

## PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E O ESTADO NUTRICIONAL

AUTORES

**Daniela da Silva BORGES**

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos - UNILAGO

**Tainara COSTA**

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos - UNILAGO

RESUMO

A doença renal crônica é uma lesão do órgão com perda progressiva e irreversível da função dos rins. Em sua fase mais avançada é definida como IRC, quando os rins não conseguem manter anormalidade do meio interno do paciente. Este estudo baseou-se em uma pesquisa quantitativa com a finalidade de avaliar a ingestão alimentar e o estado nutricional de portadores da Insuficiência Renal Crônica, através de medidas antropométricas e dois questionários, sendo o primeiro com avaliação do comportamento em relação às restrições/limitações na dieta e líquidos utilizando-se de cinco respostas possíveis que vão de “nunca” a “sempre”, e o segundo com avaliação de como se sente acerca das suas atuais restrições/limitações na dieta e líquidos, cujas alternativas de respostas vão desde “concordo totalmente” a “discordo totalmente”. Foram estudados 11 indivíduos por abordagem individual, a população foi composta de 55% do sexo feminino e 45% masculino. O índice de massa corporal foi 46% eutrofia e 54% de excesso de peso. Apontou-se alta ingestão hídrica (72%) e alta ingestão de sódio (74%), isso explica possivelmente o resultado de excesso de peso da população estudada. É evidente a importância o papel do nutricionista nos cuidados em relação à alimentação desses pacientes, com a dieta prescrita e as informações dietéticas, pois a restrição de certos alimentos é uma das formas de tratamento

PALAVRAS - CHAVE

Insuficiência Renal Crônica, Tratamento de Hemodiálise, Estado nutricional.

## 1. Introdução

### 1. INTRODUÇÃO

Dentre as doenças renais, destaca-se a insuficiência renal crônica, em virtude de ser uma patologia que ocasiona situações estressantes ao paciente, além de gerar novos fatores estressores, incluindo: tratamento, mudanças no estilo de vida, diminuição da energia física, alteração da aparência pessoal e novas incumbências. Esses fatores exigem que o paciente estabeleça estratégias de enfrentamento para aderir às novas condições de vida. Diversos fatores podem ser responsáveis pela desnutrição nesses pacientes, entre elas a anorexia com consequente redução do consumo alimentar tem sido apontada como uma das principais causas. Além disso, outras condições como distúrbios gastrointestinais, acidose metabólica, fatores associados ao procedimento dialítico, distúrbios hormonais, doenças associadas ou intercorrentes (diabetes mellitus, insuficiência cardíaca e infecções) podem também contribuir na fisiopatogênese dessa desnutrição (MADEIRO et al., 2005).

Conhecer e caracterizar adequadamente o estado nutricional de um paciente em diálise é fundamental tanto para a prevenção da desnutrição quanto para intervir apropriadamente naquele que já se apresenta desnutrido (VANENZUELA et al., 2003). Dentre esses tratamentos, o mais utilizado é a hemodiálise (89,4%), que deve ser realizada pelos clientes portadores de insuficiência renal crônica por toda a vida ou até se submeterem a um transplante renal bem-sucedido. Portanto, a insuficiência renal crônica requer adaptação ou, pelo menos, adesão do cliente ao tratamento dialítico, visto que muitas pessoas não conseguem adaptar-se ao novo estilo de vida, apenas aderem por ser essencial para a manutenção da vida (MADEIRO et al., 2005).

A insuficiência renal crônica (IRC) emerge como um sério problema de saúde pública em todo o mundo, sendo considerada uma epidemia de crescimento alarmante (MADEIRO et al., 2005). A doença renal crônica é uma lesão do órgão com perda progressiva e irreversível da função dos rins. Em sua fase mais avançada é definida como insuficiência renal crônica, quando os rins não conseguem manter anormalidade do meio interno do paciente. Se diagnosticada precocemente, e com condutas terapêuticas apropriadas, serão reduzidos os custos e o sofrimento dos pacientes. As principais causas da insuficiência renal crônica são a hipertensão arterial e o diabetes mellitus (HIGA et al., 2007).

