



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM

FABILENE NELI DA SILVA

**PERFIL DO PACIENTE RENAL CRÔNICO NO BRASIL EM TRATAMENTO
DIALÍTICO**

NATAL/RN
2013

FABILENE NELI DA SILVA

PERFIL DO PACIENTE RENAL CRÔNICO NO BRASIL EM TRATAMENTO
DIALÍTICO

Artigo científico apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem bacharelado no centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNI-RN, como requisito final para conclusão da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientadora: Prof.^a Me. Cléa Maria da Costa Moreno.

NATAL/RN

2013

RESUMO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) refere-se à perda progressiva e irreversível da função renal. A doença é um grande problema de saúde pública no Brasil, pois causa elevadas taxas de morbidade e mortalidade, onde na maioria das vezes é diagnosticada em estágio muito avançado, exigindo terapia renal substitutiva (TRS), ou transplante renal. O objetivo deste trabalho visa consolidar os estudos sobre o perfil do paciente renal crônico no Brasil em tratamento dialítico assim contribuindo para o conhecimento dos profissionais de saúde. Esta revisão de literatura consiste em pesquisa as Bases eletrônicas como Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e utilização de livros. Os resultados demonstraram que no Brasil em 2011 o total de paciente em tratamento dialítico foi 91.314. Com prevalência na região Sudeste. Mostra ainda que 57,7% de paciente dialítico eram do sexo masculino, 63,6% tem idade entre 19 a 64 anos, 59% de óbitos acometem, mas pessoas maiores de 60 anos. As patologias hipertensão arterial (HAS) e diabetes mellitos (DM) são os principais fatores para o desenvolvimento da IRC. Concluiu-se que este estudo baseados nos dados pesquisados mostra que a doença renal crônica é grave no Brasil e são varias as causas para esse crescimento assustador. A expectativa de vida da população vem a cada dia aumentando, as pessoas envelhecem o que torna possível um grande desenvolvimento de doenças crônicas como a HAS e DM. E TRS é uma forma de sobrevivência.

Palavras- chave: Insuficiência renal crônica; Tratamento dialítico e o perfil de paciente no Brasil.

ABSTRAT

The Chronic Renal insufficiency (CRI) refers to the gradual and irreversible loss of kidney function. The disease is a major public health problem in Brazil, would cause high rates of morbidity and mortality, where most often is diagnosed in very advanced stage, requiring renal substitutive therapy (TRS), or kidney transplant. The aim of this work aims to consolidate studies on chronic renal patient profile in Brazil in dialysis treatment so contributing to the knowledge of health professionals. This literature review consists of electronic Bases research as Scientific Electronic Library Online (SCIELO), site of the Virtual Health Library (VHL) and use of books. The results demonstrated that in Brazil in 2011 the total patient on dialysis treatment were 91,314. With prevalence in the Southeast. Shows that 57.7% of dialysis patients were male, 63.6% are aged 19 to 64 years, 59% of deaths occur in people older than 60 years. Hypertension diseases (HAS) and mellitos diabetes (DM) are the main factors for the development of the IRC. It was concluded that this study based on surveyed data shows that chronic kidney disease is serious in Brazil and are several causes for this scary growth. The life expectancy of the population comes every day increasing, people age which makes possible a great development of chronic diseases as SAH and DM and TRS is a form of survival.

Keywords: chronic renal failure; Dialysis treatment and patient profile in Brazil.

LISTA DE ABREVIATURA

DM	_	Diabetes Mellitus
DP	_	Diálise Peritoneal
DRC	_	Doença Renal Crônica
DRET	_	Doença Renal em Estagio Terminal
HAS	_	Hipertensão Arterial Sistêmica
HD	_	Hemodiálise
IRC	_	Insuficiência Renal Crônica
IRCT	_	Insuficiência Renal Crônica Terminal
PMP	_	Por Milhão da População
TR	_	Transplante Renal
TRS	_	Terapia Renal Substitutiva
TRSs	_	Terapias Renais Substitutivas

SUMÁRIO

01	INTRODUÇÃO.....	7
02	MATERIAL E METODOS	10
03	RESULTADOS.....	11
3.1	DEFINIÇÃO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÔNICA (IRC).....	11
3.2	OS FATORES DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DA IRC.....	11
3.3	SINAIS E SINTOMAS DA IRC.....	11
3.4	ESTAGIO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC).....	12
3.5	TRATAMENTO DA DRC.....	13
3.6	TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA.....	13
3.7	COMPLICAÇÕES DURANTE A HEMODIÁLISE.....	15
3.8	ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM DURANTE A HEMODIÁLISE.....	15
3.9	O PERFIL DO PACIENTE RENAL CRÔNICO NO BRASIL.....	16
04	DISCUSSÃO.....	20
05	CONCLUSÃO.....	21
	REFERÊNCIAS.....	22

1. INTRODUÇÃO

A doença renal é um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo, pois causa elevadas taxas de morbidade e mortalidade, com forte impacto negativo sobre a qualidade de vida do indivíduo.

