



## Hábitos alimentares e suas relações com as condições socioeconômicas de indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico

Food habits and their relationship with the socioeconomic conditions of individuals with chronic kidney disease in dialytic treatment

### RESUMO

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma perda gradual, progressiva e irreversível das funções renais e pelo seu avanço, se tornou um problema de saúde pública. Diante disso, esse estudo tem por objetivo analisar a influência das condições socioeconômicas sobre hábitos alimentares em pacientes com DRC em hemodiálise. Consiste em uma pesquisa epidemiológica descritiva, observacional, transversal de natureza quantitativa sendo a população desta pesquisa pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos estando em tratamento hemodialítico. Verificou-se que a maioria dos pacientes recebiam de um a dois salários, apresentaram consumo relevante de legumes e verduras, assim como o baixo consumo de ultraprocessados e industrializados. Além disso, a DRC foi causada predominantemente por diabetes e hipertensão e grande parte apresentou situação de eutrofia, entretanto, revelando um quadro de risco muito elevado para doenças cardiovasculares e média baixa para composição muscular. Portanto, é possível que a classe social influencie sobre os aspectos alimentares, sendo necessárias medidas nutricionais para possibilitar uma melhor qualidade de vida a todos os usuários dialíticos.

Palavras- chaves: Comportamento alimentar, Classe social, Insuficiência Renal Crônica, Diálise Renal.

### ABSTRACT

*Chronic Kidney Disease (CKD) is a gradual, progressive and irreversible loss of kidney functions and due to its advancement, it has become a public health problem. Therefore, this study aims to analyze the influence of socioeconomic conditions on eating habits in patients with CKD on hemodialysis. It consists of a descriptive, observational, cross-sectional epidemiological research of a quantitative nature, with the population of this research being patients of both sexes, over 18 years of age undergoing hemodialysis. It was found that most patients received from one to two salaries, had a relevant consumption of vegetables, as well as the low consumption of ultra-processed and industrialized vegetables. In addition, CKD was predominantly caused by diabetes and hypertension and most of them presented eutrophic situations, however, revealing a very high risk of*



*cardiovascular diseases and low average for muscle composition. Therefore, it is possible that social class influences food aspects, requiring nutritional measures to enable a better quality of life for all dialysis users.*

*Keywords: Eating behavior, Social class, Chronic renal failure, Renal dialysis.*

## 1. INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) baseia-se na perda gradual, progressiva e irreversível das funções renais. Os rins são responsáveis por fazer a filtração do sangue eliminando substâncias tóxicas produzidas pelo organismo, água e atuando também na produção de hormônios que se relacionam com o controle da pressão arterial sanguínea e na geração de glóbulos vermelhos, por exemplo, sabendo assim, que quando esses órgãos já não possuem mais a capacidade de realizar suas funções ocorre um conjunto de problemas no estado de saúde do indivíduo (MORSCH; VERONESE, 2011).

Sabe-se que pelo crescimento acelerado, o avanço da Doença Renal Crônica assumiu um caráter de um relevante problema de saúde pública (VASCONSELOS et al., 2013). Desse modo, segundo o Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica do ano de 2017, o número de pacientes e de incidência e prevalência em hemodiálise (HD) estão em contínuo aumento, resultando na estimativa de 126.583 usuários dessa terapia no Brasil (THOMÉ et al., 2017).

Dessa forma, pode-se dizer que a evolução da DRC está ligada a alguns fatores como os sociais e econômicos que definem os hábitos alimentares e também os cotidianos, refletindo na qualidade de vida dos pacientes (VAZ; FREITAS; FORNÉS, 2010). Com isso, certos aspectos como moradia, transporte, saneamento básico, emprego e educação influenciam nas escolhas e disponibilidades alimentares, fazendo com que os indivíduos desenvolvam hábitos que norteiam a condição de saúde impactando no estado da doença (MARTÍNEZ *et al.*, 2011).

Além disso, o acesso a serviços de saúde de acordo com a classe social influencia na qualificação do tratamento, sendo que quanto maior for o poder aquisitivo mais especializações o indivíduo terá, determinando assim o grau de qualidade de vida do paciente (TELLES *et al.*, 2013).

Segundo Karkar (2012, p. 1146) "a hemodiálise convencional continua sendo a principal modalidade de terapia renal substitutiva para pacientes com doença renal". Entretanto, Ferreira (2014, p. 11) diz que "o tratamento de hemodiálise, [...] gera frustração e limitações, uma vez que é acompanhado de diversas restrições". Isso evidencia a forma de como o tratamento afeta o indivíduo.

Sendo assim, é de extrema relevância destacar o importante papel que a hemodiálise possui no tratamento dessa doença, que é explicada pela dependência que o paciente desenvolve ao fazer uso dessa tecnologia, principalmente por ser uma doença de natureza irreversível (LOPES et al., 2013).



Enquanto isso, esse mesmo tratamento desaponta o paciente por limitá-lo, no que diz respeito à dieta, ingestão hídrica e até mesmo pela impossibilidade de atuar em algum tipo de emprego, tendo a necessidade de aderir novas rotinas para que os objetivos do tratamento sejam alcançados (COUTINHO *et al.*, 2011).

Além do mais, a hemodiálise está fortemente associada ao estado nutricional do paciente, por essa terapia ser capaz de desenvolver desnutrição e agravar as patologias podendo piorar as condições de saúde dos indivíduos dialíticos (SÁNCHEZ *et al.*, 2015).

Desse modo, observa-se que embora esse tipo de tratamento desenvolva algumas insatisfações aos seus usuários, ele é extremamente eficiente por ser um avanço tecnológico que aumenta a sobrevida dos doentes renais crônicos (SANTOS *et al.*, 2013).

Além disso, o crescimento das DCNT como o Diabetes Mellitus do tipo 2 é de total reconhecimento, sendo um fator preocupante por ser uma doença que tem por consequência a lesão de vasos sanguíneos, afetando também os rins, sendo capaz de causar falha renal total. Dessa maneira, assim como o diabetes, a Hipertensão Arterial Sistêmica é considerada uma DCNT e consiste nos elevados níveis de pressão sanguínea, sendo uma das principais causas de insuficiência renal quando não há controle adequado (COSTA, 2013).

Com isso, logo quando há o diagnóstico da doença renal o necessário é o paciente se submeter ao tratamento conservador. Esse, por sua vez, é responsável por preservar as funções renais através de mudanças no estilo de vida e na dieta para que haja o retardo da progressão ou estabilização da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2020).

Dessa forma, segundo Wolf (2011, p. 4017) confirma-se que o diabetes em muitos países, é considerada a doença que mais provoca a insuficiência renal. Com esse efeito, ressalta-se que a atenção a essa patologia deve ser considerada importante por ser um aspecto influenciador da falência renal.

Enquanto isso, para Jah *et al.* (2013) o aumento de casos de hipertensão arterial indica que consequentemente o número de doença renal tende a aumentar. Sendo assim, pode-se destacar a grande influência dessa doença na incidência da DRC.

Entretanto, através do tratamento conservador é possível retardar, interromper ou melhorar os desfechos clínicos da progressão da doença (ROCHA *et al.*, 2018, p. 648). Desse modo, isso demonstra que apesar de ser uma doença grave, a possibilidade de qualidade de vida e de aumento de sobrevida é existente.

Portanto, a incidência da DRC é considerável visto que, principalmente as DCNT que são provocadoras de insuficiência renal também têm aumentado. Desse modo, as condições socioeconômicas dos indivíduos contribuem positivamente ou negativamente no avanço da enfermidade (JOHNSON *et al.*, 2014). Além disso, sabe-se que o tratamento conservador é



importante logo após o diagnóstico da doença, assim como o tratamento de hemodiálise que possui alta eficiência, mesmo que provoque certos descontentamentos aos usuários (SANTOS *et al.*, 2014).

