

Perfil Clínico E Sócio Demográfico Dos Pacientes Em Tratamento De Hemodiálise No Oeste Catarinense

Clinical Profile And Demographic Partner Of Patients In Hemodialysis Treatment In The Catarinense West

Olvani Martins da Silva, Claudete Maria Kuns, Aline Bissoloti, Rosana Amora Ascari;

Como citar este artigo:

Silva OM, Kuns CM, Bissoloti A, Ascari RA. Perfil clínico e sócio demográfico dos pacientes em tratamento de hemodiálise no oeste catarinense. Revista Saúde (Sta. Maria). 2018; 44(1):1-10.

Autor correspondente:

Olvani Martins da Silva
E-mail: olvanims@hotmail.com
Telefone: (49) 9972 2233
Formação Profissional: Enfermeira
Filiação Institucional: Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC
Link para o currículo
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/872884391347720>
Endereço para correspondência:
Rua: Sete de setembro, 91D- sala 02 Bairro:Centro
CEP:89801-140- Chapecó- SC

Data de Submissão:

01/04/2017

Data de aceite:

04/02/2018

Conflito de Interesse: Não há conflito de interesse



RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer as características clínicas e sociodemográficas dos pacientes em tratamento hemodialítico no oeste de Santa Catarina, através de consulta retrospectiva em prontuários, com uma amostra de 70 pacientes em tratamento de hemodiálise. A análise de dados ocorreu por meio de estatística descritiva. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade do Estado de Santa Catarina sob o número 248.116/2013. Os resultados indicam predomínio de indivíduos do sexo masculino, idade entre 40 e 59 anos, cor branca, aposentados, com baixa escolaridade. A principal intercorrência durante a diálise foi a hipotensão, a patologia causa da Doença Renal Crônica foi o diabetes mellitus. Acredita-se que campanhas de prevenção da hipertensão e diabetes seja uma alternativa para modificar esse perfil.

Descritores: Insuficiência renal crônica; Hemodiálise; Doença crônica.

ABSTRACT

The objective of this study was to get to know the clinical and sociodemographic characteristics of patients undergoing hemodialysis treatment in the west of Santa Catarina, through a retrospective consultation in medical records, with a sample of 70 patients undergoing hemodialysis. Data analysis was performed using descriptive statistics. The project was approved by the ethics committee of the State University of Santa Catarina under the number 248,116 / 2013. The results indicate a predominance of male individuals, aged between 40 and 59 years, white, retired, with low level of schooling. The main complication during dialysis was hypotension, the cause of Chronic Kidney Disease was diabetes mellitus. It is believed that campaigns to prevent hypertension and diabetes are an alternative to modify this profile.

Descriptors: Chronic renal failure; Hemodialysis; Chronic disease.

Introdução

Com o aumento da prevalência da Doença Renal Crônica (DRC) em escala global as co-morbidades e a mortalidade obtiveram um ascensão significativa nos últimos anos. Essa doença representa um desafio para os sistemas de saúde, com custos elevados, diretamente em termos do uso de recursos financeiros e indiretamente através da perda de produtividade e redução da qualidade de vida.¹

Pelo fato de ser lenta e progressiva, o organismo vai se adaptando, o que permitem que o paciente não apresente sintomas até a perda de cerca de 50% da função renal. Pelas recomendações do Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) a classificação da doença, leva em consideração a causa, a categoria da taxa de filtração glomerular e de albuminúria.² Mas é somente quando o rim apresenta menos de 15% de sua capacidade, estágio cinco, que a terapia substitutiva é indicada.

O método substitutivo de terapia renal mais comumente utilizada é a hemodiálise, sendo que em julho de 2016, a estimativa de pacientes em tratamento dialítico era de 122,825, destes 92% realizavam hemodiálise, e apenas 8% de diálise peritoneal.³

A grande maioria dos pacientes que fazem tratamento de hemodiálise no Brasil apresentam hipertensão ou diabetes como causa da doença renal crônica, que são fatores de risco modificáveis, e aproximadamente dois milhões de brasileiros são portadores de DRC sendo que 60% destes desconhecem a patologia.⁴

