nos auxiliar na observação e até determinação de condutas no tratamento dialítico do doente renal crônico.

A doença renal crônica (DRC) é uma das doenças crônicas mais comuns e possui um dos tratamentos mais caros do Sistema Único de Saúde (SUS), por se tratar de uma doença silenciosa e de alta letalidade, detectar riscos ou a doença em seu estágio inicial é um grande desafio, pois permitiria otimizar cuidados e conseqüentemente retardar a evolução da doença¹. A identificação de grupos de risco como indivíduos com hipertensão arterial, diabetes Melitus, história de DRC na família entre outros podem auxiliar muito no diagnóstico da doença e retardo na progressão da DRC.¹

Essa doença tem entre as causas principais a hipertensão arterial e o diabetes.² A hipertensão arterial acomete uma parcela significativa da população no Brasil onde a grande maioria está na faixa dos 40 anos.² Com a prevalência aumentando, estima-se que 4% de crianças e adolescentes também são hipertensas.² De fácil diagnóstico, porém muitas vezes assintomática, a hipertensão arterial depende da boa adesão ao tratamento para ser controlada.²

Um ponto muito importante a ser considerado é que a evolução da DRC por ser silenciosa, e por ligações complexas envolvendo vários fatores como clínicos, ambientais e genéticos, ao apresentar sinais e sintomas, a doença já se encontra em estágio avançado.³ Assim,

quanto mais rápido o diagnóstico, precocemente este paciente será encaminhado a um nefrologista podendo diminuir ou interromper o avanço da doença possibilitando melhorar os desfechos (necessidade de diálise, transplantes, óbito entre outros) desses pacientes.³

Em estudo realizado no Brasil com 90.356 pacientes estavam em tratamento, a hipertensão arterial foi a causa predominante para a ocorrência da DRC, conclui-se que tratamento dialíticos, dependem de um conjunto de fatores individuais desses pacientes, sendo o transplante a última alternativa.⁴ Próximo do encerramento da pesquisa 42,0% dos pacientes foram a óbito e 7,0 % foram transplantados, sendo que a probabilidade de pacientes com DRC associada a hipertensão e diabetes morram devido a complicações decorrente dessas comorbidades associadas antes de atingirem o estágio final da DRC.⁴

Em estudo realizado em Belo Horizonte com 835 pacientes na fila de espera para transplante renal, elegíveis para o estudo, 190 (cerca de 20%), foram transplantados 130 (15,6%) foram a óbito, 129 (15,4%) foram desligados da lista de espera e 386 (46,2%) pacientes permaneceram na fila até o final da execução do trabalho.⁵ A prevalência do sexo masculino foi de 63,3% para 36,7% de mulheres e a maioria tinha menos de 65 anos (97,2%).⁵

A DRC crônica é um problema de saúde pública pois acomete cada vez mais as pessoas no Brasil e no mundo, associados a doenças cardiovasculares pode ocorrer aumento de internações e conseqüentemente aumento dos gastos socioeconômicos. Somente no Brasil no ano 2011 existiam 91.070 pacientes realizando algum tipo de diálise e estima-se que 50% a 70% dos brasileiros com DRC morrem sem chegar a iniciar algum tipo de tratamento dialítico.⁶

O número de pessoas portadoras de doença renal crônica aumenta gradativamente ano após ano, provocando graves problemas sociais e se tornando um importante problema de saúde pública.⁷ A DRC é geralmente assintomática e, quando descoberta já há um grande prejuízo nos rins.⁷ A relação entre pressão arterial e a doença renal em estágio final é direta e progressiva, bem como fator relevante em seu desfecho clínico.⁷

Um estudo realizado no Brasil mostrou que houve um aumento de 8,5 % de pacientes com doença renal ao ano, o mesmo estudo também revelou que dos 87.044 pacientes submetidos ao tratamento de DRC 89,47% realizava Hemodiálise (HD) e 57,4% era da região sudeste do Brasil.⁸

Há número crescente de pacientes em diálise; no Brasil segundo o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) de 2015, 45,073 mil era o número de pacientes que portadores de DRC.⁹ Sendo a maioria dos pacientes em tratamento pelo Sistema Único de Saúde- SUS(90%), a maioria com a hipertensão arterial como diagnóstico de base, seguido de Diabetes Melitus (DM), a faixa etária predominante presente no último censo era de 45-64 anos (42,20%) e 91,4 % realizava Hemodiálise (HD) como modalidade dialítica sendo que a taxa de mortalidade vem decaindo nos últimos anos devido ao avanço tecnológico e de medicina na área de nefrologia.⁹

Além das modalidades de diálise, existe a possibilidade de transplante renal, esta pode ser realizada considerando vários fatores relacionados ao estado saúde-doença do paciente e suas necessidades, porém na maioria das vezes os pacientes não têm condições de realizar o transplante, pois não cumpre os requisitos para a realização do mesmo.¹⁰

Por ser uma doença assintomática, a manifestação dos sinais e sintomas da DRC acontece muitas vezes quando a doença se encontra muito avançada, com sintomatologia tardia, a DRC muitas vezes já acometeu cerca de 80 % da função renal do indivíduo e já não apresenta possibilidades de reversão, sendo, portanto, iniciado o tratamento substitutivo.¹¹ O paciente com DRC tem sua qualidade de vida comprometida após o início do tratamento.¹¹

O mesmo autor relata a importância do conhecimento de fatores benéficos e prejudiciais durante os tratamentos dialíticos e seus possíveis desfechos, norteará no sentido de que novas estratégias sejam realizadas, como por exemplo, diagnóstico precoce e encaminhamento para o nefrologista em estágios iniciais da doença interferindo diretamente no desfecho do

tratamento. As pessoas dentre outros objetivos ao longo da vida buscam um padrão de qualidade que influenciam no processo saúde-doença e no caso do paciente renal, tratamento e cronicidade da doença dificulta esse ajuste.¹²

A escolha da modalidade da diálise é determinada a partir de fatores como características do paciente, situação clínica, disponibilidade médica, situação demográfica entre outros e pode ser realizada por toda a vida do paciente até que o transplante seja realizado.¹² Esses fatores também têm influência direta e indireta sobre o desfecho do paciente pois por se tratar de uma doença de longa duração, provocando grande impacto na vida do paciente, um fator que interfere muito é a restrição hídrica.¹²

Com o avanço da medicina e tecnologia de ponta na área de nefrologia, ocorre o aumento da expectativa de vida devido à abordagem terapêutica avançada em comparação ao início das terapias de substituição renal.¹³ Porém quando pensamos em doença renal, a qualidade de vida desses pacientes diminui mesmo com os tratamentos avançados.¹³

O paciente em tratamento dialítico se confronta com um misto de emoções durante o início do tratamento. Uma equipe multiprofissional atua de maneira conjunta a fim de promover novas e melhores formas de assistências, mesmo assim durante o tratamento o paciente perde vínculos importantes sobre o controle e autonomia da própria vida.

Muito dessa perda associa-se com os medos e incertezas sobre o futuro diante do início do tratamento e a nova fase da vida, podendo provocar alterações psicológicas irreversíveis, desarmonias e ansiedade. Todo esse processo é muito difícil, dessa forma buscar melhores formas de tratamento e maior conhecimento na área se torna primordial tanto para paciente quando para a equipe assistencial.¹⁴

Desta forma aos objetivos deste estudo foram caracterizar os pacientes quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas em tratamento dialítico a mais de seis meses e identificar os desfechos clínicos desses pacientes após o início do tratamento.

2. MANUSCRITOS

Produção Científica: Os achados dos presentes estudos faziam parte de um projeto mãe e deram origem a dois manuscritos que foram submetidos a publicação em revistas indexadas.

Manuscrito 1:

Pacientes com doenças renais atendidos na emergência de um hospital escola.

Patients with kidney diseases assisted in the emergency unit of a teaching hospital.

Pacientes con enfermedad renal tratados en la emergencia de um hospital escuela.

Periódico: Revista de Enfermagem UEPE- REUOL

Manuscrito 2:

Desfechos clínicos de pacientes com doença renal crônica em tratamento dialítico.

Clinical outcomes of patients with chronic kidney disease under dialysis.

Resultados clínicos en pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis.

Periódico: Revista Brasileira de Enfermagem- REBEN

2.1. MANUSCRITO 1

Pacientes com doenças renais atendidos na emergência de um hospital escola.

Patients with kidney diseases assisted in the emergency unit of a teaching hospital.

Pacientes con enfermedad renal tratados en la emergencia de um hospital escuela.

1. Samaris Cristina Jorge. Enfermeira mestranda em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP. São José do Rio Preto. SP. Brasil. Email: Samaris.enf@hotmail.com;
2. Camilla Christina Rodrigues. Enfermeira mestranda em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP. São José do Rio Preto. SP. Brasil. Email: ca.c.rodrigues@hotmail.com;
3. Leiza Franco Garcia. Enfermeira do Departamento Regional de Medicina de São José do Rio Preto/ FAMERP. São José do Rio Preto/SP. Brasil. Email: leizafranco@hotmail.com;
4. Anaísa dos Santos Silva. Enfermeira (egressa), Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto/FAMERP. São José do Rio Preto, SP, Brasil. E-mail: anaisadossantos@hotmail.com;
5. Rita de Cassia Hellú Mendonça. Enfermeira, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem Geral / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: ricardo.rita@terra.com.br;
6. Enfermeiro (egresso), Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP /FAMERP e Enfermeiro do Pronto Atendimento do Hospital UNIMED, São José do Rio Preto, SP, Brasil. E-mail: rib_renato@hotmail.com.

