

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPOS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ÉRIKA DE MOURA FÉ

**RISCO CARDIOVASCULAR E ESTILO DE VIDA EM PACIENTES COM DOENÇA
RENAL CRÔNICA**

PICOS - PIAUÍ

2017

ÉRIKA DE MOURA FÉ

**RISCO CARDIOVASCULAR E ESTILO DE VIDA EM PACIENTES COM DOENÇA
RENAL CRÔNICA**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, no período de 2017.2, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Roberta Vilarouca da Silva

PICOS - PIAUÍ

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí

Biblioteca José Albano de Macêdo

F111r Fé, Érika de Moura.

Risco cardiovascular e estilo de vida em pacientes com doença renal crônica / Érika de Moura Fé. Picos – 2017.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (71 f.)

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2018.

Orientador(A): Profa. Dra. Ana Roberta Vilarouca da Silva

1 Doença Renal. 2. Estilo de Vida. 3. Hemodiálise. I.
Título.

CDD 616.61

ÉRIKA DE MOURA FÉ

**RISCO CARDIOVASCULAR E ESTILO DE VIDA EM PACIENTES COM DOENÇA
RENAL CRÔNICA**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 30/11/2017

BANCA EXAMINADORA

Ana Roberta V. da Silva

Prof.^a Dr.^a Ana Roberta Vilarouca da Silva (Orientadora)
Universidade Federal do Piauí – UFPI
Presidente da banca

Ana Larissa Gomes Machado

Prof.^a Dr.^a Ana Larissa Gomes Machado
Universidade Federal do Piauí – UFPI
1º Examinador

Valdenia Maria de Sousa

Prof.^a Esp.^a Valdenia Maria de Sousa
Universidade Federal do Piauí – UFPI
2º Examinador

Dedico este trabalho a Deus, por me dar forças e estar sempre comigo. Aos meus pais, irmão e tia, pelo apoio, confiança, amor incondicional e por serem minha fonte de inspiração e fortaleza. Ao meu namorado, Valdemir Junior, por todo carinho, cuidado e por me fazer se sentir amada todos os dias. Aos meus amigos, pelo incentivo e companheirismo. A todos os professores da minha trajetória acadêmica, que de muitas formas contribuíram com minha formação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre guiar meus passos e por ter me dado força e coragem para superar as dificuldades e desafios com sabedoria e fortaleza.

À Nossa Senhora da Imaculada Conceição, mãe de infinita bondade e misericórdia, por me envolver em seu manto sagrado e me carregar nos braços, nos momentos em que não tive mais forças para caminhar e recorri a vós para que não deixastes eu desistir.

Aos meus pais, Justino e Enoi, por serem meus exemplos de dignidade, respeito com o próximo e perseverança. Ao meu irmão, Anderson, pela amizade, carinho e incentivo. À minha tia, Francisca, pelo apoio. À todos vocês, sou imensamente grata pela paciência, incentivo e compreensão nos momentos em que estive ausente. Vocês são minha fonte de energia para prosseguir a minha caminhada.

À minha segunda família, minhas amigas e irmãs Tatiana, Açucena e Fabiana, pelos momentos compartilhados juntos, sorrisos, abraços e companheirismo, sou imensamente grata pelo apoio e amizade sincera que cada uma me dedicou. Vocês fizeram com que minha trajetória acadêmica se tornasse mais leve e prazerosa.

À Valdemir Junior, meu namorado, pela paciência, amor, companheirismo e apoio nos momentos difíceis. Teria sido mais difícil se não fosse você ao meu lado.

A todos os professores que passaram por minha trajetória acadêmica, pois forneceram subsídios para a concretização deste trabalho, em especial à minha professora, tutora e orientadora Dr.^a Ana Roberta Vilarouca da Silva, pela paciência, dedicação e contribuição para concretização deste trabalho e de tantos outros. Fostes um exemplo de educadora e profissional a qual me espelhei por toda a graduação e em minha trajetória pessoal e profissional. Meus sinceros agradecimentos!

Especial agradecimento à professora Esp.^a Valdenia Maria de Sousa, pelo apoio, dedicação e contribuição para a concretização deste trabalho. Sua inteligência e compromisso fizeram da produção do presente estudo algo possível e prazeroso de ser realizado. Obrigada pela confiança e incentivo, por me fazer acreditar que sou capaz.

Ao Programa de Educação Tutorial – PET Cidade, Saúde e Justiça, minha segunda Universidade, por todas as experiências no campo da pesquisa, ensino e extensão. Agradeço em especial aos petianos Dinah, Gabriel, Marina, Gabriela, Açucena e Tatiana, por terem contribuído com a concretização deste trabalho.

Aos membros da banca examinadora, pelo conhecimento compartilhamento e tempo dedicado à leitura deste trabalho de forma brilhante e pertinente. A todos, agradeço pela disponibilidade.

Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste sonho. Muito Obrigada!

“O conhecimento exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Requer uma ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica em invenção e em reinvenção”.

(Paulo Freire)