O total estimado de pacientes em tratamento dialítico no Brasil vem aumentando gradualmente ao longo dos anos. Passou de 42.695, em 2000, para 91.314, em 2011, tendo permanecido constante em relação a 2010. Mais da metade desses pacientes encontrava-se na região Sudeste. Já o número estimado de pacientes que iniciaram tratamento em 2011 foi de 28.680, o número de óbitos em 2011 foi de 18.187. Uma grande porcentagem de pacientes dialíticos é do sexo masculino, sendo os mais acometidos por doença crônica. Estima-se que em julho de 2011 era de 32.454, o número de pacientes inscritos em fila de espera para transplante, o que equivale a um percentual de 35,5% (SESSO et al, 2012).

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) ou doença renal em estágio terminal (DRET) é a perda gradual e irreversível da função renal. No início, quando a função renal apresenta-se modestamente comprometida, o paciente não apresenta sintomas. A ureia plasmática eleva-se, mas ainda pode permanecer dentro dos parâmetros de normalidade. O mais eficaz indicador da função renal é a creatinina plasmática, que sofre pouca influência da ingesta proteica (FERMI, 2010).

Alguns pacientes com a doença renal crônica (DRC) não apresentam sintomas graves até que a doença esteja avançada. Com o avanço, os sinais e sintomas aparecem em diversos sistemas e órgãos como: neurológicos, tegumentares, cardiovasculares, gastrintestinais, hematológicos, reprodutores e musculoesqueléticos (SMELTZER; BARE, 2005).

Conforme Fermi (2010), muitos recebem terapia renal substitutiva. Na América Latina, a quantidade de pacientes em programa de diálise crônica aproxima-se de 150.000, sendo 60.000 somente no Brasil.

Segundo Araújo, Pereira e Anjos (2009), os principais fatores de risco para desenvolver o DRC são o Diabetes Mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), envelhecimento e história familiar de DRC. Presença de dislipidemias, tabagismo e obesidade podem acelerar a doença.

De acordo com Smeltzer e Bare (2005), à medida que a função renal diminui, os produtos finais do metabolismo proteico acumulam-se no sangue, onde normalmente seriam excretados na urina.

O tratamento para substituir a função renal pode ser classificado como tratamento Conservador, Dialítico e Transplante Renal (TR).

Brasil (2011), afirma que o tratamento conservador é o tratamento realizado por meio de orientações importantes, medicamentos e dieta, visando conservar a função dos rins que já têm perda crônica e irreversível, tentando evitar, o início da diálise. O tratamento dialítico consiste em: Hemodiálise (HD) e Diálise Peritoneal (DP).

De acordo com Nascimento e Marques (2005), a hemodiálise é o processo de filtração e depuração do sangue de substâncias indesejáveis como, por exemplo, a creatinina e a ureia que necessitam ser eliminadas da corrente sanguínea humana devido à deficiência no mecanismo de filtração nos pacientes portadores de IRC.

A Diálise Peritoneal (DP) é realizada através da membrana peritoneal. O peritônio está localizado dentro do abdome e reveste todos os órgãos na região. Ocorre a filtração das toxinas e a água que estão em excesso no organismo. A DP é feita com a colocação de um líquido extremamente limpo no abdome através de um cateter. O líquido deve permanecer dentro por um período determinado pelo médico e, quando for retirado, vai trazer junto com ele as toxinas e o excesso de água e sais minerais. A DP é realizada em casa, após o treinamento do paciente e de seus familiares (BRASIL, 2011).

Almeida e Granelle (2012) informam que a IRC, associada à dependência da máquina de hemodiálise e das pessoas que a manejam, age como um devastador, que desestabiliza a vida do indivíduo como um todo. Os portadores de IRC, geralmente, mostram envelhecimento precoce como resultado da deterioração músculo esquelética, descoloração da pele, emagrecimento, edema e odor característico devido às taxas alteradas. Estas alterações podem provocar sentimentos de indiferença e inferioridade.

Pacientes que dependem da máquina de hemodiálise para sobreviver, apresentam várias limitações no seu cotidiano e vivenciam grandes perdas e mudanças biopsicossociais que interferem na sua qualidade de vida, como a perda do emprego, alterações na imagem corporal, restrições dietéticas e hídricas, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional.

Romão (2001, apud INABA, 2006), informa que a primeira hemodiálise realizada no Brasil ocorreu em 1949, mas só no ano de 1970 que o programa de terapia de substituição renal foi introduzido para os pacientes brasileiros portadores de IRA.

Os avanços tecnológicos e terapêuticos na área de hemodiálise contribuíram para o aumento da sobrevida dos pacientes em tratamento dialítico sem, no entanto, restabelecer a qualidade de vida, do seu cotidiano antes da enfermidade diagnosticada (ALMEIDA; GRANELLE, 2012).

De acordo com Mortari et al (2010), apesar das vantagens indiscutíveis da hemodiálise, porem, podem ocorrer algumas complicações agudas decorrentes de sua aplicação, como hipotensão arterial, câimbras, prurido e arritmias cardíacas. Pacientes em hemodiálise prolongada por muitos anos podem também apresentar complicações relacionadas à anemia, doença cardiovascular, amiloidose, osteodistrofia renal e desnutrição.

Os enfermeiros dedicados e comprometidos com a função de cuidar podem contribuir de forma significativa para um tratamento mais humanizado e assim melhorar a qualidade de vida dos pacientes (ALMEIDA; GRANELLE. 2012).