Inicialmente, frente ao diagnóstico de insuficiência renal crônica, o paciente será tratado de forma convencional, que é o tratamento conservador, com a utilização de medicações e restrições alimentares. Conforme a evolução da doença, o paciente passará às demais formas de terapia. Dentre os tratamentos, as opções de escolha serão: diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal. A escolha da melhor modalidade de tratamento deve contemplar a análise das condições clínicas, psicológicas e financeiras do paciente (FLORES; THOMÉ, 2004).

A hemodiálise, enquanto um procedimento de apoio a função renal, consiste na remoção de substâncias tóxicas e excesso de líquido por uma máquina de diálise, em um procedimento cuja duração leva de 2 a 4 horas, exigindo que o paciente se desloque para a unidade de tratamento numa frequência de 2 a 4 vezes por semana. A dificuldade de adaptação do paciente pode ser verificada logo no início do tratamento, pois se trata de uma situação em que a

ansiedade pode se fazer presente durante o processo e até mesmo durante todo o tratamento (TOMAS; ALCHIERI, 2005).

Os resultados finais da doença são sinais e sintomas tais como: cefaleia, fraqueza, anorexia, náuseas, vômitos, câibras, diarreia, oligúria, edema, confusão mental, sede, impotência, perda do olfato e paladar, sonolência, hipertensão arterial e tendência à hemorragia decorrentes da incapacidade renal, além de adnamia, palidez cutânea, xerose, miopatia proximal, dismenorreia, amenorreia, atrofia testicular, impotência, déficit de atenção, asterixe, obinubilação e coma. Assim as manifestações da IRC não poupam nenhum sistema orgânico, a poliúria progride para anúria e alteram-se os padrões diurnos normais de diurese, todas as funções renais normais declinam, evoluindo para a perda. As causas ou etiologias da IRC podem ser divididas em três grupos: 1) doenças primárias dos rins; 2) doenças sistêmicas que também acometem os rins; e 3) doenças do trato urinário ou urológico. A frequência das etiologias varia de acordo com a faixa etária e com a população de renal crônica estudada em diálise ou não (MARQUES; PEREIRA; RIBEIRO, 2008).

A adequação e manutenção de nutrientes para o equilíbrio do estado nutricional são objetivos de tratamento em pacientes em hemodiálise. De acordo com o censo de estado nutricional de pacientes em diálise, realizado em 2010 pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, o estado nutricional de eutrofia, segundo o Índice de Massa Corpórea (IMC), estava presente em 54,9% dos participantes seguido de sobrepeso com 26,3%. Martins et al, 2015. verificaram que a ingestão alimentar entre os pacientes era semelhante no tempo de diagnóstico, quando comparados a pacientes em tratamento de hemodiálise e pacientes com função renal normal. Porém alguns mecanismos biológicos da insuficiência renal contribuem para o desenvolvimento de desnutrição no paciente com doença renal crônica como inapetência, dieta restrita, aumento da perda de nutrientes durante a diálise, processos inflamatórios, hormonais e distúrbios metabólicos. (RODRIGUES et al., 2017).

As perdas de nutrientes durante um procedimento hemodiálítico também podem constituir um dos fatores mais importante para a desnutrição desses pacientes. Primeiramente são perdidos aminoácidos, peptídeos e vitaminas hidrossolúveis. A perda de aminoácidos é em média de 4-8 g/dia a cada sessão. Uma forma de controlar a ingestão adequada de líquidos é por meio da mensuração do ganho de peso interdialítico (GPID). Não há na literatura um valor exato adequado para GPID. Recomenda-se que a diferença de peso entre uma diálise e outra, em percentual (%GPID), fique no máximo entre 4 a 4,5%. Um elevado GPID é um indicador de não adesão à restrição de sódio e líquidos (RODRIGUES et al., 2017).

Este estudo teve como objetivo avaliar a ingestão alimentar e o estado nutricional de pacientes com Insuficiência Renal Crônica em hemodiálise, bem como possíveis rejeições de sua adesão à dieta e diagnosticar intercorrências alimentares presentes no tratamento.

## **2. METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem individual. Foram aplicados questionários com objetivo de avaliar a ingestão e o estado nutricional do paciente e tratamento da IRC contendo questões referente ao tipo de tratamento, índice de massa corporal e gênero.