Autor Responsável pela correspondência

Samaris Cristina Jorge

Rua Ceará, 3758 - Votuporanga/SP, Brasil - CEP 15505-167

2.1.1. RESUMO**RESUMO**

Objetivo: caracterizar os pacientes atendidos no Pronto Atendimento (PA) do Hospital de Base (HB). **Método:** estudo transversal. A amostra foi constituída de 1716 prontuários de pacientes atendidos no PA no período de janeiro de 2009 a maio de 2010. As variáveis quantitativas foram analisadas no Programa Excel (Microsoft), teste qui-quadrado e teste de Kruskal-Wallis, sendo considerado o nível de significância quando $P <$ que 5%. **Resultados:** houve predominância do sexo feminino, brancos, de oito a 11 anos de escolaridade, que trabalham em outras profissões, casados, tendo como patologia renal a cólica nefrítica não especificada e alta médica após consulta e/ou internação. **Conclusão:** pacientes com doenças renais agudas tiveram alta e pacientes com doenças renais crônicas ficaram internados, com associação significativa. **Descritores:** Nefropatias; Emergência; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to characterize the patients that receive care in the Emergency Department (ED) of the Base Hospital (BH). **Method:** cross-sectional study. The sample consisted of 1716 records of patients assisted in the ED from January 2009 to May 2010. Quantitative variables were analyzed in Excel program (Microsoft), using chi-square test and Kruskal-Wallis test, and considering a level of significance when $P <$ 5%. **Results:** there was a predominance of females,

white skinned, with eight to 11 years of schooling, working in other professions, married, with unspecified renal colic as the kidney pathology and discharged after medical consultation and/or hospitalization. **Conclusion:** patients with acute kidney disease were discharged and patients with chronic kidney disease were hospitalized, with a significant association. **Descriptors:** Kidney diseases; Emergency; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar los pacientes atendidos en el Pronto Atendimento (PA) del Hospital de Base (HB). **Método:** estudio transversal. La muestra fue constituida de 1716 prontuarios de pacientes atendidos en el PA en el período de enero de 2009 a mayo de 2010. Las variables cuantitativas fueron analizadas en el Programa Excel (Microsoft), test Qui-cuadrado y test de Kruskal-Wallis, siendo considerado el nivel de significancia cuando $P < 5\%$. **Resultados:** hubo predominancia del sexo femenino, blancos, de ocho a 11 años de escolaridad, que trabajan en otras profesiones, casados, con patología renal la cólica nefrítica no especificada y alta médica después de la consulta y/o internación. **Conclusión:** pacientes con enfermedades renales agudas tuvieron alta y pacientes con enfermedades renales crónicas se quedaron internados, con asociación significativa. **Descriptor:** Enfermedades Renales; Urgencias Médicas; Enfermería.

2.1.2. INTRODUÇÃO

O aumento das doenças crônicas degenerativas, entre a população é um fato conhecido e tem levado a muitas discussões sobre a questão. O cuidado à saúde de pessoas com essas doenças renais é considerado um problema social e econômico em todo o mundo, associada a

inúmeras comorbidades, bem como a altos gastos em saúde pública. Entre essas doenças está a insuficiência renal.¹

A LRA (lesão renal aguda) é uma síndrome caracterizada por perda da função renal e fortemente associada com aumento de morbidade e de mortalidade do paciente.²

Se não tratada a tempo, a LRA, traz sequelas em longo prazo e sua consequência é a Doença Renal Crônica (DRC), sinalizado no cliente através de sinais e sintomas como: arritmia, fraqueza, apatia, náuseas, vômitos, acidose metabólica progressiva, respiração frequente e profunda, edema pulmonar, edema periférico, ascite e até coma. Para manter a homeostasia interna do organismo um tratamento contínuo é usado para substituir a função renal (diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal).³

A DRC apresenta elevada prevalência na população mundial e ao seu impacto na morbimortalidade dos indivíduos acometidos vem causando grandes problemas na saúde pública, devido a crescente epidemia dos fatores de risco cardiovasculares, a doença renal implica em hospitalização frequentes e em elevado custo socioeconômico.⁴

A hemodiálise é a escolha de Terapia de Substituição Renal Contínua (CRRT) mais utilizada (89,4%), até que um transplante renal seja feito, porém a adaptação ou a adesão do cliente, mesmo que não confortável acabam por acontecer devido a necessidade.³

Outra doença renal muito comum nas unidades de emergência é a cólica nefrética, mais comumente ocasionada por calculose de vias urinárias. A cólica renal ocorre geralmente quando há obstrução de algum local do trato urinário pelo cálculo.⁵

A procura por atendimento em serviços de emergência vem aumentando a cada dia. O levantamento de dados é importante para conhecer o perfil dessa população e dos eventos ocorridos de forma a contribuir para um melhor planejamento da assistência.⁶⁻⁷

Desta forma, este estudo tem como objetivos:

- Caracterizar pacientes atendidos no Pronto Atendimento (PA) do Hospital de Base de São José do Rio Preto (HB).
- Identificar as principais causas de admissão por problemas renais.
- Verificar o destino dos pacientes (alta, internação ou óbito).

2.1.3. MÉTODO

Estudo transversal, de análise de prontuário eletrônico, de pacientes atendidos em uma Unidade de Emergência de um Hospital Escola no Município de São José do Rio Preto/SP, que atende pacientes clínicos e cirúrgicos no pronto atendimento - PA.

A amostra foi constituída por todos os pacientes adultos com 18 anos ou mais, atendidos nos períodos de janeiro de 2009 a maio de 2010 por doenças renais. Os parâmetros estudados no prontuário foram dados sociodemográficos, como idade, sexo, cor, como também motivo e tempo de internação, alta e óbito dos pacientes.

Na coleta de dados foi utilizado um banco de dados disponibilizado pela instituição, pelo sistema hospitalar. Para análise estatística das variáveis quantitativas foi empregado o Programa Excel (Microsoft), teste qui-quadrado e teste de Kruskal-Wallis. Foram realizados os cálculos por meio de testes estatísticos específicos, sendo considerado o nível de significância quando $p < 5\%$ e apresentados em tabelas.

O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP de acordo com a Resolução do CNS 196/96 e com o protocolo nº3696/2011, sendo parte do Projeto Mãe “Estudo Epidemiológico dos Pacientes Atendidos na Emergência de um Hospital Escola”.

2.1.4. RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão baseados em uma análise de 1716 prontuários de pacientes atendidos no Pronto Atendimento da Emergência de um Hospital Escola do interior do estado de São Paulo no período de janeiro/2009 a maio de 2010.

Foi possível observar que os pacientes são, em sua maioria, do sexo feminino (54,37%); brancos (88,58%); com 8 a 11 anos de escolaridade (33,37%), seguido de 4 a 7 anos de escolaridade (29,29%); que trabalham em outras profissões (54,08%), seguida de do lar (24,07%); casados (52,91%), seguido de solteiros (28,67%); sendo que a maioria foi atendida por plantonistas (85,55%). Quanto à idade dos participantes, apresentou média de 44,81 anos com desvio padrão de 20,34 anos e mediana de 43,00 anos.

Outras variáveis também foram avaliadas, sendo a maioria dos pacientes atendidos com diagnóstico de cólica nefrética não especificada (23,60%), apresentando tipo de alta normal na consulta (51,63%), com alta médica na internação (89,58%) e 5,94% destes pacientes internados foram a óbito, como podemos observar na Tabela 1.

Tabela 1. Percentuais referentes às variáveis de diagnóstico, tipos de alta, óbito e internação dos pacientes avaliados no estudo, São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2009/2010.

Diagnóstico	1716	%
Calculose do rim e do ureter	310	18,06
Cólica nefrética não especificada	405	23,60
Insuficiência renal crônica	161	9,38
Insuficiência renal crônica não especificada	130	7,58
Nefrite túbulo-intersticial não especificada se aguda ou crônica	367	21,39
Outros	343	19,99
Tipo de Alta na Consulta	1716	%
Alta a pedido	2	0,12
Evasão	13	0,76
Alta normal	886	51,63
Paciente internado	815	47,49

Continuação Tabela 1. Percentuais referentes às variáveis de diagnóstico, tipos de alta, óbito e internação dos pacientes avaliados no estudo, São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2009/2010.

Tipo de alta na internação	1632	100
A pedido	1	0,06
Alta administrativa	1	0,06
Alta médica	1462	89,58
Alta para reinternação	60	3,68
Óbito com necropsia	8	0,49
Óbito IML	1	0,06
Óbito normal	87	5,33
Óbito sem necropsia	1	0,06
Evasão	10	0,62
Transferência para outro hospital	1	0,06

O tempo de internação dos pacientes participantes do estudo apresentou média de 7,16 dias com desvio padrão de 6,44 dias e mediana de 5,00 dias. Foi observada a presença de inúmeros valores discrepantes (*outliers*) superiores que influenciaram o valor da média do tempo de internação. O tempo mínimo de internação verificado foi de 0,00 dias e o máximo de 54,00 dias.

Os resultados da Tabela 2 mostram a existência de associação significativa entre o diagnóstico e o tipo de alta na consulta já que o valor P encontrado foi inferior ao nível de significância adotado ($P < 0,001$). Verificou-se que para os pacientes com calculose do rim e do ureter e para os pacientes com cólica nefrética não especificada houve tipo normal de alta, para os pacientes com os demais diagnósticos tiveram internados. Demonstrando que pacientes com doenças renais agudas foram de alta do tipo normal, enquanto pacientes com doenças renais crônicas ficaram internados.

Tabela 2. Percentuais de associação entre o diagnóstico, alta normal, e paciente internado, São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2009/2010.

Diagnóstico	Tipo de alta consulta*		Total
	Alta Normal	Paciente internado	
Calculose do rim e do ureter	177 (57,28%)	132 (47,72%)	309(18,17%)
Cólica nefrética não especificada	313 (78,25%)	87 (21,75%)	400(23,52%)
Insuficiência renal crônica	56 (35,22%)	103 (64,78%)	159(9,35%)
Insuficiência renal crônica não especificada	44 (33,85%)	86 (66,15%)	130(7,64%)
Nefrite túbulo-intersticial não especificada se aguda ou crônica	160 (43,96%)	204 (56,04%)	364(21,40%)
Outros	136 (40,12%)	203 (59,88%)	339(19,93%)
Total	886 (52,09%)	815 (47,91%)	1701(100%)
Valor P**	<0,001		

*Os tipos "a pedido" e "evasão" foram excluídos da análise por falta de representatividade amostral.