RESUMO

A pessoa com doença crônica enfrenta diariamente grandes desafios que envolvem mudanças no estilo de vida relacionados à dieta, atividades físicas, dependência de aparelhos, uso de medicações, mudança de cidade, ou seja, trata-se de uma adaptação para um novo modo de viver. Dentre estes agravos, a doença renal crônica é caracterizada pela redução da taxa de filtração glomerular e aumento da albuminúria, condições que se associadas com a doença cardiovascular implica em altas taxas de mortalidade na população, além de ocasionar situações invasivas e estressantes ao paciente em virtude das particularidades exigidas pelo tratamento e mudanças no estilo de vida. Nesse sentido, objetivou-se avaliar o risco cardiovascular de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico associado ao estilo de vida. Trata-se de um estudo descritivo com corte transversal e abordagem quantitativa, com amostra de 150 pacientes renais crônicos que realizam hemodiálise em uma clínica localizada na cidade de Picos-PI. A pesquisa ocorreu durante o período de março a dezembro de 2017, e a coleta de dados foi realizada no mês de agosto de 2017, por meio do preenchimento de dois formulários, um contendo questões referentes aos fatores socioeconômicos e dados antropométricos, e outro formulário referente ao estilo de vida. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal do Piauí, sob o Parecer nº 2.165.831. Dos participantes, 61,3% eram do sexo masculino, com idades que variam de 17 a 85 anos, sendo a faixa etária mais frequente a de 52 a 68 anos (34%). A cor autorreferida predominante foi a parda/mulata (55,3%), e em relação à situação laboral, 94% responderam que não trabalham. A renda familiar predominante foi a de um salário mínimo ou menos (62,7%). O maior percentual de tempo de tratamento foi de menos de 1 ano (30,7%). Além disso, 30% dos pacientes encontravam-se com excesso ponderal e 26% apresentaram obesidade abdominal. Já quanto aos níveis pressóricos, 78% estavam com pressão arterial sistólica acima dos valores ideais e com significância estatística ($p < 0,05$), em relação a pressão arterial diastólica, apresentou 29,3% acima dos níveis ideais. Quanto a prática de atividade física, 42,7% são sedentários, apenas 6% da amostra ingere bebida alcóolica, e 89,3% nunca fumaram. Em contra partida, 51,3% dos pacientes, quanto ao estilo de vida, foram enquadrados na categoria “Muito bom”. Pode-se verificar que os fatores de risco cardiovasculares, obtiveram frequências preocupantes, sendo que os níveis pressóricos de pressão arterial sistólica apresentaram os índices mais expressivos de risco cardiovascular com significância estatística, devendo-se à idade ($p = 0,024$) e a capacidade de lidar com o estresse ($p = 0,015$). O estudo viabiliza resultados precursores e relevantes na área da nefrologia, onde espera-se que tal pesquisa possa incentivar novos pesquisadores a realizarem estudos voltados para tal temática, assim, estudos de caráter interventivo, ou até mesmo estratégias advindas da própria instituição de saúde, possam implantar medidas de prevenção e controle dos fatores de risco cardiovascular modificáveis, incentivando mudanças no estilo de vida dos pacientes, proporcionando aumento da qualidade de vida desses.

Palavras Chave: Fatores de risco. Estilo de vida. Doença cardiovascular. Hemodiálise.

ABSTRACT

The individual with chronic illness face daily challenges that involve changes in lifestyle related to diet, physical activity, dependence of apparatus, use of medications, change of the city, that is, it is an adaptation to a new way of living. Among these, the chronic kidney disease is characterized by reduction in glomerular filtration rate and increasing albuminuria, conditions associated with cardiovascular disease resulting in high mortality rates in this population, in addition to cause invasive and situations stressful to the patient because of the peculiarities required by treatment and changes in lifestyle. In this sense, the objective of evaluating cardiovascular risk in chronic kidney patients under hemodialysis treatment associated with the lifestyle. This is a descriptive study with cross section and quantitative approach, with 150 chronic kidney patients sample that perform hemodialysis at a clinic in the town of Picos-PI. The survey took place during the period of March to December 2017, and data collection was carried out in August of 2017, through filling in two forms, one containing matters relating to socioeconomic factors and anthropometric data, and another form for the lifestyle. The project was approved by the Committee of Ethics in research with Human Beings at the Federal University of Piauí, under the opinion paragraph 2,165,831. Of the participants, 61.3% were male, with ages ranging from 17 to 85 years, where the most frequent age was 52 to 68 years (34%). Autorreferida color predominantly was the Brown/mulatto (55.3%), and in relation to labour status, 94% responded that they don't work. The predominant family income was a minimum wage or less (62.7%). The highest percentage of treatment time was less than 1 year (30.7%). In addition, 30% of patients were overweight, and 26% presented by abdominal obesity. Blood pressure levels already, 78% were with systolic blood pressure above the ideals and values with statistical significance ($p < 0.05$), diastolic blood pressure, presented 29.3% above optimal levels. As the practice of physical activity, 42.7% are sedentary, only 6% of the sample consumes alcohol, and 89.3% never smoked. In against game, 51.3% of the patients about lifestyle, were framed in category "Very good". You can check that the cardiovascular risk factors, obtained frequencies of concern, being that the blood pressure of systolic blood pressure showed the most significant cardiovascular risk indices with statistical significance, owing to the age and life style of patients with regard to stress, sedentary lifestyle, poor diet and food intake of caffeinated beverages. The study enables relevant results and precursors of Nephrology, where it is expected that such research could encourage new researchers to carry out studies aimed at such themes, so imaginatively character studies, or even strategies coming from the health institution itself, can deploy measures of prevention and control of cardiovascular risk factors modifiable, encouraging changes in the lifestyle of patients, providing an increase in the quality of life of these.

Keywords: Risk factors. Lifestyle. Cardiovascular Disease. Hemodialysis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Fórmula da Equação de Chumlea.	28
Quadro 2	Índice de Massa Corporal (IMC).	29
Gráfico 1	Classificação do estilo de vida dos participantes. Picos – PI, 2017. (n = 150).	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos participantes segundo as variáveis socioeconômicas. Picos – PI, 2017. (n = 150).	34
Tabela 2	Distribuição dos FRCV dos participantes. Picos – PI, 2017. (n = 150).	36
Tabela 3	Relação entre o tempo de tratamento e estilo de vida dos participantes. Picos – PI, 2017. (n = 150).	39
Tabela 4	Associação entre a PAS e PAD com estilo de vida dos participantes. Picos – PI, 2017. (n = 150).	39
Tabela 5	Associação entre o IMC e CC com o estilo de vida dos participantes. Picos – PI, 2017. (n = 150).	40
Tabela 6	Associação da PASM com idade e variáveis de estilo de vida dos participantes. Picos – PI, 2017. (n = 150).	41