Além disso, o estado nutricional dos indivíduos dialíticos é um elemento decisivo na competência da hemodiálise, tornando-se necessária à avaliação nutricional dos mesmos por saber que se há presença de desnutrição, a progressão da doença será acentuada (GRASSELLI *et al.*, 2016). Sendo assim, quando o estado nutricional do indivíduo é adequado, a diálise torna-se eficaz, ressaltando a relevância da meticulosidade da avaliação nutricional que por consequência possibilita medidas com a capacidade de intervir antecipadamente, reduzindo assim os riscos de morbimortalidade (CLAUDINO; SOUZA; MEZZOMO, 2018).

Por outro lado, a associação da desnutrição com a DRC é devido a fatores como a perda de nutrientes durante a diálise, sarcopenia e também pela ingestão alimentar inadequada, evidenciando que a desnutrição é um fator que evolui o quadro do paciente dialítico, aumentando as possibilidades de adoecimentos e recorrência de internações hospitalares (BOUSQUET-SANTOS; COSTA; ANDRADE, 2017).

Dessa maneira, soma-se o estado e a avaliação nutricional, observando, portanto, que estão profundamente conectados para que a terapia renal substitutiva tenha êxito, proporcionando uma melhora na qualidade de vida dos indivíduos dialíticos (FERNANDES; MUTTONI, 2016).

Nessa perspectiva, diante do enorme número crescente de pacientes dialíticos, percebe-se a necessidade de os hábitos alimentares dos mesmos serem relacionados com as condições socioeconômicas apresentadas por cada indivíduo.

Portanto, indaga-se se os hábitos alimentares dos indivíduos com doença renal crônica sofrem influência das condições socioeconômicas dos mesmos.

Frente a essa problemática, se propôs com o presente estudo, identificar as condições socioeconômicas, descrever e analisar os hábitos alimentares dos indivíduos com doença renal crônica em hemodiálise para que seja possível analisar a influência dessas condições socioeconômicas sobre hábitos alimentares em indivíduos dialíticos.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

### *2.1 TIPO DE PESQUISA*

Consiste em uma pesquisa epidemiológica descritiva, observacional, transversal de natureza quantitativa que foi desenvolvida com pacientes de ambos os sexos que realizam hemodiálise em uma clínica da cidade de Colatina, localizada no Espírito Santo (ES), Brasil.

### *2.2 AMOSTRA*



A população desta pesquisa referiu-se a pacientes em hemodiálise de ambos os sexos, maiores de 18 anos e que estavam realizando terapia renal substitutiva hemodialítica. Dessa forma, a pesquisa possuiu a participação de uma clínica da cidade de Colatina no Espírito Santo (ES), Brasil, na Casa de Saúde e Maternidade Santa Maria, totalizando aproximadamente 60 usuários que utilizavam os serviços de hemodiálise.

Fez-se necessário o paciente atender critérios de inclusão como ter diagnóstico confirmado em prontuário de doença renal crônica (DRC) pelos CIDs: CID 10: N18 (insuficiência renal crônica), CID 10: N180 (doença renal em estágio final), CID 10: N188 (outra insuficiência renal crônica), CID 10: N189 (insuficiência renal crônica não especificada) e CID 10: N19 (insuficiência renal não especificada); estar em tratamento de hemodiálise e estar deambulando. Os critérios de exclusão foram indivíduos em precaução de contato; indivíduos com ascite e os que foram transferidos para outra clínica.

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e iniciou após a aprovação pelo mesmo. Os indivíduos tiveram participação voluntária e o consentimento foi feito através por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em que ficaram cientes da realização do estudo, sigilo das informações e anonimato, de acordo com a Resolução CNS 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

### *2.3 COLETA DE DADOS*

Os pacientes foram entrevistados durante a sua permanência na clínica, em que responderam a um questionário semiestruturado e ao término da sessão de hemodiálise eles foram submetidos a coletas de dados antropométricos.

#### *2.3.1 PERCEPÇÃO DO AMBIENTE*

Foi utilizado o questionário validado para o Brasil por Santos (2013), para avaliar o dado de disponibilidade de alimentos saudáveis.

#### *2.3.2 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS*

Foram avaliados os dados de sexo feminino e masculino, raça/cor sendo elas preta, parda, branca, amarela e indígena, idade em anos completos, escolaridade sabendo até que série o indivíduo estudou, atividade profissional classificada em atividade, afastados/aposentados/beneficiários e desempregados, município de moradia, renda familiar relacionando o número de salários mínimos recebidos por indivíduo, estado civil tendo classificação de casado, vive com companheiro, solteiro, separado, divorciado e viúvo, o número de pessoas na família e capital social do usuário dialítico que avalia as fontes de recursos disponíveis e o acesso a outros variados tipos de recursos.

#### *2.3.3 HISTÓRIA CLÍNICA*



Foram avaliados dados sobre o tempo de DRC de acordo com o tempo em meses e ano desde o diagnóstico do paciente, o tempo de realização de terapia renal substitutiva, a utilização de tratamento conservador, doenças de base como glomerulonefrite crônica, nefrosclerose hipertensiva, nefropatia diabética, doença renal policística, diabetes e hipertensão, a utilização de medicamentos e a via com que conseguiam o acesso aos mesmos e a via de acesso para a realização da hemodiálise como fístula, cateter ou outros, além da frequência de diálise que se classificam em hemodiálise convencional sendo essa a tradicional em que o paciente permanece em média quatro horas realizando o tratamento, comparecendo a clínica três vezes na semana (SARAN, 2006; MATOS; LOPES, 2009); hemodiálise noturna prolongada sendo realizada em domicílio por um período prolongado diariamente e hemodiálise diária de curta duração, tendo uma duração de duas a três horas, sendo realizada por seis sessões semanais.

#### 2.3.4 HÁBITOS DE VIDA

Para avaliar os hábitos alimentares e consumo alimentar foi utilizado o questionário adaptado da pesquisa "Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico" 2015 (BRASIL, 2017).

#### 2.3.5 CONDIÇÃO DE SAÚDE

Para avaliar a condição de saúde dos indivíduos utilizou-se o questionário de condição de saúde em que indagava aos mesmos sobre doenças cardiovasculares, doenças hepáticas, diabetes, câncer, sintomas gastrointestinais, histórico familiar e também sobre o estado do apetite do paciente.

O estado nutricional foi analisado através da coleta de dados antropométricos como peso (Kg), estatura (cm), perímetro da cintura (cm), perímetro do braço (cm), perímetro da panturrilha (cm), prega cutânea tricipital (mm), espessura do músculo adutor do polegar (mm).

O peso dos indivíduos foi coletado através de balanças portáteis da marca Tanita®, com capacidade para 150 Kg. Foi necessário os pacientes subirem na balança descalços, com o mínimo de roupas possível e em posição ereta, seguindo parâmetros de Lohman (1988).

Para a coleta da estatura dos pacientes foi utilizado um estadiômetro portátil com precisão de 1 mm da marca Sanny®, em que os mesmos permaneceram em posição ereta, com o olhar fixo para o horizonte e braços estendidos ao longo do corpo.

O perímetro da cintura (PC) foi coletado através da fita métrica inextensível de 1 cm de largura em dupla medição da marca Sanny®. A fita foi posicionada no ponto médio entre a margem inferior da última costela e a crista ilíaca, sendo que quando esse tipo de aferição não era possível ser realizada, usava-se a cicatriz umbilical para essa finalidade (HUNTER *et al.*, 1997).



