

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FAMED – FACULDADE DE MEDICINA

ANA CAROLINA SILVA GONÇALVES

**Indicadores de utilização dos serviços de saúde pela população diagnosticada
com doença renal crônica:
Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.**

UBERLÂNDIA
2023

ANA CAROLINA SILVA GONÇALVES

**Indicadores de utilização dos serviços de saúde pela população diagnosticada
com doença renal crônica:
Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Uberlândia, como componente obrigatório para integralização da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, e requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Saraiva da Silva

UBERLÂNDIA

2023

RESUMO

Introdução: O Brasil vivencia uma fase de transição epidemiológica caracterizada pelo aumento de morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, principalmente a doença renal crônica. Os serviços de saúde têm como dever oferecer acesso, prevenir, diagnosticar precocemente e tratar os fatores de risco para a doença renal crônica (DRC). **Objetivo:** Analisar a associação dos indicadores de utilização dos serviços de saúde com a DRC na população brasileira. **Metodologia:** estudo transversal, realizado com 90.846 indivíduos que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. Foram coletadas variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais. Foram considerados indicadores de utilização dos serviços de saúde: questões referentes à busca por serviço ou profissional de saúde nas duas últimas semanas, não realização de qualquer das atividades habituais por motivo de saúde nas duas últimas semanas e internação no hospital por 24 horas ou mais nos últimos 12 meses. Foi realizada a análise de regressão logística para associar os indicadores referentes à utilização dos serviços de saúde com a DRC. **Resultados:** Foram identificadas maiores prevalências de DRC em indivíduos com idade mais avançada, brancos e com baixo nível de escolaridade. As doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, doenças cardiovasculares e excesso de peso) foram mais prevalentes nos indivíduos com DRC. Sobre os indicadores de utilização dos serviços de saúde, observou-se que houve associação significativa da presença de DRC com internação nos últimos 12 meses (OR 3,10; IC 95% 2,71 – 3,56), prejuízo nas atividades habituais por motivo de doença (OR 3,00; IC95% 2,64 – 3,41) e busca por serviços de saúde nas duas últimas semanas (OR 2,47 IC95% 2,20 – 2,77). **Conclusão:** A DRC tem maior prevalência nos indivíduos com idade mais avançada, brancos, com menor nível de escolaridade, e que possuem. O serviço de saúde mais utilizado pelos indivíduos com DRC são as UBS e houve considerável prejuízo das atividades habituais nos indivíduos com DRC.

Descritores: doença renal crônica; serviços de saúde; inquérito nacional de saúde; epidemiologia; doenças não transmissíveis.

ABSTRACT

Introduction: Brazil is experiencing an epidemiological transition phase characterized by increased morbidity and mortality from chronic non-communicable diseases, especially chronic kidney disease. Health services have a duty to offer access, prevent, diagnose early and treat risk factors for chronic kidney disease (CKD). Objective: To analyze the association of health service utilization indicators with CKD in the Brazilian population. **Methodology:** cross-sectional study, carried out with 90,846 individuals who participated in the 2019 National Health Survey. Sociodemographic, clinical and behavioral variables were collected. Indicators of use of health services were considered: questions regarding the search for a service or health professional in the last two weeks, not carrying out any of the usual activities for health reasons in the last two weeks and hospitalization for 24 hours or more in the last two weeks. last 12 months. Logistic regression analysis was performed to associate the indicators referring to the use of health services with CKD. **Results:** Higher prevalence of CKD was identified in older, white, and low-educated individuals. Chronic non-communicable diseases (hypertension, diabetes mellitus, hypercholesterolemia, cardiovascular diseases and overweight) were more prevalent in individuals with CKD. Regarding the indicators of use of health services, it was observed that there was a significant association between the presence of CKD and hospitalization in the last 12 months (OR 3.10; 95% CI 2.71 – 3.56), impairment in usual activities due to reason for illness (OR 3.00; 95%CI 2.64 – 3.41) and search for health services in the last two weeks (OR 2.47 95%CI 2.20 – 2.77). **Conclusion:** CKD is more prevalent in older, white, less educated individuals who have. The health service most used by individuals with CKD are the UBS and there was considerable impairment of usual activities in individuals with CKD.

Descriptors: chronic kidney disease; health services; national health survey; epidemiology; noncommunicable diseases.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO...	6
2 OBJETIVOS	8
2.1 Objetivos gerais...	8
2.2 Objetivos específicos.....	8
3 MATERIAIS E MÉTODOS	9
3.1 Delineamento do estudo e amostragem	9
3.2 Coleta de dados e variáveis estudadas.....	10
3.3 Análises estatísticas	10
3.4 Aspectos éticos... ..	11
4 RESULTADOS	12
5 DISCUSSÃO... ..	17
5.1 Limitações do estudo.....	21
5.2 Implicações do estudo.....	22
6 CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS... ..	24

1. INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é caracterizada por alterações das funções e estruturas renais persistentes por pelo menos três meses, sendo reconhecida como uma doença insidiosa, de curso prolongado, com evolução assintomática, estando intimamente relacionada a condições demográficas e socioeconômicas, comorbidades crônicas e comportamentos de risco (BRASIL, 2014).

