

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES NEFROPATAS E AS DIFICULDADES NO ACESSO AO TRATAMENTO

Epidemiological profile of patients with nephropathy and the difficulties in access to treatment

Perfil epidemiológico de los pacientes con enfermedad de riñones y las dificultades de acceso al tratamiento

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico de pacientes submetidos ao tratamento de terapia renal substitutiva na modalidade hemodiálise, além de verificar as dificuldades na sua realização. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, realizado em Itapipoca-CE, com 35 pacientes portadores de insuficiência renal crônica (IRC). Os dados gerais foram analisados de forma descritiva usando as frequências absolutas e percentuais. **Resultados:** O perfil epidemiológico aponta uma maior frequência de pacientes: do sexo masculino (19 - 54,3%), com idade entre 31 e 60 anos (24 - 68,6%), baixa escolaridade (29 - 82,8%), renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (25 - 71,4%), morando em casa de alvenaria (30 - 85,7%) e dispo de água tratada em seus domicílios (17 - 48,6%). Os principais sinais e sintomas que levaram à busca da consulta médica foram: fraqueza geral (21 - 60%), náuseas (19 - 54,3%), edema (18 - 51,4%) e falta de apetite (14 - 40%). Os fatores mais frequentemente apontados pelos pacientes como prováveis causas da IRC englobavam: associação de hipertensão arterial (HAS) com diabetes mellitus (11 - 31,4%); HAS (9 - 25,7%); e glomerulonefrites (5 - 14,3%). A maioria dos pacientes relatou dificuldade para obter consulta médica (25 - 71,4%) e marcar/receber exames (20 - 57,1%). **Conclusão:** O perfil epidemiológico dos pacientes estudados é marcado por um baixo nível socioeconômico. Como agravante dessa situação, verificou-se a dificuldade de obterem consultas médicas, marcarem e realizarem exames diagnósticos, criando prejuízos para a realização do tratamento.

Descritores: Perfil de Saúde; Insuficiência Renal Crônica; Diálise Renal.

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological profile of patients undergoing treatment for renal replacement therapy in dialysis modality, and to identify the difficulties in its realization. **Methods:** This is a cross-sectional study conducted in Itapipoca-CE, comprising 35 patients with chronic renal failure (CRF). The general data was analyzed descriptively using absolute and percentage frequencies. **Results:** The epidemiological profile of patients shows a higher frequency of: males (19 - 54.3%) aged between 31 and 60 (24 - 68.6%), low education (29 - 82.8%), family incomes of 1 to 2 minimum wages (25 - 71.4%), living in houses of masonry (30 - 85.7%) with treated water provided in their homes (17 - 48.6%). The main signs and symptoms that led to seeking medical consultation were: general weakness (21 - 60.0%), nausea (19 - 54.3%), edema (18 - 51.4%) and lack of appetite (14 - 40.0%). The features most frequently mentioned by the patients as probable causes to CRF were: association of hypertension with diabetes mellitus (11 - 31.4%), hypertension (9 - 25.7%) and glomerulonephritis (5 - 14.3%). Most patients reported difficulty in obtaining medical appointment (25 - 71.4%) and scheduling/receiving exams (20 - 57.1%). **Conclusion:** The epidemiological profile of patients studied is marked by a low socioeconomic status. As aggravating factors to this situation, there was the difficulty in getting appointments, scheduling and performing diagnostic tests, which undermines the treatment.

Descriptors: Health Profile; Renal Insufficiency; Chronic; Renal Dialysis.