**Valor P referente ao teste qui-quadrado.

Em relação às estatísticas descritivas do tempo de internação em relação ao diagnóstico, nossos resultados mostram a existência de diferenças significativas no tempo de internação quando o diagnóstico dos pacientes é comparado, visto que o valor P encontrado foi inferior a 0,05 ($P=0,001$). Nesse contexto, verificou-se que o tempo de internação dos pacientes com insuficiência renal crônica não especificada e com nefrite túbulo-intersticial não especificada se aguda ou crônica diferiu significativamente do tempo de internação dos outros diagnósticos, sendo esse tempo superior aos demais. Nesse caso, pacientes com esses dois diagnósticos apresentam maior tempo de internação quando comparados aos pacientes que apresentaram os demais diagnósticos (Tabela 3).

Tabela 3. Estatísticas descritivas do tempo de internação em relação ao diagnóstico, São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2009/2010.

Diagnóstico	N	Média (DP)	Mediana	Valor P*
Calculose do rim e do ureter	117	5,19 (3,91)	4,00 ^b	0,001
Cólica nefrética não especificada	84	8,16 (8,65)	5,50 ^b	
Insuficiência renal crônica	98	7,36 (7,27)	5,00 ^b	
Insuficiência renal crônica não especificada	79	8,30 (6,50)	6,00 ^a	
Nefrite túbulo-intersticial não especificada se aguda ou crônica	192	7,85 (6,23)	6,00 ^a	
Outros	187	6,63 (6,01)	5,00 ^b	

*Valor P referente ao teste de Kruskal-Wallis.

2.1.5. DISCUSSÃO

A doença renal pode acometer indivíduos de ambos os sexos, sejam mulheres ou homens e de todas as idades, mas no estudo apresentado, a maioria foi do sexo feminino. Em contrapartida, os resultados em outros estudos realizados no Brasil, onde foi traçado um perfil epidemiológico dos pacientes em tratamento com terapia renal substitutiva, segundo a pesquisa o sexo mais acometido foi do sexo masculino, com idade média de 53 anos, variando entre 45 a 64 anos.³

Em estudo realizado no Brasil, demonstra que indivíduos com DRC apresentaram idade mais elevada que aqueles sem DRC. A média de idade dos pacientes que iniciam tratamento dialítico no Brasil é de apenas 52 anos.⁸

Estudos realizados demonstram que podemos observar o tempo de internação de pacientes com Insuficiência Renal Crônica, como consequência de complicações, dentre elas as mais comuns são doenças cardiovasculares, hipertensão arterial como doença de base, diabetes *mellitus* descompensados, e também pelos tratamentos hemodialíticos.⁹

As principais comorbidades, que acometem os pacientes renais crônicos cabem destacar a hipertensão e a diabetes, além da insuficiência cardíaca. A presença destas doenças pode interferir na qualidade de vida destes pacientes, propiciando a permanência dos mesmos em regime de internação hospitalar, muitas vezes por um longo período.¹⁰

A litíase renal é uma das doenças mais frequentes do sistema geniturinário e que acomete uma parcela significativa da população mundial, principalmente homens entre a terceira e quarta décadas de vida.¹¹ Ela apresenta caráter recidivante. A recidiva dos cálculos ocorra em 50% dos pacientes não tratados entre cinco e dez anos e o tratamento clínico pode reduzir a recorrência pela metade.¹²

A cólica ureteral é tradicionalmente tratada utilizando-se inicialmente antiespasmódicos, como a dipirona e a hioscina, associados ou não aos anti-inflamatórios não hormonais. Analgésicos de ação central, como os opiáceos e seus derivados ficam reservados para casos em que o controle da dor é mais difícil. Após a estabilização da dor muitas vezes o tratamento é ambulatorial.¹²

A frequência dos determinantes mais comuns de causa mortis dos pacientes em hemodiálise são doenças cardiovasculares, infecções, neoplasias e comorbidades como o diabetes *mellitus*. Também influenciam na sobrevida destes pacientes os fatores como sexo, idade, índice de adequação da diálise (Kt/v), hemoglobina (Hb) entre outros. Então o controle destes fatores clínicos com intervenções antecipadas e de forma individualizada pode melhorar o estado de saúde-doença do paciente e, portanto, sua sobrevida.¹³

2.1.6. CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos deste trabalho podemos concluir que pacientes são, em sua maioria, do sexo feminino, brancos, de 8 a 11 anos de escolaridade, que trabalham em outras profissões e casados, o principal diagnóstico foi cólica nefrética não especificada, apresentando tipo de alta normal na consulta, com alta médica na internação e 5,94% destes pacientes internados foram a óbito.

Em nossos resultados, há também uma associação entre o diagnóstico e o tipo de alta consulta, mostrando que pacientes com doenças renais agudas tiveram alta do tipo normal, enquanto pacientes com doenças renais crônicas ficaram internados, demonstrando assim a existência de uma associação significativa entre o diagnóstico e o tipo de alta na consulta.

Nesse contexto, verificou-se que o tempo de internação dos pacientes com insuficiência renal crônica não especificada e com nefrite túbulo-intersticial não especificada se aguda ou crônica diferiu significativamente do tempo de internação dos outros diagnósticos, sendo esse tempo superior aos demais. Nesse caso, pacientes com esses dois diagnósticos apresentam maior tempo de internação quando comparados aos pacientes que apresentaram os demais diagnósticos.

Conhecer as características dos pacientes recepcionados na emergência da instituição, avaliar os principais diagnósticos atendidos e o destino destes pacientes são informações importantes na determinação da conduta inicial do paciente com doença renal. Acreditamos que a adequada avaliação clínica, diagnóstica e terapêutica propicia diminuir os riscos a morbimortalidade destes pacientes.

2.1.7. REFERÊNCIAS

1. Fassbinder TRC, Winkelmann ER, Scheneider J, Wendland J, Oliveira OB. Functional capacity and quality of life in patients with chronic kidney disease in pre-dialytic treatment and on hemodialysis - A cross sectional study. J Bras Nefrol [Internet]. 2015 [cited 2015 Nov 26];37(1):47-54. Available fom: <http://www.jbn.org.br/default.asp?ed=174>
2. Li PKT, Burdmann EA, Mehta RL. Acute Kidney Injury: a global alert. J Bras Nefrol [Internet]. 2013 [cited 2015 Nov 26];35(1):1-5. Available from: <http://www.jbn.org.br/default.asp?ed=148>
3. Medeiro AC, Machado PDLC, Braqueais AR, Lima FET. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. Acta Paulista de Enferm [Internet]. 2010 [cited 2015 Nov 30];23(4):546-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v23n4/16.pdf>
4. Alencar NP, Vieira, GS, Pierin, AM. Prevalence and factors associated with chronic kidney disease among hospitalized patients in a university hospital in the city of São Paulo, SP, Brazil. J Bras Nefrol [Internet]. 2015 [cited 2015 Dec 01];37(1):91-7. Available from: <http://www.jbn.org.br/default.asp?ed=174>
5. Gatti MFZ, Ferraz MB, Leão ER, Bussotti EA, Caliman RAM. Hospital costs of renal colic diagnosis and management in a Brazilian private emergency service. Rev Dor [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 30];14(1):12-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n1/v14n1a04.pdf>
6. Ribeiro RCHM, Rodrigues CC, Canova JCM, Rodrigues CDS, Cesarino CB, Silva Junior OL. Permanência e desfecho do paciente clínico e cirúrgico no serviço de emergência. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 25];7(9):5426-32. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4886/pdf_3388
7. Azevedo DSS, Tibães HBB, Alves AMT. Determinantes da procura direta pela população com acometimentos preveníveis no pronto atendimento. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 25];8(10):3306-13. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4898/pdf_6229
8. Matos JPS, Lugon JR. Time to ascertain the extent of chronic kidney disease in Brazil. J Bras Nefrol [Internet]. 2014 [cited 2015 Dec 15];36(3):267-8. Available from: <http://www.jbn.org.br/default.asp?ed=170>
9. Gonçalves DJS, Alves LG, França AVX, Ferraz BG. Sistematização da assistência de enfermagem para prevenção de insuficiência renal aguda na unidade de terapia intensiva. Saúde Coletiva em debate [Internet]. 2012 [cited 2015 Dec 20];2(1):20-9. Available from: <http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo11.pdf>
10. Oliveira Junior HM, Formiga FFC, Alexandre CS. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em programa crônico de hemodiálise em João Pessoa - PB. J Bras Nefrol [Internet]. 2014

11. [cited 2016 Jan 25];36(3):367-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n3/0101-2800-jbn-36-03-0367.pdf>
12. Gordiano EA, Tondin LM, Miranda RC, Baptista DR, Carvalho M. Avaliação da ingestão alimentar e excreção de metabólitos na nefrolitíase. J Bras Nefrol [Internet]. 2014 [cited 2015 Dec 28];36(4):437-45. Available from: http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1698
13. Mazzucc E, Srougi M. O que há de novo no diagnóstico e tratamento da litíase urinária?. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2010 [cited 2015 Dec 29];55(6):723-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n6/18.pdf>
14. Teixeira FIR, Lopes MLH, Silva GAS, Santos FR. Sobrevida de pacientes em hemodiálise em um hospital universitário. J Bras Nefrol [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 31];37(1):64-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n1/0101-2800-jbn-37-01-0064.pdf>

2.2. MANUSCRITO 2

Desfechos clínicos de pacientes com doença renal crônica em tratamento dialítico.

Clinical outcomes of patients with chronic kidney disease under dialysis.

Los resultados clínicos en pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis.