Uma em cada dez pessoas no mundo sofre de doença renal crônica. Pacientes com esse tipo de doença tem maior risco de mortalidade prematura por doenças cardiovasculares, e perda de anos de vida ajustados. A falta de diagnóstico da doença, pode camuflar o real cenário da causa morte. Mesmo assim, o crescente número de doentes renais no Brasil já o tornou o vigésimo nono no ranque mundial de incidência anual e de taxas de prevalência da doença em estádios finais. As projeções para número potencial de casos de doença renal em estágio final aumentará, se, medidas preventivas para frear a hipertensão e a diabetes não forem implementadas.⁵

Tais argumentos reforçam o interesse em determinar as causas desta patologia por regiões demográficas, pois se sabe que as principais doenças de base para o desenvolvimento da insuficiência renal crônica são fatores de risco modificáveis que poderiam ser prevenidos ou retardados se a DRC fosse diagnosticada precocemente e medidas nefro e cardioprotetora implementadas na rede de atenção primária, local onde a equipe de saúde poderá estar atuando de forma assídua, evitando desfechos secundários da progressão das doenças cardiovasculares e metabólicas. Dessa forma o objetivo principal do estudo foi conhecer as características clínicas e sociodemográficas dos pacientes em tratamento hemodialítico no oeste de Santa Catarina.

Metodologia

Pesquisa exploratória retrospectiva, documental desenvolvida em uma unidade de hemodiálise no Oeste de Santa Catarina. Na ocasião, a população de pacientes atendidos na unidade era de 157 indivíduos, destes, 55% compuseram a amostra (n=70). A amostragem foi por conveniência.

A consulta nos prontuários obedeceu aos critérios de incluir pacientes com diagnóstico de DRC, maior de 18 anos, em tratamento de hemodiálise nos últimos cinco anos, com prontuário completo, excluindo os prontuários de pacientes em trânsito e óbito no período da coleta dos dados nos meses de maio a junho de 2013.

A coleta de dados ocorreu com auxílio de um instrumento com questões estruturadas, contendo dados sócios demográficos (idade, sexo, estado civil, etnia e escolaridade) e clínicos (variáveis referentes as doenças de base, relacionadas a hemodiálise e as doenças psicossomáticas com a surgimento da doença) dos pacientes. A investigação de intercorrências durante a diálise foi considerada aquelas dos últimos seis meses anteriores há data da coleta.

Os dados foram digitados e transcritos em tabela do programa micro software EXCEL e analisadas por meio de estatística descritiva. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC atendendo aos requisitos da Resolução 466/2012, sendo aprovado pelo parecer substanciado número 248.116 em 15/04/2013

RESULTADOS:

Do total de 157 prontuários dos pacientes em tratamento hemodialítico, compuseram a amostra da pesquisa 70 prontuários. A média de idade foi de 55,4 anos, com variação entre 20 e 86 anos de idade, sendo que 41,42% dos indivíduos tinham entre 40 e 59 anos. O predomínio de pessoas com mais de 60 anos foi de 39,99%. O sexo masculino apresentou prevalência, a maioria casados, autodenominados brancos, a maior parte dos prontuários não informava o grau de instrução dos pacientes, daqueles que informavam, grande parte eram de baixa escolaridade. Em relação a profissão, grande parte são aposentados. Conforme dados apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sócio demográficas dos pacientes em tratamento de hemodiálise no Oeste Catarinense. Chapecó, SC, Brasil, 2013.

Características	n	%
Faixa etária		
20 a 39	13	18,57
40 a 59	29	41,42
60 a 79	25	35,71
Acima de 80	03	4,28
Sexo		
Masculino	37	52,86
Feminino	33	47,14
Estado civil		
Solteiro	11	15,71
Casado	37	52,85
Divorciado	03	4,28
Viúvo	12	17,14
União estável	06	8,57
Não informado	02	2,85
Raça		
Branco	58	82,86
Negros	02	2,85
Pardo	01	1,43
Não informado	09	12,86
Escolaridade		
Analfabeto	02	2,85
Fundamental Incompleto	21	30,00
Fundamental Completo	02	2,85
Ensino Médio Incompleto	01	1,43
Ensino Médio Completo	02	2,85
Superior Incompleto	02	2,85
Superior Completo	00	0,00
Não Informado	40	57,14

Ocupação		
Aposentado	18	25,71
Aposentadoria por Invalidez	03	4,28
Auxílio Doença	11	15,71
Nenhuma das Alternativas	06	8,57
Não Informado	32	45,71

FONTE: Os Autores (2013).