Rafaella Maria Monteiro Sampaio⁽¹⁾
Márcia Oliveira Coelho⁽²⁾
Francisco José Maia Pinto⁽¹⁾
Emanuelly Pontes Rios Osteme⁽¹⁾

- 1) Universidade Estadual do Ceará - UECE
- Fortaleza (CE) - Brasil
- 2) Prefeitura Municipal de Fortaleza - PMF
- Fortaleza (CE) - Brasil

Recebido em: 26/09/2011
Revisado em: 11/11/2011
Aceito em: 21/11/2011

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil epidemiológico de los pacientes sometidos a la terapia renal de sustitución en la modalidad hemodiálisis, además de verificar las dificultades para su realización. **Métodos:** Se trata de un estudio trasversal, realizado en Itapipoca-CE, con 35 pacientes portadores de insuficiencia renal crónica (IRC). Los datos generales fueron analizados de manera descriptiva utilizándose de las frecuencias absolutas y los porcentajes. **Resultados:** El perfil epidemiológico señala una mayor frecuencia de pacientes: del sexo masculino (19 - 54,3%), con edad de 31 a 60 años (24 - 68,6%), bajo nivel de escolaridad (29 - 82,8%), ingreso familiar de 1 a 2 sueldos mínimos (25 - 71,4%), viviendo en casa de albañilería (30 - 85,7%) y teniendo agua tratada en sus domicilios (17 - 48,6%). Los principales signos y síntomas para que los pacientes buscaran una consulta médica fueron: debilidad general (21 - 60%), mareos (19 - 54,3%), edema (18 - 51,4%) y la ausencia de apetito (14 - 40%). Los factores más frecuentemente apuntados por los pacientes como causas probables de la IRC incluyeron: la asociación de hipertensión arterial sistémica (HAS) con diabetes mellitus (11 - 31,4%); HAS (9 - 25,7%); y glomerulonefritis (5 - 14,3%). La mayoría de los pacientes relataron la dificultad en conseguir una consulta médica (25 - 71,4%) y hacer/recibir pruebas (20 - 57,1%). **Conclusión:** El perfil epidemiológico de los pacientes investigados está marcado por el bajo nivel socioeconómico. Para agravar la situación, se verificó la dificultad de obtención de citas médicas, marcación y realización de pruebas diagnósticas, generando perjuicio para la realización del tratamiento.

Descriptores: Perfil de Salud; Insuficiencia Renal Crónica; Diálisis Renal.

INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, houve também um crescimento da incidência de doenças crônicas degenerativas. Segundo dados do Ministério da Saúde⁽¹⁾, para a mortalidade proporcional dos óbitos informados entre os anos de 1990 a 2007, observa-se acentuada transformação no perfil de mortalidade da população brasileira. Nesse período, enquanto as mortes por doenças infecciosas e parasitárias não ultrapassaram 7,3%, as mortes relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) variaram de 34,3% a 30%.

Dentre essas doenças, a insuficiência renal crônica (IRC) necessita de uma maior atenção das autoridades de saúde, principalmente, devido à sua crescente prevalência nas faixas etárias mais elevadas. A prevalência aumenta com a idade, atingindo, na população idosa (60 anos ou mais de idade), valores 10 vezes maiores que no grupo etário de menores de 30 anos de idade. Além disso, trata-se de uma doença insidiosa, que causa sinais e sintomas apenas

nos estágios finais de sua evolução. Logo, sua detecção demanda conhecimento técnico, acesso a exames e atenção redobrada dos profissionais de saúde^(1,2).

O número de pacientes portadores de IRC tem crescido anualmente. Segundo uma pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, havia, em 2008, 87.044 pacientes com IRC em tratamento hemodialítico no Brasil, dos quais mais da metade (57,4%) se encontrava na região Sudeste, e 19,1%, na região Nordeste⁽³⁾.

A dificuldade em reconhecer os primeiros sinais da IRC vem ocasionando o diagnóstico tardio e a consequente dificuldade de tratamento. A melhora das ações no tratamento da IRC envolve diagnóstico e tratamento precoces, encaminhamento para cuidados especializados, implementação das medidas de controle do avanço da doença, identificação e correção das complicações e comorbidades mais comuns, bem como educação e preparo para a terapia renal substitutiva na modalidade hemodiálise⁽⁴⁾.

Os pacientes que chegam aos serviços especializados em nefrologia apresentam, principalmente, uremia e anemia profunda. Tais fatos são indicativos de que a patologia foi descoberta tardiamente, apenas quando a condição de nefropata se torna muito evidente. Essas alterações urêmicas pioram o estado geral do doente e demandam uma assistência mais invasiva, elevando os custos do tratamento⁽⁴⁾.