Mundialmente, a DRC é considerada um grave problema de saúde pública e foi responsável por, aproximadamente, 1,2 milhões de mortes no ano de 2017 (BIKBOV et al., 2020). A prevalência de DRC no Brasil é incerta, mas segundo dados obtidos da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, a prevalência de DRC autorreferida foi de, aproximadamente, 1,4% (GOUVÊA et al., 2022). Além disso, a DRC é uma doença silenciosa e, muitas vezes, detectada em seus estágios mais avançados, o que acarreta altas taxas de morbimortalidade e custos para os sistemas de saúde público e privado, além de grandes impactos socioeconômicos (DE AGUIAR et al., 2020).

A organização dos sistemas de saúde no Brasil é fundamentada no Sistema Único de Saúde (SUS), que surgiu como uma estratégia de orientação da organização dos sistemas de saúde para suprir às necessidades da população, por meio da premissa de que a saúde é um direito social, considerando os determinantes e condicionantes de saúde, com a finalidade de oferecer atenção integral aos seus usuários (GIOVANELLA et al., 2009). Consonante ao sistema público de saúde, há os sistemas de saúde de iniciativas privadas, nos quais o acesso a seus serviços depende da situação financeira (SILVA et al., 2017).

O sistema de saúde brasileiro vivencia uma fase de transição epidemiológica caracterizada pelo aumento da incidência de morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo a DRC uma das doenças que se destaca nesse panorama. Contudo, a forma com que os sistemas de saúde estão organizados e o modelo de saúde atual não suprem as necessidades da população afetada pelo crescente aumento das DCNT no Brasil, tornando um enigma para os profissionais de saúde, usuários e gestores dos sistemas de saúde (DE PAULA et al., 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) salienta que populações diferentes de diversos países apresentam dificuldade no acesso ou não utilizam os serviços de saúde de forma equânime (OMS, 2014), uma vez que fatores sociodemográficos, como

sexo, idade, localização geográfica tanto da habitação dos usuários, quanto do serviço de saúde, escolaridade e renda podem influenciar para a redução do acesso e utilização dos serviços de saúde, fundamentando uma barreira no enfrentamento e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, vale destacar que necessidades de saúde ou a existência da doença, bem como a gravidade e urgência da doença também determinam a utilização dos serviços de saúde (TRAVASSOS e MARTINS, 2004; MALTA et al, 2017).

Nas últimas décadas, os inquéritos populacionais vêm sendo bastante utilizados como parâmetros de avaliação da assistência de saúde, permitindo o direcionamento de ações de vigilância das doenças crônicas e seus determinantes (SZWARCOWALD et al., 2014). A Pesquisa Nacional da Saúde (PNS) se caracteriza como um inquérito populacional brasileiro e consiste em uma pesquisa de base domiciliar a nível nacional, executada em consonância entre o Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizada em 2019, com a finalidade de validação do acesso e utilização dos serviços de saúde, além da vigilância das doenças crônicas não transmissíveis sob a perspectiva dos fatores de riscos, epidemiológicos, sociais, ambientais e comportamentais (MALTA; SILVA JR, 2014).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

- Analisar a associação dos indicadores de utilização dos serviços de saúde com a DRC na população brasileira.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar o perfil epidemiológico e clínico dos indivíduos participantes da PNS 2019;
- Descrever as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas quanto à presença ou ausência de DRC;
- Analisar o tipo de serviço de saúde mais utilizado pelos indivíduos diagnosticados com DRC;
- Analisar variáveis referentes à utilização dos serviços de saúde pelos indivíduos com DRC;
- Associar os indicadores de utilização dos serviços de saúde com a DRC.

3. MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo e amostragem

Trata-se de uma análise transversal, com dados coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, desenvolvida pelo Ministério da Saúde conjuntamente com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A PNS constitui-se uma pesquisa de base domiciliar cujo plano amostral utilizado é o de amostragem conglomerada em três estágios, nos quais há estratificação das unidades primárias de amostragem (UPAs). O primeiro estágio foi composto por seleção das UPAs, constituídas por setores censitários ou composição de setores, realizada por meio de amostragem aleatória simples, preservando a estratificação da Amostra Mestra da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Os domicílios localizados em setores censitários especiais ou de população escassa como quartéis, grupamentos indígenas, presídios, colônias penais, instituições de longa permanência para idosos entre outros foram excluídos do escopo. No segundo estágio, um número fixo de domicílios foi determinado por amostragem aleatória simples para cada UPA escolhida no primeiro estágio. No terceiro estágio, um morador com 15 anos de idade ou mais de cada domicílio amostrado foi selecionado por amostragem aleatória simples para representar seu respectivo domicílio ao responder à entrevista, com exceções alguns eixos e módulos temáticos – “Violências”, “Doenças transmissíveis”, “Atividade sexual”, “Relações e condições de trabalho” e “Atendimento médico” – que demandaram um morador com 18 anos ou mais para responde-los (STOPA et al., 2020).

A amostra total – tamanho da amostra – foi calculada em, aproximadamente, 108.525 domicílios, mas as informações foram coletadas para 90.846 indivíduos. Para o cálculo foram considerados valores médios, efeitos do plano amostral e variâncias, presumindo 20% de taxa de não resposta (STOPA et al., 2020).