1. Samaris Cristina Jorge. Enfermeira mestranda em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP. São José do Rio Preto/SP, Brasil. Email: samaris.enf@hotmail.com
2. Rita de Cassia Hellú Mendonça. Enfermeira do Serviço de Nefrologia do Hospital de Base e Doutora da pós-graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP. Brasil. Email: ricardo.rita@terra.com.br
3. Camilla Christina Rodrigues. Enfermeira mestranda em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP. São José do Rio Preto/SP, Brasil. Email: ca.c.rodrigues@hotmail.com
4. Claudia Bernardi Cesarino. Professora Doutora do Depto de Enfermagem Geral da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. FAMERP. São José do Rio Preto/SP. Brasil. Email: claudiacesarino@famerp.com.br
5. Daniela Comelis Bertolin. Professora Doutora da União das Faculdades dos Grandes Lagos, São José do Rio Preto/SP. Brasil.
Email: danielacomelisbertolin@gmail.com
6. Marília Pilotto de Oliveira. Prof^a Dr^a do Departamento Geral e Especializado da Escola Estadual de Ribeirão Preto. Email: mariliapilotto@yahoo.com.br

Autor Responsável pela correspondência

Samaris Cristina Jorge

Rua Ceará, 3758 - Votuporanga/SP, Brasil - CEP 15505-167

2.2.1. RESUMO**RESUMO**

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) é uma das doenças crônicas mais comuns no Brasil e possui um dos tratamentos mais caros do Sistema Único de Saúde (SUS), por ser uma doença silenciosa se torna importante identificar a doença em seu estágio inicial. Conhecer os grupos de risco podem auxiliar na identificação desses pacientes. A Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Melitus (DM) são causas principais da DRC. Atualmente estima-se que aproximadamente 50% a 70% dos brasileiros morrem com DRC sem nenhum tipo de tratamento. No Brasil, 45,073 mil pacientes estão em tratamento de DRC e deste total, 90 % dos pacientes são usuário do SUS. **Objetivo:** Caracterizar os pacientes quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas em tratamento a dialítico a mais de seis meses e identificar o desfecho clínico desses pacientes. **Metodologia:** estudo descritivo de análise de prontuário eletrônico, coorte retrospectivo, quantitativo, de pacientes com DRC em tratamento dialítico no ano de 2015. A análise estatística das variáveis quantitativas foi cálculos por meio de testes estatísticos específicos, sendo considerado o nível de significância quando $p \leq 0,05$. **Resultados:** a maioria dos pacientes eram do sexo masculino (55,79%), casado/união estável (64,56), inativos profissionalmente (87,72%) e usuários do SUS (69,82), tinham HÁ como doença de base (43,49%). O tempo de tratamento médio foi de 3,21 anos, e tempo máximo de 20,3 anos. A modalidade de diálise predominante foi hemodiálise (91,58%). Durante o período do estudo 47 (14,16%) pacientes foram transplantados (14,16%) e 44 (13,37%) tiveram como

desfecho óbito (13,37%). **Conclusão:** A doença renal crônica é um problema de Saúde Pública, sendo assim conhecer as características e o desfecho clínico dos pacientes é relevante para melhor implementação e avaliação da assistência.

Descritores: Doença Renal Crônica, Hemodiálise, Diálise, Doença renal, Unidade Hospitalar de Hemodiálise, Terapia de substituição Renal.

ABSTRACT

Introduction: Chronic Kidney Disease (CKD) is one of the common chronic diseases in Brazil and has one of the most expensive treatments of the SUS, because it is a silent disease that it is important to identify the disease in its initial stage. Risk groups may assist in the identification of these patients. Hypertension (HA) and Diabetes Melitus (DM) are major causes of CKD. Currently it is estimated that approximately 50 to 70% of Brazilians die with CKD without any type of treatment. In Brazil, 45,073 thousand patients are in the treatment of chronic renal disease (CKD) and of this total, 90% of patients are users of the Unified Health System..

Objective: The objectives of this study were to characterize patients regarding sociodemographic and clinical variables in dialysis treatment for more than six months and to identify the clinical outcomes of these patients after starting treatment. **Methodology:** a descriptive study of electronic medical records, a retrospective, quantitative cohort study of patients with CKD in dialysis treatment in the year 2015. The statistical analysis of the quantitative variables was performed by means of specific statistical tests, considering the level of significance when $p \leq 0.05$. **Results:** most were male (55.79%), married / stable union (64.56), professionally inactive (87.72%) and SUS users (69.82), had HA as the underlying disease (43.49%). The mean treatment time was 3.21 years, with a maximum time of 20.3 years. The predominant mode of dialysis was hemodialysis (91.58%). During the study period, 47 patients were transplanted (14.16%) and 44 died (13.37%). **Conclusion:** Chronic kidney

disease is a Public Health problem, knowing the clinical outcome of patients is relevant to better care planning.

Descriptors: Chronic Renal Disease, Hemodialysis, Dialysis, Renal Disease, Hemodialysis Hospital Unit, Renal Replacement Therapy.

RESUMEN

Introducción: la enfermedad renal crónica (ERC) es una de las enfermedades crónicas comunes en Brasil y tiene uno de los tratamientos más caros SUS, siendo una enfermedad silenciosa se vuelve importante para identificar la enfermedad en sus primeras etapas. Grupos de riesgo pueden ayudar a identificar a estos pacientes. Sangre Hipertensa (HA) y la diabetes mellitus (DM) son las principales causas de enfermedad renal crónica. En la actualidad se estima que aproximadamente el 50 y el 70% de los brasileños mueren con ERC sin ningún tratamiento. En Brasil, 45,073 mil pacientes están en tratamiento de enfermedad renal crónica (DRC) y de este total, el 90% de los pacientes son usuarios del Sistema Unico de Salud (SUS). **Objetivo:** Los objetivos de este estudio fueron caracterizar los pacientes y las variables sociodemográficas y clínicas en diálisis durante más de seis meses e identificar los resultados clínicos de estos pacientes después de comenzar el tratamiento. **Metodología:** Estudio descriptivo de análisis de registros médicos electrónicos, de cohorte retrospectivo, cuantitativo, los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis en 2015. El análisis estadístico de las variables cuantitativas era cálculos utilizando pruebas estadísticas específicas, considerado el nivel de significación de $p \leq 0,05$. **Resultados:** la mayoría eran de sexo masculino (55,79%), el matrimonio / en unión libre casada (64,56), profesionalmente inactivos (87,72%) y los usuarios del SUS (69.82) la hipertensión tenido como enfermedad subyacente (43.49%). El tiempo medio de tratamiento fue de 3,21 años y el tiempo máximo de 20,3 años. La forma predominante de la diálisis es la hemodiálisis

(91,58%). Durante el período de estudio de 47 pacientes fueron trasplantados (14,16%) y 44 murieron (13,37%). **Conclusión:** crónica enfermedad renal es un problema de salud pública, sabiendo el resultado clínico de los pacientes es relevante para una mejor planificación de la asistencia.

Palabras clave: Enfermedad renal crónica, hemodiálisis, diálisis, enfermedad renal, Hospital unidad de hemodiálisis, terapia de reemplazo renal.

2.2.2. INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é uma das doenças crônicas mais comuns e possui um dos tratamentos mais caros do Sistema Único de Saúde (SUS), por se tratar de uma doença silenciosa e de alta letalidade, detectar riscos ou a doença em seu estágio inicial é um grande desafio. Sua detecção bem como a Identificação de grupos de risco como indivíduos com hipertensão arterial, diabetes Melitus, história de DRC na família entre outros podem auxiliar muito no diagnóstico da doença e retardo na progressão da DRC.^{1,2}

Essa doença tem entre as causas principais a hipertensão arterial e diabetes. A hipertensão arterial acomete uma parcela significativa da população no Brasil e depende da boa adesão ao tratamento para ser controlada.² Assim, quanto mais rápido o diagnóstico, precocemente este paciente será encaminhado ao nefrologista podendo diminuir o avanço da doença possibilitando melhorar os desfechos (tipo de diálise, transplantes, óbito entre outros) desses pacientes.³

Em pesquisa no Brasil com 90.356 pacientes que estavam em tratamento dialítico, à hipertensão arterial foi à causa predominante para a ocorrência da DRC, sendo que o tratamento dialítico depende de um conjunto de fatores individuais desses pacientes e o transplante a última

alternativa de tratamento definitivo. Desse total de pacientes 42,00% tiveram desfecho óbito e 7,00% foram transplantados.⁴

Em estudo do perfil e desfecho clínico de pacientes na lista de espera por transplante renal, realizado em Belo Horizonte com 835 pacientes observou-se que 63,30% dos pacientes eram do sexo masculino, 97,20% com menos de 65 anos, 20,00% foram transplantados, 15,60% morreram, 15,40% desligados da lista de espera e 46,20% pacientes permaneceram na fila de espera para transplante.⁵

Atualmente estimativas apontam de 50,00% a 70,00% dos brasileiros com DRC morrem sem chegar a iniciar algum tipo de tratamento dialítico.⁶ O número de pessoas portadoras de doença renal crônica aumenta gradativamente ano após ano, associados a doenças cardiovasculares pode ocorrer aumento de internações e conseqüentemente aumento dos gastos socioeconômicos, provocando graves alterações sociais e se tornando um importante problema de saúde pública.⁷ Um estudo realizado no Brasil mostrou que no ano de 2015 haviam 45. 073 milhões de pacientes com doença renal crônica, o mesmo estudo também revelou desse total, 23,11 milhões eram da região sudeste. Ainda segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, a faixa etária predominante presente no último censo era de 45-64 anos (42,20%) e 91,4 % realizava Hemodiálise (HD) como modalidade dialítica.⁸

Há número crescente de pacientes em diálise; segundo o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) de 2015, 45,073 mil era o número de pacientes que portadores de DRC.⁹ Sendo a maioria dos pacientes em tratamento pelo Sistema Único de Saúde- SUS(90%), a maioria com a hipertensão arterial como diagnóstico de base, seguido de Diabetes Melitus (DM), a faixa etária predominante presente no último censo era de 45-64 anos (42,20%) e 91,4 % realizava Hemodiálise (HD) como modalidade dialítica. sendo que a taxa de mortalidade vem decaindo nos últimos anos devido ao avanço tecnológico e de medicina na área de nefrologia.⁹