Para a aferição do perímetro do braço (PB) era necessário o braço formar um ângulo de 90°, e a medida era realizada com a fita, após a localização do ponto médio desse membro superior.

O perímetro da panturrilha (PP) foi aferido com uma volta da fita ao redor da panturrilha em sua maior circunferência.

A aferição da prega cutânea tricipital (PCT) foi realizada por meio do adipômetro, na parte posterior do braço com o mesmo relaxado, o tecido muscular era separado para realizar a aplicação da medida (LOHMAN, 1988).

A espessura do músculo adutor do polegar (EMAP) foi aferida com a pinça do adipômetro Lange® no músculo do adutor, em que o paciente deveria estar sentado com a mão sobre a perna.

Todas as aferições foram realizadas nos membros inferiores em que estavam localizadas as vias de acessos para a hemodiálise.

Para classificar os dados antropométricos foram utilizados:

- O Índice de massa corporal (IMC), sendo necessários o peso seco (Kg) e a altura (m), utilizando a seguinte fórmula:  $IMC = \text{Peso}/\text{Altura}^2$ . Sendo utilizados os seguintes valores de referência para o IMC: < 16 Magreza grau III; 16 – 16,9 Magreza grau II; 17 – 18,4 Magreza grau I; 18,5 – 24,9 Eutrofia; 25 – 29,9 Sobrepeso; 30- 34,9 Obesidade grau I; 35- 39,9 Obesidade grau II; > 40 Obesidade grau III (WHO, 2000), já para a classificação do IMC para idosos foram os valores de < 22 Baixo peso; 22 – 27 Eutrofia; > 27 Excesso de peso (LIPZSHITZ, 1994).

- A circunferência da cintura com o ponto de corte  $\geq 94$  cm para homens e  $\geq 80$  cm (WHO, 2000) para identificar obesidade abdominal.

- A circunferência do braço e também a prega cutânea tricipital para classificar a composição corporal de gordura, tendo valores de referência de Percentil  $\leq 5$  Déficit; 5 – 15 Risco de déficit; 15- 85 Média; 85 -90 Acima de média;  $\geq 90$  Excesso de gordura (SAMPAIO, 2012).

- O perímetro da panturrilha com o ponto de corte de 31 cm (WHO, 1995). O músculo do adutor do polegar possuindo referência de 12,5 mm para homens e de 10,5 (LAMEU *et al.*, 2004). Esses foram utilizados para classificar a massa muscular dos pacientes.

## 2.4 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram apresentados a partir de estatísticas descritiva, no qual as variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa e as variáveis quantitativas foram



apresentadas na forma de média e desvio padrão. Os dados foram avaliados com auxílio do software Excel versão 14.0.7258.5000 e ano 2010.

## 2.5 RESULTADOS

Através da coleta de dados foram selecionados alguns questionários que norteiam em como condições socioeconômicas são capazes de influenciar nos hábitos alimentares de pacientes dialíticos.

A Tabela 1 a seguir apresenta os dados sóciodemográficos da amostra, sendo que 68% do total da mesma correspondeu ao sexo masculino, a maior parte dos pacientes reside nas cidades correspondentes ao Grupo 2 (Linhares, Baixo Guandu, Colatina, Marilândia, Itapina, Córrego Jequitibá e Aracruz) resultando em 51% da amostra, as maiores classificações da atividade profissional foram de 44% e 42% respectivamente para pacientes em atividade e afastados/aposentados/beneficiários. Sobre o estado civil, 58% são casados, 47% dos mesmos convivem com 3 a 4 pessoas, a maior parte resultante em 40% possuía o ensino fundamental incompleto, 21% completou o ensino médio e apenas 9% possuía ensino superior completo, a etnia predominante da amostra foi a parda resultando em 53%, 72% eram chefes de família, 47% dos pacientes recebiam entre 1 a 2 salários mínimos e 33% mais de 2 até 5 salários mínimos sendo essas as maiores partes dessa classificação e 74% da amostra possuía de 1 a 4 dependentes dessa renda.

**Tabela 1** – Dados Sociodemográficos

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	39	68%
Feminino	18	32%
<b>Cidade que reside *</b>		
Grupo 1	14	25%
Grupo 2	29	51%
Grupo 3	10	17%
Não Sabe/Não quis responder	4	7%
<b>Atividade Profissional</b>		
Afastados/Aposentados/Beneficiários	24	42%
Em Atividade	25	44%
Desempregados	7	12%
Não Sabe/Não Quis responder	1	2%
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	11	19%
Casado	33	58%
Vive com o companheiro	3	5%
Separado	1	2%
Divorciado	5	9%
Viúvo	4	7%
<b>Número de pessoas que moram na residência</b>		
1 a 2	26	46%
3 a 4	27	47%
5 ou mais	4	7%
<b>Escolaridade</b>		
Não Estudou	6	11%
Fundamental Incompleto	23	40%
Fundamental Completo	7	12%
Médio Incompleto	4	7%
Médio Completo	12	21%
Superior Incompleto	0	0%
Superior Completo	5	9%
<b>Etnia</b>		
Branco	14	25%
Preta e Parda	41	71%
Oriental	1	2%
Não Sabe/Não quis responder	1	2%
<b>Chefe de Família</b>		
Sim	41	72%
Não	15	26%
Não Sabe/Não quis responder	1	2%
<b>Renda</b>		
Menos de 1 salário	5	9%
Entre 1 e 2 salários	27	47%
Mais de 2 e até 5 salários	19	33%
Mais de 5 e até 10 salários	4	7%
Mais de 10 salários	0	0%
Não Sabe/Não quis responder	2	4%
<b>Número de pessoas que dependem da renda</b>		
1 a 2	21	37%
3 a 4	21	37%
5 ou mais	7	12%
Não Sabe/Não quis responder	8	14%

Fonte: Elaborada pela autora

\* **Legenda: Grupo 1:** Ecoporanga, Barra de São Francisco, São Gabriel da Palha, Vila Valério, Alto Rio Novo; **Grupo 2:** Linhares, Baixo Guandu, Colatina, Marilândia, Itapina, Córrego Jequitibá, Aracruz; **Grupo 3:** São Jacinto, São Roque do Canaã, Santa Tereza, Aimorés.



A tabela 2 demonstra a descrição das variáveis que caracterizam a compra e hábitos gerais da alimentação dos pacientes.

A maior parte da amostra possui o hábito de realizar compras em supermercados resultando em 89% e apenas 2% da mesma fez o uso de feiras orgânicas, a frequência mensal de compras correspondeu ao maior número dos pacientes sendo 42%, 36% realizaram compras semanalmente e 22% possuíam uma frequência diária e quinzenal. Sobre o local onde realizavam as refeições, 78% faziam somente à mesa e 22% em frente à televisão, computador, celular e à mesa e em frente à televisão, 65% não possuía o hábito de comer fora de casa e 35% possuía esse hábito sendo que 12% dos mesmos se alimentavam de 1 a 3 vezes por mês fora de suas residências. Em relação ao número de refeições realizadas durante o dia, 49% se alimentava quatro vezes e somente 7% dos pacientes faziam seis refeições diárias e grande parte da amostra nunca costumava trocar o almoço e jantar por lanches, correspondendo respectivamente 75% e 61% para as duas refeições.