Portanto, a motivação em desenvolver esse estudo ocorreu mediante a percepção e curiosidade em saber qual a prevalência da patologia no Brasil e como as pessoas se expõe a essa grave doença.

Este trabalho justifica-se por se tratar de um problema que merece uma investigação mais profunda, tendo em vista que a prevalência de portadores de IRC é bastante acentuada e é preciso que cada vez mais profissionais da saúde procurem se aprofundar nesse quesito afim de que se possa melhorar a qualidade de vida dos pacientes que já possuem a patologia e retardar aos que possuem predisposição a doença.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é avaliar na literatura existente o perfil do paciente renal crônico no Brasil contribuindo para o conhecimento dos profissionais de saúde.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo consiste em uma revisão bibliográfica. A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. A pesquisa bibliográfica pode, portanto, ser entendida como um processo que envolve as seguintes etapas: a) escolha do tema; b) levantamento bibliográfico preliminar; c) formulação do problema; d) elaboração do plano provisório de assunto; e) busca de fontes; f) organização lógica do assunto; e g) redação do texto (LAKATOS; MARCONI, 2001).

De acordo com Boaventura, (2004), a revisão de literatura objetiva demonstrar o que foi escrito sobre o tema. Consiste na análise e síntese das informações, visando definir as linhas de ação para abordar o assunto ou problema e gerar ideias novas e úteis.

A realização da coleta dos dados foi elaborada a partir de produções científicas entre os anos de 2005 a 2013. Foram utilizada base de dados eletrônicos como Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Sociedade Brasileira de Nefrologia(SBN), site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e utilização de livros. Os critérios de inclusão para selecionar os artigos foram: abordar o tema relacionado à insuficiência renal crônica. Sendo utilizados como fonte de informações os estudos publicados na língua portuguesa, no formato de textos completos que foram disponibilizados no período já citado. Como critérios de exclusão, foram descartados àqueles que não se apresentaram no idioma referido, que não estavam completos ou que tivessem sido publicados antes do período estipulado. A coleta de dados foi realizada em bancos de dados referida anteriormente, foram pesquisados 61 artigos científicos e 03 livros dentro da população alvo e selecionados 19 artigos científicos e 03 livros de acordo com os critérios de inclusão e exclusão citado acima.

3. RESULTADOS

3.1 Definição de insuficiência renal crônica (IRC)

É uma deterioração progressiva e irreversível da função renal, na qual fracassa a capacidade do corpo para manter o equilíbrio hidroeletrólítico, resultando em uremia ou azotemia (retenção de ureia e outros resíduos nitrogenados no sangue) (SMELTZER; BARE, 2005).

Medeiros e Sá (2011), afirma que a DRC consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins. Esta doença é definida pela incapacidade dos rins em manter a normalidade do meio interno passando a depender de uma das modalidades de tratamento de terapia substitutiva.

3.2 Os Fatores de risco para desenvolvimento da IRC

São doenças autoimunes, toxicidade de drogas, infecções urinárias recorrentes, pielonefrite crônica, glomerulonefrite crônica, litíase urinária repetida, rins policísticos e principalmente hipertensão arterial e diabetes mellitus. (CRAVO et al,2011).

Para Louvison et al (2011), os fatores de risco para o desenvolvimento de DRC são: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, sexo masculino, raça negra, idade avançada, tabagismo, uso de nefrotoxinas, diminuição da massa renal, anemia, doenças renais proteinúricas, presença de DRC na família e outros fatores de risco cardiovasculares, como síndrome metabólica, dislipidemia, obesidade, estado inflamatório crônico e disfunção endotelial. Entre eles os principais são diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica.

3.3 Sinais e sintomas da IRC

Alguns pacientes com a DRC não apresentam sintomas graves até que a doença esteja avançada. Com o avanço, os sinais e sintomas aparecem em diversos sistemas e órgãos como: neurológicos, tegumentares, cardiovasculares, pulmonares, gastrintestinais, hematológicos, reprodutivos e musculoesqueléticos.

Neurológico – fraqueza e fadiga; confusão; incapacidade de se concentrar; desorientação; tremores; convulsões; asterixe; inquietação com as pernas; queimação nas solas dos pés; alterações de comportamento.

Tegumentares – coloração cutânea cinza – acobreado; pele seca e descamativa; prurido; equimose; purpura; unhas finas e quebradiças; cabelos finos e ásperos.

Cardiovasculares – Hipertensão; edema depressível (pés, mão, sacros); edema prioritário; atrito pericárdico; veias cervicais ingurgitadas; pericardite; derrame pericárdico; tamponamento pericárdico; hipercalemia; hiperlipidemia.

Pulmonares – estertores; escarro espesso e viscoso; reflexo da tosse deprimido; dor pleurítica; falta de ar; taquipneia; respiração do tipo kussmaul; pneumonite urêmica.

Gastrintestinais – Hálito de amônia; sabor metálico; ulcerações e sangramento bucais; anorexia; náuseas e vômitos; soluços; constipação ou diarreia e sangramento a partir do trato gastrointestinal.

Hematológicos – anemia; trombocitopenia.

Reprodutivos – amenorreia; atrofia testicular; infertilidade; libido diminuída.

Musculoesqueléticos – caibras musculares; perdas da força muscular; osteodistrofia renal; dor óssea; fraturas ósseas; pé em gota. (SMELTZER; BARE, 2005).