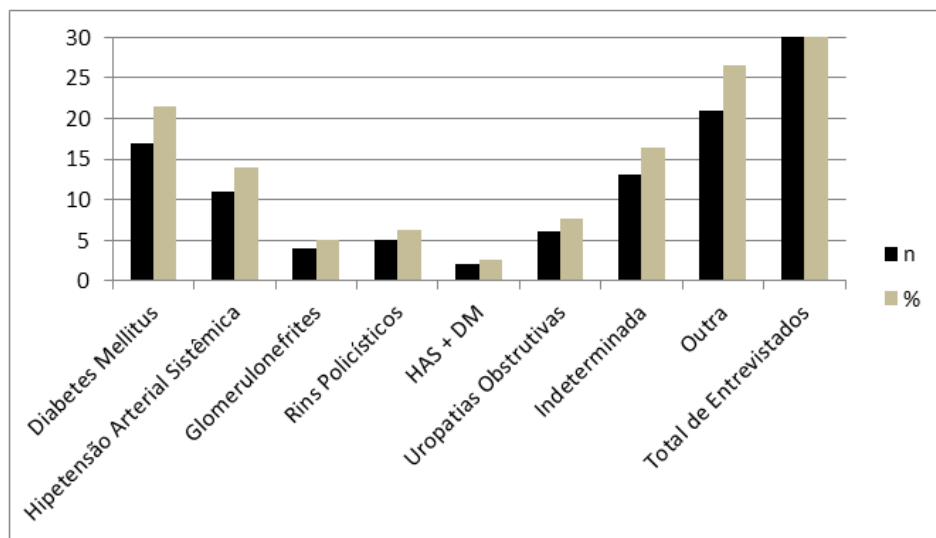
Em relação à característica clínica e de diálise dos pacientes, a maioria apresentavam resultados negativos para a sorologia de hepatite, seguidos por pacientes com sorologia positiva para hepatite B e C. Em uso de acesso venoso por meio de fístula arteriovenosa, realizando hemodiálise três vezes por semana com tempo de diálise superior a três 3:30 min. Tabela 2.

Características	n	%
Sorologias para hepatites		
Negativa	66	94,28
Positiva B	03	4,28
Positiva C	01	1,43
Via de acesso		
Fístula arteriovenosa	59	84,28
Cateter permanente	10	14,28
Cateter temporário	01	1,43
Nº de sessões/semanas de HD		
Duas sessões	01	1,43
Três sessões	67	95,71
Quatro sessões	01	1,43
Tempo transcorrido da sessão de HD		
02h30min – 03h30min	13	18,58
03h45min – 04h45min	54	77,15
05h00min	03	4,28

FONTE: Os Autores (2013).

Na investigação das patologias que causaram a insuficiência renal crônica, observa-se que a Diabetes Mellitus foi mais prevalente, seguida por causas indeterminadas e hipertensão arterial sistêmica respectivamente. Figura 1

Figura 1- Doenças de base dos pacientes em tratamento de hemodiálise no oeste de Santa Catarina. Chapecó, SC, Brasil, 2013.



Fonte: Os autores (2013)

Os principais medicamentos utilizados durante a hemodiálise são o ferro e a eritropoetina, utilizados como agente estimulador da eritropoiese, e os suplementos vitamínicos. Quanto às medicações de uso diário, encontram-se os anti-hipertensivos e protetores gástricos. Tabela 3.