As informações pertinentes ao acesso e utilização dos serviços de saúde foram coletadas por meio do morador representante do domicílio, denominado informante

proxy, que respondeu ao questionário sobre o uso dos serviços de saúde para todos os residentes do domicílio. Foram coletadas pelo informante proxy informações válidas para aproximadamente 90.846 moradores (GUEDES et al., [s.d.]. e.).

3.2 Coleta de dados e variáveis estudadas

O questionário da PNS que norteia a entrevista foi dividido em três módulos: informações sobre o domicílio, informação sobre todos os moradores respondidas pelo informante proxy e informações sobre o informante proxy respondido por ele mesmo, devendo obrigatoriamente ter 18 anos ou mais. A coleta de dados foi executada por meio de computadores de mão (personal digital assistant), desenvolvidos para crítica dos dados recebidos (STOPA et al., 2020).

Foram coletadas variáveis sociodemográficas, sendo idade, sexo, nível de escolaridade e cor, e também variáveis clínicas e comportamentais, como presença de doença cardiovascular, hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença renal crônica, hipercolesterolemia, excesso de peso, etilismo, tabagismo e atividade física.

As perguntas referentes aos indicadores de utilização dos serviços de saúde foram: 1) Nas duas últimas semanas, o sr(a) procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde, para atendimento relacionado à saúde?; 2) Nas duas últimas semanas, o sr(a) deixou de realizar qualquer de suas atividades habituais, por motivo de saúde?; 3) Nos últimos 12 meses, o sr(a) ficou internado no hospital por 24 horas ou mais?; 4) Quando o sr(a) consultou um médico pela última vez?; 5) Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde qual serviço de saúde costuma procurar?; 6) Tem algum plano de saúde médico particular, de empresa ou órgão público?. Para a análise dos dados, considerou-se como indicador de utilização dos serviços de saúde, as questões 1, 2 e 3.

3.3 Análises estatísticas

Os indicadores de uso de serviços de saúde foram analisadas segundo a presença de DRC. Foram calculadas as prevalências das variáveis de interesse e seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

A análise multivariada da associação entre os indicadores de uso de serviços de saúde e DRC foi baseada em estimativas de odds ratio (OR) por meio de regressão

logística. Foi realizada a análise bruta e ajustada por idade, sexo e plano de saúde.

Por pertencerem a um conjunto de dados coletados com escopo complexo de amostragem, as análises estatísticas foram realizadas por meio do software Stata versão 14.0, no módulo survey, que pondera efeitos de amostragens complexas

3.4 Aspectos éticos

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), em agosto de 2019, sob o parecer nº 3.529.376, e obedeceu a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1996), facultando aos participantes da pesquisa sua voluntariedade, anonimato e desistência a qualquer momento da pesquisa, por meio de termo de consentimento livre e esclarecido.

4. RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os resultados de caracterização sociodemográfica e clínica da população estudada. A maioria dos participantes do estudo eram do sexo feminino (53%), com idade entre 30 e 44 anos (28,6%), analfabetos ou possuíam ensino fundamental incompleto (34,3%) e autodeclarados brancos (42,9%). Em relação aos hábitos de vida, a minoria dos participantes era tabagista (11,4%), etilista (14,5%) e ativo fisicamente (47,1%). Sobre os dados clínicos da amostra, o estudo evidencia a presença de hipertensão arterial (25,6%), diabetes mellitus (8,4%), doença cardiovascular (5,4%), hipercolesterolemia (15,2%), excesso de peso (61,9%) e doença renal crônica (1,4%).

Os participantes portadores de doença renal crônica eram majoritariamente do sexo feminino (55,9%), com 60 anos ou mais de idade (36,8%), analfabetos ou com ensino fundamental incompleto (46,7%), brancos (48,1%), possuíam comorbidades como hipertensão arterial (53,7%), diabetes mellitus (21,3%), hipercolesterolemia (33,4%), doença cardiovascular (20,4%), excesso de peso (64,7%) e eram tabagistas (12,1%).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e clínica da população estudada (Pesquisa Nacional de Saúde, 2019).

		DRC	
Variáveis	Total (%) IC 95%	Não (%) IC 95%	Sim (%) IC 95%
Sexo			
Masculino	47	47,1 (47 – 47,1)	44,1 (39,5 – 48,6)
Feminino	53	52,9 (52,8 – 52,9)	55,9 (51,3 – 60,4)
Faixa etária			
15 a 29 anos	26 (25,7 – 26,4)	26,5 (26,3 – 26,8)	12,2 (9,1 – 16,1)
30 a 44 anos	28,6 (28,1 – 28,9)	28,5 (28,2 – 28,9)	19,7 (16,4 – 23,5)
45 a 59 anos	25 (24,6 – 25,4)	24,6 (24,3 – 24,9)	31,2 (27,1 – 35,6)
60 anos ou mais	20,4	20,1 (20,1 – 20,2)	36,8 (32,7 – 41,1)
Escolaridade			
Sem instrução/ fundamental incompleto	34,3 (33,2 – 34,6)	34,1 (33,5 – 34,7)	46,7 (42,2 – 51,3)
Fundamental completo/ médio incompleto	17,4 (16,4 – 17,5)	17,4 (16,9 – 17,8)	17,8 (14,2 – 21,9)
Médio completo/ superior incompleto	33,3 (32,8 – 34,2)	33,4 (32,8 – 33,9)	25,1 (21,3 – 29,1)
Superior completo	14,9 (14,9 – 16,3)	15,1 (14,4 – 15,6)	10,3 (7,8 – 13,5)
Raça/Cor			
Branca	42,9 (42,5 – 44,2)	42,8 (42,1 – 43,5)	48,1 (43,5 – 52,8)
Preta	11,4 (10,9 – 11,8)	11,4 (11 – 11,8)	10,1 (7,4 – 13,4)
Parda	44,1 (42,9 – 44,5)	44,2 (43,5 – 44,8)	40,4 (36,1 – 44,8)
Outras (indígena ou asiático)	1,5 (1,2 – 1,6)	1,5 (1,3 – 1,7)	1,4 (0,8 – 2,3)

