Revista Thema

ISSN: 2177-2894 (online)

Hábitos alimentares, nível de atividade física e qualidade de vida em indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico

Eating habits, level of physical activity and quality of life in individuals with chronic kidney disease undergoing dialysis

RESUMO

A qualidade de vida e o índice de mortalidade dos pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) estão relacionadas com o estado nutricional. Em paralelo, a prática de atividade pode ser um fator que pode diminuir os efeitos causados pela DRC. Dessa forma, a presente pesquisa tem como objetivo avaliar se o perfil nutricional e o nível de atividade física impactam na qualidade de vida dos pacientes com DRC em HD, avaliando a condição de saúde desses pacientes para favorecer o desenvolvimento de estratégias terapêuticas e intervenções mais eficientes, sobretudo em pacientes em risco nutricional, a fim de diminuir complicações e morbimortalidade. É uma pesquisa descritiva, observacional, transversal de natureza quantitativa, realizada com usuários do serviço de hemodiálise de ambos os sexos e maiores de 18 anos, realizada com a aplicação de um questionário e coleta de dados antropométricos. Os resultados apontaram que muitos indivíduos são sedentários e possuem hábitos alimentares prejudiciais às suas condições de saúde. Sendo assim, foi possível afirmar que essas variáveis impactam diretamente na qualidade de vida podendo afetar também outros aspectos na vida dos pacientes.

Palavras-chave: Insuficiência Renal Crônica; Comportamento Alimentar; Diálise renal; Qualidade de Vida; Consumo de Alimentos.

ABSTRACT

The quality of life and mortality rate of patients with Chronic Kidney Disease (CKD) are related to nutritional status. In parallel, the practice of activity can be a factor that can decrease the effects caused by CKD. Thus, this research aims to assess whether the nutritional profile and the level of physical activity impact the quality of life of patients with CKD on HD, assessing the health condition of these patients to favor the development of more efficient therapeutic strategies and interventions , especially in patients at nutritional risk, in order to reduce complications and morbidity and mortality. It is a descriptive, observational, cross-sectional study of a quantitative nature, carried out with users of the hemodialysis service of both genders and over 18 years old, carried out with the application of a questionnaire and collection of anthropometric data. The results showed that many individuals are sedentary and have eating habits that are harmful to their health conditions. Therefore, it was possible to state that these variables directly impact quality of life and may also affect other aspects of patients' lives.

Keywords*: Chronic Kidney Failure; Feeding Behavior; Renal dialysis; Quality of life; Food Consumption.*

1. INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) possui elevada prevalência e representa um importante problema de saúde pública devido ao aumento de mortes prematuras e doenças cardiovasculares (ISOYAMA *et al.*, 2014; THOMÉ et al., 2019). O Inquérito Brasileiro de Diálise estimou, no ano de 2014, um total de 112.004 pacientes em diálise, sendo que destes, 91% estavam em hemodiálise (HD) (SESSO *et al.*, 2016). Em 2017 foi estimado um total de 126.583 pacientes em diálise no país, indicando um aumento de 3% do número de pacientes em um ano (THOMÉ *et al.*, 2019) e quando comparado com o período em 2014 observou-se um aumento de aproximadamente 13% em três anos. Hipertensão e Diabetes foram as causas principais para o desenvolvimento de DRC. (THOMÉ et al., 2019).

A qualidade de vida e o índice de mortalidade dos pacientes com DRC estão relacionadas com o estado nutricional, observando-se alterações no organismo desses pacientes, com desenvolvimento de complicações que podem ser agudas, crônicas e nutricionais (ARAÚJO *et al.*, 2006). A desnutrição foi constatada em 18 a 75% dos pacientes com DRC (KALANTAR-ZADEH *et al.*, 2003; FOUQUE *et al.*, 2008) e caracteriza um risco para estes, por ser apontada como o principal fator de risco para morbimortalidade, piora da qualidade de vida (MAZAIRAC *et al.*, 2011) e internações hospitalares (OZKAYAR *et al.*, 2014), além de aumentar despesas despendidas à saúde pública (SILVA *et al.*, 2016). O avanço da doença pode desencadear também a ocorrência de inúmeras complicações, como a anemia, doença óssea metabólica e a acidose metabólica (MENEZES *et al.*, 2015).

Muitas são as restrições alimentares que precisam ser feitas no paciente em hemodiálise devido a especificidades da doença e do tratamento de HD, com dietoterapia específica, e também devido a inúmeras comorbidades que podem estar associadas à DRC, como a depressão e o sedentarismo. Esse fato está relacionado com um prejuízo na qualidade de vida que irá influenciar a sua condição de saúde (MARTINS *et al.*, 2005). Ademais, tantas restrições dietéticas somado ao estado inflamatório do paciente, a inadequação da diálise e/ou condições socioeconômicas desfavoráveis, pode aumentar o risco do indivíduo para o desenvolvimento de desnutrição energético-proteica (STARK *et al.*, 2011), indicando um maior risco relativo de morte (SANTORO *et al.*, 2015).

As terapias renais substitutivas correspondem à hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP) e o transplante renal, e segundo o Inquérito realizado, no Brasil, 91,8% dos pacientes em terapia renal realizam HD convencional (THOMÉ *et al.*, 2019). A condição de saúde deste paciente, além do custo, qualidade de vida e disponibilidade de vagas no sistema público de saúde irão influenciar na escolha de qual terapia será utilizada. (SANCHO; DAIN, 2008).

A HD possui como benefício prolongar a vida do paciente renal crônico (ARAUJO *et al.*, 2006), porém, problemas hemodinâmicos e metabólicos são comuns devido à disfunção renal e ao tratamento hemodialítico. Desse modo, o paciente renal fica predisposto à ocorrência de complicações e a diversos fatores de risco (CANZIANI, 2004). Assim, o atendimento do paciente renal precisa estar além das sessões de HD, com acompanhamento muiltidisciplinar e disponibilização de medicamentos e, quando necessário, internações hospitalares (SANCHO; DAIN, 2008). Em 28,2% dos pacientes em diálise são comuns complicações, que aumentam a despesa

média por usuário, elevando de US$ 9.112,75 para US$ 11.036,32 ao ano, por cada complicação (MENEZES *et al.*, 2015).

Diversos fatores como a ingestão alimentar insuficiente, o uso de medicamentos que podem interferir na absorção de nutrientes, problemas gastrointestinais e hormonais, a restrição alimentar, a diálise insuficiente, a acidose metabólica, o procedimento de HD e também a uremia estão relacionados com a condição de saúde do paciente em tratamento dialítico. (MARTINS; RIELLA, 2011; SHAH *et al.*, 2009). Estes fatores geram no paciente um balanço energético negativo, que juntamente com o estado inflamatório, resultam na perda de massa muscular desse paciente (FAHAL, 2014).

Desse modo, uma das complicações comuns em pacientes renais que podem acontecer é a desnutrição, que é um fator de risco para uma má qualidade de vida e aumento da morbimortalidade (MAZAIRAC *et al.*, 2011). As prevalências de desnutrição variam de 18 a 75% em pacientes com DRC (KALANTAR-ZADEH *et al.*, 2003; FOUQUE *et al.*, 2008).