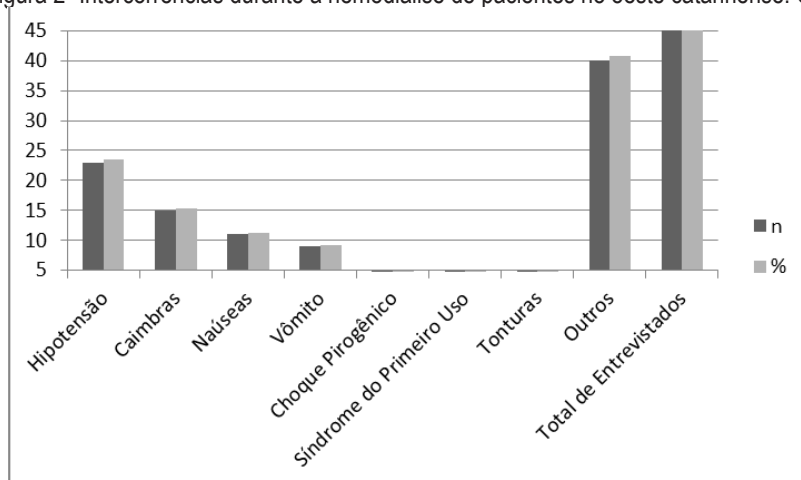
Tabela 3- Medicações usadas pelos pacientes em tratamento de hemodiálise. Chapecó, SC, Brasil, 2013.

Medicações em sala de hemodiálise	Sim	Não	%
Eritropoetina	62	8	88,57
Ferro	26	44	37,14
Bic. Sódio	03	67	4,28
Cálcio	27	43	38,57

FONTE: Os autores (2013).

As principais intercorrências registradas nos pacientes do estudo durante o procedimento de hemodiálise e são apresentadas na figura 2. Dentre as complicações, a hipotensão foi a mais prevalente, seguida por câimbras. Dos pacientes que apresentaram mais que uma complicação, hipotensão esteve associada à outra complicação, prevalecendo num contexto geral à hipotensão como a principal intercorrência trans diálise.

Figura 2- Intercorrências durante a hemodiálise de pacientes no oeste catarinense. Chapecó, SC, Brasil, 2013.



Fonte: os autores (2013)

Discussão

Neste estudo foi possível conhecer as características clínicas e sócio demográficas dos pacientes em tratamento hemodialítico no oeste de Santa Catarina, em que houve predomínio de indivíduos do sexo masculino, com média de 55,4 anos de idade, faixa etária entre 40 e 59 anos, casados, de raça branca, poucos anos de estudo e aposentados. A diabetes mellitus e a hipertensão arterial se configuraram as principais patologias de base para o desenvolvimento da insuficiência renal crônica. Dentre as medicações mais utilizadas estão a eritropoetina, e o sulfato ferroso para tratar a anemia. Os antidepressivos e ansiolíticos.

O predomínio da faixa etária entre 40 e 59 anos (41,42%) e média 55,4 anos de idade com variação entre 20 e 86 anos, foi condizente com outros estudos realizados, como, o estudo realizado na Bahia,⁶ onde a média de idade dos pacientes em tratamento hemodialítico foi de 54 anos, com variação entre 19 e 86 anos. Em Minas Gerais (36,67%) dos pacientes tinha idade entre 35 e 50 anos.⁷ Resultado semelhante também em Jequié/BA em que a média de idade dos pacientes em tratamento hemodialítico foi de 54,6 anos.⁸ No noroeste do Rio Grande do Sul a maioria dos pacientes em tratamento de hemodiálise (58,7%) tinha idade menor que 50 anos.⁹ E em São José do Rio Preto, São Paulo a média foi de 57,45 anos de idade.¹⁰

O aumento da doença renal está relacionada ao envelhecimento da população, pelo declínio da taxa de filtração glomerular e aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis como a diabetes mellitus e a hipertensão.¹¹ No que diz respeito à idade, o envelhecimento causa a perda da função renal, ou seja, as pessoas perdem 10% do número de néfrons a cada 10 anos após os 40 anos de idade, mesmo pessoas fisiologicamente normais, o fluxo plasmático renal e a filtração glomerular diminuem 40 a 50% aos 80 anos.¹²

Quanto ao gênero, neste estudo 52,86% é do sexo masculino, tais resultados são compatíveis com Jequié na Bahia, onde 73,5% dos pacientes em tratamento hemodialítico são do sexo masculino.⁸ Assim como São Paulo que apresentou 56,6% dos pacientes do sexo masculino.⁶ No Brasil entre 2000 e 2004, 57% dos indivíduos em tratamento de hemodiálise eram do sexo masculino.¹³