Hipertensão arterial	25,6 (24,9 – 26)	23,8 (23,4 – 24,3)	53,7 (49,1 – 58,2)
Diabetes mellitus	8,4 (8 – 8,6)	7,7 (7,4 – 8)	21,3 (17,8 – 25,1)
Doença cardiovascular	5,4 (5,1 – 5,7)	4,8 (4,5 – 5)	20,4 (16,8 – 24,6)
Excesso de peso	61,9 (61,2 – 62,6)	61,6 (60,9 – 62,2)	64,7 (60,2 – 68,9)
Ativo fisicamente	47,1 (46,3 – 47,7)	46,2 (45,6 – 46,8)	34,6 (30,3 – 39,1)
Tabagismo	11,4 (10,9 – 11,7)	12,1 (11,7 – 12,5)	12,1 (9,3 – 15,6)
Etilismo	14,5 (13,6 – 14,6)	14,5 (14,1 – 14,9)	9,4 (6,8 – 12,7)

Fonte: A autora.

As variáveis que indicam o perfil do uso de serviços de saúde estão descritas na tabela 2. Em relação à posse de plano de saúde, 28,5% dos participantes da pesquisa o possuíam e os serviços de saúde mais utilizados foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (45%) e consultórios particulares (24,4%). A data da última consulta médica foi realizada em até um ano (83,3%) e aproximadamente 23% dos usuários buscaram por serviços de saúde nas últimas duas semanas. Além disso, 8,1% necessitaram de internação nos últimos 12 meses e 9,3% apresentaram prejuízo nas atividades habituais por motivo de doença.

Em relação aos participantes que possuíam DRC, observou-se que 29,4% tinham posse de plano de saúde e predominantemente utilizaram os recursos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (42,5%). A data da última consulta médica foi realizada em até um ano (92,8%), porém a necessidade de buscar por serviços de saúde nas duas últimas semanas foi observada em 43,5% dos participantes com DRC, valor maior do que nos indivíduos que não tinham DRC. As prevalências de internação nos últimos doze meses e prejuízo das atividades habituais por motivo de doença foram de 21,9% e 22,6% respectivamente, valores maiores do que nos indivíduos que não possuíam DRC.

Tabela 2. Indicadores de utilização dos serviços de saúde, de acordo com a presença de DRC (Pesquisa Nacional de Saúde, 2019).

Variáveis	Total (%) IC 95%	DRC	
		Não (%) IC 95%	Sim (%) IC 95%
Plano de saúde	28,5 (27,6 – 29,3)	26,5 (25,7 – 27,2)	29,4 (25,2 – 34)
Serviços de saúde utilizados			
Farmácia	23,3 (21, – 25,5)	2,4 (2,2 – 2,7)	2,2 (1,3 – 3,8)
UBS	45 (44 – 46)	46 (45 – 46,9)	42,5 (37,6 – 47,5)
Policlínica	2,6 (2,3 – 2,9)	2,7 (2,4 – 2,9)	2,3 (1,5 – 3,4)
UPA	14,2 (13,5 – 15,6)	14,3 (13,6 – 15,1)	17,2 (13,4 – 21,9)
Ambulatório público	6,1 (5,7 – 6,4)	6,2 (5,8 – 6,6)	8,8 (6,5 – 12)
Consultório particular	24,4 (23,6 – 25,2)	23,3 (22,5 – 24)	21,2 (17,1 – 25,8)
Pronto atendimento	4,6 (4,2 – 5,1)	4,4 (4 – 4,8)	5,3 (3,5 – 7,9)
Atendimento domiciliar	0,15 (0,11 – 0,21)	0,15 (0,11 – 0,18)	0,08 (0,02 – 0,3)
Outro serviço	0,3 (0,29 – 0,52)	0,4 (0,2 – 0,5)	0,2 (0,07 – 0,8)
Última consulta			
Até 1 ano	83,3 (82,8 – 83,8)	79,6 (79,1 – 80,1)	92,8 (90,2 – 94,7)
Mais de 1 ano a 2 anos	8,8 (8,4 – 9,2)	9,9 (9,6 – 10,3)	3,7 (2,4 – 5,7)
Mais de 2 anos a 3 anos	2,9 (2,6 – 3,1)	3,5 (3,3 – 3,7)	1,7 (0,9 – 3,1)
Mais de 3 anos	4,6 (4,3 – 4,9)	6,3 (6 – 6,6)	1,6 (0,7 – 3,7)
Nunca foi a consulta médica	0,2 (0,12 – 0,27)	0,6 (0,5 – 0,7)	0
Internação nos últimos 12 meses	8,1 (7,1 – 8,4)	7,2 (6,8 – 7,5)	21,9 (18,4 – 25,8)
Prejuízo nas atividades habituais por motivo de doença	9,3 (8,9 – 9,6)	8,4 (8,1 – 8,7)	22,6 (19,3 – 26,3)
Buscou por serviços de saúde nas duas últimas semanas	23,1 (22,4 – 23,6)	21,3 (20,7 – 21,8)	43,5 (39 – 48,1)

Fonte: A autora.