Além das modalidades de diálise, existe a possibilidade de transplante renal, esta pode ser realizada considerando vários fatores relacionados ao estado saúde-doença do paciente e suas necessidades, porém na maioria das vezes, os pacientes não têm condições de realizar o transplante, pois não cumpre os requisitos para inclusão em lista de espera.¹⁰

A importância do conhecimento de fatores benéficos e prejudiciais durante os tratamentos dialíticos e seus possíveis desfechos, norteará no sentido de que novas estratégias sejam realizadas, como por exemplo, diagnóstico precoce e encaminhamento para o nefrologista em estágios iniciais da doença interferindo diretamente no desfecho do tratamento. As pessoas dentre outros objetivos ao longo da vida buscam um padrão de qualidade que influenciam no processo saúde-doença e no caso do paciente com DRC, tratamento e a cronicidade da doença dificultam esse ajuste.¹¹⁻¹²

Com o avanço da medicina e tecnologia de ponta na área de nefrologia, ocorre o aumento da expectativa de vida devido à abordagem terapêutica avançada em comparação ao início das terapias de substituição renal.¹³ Porém na DRC a qualidade de vida desses pacientes é alterada mesmo com os tratamentos avançados.¹³

Desta forma aos objetivos deste estudo foram caracterizar os pacientes quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas em tratamento dialítico a mais de seis meses e identificar os desfechos clínicos desses pacientes após o início do tratamento.

2.2.3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo realizado por análise de prontuário, estudo quantitativo, coorte retrospectivo e uma pesquisa do tipo descritivo inquérito e documental que caracterizou as variáveis sociodemográficas e clínicas identificando os desfechos clínicos de pacientes com

doença renal crônica em (DRC) que progrediram com tratamento dialítico durante no ano de 2015.

Foram analisados retrospectivamente 285 prontuários dos pacientes com DRC em tratamento dialítico (Hemodiálise, Dialise peritoneal ambulatorial contínua- CAPD e Dialise Peritoneal- DPA) há pelo menos seis meses no setor de nefrologia do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP. Na coleta de dados foi utilizado um instrumento composto por perguntas fechadas, com as seguintes variáveis: idade, sexo, cor, cidade, estado conjugal, doença de base, tipo de tratamento dialítico, tempo de tratamento dialítico, situação de inclusão/exclusão no SPIT (São Paulo Interior Transplantes). Todos esses dados foram extraídos do banco de dados do Setor de Nefrologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto.

Os parâmetros estudados foram: dados demográficos (idade, sexo, cor, situação conjugal, procedência, condição profissional e convênio), doenças de base (divididos em três variáveis: sem doença de base, presença de uma doença de base e presença de duas doenças de base. As doenças de base analisadas foram Hipertensão Arterial (HA), Diabetes Melitus (DM), doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, doença hepática, nefrite intersticial crônica e doença glomerular), tipo de tratamento (CAPD, DP ou Hemodiálise), evolução clínica do paciente (tipo de acesso venoso para diálise, se ativo no São Paulo Interior Transplantes (SPIT), laudo nutricional e uso de noripurum e Sorologia), desfecho clínico (tempo de tratamento em anos, transplantados e óbitos).

Para análise estatística foram realizados os cálculos por meio de testes estatísticos específicos, sendo considerado o nível de significância quando $p \leq 0,05$ e apresentados em formato de figuras ou tabelas. Os testes estatísticos utilizados avaliaram o percentual das variáveis de caracterização amostral, teste associativo para associações entre o tratamento dialítico realizado quando relacionado com algumas variáveis qualitativas julgadas

importantes, teste comparativo, análise univariada: usada quando há inexistência de associações significativas entre algumas variáveis coletadas e teste de correlação de Spearman (teste qui-quadrado a $P < 0,05$, valor de P referente ao teste Kruskal-Wallis, teste de comparação múltipla de Dunn a $P < 0,05$, e coeficiente de correlação de Spearman).

O Presente estudo de CAAE nº 41743315.0.0000.5415 foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP, sob Parecer substancial de nº 978.904.

2.2.4. RESULTADOS

Em 2015 houve 445 pacientes inscritos no serviço de nefrologia do estudo para tratamento dialítico, 40 faziam menos de seis meses de tratamento, sendo excluídos da pesquisa. Dos 405 pacientes identificados, a maioria continuou em tratamento há mais de seis meses 285(70,37%), 47 (11,60%) fizeram o transplante renal, sendo a maioria dos doadores falecidos (93,62%), seguido de doador vivo (6,38%).

Do total destes 405 pacientes que faziam tratamento dialítico 73 (18,03%) morreram no ano de 2015; tendo como causa óbito multivariadas 43 (58,90%) acidente vascular encefálico (AVE), pneumonia (PNM), arritmia, entre outras; choque séptico 21 (28,77%) e infarto agudo do miocárdio 9 (12,33%). Nesta pesquisa analisamos 285 pacientes que progrediram com tratamento dialítico durante o ano da pesquisa permaneceram em tratamento de Hemodiálise-HD 261(91,58%), seguido de CAPD 17(5,96%) e DPA 7 (2,46 %).

Os resultados demonstraram que a maioria era do sexo masculino 159 (55,79%), procedente de outras localidades fora do município de São José do Rio Preto 169 (40,70%), em

condição inativa profissional 250 (87,72%), assistidos pelo SUS 199 (69,82%), com situação conjugal casado ou união estável 184 (64,56%), cor branca 232 (81,40%).

A idade média dos pacientes avaliados foi de 57,71 anos com desvio padrão de 16,77 anos e mediana de 59,00 anos. O coeficiente de variação (CV) dessa distribuição foi de 29,05%. A idade mínima observada foi de 07 e a máxima de 90 anos. Houve presença de um valor discrepante (*outliers*) inferior, ou seja, um paciente que apresentou idade de 07 anos, responsável por influenciar a média da distribuição para um valor inferior em relação à mediana. Os dados da idade não seguiram normalidade.

O tempo de tratamento (em anos) médio foi de 3,64 anos com desvio padrão de 3,21 anos e mediana de 2,79 anos. O coeficiente de variação foi de 88,18%, sendo considerado elevado, mostrando que os dados apresentaram elevada dispersão. O tempo mínimo foi de 0,50 anos e o máximo foi de 20,30 anos. Inúmeros valores discrepantes superiores foram responsáveis por influenciar a média da distribuição dos dados, sendo referentes aos pacientes que apresentaram tempo de tratamento acima de 9,60 anos. Os dados do tempo de tratamento também não seguiram normalidade.

Tabela 1. Percentuais das variáveis clínicas relacionadas a doença renal crônica. São José do Rio Preto/SP,2015.

Diabetes adquirida	N -285	% -100
Não	164	57,54
Sim	121	42,46
Doença de base	N- 285	%- 100
DM/HAS	38	13,33
GNC	31	10,88
GNC/HAS	37	12,98
HAS	124	43,49
HAS/outras	11	3,86
Outras	44	15,44

Os resultados da Tabela 1 mostram que a maioria dos pacientes em tratamento não adquiriu diabetes durante o tratamento realizado (57,54%). A hipertensão arterial sistêmica-HAS apresentou-se como doença de base em (43,49%). Na avaliação realizada pelo nutricionista, a maioria dos pacientes foi classificada como eutróficos (52,63%). Em relação às sorologias, a maioria não apresentou sorologia para hepatite e HIV (95,09%). Quanto ao tipo de acesso para a realização da dialise, a maioria apresentou fístula arteriovenosa (FAV) (63,16%), não utilizou prótese (94,74%), não utilizou cateter DL (98,60%), não utilizou cateter permicath (77,19%) e não utilizou cateter com FAV (93,88%). Os pacientes fizeram uso de noripurum 165, a maioria destes apresentou condição inativa no SPIT (São Paulo Interior Transplantes). O motivo principal de exclusão no SPIT foi às condições clínicas, seguido de idade avançada. Dos ativos no SPIT a maioria (75%) estava aguardando transplante de rim, seguido de retransplante renal.

Tabela 2. Percentuais referentes à relação entre os tipos de tratamento realizado e variáveis sexo, condição profissional, medicações, condição no SPIT consideradas relevantes relativas à DRC. Valor p referente ao teste qui-quadrado a $P < 0,05$. São José do Rio Preto/SP, 2015.

Variáveis	Tipo de tratamento dialítico						Valor p
	CAPD		DPA		HD		
	N	%	N	%	N	%	
Condição profissional							
Ativo	5	29,41	3	42,86	27	10,34	0,003
Inativo	12	70,59	4	57,14	234	89,66	
Uso de noripurum							
Não	5	62,50	3	100	75	31,65	0,008
Sim	3	37,50	0	0,00	162	68,35	
Condição no SPIT							
Ativo	0	0,00	0	0,00	33	12,60	0,179
Inativo	17	100	7	100	228	87,40	
Motivo de inclusão/exclusão no SPIT							
Condições clínicas	10	58,82	5	71,43	81	31,03	0,027
Idade avançada	2	11,76	0	0,00	89	34,10	
Outros	5	29,41	1	14,29	57	21,84	

Os resultados da Tabela 2 indicam a presença de três associações significativas, visto que os valores P encontrados foram inferiores a 0,050. A primeira associação refere-se ao tipo de tratamento e à condição profissional ($P=0,003$), sendo que a maioria dos pacientes que foram tratados com HD ou CAPD são inativas, ao passo que o tratamento com DPA apresentou maior percentual de pacientes ativos em relação aos outros dois tratamentos mencionados. Esse resultado indica que a situação profissional do paciente pode influenciar no tipo de tratamento, sendo possível sugerir que o tratamento do tipo DPA é frequentemente empregado em pacientes ativos.