Em relação ao estado civil, observa-se que a maioria 52,85% são casados, resultado semelhante encontrado em Minas Gerais com 70%,⁷ no Noroeste do Rio Grande do Sul 65,3%⁹ e São José do Rio Preto- São Paulo, onde apresentou percentual de 62% dos pacientes em hemodiálise casados.¹⁰

Quanto à raça, houve predomínio da raça branca com 82,86%, semelhante ao resultado do noroeste do Rio Grande do Sul, que 62,3% da amostra do estudo eram de raça branca e 37,7% de outras etnias.⁹ Em um estudo realizado Unidade de Terapia Renal do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro com pacientes em hemodiálise, 62% da amostra correspondia a pacientes brancos, negros e pardos correspondiam a 37%.⁴ No Ceará a raça predominante foi de pardos com 46,7% da amostra e os indivíduos da raça branca correspondiam a 41,1%.¹⁴

Em Santa Catarina 89,3% da população se auto declara de raça branca, 2,6% da raça negra, 7,0% da raça parda,¹⁵ consequentemente o número de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico será maior na raça branca.

Em relação a variável escolaridade observou-se que 30% dos pacientes em tratamento hemodialítico possuem ensino fundamental incompleto. Em Minas Gerais esse índice foi de 46,67%.⁷ E no noroeste do Rio Grande do Sul a prevalência chegou a 83,3% dos pacientes, cuja escolaridade compreende ao ensino fundamental incompleto.⁹

A condição socioeconômica atua como um preditor do conhecimento sobre a doença, quanto menor o nível, menor é o conhecimento da doença e mais difícil o acesso aos serviços de saúde, consequentemente, menores são as taxas de adesão ao tratamento.¹⁶

A relação entre a falência renal e a escolaridade, apesar de não ser diretamente explicativa para o processo de adoecer, apresenta influência no diagnóstico e tratamento precoce, visto que, a procura por serviços de saúde ocorre quando o indivíduo apresenta sintomas iniciais, entre as pessoas com maior de escolaridade, acredita-se que por maior facilidade de comunicação com o profissional que lhe presta o atendimento, o início do tratamento é precoce e efetivo, reduzindo complicações, pelo fato do indivíduo possuir noções básicas nos processos de saúde e doença.¹⁷

No presente estudo, 25,71% dos pacientes em tratamento hemodialítico são aposentados, em um estudo realizado

em Fortaleza 57,14% dos pacientes eram aposentados, recebendo benefício auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez do Instituto Nacional de Seguridade Social.¹⁸ No interior do Ceará, o resultado foi similar, onde que 85% dos pacientes não possuíam atividade de trabalho, devido à doença.¹⁴

Vários são os motivos da aposentadoria ou benefício para o paciente renal em hemodiálise, dentre eles a debilidade fisiológica que a doença renal crônica causa. O próprio tratamento e o mercado de trabalho desfavorável, pois a maioria dos pacientes necessitam de três sessões semanais, com duração de quatro horas cada sessão. Outro fator, é a condição cardiovascular que fica limitada, o que prejudica o desempenho nas atividades.

Quanto à sorologia positiva para hepatites, neste estudo foram 4,28% para hepatite B e 1,43% para hepatite C. No censo brasileiro de diálise de 2011, a prevalência de sorologia positiva para o vírus da hepatite B e C, em pacientes renais crônicos, mantidos por diálise no Brasil de 1,1% e 5,5%, respectivamente. No censo de 2010 a prevalência era de 1,1% para sorologia positiva para a hepatite B e de 5,8% para o vírus da hepatite C.¹⁹

No Brasil, a região Sul é considerada de baixa endemicidade, as regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste de média endemicidade, já a Amazônia Legal, o Estado do Espírito Santo e o Oeste do Estado de Santa Catarina são considerados de alta endemicidade²⁰ por essa razão, neste estudo, houve a prevalência maior de pacientes com hepatite B.