Na tabela 3 estão descritos os resultados da associação entre a presença de DRC e os indicadores de utilização dos serviços de saúde. Após ajustes por idade, sexo e plano de saúde, a presença de DRC foi estatisticamente significativa com a internação nos últimos 12 meses (OR 3,16; IC95% 2,76 – 3,62), prejuízo nas atividades habituais por motivo de doença (OR 2,99; IC95% 2,63 – 3,40) e busca por serviços de saúde nas duas últimas semanas (OR 2,50; IC95% 2,23 – 2,81).

Tabela 3. Associação entre os indicadores de utilização dos serviços de saúde e DRC entre os participantes do estudo (Pesquisa Nacional de Saúde, 2019).

Indicadores de utilização dos serviços de saúde	Análise bruta OR (IC 95%)	Análise ajustada OR (IC 95%)
Internação nos últimos 12 meses	3,50 (3,06 – 4,00)	3,16 (2,76 – 3,62)
Prejuízo nas atividades habituais por motivo de doença	3,39 (2,99 – 3,84)	2,99 (2,63 – 3,40)
Buscou por serviços de saúde nas últimas semanas	2,78 (2,48 – 3,11)	2,50 (2,23 – 2,81)

*ajustado para sexo, idade e plano de saúde

4. DISCUSSÃO

Neste estudo foi constatado maiores prevalências de DRC em indivíduos com idade mais avançada (60 anos ou mais de idade), autodeclarados brancos e com baixo nível de escolaridade (analfabetos ou com ensino fundamental incompleto). Além disso, observou-se que as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes foram hipertensão arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, doenças cardiovasculares e excesso de peso. Na análise sobre o perfil do uso dos serviços de saúde, notou-se que os indivíduos com DRC buscaram mais os serviços de saúde, especialmente de APS, apresentaram mais internação nos últimos 12 meses, com significativo prejuízo na realização das atividades habituais. Esses resultados conduzem a uma reflexão sobre a influência das doenças crônicas não transmissíveis para desencadeamento e progressão da DRC e seus prejuízos na qualidade de vida dos indivíduos com DRC, além de enaltecer o trabalho da APS que compreende as ações de prevenção da DRC com extinção e controle dos fatores de risco para DRC e acompanhamento desses indivíduos após o diagnóstico.

O envelhecimento, a partir dos 60 anos ou mais de idade, associado às doenças crônicas não transmissíveis, ocasiona alterações significativas no sistema renal através do mecanismo fisiopatológico de alteração dos volumes renais, redução do quantitativo de glomérulos funcionantes e aumento da permeabilidade da membrana basal glomerular, propiciando maior excreção de albumina (EL BAHANASY et al., 2013). Consequentemente à essas lesões dos processos de senescência celular, há o surgimento de nefropatias importantes, como nefroesclerose, glomerulopatias, atrofia tubulares, redução da taxa de filtração glomerular ao decorrer dos anos, entre outras, que culminam para o desencadeamento da DRC (DENIC; GLASSOCK; RULE, 2016), justificando o resultado de maiores incidências em idosos obtidos neste estudo.

Conforme os resultados deste estudo, a prevalência de DRC autorreferida foi observada majoritariamente na população autodeclarada branca. Não obstante, a literatura científica suscita os desafios para fundamentar uma explicação concreta para a existência de associação entre doença renal crônica e cor em uma coletividade social na qual as minorias padecem às custas de diferenças socioeconômicas, uma vez que esses fatores interferem na prevalência de DRC (AGUIAR et al., 2020). Entretanto, diversos estudos

discutem a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis na população negra em detrimento à população branca (LEVEY; CORESH, 2012).

Dados da literatura apontam que portadores de DRC com maior nível de escolaridade e condições socioeconômicas mais favoráveis tendem a ter melhor enfrentamento da doença no que diz respeito às complicações e estão menos sujeitos aos fatores de risco para a DRC, dispondo de melhor adaptação emocional e cognitiva para lidar com a doença (DE AGUIAR et al., 2020). Isto contrapõe-se àqueles com menor nível de escolaridade, os quais inclinam-se a ter dificuldade na compreensão da doença (seus mecanismos fisiopatológicos e psicológicos) e menos acesso à saúde e menores condições socioeconômicas e, conseqüentemente, apresentam menor adesão às terapêuticas e redução significativa da qualidade de vida (SANTOS et al., 2022).