Apesar de as características particulares da DRC e da terapia renal substitutiva serem risco para o desenvolvimento da desnutrição, outras características como uma alimentação desbalanceada podem agravar as comorbidades desse indivíduo, além de piorar sua qualidade de vida (ELLIOT; ROBB, 2009) e aumentar a necessidade de internações hospitalares (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

O paciente durante o tratamento de hemodiálise precisa fazer uso de medicamentos e esses podem diminuir a ingestão alimentar e o apetite do paciente devido á interação droga-nutriente e aumento de náuseas e vômitos, respectivamente, pelo grande número de fármacos utilizados (MARTINS; RIELLA, 2013). Soma-se esse fato á muitas restrições alimentares que precisam ser feitas, e o paciente pode ter um agravo em seu estado nutricional (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Os pacientes em HD que possuem um Índice de Massa Corporal (IMC) maior apresentam sobrevida melhor que aqueles com IMC menor (MARCELLI *et al.*, 2015). Todavia, composições corporais diferentes podem apresentar diferentes evoluções devido a associações da adiposidade corporal com um estado pró-inflamatório e também alterações metabólicas (CNOP *et al.*, 2003).

Logo, o estado nutricional é um importante marcador par o aumento de morbimortalidade, caso se encontre comprometido, por estar relacionado á sobrevida do paciente renal (FIELDING et al., 2011) sendo um fator que impacta negativamente na prática clínica (OZKAYAR *et al.*, 2014), tanto pela elevação dos custos para o sistema de saúde quanto na piora da qualidade de vida do paciente (SILVA *et al.*, 2016), e isso torna a avaliação nutricional um protocolo muito importante a ser implantado na prática clínica.

A avaliação nutricional precisa ser feita periodicamente para verificar o estado nutricional destes pacientes a fim de detectar alterações do estado nutricional em estágio inicial, assim como, suas causas e sua influencia na vida social e afetiva do usuário, colaborando para uma rápida intervenção e possibilitando evitar ou minimizar suas complicações (SEGALL *et al.*, 2009). Desse modo, diversas diretrizes são desenvolvidas por órgãos competentes indicando melhores protocolos, estratégias e métodos para a avaliação nutricional desses pacientes (LOCATELLI; FOUQUE; HEIMBURGUER, 2002) englobando métodos combinados como dados clínicos, antropométricos e de consumo alimentar (SEGALL et al., 2009; KAYA et al., 2016).

A condição de saúde do paciente renal crônico é influenciada por diversos fatores. Embora o acesso à saúde tenha sofrido melhorias nos últimos anos, as desigualdades sociais e de saúde permanecem como um problema no Brasil (RASELLA *et al.*, 2014). A prevalência de diabetes e hipertensão, no grupo de indivíduos com doença renal, é mais incidente em negros, pardos e indígenas e ainda em pessoas de baixo poder aquisitivo (SILVA; PETROSKI; PERES, 2012; DE MIRANDA *et al.*, 2013).

Observa-se que o nível socioeconômico tem grande influência no acesso dos indivíduos a uma dieta adequada, uma vez que o maior consumo de alimentos não saudáveis está relacionado ao grupo de pacientes com baixo nível socioeconômico. Não só a ingestão dietética irregular como também a ingestão alimentar insuficiente são razões importantes da piora do estado nutricional (KIZIL et al., 2016), o que pode acarretar ainda outras complicações no paciente renal, como a hipercalemia, hipernatremia e hiperfosfatemia (SANTORO *et al.*, 2015).

O sucesso da terapia de diálise depende de um acompanhamento nutricional adequado (KIM; LIM; CHOUE, 2015), dado que a adequação da diálise está diretamente relacionada com a qualidade de vida, com a morbidade, com as internações hospitalares e com o índice de mortalidade, além de intimamente ligada ao estado nutricional do paciente (KAYA *et al.*, 2016) o que interfere diretamente na qualidade de vida e na condição de saúde dos indivíduos com DRC.

Portanto, a presente pesquisa tem como objetivo avaliar se o perfil nutricional e o nível de atividade física impactam na qualidade de vida dos pacientes com DRC em hemodiálise, assim como avaliar a condição de saúde desses pacientes, favorecendo o desenvolvimento de estratégias terapêuticas e intervenções mais eficientes, principalmente em pacientes em risco nutricional, a fim de melhorar a qualidade de vida, diminuir complicações e morbimortalidade, assim como, internações e custos.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. TIPO DE PESQUISA

Refere-se a uma investigação epidemiológica descritiva, observacional, transversal de natureza quantitativa que foi desenvolvida com os pacientes de ambos os sexos que realizam hemodiálise na unidade de hemodiálise do município de Colatina, localizada no estado do Espírito Santo (ES), Brasil.

2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo da pesquisa foi formada por pacientes em terapia renal substitutiva, que realizam hemodiálise, de ambos os sexos e maiores de 18 anos. A pesquisa foi realizada nas dependências da própria unidade, tendo em vista a maior facilidade para os pacientes, uma vez que estes já se dirigem a esta para o tratamento em questão.

A pesquisa foi realizada a partir do convite de participação a todos os pacientes em tratamento de hemodiálise que frequentavam a unidade Casa da Saúde e Maternidade Santa Maria no ano de 2017, com aproximadamente 60 pacientes. A aplicação da pesquisa foi autorizada pelo coordenador da unidade de hemodiálise.

2.2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Para participar da pesquisa o paciente deveria atender aos seguintes critérios de inclusão: ter diagnóstico confirmado em prontuário de doença renal crônica (DRC) pelos CIDs: CID 10: N18 (insuficiência renal crônica), CID 10: N180 (doença renal em estádio 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 hemodialítico e estar deambulando. Foram excluídos da pesquisa: indivíduos em precaução de contato; indivíduos com ascite e os que foram transferidos para outra clínica.

2.2.2 Aspectos Éticos

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e seu início se deu após a sua aprovação. A participação dos indivíduos foi voluntária e o consentimento foi dado por escrito por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por onde tiveram ciência da realização do estudo, sigilo das informações obtidas, bem como o anonimato, segundo o estabelecido pela Resolução CNS 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

2.3. MATERIAIS E MÉTODOS

As avaliações foram realizadas por nutricionistas, professores e estudantes de cursos da área da saúde que foram devidamente capacitados através de treinamentos para esta coleta.

2.3.1 Coleta de Dados

A pesquisa se deu de modo previamente agendado com o coordenador da clínica e os pacientes foram abordados enquanto faziam sua sessão de hemodiálise durante os dias e horários da coleta.

A coleta dos dados foi inicialmente com o paciente respondendo a um questionário semiestruturado, sobre as variáveis que foram avaliadas, durante a sessão de hemodiálise. E após feito o questionário, ao término de sua sessão, o paciente era encaminhado para uma sala onde foi feita a coleta dos dados antropométricos.