**Tabela 2** - Caracterização da compra e hábitos gerais da alimentação

Variáveis	n	%
<b>Em que locais costuma adquirir seus alimentos?</b>		
Supermercados	51	89%
Mercados/Padarias	6	10%
Feiras Convencionais	10	17%
Feiras Orgânicas	1	2%
Produção própria (Horta em casa)	4	7%
<b>Com que frequência costuma adquirir seus alimentos?</b>		
Diariamente	6	11%
Semanalmente	21	36%
Quinzenalmente	6	11%
Mensalmente	24	42%
<b>As refeições são feitas geralmente:</b>		
À mesa	45	78%
Em frente a TV/Computador/Celular	6	11%
À mesa e em frente a TV	6	11%
<b>Tem hábito de comer fora de casa?</b>		
Não	37	65%
Sim	20	35%
<b>Se sim, Quantas vezes?</b>		
1 a 3 vezes por mês	7	12%
1 vez por semana	5	9%
2 a 5 vezes por semana	5	9%
Mais de 6 vezes por semana	1	2%
Não se aplica/ Não sabe	39	68%
<b>Quantas refeições costuma fazer por dia?</b>		
2	3	5%
3	16	28%
4	28	49%
5	5	9%
6	4	7%
Não sabe/não quis responder	1	2%
<b>Quantas vezes por semana costuma trocar a comida do ALMOÇO por lanches?</b>		
1 a 2 dias/semana	4	7%
3 a 4 dias/semana	2	4%
5 a 6 dias/semana	0	0%
Todos os dias	0	0%
Quase nunca	8	14%
Nunca	43	75%
<b>Quantas vezes por semana costuma trocar a comida do JANTAR por lanches?</b>		
1 a 2 dias/semana	8	14%
3 a 4 dias/semana	2	4%
5 a 6 dias/semana	1	2%
Todos os dias	0	0%
Quase nunca	10	17%
Nunca	35	61%
Não se aplica/Não sabe	1	2%

Fonte: Elaborada pela autora

A tabela 3 a seguir descreve o consumo de alimentos saudáveis da amostra.

Em relação a quantos dias da semana os pacientes costumavam consumir feijão, verduras e legumes, verduras e legumes crus e verduras e legumes cozidos, os resultados da amostra foram respectivamente 72%, 61%, 47% e 31% para o consumo diário desses alimentos, a maior parte



consumia os tipos de saladas crua e cozida no almoço e no jantar resultando na devida ordem em 49% e 54%, 44% dos pacientes quase nunca ou nunca consumiam suco de fruta natural e 54% faziam esse consumo com alguma frequência durante a semana sendo que 60% dos que ingerem esse tipo de suco bebem apenas 1 copo por dia, 40% da amostra consome frutas, porém a maior correspondente a 58% ingere apenas uma vez ao dia.

**Tabela 3** – Consumo de alimentos saudáveis

Variáveis	n	%
<b>Em quantos dias costuma comer feijão?</b>		
1 a 2 dias/semana	4	7%
3 a 4 dias/semana	6	11%
5 a 6 dias/semana	2	4%
Todos os dias	41	72%
Quase nunca	1	2%
Nunca	2	4%
<b>Em quantos dias costuma comer verdura ou legume?</b>		
1 a 2 dias/semana	7	12%
3 a 4 dias/semana	10	17%
5 a 6 dias/semana	1	2%
Todos os dias	35	61%
Quase nunca	1	2%
Nunca	2	4%
Não sabe	1	2%
<b>Em quantos dias costuma comer verdura ou legume cru?</b>		
1 a 2 dias/semana	7	12%
3 a 4 dias/semana	14	25%
5 a 6 dias/semana	4	7%
Todos os dias	27	47%
Quase nunca	2	4%
Nunca	3	5%
<b>Em quantos dias costuma comer verdura ou legume cozido?</b>		
1 a 2 dias/semana	14	24%
3 a 4 dias/semana	17	30%
5 a 6 dias/semana	2	4%
Todos os dias	18	31%
Quase nunca	2	4%
Nunca	3	5%
Não sabe	1	2%
<b>Quantos dias costuma tomar suco de frutas natural?</b>		
1 a 2 dias/semana	14	24%
3 a 4 dias/semana	4	7%
5 a 6 dias/semana	4	7%
Todos os dias	9	16%
Quase nunca	16	28%
Nunca	9	16%
Não sabe	1	2%
<b>Em quantos dias costuma comer frutas?</b>		
1 a 2 dias/semana	12	21%
3 a 4 dias/semana	9	16%
5 a 6 dias/semana	1	2%
Todos os dias	23	40%
Quase nunca	10	17%
Nunca	2	4%

Fonte: Elaborada pela autora

A tabela 4 apresenta a disponibilidade de alimentos saudáveis para a amostra.

Entre os voluntários deste estudo, 60% dos pacientes que encontravam frutas, legumes e verduras frescos próximos à residência e 72% concordaram que esses eram de boa qualidade, 58% e 56% concordaram totalmente que existem alimentos com baixo teor de gordura e locais para lanches e refeições rápidas próximas à residência, respectivamente.

**Tabela 4** – Disponibilidade de alimentos saudáveis

Variáveis	n	%
<b>Encontra-se frutas, verduras e legumes frescos próximos à residência</b>		
Concordo totalmente	34	60%
Concordo parcialmente	7	12%
Não concordo nem discordo	1	2%
Discordo parcialmente	4	7%
Discordo totalmente	11	19%
<b>Encontra-se frutas, verduras e legumes frescos são de boa qualidade</b>		
Concordo totalmente	41	72%
Concordo parcialmente	5	9%
Não concordo nem discordo	1	2%
Discordo parcialmente	2	3%
Discordo totalmente	7	12%
Não se aplica	1	2%
<b>Encontra-se alimentos com baixo teor de gordura próximos à residência</b>		
Concordo totalmente	33	58%
Concordo parcialmente	3	5%
Não concordo nem discordo	2	4%
Discordo parcialmente	6	10%
Discordo totalmente	11	19%
Não sabe/Não se aplica	2	4%
<b>Há locais para lanches e refeições rápidas próximos à residência</b>		
Concordo totalmente	32	56%
Concordo parcialmente	8	14%
Não concordo nem discordo	2	4%
Discordo parcialmente	8	14%
Discordo totalmente	6	10%
Não se aplica	1	2%

Fonte: Elaborada pela autora

A tabela 5 em seguida descreve o consumo de alimentos proteicos pelos pacientes.

A maior parte da amostra consumia carne vermelha de 3 a 4 dias por semana resultando em 35%, e 54% retirava o excesso de gordura desse tipo de carne e apenas 18% ingeria esse excesso, a carne de frango era consumida por 44% dos pacientes de 1 a 2 dias por semana e apenas 10% consumiam todos os dias sendo que 63% desses retiravam sempre a pele dessa carne ao comerem, 33% não consumia leite sendo a maior parte da amostra, porém, quando consumiam 58% ingeriam o leite integral e 7% escolhiam o tipo desnatado e semidesnatado.