Algumas comorbidades importantes foram observadas em associação com a DRC neste estudo. A hipertensão arterial sistêmica é encontrada em 75% dos indivíduos portadores de DRC (DE AGUIAR et al., 2020), corroborando à alta prevalência encontrada no estudo, que evolui com lesões em órgãos importantes, como vasos sanguíneos, cérebro, coração e rins, e está dentre os principais fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares e DRC. A hipertensão arterial, quando associada aos demais fatores de risco, como hipercolesterolemia, diabetes mellitus e obesidade, culminam em maiores incidências de DRC (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

O mecanismo de lesão renal envolvido na associação entre diabetes mellitus e DRC se dá por meio de transtornos glomerulares, como a nefropatia diabética, sendo a principal causa de DRC. Nela ocorre alteração hemodinâmica nos pequenos vasos glomerulares juntamente com citocinas e hiperglicemia que promove a glicosilação de proteínas glomerulares, ocasionando hiperfiltração glomerular caracterizada por proteinúria, antecedendo a cronicidade da DRC (AMARAL et al., 2019). Segundo um estudo sobre causas de óbito por DRC realizado em Rio Branco – AC, a hipertensão arterial e o diabetes estão dentre as principais causas de mortalidade associadas à DRC (AMARAL et al., 2018).

Nos indivíduos com DRC há maior prevalência de doenças cardiovasculares (DCV), podendo citar doença coronariana, cerebrovasculares e insuficiência cardíaca, quando estes são comparados à população geral. O mecanismo de associação das doenças cardiovasculares com a DRC está pautado na presença de fatores de risco mais incidentes para DCV, como idade avançada, cor branca, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e diabetes mellitus, os quais são os maiores causadores de morte nas fases iniciais da doença

renal crônica e que o surgimento das DCV é precoce na trajetória da DRC (CANZIANI, 2004), corroborando às prevalências de DCV nos portadores de DRC encontradas neste estudo.

Diversos estudos objetivaram entender os variados mecanismos associados à hipercolesterolemia, uma vez que trata-se de uma patogênese complexa na evolução da DRC (SHIM et al., 2017). A principal hipótese norteia a hipertrigliceridemia associada ao aumento do colesterol de baixa densidade (LDL) e redução do colesterol de alta densidade (HDL) séricos como fatores de risco predisponentes das doenças cardiovasculares, que contribuem para o aumento da incidência de DRC (STEVENS; LEVIN, 2012).

A prevalência da obesidade, um importante fator de risco modificável para as doenças cardiovasculares, na DRC não é bem descrita na literatura. Acredita-se que o quadro de intolerância à glicose, hipercolesterolemia, resistência insulínica encontradas na obesidade ou sobrepeso reduzem ação de lipases que estão associadas à fisiopatologia da dislipidemia na DRC (MEYRIER, 2015), não podendo, portanto, descrever a variável “obesidade” sem associação a outras variáveis.

O ponto central que este estudo aborda é sobre a busca por serviços de saúde pelos indivíduos com DRC. Segundo um estudo realizado por Szwarcwald e seus colaboradores, 2021, o percentual de indivíduos que buscaram por serviços de saúde nas últimas duas semanas cresceu cerca de 1% quando comparados os dados da PNS de 2013 com a de 2019, e o diagnóstico de DCNT com prejuízo das atividades habituais por motivo de doença cresceu cerca de 8% considerando as duas edições da PNS. Em consonância com os dados obtidos no estudo, o aumento da procura por serviços de saúde corrobora o benefício que a ampliação da cobertura dos serviços de saúde têm para a sociedade, já que as ações de prevenção, promoção, tratamento da APS culminam na redução da morbimortalidade prematura e hospitalizações futuras, aumentando a expectativa de vida dos indivíduos com DRC.

Um estudo realizado com nove pacientes portadores de doença crônica revelou que o tratamento da DRC intervém sob uma ótica desfavorável no que diz respeito à qualidade de vida, os quais sofrem ruptura significativa na realização de atividades habituais, rotinas e planos, fomentando um conceito de “prisão” em relação às terapias de substituição renal (DUARTE; HARTMANN, 2018).

Outro estudo realizado com indivíduos em tratamento hemodialítico referiu dificuldades em realizar as atividades habituais por parte dos indivíduos com DRC,

justificadas pelo tempo e quantidade de dias por semana que as sessões de hemodiálise demandam (JESUS, et al., 2019), dificuldade na mobilidade, impossibilitando caminhar, realizar atividades que envolvem esforços físicos (SANTOS et al., 2022).

Um estudo realizado com nove pacientes portadores de doença crônica revelou que o tratamento da DRC intervém sob uma ótica desfavorável no que diz respeito à qualidade de vida, os quais sofrem ruptura significativa na realização de atividades habituais, rotinas e planos, fomentando um conceito de “prisão” em relação às terapias de substituição renal (DUARTE; HARTMANN, 2018). Outro estudo realizado com indivíduos em tratamento hemodialítico referiu dificuldades em realizar as atividades habituais por parte dos indivíduos com DRC, justificadas pelo tempo e quantidade de dias por semana que as sessões de hemodiálise demandam (JESUS, et al., 2019), dificuldade na mobilidade, impossibilitando caminhar, realizar atividades que envolvem esforços físicos (SANTOS et al., 2022).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o serviço de saúde majoritariamente utilizado e buscado pelos indivíduos com DCR, segundo este estudo. A APS, por meio da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para pessoas com DRC (BRASIL, 2018), realiza ações de prevenção e tratamento dos fatores de risco desencadeantes da DRC, principalmente os portadores de DCNT, rastreamento e diagnóstico precoce da DRC, além de acesso universal e gratuito às terapias renais, atenção multiprofissional, medicamentos, transporte e internação hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (ALVES et al., 2015) e também nortear as ações de promoção à saúde e vigilância da DRC (DE MOURA SANTOS et al., 2017).