Dos pacientes em tratamento hemodialítico, 84,28% possuem fístula arteriovenosa, corroborando com o estudo realizado em São José do Rio Preto, São Paulo em que o acesso mais utilizado na hemodiálise é a fístula arteriovenosa, em 78% dos pacientes.²¹

Para realizar uma hemodiálise efetiva é necessário um acesso permanente que permita um fluxo para o dialisador entre 200 a 500 ml/minuto em pacientes adultos. A fístula arteriovenosa é superior as próteses de politetrafluoretileno, devido a sua maior duração e menor incidência de infecção e trombozes, nesse sentido, a fístula arteriovenosa é o acesso de escolha nestes pacientes.²² Além do exposto, um acesso venoso adequado é um fator determinante da qualidade da diálise.

O tratamento de hemodiálise consiste em média de três sessões semanais, com duração de quatro horas cada sessão, dependendo da necessidade individual de cada paciente, ou seja, é dependente da função renal residual.⁴

Em relação as patologias que levaram ao desenvolvimento da doença renal crônica, a Diabetes Mellitus apresentou maior incidência nos pacientes do estudo, seguida por causas indeterminadas (aquelas não conhecidas) e hipertensão arterial sistêmica, respectivamente. As Causas indeterminadas são mais comuns nos países da Ásia e da África subsariana⁵. No interior de Minas Gerais, o fator de risco desencadeante da insuficiência renal crônica foi a hipertensão arterial sistêmica 82,8% seguido do diabetes mellitus 48,2%.⁴

A principal causa de insuficiência renal crônica na maioria das regiões do Brasil é a hipertensão arterial sistêmica, variando entre 42 a 54% dos pacientes, exceto no Norte, onde a diabetes mellitus é a principal causa de insuficiência renal crônica, com 36% dos pacientes.¹³ O censo brasileiro de diálise em 2010 aponta como principal causa de DRC a hipertensão arterial sistêmica 35%, seguido da diabetes mellitus 28%.³ No censo de 2011, os resultados foram semelhantes.¹⁹ Em Criciúma, Santa Catarina, as causas mais prevalentes de insuficiência renal crônica foram o diabetes mellitus (44,66%) seguido pela hipertensão arterial 25,24%.²³

A diabetes mellitus é a causa mais comum da insuficiência renal crônica em pacientes que iniciam o tratamento hemodialítico nos países desenvolvidos, com uma prevalência próxima aos 50%.²⁴ Juntamente com a hipertensão arterial, atualmente são as principais causas de DRC no Brasil, ambas podem estar associadas ao processo de urbanização e industrialização que ocorre nas cidades, alteração do estilo de vida, associado a um ritmo de trabalho intenso e estressante, além do sedentarismo e inadequada alimentação.¹⁷ A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de graves complicações em vários órgãos, como no cérebro, rins, coração e vasos sanguíneos.²⁵

Dos dados obtidos no presente estudo, pode-se observar que 88,57% utilizam eritropoetina, e 37,14% fazem uso de suplemento de ferro, que auxilia na prevenção da anemia ferropriva. Ele age essencialmente na formação da hemoglobina, e essa é necessária na formação das hemácias, a anemia entre outras complicações pode contribuir para as alterações no metabolismo dos nutrientes dos pacientes com DRC.²³ De acordo com o censo de diálise, a anemia apresenta uma prevalência em 39% dos pacientes e hemodiálise, apesar do suplementos de ferro endovenoso e eritropoietina.¹⁹

Ainda 38,57% dos pacientes da amostra fazem uso de cálcio. Em Alfenas, Minas Gerais, 33,33% dos pacientes faziam uso de carbonato de cálcio.⁷ O carbonato de cálcio é um suplemento de cálcio, essencial para a manutenção de diversos sistemas, entre eles o sistema nervoso, muscular, esquelético, função cardíaca, renal e respiratória. Participa da coagulação sanguínea, da permeabilidade capilar da membrana celular e de inúmeros outros eventos essenciais para a manutenção da vida. Não deve ser utilizado em pacientes com hipercalcemia, hipoparatiroidismo. Outras medicações encontradas como de uso pelo pacientes do estudo foram os protetores gástricos, entre eles: hidróxido de alumínio, omeprazol e outras medicações de uso contínuo.