Com a progressão da disfunção renal, os sintomas se tornam mais incisivos. Ocorre grande acúmulo de ureia, anemia progressiva, acidose metabólica e distúrbios nas concentrações de sódio, potássio, cálcio e fósforo⁽⁵⁾. O acúmulo de água se instala progressivamente, podendo causar edema grave, aumento da pressão arterial e insuficiência cardíaca congestiva em pacientes predispostos. Esses sintomas assumem um caráter mais grave se houver uma elevação significativa de sódio plasmático, resultado da dieta rica em sal de cozinha⁽⁶⁾.

A hipercalcemia, ou seja, o acúmulo de cálcio no sangue do nefropata, pode provocar anorexia, náuseas, vômitos, dor abdominal e constipação. Em concentrações mais elevadas, o que reflete maior comprometimento renal, a hipercalcemia causa alterações de personalidade, apatia, sonolência e confusão mental⁽⁵⁾.

Nesse sentido, a evolução do processo de saúde do doente renal depende da agilidade para fechar o diagnóstico, das condições clínicas do doente relacionadas às patologias associadas, e da conduta dos prestadores assistenciais. Assim, o prognóstico favorável do paciente depende da eficácia do tratamento que lhe foi conduzido. Exames preventivos para detecção precoce da IRC nos grupos de

risco, associados à melhora estrutural, tecnológica e dos recursos humanos nos serviços especializados refletem em uma menor morbidade e mortalidade por causa da doença⁽⁷⁾.

Diante do exposto, ressalta-se a necessidade de determinar o perfil epidemiológico do paciente como uma importante estratégia para se conhecer a realidade em que ele está inserido e o tratamento oferecido. Devido a isso, questiona-se: qual o perfil social-demográfico e as dificuldades de acesso dos pacientes ao tratamento de terapia renal substitutiva na modalidade hemodiálise?

Com isso, espera-se que este trabalho venha a contribuir com o crescimento e desenvolvimento desse serviço de atenção ao portador de IRC do município de Itapipoca-CE, e que os resultados obtidos possam ser avaliados para futuras intervenções e ações mais específicas e adequadas de atenção à saúde.

Assim, o objetivo do estudo foi descrever o perfil epidemiológico de pacientes residentes no município de Itapipoca-CE que são submetidos à terapia renal substitutiva na modalidade hemodiálise, além de verificar as principais dificuldades do doente renal crônico para a realização do tratamento.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal, realizado no período de janeiro a fevereiro de 2010 em uma unidade de saúde secundária denominada Centro de Referência em Atendimento Básico (CRAB), situada no centro do município de Itapipoca-CE.

No CRAB, existe o atendimento das seguintes especialidades médicas: pediatria, obstetrícia, ginecologia, traumatologia e psiquiatria, além de atendimento médico generalista e de enfermagem. Esta unidade tem a função de receber os pacientes referenciados pelas unidades básicas de saúde da sede e dos distritos, encaminhando os casos mais complexos ao Hospital Municipal de Itapipoca-CE.

A população do estudo foi composta por todos os 37 pacientes residentes no município de Itapipoca que eram portadores de insuficiência renal crônica e realizavam terapia renal substitutiva na modalidade de hemodiálise. A amostra estudada contemplou 35 pacientes, pois, durante as entrevistas, dois se negaram a participar da pesquisa, apesar de todas as garantias de privacidade e explicações sobre a importância do estudo para o município.

Adotaram-se como critérios de inclusão os pacientes portadores de IRC que eram usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), estavam sendo submetidos à terapia renal substitutiva na modalidade hemodiálise, eram residentes no município de Itapipoca-CE e aceitaram participar da pesquisa. Adotou-se como critérios de exclusão: pacientes não residentes no município de Itapipoca, mas que são referenciados ao município; os que não estavam sendo submetidos à terapia renal substitutiva na modalidade hemodiálise; e os doentes graves que se encontravam hospitalizados. Os próprios pesquisadores realizaram a coleta de dados, por meio de uma entrevista estruturada. Como instrumento para a coleta utilizou-se um formulário estruturado abordando as seguintes variáveis: faixa etária; sexo; escolaridade; renda familiar; tipo de residência; origem da água utilizada na residência; sinais e sintomas iniciais da IRC; causas prováveis da IRC; acesso ao serviço de saúde; local de atendimento inicial; dificuldade para obter consultas e marcar exames; número de consultas médicas realizadas por ano; realização de exames e tipo de unidade de saúde que diagnosticou a IRC.