As Linhas de Cuidados são iniciativas do Ministério da Saúde para organização da assistência nos níveis do SUS e possuem a APS como coordenadora dos fluxos assistenciais. Elas consistem em padronizações técnicas que apresentam o trajeto dos usuários, descrevendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação a serem desenvolvidas no cuidado multiprofissional, tornando possível a integração entre os serviços e usuários dos sistemas de saúde das RAS (BRASIL, sd).

A Linha de Cuidado da DRC em adultos é a nona linha lançada pelo Ministério da Saúde e tem como objetivo orientar os níveis dos serviços de saúde para o cumprimento do dever de cuidar integralmente das necessidades dos indivíduos com DRC (DE FREITAS et al, 2021). No contexto da DRC, a APS tem o dever de, além de realizar ações de promoção, prevenção e vigilância epidemiológica, articular os indivíduos com DRC com as RAS, para garantir tratamento direcionado e encaminhamento aos níveis de

atenção à saúde de maior complexidade quando a capacidade de resolução da APS for ultrapassado (DE FREITAS et al, 2021).

Segundo um estudo realizado por Andrade (2020) e seus colaboradores, entre 2008 e 2016 que analisou as taxas de internações por DRC no SUS a partir das regiões brasileiras, observa-se aumento de aproximadamente 42% de internações em decorrência da DRC, registrando 53.486 internações em 2016. O aumento do número de internações é justificado pela transição demográfica e epidemiológica que o país passa, com inversão das pirâmides etárias, revelando uma prevalência de envelhecimento da população. Arelado a isso, há também a crescente prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, importantes fatores de risco para desenvolvimento da DRC como já discutido anteriormente (DE ANDRADE; DE SOUZA ANDRADE, 2020).

Paralelamente à crescente prevalência das doenças crônicas não transmissíveis na população, as maiores e crescentes taxas de internações revelam a maior oferta e acesso aos serviços de saúde, com maior cobertura no território nacional e qualidade da assistência prestada (CASTILHO-SALGADO et al., 2002), corroborando às associações encontradas nesse estudo entre internações nos últimos 12 meses e busca por serviços de saúde nas duas últimas semanas e presença de DRC.

A associação estabelecida neste estudo entre a variável “prejuízo nas atividades habituais por motivo de doença” e presença de DRC é justificada pelas disfunções e perdas veladas e progressivas da função renal atreladas ao tratamento adotado da doença, especialmente nas terapêuticas que envolvem hemodiálise, no qual há baixa tolerância à atividade física ou descondicionamento físico em decorrência das repercussões musculoesqueléticas como mialgia e câibras, podendo inclusive causar redução da função pulmonar, causando indisposição e impossibilidade ou dificuldade em realizar as atividades habituais (FERREIRA, 2022; COSTA; VASCONCELOS; TASSITANO, 2010).

5.1 Limitações do estudo

Como pontos fortes do estudo, pode-se referir ao tamanho da amostra e informações detalhadas sobre a utilização dos serviços de saúde. As limitações do estudo consistiram no delineamento transversal, que embora apresente vantagens de agilidade, baixo custo, é somado à desvantagem de não inferir causalidade dos resultados, apenas elaborar hipóteses que podem ser confirmadas com outros tipos de estudos longitudinais e o fato do diagnóstico de DRC ser autorreferido na PNS, que fornece informações inexatas de

prevalência da doença. Mesmo com estas limitações, observa-se que o estudo permitiu análises importantes.

5.2 Implicações do estudo

As ações dos serviços de saúde, desde o rastreamento dos indivíduos com fatores de risco para DRC (principalmente hipertensão arterial, diabetes mellitus e hipercolesterolemia) até o acompanhamento dos indivíduos diagnosticados, juntamente com as informações oferecidas pela PNS abrem a possibilidade para criação e melhorias de políticas públicas de prevenção e promoção voltadas à DRC, propiciar maior visibilidade e vigilância da doença e suas implicações na qualidade de vida dos portadores de DRC e ainda, fundamenta o aperfeiçoamento dos protocolos assistenciais nos serviços de saúde que assistem a DRC.

6. CONCLUSÃO

A DRC tem maior prevalência nos indivíduos com idade mais avançada (60 anos ou mais de idade), brancos, com menor nível de escolaridade, e que possuem doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença cardiovascular e excesso de peso. O principal serviço de saúde utilizado pelos indivíduos com DRC são as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e houve considerável prejuízo das atividades habituais nos indivíduos com DRC. A PNS, como um inquérito populacional de bastante relevância, propicia análises de informações sobre a utilização dos serviços de saúde e estabelecimento de perfis clínicos e sociodemográficos dos indivíduos com DRC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, T. L. M. et al. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 53, 2019.

AMARAL, T. L. M. et al. Tendência e causa múltipla de óbito por insuficiência renal crônica em município da Amazônia brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 3821-3828, 2018.