**Tabela 5** – Consumo de alimentos proteicos

Variáveis	n	%
<b>Em quantos dias costuma comer carne vermelha?</b>		
1 a 2 dias/semana	15	26%
3 a 4 dias/semana	20	35%
5 a 6 dias/semana	1	2%
Todos os dias	10	18%
Quase nunca	6	10%
Nunca	5	9%
<b>Quando come carne vermelha com gordura, costuma:</b>		
Tirar sempre o excesso de gordura	31	54%
Comer com gordura	10	18%
Não come pedaços de carne vermelha com muita gordura	10	18%
Não se aplica/Não sabe	6	10%
<b>Em quantos dias costuma comer frango/galinha?</b>		
1 a 2 dias/semana	25	44%
3 a 4 dias/semana	17	30%
5 a 6 dias/semana	4	7%
Todos os dias	6	10%
Quase nunca	2	4%
Nunca	3	5%
<b>Quando come frango/galinha com pele, costuma:</b>		
Tirar sempre a pele	36	63%
Comer com a pele	9	16%
Não come pedaços de frango com a pele	8	14%
Não se aplica/Não sabe	4	7%
<b>Em quantos dias costuma tomar leite?</b>		
1 a 2 dias/semana	12	21%
3 a 4 dias/semana	6	10%
5 a 6 dias/semana	0	0%
Todos os dias	14	25%
Quase nunca	5	9%
Nunca	19	33%
Não se aplica/Não sabe	1	2%
<b>Quando toma leite, que tipo de leite costuma tomar?</b>		
Integral	33	58%
Desnatado ou Semidesnatado	4	7%
Os dois tipos	2	4%
Não se aplica/Não sabe	18	31%

Fonte: Elaborada pela autora

A tabela 6 descreve o consumo de alimentos ultraprocessados e industrializados por parte dos pacientes.

Observou-se que 56% deles nunca consumiam refrigerantes ou suco artificial e apenas 4% consumiam todos os dias, 35% sendo a maioria nunca fazia consumo de embutidos e da mesma forma 44% nunca consumia biscoitos recheados ou chips, 29% da amostra nunca consumia doces e 23% consumia de 1 a 2 vezes na semana sendo que 37% fazia esse consumo uma vez ao dia. A maior parte dos pacientes correspondente a 81% adotou medidas para reduzir o consumo de sal dos alimentos, 84% deram preferência a produtos industrializados com menor teor de sal, 14% não apresentaram essa ação e 2% não sabia responder a essa pergunta.

**Tabela 6** – Consumo de alimentos ultraprocessados e industrializados

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Em quantos dias costuma tomar refrigerante/suco artificial?</b>		
1 a 2 dias/semana	6	10%
3 a 4 dias/semana	1	2%
5 a 6 dias/semana	1	2%
Todos os dias	2	4%
Quase nunca	13	22%
Nunca	32	56%
Não se aplica/Não sabe	2	4%
<b>Quantas vezes por semana consome embutidos?</b>		
1 a 2 dias/semana	15	26%
3 a 4 dias/semana	5	9%
5 a 6 dias/semana	0	0%
Todos os dias	1	2%
Quase nunca	16	28%
Nunca	20	35%
<b>Quantas vezes por semana consome biscoito (chips/recheado)?</b>		
1 a 2 dias/semana	6	10%
3 a 4 dias/semana	2	4%
5 a 6 dias/semana	1	2%
Todos os dias	7	12%
Quase nunca	16	28%
Nunca	25	44%
<b>Quantas vezes por semana consome alimentos doces?</b>		
1 a 2 dias/semana	13	23%
3 a 4 dias/semana	2	4%
5 a 6 dias/semana	1	2%
Todos os dias	3	5%
Quase nunca	22	37%
Nunca	17	29%
<b>Tem adotado alguma medida para reduzir o consumo de sal?</b>		
Sim	46	81%
Não	10	17%
Não se aplica/Não sabe	1	2%
<b>Tem dado preferência a produtos industrializados com menor teor de sal?</b>		
Sim	48	84%
Não	8	14%
Não se aplica/Não sabe	1	2%

Fonte: Elaborada pela autora

A tabela 7 em seguida descreve a condição de saúde da amostra. As doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, diabetes e dislipidemia correspondem de forma respectiva às porcentagens de 41,5%, 21%, 13,4% e 8,5% entre os dados coletados sabendo que foram as patologias mais comuns relatadas pelos pacientes, 3,5% dos mesmos apresentou câncer de próstata, 1,8% câncer de mama, da mesma forma para câncer de pele e de osso sendo que 91,2% não sabiam responder essa pergunta. Os sintomas mais frequentes apresentados foram alterações do funcionamento do Trato Gastrointestinal, náuseas/enjoos/Vômitos, câimbras/Contrações musculares involuntárias, queda de pressão arterial que se relaciona as seguintes porcentagens na devida ordem 15,1%, 14,4%, 12,5% e 8,2%. 60% da amostra apresentou o apetite preservado, 28% diminuído e 12% estavam com o apetite aumentado, 52,1% dos pacientes possuía histórico familiar de doenças cardiovasculares, 15,3% de diabetes, 8,6% de doença renal crônica, 6,1% de dislipidemia sendo essas as doenças mais predominantes nessa questão.

**Tabela 7** – Condição de saúde

Variáveis	n	%
<b>Já foi informado através do médico que possui algumas dessas doenças</b>		
Doenças Cardiovasculares	93	41,5%
Diabetes	30	13,4%
Dislipidemia	19	8,5%
Doenças do TGI	9	4%
Doenças hepáticas	5	2,2%
Doença da tireoide	9	4%
Doenças respiratórias	47	21%
Hiperuricemia	8	3,6%
Depressão	3	1,3%
Perda de visão	1	0,5%
<b>Câncer, Local</b>		
Mama	1	1,8%
Próstata	2	3,5%
Pele	1	1,8%
Osso	1	1,8%
Não sabe/ Não se aplica	52	91,2%
<b>Apresenta ou apresentou esses sintomas habitualmente</b>		
Náuseas/enjoos/Vômitos	60	14,4%
Alterações do funcionamento do TGI	63	15,1%
Hiporexia / anorexia	8	1,9%
Insônia	21	5%
Tonturas / vertigens	28	6,7%
Câimbras/Contrações musculares involuntárias	52	12,5%
Dor de cabeça	29	7%
Manchas na pele	9	2,2%
Sensação de cansaço constante	32	7,7%
Irritabilidade / nervosismo	20	4,8%
Coceira intensa	16	3,8%
Queda de pressão arterial	34	8,2%
Soluço	16	3,8%
Boca seca	29	7%
<b>Como está seu apetite</b>		
Preservado	34	60%
Diminuído	16	28%
Aumentado	7	12%
<b>Possui histórico familiar dessas doenças</b>		
Doenças cardiovasculares	85	52,1%
Diabetes	25	15,3%
Dislipidemia	10	6,1%
Doença Renal Crônica	14	8,6%
Câncer	8	4,9%
Doença da tireoide	3	1,8%
Doenças respiratórias	13	8%
Depressão	4	2,5%
Labirintite	1	0,6%

Fonte: Elaborada pela autora

A tabela 8 apresenta a história clínica dos pacientes, nesta constatou-se que a maior parte dos voluntários que equivale a 51% possuía o tempo de tratamento para doença renal crônica de 1 a 5 anos, o tempo médio de início do tratamento entre a amostra foi de 39 meses, 70% deles não realizaram tratamento conservador, 28% realizaram e 2% não sabiam responder essa pergunta,



sendo que aqueles que passaram por esse tipo de tratamento 77% não souberam responder por quanto tempo o fizeram, 62,7% da amostra responderam diabetes como a causa da doença renal crônica, 20,3% para hipertensão e 5,1% não souberam responder a questão, 81% faziam uso de medicamentos, polivitamínico, quelante ou suplemento alimentar e 7% não realizavam esse uso, visto que 48,3% possuía acesso a esses medicamentos através de compra, 29,3% pela Unidade Básica de Saúde (UBS) e 6,9% através do Centro Regional de Especialidades (CRE), 87,7% da amostra realizava a hemodiálise via fístula, 5,3% através de cateter e 3,5% por meio de outra via. Além disso, o maior número de pacientes realizava a hemodiálise convencional, portanto, comparecia a clínica três vezes por semana.