Foram utilizados dois questionários, sendo um deles o RABQ - *Renal Adherence Behaviour Questionnaire* (RUSHE; MCGEE, 1998). Trata-se de um questionário de autopreenchimento, de 25 itens, desenvolvido para avaliar os níveis de adesão perante as restrições de potássio, sódio e líquidos, e toma da medicação prescrita. A avaliação é realizada através de uma escala tipo Likert permitindo ao paciente indicar o grau de adesão ou não adesão com uma lista de afirmações, através de um intervalo de respostas de 1 a 5 que vai de “nunca” a “sempre”. Os escores mais altos nesta escala correspondem a uma maior adesão. Sendo que os quatro últimos itens do questionário estão relacionados com a forma como os doentes percebem o seu grau de adesão em relação às restrições de potássio, sódio e líquidos, e medicação prescrita.

A análise fatorial dos componentes principais desta escala sugeria inicialmente 9 dimensões. Foram apenas mantidas as dimensões cujos valores próprios foram iguais ou superiores a 1.5. As 3 dimensões finais explicam 60% da variância total.

As dimensões obtidas são:

Dimensão 1 – Adesão à restrição de líquidos – composta por 7 itens relacionados com o cumprimento/seguimento das recomendações fornecidas, sobretudo em relação à restrição de líquidos. Inclui os itens: 7, 10, 12, 13, 17, 19 e 25 e o score total varia entre 7 e 35.

Dimensão 2 – Adesão ao potássio e medicação prescritos - composta por 1 item que reflete a adesão às restrições de potássio e medicação prescrita. Inclui o item: 15, 22 e 24 e o score total varia entre 3 e 15.

Dimensão 3 – Adesão às restrições de sódio – composta por 3 itens relacionados com a adesão às restrições de sódio. Inclui os itens: 11, 21 e 23 e o score total varia entre 3 e 15.

A cotação desta escala é realizada atribuindo: 1 ponto à resposta “nunca”, 2 pontos à resposta “raramente”, 3 pontos à resposta “por vezes”, 4 pontos à resposta “habitualmente” e 5 pontos à resposta “sempre”.

Para os itens 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 14, 19, 20, 21, 22, 23, 24 e 25 a cotação é inversa, sendo atribuídos 5 pontos à resposta “nunca”, 4 pontos à resposta “raramente”, 3 pontos à resposta “por vezes”, 2 pontos à resposta “habitualmente” e 1 ponto à resposta “sempre”. (RUSHE & MCGEE, 1998).

Utilizou-se também o RAAQ - *Renal Adherence Attitudes Questionnaire* dos autores Rushe e McGee (1998). Trata-se de um questionário de autopreenchimento, com 26 itens, desenvolvido para avaliar as atitudes a favor das restrições dietéticas e de líquidos e a forma como estas restrições influenciam a vida dos doentes em hemodiálise.

A avaliação é também realizada através de uma escala tipo Likert permitindo ao paciente indicar o grau de concordância ou discordância com uma lista de afirmações, num intervalo de respostas de 1 a 5 que vai de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”. As avaliações mais altas nesta escala correspondem a atitudes mais positivas a favor das restrições dietéticas e hídricas.

As dimensões obtidas são:

Dimensão 1 – **Atitudes a favor do bem-estar** - composta por 10 itens que refletem o bem-estar físico, e a capacidade de valorizar os benefícios de aderir às restrições dietéticas. Inclui os itens: 1, 3, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, e 21 e o score total varia entre 10 e 50.

Dimensão 2 – **Aceitação** – composta por 11 itens relacionados com a aceitação das restrições e impacto no estilo de vida. Inclui os itens: 1, 2, 9, 10, 14, 16, 22, 23, 24, 25 e 26 e o score total varia entre 11 e 55.

Nesta escala a cotação é realizada atribuindo: 1 ponto à resposta “concordo totalmente”, 2 pontos à resposta “concordo”, 3 pontos à resposta “não concordo nem discordo”, 4 pontos à resposta “discordo” e 5 pontos à resposta “discordo totalmente”.