3.4 Estágios da DRC

Smeltzer e Bare (2005), afirma que na medida em que a função renal diminui, os produtos finais do metabolismo proteico (que normalmente são excretados na urina) acumulam-se no sangue. Portanto, os estágios da doença renal crônica são: estágio 1- reserva renal diminuída, caracterizada por uma perda de 40 a 75% da função do néfron. Neste estágio o paciente não apresenta sintomas porque os néfrons remanescente são capazes de realizar a função normal do rim. No estágio 2: a insuficiência renal ocorre quando 75 a 90% da função do nefron foram perdidos. Nesse caso a creatinina e a ureia sérica aumentam, o rim perde sua capacidade de concentrar a ureia e a anemia se desenvolve. Já no estágio 3: a doença renal em estágio terminal (DRET), o estágio final de insuficiência renal crônica, ocorre quando

existem menos de 10% de nefrons funcionando normalmente. Todas as funções reguladoras, excretoras e hormonais do rim estão prejudicadas.

3.5 Tratamentos da DRC

O tratamento para substituir a função renal pode ser classificado como tratamento Conservador, Dialítico e Transplante renal (TR).

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2013), o tratamento conservador consiste em todas as medidas clínicas (remédios, modificações na dieta e estilo de vida) que podem ser utilizadas para retardar a piora da função renal, reduzir os sintomas e prevenir complicações ligadas à DRC. Apesar dessas medidas, a DRC é progressiva e irreversível até o momento. Portanto, com o tratamento conservador é possível reduzir a velocidade desta progressão ou estabilizar a doença. Este tratamento é iniciado logo no início da doença e mantido por longo prazo.

A dialise compreende por (hemodiálise e dialise peritoneal) é usada para remover líquido e produtos residuais urêmicos do corpo quando rins não conseguem fazê-lo. Também pode ser realizado para tratar pacientes com edemas que não respondem ao tratamento, coma hepático, hipercalemia, hipercalcemia, hipertensão e uremia (SMELTZER; BARE, 2005).

O transplante renal envolve transportar um rim de um doador vivo ou de um cadáver humano para um paciente que tenha DRET.

3.6 Terapias renais substitutivas (TRS)

A prevalência de pacientes em tratamento dialítico vem aumentando progressivamente em todo o mundo, inclusive no Brasil.

DRC em estágio final é denominado insuficiência renal crônica terminal (IRCT), quando o paciente necessita de uma terapia renal substitutiva (TRS) para sobreviver. As TRSs disponíveis são a diálise (hemodiálise [HD] e diálise peritoneal [DP]) e o transplante renal (TR) (CHERCHIGLIA et al, 2010).

A opção para a escolha do método dialítico deve ser uma decisão conjunta do paciente e família com a equipe de nefrologia, respeitando os critérios de exclusão em função das características e necessidades individuais de cada paciente.

A Hemodiálise é realizada por meio da filtração do sangue. O sangue é retirado pouco a pouco do organismo através de uma agulha especial para punção de fístula arteriovenosa ou cateter localizado numa veia central do pescoço (jugular), bombeado por uma máquina e passa por um filtro onde vão ser retiradas as toxinas e a água que estão em excesso no organismo. Depois de filtrado (limpo) o sangue volta para o corpo através da fístula ou do cateter. A hemodiálise é realizada em clínicas ou hospitais por enfermeiros especializados, no mínimo 3 vezes por semana, com 3 ou 4 horas de duração (BRASIL, 2011).

As vias de acesso utilizadas em hemodiálise são: fístula arteriovenosa, prótese, cateteres venosos centrais: Cateter Duplo Lúmen (CDL) e Permcath (FERMI, 2010).

A dialise peritoneal (dialise peritoneal ambulatorial contínua) (DPAC) ou dialise peritoneal automatizada (DPA) deve-se encaminhar o paciente portador de IRC para realizar a implantação do cateter de Tenckhoff que é um dispositivo inserido na região abdominal, contendo dois “cuff”, o primeiro é localizado no tecido subcutâneo, enquanto o segundo fica na parede do músculo reto abdominal, ambos com função bacteriostática e para a própria fixação do cateter, através do surgimento de fibrina (FERMI, 2010)”.

Na diálise peritoneal o paciente é treinado e realiza o procedimento na sua própria residência. Tornando assim um tratamento com mais comodidade e qualidade de Vida.

Cintra; Nishide e Nunes (2008), afirmam que o transplante renal é a melhor forma de terapia para DRET. Com o objetivo de devolver aos pacientes condições de vida, atividade, autoestima, trabalho e desempenho sexual que ele perdeu devido à doença. E também após o transplante os desagradáveis sintomas e complicações da síndrome urêmica são revertidos.

O transplante consiste na colocação de um rim saudável de um doador no receptor, que pode ser de um doador vivo ou de um cadáver.

3.7 Complicações durante a hemodiálise.

Conforme assegura Fermi (2010), as complicações que ocorrem durante a sessão de hemodiálise podem ser eventuais ou extremamente graves e fatais. A possibilidade de ocorrência de complicações no decorrer da hemodiálise, entre as mais comuns são: hipotensão arterial, câibras, náuseas, vômitos, cefaleia, prurido, alterações eletrolíticas, arritmias, convulsões, dores torácicas e lombares, edema agudo de pulmão, embolia gasosa, febre, calafrios, hemólise, hemorragia intracraniana, morte súbita e síndrome do desequilíbrio.