A segunda associação refere-se ao tipo de tratamento e o uso de noripurum ($P=0,008$), sendo que a maioria dos pacientes em HD fez uso desse medicamento, ao passo que os pacientes em CAPD não fizeram uso desse medicamento de forma frequente e os em DPA não utilizaram esta medicação.

A última associação significativa refere-se ao motivo que explicou a condição do paciente no SPIT ($P=0,027$), sendo que, a maioria dos pacientes tratados com CAPD ou DPA apresentou condições clínicas como motivo de exclusão e a maioria dos pacientes tratados com HD apresentou idade avançada como principal motivo que justificou a condição de exclusão no SPIT. Os resultados ainda sugerem que as demais variáveis avaliadas não mostraram influência significativa no tipo de tratamento realizado, visto que todos os valores P concernentes a tais variáveis foram superiores ao nível de significância adotada para o teste. A Tabela 3 mostra as estatísticas descritivas da idade e do tempo de tratamento dos pacientes avaliados quando comparados ao tipo de tratamento efetuado.

Tabela 3. Estatísticas descritivas da idade e do tempo de tratamentos em relação ao tipo de tratamento dialítico em pacientes renais crônicos. São José do Rio Preto/SP,2015.

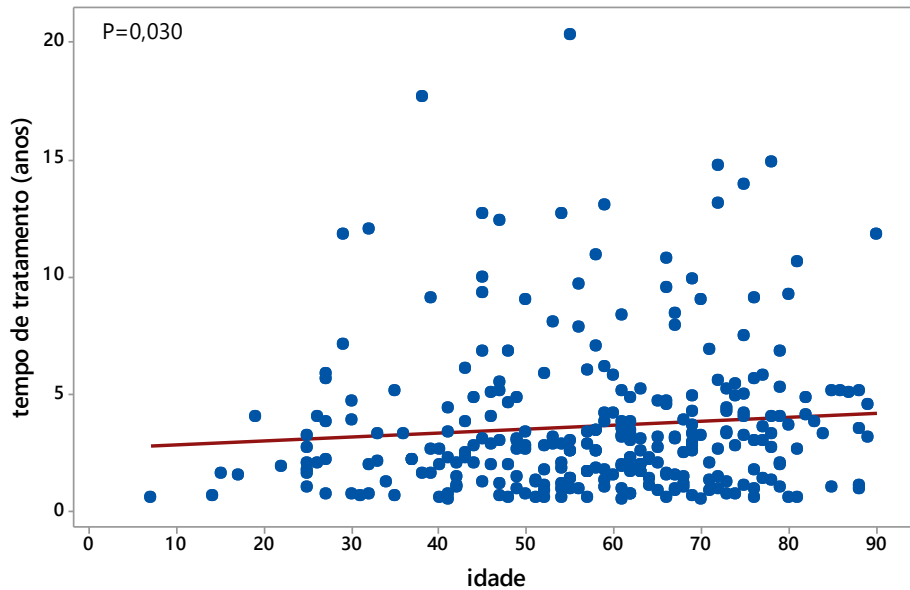
Variável de caracterização	Tipo de tratamento	Média±DP	Mediana (Md) ²	Valor P ¹
Idade	CAPD (n=17)	53,71±12,70	51,00	0,072
	DPA (n=7)	45,71±18,51	53,00	
	HD (N=261)	58,30±16,86	61,00	
Tempo de tratamento (anos)	CAPD (N=17)	1,56±0,84	1,26 b	<0,001
	DPA (N=7)	2,39±3,08	0,93 b	
	HD (N=260)	3,81±3,27	2,97 a	

¹Valor P referente ao teste de Kruskal-Wallis a $P<0,05$. ² Letras diferentes na mesma coluna diferenciam-se significativamente de acordo com o teste de comparação múltipla de Dunn a $P<0,05$.

Os resultados da Tabela 3 sugerem a inexistência de diferenças significativas quando a idade dos pacientes é comparada em relação ao tempo de tratamento dialítico ($P=0,072$). Esse resultado sugere que a idade dos pacientes não é fator preponderante para influenciar no tipo de tratamento aplicado. Em contrapartida, o tipo de tratamento influenciou no tempo de tratamento dialítico ($P<0,001$). Pacientes tratados com HD foram os que apresentaram maior tempo de tratamento, diferenciando-se de forma significativa dos outros pacientes que foram tratados com CAPD e DPA, sendo esses os que apresentaram menor tempo de tratamento.

A correlação entre o tempo de tratamento e a idade dos pacientes avaliados foi significativa ($\rho=0,128$; $P=0,030$), mostrando que quanto maior a idade do paciente, maior será o tempo de tratamento, já que o coeficiente de correlação de Spearman apresentou resultado positivo.

Figura 1. Correlação do tempo de tratamentos em a idade em pacientes renais crônicos.



2.2.5 DISCUSSÃO

A DRC é considerada um problema de saúde pública pois os números de pacientes com DRC vem aumentando ano pós ano. A DRC pode atingir qualquer pessoa em qualquer faixa etária, se caracterizando como uma doença progressiva que pode resultar em falência total dos rins, portanto a detecção precoce dos sinais e sintomas da doença ajuda a retardar essa progressão.¹⁵

O Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia do ano de 2014, mostra que a maioria dos pacientes no estudo foram do sexo feminino 50,60% (1.089 pacientes); brancos 78,90% (1.697)⁹. No presente estudo realizado no Hospital de Base de São José do Rio Preto também há predominância da cor branca com 81,40% (232 pacientes) e o sexo masculino 55,79% (159 pacientes). Em estudo realizado em Recife a maioria era do sexo feminino 51,50%; casados 51.50% e morar com o companheiro parece ser benéfico para os pacientes em tratamento

dialítico, já que muitas vezes necessitam de ajuda nas suas atividades cotidianas, assim como na adesão ao tratamento.¹⁶

No presente estudo maioria dos pacientes recebia um salário mínimo como renda mensal, 2/3 dos pacientes em tratamento em todos os tipos de diálise não retornaram aos seus empregos após o diagnóstico, podendo também contribuir para conflitos na fase de evolução clínica dos pacientes.¹⁶ Dos pacientes em tratamento dialítico do Hospital de Base, 69,82% estavam inativos durante o tratamento, e apenas 12,28% ativos profissionalmente, dentre os ativos no SPIT, todos realizavam Hemodiálise (33 pacientes).

Com todos os avanços tecnológicos, a população no Brasil e no mundo está envelhecendo aumentando expectativa de vida, segundo a Organização Mundial de Saúde, a população idosa é definida a partir dos 60 anos de idade em países em desenvolvimento; acredita-se que o número de idosos aumentará mundialmente, no Brasil poderá chegar até 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais até 2025 se encaixando na posição de 6º País de maior população idosa do Planeta.¹⁷

Décadas atrás, pacientes acima de 60 anos não iniciavam nenhum tratamento de diálise devido à idade avançada, porém com o aumento da expectativa de vida, de pessoas com DRC e do avanço tecnológico, houve uma mudança nos padrões de definições dessa assistência.¹⁷ Nos EUA um a cada quatro paciente que iniciam algum tipo de tratamento dialítico tem mais de 75 anos de idade, na França e no Reino Unido a média dos pacientes em tratamento dialítico é respectivamente de 70,20 e 65 anos.¹⁷ Em concordância com outros pesquisadores a idade média dos pacientes foi acima de 50 anos de idade,^{16,17,18,19} 57 anos no presente estudo, com idade mínima de 7 e máxima de 90 anos.

O aumento da expectativa de vida traz outras características a população, que são as comorbidades associadas. Em relação à DRC há doenças que podem prevalecer para o surgimento da doença renal, e em indivíduos com a DRC já instalada pode surgir outras doenças

como consequência da doença. A Hipertensão arterial- HA e a Diabetes Mellitus- MD são as doenças crônicas não transmissíveis mais comuns associadas a DRC influenciando no aumento da população em tratamento dialítico.^{17,18,19} Em estudo realizado no Hospital Barão de Lucena em Recife (PE) 69,7% dos pacientes apresentavam HA e 27,30% apresentavam diabetes melitus.¹⁶ Todavia no atual estudo, 91% dos tratamentos dialítico realizado era Hemodiálise, e 13,33% dos pacientes tinham como doença de base DM e HA, hipertensão arterial isolada esteve presente como doença de base em 43,51% dos pacientes, e após o início do tratamento um total de 40,88% desenvolveram DM. No Censo de Nefrologia de 2014 também apresenta dados importantes sobre a HA e DM, onde 41,20% (886) dos pacientes tinham HA e 31,1% (670) tinham DM tipo II como doença de base.⁹

Após o início do tratamento, o paciente tem que manter a própria condição física que já é comprometida pela doença, terá que cumprir uma série de atividades, exames e procedimentos para se adaptar a sua nova condição de vida e o próprio tratamento dialítico, quando citamos todos esses fatores a situação de trabalho destes pacientes fica comprometida.¹⁶

No presente estudo 199 (66,56%) utilizavam o Sistema Único de Saúde/ SUS como fonte de atendimento para o tratamento dialítico, sendo que a maioria dos pacientes interromperam sua atividade de trabalho para realizar o tratamento e todas as atividade para a devida manutenção da saúde e controle de doença. De todos os pacientes 250 (87,20%) são inativos quanto a vínculo empregatício e em teste associativo entre os três tipos de diálise e atividade profissional, mostrou um valor significativo $p= 0,003$ revelando que os pacientes estavam inativos profissionalmente realizavam hemodiálise 234 (89,66%), DPA 3 (57,14%) e CAPD 12 (70,59%,) considerando que a maioria dos pacientes ativos e em tratamento dialítico realizavam DPA como tratamento 4 (42,89%).