2.3.2 Variáveis Sociodemográficas

Os dados sociodemográficos avaliados foram sexo feminino e masculino, cidade que reside que foram divididas em três grupos como Grupo 1: Ecoporanga, Barra de São Francisco, São Gabriel da Palha, Vila Valério e Alto Rio Novo; Grupo 2: Linhares, Baixo Guandu, Colatina, Marilândia, Itapina, Córrego Jequitibá e Aracruz e Grupo 3: São Jacinto, São Roque do Canaã, Santa Tereza e Aimorés. Também Atividade Profissional que foi classificada como Afastados/Aposentados/Beneficiários, Em Atividade ou Desempregados, Estado Civil como solteiro, casado, vive com o companheiro, separado, divorciado ou viúvo, Número de pessoas que moram na casa, Escolaridade, Etnia como Branco, Preta/Parda, Amarela, Indígena ou Oriental, se o entrevistado é chefe de família, sua renda em números de salários mínimos para serem relacionados com quantas pessoas dependem dessa renda.

2.3.3 Hábitos de Vida

Os hábitos de vida foram avaliados com variáveis como tabagismo e etilismo utilizando o instrumento de avaliação CAGE (Da PAZ FILHO et al. 2001). Sendo este instrumento formado por quatro perguntas identificadas por cada letra: C - Cut Down (diminuir ingestão); A - Annoyed (irritado); G - Guilty (culpado); E - Eye-Opener (identificação de ressaca) (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2014), e validado por Castells e Furnaletto (2005) para pacientes clínicos. Outra variável foi o nível de atividade física, avaliando o tipo de atividade e a frequência realizada, para classificar os indivíduos em "fisicamente ativos", aquele que acumular 30 minutos ou mais de atividade física por dia, por no mínimo 5 dias da semana, de intensidade moderada e de maneira continua, e "fisicamente inativos", aqueles que não apresentam essas características, além de questionar o indivíduo sobre a quantidade de tempo gasto com lazer sedentário (WHO, 2018). A última variável dentro dos hábitos de vida é sobre os hábitos alimentares em que foi utilizado o questionário adaptado da pesquisa "Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico" 2015 (BRASIL, 2017).

2.3.4 Características da Terapia Renal Substitutiva

Foram analisados dados como o tempo do tratamento em hemodiálise, doenças de base responsáveis pela insuficiência renal crônica e a utilização de medicamentos, quelantes, polivitamínicos ou suplementos alimentares.

2.3.5 Estado Nutricional

A coleta das medidas antropométricas será realizada após aplicação dos questionários de coleta de dados. As medidas de avaliação nutricional foram realizadas após a sessão de hemodiálise, no

braço sem a presença de acesso, e foram coletados dados de 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), sendo que todas as aferições foram realizadas três vezes para obtenção da média aritmética das mesmas, seguindo as técnicas de aferição previstas por LOHMAN (1988) e HUNTER *et al* (1997).

A partir dos dados antropométricos coletados, serão avaliados para a classificação do estado nutricional:

a) Índice de massa corporal (IMC): O Índice de Massa Corpórea será definido a partir dos dados de peso seco (Kg) e altura (m), através da fórmula: IMC = Peso/Altura². Serão utilizados os seguintes pontos de corte para a classificação dos indivíduos quanto ao IMC (Kg/m²): < 16 Magreza grau III; 16.0 - 16.9 Magreza grau II; 17.0 - 18.4 Magreza grau I;18.5 - 24.9 Adequado; 25.0 - 29.9 Pré-obeso;30.0 - 34.9 Obesidade grau I; 35.0 - 39.9 Obesidade grau II; ≥ 40 Obesidade grau III (WHO, 2000).

b) Obesidade Abdominal: Será utilizada a classificação da circunferência da cintura o ponto de corte adotado será ≥ 94 cm para homens e ≥ 80 cm de acordo com parâmetro da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000).

c) Classificação do PB: Esta medida foi convertida para o valor de percentil segundo Gibson (1993) sendo classificada após isso de acordo com a tabela de interpretação adaptada de Lee e Nieman (1993).

d) Elevação do perímetro da panturrilha (PP): Valores abaixo de 31 cm são indicativos de redução de massa muscular (WHO, 1995).

e) Prega Cutânea Tricipital (PCT): Esta medida foi transformada em percentil segundo Gibson (1993) e classificada de acordo com a tabela de interpretação adaptada de Lee e Nieman (1993).

f) Espessura do músculo adutor do polegar (EMAP): será classificado segundo Lameu et al. (2004), cuja referência para homens é de 12,5 ± 2,8 mm e para mulheres é de 10,5 ± 2,3 mm (LAMEU et al., 2004).

2.3.6 Avaliação da Qualidade de Vida

Foi aplicado o questionário SF-36, traduzido, validado e adaptado culturalmente para a população brasileira (CICONELLI et al., 1999) que analisa a qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise. É um questionário formado por 36 itens, englobando: a capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 (zero) á 100, em que o zero representa um pior estado geral de saúde e o 100 representa um melhor estado de saúde (CICONELLI et al., 1999).

2.3.7 Percepção do Ambiente

Foi utilizado um questionário, para avaliar a percepção do ambiente pelo usuário do serviço de hemodiálise, validado para o Brasil (SANTOS, 2013), em relação ambiente para atividade física, disponibilidade de alimentos saudáveis, segurança e violência percebida e vitimização pessoal.

2.3.8 Análise de Dados

Os dados foram apresentados a partir de estatísticas descritivas, 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 12.0.6787.5000 e ano 2007.

2.4. RESULTADOS

A amostra analisada foi de maioria do sexo masculino representando 68% e 32% do sexo feminino sendo que desses, 42% estavam afastados, aposentados ou recebendo algum tipo de benefício e 44% ainda estavam exercendo suas atividades profissionais. Sobre a região em que moram o grupo mais expressivo foi o 2, obtendo 51% das respostas. O estado civil dos entrevistados era predominantemente casado (58%) sendo que 47% da amostra viviam com duas a três pessoas na residência e 40% possuía ensino fundamental incompleto. A etnia predominante era parda e 72% eram chefes de família, a renda mais expressiva era entre um a dois salários (47%) e mais de dois até cinco salários mínimos (33%) sendo que 37% possuíam de um a duas pessoas que dependiam dessa renda e 37% possuíam de três a quatro dependentes. Esses dados sociodemográficos podem ser conferidos na tabela 1.

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos

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

Fonte: Elaborada pelos autores.

* **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 contém informações sobre a caracterização da compra e hábitos gerais da alimentação, sendo que 89% dos entrevistados adquirem seus alimentos em supermercados, 42% com uma frequência mensal e 36% semanalmente. Quando questionados sobre onde as refeições são feitas, 78% responderam que fazem as refeições à mesa sendo que 49% fazem quatro refeições por dia. Dos entrevistados, 35% possuem o hábito de comer fora de casa e 12% aplicam essa condição de uma a três vezes por mês e quando abordados sobre quantas vezes costumam trocar a comida do Almoço e da Janta por lanches a resposta obtida foi quase nunca, que corresponde a um percentual de 75% e 61% respectivamente.