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade.
AVE	Acidente Vascular Encefálico.
CBD	Censo Brasileiro de Diálise.
CC	Circunferência da Cintura.
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa.
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis.
DCV	Doença Cardiovascular.
DRC	Doença Renal Crônica.
DRCA	Doença Renal Crônica Avançada.
FR	Fatores de Risco.
FRCV	Fatores de Risco Cardiovascular.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
IMC	Índice de Massa Corporal.
IQ	Intervalo Interquartil.
IR	Insuficiência Renal.
IRC	Insuficiência Renal Crônica.
MG	Minas Gerais.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
PA	Pressão Arterial.
PAD	Pressão Arterial Diastólica.
PADM	Pressão Arterial Diastólica Média.
PAS	Pressão Arterial Sistólica.
PASM	Pressão Arterial Sistólica Média.
PCR	Paciente Renal Crônico.
PR	Paraná.
RCV	Risco Cardiovascular.
RN	Rio Grande do Norte.
RS	Rio Grande do Sul.
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia.
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes.
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia.

SPSS	Statistical Package for the Social Sciences.
SUS	Sistema Único de Saúde.
TFG	Taxa de Filtração Glomerular.
TRS	Terapia Renal Substitutiva.
WHO	World Health Organization.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	17
2.1	Geral.....	17
2.2	Específicos.....	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	Fatores de risco cardiovascular.....	18
3.2	Estilo de vida e as doenças cardiovasculares.....	20
3.3	A Doença Renal Crônica (DRC).....	22
4	MÉTODO	25
4.1	Tipo de estudo.....	25
4.2	Local e período do estudo.....	25
4.3	População e amostra.....	27
4.4	Variáveis do estudo.....	27
4.4.1	Variáveis socioeconômicas.....	27
4.4.2	Variáveis de fatores de risco cardiovascular.....	28
4.4.3	Variáveis do estilo de vida.....	30
4.5	Coleta de dados.....	31
4.6	Análise dos dados.....	32
4.7	Aspectos éticos e legais.....	32
5	RESULTADOS	34
6	DISCUSSÃO	43
7	CONCLUSÃO	49
	REFERÊNCIAS	51
	APÊNDICES	56
	APÊNDICE A – Formulário.....	57
	APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	59
	APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido (pais/responsáveis)	61
	APÊNDICE D – Termo de assentimento livre e esclarecido	63
	ANEXOS	64
	ANEXO A – Formulário Estilo de Vida Fantástico.....	65
	ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP.....	68

1 INTRODUÇÃO

O indivíduo com doença crônica enfrenta diariamente grandes desafios que envolvem mudanças no estilo de vida relacionados à dieta, atividades físicas, dependência de aparelhos, uso de medicações, mudança de cidade, ou seja, trata-se de uma adaptação para um novo modo de viver. Dentre estas doenças, destaca-se a Insuficiência Renal Crônica (IRC), a qual ocasiona situações invasivas e estressantes ao paciente referentes as particularidades exigidas pelo tratamento e mudanças no estilo de vida. O tratamento hemodialítico limita as atividades diárias, o que favorece o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que afetam diretamente a qualidade de vida e podem levar a outras complicações de saúde.

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) constituem causa importante de morbidade e mortalidade e são consideradas um dos problemas de saúde de maior magnitude no Brasil. Dentre estas, a Doença Renal Crônica (DRC) emerge como um sério problema de saúde nas populações podendo ser considerada uma “epidemia” em crescimento. Fatores de risco como obesidade, dislipidemia e tabagismo aceleram a sua progressão culminando com a necessidade de tratamento. Apesar de todos os avanços tecnológicos nas últimas décadas, os pacientes com doença renal precisam adaptar-se às mudanças emocionais e comportamentais decorrentes da DRC e de seu tratamento, pois estes indivíduos apresentam uma série de comorbidades e fatores de risco associados, como maior probabilidade de apresentar Doenças Cardiovasculares (DCV), que representam aproximadamente 50% dos desfechos fatais em DRC (RUDNICKI, 2014; SILVA; LUIZ; PEREIRA, 2015; ARAÚJO FILHO et al., 2016).

A DRC é caracterizada pela redução da taxa de filtração glomerular e aumento da albuminúria, condições que se associadas com DCV, implicam em altas taxas de mortalidade nessa população. O tratamento hemodialítico, pode ser bastante longo e causar grandes alterações no organismo, porém representa a qualidade de vida para milhares de pacientes. De modo geral, a Insuficiência Renal (IR) constitui um problema de saúde pública mundial e crescente. Atualmente, mais de 110 mil pessoas no Brasil dependem diretamente dele para viver, e existem, em média, 651 centros de diálise, nos quais são atendidos cerca de 97.586 pacientes por ano. Tal número mostra crescimento superior a 100% nos últimos 11 anos, sendo a maioria desses pacientes diagnosticados com hipertensão (33,8%) e diabetes mellitus (28,5%) como doença de base (ITO; YOSHIDA, 2014; PESSOA, 2015; RUZANY, 2015).

Fatores associados às limitações impostas pelo tratamento hemodialítico, como mudanças do estilo de vida, em conjunto com alterações fisiológicas e presença de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, podem comumente desencadear distúrbios no

metabolismo de lipoproteínas e aumento sérico de triglicérides que acarretam a elevação no risco do desenvolvimento de DCV (MATOS; LOSILLA, 2016).

A DCV têm forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, causam morte e incapacitação prematuras e por isso têm impacto sobre a economia e os sistemas de saúde e seguridade social. Entre as DCV de maior ocorrência podem-se destacar a doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, angina, infarto agudo do miocárdio, doenças valvares, arritmias, doenças hipertensivas, dentre outras (MAGALHÕES et al., 2014; STORINO et al., 2015; SILVA; LUÍZ; PEREIRA, 2015).