3.8 Assistências de enfermagem durante a hemodiálise

A assistência de enfermagem ao paciente em tratamento hemodialítico é de grande importância, pois esse profissional presta cuidados durante todo o tratamento de hemodiálise do paciente com IRC.

Segundo Fermi (2010), a equipe de enfermagem tem grande importância na observação contínua dos pacientes durante a sessão e observa cuidadosamente a possibilidade de ocorrência de complicações durante a hemodiálise, inclusive lhe transmitindo confiabilidade.

Conforme Santana; Fontenelle e Magalhães (2013), durante a sessão de hemodiálise a equipe deve estar atenta ao monitoramento dos sinais vitais, anticoagulação, funcionamento adequado das máquinas de diálise (temperatura, rolete, fluxo de sangue, fluxo dialisado), conforto do paciente, intercorrências, queixas e dúvidas dos pacientes, solicitação do médico quando necessário. A enfermagem deve estar sempre fundamentada cientificamente, os procedimentos técnicos deverão seguir a sistematização, proporcionando segurança, meios de avaliação e qualidade no tratamento dialítico.

Os mesmo autores ressaltam ainda, que no termino da sessão da hemodiálise, ao retirar o paciente da máquina deve-se tomar cuidado para que haja maior devolução de sangue ao paciente com uma menor quantidade de soro e evitar embolismo gasoso pela entrada de ar pela agulha de retorno. Nesse sentido, esse tipo de assistências pode ser definido que “Durante o tratamento a equipe de enfermagem tem uma importância primordial, pois deve acompanhar diretamente e

orientar estes pacientes quanto às infecções e complicações que podem ser causadas pela hemodiálise”.

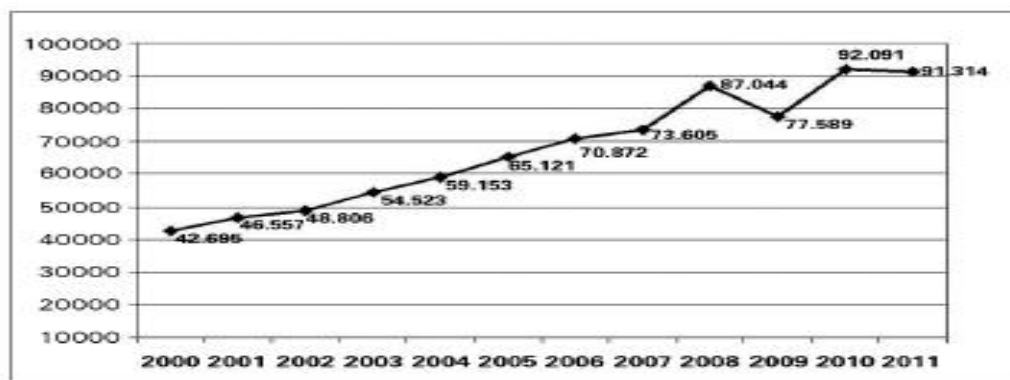
O enfermeiro realiza a assistência, identificando as necessidades individuais de cada cliente, proporcionando meios de atendimento que visem uma melhor adequação do tratamento, garantindo assim uma qualidade de vida melhor, aproveitando todos os momentos para criar condições de mudanças quando necessário. A prática do cuidar personalizado está diretamente ligada à qualidade da assistência prestada (SOUZA; MARTINO E LOPES, 2007).

3.9 O Perfil do paciente renal crônico no Brasil

Em 2011, a taxa de prevalência de tratamento dialítico, por região no Brasil, foi de 475 pacientes por milhão da população (pmp), variando, por região. Na região Norte 279 paciente (pmp), Nordeste 357 paciente (pmp), Sul 506 paciente (pmp), Centro- Oeste 530 pacientes (pmp) e na região Sudeste 583 pacientes (pmp) (SESSO et al, 2012).

Na figura 1. Sesso et al (2012), mostra o total estimado de pacientes em tratamento dialítico no Brasil por ano de 2000 a 2011. O número vem aumentando gradualmente ao longo dos anos - de 42.695, em 2000, a 91.314, em 2011, tendo permanecido constante em relação a 2010. Mais da metade desses pacientes encontrava-se na região Sudeste.