Tabela 2 – Caracterização da compra e hábitos gerais da alimentação

Tabela 2 - Caracterização da compra e hábitos gerais da alimentação	n	%
Em que locais costuma adquirir seus alimentos?		
Supermercados	51	89%
Mercados/Padarias	6	10%
Feiras Convencionais	10	17%
Feiras Orgânicas	1	2%
Produção própria (Horta em casa)	4	7%
Com que frequência costuma adquirir seus alimentos?		
Diariamente	6	11%
Semanalmente	21	36%
Quinzenalmente	6	11%
Mensalmente	24	42%
As refeições são feitas geralmente:		
À mesa	45	78%
Em frente a TV/Computador/Celular	6	11%
À mesa e em frente a TV	6	11%
Tem hábito de comer fora de casa?		
Não	37	65%
Sim	20	35%
Se sim, Quantas vezes?		
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%
Quantas refeições costuma fazer por dia?		
2	3	5%
3	16	28%
4	28	49%
5	5	9%
6	4	7%
Não sabe/não quis responder	1	2%
Quantas vezes por semana costuma trocar a comida do ALMOÇO por lanches?		
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%
Quantas vezes por semana costuma trocar a comida do JANTAR por lanches?		
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 pelos autores.

Ao serem questionados sobre a disponibilidade de alimentos saudáveis (Tabela 3), 60% dos entrevistados concordaram totalmente que encontram frutas, verduras e legumes frescos próximos à residência e 72% concordaram totalmente que essas frutas, verduras e legumes disponíveis próximos à suas residências são de boa qualidade. Sobre encontrar alimentos com baixo teor de gordura próximos à residência e se há locais para lanches e refeições rápidas próximo à residência, 58% e 56% da amostra, respectivamente, responderam que concordam totalmente.

Tabela 3 – Disponibilidade de alimentos saudáveis

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

Fonte: Elaborada pelos autores.

A tabela 4 se refere sobre hábitos de consumo de alimentos saudáveis em que quando indagados sobre quantos dias costumam comer feijão, 72% dos entrevistados responderam que consomem todos os dias, e sobre o consumo de verduras ou legumes 61% responderam que consomem todos os dias. Sobre o consumo de verdura ou legume cru, 47% afirmou consumir todos os dias e sobre verduras ou legumes cozidos, 31% da amostra respondeu que consome todos os dias e 30% responderam que consomem de três a quatro dias na semana. Em relação ao consumo suco de frutas natural, 44% afirmou consumir quase nunca, já em relação ao consumo de frutas 40% referiu consumir todos os dias.

Tabela 4 – Consumo de alimentos saudáveis

Tabela 4 - Consumo de alimentos saudáveis	n	%
Em quantos dias costuma comer feijão?		
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/Nunca	3	6%
Em quantos dias costuma comer verdura ou legume?		
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/Nunca	3	6%
Não sabe	1	2%
Em quantos dias costuma comer verdura ou legume cru?		
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/Nunca	5	9%
Em quantos dias costuma comer verdura ou legume cozido?		
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/Nunca	5	9%
Não sabe	1	2%
Quantos dias costuma tomar suco de frutas natural?		
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/Nunca	25	44%
Não sabe	1	2%
Em quantos dias costuma comer frutas?		
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/Nunca	12	21%

Fonte: Elaborada pelos autores.

O consumo de alimentos proteicos está descrito na tabela 5 em que 35% dos entrevistados afirmaram consumir carne vermelha de três a quatro dias na semana e quando consomem carne vermelha 54% referiram tirar sempre o excesso de gordura, 44% da amostra respondeu que consegue frango/galinha de um a dois dias na semana e 63% tiram sempre a pele ao consumir esse tipo de alimento. Em relação ao consumo de leite 33% e 25% disse não consumir nunca e todos os dias, respectivamente, e 58% ingerem leite do tipo integral.

Tabela 5 – Alimentos proteicos

Tabela 5 - Alimentos proteicos	n	%
Em quantos dias costuma comer carne vermelha?		
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%
Quando come carne vermelha com gordura, costuma:		
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%
Em quantos dias costuma comer frango/galinha?		
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%
Quando come frango/galinha com pele, costuma:		
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%
Em quantos dias costuma tomar leite?		
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%
Quanto toma leite, que tipo de leite costuma tomar?		
Integral	33	58%
Desnatado ou Semidesnatado	4	7%
Os dois tipos	2	4%
Não se aplica/Não sabe	18	31%

Fonte: Elaborada pelos autores.

A tabela 6 é referente ao consumo de ultraprocessados e industrializados em que 56% responderam nunca consumir refrigerante ou suco artificial, 35% afirmou nunca consumir embutidos, 44% disse nunca consumir biscoitos (chips/recheado) e 37% afirmou consumir doces quase nunca. Em relação ao consumo de sal como se tem adotado alguma medida para redução no consumo e se tem dado preferência a produtos industrializados com menor teor de sal a maioria das respostas foi sim e os resultados foram, respectivamente, 81% e 84%.

Tabela 6 – Ultraprocessados e industrializados

Tabela 6 - Ultraprocessados e industrializados	n	%
Em quantos dias costuma tomar refrigerante/suco artificial?		
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%
Quantas vezes por semana consome embutidos?		
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%
Quantas vezes por semana consome biscoito (chips/recheado)?		
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%
Quantos vezes por semana consome alimentos doces?		
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%
Tem adotado alguma medida para reduzir o consumo de sal?		
Sim	46	81%
Não	10	17%
Não se aplica/Não sabe	1	2%
Tem dado preferência a produtos industrializados com menor teor de sal?		
Sim	48	84%
Não	8	14%
Não se aplica/Não sabe	1	2%

Fonte: Elaborada pelos autores.

As informações sobre hábitos de vida constam na tabela 7 em que 12% dos entrevistados informaram consumir bebida alcoólica e 77% não sente que deveria diminuir essa ingestão, 12% não se aborrecem com críticas sobre seu modo de beber e também 12% não sente culpa pelo modo como bebe e 16% não costuma beber antes do almoço para diminuir a ansiedade ou a ressaca. Sobre o uso de tabaco 46% dos entrevistados afirmou que nunca fumou.

Tabela 7 – Hábitos de vida

Tabela 7 - Hábitos de vida	n	%
Consumo de Bebida Alcoólica		
Sim	7	12%
Não	9	16%
Não se aplica	41	72%
Sente que deveria diminuir a ingestão de bebida alcoólica		
Sim	6	11%
Não	44	77%
Não sabe/Não se aplica	7	12%
Críticas sobre seu modo de beber te aborrecem		
Sim	2	4%
Não	7	12%
Não se aplica	48	84%
Sente culpa pelo modo como bebe		
Sim	2	4%
Não	7	12%
Não se aplica	48	84%
Costuma beber antes do almoço para diminuir a ansiedade ou a ressaca		
Sim	0	0%
Não	9	16%
Não se aplica	48	84%
Uso de tabaco		
Sim, regularmente	2	2%
Não, nunca fumei	26	46%
Não, fumei no passado, mas parei de fumar	21	37%
Não se aplica	8	15%

Fonte: Elaborada pelos autores.

Os usuários abordados faziam Hemodiálise Convencional (três sessões por semana) e as demais informações sobre a história clínica dos usuários estão dispostas na tabela 8, como o tempo de tratamento da DRC em que 51% responderam entre um a cinco anos e 70% não fizeram tratamento conservador sendo que a maioria que utilizou esse tratamento (28%) o fez por um período de um a cinco anos (14%). A diabetes foi a doença que mais causou DRC obtendo 62,7% das respostas, 81% dos entrevistados fazem uso de medicamentos, polivitamínicos, quelantes ou suplementos alimentares e 48,3% da amostra precisam comprar os medicamentos. A via mais comum de acesso para a hemodiálise foi a fístula obtendo 87,7% das respostas.