Nesse sentido, considerando que o tratamento hemodialítico pode influenciar no estilo de vida acarretando em distúrbios cardiovasculares, questiona-se: Quais os fatores de risco modificáveis no estilo de vida dos pacientes com doença renal crônica podem, conseqüentemente, influenciar no aparecimento de doenças cardiovasculares?

A DCV é frequentemente associada com a DRC, pois estudos revelam que indivíduos com DRC têm maior probabilidade de morrerem de DCV do que da doença renal terminal propriamente dita. Em hipótese, esse fato ocorre em virtude das particularidades da doença, em que muitos pacientes deixem de trabalhar e tornam-se sedentários, associado também a fatores de risco modificáveis como a hiperlipidemia, tabagismo, etilismo, hiperglicemia, obesidade e má alimentação. A mudança no estilo de vida desta população traz benefícios à adesão ao tratamento hemodialítico e diminuição no risco de doenças cardiovasculares.

Em virtude da convivência da pesquisadora do presente estudo com um familiar que realiza tratamento hemodialítico e das particularidades da terapia, havendo uma diminuição da capacidade física e funcional, surgiu o interesse em desenvolver tal estudo sobre o estilo de vida e risco cardiovascular, no intuito de verificar o quanto as exigências do tratamento influenciam no aparecimento de doenças no aparelho circulatório. Torna-se relevante a execução deste estudo, por se tratar de um problema de saúde que acomete vários indivíduos e por apenas existir evidências empíricas sobre este tipo de abordagem na cidade de realização da pesquisa. Os resultados serão valiosos na Enfermagem por subsidiar estratégias de melhoria no atendimento a estes pacientes, incentivando a criação de programas institucionais que possam acarretar em melhores condições de enfrentamento da doença e diminuindo os riscos cardiovasculares associados ao estilo de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o risco cardiovascular de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico associado ao estilo de vida.

2.2 Específicos

- Traçar o perfil sociodemográfico da amostra;
- Identificar a frequência dos fatores de risco cardiovascular e classificar o estilo de vida dos participantes;
- Analisar a relação entre o tempo de tratamento da doença renal crônica e o estilo de vida da amostra;
- Descrever a associação entre o estilo de vida e os fatores de risco cardiovasculares.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A doença renal crônica leva o indivíduo à mudanças no estilo de vida que, conseqüentemente, podem desencadear doenças cardiovasculares. A presença de hipertensão, diabetes e obesidade, associadas a hábitos, como tabagismo, etilismo e sedentarismo, contribuem com o aparecimento de doenças do aparelho circulatório ocasionando sérios danos à saúde destes indivíduos. Nesse sentido, o presente capítulo irá contextualizar os principais fatores de risco cardiovascular e de estilo de vida, fazendo associação com a doença renal crônica.

3.1 Fatores de risco cardiovascular

Ao se analisar a epidemiologia das DCNT, observa-se que nas últimas quatro décadas, ocorreram importantes mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira e essas transformações resultaram em um novo quadro de morbimortalidade dos indivíduos, já que, de acordo com a I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular – Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) (2013), no início deste século estas doenças possuem comportamento semelhante às grandes endemias nos séculos passados, sendo consideradas um dos problemas de saúde de maior magnitude no Brasil (SILVA; LUÍZ; PEREIRA, 2015).

Entre as DCNT de grande importância nesse cenário, se destacam as DCV, que tiveram um aumento progressivo por conta do acúmulo de fatores de risco tradicionais, como hipertensão e diabetes, bem como pelo envelhecimento e aumento da expectativa de vida, decorrentes da transição demográfica observada nas últimas décadas. (WHO, 2011).

Já no Brasil, de acordo com dados provenientes do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - SUS (DATASUS) (2015), as doenças do sistema circulatório acompanham a tendência mundial, no momento em que representam as mais relevantes causas de mortes do país, responsabilizando-se por 28,06% dos óbitos ocorridos no ano de 2013. Dessa forma, as DCV contribuem para o aumento da morbidade e representam alto impacto na mortalidade, contribuindo de forma negativa nos indicadores de saúde, sendo que no ano de 2014 esteve na posição de terceira principal causa de internação, totalizando 1.133.235 internações no Brasil, o que representou cerca de 10% da morbidade hospitalar no período (BRASIL, 2015).

De modo geral, as DCV são alterações no funcionamento do sistema cardíaco, sendo este responsável por transportar oxigênio e nutrientes necessários as células para essas

executarem suas tarefas. Tais doenças são consideradas um grande problema de saúde pública por serem a principal causa de morte em todo o mundo, em especial nas populações dos grandes centros urbanos (IGLESIAS et al., 2010; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2011).

Dentre as DCV de maior ocorrência podem-se destacar a doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, angina, infarto agudo do miocárdio, doenças valvares, arritmias, doenças hipertensivas, dentre outras. E vários são os Fatores de Risco (FR) associados ao desenvolvimento de DCV, os quais podem ser modificáveis e não modificáveis, sendo que, quanto maior o número de fatores de risco presentes, maior a chance da pessoa apresentar um evento cardiovascular. Os FR modificáveis são o fumo, etilismo, sedentarismo, dieta, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, intolerância à glicose e obesidade. Os não modificáveis estão relacionados à idade, sexo, raça, hereditariedade e às características genéticas de cada indivíduo. Esses fatores podem interagir entre si e aumentar o risco de desenvolvimento de DCV (WHO, 2011; SBC, 2013; MAGALHÕES et al., 2014; COVATTI et al., 2016).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa um dos mais importantes Fatores de Risco Cardiovascular (FRCV) pois, além da sua direta associação com a morbidade e a mortalidade cardiovasculares e renais, é uma doença de alta prevalência e apresenta baixas taxas de controle, apesar do um grande avanço nas formas de tratamento e a oferta de medicações anti-hipertensivas disponível no mercado. A HAS caracteriza-se pela elevação sustentada dos valores de Pressão Arterial (PA) ≥ 140 mmHg e/ou 90 mmHg, e tem relação forte e independente com eventos fatais e não fatais, tais como: morte súbita, Acidente Vascular Encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e DRC (SBC, 2016; ROCHA; MARTINS, 2017).

Segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – SBC (2016), estima-se que, no Brasil, a HAS atinja 32,5% da população adulta, o que corresponde a cerca de 36 milhões de brasileiros, e acomete mais de 60% dos idosos. As taxas de prevalência podem variar de acordo com as características da população estudada e das diferentes regiões do país.

Outro FRCV é o diabetes. Mesmo quando os níveis de glicose no sangue estiverem sob controle, o diabetes aumenta significativamente o risco de doença cardiovascular e cerebral. Define-se diabetes quando a glicemia plasmática em jejum for > 100 mg/dL, em duas dosagens, e/ou glicemia > 200 mg/dL duas horas após a sobrecarga com 75g de dextrosol ou glicemia aleatória > 200 mg/dL na presença de sintomas de diabetes (FINAMORE; SANTANA, 2011; GUALANDRO et al., 2014).

Por meio da identificação precoce dos FRCV é possível intervir e se alcançar um melhor prognóstico, afim de prevenir a DCV. Sua identificação e controle têm importância crucial na predição do desenvolvimento e na prevenção das manifestações clínicas da doença aterosclerótica. Vale destacar que os FRCV são muito frequentes na população geral e se apresentam muitas vezes em agregação no mesmo indivíduo, o que pressupõe a maximização do risco e potencial aceleração do processo de doença (ROCHA; MARTINS, 2017)

3.2 Estilo de vida e as doenças cardiovasculares

Segundo a I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular da SBC (2013), a DCV deverá aumentar a incapacidade ajustada para anos de vida de 85 milhões de pacientes para 150 milhões no mundo todo até 2020, levando a uma notável queda da produtividade global. Isso deve-se aos FRCV modificáveis, que são aqueles resultantes de hábitos e costumes indesejáveis. Essa estimativa pode ser alterada por meio de mudanças relacionadas aos aspectos comportamentais e ao estilo de vida da população, já que, algumas práticas do dia-a-dia podem agravar as chances de se adquirir uma DCV, como o tabagismo, etilismo, sedentarismo, dieta inadequada e estresse (BISPO et al., 2016).

Com relação ao tabagismo, estima-se que existam mais de 1 bilhão de fumantes no mundo e 80% deles vivem em países de baixa e média rendas onde a carga das doenças e mortes relacionadas com o tabaco é mais elevada. O risco relativo de infarto do miocárdio apresenta-se aumentado duas vezes entre os fumantes com idade superior a 60 anos e cinco vezes entre os com idade inferior a 50 anos, se forem comparados com os não fumantes. O consumo de tabaco vem diminuindo na população em geral, porém apresentou incremento entre os indivíduos de baixo nível socioeconômico e entre as mulheres, pois nestas os efeitos deletérios parecem ser maiores, relacionando-se ao metabolismo acelerado da nicotina, com maior relevância naquelas que fazem uso concomitante de contraceptivos orais (WHO, 2011).

Além do tabagismo, o etilismo é uma prática bastante divulgada e incentivada em boa parte dos países. A ingestão de álcool por períodos de tempo prolongados pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. Em populações brasileiras, o consumo excessivo de etanol está associado com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas (SBC, 2013).

Um FRCV modificável é o sedentarismo, sendo este o gerador dos altos índices de mortalidade na IRC, o qual influencia negativamente nas DCV, na capacidade funcional e na qualidade de vida. Se os pacientes com IRC forem comparados à população em geral,

apresentam menor capacidade física e funcional. Em relação à prática de exercícios, estudos sugerem que um programa de exercícios para pacientes com DRC em diálise pode contribuir para o controle pressórico, para o aumento da capacidade funcional, melhora da função cardíaca, aumento da força muscular e, em consequência, melhora na qualidade de vida, além de ser um método seguro e de fácil aplicação. A SBC (2013) recomenda que a prática regular de atividade física aeróbia, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes/semana, está indicada para a prevenção de DCV (KIRCHNER et al., 2011).

Outro FRCV é o sobrepeso e obesidade, que surgem em razão das novas condições de vida em que se observa um declínio da prevalência da desnutrição em crianças e um aumento da prevalência de sobrepeso/obesidade em adultos. Diante desse novo cenário epidemiológico, caracterizado pela alta prevalência de obesidade, as doenças cardiovasculares aparecem como o principal problema de saúde pública. A obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal no indivíduo. Para o diagnóstico em adultos, o parâmetro utilizado mais comumente é o do Índice de Massa Corporal (IMC), onde é calculado dividindo-se o peso do indivíduo pela sua altura elevada ao quadrado, é considerado peso normal quando o resultado do cálculo do IMC está entre 18,5 e 24,9. Para ser considerado obeso, o IMC do sujeito deve estar acima de 30 (WHO, 2011; SBC, 2013; SBEM, 2014;).

Segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO (2016), o ambiente moderno é um potente estímulo para a obesidade, decorrentes da diminuição dos níveis de atividade física e o aumento da ingestão calórica como fatores determinantes ambientais mais fortes. O estilo de vida moderno também favorece o ganho de peso por diversos fatores que interferem na ingestão alimentar: a necessidade de se realizar refeições em curto espaço de tempo atrapalha os mecanismos de saciação, e atividades de lazer podem resultar em alterações comportamentais relacionadas ao hábito alimentar em que o sistema de prazer e recompensa (não homeostático) se sobrepõe ao sistema regulador homeostático.