Os resultados foram consolidados e apresentados por meio de tabelas. Utilizou-se a técnica de análise estatística descritiva, com base na exploração dos dados referentes às frequências absolutas e percentuais, e os resultados obtidos interpretados à luz da literatura pertinente.

Os aspectos éticos e legais foram respeitados, sendo assegurados aos entrevistados o anonimato e a livre escolha de decisão na participação da pesquisa. Obedecendo a Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sendo aprovado sob o Parecer nº 290281.

RESULTADOS

O estudo teve a participação de 35 pacientes, de um total de 37 elegíveis, sendo 19 (54,3%) do sexo masculino. Mais da metade (24 - 68,6%) tinha entre 31 e 60 anos. Observou-se que a maior parte (27 - 77,1%) possuía apenas o ensino fundamental; 25 (71,4%) recebiam renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos; 30 (85,7%) moravam em casa de alvenaria e 17 (48,5%) dispunham de água tratada em seus domicílios (Tabela I).

Tabela I - Distribuição dos pacientes segundo os dados socioeconômicos e demográficos. Itapipoca-CE, 2010. (n=35)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	19	54,3
Feminino	16	45,7
Idade (anos)		
De 20 a 30 anos	3	8,6
De 31 a 60 anos	24	68,6
Acima de 60 anos	8	22,8
Escolaridade		
Analfabeto	2	5,7
Ensino Fundamental	27	77,1
Ensino Médio	5	14,3
Ensino Superior	1	2,9
Renda (salário mínimo)		
1 a 2 SM	25	71,4
3 a 4 SM	9	25,7
Mais de 5 SM	1	2,9
Tipo de Residência		
Alvenaria	30	85,7
Taipa	5	14,3
Origem da água		
Água tratada	17	48,6
Água não tratada	12	34,3
Água mineral	6	17,1

Observou-se também que os principais sinais e sintomas iniciais da IRC que levaram os pacientes a buscarem a consulta médica foram: fraqueza geral (21 - 60%), náuseas (19 - 54,3%) e edema (18 - 51,4%) (Tabela II). As principais causas prováveis da IRC foram: associação de hipertensão arterial com diabetes mellitus (11 - 31,4%); hipertensão arterial (9 - 25,7%); diabetes (5 - 14,3%); e glomerulonefrites (5 - 14,3%) (Tabela III).

A maior parte dos pacientes (27 - 77,1%) realizou atendimento inicial através da Estratégia Saúde da Família (ESF). Por outro lado, também pode ser observado que 71,4% (25) e 57,1% (20) encontraram dificuldades para obter consulta médica e marcar/receber exames, respectivamente. Além disso, encontrou-se um percentual de 62,9% (22) que informou não ter realizado exames de diagnóstico para a doença renal. Porém, 42,8% (15) afirmaram ter recebido mais de 4 consultas médicas por ano.

Tabela II - Distribuição dos pacientes segundo os sinais e sintomas iniciais da IRC que induziram à consulta médica. Itapipoca-CE, 2010. (n=35)

Principais sinais e sintomas (cada paciente citou um ou mais sinais e sintomas)	n	%
Fraqueza geral	21	60,0
Náuseas	19	54,3
Edema	18	51,4
Falta de apetite	14	40,0
Vômitos	11	31,4
Alteração no sabor dos alimentos	10	28,6
Anemia	9	25,7
Dor lombar	6	17,1
Hálito urêmico	2	5,7
Alterações na pigmentação da pele	2	5,7
Dor urinária	2	5,7

Tabela III - Distribuição dos pacientes segundo as causas prováveis da IRC. Itapipoca-CE, 2010. (n=35)