Tabela 8 – História Clínica

Variáveis	n	%
<b>Tempo de tratamento da DRC</b>		
Menos de 1 ano	13	23%
De 1 a 5 anos	29	51%
De 6 a 10 anos	5	9%
11 ou mais	6	10%
Não se aplica/ Não sabe	4	7%
<b>Já fez Tratamento Conservador</b>		
Sim	16	28%
Não	40	70%
Não se aplica/ Não sabe	1	2%
<b>Se sim, por quanto tempo?</b>		
Menos de 1 ano	2	4%
De 1 a 5 anos	8	14%
De 6 a 10 anos	1	1%
Mais de 10 anos	2	4%
Não se aplica/ Não sabe	44	77%
<b>O que causou a DRC</b>		
Glomerulonefrite crônica	2	3,4%
Nefrosclerose hipertensiva	1	1,7%
Nefropatia diabética	2	3,4%
Doença renal policística	2	3,4%
Diabetes	37	62,7%
Hipertensão	12	20,3%
Outras patologias, qual (is)?	0	0%
Não há diagnóstico	0	0%
Não se aplica/ Não sabe	3	5,1%
<b>Usa medicamentos, polivitamínico, quelante ou suplemento alimentar</b>		
Sim	4	81%
Não	46	7%
Não se aplica/ Não sabe	7	12%
<b>Via que consegue acesso aos medicamentos</b>		
CRE	4	6,9%
UBS	17	29,3%
Compra	28	48,3%
Não se aplica/Não sabe	9	15,5%
<b>Via de acesso para realizar hemodiálise</b>		
Fístula	50	87,7%
Cateter	3	5,3%
Outro	2	3,5%
Não sabe/Não quis responder	2	3,5%

Fonte: Elaborada pela autora

A tabela 9 a seguir apresenta a descrição dos índices antropométricos dos pacientes, no qual verificou-se que a partir do índice de massa corporal (IMC), 55% da amostra apresentou uma situação de eutrofia, 18% estava com excesso de peso, 9% com baixo peso e apenas 2% com obesidade grau III, em relação a circunferência da cintura 36% estavam com risco muito elevado, 32% encontraram-se com risco elevado seguindo a mesma porcentagem para a classificação sem risco para doenças cardiovasculares, para a circunferência do braço foram encontrados os resultados de 57% que estavam na média, 27% para risco de déficit, 9% para déficit, 5% acima da média e 2% com excesso de gordura, 82% da amostra apresentou média para a circunferência da panturrilha e 18% estava abaixo da média, para a prega cutânea tricípita 73% dos pacientes estavam na média, 11% apresentaram risco de déficit e 14% excesso de gordura e correspondente ao músculo adutor do polegar a amostra resultou em 93% abaixo da média e apenas 7% estavam na média.

**Tabela 9** – Classificação dos Índices Antropométricos

Variáveis	n	%
<b>Índice de Massa Corporal</b>		
Baixo peso/Magreza	4	9%
Eutrofia	24	55%
Excesso de peso	8	18%
Sobrepeso	3	7%
Obesidade grau I	4	9%
Obesidade grau III	1	2%
<b>Circunferência da Cintura</b>		
Sem risco	14	32%
Risco elevado	14	32%
Risco muito elevado	16	36%
<b>Circunferência do Braço</b>		
Déficit	4	9%
Risco de Déficit	12	27%
Média	25	57%
Acima da média	2	5%
Excesso de gordura	1	2%
<b>Circunferência da Panturrilha</b>		
Abaixo da média	8	18%
Média	36	82%
<b>Prega Cutânea Tricipital</b>		
Risco de déficit	5	11%
Média	32	73%
Acima da média	1	2%
Excesso de gordura	6	14%
<b>Músculo Adutor do Polegar</b>		
Abaixo da média	41	93%
Média	3	7%

Fonte: Elaborada pela autora

## 2.6 DISCUSSÃO

Pode-se observar na tabela 1, a predominância do sexo masculino que totaliza em 68% contra 32% do sexo feminino, visto que doenças renais estão mais presentes em homens do que em mulheres devido a uma maior procura médica por elas e também da maior cautela com doenças de base já existentes do que por meio dos homens, podendo retardar agravos no sexo feminino, explicando essa incidência segundo o estudo de Coutinho (2011).

Além disso, encontrou-se na tabela um maior número de pacientes em atividade do que desempregados, sendo que na literatura é descrito que o desemprego entre dialíticos é de extrema frequência pela doença impossibilitá-los de continuarem em atividade profissional (COUTINHO *et al.*, 2011).

Em relação à etnia, a cor parda que consiste em misturas de etnias como a branca, negra e/ou indígena apresentou predominância de 53%, sendo explicada por indivíduos dessa classificação



possuírem fatores genéticos e congênitos que os tornam susceptíveis a sofrerem de nefropatia diabética e outras complicações renais (ZAMBONATO, 2008).

Ainda na tabela 1, a maior parte dos pacientes apresentou baixa escolaridade (40%) e classe média (47%), concordando com o estudo de Zambonato (2008) que expõe que o nível de escolaridade e a renda familiar são fatores socioeconômicos com alta relevância para a incidência da DRC, sabendo que esses dificultam o acesso a um melhor tratamento, aumentando a velocidade da progressão da doença.

Na tabela 2, foi possível observar que grande parte da amostra faz suas compras em supermercados, não priorizando o uso de feiras em que poderiam encontrar alimentos mais favoráveis ao tratamento de sua doença e não possuem o hábito de se alimentar fora de casa e de não fazer a troca do almoço e jantar por lanches, sendo fatores positivos, pois esse tipo de alimentação oferece um elevado aporte de nutrientes e substâncias prejudiciais à saúde dos pacientes.

Além disso, houve predominância do hábito de realizar quatro refeições diárias, visto que um maior número de refeições é o mais indicado, pois, haveria um fracionamento ao longo do dia evitando a sobrecarga renal em dias que a hemodiálise não é realizada.

Na tabela 3 observa-se que o consumo de feijão é diário, sendo um fator preocupante, pois, o consumo do mesmo deve ser equilibrado levando em consideração que este é fonte de nutrientes como potássio e fósforo que possuem potencial em agravar o funcionamento renal de pacientes dialíticos (MACHADO *et al*, 2014).

Também é observado na tabela 3, o consumo de legumes tanto crus quanto cozidos, suco de fruta natural e frutas que também é diário, proporcionando uma alimentação saudável ao paciente, porém, é necessário controlar a ingestão desses sendo que alguns possuem componentes que podem comprometer os rins, além da maneira em que são preparados como molho e adição de sal e açúcar para não agravar doenças de base.

Na tabela 4, relata sobre a disponibilidade de alimentos saudáveis e é possível observar que a maior parte da amostra encontra frutas, verduras e legumes frescos próximos a suas residências e de boa qualidade, facilitando o acesso e auxiliando no consumo diário dos mesmos.

Ainda assim, desfrutam também de locais que oferecem alimentos com baixo teor de gordura como supermercados e feiras, entretanto esse segundo local não é frequentado pela maior parte, além de locais para alimentação rápida, que embora sejam bastante encontrados pelos pacientes, os mesmos não possuem o hábito de realizar refeições dessa classificação.



Na tabela 5, é observável que o consumo de carne vermelha é relativamente frequente, embora seja uma fonte proteica importante, ela não é interessante pelo fato de que esse tipo de alimento favorece um aumento na ingestão de gordura saturada, colesterol e sódio podendo prejudicar pacientes com DRC (MAFRA *et al.*, 2017).