O estresse também está associado ao Risco Cardiovascular (RCV). A preocupação com o estresse se deve ao fato dele afetar 90% da população mundial sendo fortemente relacionado às doenças do aparelho circulatório que estão entre as primeiras causas de óbitos no Brasil. Esse aumento de pressão sanguínea decorrente do estresse é o resultado da mediação de mudanças autonômicas e neuroendócrinas na contratilidade cardíaca e na resistência vascular periférica. Essas alterações fisiológicas induzidas pelo estresse fornecem suporte metabólico para o comportamento necessário à reação de luta e fuga. Por conseguinte,

algumas pessoas apresentam, contudo, a tendência de demonstrar excessivos aumentos de pressão sanguínea, excedentes às demandas provenientes dos estressores (MOXOTÓ; MALAGRIS, 2015; GOMES et al., 2016).

Os diversos FR apresentados para a DCV podem ser minimizados ou mesmo extinguidos pelo estilo de vida adotado, que incluem opções e decisões tomadas pelo indivíduo com respeito a sua saúde e modos de levar a vida, opções estas que incluem decisões sobre atividades de lazer, hábitos alimentares, comportamentos autodeterminados ou adquiridos social ou culturalmente, estando, portanto, parcialmente sob seu controle. Condições limitantes dessas escolhas individuais de “estilos de vida” são, em grande medida, o ambiente social e a situação socioeconômica (MALTA, 2015).

3.3 A Doença Renal Crônica (DRC)

A DRC apresenta vertiginosa ascensão em sua prevalência nas últimas décadas, impulsionada pela hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e envelhecimento populacional. Prova disso, são os dados referentes ao Censo Brasileiro de Diálise (CBD), realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia - SBN (2013), referente ao ano de 2013, onde foram encontradas prevalência de 499 pacientes dialíticos/milhão de habitantes no país.

O rim tem múltiplas funções, como a excreção de produtos finais de diversos metabolismos, produção de hormônios, controle do equilíbrio hidroeletrolítico, do metabolismo ácido-básico, da pressão arterial e regula a quantidade de água e minerais dentro do nosso corpo. Dessa forma, os níveis variam dentro de limites precisos e ajustados (BRASIL, 2016).

Quando a função dos rins está seriamente comprometida, o excesso de líquido não é removido e passa a se acumular no organismo, causando edema, aumentando a pressão arterial e podendo acarretar dificuldade para respirar quando se acumula nos pulmões. Outro problema que acontece por consequência da função renal muito comprometida é o acúmulo de potássio no sangue, o que leva a arritmias cardíacas que podem ser fatais. Já o descontrole nos níveis de cálcio e fósforo leva a alterações ósseas, calcificações na circulação e prurido intenso. Os produtos que surgem ao fim do metabolismo celular (ureia, amônia, ácido úrico, uratos, creatinina, etc.) têm de ser excretados, pois são tóxicos ao organismo (MORAES; PECOITS-FILHO, 2010; MORAES, 2011).

A DRC é um termo geral para um conjunto de doenças heterogêneas que afetam a estrutura e função dos rins, tendo apresentação clínica variável a depender da causa, severidade

e velocidade de progressão da doença. Os pacientes acometidos por essa doença devem ser considerados de risco muito alto, já que essa doença é descrita como um dos principais determinantes de risco de eventos cardiovasculares, sendo necessário avaliar fatores como o grau de redução da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) e a presença de morbidades. A prevalência estimada de indivíduos com diferentes graus de disfunção renal (estágios de 1 a 5) em muitos países, varia de 8 a 16%, o que representa um enorme contingente de pessoas que potencialmente necessitarão de terapia renal substitutiva, caso apresentarem progressão de sua DRC para fases finais (VIVEKANAND et al., 2013; NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2013; SBC, 2013).

A perda progressiva da capacidade de funcionamento dos rins é chamada progressão e pode levar o paciente para a Doença Renal Crônica Avançada (DRCA), também definida como estágio 5, significando que os rins estão funcionando em uma faixa de filtração abaixo de 15 ml/min/1,73m². Isso pode ser comparado com aproximadamente 15% da função renal original de uma pessoa saudável. Esses pacientes geralmente necessitam de algum tipo de Terapia Renal Substitutiva (TRS), sendo as modalidades disponíveis: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal (DAUGIRDAS; BLAKE, 2007; MORAES; PECOITS-FILHO, 2010; MORAES, 2011).

Na hemodiálise, o sangue do paciente é retirado do corpo e passado por uma máquina que filtra o sangue. A máquina de diálise bombeia o sangue através de linhas até o filtro. O filtro da hemodiálise é o dialisador. O dialisador é composto de dois compartimentos separados por uma membrana semipermeável. Em um compartimento, flui o sangue e em outro flui o dialisato, que é a solução de diálise com água tratada purificada. Portanto, o sangue do paciente é retirado, filtrado fora do corpo e depois devolvido para o paciente (DAUGIRDAS; BLAKE, 2007).

O declínio progressivo da TFG está associado à diminuição paralela das demais funções renais, portanto, com a progressão da DRC, é esperado o desenvolvimento de anemia, acidose metabólica e alterações do metabolismo mineral e ósseo. Pacientes com TFG entre 30 e 45 ml/min, quando comparados com aqueles com TFG acima de 60 ml/min, têm aumento no risco de mortalidade de 90% e de mortalidade cardiovascular de 110%. Alguns fatores capazes de prever progressão da DRC são modificáveis, como mudanças no estilo de vida (parar de fumar e evitar obesidade) e medidas como redução da pressão arterial, redução de albuminúria e prevenção de hiperglicemia (KDIGO, 2013; KIRSZTAJN et al., 2014).