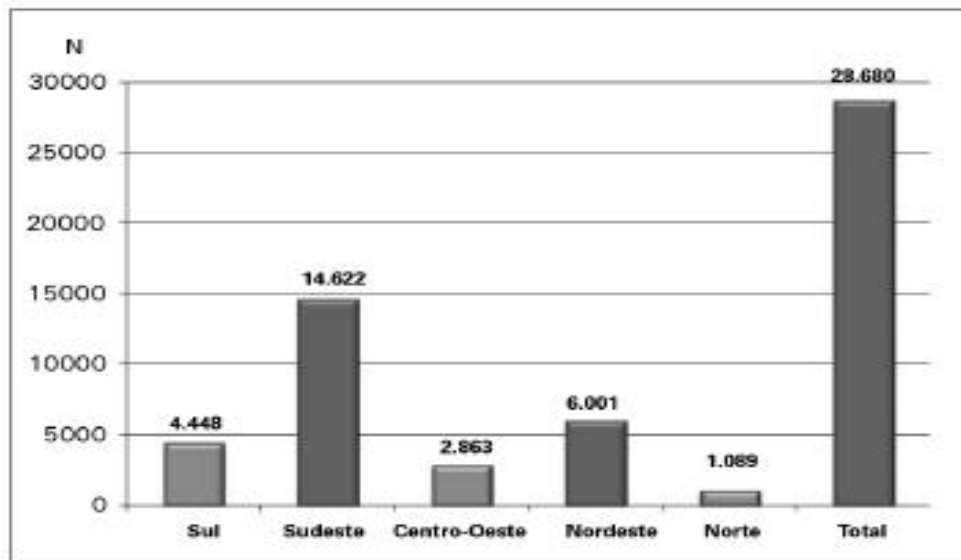
Figura 1. Total estimado de pacientes em tratamento dialítico no país por ano, censo 2011.



Fonte: Censo SBN 2011

Sesso et al (2011), mostra o número estimado de pacientes que iniciaram tratamento em 2011 no Brasil foi de 28.680, correspondendo a uma taxa de incidência de 149 pacientes pmp (Figura 2).

Figura 2. Número absoluto estimado de pacientes novos no Brasil, por região.

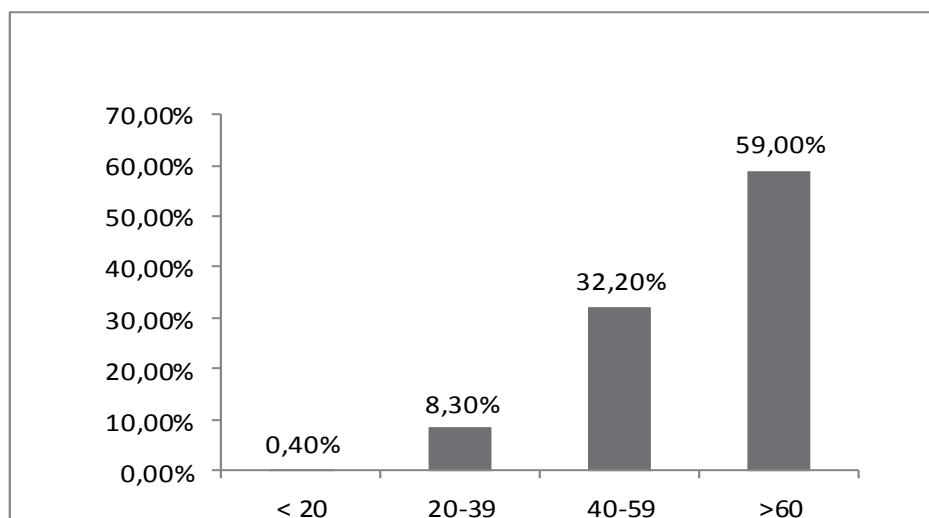


Fonte: Censo SBN 2011

Sesso et al (2012) , mostra a incidência estimada de paciente em diálise no Brasil, Por região, cerca de 50% dos pacientes (n=14.622) iniciaram tratamento na região Sudeste, sendo que a taxa anual de incidência de tratamento variou de 68 pmp na região Norte, Nordeste 112 pmp ,Sul 161 pmp, Sudeste 181 e na região Centro – Oeste com 201 pmp.

O mesmo autor enfatiza que no ano de 2011 o numero estimado de óbitos foi de 18.187, correspondendo a uma taxa de mortalidade bruta (com a população em diálise em 1º de julho no denominador) de 19,9% durante o ano. Essa taxa se reduz para 15,2% quando no denominador colocamos todos os pacientes em risco no ano (que fizeram diálise durante o ano).

Na figura 3. A porcentagem de óbitos conforme faixa etária no Brasil.



Fonte: Dados da pesquisa

Segundo os dados disponibilizados pela pesquisa do Censo SBN (2008), a maior incidência de óbito causado pela IRC de acordo com faixa etária acomete nos idosos (> 60 anos).

A população com IRC tem aumentado a cada ano, principalmente devido ao envelhecimento da população e ao aumento no número de pacientes com HAS e DM, pois essas duas doenças são as principais causas da IRC no Brasil.

Tabela 1: Distribuição de paciente em diálise conforme faixa etária

DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTE EM DIALISE CONFORME FAIXA ETÁRIA NO BRASIL.		
FAIXA ETÁRIA	NÚMEROS	PORCETAGEM
1 A 12 ANOS	112	0,3%
13 A 18 ANOS	1.610	4,2%
19 A 64 ANOS	24.296	63,6%
65 A 80 ANOS	10.568	27,7%
>81 ANOS	1.612	4,2%

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na pesquisa, que na faixa etária entre 19 a 64 anos representa a maior porcentagem de paciente em tratamento dialítico.

Contudo, no Brasil existe uma grande porcentagem de paciente dialítico do sexo masculino 57,7%, pois tem sido o mais acometido por doença crônica. Porém,

julga-se que o homem é mais vulnerável cuida menos da sua saúde, o que contribui a se expor mais as situações de risco, já o paciente do sexo feminino corresponde a 42,3% (CENSO SBN, 2012).