Tabela 8 – História clínica

Tabela 8 - História clínica	n	%
Tempo de tratamento da DRC		
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%
Já fez Tratamento Conservador		
Sim	16	28%
Não	40	70%
Não se aplica/ Não sabe	1	2%
Se sim, por quanto tempo?		
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%
O que causou a DRC		
Glomerulonefrite crônica	2	3,4%
Nefroesclerose 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%
Usa medicamentos, polivitamínico, quelante ou suplemento alimentar		
Sim	46	81%
Não	4	7%
Não se aplica/ Não sabe	7	12%
Via que consegue acesso aos medicamentos		
CRE	4	6,9%
UBS	17	29,3%
Compra	28	48,3%
Não se aplica/Não sabe	9	15,5%
Via de acesso para realizar hemodiálise		
Fístula	50	87,7%
Cateter	3	5,3%
Outro	2	3,5%
Não sabe/Não quis responder	2	3,5%

Fonte: Elaborada pelos autores.

A tabela 9 é relativa ao nível de atividade física e tempo de tela e 82% da amostra referiu não praticar atividade física sendo que entre os que praticam (14%) a atividade mais comum foi na academia popular com 12% das respostas e 7% afirmaram praticar atividade de uma a três vezes na semana e com duração de 30 a 60 minutos. Dos entrevistados, 67% indicou que há locais para praticar atividade física perto de sua casa e 37% referiu que possui academia popular próximo às suas residências e 81% da amostra afirmou sentir segurança para praticar atividade física na região em que reside. Quanto interrogados sobre quanto tempo, durante a semana, passam assistindo à TV, no videogame e no celular/computador, os resultados foram, respectivamente, 67% ficam entre uma e cinco horas, 98% não utiliza e 18% passam de uma a cinco horas, sendo que 56% dos entrevistados afirmou não utilizar o celular/computador.

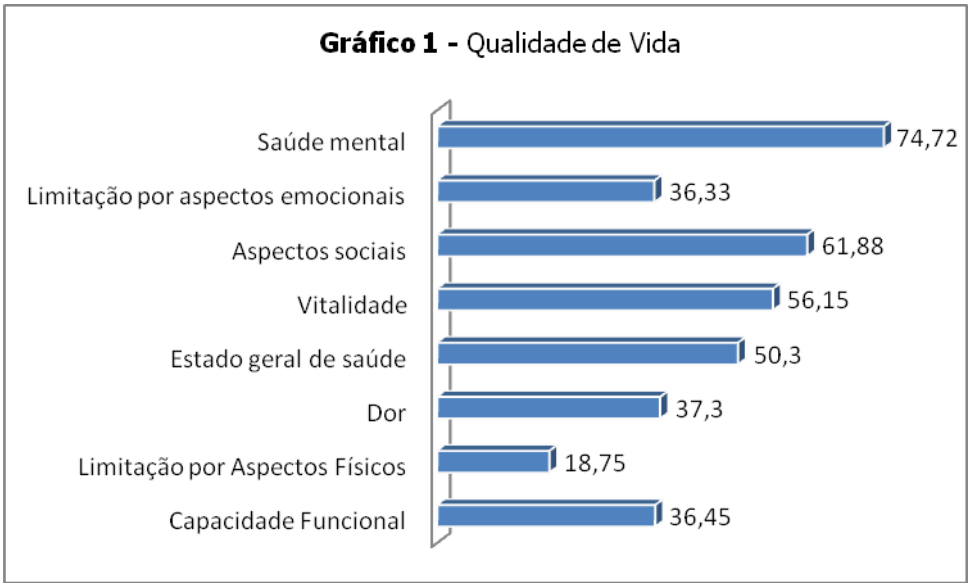
Tabela 9 – Nível de atividade física e tempo de tela

Tabela 9 - Nível de atividade física e tempo de tela	**n**	**%**
Pratica atividade física		
Sim	8	14%
Não	47	82%
As vezes	2	4%
Qual atividade física		
Caminhada	7	4%
Academia Popular	2	12%
Futebol	1	2%
Não se aplica	47	82%
Qual a frequência de atividade física		
1 a 3 vezes na semana	4	7%
4 a 6 vezes na semana	0	0%
Todos os dias	2	4%
Não sabe/Não se aplica	51	89%
Qual a duração da atividade física		
Até 30 min	3	5%
De 30 min a 60 min	4	7%
Mais de 60 min	1	2%
Não sabe/Não se aplica	49	86%
Há locais para praticar atividade física perto de sua casa		
Sim	38	67%
Não	14	24%
Não sabe/Não se aplica	5	9%
Se sim, quais locais		
Academia Particular	21	37%
Academia Popular	4	7%
Local para caminhada	6	10%
Quadras Esportivas	5	9%
Não sabe/Não se aplica	21	37%
Sente segurança em praticar atividade física na região em que mora		
Sim	46	81%
Não	4	7%
Não sabe/Não se aplica	7	12%
Durante a semana, quanto tempo passa assistindo TV		
Menos e 1 hora	1	2%
De 1 a 5 horas	38	67%
De 6 a 10 horas	10	17%
11 ou mais	0	0%
Não utiliza	8	10%
Não sabe/Não quis responder	2	4%
Durante a semana, quanto tempo passa no videogame		
Menos e 1 hora	0	0%
De 1 a 5 horas	1	2%
De 6 a 10 horas	0	0%
11 ou mais	0	0%
Não utiliza	56	98%
Não sabe/Não quis responder	0	0%
Durante a semana, quanto tempo passa no computador/celular		
Menos e 1 hora	1	2%
De 1 a 5 horas	10	18%
De 6 a 10 horas	8	14%
11 ou mais	3	5%
Não utiliza	32	56%
Não sabe/Não quis responder	3	5%

Fonte: Elaborada pelos autores.

O gráfico 1 apresenta os resultados da avaliação da qualidade de vida. O domínio de capacidade funcional a média obtida pelos entrevistados foi de 36,45 e para limitação por aspectos físicos o valor obtido foi de 18,75. Nos domínios de dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental os valores obtidos foram de 37,5; 50,3; 56,15; 61,88; 36,33 e 74,72, respectivamente.

Gráfico 1 – Qualidade de Vida



Fonte: Elaborada pelos autores.

Os resultados da avaliação antropométrica estão dispostos na tabela 10, com variáveis como o Índice de Massa Corporal em que 55% dos entrevistados apresentavam eutrofia e 18% apresentavam excesso de peso. A circunferência da cintura indicou que 32% da amostra não possui risco, 32% possui risco elevado e 36% apresenta risco muito elevado para complicações metabólicas. A circunferência do braço apontou que 57% estavam na média e 27% estavam com risco de déficit. Para a variável circunferência da panturrilha e prega cutânea tricipital, 82% e 73% da amostra estavam na média, respectivamente. No entanto, 93% dos entrevistados estavam abaixo da média pela variável do músculo adutor do polegar.