Para a SBC (2013), a relação entre DRC e DCV está bem estabelecida, e múltiplas interações entre ambas são descritas. Além de ambas apresentarem fatores de risco em

comum, a DRC é fator de risco independente para o desenvolvimento de doença coronariana. Em geral, os pacientes com DRC têm aumentos variáveis no risco de desenvolvimento de eventos cardiovasculares, sendo menor (43%) nos pacientes com TFG entre 45-59 ml/min e maior (343%) naqueles com TFG < 15 ml/min. Além disso, a presença de proteinúria, independente de idade, sexo, função renal e diabetes, aumenta o risco de doença coronariana e perpetua a lesão renal crônica.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo com corte transversal e abordagem quantitativa, que visa a observação, registro, análise e ordenação dos dados, sem manipulá-los, isto é, sem interferência do pesquisador. Segundo Prodanov e Freitas (2013), a pesquisa descritiva procura descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, suas características, causas e relações com outros fatos. Assim, para coletar tais dados, utiliza-se de técnicas específicas, dentre as quais se destacam a entrevista, o formulário, o questionário, o teste e a observação.

Já os estudos transversais envolvem coletas de dados em determinado ponto do tempo. Desse modo, são adequados para descrever a situação, o status do fenômeno e/ou a relação entre eles em um ponto fixo (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local e período do estudo

O estudo ocorreu em uma clínica de hemodiálise localizada na cidade de Picos-PI, no período de março a novembro de 2017. A clínica é credenciada ao SUS (Sistema Único de Saúde), e tem capacidade de atender aproximadamente 186 pacientes, o regime é ambulatorial e funciona de segunda a sábado, 12 horas por dia. Cada paciente recebe tratamento dialítico três vezes por semana, onde cada sessão tem duração de em média 4 horas, a depender do ganho de peso entre as sessões. Deste modo, o presente tópico irá apresentar algumas características do local de coleta de dados, todas as informações contidas nesta unidade foram repassadas pela clínica, bem como, através da observação *in loco* pela pesquisadora.

Constituindo-se desta forma como unidade de referência para toda região Centro Sul do Piauí. Dentre alguns municípios, a clínica atendia no período da pesquisa a pacientes de 37 cidades, que são: Aroazes; Aroeiras do Itaim; Barra d'Acântara; Bocaina; Campinas do Piauí; Colônia do Piauí; Dom Expedito Lopes; Elesbão Veloso; Floresta do Piauí; Inhumas; Ipiranga; Itainópolis; Lagoa do Sítio; Novo Oriente do Piauí; Oeiras; Padre Marcos; Paquetá do Piauí; Paulistana; Picos; Pimenteiras; Pio IX; Santa Cruz do Piauí; Santana do Piauí; Santo Inácio do Piauí; São João da Canabrava; São João da Varjota; São João do Piauí; São José do Piauí; São Julião; São Luis do Piauí; São Miguel do Fidalgo; Simplício Mendes; Sussuapara; Tanque do Piauí; Valença; Várzea Grande e Wall Ferraz.

Quanto à estrutura física, a clínica apresenta prédio próprio em bom estado de conservação, organização e higiene. A instituição está dividida em:

- Sala branca (01);
- Sala amarela (01);
- Emergência (01);
- Sala de utilidades (01);
- Sala de materiais de limpeza (01);
- Sala com lavado (01);
- Sala de reuso (01);
- Farmácia (01);
- Refeitório para pacientes (01);
- Refeitório para funcionários (01);
- Cozinha (01);
- Sala de espera (01);
- Recepção (01);
- Banheiros masculinos (03);
- Banheiros femininos (03);
- Garagem (01);
- Sala para processamento da água (01).

A clínica conta ainda com uma equipe multiprofissional formada por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos nefrologistas, psicólogo, assistente social e nutricionista. Além desses profissionais, fazem parte uma diretora, secretárias, serviços gerais, técnicos em eletrotécnica e motoristas. Todos esses atendem a uma clientela formada a partir do encaminhamento realizado pelos serviços de atenção primária de locais da macrorregião de Picos e de outros municípios, num sistema de referência e contra referência.

Além da modalidade de terapia renal substitutiva, a clínica realiza consultas especializadas na área de nefrologia, e após avaliação médica e realização de exames, caso seja diagnosticado com a IR o paciente realiza as sessões de forma gratuita. Após diagnóstico de IR e início das sessões de hemodiálise, o paciente é acompanhado psicológico, nutricional e clinicamente, de forma a melhorar o enfrentamento e aceitação do tratamento.

4.3 População e amostra

A população foi composta por 173 pacientes, que correspondeu ao total de pacientes realizando tratamento na instituição de saúde no período da pesquisa. Porém, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se uma amostra de 150 pacientes.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

- Ser paciente com DRC em tratamento hemodialítico;
- Ser paciente atendido pela instituição de saúde, independente da data de início do tratamento;

Será estabelecido o seguinte critério de exclusão:

- Pacientes com diagnóstico de déficit cognitivo e/ou doença mental.

4.4 Variáveis do estudo

As variáveis a serem abordadas nesta pesquisa foram agrupadas em: socioeconômicas, estilo de vida e relacionadas aos fatores de risco cardiovascular. Elas foram coletadas em dois formulários, um contendo questões referentes a fatores socioeconômicos e dados antropométricos (APÊNDICE A), e outro formulário referente ao estilo de vida (ANEXO A).

4.4.1 Variáveis socioeconômicas

Foi aplicado um formulário elaborado por Amorielli (2011) e adaptado pela pesquisadora do estudo, com informações pessoais, como sexo, idade, procedência, arranjo familiar, entre outros.

Idade: foi computada em anos.

Cor: foi considerada a cor da pele autorreferida, sendo elas: branca; negra/preta; parda/mulata; amarela/oriental.

Tempo de tratamento: computada em meses.

Situação conjugal: foram consideradas as seguintes opções: solteiro (a); casado (a); separado (a)/divorciado (a); viúvo (a); união estável (sem a documentação do casamento).

Renda familiar: foi considerado o valor do salário mínimo (R\$937,00) em moeda brasileira, dos vencimentos mensais da família do pesquisado.

Com quem mora: foram computadas as seguintes respostas: sozinho; pais; companheiro

(espos(a), namorado (a)); filhos; parentes; amigos.