Em 2012, estima-se que aproximadamente 86.937 pacientes foram mantidos em serviços de diálise pelo SUS, destes 93% estão em tratamento de hemodiálise. Neste mesmo ano foram realizadas 12.074.960 sessões de hemodiálise na rede pública. O crescimento em sete anos foi de 46,5%. Em 2004, foram 7,8 milhões de procedimentos. Até o momento, há em todo o Brasil 689 serviços de nefrologia habilitados junto ao SUS (BRASIL, 2013).

No Brasil, o Ministério da Saúde provê tratamento dialítico para todos os pacientes com insuficiência renal crônica terminal IRCT desde 1974 e, atualmente, cerca de 80% dos pacientes em TRS são realizado pelo Governo (SUS) e 16% são pagos por outros convênios (LOUVISON et al, 2011 e CENSO SBN, 2012).

Segundo o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2012, a diabetes é doença de base em 28,5% dos casos de IRC no Brasil, ocupando segundo lugar, logo após da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com 33,8%. A glomerulonefrite crônica (GNC) representa 12,6%, doença de Rins representa 4,3%, existem outras patologias que compõe um grupo de doenças, que somadas, representam uma porcentagem de 20,9% como doença de diagnóstico da IRC.

Sesso et al (2012), afirma que em de julho de 2011, HD é a terapia mais utilizada pelos pacientes que necessitam de processo dialítico no Brasil representando 90,6% do total e 9,4% por diálise peritoneal.

O mesmo autor ressalta ainda que o número estimado de pacientes inscritos em fila de espera para transplante em julho de 2011 era de 32.454, que equivale a 35,5%.

Para Santana; Fontenelle e Magalhães (2013), as complicações mais comuns durante o procedimento de hemodiálise são: hipotensão (20%-30% das diálises), câibras (5%-20%), náuseas e vômitos (5%-15%), cefaleia (5%), dor torácica (2%-5%), dor lombar (2%-5%), prurido (5%), febre e calafrios (< 1%). As complicações menos comuns, as, mas graves que podem levar à morte incluem: a síndrome do desequilíbrio, arritmia reações de hipersensibilidade, hemorragia intracraniana, convulsões, hemólise e embolia gasosa.

4. DISCUSSÃO

De acordo com pesquisas realizadas em trabalhos científicos, bem como, livros, revistas e manuais do Ministério da Saúde, verificou-se que a cada ano vem aumentando o numero de casos de pacientes em tratamento dialítico no Brasil.

Baseado em informações colhidas nas fontes citadas observou-se de que o maior percentual de pacientes novos que iniciaram tratamento dialítico concentra-se na região Sudeste seguido pelo Nordeste, Sul, Centro Oeste e Norte. A maior prevalência encontra-se na faixa etária de 19 a 64 anos, embora sejam encontrados registros em todas as idades e sexos, observando-se um maior índice no gênero masculino, enquanto os óbitos prevalecem entre os maiores de 60 anos.

Contudo, pode-se dizer que a DRC não é doença restrita a idoso nem relacionado a sexo mais sim por predisposição genética ou fatores relacionados a comportamento alimentar, sedentarismo, toxicidade por drogas e infecções recorrentes.

Portanto, após a análise da literatura verificou-se que é preciso que se difunda melhor a informação no tocante a DRC, a doença é na maioria das vezes silenciosa e assintomática o que faz com que os pacientes demorem muito tempo para procurar ajuda e tentar conter o avanço progressivo da patologia adiando o inicio da hemodiálise.

É preciso fazer mais. Precisa-se com urgência melhorar o atendimento nos serviços de saúde, normalmente feito às pressas. Capacitar profissionais para perceber sinais e sintomas urgentes, para bloquear o avanço da doença crônica que uma vez instalada no individuo é irreversível.

Contudo, embora o tratamento dialítico seja cansativo, doloroso e estigmatizante, em muitas situações, em função da mudança radical de vida é ainda o tratamento mais adequado aos dias de hoje, depois do transplante, pois traz uma sobrevida significativa aos portadores.

5. CONCLUSÃO

Esse estudo tratou de uma revisão bibliográfica sobre o perfil do paciente renal crônico no Brasil. Foi realizada uma pesquisa aprofundada, expressando aqui a realidade do quadro de tratamento no Brasil.

Contudo, pode-se concluir que a prevalência da DRC é grave no país e cresce exponencialmente a cada ano, trata-se de uma questão de saúde pública que precisa ser tratada com urgência para assim, ser possível visualizar pacientes cada vez mais distantes de iniciarem HD e conseqüentemente terem uma qualidade de vida superior aos que obtêm resultado tardio e acabam sendo aprisionados às máquinas de hemodiálise até que consigam um transplante ou quando não conseguem mais resistir e chegam ao óbito.

A assistência de enfermagem é fundamental ao paciente em tratamento hemodialítico. Essa grande importância, deve-se ao fato desse profissional prestar cuidados durante todo o tratamento de hemodiálise do paciente com IRC. Esse cuidado de qualidade determina muitas vezes o melhor prognóstico da doença.

Os enfermeiros dedicados e comprometidos com o cuidado de qualidade podem contribuir de forma muito mais significativa para um tratamento mais humanizado e assim melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Neste trabalho, os resultados permitiram identificar que o índice de prevalência da DRC é mais expressivo nas regiões sudeste e centro-oeste, mas que aparecem em todas as regiões da federação Brasileira e acometem todas as faixas etárias, tendo maior prevalência entre 19 a 64 anos e pertencente do sexo masculino.