Já para a carne branca como a carne de frango, que é mais indicada para pacientes renais crônicos, pois essa apresenta menor composição do nutriente fósforo, a ingestão é mais baixa (1 a 2 vezes na semana), contrariando a literatura que descreve que o consumo dessa carne é mais frequente entre esses tipos de pacientes e também o achado nesse estudo que resultou em maior consumo pela classe média devido ao menor custo desse alimento (PAIVA *et al.*, 2020).

Ainda na tabela 5, o consumo diário para leite também foi apresentado pela maioria da amostra, concordando com um estudo que apresenta que as principais fontes proteicas de pacientes renais foram leite, carne bovina e carne de frango (AVESANI *et al.*, 2001).

Na tabela 6, foi possível observar que houve predominância dos indivíduos que apresentaram respostas de nunca ou quase para alimentos industrializados como refrigerantes, sucos artificiais, biscoitos como os recheados e chips, alimentos embutidos e os doces.

Sendo assim, é importante limitar esse tipo de consumo, visto que, a composição nutricional desses alimentos possui a capacidade de agravar o quadro clínico dos pacientes dialíticos, pois, contêm aditivos do nutriente fósforo, elevadas quantidades de sódio, conservantes alimentares como o nitrito e cloreto de potássio que é utilizado para reduzir o teor de sódio dos industrializados sem retirar características sensoriais dos mesmos podendo causar hipercalemia (ZAMBRA; HUTH, 2010).

Na tabela 7, é observado que as principais doenças associadas à DRC são as cardiovasculares, respiratórias e diabetes, além de serem as mesmas para o histórico familiar, sendo o esperado assim como descrito na literatura (ANES; FERREIRA, 2009).

Em relação aos sintomas, alterações no funcionamento do TGI, náuseas e vômitos, câimbras e contrações musculares e sensação de cansaço constante são os sintomas mais comuns entre os indivíduos, esses diminuem a capacidade funcional e vitalidade dos pacientes, colaborando para a piora na qualidade de vida dos mesmos (CASTRO *et al.*, 2003).

Na tabela 8, observa-se que a maior parte dos pacientes possuiu um tempo de tratamento de um a cinco anos e entre essa amostra a grande maioria não realizou o tratamento conservador, sendo o esperado, pois geralmente os indivíduos com DRC não possuem informações suficientes sobre os tipos de tratamentos para essa doença, fazendo com que haja progressão da mesma até que atinja sua fase mais grave, tendo a hemodiálise como o tratamento mais indicado (GRICIO; KUSOMOTA; CÂNDIDO, 2009).



Relacionado às principais causas da DRC, encontrou-se resultados para doenças crônicas como o diabetes mellitus e a hipertensão arterial, sendo explicado pelo aumento dessas nos indivíduos ao decorrer dos anos e pelo aumento da sobrevivência da população (TEIXEIRA *et al.*, 2015).

Em relação ao uso ou não de medicamentos houve predominância de 81% que realizavam essa utilização, esse resultado se deve ao fato de que pacientes renais dialíticos necessitam de serem submetidos a um tratamento medicamentoso rigoroso para um melhor resultado da hemodiálise (LINS *et al.*, 2018).

Ainda na tabela 8, observou-se que a maior parte da amostra realizava a compra de seus medicamentos, e embora essa parte tivesse adesão ao tratamento farmacológico é evidenciado que o acesso aos medicamentos através do serviço público é um aspecto que possibilita um melhor sucesso ao tratamento (DE SOUZA *et al.*, 2010).

Em relação ao acesso para realizar a hemodiálise, 90% realizava o uso da fístula arteriovenosa, sendo esse tipo de acesso o mais indicado, pois, este possibilita ao paciente uma maior sobrevivência, bom fluxo sanguíneo, assim como, poucas complicações (SOUZA *et al.*, 2011).

Na tabela 9, encontrou-se o resultado do índice de massa corporal (IMC) de eutrofia em maior parte da amostra, entretanto, o marcador de adiposidade circunferência da cintura apresentou um maior número para risco muito elevado desses pacientes, de outra forma, os outros marcadores como prega cutânea tricipital e circunferência do braço resultaram em média, sendo que essas situações se devem ao fato do IMC não ser capaz de mensurar a distribuição da composição corporal, fornecendo informações apenas da massa corporal em um todo sem realizar segregação de composição de adiposidade, muscular e outros, apesar de possuir sua importância quando apresenta valores elevados (REZENDE *et al.*, 2010).

Em relação à classificação da massa muscular, os marcadores de circunferência da panturrilha e músculo adutor do polegar se contrariaram, resultando respectivamente em média e abaixo da média com grande predominância, portanto, possuindo pelo menos um quadro de desnutrição que quando associada à DRC a sua origem pode ser explicada pela perda de nutrientes durante a hemodiálise, ao aumento do catabolismo relacionando também a idade dos pacientes e a qualidade da alimentação, sendo fatores que interferem na evolução do tratamento, comprometendo a saúde dos indivíduos (BOUSQUET-SANTOS; COSTA; ANDRADE, 2017).



### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi realizado com dados de pacientes que possuem Doença Renal Crônica (DRC) e que utilizam a hemodiálise como forma de terapia renal substitutiva, em que foram analisados os hábitos alimentares dos mesmos de acordo com suas condições socioeconômicas, além disso, pode-se dizer que é um estudo de extrema relevância, pois, a DRC é considerada um problema de saúde pública. Diante do exposto, é possível dizer que as condições socioeconômicas influenciam sobre os aspectos alimentares dos usuários desde a escolha de alimentos até o acesso dos mesmos, sendo necessárias medidas nutricionais para possibilitar uma melhor qualidade de vida a todos os usuários dialíticos. Sendo assim, é necessário que os pacientes dialíticos devem considerar ao extremo as recomendações advindas de seus especialistas como médicos e nutricionistas, em relação ao uso correto de medicamentos tal como os tipos dos mesmos, às realizações de exames bioquímicos para detectar se há deficiências ou excessos de algum marcador importante para o funcionamento renal, as orientações de consumo de alimentos e também as formas de preparações desses para diminuir nutrientes que em determinadas quantidades podem ser prejudiciais aos pacientes. Além disso, esse estudo mostra a necessidade de considerar que existe diferença na qualidade do acesso ao tratamento devido a condições socioeconômicas, proporcionando um olhar mais atento dos profissionais com os pacientes, sendo necessária uma melhor administração da terapia renal substitutiva e conseqüentemente contribuindo para uma maior credibilidade dos profissionais de saúde dessa área.



#### 4. REFERÊNCIAS

ANES, Eugénia J; FERREIRA, Pedro Lopes. *Qualidade de vida em diálise. Revista Portuguesa de Saúde Pública*, p. 67-82, 2009.

AVEASNI, C. N. et al. *Hábitos alimentares de pacientes em diálise: Comparação entre diálise peritoneal ambulatorial contínua e hemodiálise. Nutrire*, v. 21, n. único, p. 17-30, 2001.

BOUSQUET-SANTOS, Kelb; COSTA, Luciane da Graça da; ANDRADE, Joanlise Marco De Leon. Estado nutricional de portadores de doença renal crônica em hemodiálise no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1189-1199, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 116 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. *Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, 48 Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 170 p.*

CASTRO, Mônica de et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 3, p. 245-249, 2003.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-37 (BRASIL SF-36). *Rev. Bras. Reumatol*, v. 39, n. 3, 1999.

CLAUDINO, Larissa Marjorie; DE SOUZA, Thainá Feliciano; MEZZOMO, Thais Regina. Relação entre eficiência da hemodiálise e estado nutricional em pacientes com doença renal crônica. **Scientia Medica**, v. 28, n. 3, p. 5, 2018.