Causas Prováveis da IRC	n	%
DM* + HAS**	11	31,4
HAS	9	25,7
Glomerulonefrite	5	14,3
Causas desconhecidas	6	17,1
Outras patologias	4	11,5
Total	35	100

*DM: Diabetes Mellitus **HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

Tabela IV - Distribuição dos pacientes segundo variáveis relacionadas ao acesso ao serviço de saúde. Itapipoca-CE, 2010. (n=35)

Variáveis	n	%
Atendimento inicial no PSF*		
Sim	27	77,1
Não	8	22,8
Dificuldade para obter consulta médica		
Sim	25	71,4
Não	10	28,6
Nº de consultas médicas por ano		
De 1 a 2 consultas	10	28,6
De 3 a 4 consultas	10	28,6
Mais de 4 consultas	15	42,8
Dificuldade para marcar/receber exames		
Sim	20	57,1
Não	15	42,9
Realização de exames diagnósticos		
Sim	13	37,1
Não	22	62,9
Unidade de saúde que diagnosticou a IRC		
Posto de saúde local	5	14,3
Hospital Municipal de Itapipoca	19	54,3
Clínicas particulares de Itapipoca	2	5,7
Clínicas particulares de Fortaleza	9	25,7

*PSF: Programa de Saúde da Família

Em relação à unidade de saúde que realizou o diagnóstico da IRC, apenas 5 (14,3%) pacientes foram diagnosticados na Unidade Básica de Saúde (UBS). Quase metade (19 - 54,3%) foi diagnosticada no Hospital Municipal de Itapipoca. Chama atenção a quantidade de pacientes que receberam o diagnóstico da IRC em clínicas e hospitais de nível secundário situados em Fortaleza: 9 (25,7%) (Tabela IV).

DISCUSSÃO

A insuficiência renal crônica, hoje em dia, é considerada um problema de saúde pública mundial. No Brasil, a incidência e a prevalência de falência da função dos rins estão aumentando. O prognóstico ainda é ruim e os custos do tratamento são altíssimos. O número projetado atualmente para pacientes em tratamento dialítico e com transplante renal no Brasil está próximo dos 120.000, a um custo de 1,4 bilhão de reais⁽⁷⁾.

Diante disso, é de extrema importância o conhecimento do perfil epidemiológico desses pacientes, a fim de se fornecer subsídios para auxiliar no direcionamento do tratamento.

No estudo realizado sobre os perfis epidemiológico e clínico de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, encontrou-se uma distribuição etária bastante semelhante aos achados da presente pesquisa, com predomínio de adultos na faixa etária de 45 a 64 anos⁽⁸⁾. A incidência de pacientes nefropatas nessa faixa etária ocorre devido à história natural de doenças como diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), que levam à perda da função renal com o passar dos anos⁽⁷⁾.

Dados do Ministério da Saúde confirmam esse fato ao demonstrar a grande prevalência – cerca de 10% e 36%, respectivamente – na faixa etária acima de 40 anos, o que contribui para reforçar a tese de que tais populações devem ser reavaliadas de forma mais constante⁽⁹⁾.

Em relação ao sexo, em outra pesquisa, também se observou uma maior incidência de pacientes masculinos que realizam hemodiálise⁽¹⁰⁾. Obteve-se uma porcentagem de 55,8% de entrevistados masculinos dentre o total de 260 pacientes em hemodiálise na região noroeste do Rio Grande do Sul⁽¹⁰⁾. Entretanto, outro autor⁽⁴⁾ obteve um resultado inverso em sua pesquisa: 66,7 % de seus 122 pacientes estudados eram do sexo feminino.

Quanto às questões econômicas dos entrevistados, do atual estudo, observou-se que a maior parte (27 - 77,1%) possuía apenas o ensino fundamental; 25 (71,4%) recebiam renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos. A esse respeito, afirma-se⁽¹⁰⁾ existir uma correlação positiva não só entre baixos índices de escolaridade como também entre

outros sinais de baixo nível socioeconômico, como renda familiar, além de um maior risco de doença renal e uso de hemodiálise, em comparação com a média da população em geral⁽¹⁰⁾.