Os antidepressivos mais utilizados pelos pacientes encontram-se o clonazepan, indicado para inibir crises convulsivas e epiléticas, seguido da sertralina. A pessoa com insuficiência renal crônica vivencia uma brusca mudança na sua vida, convive com limitações, com pesar de morte e o com o tratamento doloroso da hemodiálise, com isso, muitas vezes acabam nutrindo pouca esperança. A doença faz com que as pessoas deixem de trabalhar, se sintam incapazes de participar de atividades sociais, deixam de lado atividades rotineiras, interferindo de maneira negativa em sua saúde.¹²

Dentre as complicações trans-diálise, a mais prevalente foi a hipotensão arterial 15,71%, seguida de câimbras 7,14%. Em São José do Rio Preto-São Paulo, as complicações predominantes durante a hemodiálise foram a hipotensão 54,8%, seguida de hipertensão 21,2%, e câimbras 10,6%.²¹

Em Alfenas Minas Gerais hipotensão arterial ocorreu em 62,07% da amostra, seguido de vômito 44,83% e tontura 41,38%.⁷ A hipotensão é uma resposta hemodinâmica à depleção do volume, ou seja, ocorre devido à retirada brusca do líquido do espaço intravascular em pouco tempo, peso seco mal determinado, solução de diálise superaquecida, com acetato ou ainda sódio baixo, além de outros fatores.²²

Conclusão

Os pacientes renais crônicos em hemodiálise no oeste de Santa Catarina predominantemente são do sexo masculino, adultos de meia idade, brancos, com baixa escolaridade. A principal causa da doença renal crônica foi a Diabetes Mellitus, a hipotensão foi a principal complicação durante a terapia. Utilizam agente estimulador de eritropoiese e o uso de antidepressivos e ansiolíticos é alto, o que sugere estudos investigativos.

Acredita-se que a prevenção e estratégias de gerenciamento de doenças crônicas não transmissíveis, em especial a Diabetes e hipertensão, possam reduzir o peso e custo do cuidado da doença renal crônica e modificar este cenário.

Referências

1 Senevirathna L, Abeysekera T, Nanayakkara S, Chandrajith R, Ratnatunga N, Harada KH et al. Risk factors associated with disease progression and mortality in chronic kidney disease of uncertain etiology: a cohort study in Medawachchiya, Sri Lanka. *Environ Health Prev Med* [Internet]. 2012 May; 17(3):191-8. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/mdl-21881957>. Doi: 10.1007/s12199-011-0237-7.

2 Kidney Disease Improving Global Outcomes - KDIGO 2017, Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease – Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). *Kidney International Supplements* (2017) 7(Issue 1):1-60. Disponível em: <http://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/2017-KDIGO-CKD-MBD-GL-Update.pdf>

3 Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. *J Bras Nefrol* [Internet] 2017; 39(3):261-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n3/pt_0101-2800-jbn-39-03-0261.pdf

4 Cravo CDL, Miranzi SSC, Iwamoto HH, Júnio JLS. Perfil epidemiológico dos pacientes em hemodiálise de um hospital universitário. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2011 jan/mar; 10(1):110-5. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10720/pdf>

5 Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet* [Internet]. 2013 jul; 382(9888): 260–72 Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067361360687X>

6 Ammirati AL, Watanabe R, Aoqui C, Draibe AS, Carvalho AB, Abensur H et al. Variação dos níveis de hemoglobina de pacientes em hemodiálise tratados com eritropoetina: uma experiência brasileira. *Rev Assoc Med Bras* [online]. 2010;

7 Terra FS, Costa AMDD, Figueiredo ET, Morais AM, Costa MD, Costa RD. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. Rev Bras Clin Med [Internet]. 2010; 8(3):187-92. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n3/a001.pdf>

8 Mascarenhas CHM, Reis LA, Lyra JE, Peixoto AV, Teles MS. Insuficiência Renal Crônica: caracterização sócio-demográfica e de saúde de pacientes em tratamento hemodialítico no município de Jequié/BA. Espac Saúde – Rev Saúde Pública Paraná [Internet]. 2010 dez; 12(1):30-7. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v12n1/insuficiencia.pdf>

99 Zambonato TK, Thomé FS; Gonçalves LFS. Perfil socioeconômico dos pacientes com doença renal crônica em diálise na região Noroeste do Rio Grande do Sul. J Bras Nefrol [Internet]. 2008; 30(3):192-200. Disponível em: http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=57