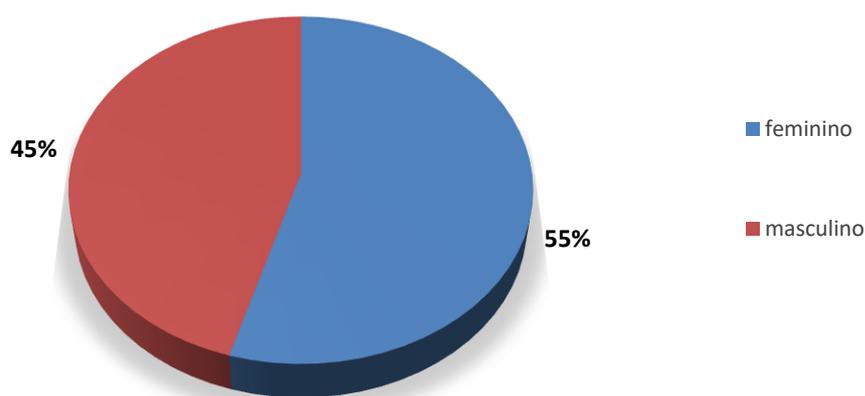
Para os itens 1, 3, 6, 8,10, 13, 14, 19, 20, 24 e 25 a cotação é inversa, sendo atribuídos 5 pontos à resposta “concordo totalmente”, 4 pontos à resposta “concordo”, 3 pontos à resposta “não concordo nem discordo”, 2 pontos à resposta “discordo” e 1 ponto à resposta “discordo totalmente” (RUSHE; MCGEE, 1998).

Os indivíduos escolhidos para este estudo são portadores de insuficiência renal crônica. Foram incluídos indivíduos do gênero masculino e feminino selecionados aleatoriamente que faziam hemodiálise ou diálise peritoneal onde consentiram em participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE). O índice de massa corporal foi obtido pelo peso seco dos participantes e no final da pesquisa foi entregue um “folder” explicativo.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

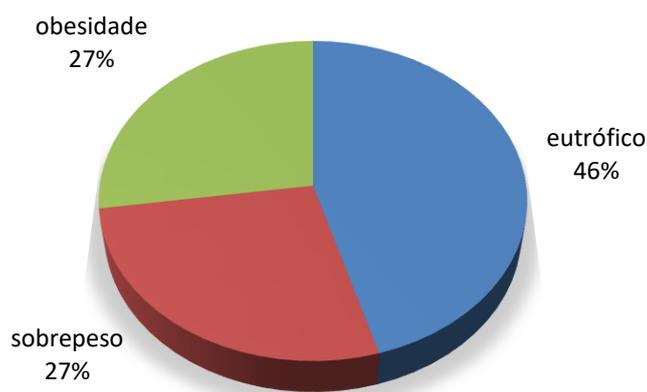
Participaram da pesquisa,11 portadores de IRC, de ambos os sexos, com faixa etária entre 40 e 80 anos. A Figura 1 demonstra a distribuição do gênero na população estudada. Constatou-se que 55% dos participantes eram do sexo feminino. Os resultados do presente estudo demonstraram uma porcentagem superior do sexo feminino em comparação ao estudo obtido por Vieira(2009), que foram 35,4% do gênero feminino e 64,6% do gênero masculino.

**Figura 1.** Distribuição de gênero na população estudada.



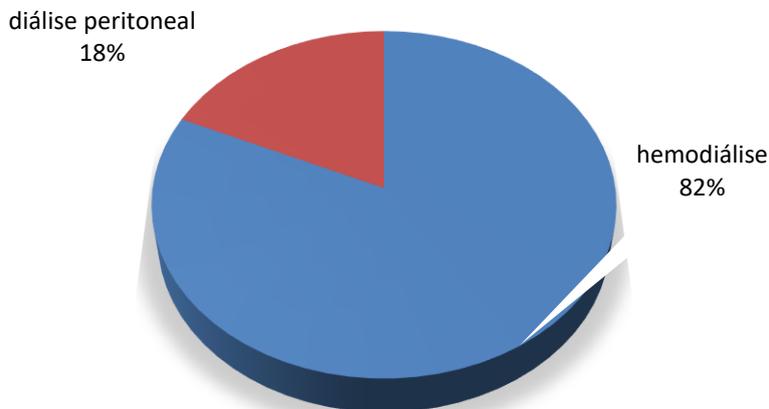
De acordo com a Figura 2 é possível observar que apesar de haver grande porcentagem de eutrofia (46%) na amostra avaliada, há um excesso de peso em 54% dos pacientes com insuficiência renal crônica. Em estudo realizado por Souza et al.(2010), constataram também predomínio de excesso de peso em 81% da população avaliada.