COSTA, Fabrycianne Gonçalves et al. Depressão e insuficiência renal crônica: representações sociais de pacientes em hemodiálise e cuidadores. 2013.

COUTINHO, Nair Portela Silva et al. QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE/QUALITY OF LIFE IN HEMODIALYSIS PATIENTS. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 11, n. 1, 2011.

DA ROCHA, Izabella Andrade et al. O custo do atendimento aos pacientes com doença renal crônica (DRC), em fase não dialítica de um hospital universitário. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 10, n. 3, p. 647-655, 2018.

DE FERREIRA, A. F. A. O papel do enfermeiro na assistência de enfermagem ao paciente em tratamento hemodialítico (Revisão de Literatura) [monografia]. **Recife: Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa**, 2014.



DE SOUZA TERRA, Fábio et al. Adesão ao tratamento farmacológico de uso diário de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n. 2, p. 119-24, 2010.

DE VASCONCELOS, Cláudia Ribeiro et al. Perfil socioeconômico e clínico de um grupo de diabéticos em tratamento hemodialítico em Curitiba. **Revista Uniandrade**, v. 14, n. 2, p. 183-200, 2013.

DOS SANTOS, Gabriel Domingues et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise na cidade de Mogi das Cruzes. **8 de março**, p. 3, 2014.

DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, C.L.; LEBRAO, M.L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev. esc. enferm. USP, São Paulo*, v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007.

FERNANDES, Krist Helen Antunes; MUTTONI, Sandra Maria Pazzini. Influência do uso de diferentes métodos antropométricos na avaliação do diagnóstico nutricional de pacientes em programa de hemodiálise. **Rev Bras Nutr Clin**, v. 31, n. 1, p. 43-8, 2016.

GRASSELLI, Cristiane Silva Marciano et al. Autoestima, imagem corporal e estado nutricional antropométrico de mulheres com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Nutr Clin Diet Hosp**, v. 36, n. 4, p. 41-7, 2016.

GRICIO, Tatiana Camila; KUSUMOTA, Luciana; CÂNDIDO, Marília de Lima. Percepções e conhecimentos de pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento conservador. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, 2009.

HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, Sonsoles et al. Valoración física, condición física y calidad de vida en pacientes con diferentes tratamientos renales sustitutivos. **Enfermería Nefrológica**, v. 18, n. 2, p. 81-88, 2015.

HUNTER, G.R et al. Fat distribution, physical activity, and cardiovascular risk factors. *Med. Sci. Sports Exerc.* v.29, n.3, p.362-369, 1997.

JHA, Vivekanand et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. **The Lancet**, v. 382, n. 9888, p. 260-272, 2013.

KARKAR, Ayman. Modalities of hemodialysis: quality improvement. **Saudi journal of kidney diseases and transplantation**, v. 23, n. 6, p. 1145, 2012.

LAMEU, E. B. *et al.* Adductor pollicismuscle: a new anthropometric parameter. *Rev. Hosp. Clín., S. Paulo*, v. 59, n. 2, p.57-62, 2004.

LINS, Silvia Maria de Sá Basílio et al. Adesão de portadores de doença renal crônica em hemodiálise ao tratamento estabelecido. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 54-60, 2018.

LIPSCHITZ, David A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

LOHMAN, T. G.; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. Anthropometric standardization reference manual. *Champaign: Human Kinetics*. 1988.



LOPES, Jéssica Maria et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 230-236, 2014.

MACHADO, Alisson Diego; BAZANELLI, Ana Paula; SIMONY, Rosana Farah. Avaliação do consumo alimentar de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Ciência & Saúde**, v. 7, n. 2, p. 76-84, 2014.

MORAES, Luciana Leitão et al. Identificação de risco cardiovascular pela razão triglicérido/HDL-colesterol em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Scientia Medica**, v. 27, n. 3, p. 1, 2017.

MARTÍNEZ, Beatriz Bertolaccini et al. Desigualdade social em pacientes renais crônicos. **Rev Bras Clin Med**, v. 9, n. 3, p. 195-9, 2011.

MARTINS, Cristina. Composição Corporal e Função Muscular. **MARTINS, C. Avaliação do Estado Nutricional e Diagnóstico. São Paulo: Nutroclinica**, p. 245-286, 2008.

MORSCH, Cassia; VERONESE, Francisco José Veríssimo. Doença renal crônica: definição e complicações. **Clinical & Biomedical Resciearch**, v. 31, n. 1, 2011

PAGOTTO, Valéria et al. Circunferencia da panturrilha: validacao clinica para avaliação de massa muscular em idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 343-350, 2018.

PAIVA, Alessandra Alexia et al. Avaliação do consumo alimentar e das condições socioeconômicas de pacientes sob terapia de hemodiálise no sertão paraibano. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e747974855-e747974855, 2020.

REZENDE, Fabiane Aparecida Canaan et al. Aplicabilidade do índice de massa corporal na avaliação da gordura corporal. **Revista brasileira de medicina do esporte**, v. 16, n. 2, p. 90-94, 2010.

SAMPAIO, Lilian Ramos. **Avaliação Nutricional**. Salvador (BA): EDUFBA, 2012.

SANTOS, R.L., JÚNIOR, J.V. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 21 (4), 290-296, 2008.

SANTOS, S. M. Adaptação transcultural e confiabilidade de medidas de características autorreferidas de vizinhança no ELSA-Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 47, s. 1, p. 122-130, 2013.

SARAN R., et al. Longer treatment time and slower ultrafiltration in hemodialysis: associations with reduced mortality in the DOPPS. **Kidney Int.**, v. 69, n. 7, p. 1222-1228, 2006.



SOUZA, Regina Araujo de et al. Avaliação do acesso vascular para hemodiálise em crianças e adolescentes: um estudo de coorte retrospectivo de 10 anos. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 33, n. 4, p. 422-430, 2011.

TEIXEIRA, Fernanda Ismaela Rolim et al. Sobrevida de pacientes em hemodiálise em um hospital universitário. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 37, n. 1, p. 64-71, 2015.

TELLES, Cristina Trevizan et al. Perfil sociodemográfico, clínico e laboratorial de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 3, p. 420-426, 2014.

THOMÉ, Fernando Saldanha et al. Inquérito brasileiro de diálise crônica 2017. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 41, n. 2, p. 208-214, 2019.

TRATAMENTO Conservador. Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2020. Disponível em: <<https://www.sbn.org.br/orientacoes-e-tratamentos/tratamentos/tratamento-conservador/>>. Acesso em: 26 de Maio de 2020.

TUOMI, K. et al. Índice de Capacidade para o trabalho. São Carlos: EDUFSCAR, 2005.

VAZ, Inaiana Marques Filizola et al. Consumo e hábitos alimentares de pacientes em hemodiálise crônica do Hospital das Clínicas de Goiânia-GO. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: *World Health Organization*, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Physical Status: The use and interpretation of anthropometry. Geneva: *World Health Organization (WHO)*, 1995.

WOLF, Gunter et al. Association between socioeconomic status and renal function in a population of German patients with diabetic nephropathy treated at a tertiary centre. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 26, n. 12, p. 4017-4023, 2011.

ZAMBRA, Bianca; HUTH, Adriane. Terapia nutricional em pacientes portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Revista contexto & saúde**, v. 10, n. 19, p. 67-72, 2010.

ZAMBONATO, Tatiana Kelli; THOMÉ, Fernando Saldanha; GONÇALVES, Luiz Felipe Santos. Perfil socioeconômico dos pacientes com doença renal crônica em diálise na região noroeste do Rio Grande do Sul. **J. Bras. Nefrol.**, v. 30, n. 3, p. 192-199, 2008.