Quanto às condições de moradia dos entrevistados nesta pesquisa, 85,7% (30) moravam em casa de alvenaria e apenas 48,5% (17) dispunha de água tratada pela Companhia de Água e Esgoto do Ceará (CAGECE) em seus domicílios. A maioria dos pesquisados ainda faz uso de água obtida em poços, cacimbas ou pequenas nascentes de riachos localizadas nas serras da região. A água obtida dessas fontes, geralmente, não recebe tratamento com cloro ou flúor, sendo apenas filtrada nas residências. Esse aspecto chama atenção para os benefícios da água tratada, implicando na manutenção da saúde e da sobrevivência.

A água tratada é dever do estado, sendo uma obrigação dos municípios, gestor/provedor dos serviços. O grande déficit do acesso das populações à água tratada e as deficiências no tratamento da água podem ser decorrentes de um controle social ineficaz. É necessário que o estado e a sociedade civil construam espaços de aliança e cooperação capazes de envolver os diversos atores sociais nos processos de decisão⁽¹¹⁾. Para tanto, são necessários estudos que possibilitem esse alcance de compreensão.

Em relação aos sintomas mais relatados, pode-se observar que os pacientes investigados na presente pesquisa se referiram, principalmente, aos que são inespecíficos da doença renal, como: fraqueza geral, náuseas, edema, falta de apetite, vômitos, alteração no sabor dos alimentos e anemia. Tal fato pode ser justificado, pois a IRC, em geral, leva à perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais. Por essas razões, resulta em processos adaptativos que, até certo ponto, mantêm o paciente sem sintomas até que ele tenha perdido cerca de 50% de sua função renal⁽⁵⁾.

Uma redução de 75% da função renal já altera a homeostasia interna. O paciente passa a apresentar nictúria, anemia leve, aumento da pressão arterial, edema moderado nas extremidades inferiores e alterações nas características da urina (como urina espumosa ou sanguinolenta)⁽⁵⁾. Nesta fase, já ocorre um acúmulo da ureia plasmática. Apesar disso, alguns pacientes podem ignorar os sintomas ou considerá-los decorrentes de outra patologia sem importância⁽⁷⁾.

A anemia está relacionada com a deficiência da produção renal de eritropoetina. Ela pode ser percebida quando a função renal estiver abaixo de 50% do normal, agravando-se conforme a doença renal avança⁽¹²⁾.

Com perdas progressivas de massa renal, ocorre menor produção de eritropoetina, ocasionando diminuição do estímulo para a eritropoese na medula óssea. A diminuição da taxa de formação de novas hemácias causa uma anemia hipoproliferativa de consequências variadas, indo desde a

palidez, fraqueza generalizada e sensação de mal-estar até a limitação da capacidade física e alterações das funções cardíaca, cerebral e cognitiva dos pacientes profundamente anêmicos. Além disso, a anemia grave pode influenciar no desenvolvimento de doenças vasculares, como a hipertrofia ventricular direita, por exigir um maior trabalho cardíaco⁽¹³⁾.

Grande parte dos pacientes (60%) relatou a fraqueza geral como um dos sintomas que levaram à consulta médica. Tal sintoma é característico tanto da anemia como do acúmulo de ureia plasmática. Os sintomas da uremia, como náuseas, alteração no paladar, gosto metálico, anorexia e tendência a gastroenterites, acabam agravando a anemia já existente⁽⁵⁾. A uremia é um sintoma inespecífico, que altera enormemente a qualidade de vida do paciente e tende a aparecer mais tardiamente em doentes renais, pois resulta da grande diminuição da capacidade renal de filtração⁽⁵⁾.

Mais da metade dos entrevistados da pesquisa apontou o edema como motivo de sua consulta. O edema aparece precocemente, sendo significativo em pacientes com dietas ricas em sal de cozinha⁽⁶⁾. Contudo, é um sintoma constantemente ignorado pelos pacientes e, por ser bastante inespecífico, mal interpretado pelos profissionais de saúde como resultante de doença cardíaca⁽⁵⁾.