Tabela 10 – Dados antropométricos

Tabela 10 – Dados antropométricos	n	%
Índice de Massa Corporal		
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%
Circuferência da Cintura		
Sem risco	14	32%
Risco elevado	14	32%
Risco muito elevado	16	36%
Circuferência do Braço		
Déficit	4	9%
Risco de Déficit	12	27%
Média	25	57%
Acima da média	2	5%
Excesso de gordura	1	2%
Circunferência da Panturrilha		
Abaixo da média	8	18%
Média	36	82%
Prega Cutânea Tricipital		
Risco de déficit	5	11%
Média	32	73%
Acima da média	1	2%
Excesso de gordura	6	14%
Músculo Adutor do Polegar		
Abaixo da média	41	93%
Média	3	7%

Fonte: Elaborada pelos autores.

2.5. DISCUSSÃO

A prevalência da DRC nesse estudo se mostrou maior em indivíduos do sexo masculino (68%), assim como o achado na pesquisa de Da Silva (2013), e o número de desempregados quando somado aos que estão Afastados, Aposentados ou recebendo algum tipo de benefício se torna maior do que o número de indivíduos que ainda estão em atividade, o que confirma o que foi afirmado por Coutinho *et al* (2011) sobre o desemprego ser um problema frequente entre os usuários do serviço de hemodiálise. Sendo que apesar de muitos estarem aptos para o trabalho, a carga horária diminuída pelas sessões de hemodiálise é um fator que dificulta essa volta para o mercado de trabalho.

Ainda sobre os dados sociodemográficos, os indivíduos entrevistados eram em sua maioria (71%) da raça preta/parda enquanto 25% eram caucasianos, isso confirma o achado no Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (ELSA - Brasil) que mostra uma maior prevalência de DRC em pretos, pardos e indígenas além de maiores prevalências de hipertensão e diabetes, sendo que nessa pesquisa pode-se constatar que essas doenças foram as que mais causaram DRC em 20,3% e 62,7% dos casos, respectivamente (BARRETO *et al.*, 2016).

Assim como foi observado por Barreto *et al.* (2016), os resultados dessa presente pesquisa também demonstraram que a DRC esteve mais presente em pessoas com baixa escolaridade, além

de que uma renda menor por pessoa também pode contribuir para piores escolhas alimentares, impactando diretamente no perfil nutricional, podendo causar desnutrição, (OLIVEIRA et al., 2011) e qualidade de vida. Neste sentido, a falta de poder aquisitivo, de conhecimento e do acesso à informação são corresponsáveis pela ocorrência da desnutrição (MARTINS; RIELLA, 2013).

Sobre hábitos gerais da alimentação e compras pode-se perceber que a maior parte dos indivíduos fazem compras em supermercados, sendo que 42% o fazem mensalmente e 36% semanalmente, o que pode significar um baixo consumo de vegetais por parte daqueles que compram com a frequência mensal. As refeições são feitas à mesa por 78% dos entrevistados o que indica que os indivíduos possam ter atenção plena no que estão consumindo para evitar exageros. A maior parte dos entrevistados fazem quatro refeições por dia (49%) enquanto 28% fazem três refeições ao dia, isso representa um consumo insuficiente, visto que com um número maior de refeições é possível mais fracionamento, evitando exageros e um aporte de nutrientes mais adequado. Dos entrevistados, 65% afirmaram que não possuem hábitos de comer fora de casa e a maioria indicou que não costuma trocar a comida do almoço nem do jantar por lanches o que é um ponto positivo devido ao fato de ao comer fora de casa muitas pessoas optam por industrializados e comidas rápidas o que acaba sendo prejudicial ao tratamento pela composição desses alimentos.

Como pôde ser conferido na tabela 3, a maior parte da amostra concorda totalmente que encontram alimentos saudáveis, sendo frutas, verduras e legumes, que são de boa qualidade assim como alimentos com baixo teor de gordura próximo a suas residências. Apesar disso, também são encontrados locais para refeições rápidas próximos a residência desses indivíduos.

Os entrevistados afirmaram comer feijão todos os dias, o que requer um cuidado maior no que se refere a quantidade, pelo fato desse alimento ser fonte de fósforo. Também apontaram o consumo diário de verduras ou legumes, crus ou cozidos, assim como frutas, apesar de representar um percentual menor da amostra. A presença de frutas, verduras e legumes no planejamento alimentar dos portadores de DRC é importante, porém o teor de alguns nutrientes como o fósforo, potássio e sódio devem ser observados pela insuficiência renal na eliminação desses nutrientes podendo causar uma intoxicação e desenvolvimento de complicações (SCHEIBLER *et al.*, 2010).

De acordo com Scheibler (2010), todos os alimentos, de origem animais e vegetais, podem ser visto como fonte de fósforo e o excesso desse nutriente pode agravar o hiperparatireoidismo nesses pacientes. O potássio participa da síntese de glicogênio e de proteínas e juntamente com o sódio, participa do potencial de repouso da membrana celular, regulação da pressão osmótica, equilíbrio hídrico e ácido-base. O sódio pode aumentar a retenção hídrica, ocasionando um aumento na pressão arterial devido à deficiência no balanço de sódio.

A cocção pode diminuir a quantidade desses nutrientes em alimentos como a cenoura e batata (SCHEIBLER et al., 2010), sendo assim, o mais indicado seria o consumo desses vegetais cozidos, porém um percentual maior (47%) referenciou consumir diariamente esses alimentos crus, quando comparado com os que consomem cozidos todos os dias (31%).

Um estudo feito por Machado (2014) apontou resultados de que o consumo de carne bovina, frango, leite, feijão e pão foram os alimentos que mais contribuíram para o consumo de fósforo. A maioria dos indivíduos participantes da pesquisa referiu consumir carne vermelha de três a quatro dias na semana enquanto o consumo de frango/galinha ficou de um a dois dias na semana, o que

representa um consumo maior de carne vermelha e por consequência de fósforo e gordura devido a concentração desses nutrientes ser maior nesse tipo de alimento. Apesar de o consumo de proteínas para indivíduos em hemodiálise ser maior quando comparados com aqueles em tratamento conservador, devido a perda de proteínas e aminoácidos durante a hemodiálise (VEGINE *et al.*, 2011), o consumo desse nutriente ainda precisa de atenção. Quanto ao consumo de leite, 33% informaram que nunca o consome, porém, 25% dos entrevistados ingerem esse alimento todos os dias e embora seja fonte de cálcio, um nutriente importante para o metabolismo do organismo e que pode auxiliar no tratamento da doença, é também fonte de fósforo e deve ter seu consumo limitado.

Alimentos ultraprocessados devem ser evitados devido às altas concentrações de sódio e outros micronutrientes que precisam ser controlados em indivíduos com DRC, como o fósforo (BERTANI *et al.*, 2019). O fósforo inorgânico que é acrescentado em alimentos para aumentar o tempo de prateleira, melhorar a cor ou o sabor, é absorvido em maior quantidade pelo organismo (NERBASS *et al.*, 2019). Uma boa parte da amostra informou que não consome refrigerantes ou sucos artificiais, e aqueles que consomem, assim como doces, biscoitos ou embutidos, o fazem em uma frequência baixa. Entretanto, uma pequena parte da amostra, que não é expressiva, apontou o consumo desses alimentos com frequência. Sobre o consumo de sal, houve um predomínio de respostas que referem adotar medidas para diminuição no consumo de sal, além de optarem por alimentos industrializados com menor teor de sódio.