Observou-se que o enfermeiro realiza uma assistência, que enfatiza as necessidades individuais de cada cliente, proporcionando meios de atendimento que visem uma melhor adequação do tratamento. Dessa forma pode garantir uma melhor qualidade de vida, aproveitando todos os momentos para criar condições de mudanças quando necessário. A prática do cuidar está diretamente ligada à qualidade da assistência desse profissional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Paula Queiroz; GRANELLE, Ana Paula Rogeri. **Qualidade de Vida do Paciente com Insuficiência Renal Crônica**: contribuições da Enfermagem. Uberlândia – MG, 2012. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/qualidade-de-vida-do-paciente-com-insuficiencia-renal-cronica-contribuicoes-da-enfermagem/92510/>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

ARAÚJO, Elizabete Sampaio; PEREIRA, Luciane Lucio; ANJOS, Marcio Fabri. **Autonomia do paciente com doença renal crônica em tratamento hemodialítico**: a aceitação como fator decisório. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/11.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2013.

BOAVENTURA, Edvaldo Martins. Metodologia da pesquisa: **monografia, dissertação, tese**. São Paulo: Atlas, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. BVS Biblioteca Virtual em Saúde. **Insuficiência renal (doença renal crônica)**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/228_insuf_renal2.html>. Acesso em: 12 mar.2013.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Hemodiálise**. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/12852/162/ministerio-destina-r\\$-813-milhoes-para-urgencia-e-hemodialise.htm](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/12852/162/ministerio-destina-r$-813-milhoes-para-urgencia-e-hemodialise.htm)>. Acesso em: 27 out.2013.

CINTRA, Eliane de Araújo; NISHIDE, Vera Médice; NUNES, Wilma Aparecida. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 2 ed. São Paulo: Atheneu ,2008. P 458 – 459.

CHERCHIGLIA, Mariangela Leal et al. **Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004**. Rev. Saúde Pública vol.44 no. 4 São Paulo Aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.Php?Script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 set.2013.

CRAVO, Carla Danielle Lopes et al. **Perfil epidemiológico dos pacientes em hemodiálise de um hospital universitário**. Ciênc. cuid. Saúde; 10(1): 110-115 jan.-mar. 2011. Minas Gerais. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10720/pdf>>. Acesso em: 06 ago.2013.

FERMI, Marcia Regina Valente. **Diálise para enfermagem**: guia prático. - 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Cap. 3, p. 23.

INABA, Wilton Keiti. **Prevalência de Pacientes Renais Crônicos Submetidos à Hemodiálise em Unidades de Saúde Pública e Privado, Distrito Federal , Brasil, 2005**.Brasília, 2006. Disponível em

:<<http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/2766/1/Wilton%20Keiti%20Inaba.pdf>>.
Acesso em: 20 mai.2013.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia científica**. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LOUVISON, Marília Cristina Prado et al. **Prevalência de pacientes em terapia renal substitutiva no Estado de São Paulo**. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//bepa_95_gais_trs.pdf>. Acesso em: 10 out.2013.

MEDEIROS, Maria Carolina Wanderley Costa de; SÁ, Maria da Penha Carlos de. **Adesão dos portadores de doença renal crônica ao tratamento conservador**. Rev Rene, Fortaleza, 2011 jan/mar; 12(1):65-72. Disponível em <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a09v12n1.pdf>. Acesso em: 01 nov 2013.

MORTARI, Daiana Moreira et al. **Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica terminal submetidos à hemodiálise**. Scientia Medica (Porto Alegre) 2010; volume 20, número 2, p. 156-160. Disponível em:<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/6382/5423>>. Acesso em: 29 set.2013.

NASCIMENTO, Cristiano Dias; MARQUES, Isaac R. **Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura**. Rev. bras. enferm. v.58 n.6 Brasília nov./ez. 2005.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago.2013.

SANTANA, Suellen Silva ; FONTENELLE, Taynnkelle; MAGALHÃES, Larissa Maciel. **Assistência de Enfermagem Prestada aos Pacientes em Tratamento Hemodialítico nas unidades de Nefrologia**. 2013. Disponível em: <<http://www.itpac.br/hotsite/revista/artigos/63/5.pdf>>. Acesso em: 10 out.2013.

SESSO, Ricardo de Castro Cintra et al. **Diálise Crônica no Brasil - Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011**. J. Bras. Nefrol. vol.34 no.3 São Paulo July/Sept. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n3/v34n3a09.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2013.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 44, P. 1403-1406.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo de diálise SBN 2008**. Disponível em:<http://www.sbn.org.br/censos/censos_antigos/censo_2008.pdf>.Acesso em :28 set.2013.

_____. **Censo de diálise SBN 2012**. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/pdf/publico2012.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2013.

_____. **SBN 2013**. Disponível em <<http://www.sbn.org.br/leigos/?doenca-renal-cronica&menu=8>>. Acesso em: 18 ago. 2013.

SOUZA, Emilia Ferreira; MARTINO, Milva Maria Figueiredo; LOPES, Maria Helena Baena Moraes. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King**. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(4): 629-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/12.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2013.