A presença de prurido e a sensação de hálito alterado foram citadas por alguns dos sujeitos. Ambos são sintomas de franca uremia, sinalizando grave alteração renal. Outros dois entrevistados apontaram a disúria como uma das causas da consulta. Este sintoma é comum em processos inflamatórios da bexiga, uretra e em pacientes com infecção urinária ou litíase, sendo um alerta para a presença de comprometimento renal⁽¹⁴⁾.

Estudos epidemiológicos realizados em diversas regiões do Brasil reforçam o papel da hipertensão arterial sistêmica (HAS), associada ou não à diabetes mellitus (DM), como percussora das lesões renais^(2,4,15). O aumento da pressão sanguínea provoca lesões em todo o sistema vascular, provocando aterosclerose e alterações na parede dos pequenos vasos sanguíneos⁽¹⁶⁾. Essas alterações lesam, principalmente, as arteríolas e os glomérulos renais, induzindo espessamento de arteríolas, esclerose glomerular, necrose fibrinoide das arteríolas e queda lenta e progressiva da filtração renal⁽¹⁶⁾.

Elevados níveis de glicose sanguínea induzem dano em células endoteliais renais e aumento na permeabilidade da barreira glomerular⁽¹⁷⁾. Esse dano induz perda de albumina e proteína para o filtrado glomerular, espessamento da membrana basal glomerular, e perda de função de diversas estruturas do néfron⁽¹⁷⁾.

Além da DM e HAS, pode-se observar, no presente estudo, que a glomerulonefrite foi a quarta maior causa de doenças renais nos pacientes investigados. Ela causa

destruição progressiva dos glomérulos renais devido aos sucessivos processos de inflamação e cicatrização glomerular, além de causar graves alterações na filtração renal em semanas, meses ou anos. A velocidade da instalação da insuficiência renal dependerá do tipo de dano sofrido pelo glomérulo, das reações do sistema imune do hospedeiro e da qualidade do tratamento de saúde⁽¹⁸⁾.

A DM e a HAS são os principais diagnósticos primários dos portadores de IRC⁽⁴⁾. Os portadores dessas patologias fazem parte do grupo de risco de desenvolvimento de nefropatias, juntamente com os familiares de pacientes com IRC. As estratégias de prevenção de doenças crônicas como HAS e DM devem ser implementadas precocemente nos serviços.

No presente estudo, parte significativa da amostra (27 - 77,1%) recebeu atendimento nas Unidades de Atenção Básica, através das Equipes de Saúde da Família (ESF), no início dos sintomas que antecederam a disfunção renal. Esses dados trazem indícios de que existe uma demanda de profissionais de atuação multidisciplinar nas unidades de saúde do município.

Segundo o Ministério da Saúde⁽¹⁹⁾, a atuação das equipes das Unidades Básicas de Saúde prima por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, prestando assistência integral, permanente e de qualidade. Atividades de educação e promoção da saúde deveriam ser realizadas diariamente, centradas em cada risco à saúde ao qual determinada clientela está exposta.

Baseado nesse pressuposto, uma clientela como a representada pelo atual estudo, com 79,9% dos entrevistados acima dos 40 anos, deve ser contemplada com ações de prevenção e educação em saúde de modo frequente, pois está sujeita a doenças cardiovasculares e renais crônicas. Um diagnóstico tardio da IRC pode diminuir drasticamente as chances de sobrevivência de um nefropata, por acarretar anemia intensa, acúmulo de escórias nitrogenadas no sangue e desnutrição.

CONCLUSÃO

O perfil dos pacientes estudados está marcado por um baixo nível socioeconômico. Como agravante dessa situação, verificou-se a dificuldade de se obter consultas médicas, marcar e realizar exames diagnósticos, criando prejuízos para a realização do tratamento.

Conclui-se que o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica aponta para uma interligação de fatores que, juntos, caracterizam a problemática da doença. Percebe-se que os fatores sociais vivenciados pelos usuários são eminentemente importantes para que seja caracterizada a doença, não se limitando às questões individuais de fundo biológico.