**Figura 2** – Índice de massa corporal (kg/m<sup>2</sup>) na população estudada.



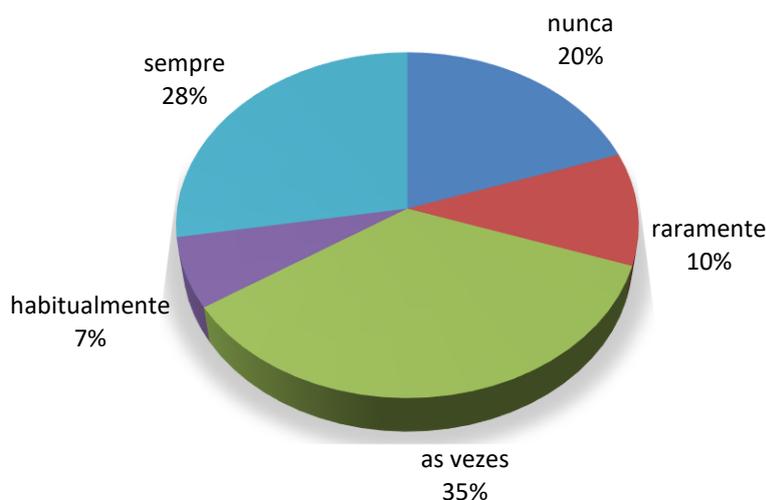
Os tipos de tratamentos utilizados na população avaliada estão ilustrados na Figura 3. Desta forma, observa-se que a grande maioria realiza hemodiálise (82%) e apenas 18% fazem diálise peritoneal. Em estudo Madeiro et al. (2005) verificaram incidência de 89,4% dos pacientes avaliados realizavam hemodiálise.

**Figura 3** – Tipos de tratamentos utilizados na população estudada.



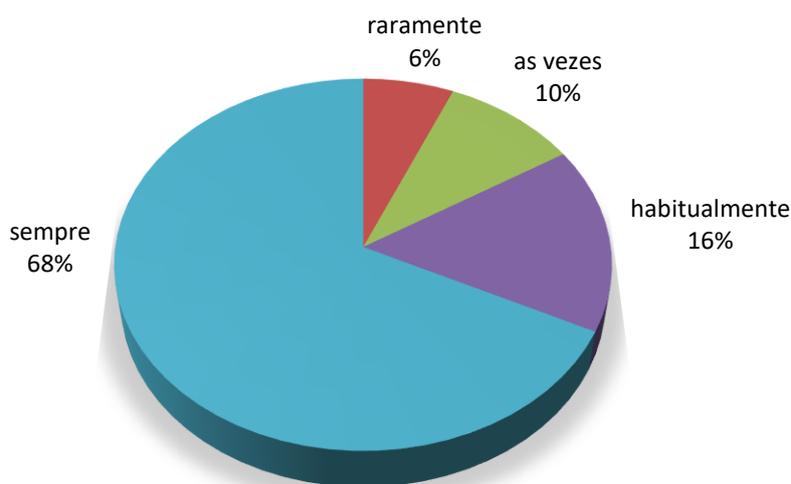
A adesão à restrição de líquidos foi composta por 7 itens relacionados com o cumprimento/seguimento das recomendações fornecidas, sobretudo em relação à restrição de líquidos e está demonstrada na Figura 4. Nota-se que a maioria respondeu que “as vezes” (35%), em sequência “sempre”(28%), “nunca”, com 20%; “raramente”, com 10%; e “habitualmente”, com 7%. O presente estudo mostrou que embora 28% tem uma ingestão adequada, entretanto o percentual da maioria indicou que 72% não cumprem ou cumprem parcialmente. Koehnlein et al.(2008) ao avaliarem o consumo de sódio, encontraram percentual de adequação elevado em relação à recomendação média (375,62%), juntamente como consumo de líquidos, também elevado(154,34%).

**Figura 4** – Adesão a restrição de líquidos pela população avaliada.



Em relação a adesão ao potássio e medicação prescritos - composta por 3 itens que refletem a adesão às restrições de potássio e medicação prescrita, verificou-se, conforme Figura 5, que a maioria respondeu “sempre” (68%), em sequência “habitualmente”(16%); “as vezes”, com 10%; “raramente”, com 6%. Observou-se que a maioria dos pacientes cumprem a adesão ao potássio e medicamentos. Koehnlein et al. (2008) avaliaram o consumo de potássio, adequação (118,09% de adequação). Ressalta-se que o controle da ingestão de potássio é muito importante no cuidado nutricional do paciente em hemodiálise, uma vez que a hipercalemia leva rapidamente à parada cardíaca ou, ainda, à paralisia dos músculos que controlam a ventilação (AHMED; KOPPLE, 1997).