Os usuários faziam hemodiálise convencional que é o método tradicional em que há a remoção de 1 a 4 litros de fluido em um período de quatro horas em media, durantes três sessões em uma semana e intervalo de 68 horas sem diálise que corresponde ao fim de semana (SARAN, 2006; MATOS; LOPES, 2009).

O álcool provoca um aumento na pressão arterial o que pode prejudicar o tratamento. Aqueles que não fumam, possuem níveis controlados da dislipidemia e os que praticam atividade física possuem um melhor fluxo sanguíneo (LATA *et al.*, 2008).

O tabagismo está diretamente ligado a uma maior taxa de mortalidade, além da presença de proteinúria ser mais comum em fumantes ou àqueles com histórico de tabagista de longa data, que ocasiona uma piora na função renal (KOCK; BREDA NETO; BORGES, 2019).

O tempo de tratamento que mais possui indivíduos em comum foi o de um a cinco anos, sendo que a maioria da amostra não fez tratamento conservador antes de iniciar a terapia renal substitutiva. Um estudo realizado por Da Silva (2013) apontou que a descoberta precoce da DRC pode possibilitar um retardamento na progressão da doença através do tratamento conservador por um período maior que seis meses, o que garante uma melhor resposta e parâmetros ao indivíduo progredir para o tratamento de hemodiálise.

O tratamento da DRC requer o uso de diversos medicamentos, suplementos, quelantes ou polivitamínicos e na presente pesquisa a maior parte dos entrevistados faziam utilização de algum tipo desses medicamentos assim como uma boa parte necessitava fazer a compra particular dos medicamentos.

A via de acesso mais utilizada é a fístula arteriovenosa que requer certos cuidados mas possibilita melhor mobilidade para o paciente além de ser mais segura quando comparada com o cateter de duplo lúmen que são colocados de forma temporária pois está relacionada com alto risco de infecções e complicações (MENDONÇA *et al*., 2013).

Existem poucos usuários do serviço de hemodiálise que praticam algum tipo de atividade física apesar de referirem ter locais próximos à suas residências para essa finalidade e se sentirem seguros na região onde moram para praticar. A atividade física foi destacada como um fator que pode diminuir os efeitos causados pela DRC, assim como os efeitos indesejados do tratamento, agindo como um protetor para diminuir o avanço da doença ou conservação da função renal. Dessa forma, o sedentarismo foi apontado como um fator de risco evidenciando que a atividade física também pode causar uma melhora da qualidade de vida do paciente (FUKUSHIMA; COSTA; ORLANDI, 2018). O tempo de tela também foi um fator agravante encontrado nos entrevistados para o sedentarismo.

A avaliação sobre a qualidade de vida indicou impacto na saúde mental dos pacientes, porém o mais afetado foi a variável que diz respeito à limitações por aspectos físicos em que os indivíduos sentem que suas condições com a DRC os impedem de realizar suas atividades e receberem melhoras em seus quadros de saúde, o que influencia aos poucos as outras variáveis causando uma piora progressiva na qualidade de vida geral do usuário.

A amostra analisada apresentou que pouco mais que a metade (55%) dos indivíduos apresentavam classificação do IMC como eutrofia e 9% com baixo peso, o que é um bom marcador visto que indivíduos com o IMC mais alto possuem maior taxa de sobrevida quando comparados àqueles com IMC menor (MARCELLI et al., 2015), sendo que esse marcador não representa a real composição corporal do indivíduo pelo fato de considerar somente o peso a altura. A adiposidade corporal está relacionada com um estado pró-inflamatório e também alterações metabólicas (CNOP et al., 2003) e os marcadores de adiposidade como a prega cutânea tricipital sugerem alguns pacientes com risco para essa condição.

A diabetes e hipertensão são as doenças que mais levam a DRC e a obesidade é um fator que pode gerar complicação nas doenças e no tratamento (DA SILVA, 2013). O marcador de circunferência da cintura apontou que 36% dos indivíduos estavam com alto risco para complicações metabólicas e isso pode indicar alta quantidade de gordura visceral e o marcador de circunferência do braço indicou que 57% dos participantes estavam na média.

Os marcadores de tecido muscular utilizados foram a circunferência da panturrilha e o músculo adutor do polegar, sendo que o segundo indicou que 93% dos indivíduos estavam abaixo da média, representando algum grau de desnutrição. Já a circunferência da panturrilha apresentou que 82% dos participantes estavam na média. Essa diferença pode ter ocorrido devido ao fato da panturrilha possuir interferência do tecido adiposo e também pode ter alteração caso o paciente esteja edemaciado.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade de vida está diretamente ligada com o perfil nutricional e o nível de atividade física do paciente hemodialítico, sendo que isso afeta também a saúde mental do paciente que além de todas as complicações advindas da doença também se sente limitado para diversas tarefas e trabalhos. O paciente precisa restringir muito sua alimentação e quando não possui uma orientação adequada pode comprometer seriamente seu perfil nutricional e, a partir dessa condição, o indivíduo que também possui um hábito de vida sedentário não obtém uma boa resposta ao tratamento, com uma pequena taxa de sobrevida. Esses pacientes deveriam seguir o que é proposto para sua alimentação e também ter uma prática de atividade física de forma contínua e acompanhada para uma melhor resposta ao tratamento e melhor qualidade de vida. Dessa forma, a presente pesquisa pode contribuir com material para futuros estudos sobre os pacientes em hemodiálise no estado do Espírito Santo e a criação de novas políticas de saúde pública para uma melhora no serviço oferecido e um acompanhamento mais rigoroso, assim como influencia com informações de que o paciente pode melhorar seu estado de saúde seguindo as orientações, a fim de obter uma maior taxa de sobrevida para esses indivíduos.

4. REFERÊNCIAS

ARAUJO, I. C. et al. Nutritional parameters and mortality in incident hemodialysis patients. J *Renal Nutr*. V. 16, p. 27-35, 2006.

BARRETO, S.M et al. Chronic Kidney disease among adult participants of tge ELSA-Brasil cohort: association with race and socieconomic position. *J Epidemiol Health*, v.70, p. 380-389, 2016.

BERTANI, Juliana Paula Bruch et al. Avaliação do consumo de fósforo, potássio e alimentos ultraprocessados em pacientes com doença renal crônica. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 26, n. 2, p. 107-110, 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 - sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível <em:http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf.> Acesso em: 12 de Junho de 2020.

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, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 170 p.

CANZIANE, M. E. Doenças Cardiovasculares na Doença Renal Crônica.*J Bras Nefrol*. v. 26, n.3, supl. 1, 2004.

CASTELLS, M. A. C.; FURLANETTO, L. M. Validity of the CAGE questionnaire for screening alcohol-dependent inpatients on hospital wards. *Rev. Bras. Psiquiatr., S. Paulo,* v.27, n. 1, p. 54-57, 2005.

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

CNOP, M. et al. Relationship of adiponectin to body fat distribution, insulin sensitivity and plasma lipoproteins: evidence for independent roles of age and sex. Diabetologia. 2003.

COUTINHO, Nair Portela Silva et al. Qualidade de Vida de Pacientes Renais Crônicos em Hemodiálise/Quality of Life in Hemodialysis Patients. Revista de Pesquisa em Saúde, v. 11, n. 1, 2011.

Da PAZ FILHO et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. Rev. Ass. Med. Brasil. 2001; 47(1): 65-9.