Vê-se a necessidade de inclusão da escola e dos demais recursos existentes na comunidade na busca pela sensibilização da problemática da doença renal. Entende-se que as intervenções na saúde do portador de doença renal devem variar nas suas construções, ampliando a oferta de serviços e incorporando uma atitude de cuidado em rede – saúde, educação e comunidade – a partir de ações no território social do paciente.

Portanto, dada a complexidade da insuficiência renal crônica, observa-se que o cuidado vai muito além dos aspectos médicos. É necessário que se privilegie o processo educativo, preferencialmente, com o apoio de uma equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Indicadores e Dados Básicos: Brasil - 2009 IDB-2009 [acesso em 2011 Set 12]. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/matriz.htm>>.
2. Begman R. Avaliação de pacientes com doença renal crônica em tratamento especializado por equipe multidisciplinar. *J Bras Nefrol.* 2006;28(3):33-5.
3. Sesso R, Lopes AA, Thomé FS, Bevilacqua JL, Romão Júnior JE, Lugon J. Relatório do censo brasileiro de diálise, 2008. *J Bras Nefrol.* 2008;30(4):233-8.
4. Godinho TM, Lyra TG, Braga OS, Queiroz RA, Alves JA, Kraychete AC et al. Perfil do paciente que inicia hemodiálise de manutenção em Hospital Público de Salvador, Bahia. *J Bras Nefrol.* 2006;28(2):96-103.
5. Riella MC, Pecoits-Filho R. Insuficiência renal crônica: fisiopatologia da uremia. In: Riella MC. *Princípios de nefrologia e distúrbios eletrolíticos.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 661-90.
6. Zawada ET. Início da diálise. In: Daugiardas JT, Blake PG, Ing T. *Manual de Diálise.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.4-11.
7. Sesso R, Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil e sua prevenção.* São Paulo; 2007.
8. Cherchiglia ML, Machado EL, Szuster DAC, Andrade EIG, Acúrcio FA, Caiaffa WT, Sesso R, Queiroz OV, Gomes IC. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(4):639-49.
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus.* Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16).
10. Zambonato TK, Thomé FS, Gonçalves LF. Perfil socioeconômico dos pacientes com doença renal crônica em diálise na região noroeste do Rio Grande do Sul. *J Bras Nefrol.* 2008;30(3):192-9.
11. Lucena RGR. Uso de flúor em saúde pública sob o olhar dos delegados à 13ª Conferência Nacional de Saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.
12. Bandeira MFS. Consequências hematológicas da uremia. In: Riella MC. *Princípios de nefrologia e distúrbios eletrolíticos.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 691-701.
13. Draibe AS. Insuficiência renal crônica. In: Ajen H, Schor N. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar.* UNIFEST. Escola de medicina. Baureri: Manole; 2002. p.179-92.
14. Martinelli R, Rocha H. Infecção do trato urinário. In: Riella MC. *Princípios de nefrologia e distúrbios eletrolíticos.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 490-505.
15. Azevedo DF, Correa MC, Botre L, Mariano RM, Assis RR, Grossi L et al. Sobrevida e causas de mortalidade em pacientes hemodialíticos. *Rev Assoc Méd Minas Gerais.* 2009;19(2):117-22.
16. Zatz R. Insuficiência renal crônica (IRC). In: Riella MC. *Princípios de nefrologia e distúrbios eletrolíticos.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 649-60.
17. Gross JL et al. Nefropatia diabética. In: Riella MC. *Princípios de nefrologia e distúrbios eletrolíticos.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 597-608.
18. Carvalho MFC, Franco MF, Soares VA. Glomerulonefrites Primárias. In: Riella MC. *Princípios de nefrologia e distúrbios eletrolíticos.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 402-23.
19. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes conceituais da atenção básica.* Brasília; 2004.

Endereço para correspondência:

Rafaella Maria Monteiro Sampaio
 Rua Doutor Jurandir Nunes, Nº 508
 Bairro Sapiranga
 CEP: 60833-192 - Fortaleza - CE - Brasil
 Email: rafaellasampaio@yahoo.com.br