BASTOS, Marcus Gomes; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Chronic kidney disease: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis. *Brazilian Journal of Nephrology*, v. 33, p. 93-108, 2011.

BIKBOV, B. et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, v. 395, n. 10225, p. 709-733, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado Secretaria de Atenção Primária. Disponível em: <<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>>, sd.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de atenção básica. 2012.

BRASIL. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica-DRC no Sistema Único de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, v. 1, p. 1-37, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União, 1996.

CANZIANI, Maria Eugênia F. Doenças cardiovasculares na doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 26, n. 3 -Supl 1, p. 21, 2004.

CASTILHO-SALGADO, C. et al. Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório. In: **EPIDEMIOLOGIA DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE NO BRASIL: UM ESTUDO EXPLORATORIO**. 2002. p. 132-132.

CHERCHIGLIA, M. L. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 639-649, ago. 2010.

COSTA, Patrícia Bezerra da; VASCONCELOS, Karla Fabiana da Silva; TASSITANO, Rafael Miranda. Qualidade de vida: pacientes com insuficiência renal crônica no município de Caruaru, PE. **Fisioterapia em movimento**, v. 23, p. 461-471, 2010.

DE AGUIAR, L. K. et al. Factors associated with chronic kidney disease: Epidemiological survey of the national health survey. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. 1-15, 2020.

DE ANDRADE, Caroline Maltez; DE SOUZA ANDRADE, Alcina Marta. Perfil da morbimortalidade por doença renal crônica no Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 38-52, 2020.

DE FREITAS, Maria de Jesus Rodrigues et al. Trajetórias assistenciais de pessoas com doença renal crônica: desafios para a Atenção Básica. **Revista de APS**, v. 24, n. 1, 2021.

DE MOURA SANTOS, Jéssika Roberta Firme et al. Estratégias da atenção básica na doença renal crônica: a importância do diagnóstico precoce. **Revista Saúde. Com**, v. 13, n. 2, p. 863-870, 2017.

DE PAULA, E. A. et al. Potencialidades da atenção primária à saúde no cuidado à doença renal crônica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016.

DENIC, Aleksandar; GLASSOCK, Richard J.; RULE, Andrew D. Structural and functional changes with the aging kidney. **Advances in chronic kidney disease**, v. 23, n. 1, p. 19-28, 2016.

DUARTE, Laís; HARTMANN, Silvana Pinto. A autonomia do paciente com doença renal crônica: percepções do paciente e da equipe de saúde. **Revista da SBPH**, v. 21, n.

1, p. 92-111, 2018.

EL BAHANASY, R. E. et al. The role of microalbuminuria in population screening for chronic kidney disease in an Egyptian village. **Menoufia Medical Journal**, v. 26, n. 1, p. 18, 2013.

FERREIRA, Tatiane de Souza. Nível de atividade física, função cardiopulmonar, força muscular respiratória e periférica e qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. 2022.

GIOVANELLA, L. et al. Family health: limits and possibilities for an integral primary healthcare approach in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 783–794, 2009.

GOUVÊA, Ellen de Cassia Dutra Pozzetti et al. Autorrelato de diagnóstico médico de doença renal crônica: prevalência e características na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, p. e2021385, 2022.

JESUS, Nadaby Maria et al. Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico. *Brazilian Journal of Nephrology*, v. 41, p. 364-374, 2019.

LEVEY, Andrew S.; CORESH, Josef. Chronic kidney disease. *The lancet*, v. 379, n. 9811, p. 165-180, 2012.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, 2017.

MACINKO, James; LIMA COSTA, Maria F. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Tropical Medicine & International Health*, v. 17, n. 1, p. 36-42, 2012.

MEYRIER, Alain. Nephrosclerosis: a term in quest of a disease. *Nephron*, v. 129, n. 4, p.

276-282, 2015.

PENA, Paulo Félix de Almeida et al. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, p. 3135-3144, 2012.

ROBERTO NUNES GUEDES SECRETÁRIO ESPECIAL DE FAZENDA WALDERY RODRIGUES JUNIOR, P. et al. **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE**. [s.l: s.n.].

SANTOS, Luciana Soares Costa et al. Percepção dos pacientes sobre qualidade de vida e doença renal crônica hemodialítica/Patients' perception of quality of life and hemodialysis chronic kidney disease. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, p. 1 of 7-1 of 7, 2022.

SHIM, Young Suk et al. Fetuin-A as an alternative marker for insulin resistance and cardiovascular risk in prepubertal children. **Journal of atherosclerosis and thrombosis**, p. 38323, 2017.

SILVA, Alexandre Moreira de Melo et al. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

STEVENS, P. E.; LEVIN, A. Kidney disease: improving global outcomes chronic kidney disease guideline development work group M. **Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the kidney disease: improving global outcomes**, p. 825-30, 2012.

STOPA, S. R. et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 29, n. 5, p. e2020315, 2020.

SZWARCWALD, C. L. et al. Pesquisa nacional de saúde no Brasil: Concepção e metodologia de aplicação. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 333–342, fev. 2014.

SZWARCWALD, Célia Landmann et al. Mudanças no padrão de utilização de serviços de saúde no Brasil entre 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2515-2528, 2021.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004.

World Health Organization (WHO). Global status report 2014. Health statistics and information systems. Geneva: **WHO**; 2014. [Internet]. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html>