O tratamento da DRC tem um custo muito alto no Mundo todo, no Brasil os tratamentos de terapias de substituição renal como hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal

chegam a dois bilhões de reais/ano, consumindo mais de 10,00% de todo o orçamento disponibilizado para a Saúde sendo deste total 93,00% desses pacientes usam o SUS e apenas 7,00% utilizam outros planos e financiamentos particulares.¹⁹

Vários fatores estão relacionados a anemia no DRC como, por exemplo: deficiência absoluta de ferro (atinge de 30%-50% dos pacientes), perdas sanguíneas, diminuição de meia-vida de hemácias, entre outros, podendo provocar incapacidade física e mental, influenciar na qualidade de vida e sobrevida do paciente, contribuir para várias complicações como, por exemplo, o agravamento da hipertrofia ventricular esquerda (HVE) e aumenta o risco de acidente vascular cerebral.²⁰ Em estudo em pacientes de hemodiálise mostrou que a queda de apenas 1g/dl de hemoglobina está associada ao aumento da insuficiência cardíaca congestiva (ICC). A anemia é uma complicação comum na DRC e é muito importante a reposição de ferro.²⁰

Neste estudo, 57,89% dos pacientes faziam uso de noripurum. Comparando as três modalidades de hemodiálise e o uso de noripurum, 68,00% dos pacientes de hemodiálise, e 37,50 CAPD, realizavam reposição de ferro, nenhum dos pacientes de DPA realizavam essa reposição. Essa comparação dos tipos de diálise e uso de noripurum mostra um resultado significativo de valor $p=0,008$.

Em 2011, o número de transplantes no Brasil chegou a 11,40 doadores para um milhão de habitantes com mais de 23 mil transplantes. Em relação a fila de espera para algum tipo de transplante houve redução geral de 23,00% e em relação ao transplante renal redução de 14,00%.²¹ Apenas 47,00% dos pacientes em tratamento dialítico no Brasil estão na fila para transplante renal, destes apenas 3 mil conseguem realizar o transplante por ano, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia 2011.²² Neste estudo, 88,42% dos pacientes estavam inativos para o SPIT (São Paulo Interior Transplantes) e 11,58% ativos aguardando o transplante renal. Dentre os motivos de exclusão do SPIT, 33,68% foram excluídos devido à

condição clínica, 31,93% por idade avançada e outros 22,11%. Dos ativos no SPIT, 8,77% aguardavam transplante renal e 3,51% aguardavam por retransplante renal. O número de excluídos são expressivos porque os pacientes com DRC se apresentam em sua maioria com idade avançada e com comorbidades associadas, condições que pioram a avaliação de saúde do paciente, e o mesmo acaba não se classificando como candidato apto para o transplante, relevando o dado relevante no estudo com valor de $p=0,027$ no teste associativo.

Os desfechos estudados foram: Tipo de diálise (Hemodiálise, DPA, CAPD) realizadas no Hospital de Base, realização de transplantados e óbitos. De acordo com um inquérito Brasileiro de diálise crônica realizada no ano de 2014, 90,30% dos pacientes realizavam hemodiálise e 8,60% realizavam diálise peritoneal, dentro dessa categoria, a DPA era a modalidade predominante.²³ No presente estudo, 91,58% dos pacientes realizavam Hemodiálise, 5,96% realizavam CAPD e 2,46% DPA como modalidade dialítica escolhida de acordo com as condições do paciente.

Em pesquisa realizada em um hospital beneficente, revelou que dos nove pacientes transplantados no período de março de 2006 a maio de 2011, 77,70% realizavam hemodiálise e 22,20% diálise antes do transplante renal.²² No presente estudo, dos 285 pacientes em tratamento dialítico, 47 (14,16%) foram transplantados, sendo a principal fonte doadora o banco de órgão (93,62%), seguido da fonte familiares (6,38%). Dados de 2014 mostram que o número de óbitos em pacientes de diálise no Brasil foi de 21.281 pessoas, com taxa de mortalidade de 19%.²³ Corroborando com esses dados, a pesquisa mostrou que 13,37% dos pacientes foram a óbito, dentre as principais causas estão, outros 50,00%; choque séptico 36,36% e infarto agudo do miocárdio com 13,64%.

A respeito do tempo de hemodiálise em estudo em um hospital de Recife a maioria 60,60% realizava o tratamento num período igual ou maior que 12 meses.¹⁶ Outros estudos

mostram que a maioria dos pacientes 54,50% realizavam dialise em média de 1 a 5 anos, 20,90% dos pacientes de 5 a 10 anos e mais de 10 anos o percentual de 7,10%.²⁴

Nesse contexto, diante da análise comparativa das três modalidades de dialise e tempo de tratamento no presente estudo, verificou-se que o tipo de tratamento estava associado ao tempo de tratamento dialítico, relevando que pacientes tratados com HD são os que apresentaram maior tempo de tratamento, sendo importante na sobrevida destes pacientes, diferenciando-se de forma significativa dos outros pacientes que foram tratados com CAPD e DPA. ($P < 0,001$), O tempo médio de tratamento foi de 3,64 anos, o tempo mínimo de 0,50 anos e o máximo foi de 20,30 anos.

De acordo com pesquisador, o tempo de permanência no tratamento dialítico pode variar de um a 28 anos, e para que os pacientes possam entrar na fila de transplantes é primordial reconhecer a DRC precocemente e encaminhá-lo para início da terapia substitutiva o quanto antes. Se não incluso na lista, o mesmo realizará dialise durante toda a vida uma vez que diagnosticado com DRC.²⁵ Neste estudo, o número de pacientes inscritos no SPIT é pequeno, demonstrando que a maioria dos pacientes não inscritos no SPIT e em tratamento da DRC continuará realizando dialise durante anos. Outro resultado observado foi a análise de correlação entre tempo de tratamento e idade do paciente, foi mostrado que quanto maior a idade do paciente, maior o tempo de tratamento ($p=0,03$). Ainda segundo o inquérito de 2014 em todo o Brasil, 32,50% dos pacientes em tratamento dialítico tinham 65 anos ou mais e a maioria eram adultos e idosos de 19 a 64 anos (66,40%).²³

Os dados foram obtidos por meio de registros dos prontuários eletrônicos dos pacientes do setor de nefrologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto. Houve variáveis que não foram encontradas, os dados poderiam ser melhor preenchidos e aproveitados, porém são muitos os profissionais que manipulam o sistema online, podendo ocasionar dados incompletos.

2.2.6 CONCLUSÃO

A modalidade de tratamento mais utilizado no estudo foi à hemodiálise. A maioria dos pacientes estavam inativas profissionalmente devido a todo o processo de tratamento e quanto maior a idade do paciente maior foi o tempo de tratamento. Os principais motivos de exclusão no SPIT foram às condições clínicas e a idade avançada, pois grande parte dos pacientes era idosa. Verificou-se que o tipo de terapia de substituição renal influenciou no tempo de tratamento dialítico, relevando que pacientes tratados com hemodiálise eram os que apresentaram maior tempo de tratamento, sendo importante na sobrevida destes pacientes. O tempo médio de tratamento foi de mais de três anos e máximo de 20 anos.

O aumento da expectativa de vida e as condições de saúde/doença dos pacientes com doença renal crônica e todas as outras doenças crônicas associadas, influenciam no processo de adaptação no tratamento dialítico e seus desfechos. Conhecer estes desfechos e causas possibilita uma maior compreensão a respeito desta temática, nos auxiliando na observação e até determinação de condutas. Mediante os dados apresentados, foram fornecidos subsídios para o aprimoramento da assistência e para o planejamento da política de tratamento dialítico crônico no país.

2.2.7 REFERÊNCIAS

1. Melo AP, Mesquita GV, Monteiro CFS. Diagnóstico precoce da doença renal crônica pela estratégia de saúde da família. *Rev Interdisciplin.* 2013;6(1):124-8.
2. Rezende Neta DS, Brandão DB, Silva KCO, Santos TMMG, Silva GRF. Avaliação renal de Hipertensos pela clearance de creatinina num centro de saúde de Terezinha-PI, Brasil. *Rev Enferm Referência.* 2012;3(6):49-58.
3. Bastos MG, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: a importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturado para melhorar o desfecho em pacientes ainda não submetidos a diálise. *J Bras Nefrol.* 2011;33(1):93-108.
4. Cherchiglia ML, Machado EL, Szuster DAC, Andrade EIG, Acurcio FA, Sesso R, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil. 2000-2004. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(4):639-49.
5. Machado EL, Cherchiglia ML, Acurcio FA. Perfil e desfecho clínico de pacientes na lista de espera por transplante renal. Belo Horizonte (MG, Brasil), 200-2005. *Cienc Saúde Coletiva.* 2011;16(3):1981-92.
6. Pinho NA, Silva GV, Pierin AMG. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário da cidade de São Paulo, SP, Brasil. *J Bras Nefrol.* 2015;37(1):91-7.
7. Saito PK, Yamakawa RH, Borelli SD. Diabete Melitus e Hipertensão Arterial em pacientes renais crônicos em hemodiálise. In: 10º Fórum de Extensão e Cultura da UEM [evento na Internet]; 2012; Maringá, PR. [acesso em 2014 Jul 30]. Disponível em: http://www.dex.uem.br/forum/images/10forum/C_Oral/Saude/
8. Cosson IO, Gomes GM, Gomes AA, Silva KV. Perfil de pacientes em terapia renal substitutiva em uma unidade de nefrologia. *Rev Enferm UFPE.* 2014;8(Supl2):3693-9.
9. Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante – ABCDT [homepage na Internet]. 2015 [acesso em 2016 nov 19]. Censo de Diálise 2015; [aproximadamente 44 telas].
10. Freire XA, Mendonça AEO. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e diálise peritoneal. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2013;15(4):130-6.
11. Melo WF, Bezerra ALD, Souza MNA. Perfil epidemiológico de pacientes com insuficiência renal crônica: um estudo quantitativo. *C&D Rev Eletr Fainor.* 2014;7(2):142-56.