DA SILVA, Sandra Tavares et al. Tratamento conservador: influência sobre parâmetros clínicos de indivíduos em hemodiálise. 2013.

De MIRANDA, V.A et al. Racial differences in HbA1c: a cross-sectional analysis of a Brazilian public primary care population. *Prim Care Diabetes*, v.7, p.135-141, 2013.

ELLIOT, H. A.; ROBB, L. Computer-based undernutrition screening tool for hemodialysis patients. *Dialysis Transplant*, v.1, p. 1-6, 2009.

FAHAL, I. H: Uraemic sarcopenia: Aetiology and implications*. Nephrol Dial Transplant*, v. 29, n. 9, p. 1655–1665, 2014.

FIELDING, R. A. et al. Sarcopenia: An undiagnosed condition in older adults. Current consensus definition: Prevalence, etiology, and consequences. International working group on sarcopenia. *J AmMed Dir Assoc*, v. 12, n. 4, p. 249–256, 2011.

FOUQUE, D. et al. A proposed nomenclature and diagnostic criteria for protein-energy wasting in acute and chronic kidney disease*. Kidney Int*. 2008;73:391-8.

FUKUSHIMA, Raiana Lídice Mór; COSTA, José Luiz Riani; ORLANDI, Fabiana de Souza. Atividade física e a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 25, n. 3, p. 338-344, 2018.

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

ISOYAMA, N. *et al*. Comparative Associations of Muscle Mass and Muscle Strength with Mortality in Dialysis Patients*.Clin J Am Soc Nephrol*, v. 9, n. 10, p. 1720–1728, 2014.

KALANTAR-ZADEH, K.; KOPPLE, J. Nutritional management os hemodialysis patients. In: Massry S, editor. Nutritional Management os Renal Disease. 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams and Wilkins; 2003.

KAYA, T. et al. Relationship between the target dose for hemodialysis adequacy and nutritional assessment. *Ann Saudi Med*, v. 36, n. 2, p. 121-127, 2016.

KIM, H.; LIM, H.; CHOUE, R. A better diet quality is atributable to adequate energy intake in hemodialysis patients. *Clin Nutr Res*, v. 4, n. 1, p. 46-55, 2015.

KIZIL, M. et al. Dietary inflammatory index is associatedwith serum C-reactive protein and protein energy wasting in hemodialysis patients: A cross-sectional study. *Nutrition Research and Practice*, v. 10, n.4, p. 404-410, 2016.

KOCK, Kelser de Souza; BREDA NETO, João Antônio; BORGES, Lohrayne de Paula. Fatores de risco modificáveis na sobrevida de pacientes submetidos à hemodiálise. **J. Health Biol. Sci.(Online)**, p. 14-20, 2019.

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

LATA, Aline Gozzi Braga et al. Diagnósticos de enfermagem em adultos em tratamento de hemodiálise**. Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. SPE, p. 160-163, 2008.

LOCATELLI, F. et al. Nutritional status in dialysispatients: a European consensus. *Nephrol Dial Transplant*, v. 17, n.4, p. 563–557, 2002.

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

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.

MARCELLI, D. Body Composition and Survival in Dialysis Patients: Results from an International Cohort Study. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*: CJASN. 10(7):1192-1200, 2015.

MARTINS C., *et al*. Terapia Nutricional para Pacientes em Hemodiálise Crônica. *Projeto Diretrizes da AMB/SBNPE/Nutrologia*. São Paulo: Associação Médica Brasileira, p.1-10, 2011.

MARTINS, C.; RIELLA, M. C. *Nutrição e hemodiálise*. In: Riella MC, Martins C. Nutricao e o rim. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 242-50, 2013.

MARTINS, M.R.I et al. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 13, n. 5, p. 670-6, 2005.

MAZAIRAC, A. H. et al. A composite score of protein-energy nutritional status predicts mortality in haemodialysis patients no better than its individual components. *Nephrol Dial Transplant*.v. 26, p. 1962-1967, 2011.

MENDONÇA, Neriane Nunes et al. Diagnósticos de Enfermagem de pacientes hemodialíticos em uso do cateter duplo lúmem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2013.

MENEZES, F. G et al. Panorama do tratamento hemodialítico financiado pelo Sistema Único de Saúde - Uma perspectiva econômica. *J Bras Nefrol*, v. 37, n. 3, p. 367-378, 2015.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 3. 7. Ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

NERBASS, Fabiana Baggio et al. Diferenças na fosfatemia e na frequência de consumo de fontes alimentares de fósforo em pacientes em hemodiálise do sul e norte do Brasil. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 41, n. 1, p. 83-88, 2019.

OLIVEIRA, R. B. et al. Situação do hiperparatireoidismo secundário autônomo no Brasil: dados do Censo Brasileiro de Paratireoidectomia. *Jornal Brasileiro de Nefr*ologia, p. 457-462, 2011.

OZKAYAR, N. et al. Evaluation of Sarcopenia in Renal Transplant Recipients. *Nephro Urol Mon*, v. 6, n. 4, p. e20055, 2014.

RASELLA, D. et al. Impacto of primary health care on mortality form heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a Nationwide analysis of longitudinal data. *BWJ*, 2014.

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

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Análise de custo-efetividade em relação às terapias renais substitutivas: como pensar estudos em relação à essas intervenções no Brasil*? Ca. Saúde Public*a v. 24, n.6, p. 1276-1290, 2008.

SANTORO, D. et al. Socio-Economic Factors, Food Habits and Phosphorus Levels in Patients on Hemodialysis. *Nephro Urol Mo*n. v. 7, n. 4, p.e27114, 2015.

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.

SCHEIBLER, Jonéia et al. Quantificação de micronutrientes em vegetais submetidos a diferentes métodos de cocção para doente renal crônico. **ConScientiae Saúde**, v. 9, n. 4, p. 549-555, 2010.

SEGALL, L. et al. Nutritional status evaluation and survival in haemodialysis patients in one centre from Romania. *Nephrol Dial Transplant*, v. 24, n. 8, p. 2536–2540, 2009.

SESSO, R. *et al*. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014. *J Bras Nefrol*, v. 38, n.1, p. 54-61, 2016.

SHAH, S.N. et al. Serum bicarbonate levels and the progression of kidney disease: a Cohort Study. *Am J Kidney Dis*, v. 54, p. 270-277, 2009.

SILVA, D.; PETROSKI, E.L.; PERES, M.A. Prehypertension and hypertension among adults in a metropolitan area in Southern Brazil: population-based study. *Rev Saude Publica*, v. 46, p. 988-998, 2012.

SILVA, S. et al. Uma comparação dos custos do transplante renal em relação às diálises no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.32, n.6, 2016.

STARK, S. et al. *Nutritional Intake in Adult Hemodialysis Patients.* Top Clin Nutr, v. 26, n. 1, p. 45–56, 2011.

THOMÉ, Fernando Saldanha et al. Brazilian chronic dialysis survey 2017. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 41, n. 2, p.208-214, 2019.

VEGINE, Patrícia Marçal et al. Avaliação de métodos para identificar desnutrição energético-protéica de pacientes em hemodiálise. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 33, n. 1, p. 55-61, 2011.

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

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical activity. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>. Acesso em: 25 de maio de 2020.