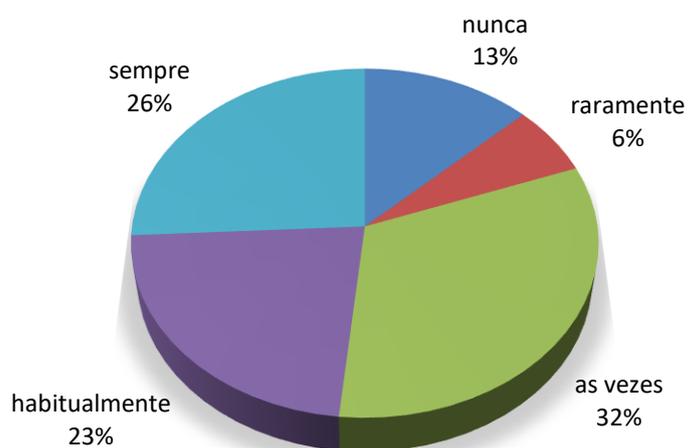
**Figura 5.** Adesão ao potássio e medicação prescritos pela população avaliada.



Verifica-se na Figura 6 a adesão às restrições de sódio - composta por 3 itens que refletem a adesão às restrições de sódio. Houve predomínio da resposta “as vezes” (32%), seguido de “sempre” (26%), “habitualmente” (23%), “nunca” (13%) e “raramente” (6%). Observou-

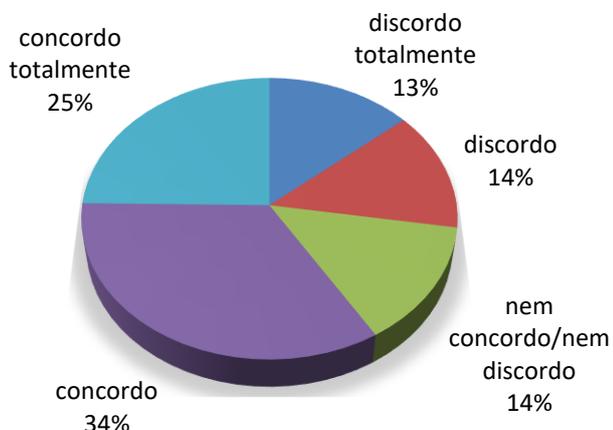
se uma baixa adesão às restrições de sódio, com relatos que alimentação sem sal é muito ruim, embora tenham a consciência que o não cumprimento da dieta reflete diretamente em sua saúde. Os resultados apontaram que 26% aderem à restrição de sódio, entretanto, o maior percentual ficou com os que não cumprem ou cumprem eventualmente com 74%. Koehnlein et al.(2008) ao avaliarem o consumo de sódio, encontraram percentual de adequação elevado em relação à recomendação média (375,62%).

**Figura 6 – Adesão as restrições de sódio pela população avaliada.**



Na Figura 7 está demonstrado o item atitudes a favor do bem-estar - composto por 10 itens que refletem o bem-estar físico, e a capacidade de valorizar os benefícios de aderir às restrições dietéticas. Observou-se que a maioria respondeu que “concordo” (34%); em sequência “concordo totalmente”(25%); “discordo”, juntamente com “nem concordo/nem discordo” com 14% cada e “discordo totalmente” com 13%. Notou-se que (59%) da população estudada valorizou os benefícios das restrições dietética por ter melhoras no bem-estar físico evita a mortalidade.

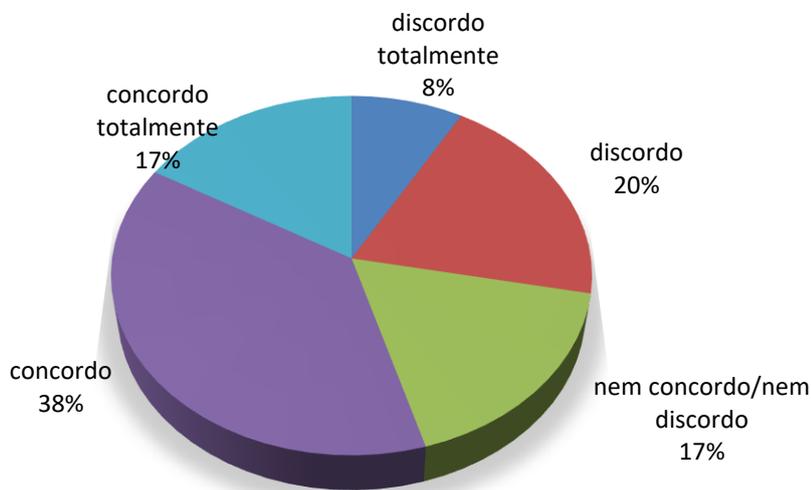
**Figura 7 – Atitudes a favor do bem-estar pela população estudada.**