12. Szuster DAC, Caiaffa WT, Andrade EIG, Acurcio FA, Cherchiglia ML. Sobrevida de pacientes em diálise no SUS no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(3):415-24.
13. Guedes DG, Guedes HM. Qualidade de vida do paciente portador de insuficiência renal crônica. *Rev Ciência Saúde*. 2012;5(1):48-53.
14. Rudnicki T. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de Hemodiálise. *Contextos Clínicos*. 2014;7(1):105-16.
15. Dultra MC, Uliano EJM, Machado DFGP, Trevisol FS, Trevisol DJ. Avaliação da função renal em idoso: um estudo de base populacional. *J Bras Nefrol*. 2014;36(3):297-303.
16. Frazão CMFQ, Ramos VP, Lira ALBC. Qualidade de vida de pacientes submetidos a Hemodiálise. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(4):577-82.
17. Franco MRG, Fernandes NMS. Diálise no paciente idoso: um desafio do século XXI-revisão narrativa. *J Bras Nefrol*. 2013;35(2):132-41.
18. Sarafidis PA, Ruilope LM. Blood pressure targets for patients with chronic kidney disease. *European Society of Hypertension Scientific Newsletter: Update on Hypertension Management*. 2013;14(55):1-2.
19. Almeida MIC, Cardoso MS, Garcia CPC, Oliveira JRF, Gomes MLF. Perfil dos pacientes renais crônicos de um hospital público da Bahia. *Rev Enferm Contemp*. 2013;2(1):157-68.
20. Abensur H. Deficiência de ferro na doença renal crônica. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2010;32(Supl2):84-8.
21. Ferraz AS, Santos LG, Roza BA, Schirmer J, Knihns NS, Erbs JL. Revisão Integrativa: indicadores de resultados de doação de órgãos e transplantes. *J Bras Nefrol*. 2013;35(3):220-8.
22. Ionta MR, Silveira JM, Carvalho RDG, Silva SCC, Souza ACP, Magno IMN. Análise do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes que realizavam transplante renal em hospital beneficente. *Rev Paraense Med*. 2013;27(4):74-8.
23. Sesso RC, Lopes AA, Thome FS, Lugon JR, Martins CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014. *J Bras Nefrol*. 2016;38(1):54-61.
24. Mosch C, Thomé EGR, Farias D, Hirakata V, Thomé FS, Barros E. Avaliação de indicadores assistenciais de pacientes em hemodiálise no Sul do Brasil. *J Bras Nefrol*. 2008;30(2):120-5.
25. Torres GV, Mendonça AEOM, Amorim IG, Oliveira ICMO, Dantas RAN, Freire ILS. Perfil de pacientes em lista de espera para transplante renal. *Rev Enferm UFSM*. 2013;3(Esp):700-8.

3. CONCLUSÕES

O aumento da expectativa de vida, ocorre também o aumento do número de portadores de doenças crônicas pelo mundo todo. Dentre essas doenças a doença renal crônica é uma das doenças que mais acomete essa população. Hoje a DRC tem como principais causadores a Hipertensão Arterial e a Diabetes Melitus, ambas também acometem grande parte da população brasileira e mundial. O diagnóstico precoce é a melhor maneira de alcançar um maior número de pessoas antes que a doença avance. Pessoas com comorbidades associadas, o número de pessoas que morrem sem mesmo iniciarem o tratamento de DRC é grande, mostrando a importância do diagnóstico precoce.

Entre as possibilidades de terapia de substituição renal, há a hemodiálise que é usada para maioria dos pacientes, dialise peritoneal, e CAPD, essas três opções prolongam a sobrevivência desses doentes crônicos, havendo também a possibilidade de transplante renal. Para que o transplante renal seja realizado o paciente tem que ter condições para o transplante. Para estabelecer esse critério existe a lista do SPIT, onde a maioria dos pacientes não estão nessa lista porque a condição da doença já está avançada.

A terapia de substituição renal se tornou um grande e importante recurso para o Sistema de Saúde no Brasil e no mundo, porém sem a detecção precoce os pacientes que iniciam o tratamento já se encontram com doença renal avançada e muitas vezes impossibilitados de realizar os transplantes. Quanto maior a idade do paciente maior o tempo de tratamento segundo dados desse estudo. O tempo médio de tratamento foram três anos e máximo de 20 anos.

O aumento da expectativa de vida e as condições de saúde/doença dos pacientes com doença renal crônica e todas as outras doenças crônicas que podem estar associadas, influenciam de maneira importante no tratamento dialítico e seus desfechos. Conhecer estes desfechos e causas possibilita uma maior compreensão a respeito desta temática, nos auxiliando

na observação e até determinação de condutas. Mediante os dados apresentados, foram fornecidos subsídios para o aprimoramento da assistência e para o planejamento da política de tratamento dialítico crônico no país. Como a principal limitação do estudo destaca-se a coleta de dados em prontuário eletrônico, que não permite ao pesquisador controlar possíveis erros decorrentes de digitação e registro, muitas vezes incompletos.

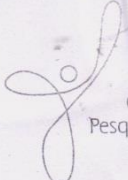
4. REFERÊNCIAS

1. Melo AP, Mesquita GV, Monteiro CFS. Diagnóstico precoce da doença renal crônica pela estratégia de saúde da família. *Rev Interdisciplin.* 2013;6(1):124-8.
2. Rezende Neta DS, Brandão DB, Silva KCO, Santos TMMG, Silva GRF. Avaliação renal de Hipertensos pela clearance de creatinina num centro de saúde de Terezinha-PI, Brasil. *Rev Enferm Referência.* 2012;3(6):49-58.
3. Bastos MG, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: a importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturado para melhorar o desfecho em pacientes ainda não submetidos a diálise. *J Bras Nefrol.* 2011;33(1):93-108.
4. Cherchiglia ML, Machado EL, Szuster DAC, Andrade EIG, Acurcio FA, Sesso R, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil. 2000-2004. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(4):639-49.
5. Machado EL, Cherchiglia ML, Acurcio FA. Perfil e desfecho clínico de pacientes na lista de espera por transplante renal. Belo Horizonte (MG, Brasil), 200-2005. *Cienc Saúde Coletiva.* 2011;16(3):1981-92.
6. Pinho NA, Silva GV, Pierin AMG. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário da cidade de São Paulo, SP, Brasil. *J Bras Nefrol.* 2015;37(1):91-7.
7. Saito PK, Yamakawa RH, Borelli SD. Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial em pacientes renais crônicos em hemodiálise. In: 10º Fórum de Extensão e Cultura da UEM [evento na Internet]; 2012; Maringá, PR. [acesso em 2014 Jul 30]. Disponível em: http://www.dex.uem.br/forum/images/10forum/C_Oral/Saude/
8. Cosson IO, Gomes GM, Gomes AA, Silva KV. Perfil de pacientes em terapia renal substitutiva em uma unidade de nefrologia. *Rev Enferm UFPE.* 2014;8(Supl2):3693-9.
9. Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante – ABCDT [homepage na Internet]. 2015 [acesso em 2016 nov 19]. Censo de Diálise 2015; [aproximadamente 44 telas].
10. Freire XA, Mendonça AEO. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e diálise peritoneal. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2013;15(4):130-6.
11. Melo WF, Bezerra ALD, Souza MNA. Perfil epidemiológico de pacientes com insuficiência renal crônica: um estudo quantitativo. *C&D Rev Eletr Fainor.* 2014;7(2):142-56.
12. Szuster DAC, Caiaffa WT, Andrade EIG, Acurcio FA, Cherchiglia ML. Sobrevida de pacientes em diálise no SUS no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(3):415-24.

13. Guedes DG, Guedes HM. Qualidade de vida do paciente portador de insuficiência renal crônica. *Rev Ciência Saúde*. 2012;5(1):48-53.
14. Rudnicki T. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de Hemodiálise. *Contextos Clínicos*. 2014;7(1):105-16.

5. ANEXOS

5.1. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

 Comitê de Ética em
Pesquisa em Seres Humanos
CEP/FAMERP

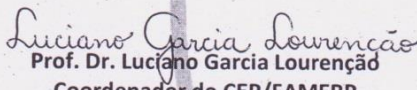
Parecer n.º 978,904

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa CAAE 41743315.0.0000.5415 sob a responsabilidade de **Samaris Cristina Jorge** com o título "Avaliação da Expectativa de Vida em Pacientes submetidos à diálise e hemodiálise Unidade de Tratamento Dialítico do Hospital de Base" está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi **aprovado por esse CEP.**

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 10 de março de 2015.


Prof. Dr. Luciano Garcia Lourenção
Coordenador do CEP/FAMERP

17 3201 5813
cepfamerp@famerp.br
Av. Brigadeiro Faria Lima 5416 | Vila São Pedro


5.2. PÁGINA DE MANUSCRITO 1 PUBLICADO:

ISSN: 1981-8963

DOI: 10.5205/reuol.9667-87805-1-ED1010201612

Jorge SC, Rodrigues CC, Garcia LF et al.

Pacientes com doenças renais atendidos na emergência...



ARTIGO ORIGINAL

PACIENTES COM DOENÇAS RENAIS ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL ESCOLA
PATIENTS WITH KIDNEY DISEASES ASSISTED IN THE EMERGENCY UNIT OF A TEACHING HOSPITAL
PACIENTES CON ENFERMEDADES RENALES ATENDIDOS EN LA EMERGENCIA DE UN HOSPITAL ESCUELA

Samaris Cristina Jorge¹, Camilla Christina Rodrigues², Leiza Franco Garcia³, Anaisa dos Santos Silva⁴, Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro⁵, Renato Mendonça Ribeiro⁶

5.3. MANUSCRITO 2 SUBMETIDO EM 28/12/2016



Desfechos clínicos de pacientes com doença renal crônica em tratamento dialítico

Journal:	<i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Research
Key Keywords in English (3 words from DECS AND 3 from MESH):	Chronic Kidney Disease, Hemodialysis, Dialysis, Renal Insufficiency, Chronic, Renal Dialysis, Hemodialysis Units, Hospital