10 Cesarino CB, Borges PP, Ribeiro RCHM, Ribeiro DF, Kusumota R. Avaliação do risco cardiovascular de pacientes renais crônicos segundo critérios de Framingham. Acta Paul Enferm [Internet]. 2013; 26(1):101-7 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/16.pdf>

11 Telles CT, Dobner T, Pomatti G, Fortunato V, Brock F. Perfil sociodemográfico, clínico e laboratorial de pacientes submetidos à hemodiálise. Rev Rene [Internet]. 2014 maio/jun; 15(3):420-6 . Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324031781006>

12 Rezende Neta DS, Brandão DB, Silva CO, Santos TMMG, Silva GRF. Avaliação renal de hipertensos pela clearance de creatinina num centro de saúde de Teresina-PI, Brasil. Rev Enferm Referência [Internet]. 2012 mar; 3(6):25-31. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserlIn6/serlIn6a03.pdf>

13 Cherchiglia ML, Machado EL, Szuster DAC, Andrade EIG, Acúrcio FA, Caiaffa WT et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. Rev Saúde Publica [Internet]. 2010 ago; 44(4):639-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/07.pdf>

14 Santos, PR. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2006; 52(5):356-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n5/a26v52n5.pdf>

15 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos sociodemográficos e análises espaciais referentes aos municípios com a existência de comunidades remanescentes de quilombos: relatório técnico preliminar [online]. Rio de Janeiro. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2007 ago. Disponível em: http://www.seppir.gov.br/publicacoes/relatoriolBGE_pdf

16 Leão e Silva LO, Soares MM, Oliveira MA, Rodrigues SM, Machado CJ, Dias CA. "To sentindo nada": percepção dos pacientes idosos sobre o tratamento de hipertensão arterial. Physis Rev Saúde Coletiva [online]. 2013; 23(1):227-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n1/13.pdf>

17 Cassini AV, Malagutti W, Rodrigues FSM, Deus RB, Barnabe AS, Francisco L et al. Avaliação dos principais fatores etiológicos em indivíduos portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise. ConScientiae Saúde [Internet]. 2010; 9(3):462-8. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/929/92915180017.pdf>

18 Furtado AM, Lima FET. Autocuidado dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica com a fistula arterio-venosa. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2006 dez; 27(4):532-8. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4638>

19 Sesso RCC, Lopes AA, Fernando Saldanha, Thomé FS, Lugon JR, Watanabeet Y et al. Diálise Crônica no Brasil: relatório do censo brasileiro de diálise, 2011. J Bras Nefrol [Internet]. 2012 jul/set; 34(3):272-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n3/v34n3a09.pdf>

20 Souza DER, Panizzi M, Cavalcanti L, Dal'ri M, Sakae, TM. Incidência de hepatite B e vacinação no estado de Santa Catarina, Brasil, 1996-2004. Arq Catarin Med [Internet]. 2007; 36(2):50-4. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/491.pdf>

21 Ribeiro RCHM, Oliveira GASA, Ribeiro DF, Bertolin DC, Cesaino CB, Lima LCEQ et al. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do estado de São Paulo. Acta Paul Enferm [internet]. 2008; 21(Especial):207-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a13v21ns.pdf>

22 Barros E, Manfro RC, Thomé FS, Gonçalves LFS. Nefrologia: Rotinas, diagnóstico e tratamento. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 24(2): 521-540.

23. Dourado, SM, Noronha, CV. Marcas visíveis e invisíveis: danos ao rosto feminino em episódios de violência conjugal. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 20(9): 2911-2920.
24. Pereira, MSP, Pereira, MS, Matos, FTC, Marques, MVF, Sarubbi, GD, Damião, JHF. Oral facial Injuries in women victims of domestic violence: integrative literature review.. *Brazilian Journal of Forensic Sciences* 2014; 4(1): 1-11.
25. Nascimento, LS, Hage, CA, Nakano, AMS, Azevedo, PSB, Letierre, A. Violência contra a mulher e consequência à saúde bucal. *Gênero na Amazônia* 2012; 2: 9-2.
26. Mattos, PR, Ribeiro, IS, Camargo, VC. Análise dos casos notificados de violência contra a mulher. *Cogitare Enfermagem* 2012; 17(4): 738-744.