O item aceitação – composta por 11 itens relacionados com a aceitação das restrições e impacto no estilo de vida está descrito na Figura 8. Verificou-se que a população maior

concordou e aceitou a restrição (55%), pois relataram que aceitou a própria doença. A literatura tem discutido que “a aceitação do tratamento está intimamente relacionada com a aceitação da própria doença e não tanto com outros fatores(MALDANER et al., 2008).

**Figura 8** – Aceitação da restrição alimentar pela população estudada.



#### 4. CONCLUSÃO

Por meio desse estudo, pode-se concluir que apesar de haver grande porcentagem de eutrofia na população avaliada, há um excesso de peso em 54% dos pacientes com IRC, notando uma moderada ingestão hídrica, e também moderada ingestão de sódio, isso explica possivelmente o resultado de excesso de peso da população estudada.

É evidente a importância do papel do nutricionista nos cuidados em relação à alimentação desses pacientes, com a dieta prescrita e as informações dietéticas, pois a restrição de certos alimentos é uma das formas de tratamento para os portadores de Insuficiência Renal Crônica.

#### 5. REFERÊNCIAS

FLORES, R. V.; THOMÉ, E. G. R. PERCEPÇÕES DO PACIENTE EM LISTA DE ESPERA PARA O TRANSPLANTE RENAL. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol. 57, n. 6, p. 687-690, 2004

HIGA, K. et al. QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE. **Acta Paulista de Enfermagem**, Araras, v. 21, p. 203-206, 2007

KOEHNLEIN et al, 2008. AVALIAÇÃO DO ESTUDO NUTRICIONAL DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 30, n. 1, p. 65-71, 2008.

MADEIRO, A. C. et al. ADESÃO DE PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA AO TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE. **Acta Paulista de Enfermagem**, Fortaleza, v. 23, n. 4, p. 546-551, 2010.

MARQUES, A. B.; PEREIRA, D. C.; RIBEIRO, R. C. MOTIVOS E FREQUÊNCIA DE INTERNAÇÃO DOS PACIENTES COM IRC EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO. **Arquivo Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 12, n. 2, p. 67-72, 2005.

RODRIGUES, I. D. et. al. RELAÇÃO ENTRE CONSUMO ALIMENTAR E GANHO DE PESO INTERDIALÍTICO EM DOENTES RENAI CRÔNICOS. **Revista Saúde.Com**, Paraná, v. 13, n. 1, p. 779-785, 2017.

RUSHE, H.; MCGEE, H. M. ASSESSINGADHERENCETODIETARYRECOMMENDATIONS FOR HEMODIALYSISPATIENTS: THE RENAL ADHERENCEATTITUDESQUESTIONNAIRE (RAAQ) ANDTHE RENAL ADHERENCEBEHAVIOURQUESTIONNAIRE (RABQ). **Journal of Psychosomatic Research**, U.S.A., v. 45, n. 2, p. 149-157, 1998.

SOUZA et al. INCIDÊNCIA DE INSUFICIÊNCIARENAL AGUDA E CRÔNICA COMOCOMPLICAÇÕES DE PACIENTESINTERNADOS EM UMA UNIDADEDE TERAPIA INTENSIVA. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 9, n.3, p. 456-461, 2010.

TOMAS, C. V.; ALCHIERI, J. C. QUALIDADE DE VIDA, DEPRESSÃO E CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE EM PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE. **Avaliação Psicológica**, Natal, v. 4, n. 1, p. 57, 2005.

VANENZUELA, R. G. V. et al. ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE NO AMAZONAS.**Revista da Associação Médica Brasileira**, Manaus, v. 49, n. 1, p. 72-78, 2003.