Situação laboral: foram questionados se trabalham atualmente.

Nível de Instrução: foram considerados os seguintes graus de instrução: Analfabeto; Fundamental incompleto; Fundamental completo; Nível médio incompleto; Nível médio completo; Superior incompleto; Superior completo.

4.4.2 Variáveis de fatores de risco cardiovascular

Peso: O peso reflete a soma de todos os componentes corporais. Nos indivíduos com DRC, recomenda-se muita cautela na avaliação do peso em virtude da presença dos distúrbios hídricos. Nos pacientes em hemodiálise a aferição do peso deve ser realizada antes e após a sessão de diálise. Para esta pesquisa foi levado em consideração o “peso seco” do paciente, que se refere ao peso corporal sem edema periférico detectável (CALADO, 2016).

Altura: Em adultos saudáveis a redução da estatura ocorre com o avanço da idade. Nos indivíduos com DRC, a presença de distúrbios ósseos podem levar a uma redução da estatura. Para os pacientes que deambulam, a estatura foi aferida com o indivíduo em pé a partir de fita antropométrica fixada à parede da sala de hemodiálise, com escala entre 1,0 m e 2,0 m. A fim de assegurar a precisão da estatura, os pesquisados foram orientados a se posicionarem eretos e imóveis, com as mãos espalmadas sobre as coxas e com a cabeça ajustada ao plano de Frankfurt. Caso o paciente não pudesse se manter nessa posição, foi levado em conta a estatura informada pelo mesmo. Entretanto, na impossibilidade de utilização do método convencional e caso este não saiba informar precisamente sua altura, a estatura foi estimada a partir da “Equação de Chumlea”, desenvolvida para idosos, utilizando-se a medida da altura do joelho, já que esta não se altera com a idade (DUARTE; CASTELLANI, 2002; CALADO, 2016).

Quadro 1 – Fórmula da Equação de Chumlea.

Homens	$[(2,02 \times \text{altura do joelho em cm}) - (0,04 \times \text{idade})] + 64,19$
Mulheres	$[(1,83 \times \text{altura do joelho em cm}) - (0,24 \times \text{idade})] + 84,88$

Fonte: CHUMLEA, 2004.

A altura do joelho foi obtida em uma das pernas, com o indivíduo em posição supina ou sentada, com o joelho flexionado em ângulo de 90°, utilizou-se uma fita métrica

inelástica que foi posicionada na base do calcanhar e estendida na região lateral da perna paralelamente até a patela do joelho (CHUMLEA, 2004).

Índice de Massa Corporal (IMC): Entre os indicadores antropométricos, o IMC é o mais comumente utilizado para avaliação do estado nutricional de indivíduos e populações, sendo considerado de uso universal. A partir da obtenção das medidas de peso e altura foi calculado o IMC que é obtido por meio da razão entre o peso e o quadrado da altura, como demonstrado no quadro 2 abaixo. Para a população geral, a faixa de normalidade do IMC é entre 18,5 e 24,9 kg/m²; sobrepeso (IMC de 25 a 29,9 kg/m²) e obesidade (IMC \geq 30 kg/m²). O termo excesso de peso foi utilizado para se referir aos indivíduos com sobrepeso ou obesidade (IMC \geq 25 kg/m²). Entretanto, vale salientar que, para indivíduos em hemodiálise, o Guia Europeu de Nutrição em DRC recomenda que tais indivíduos devem possuir um IMC $>$ 23,0 kg/m², haja vista que diversos estudos demonstraram que tais valores se associam à redução nas taxas de mortalidade nessa população. Recomenda ainda que indivíduos em tratamento dialítico que apresentem um IMC $<$ 20,0 kg/m² devem ser monitorados, pois esses valores estão associados ao maior risco de mortalidade (WHO, 2007; CALADO, 2016).

Quadro 2 – Índice de Massa Corporal (IMC).

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

Fonte: CALADO, 2016.

Circunferência da cintura (CC): A CC é um marcador de adiposidade central que identifica os riscos associados às complicações metabólicas e cardiovasculares, que acometem com frequência os pacientes portadores de DRC. A aferição da CC foi realizada ao término da sessão de hemodiálise, para que não houvesse alterações por conta do acúmulo de líquidos na região abdominal. Foi utilizada fita métrica inextensível, com o indivíduo despido (pelo menos a área que será medida), após a expiração, na sua menor curvatura natural, no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD (2014), enquadra-se como obesidade abdominal os valores, para homens \geq 102cm e para mulheres \geq 88cm (SANCHES et al., 2008).

Pressão Arterial: No momento da sessão de hemodiálise é aferida a PA quatro vezes, dessa forma foram considerados os valores dessas aferições realizadas pelo técnico de enfermagem e o enfermeiro da instituição, pois já se trata de uma rotina interna em que a pesquisadora não pode intervir. Foi determinada de acordo com as recomendações da VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2016), como pontos de corte para pressão arterial aumentada valores de Pressão Arterial Sistólica (PAS) ≥ 121 mmHg e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) ≥ 81 mmHg e posteriormente, considerou-se a média das quatro medidas. Segundo a SBC (2016) recomendam-se valores pressóricos inferiores a 130/80 mmHg para pacientes com DRC, nesse sentido é de grande importância que a PA seja controlada de forma rigorosa, pois isso minimizará a progressão da DRC e reduzirá o risco de doença cardiovascular (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; SBC, 2016).

4.4.3 Variáveis do estilo de vida

O Estilo de Vida é caracterizado por padrões de comportamentos identificáveis que podem ter um efeito marcante sobre a saúde de um indivíduo, e está relacionada a vários aspectos que refletem as atitudes, valores e oportunidades na vida de uma pessoa. Na presente pesquisa para se avaliar o estilo de vida foi utilizado o formulário “Estilo de vida fantástico”, desenvolvido no Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, no Canadá, por Wilson e Ciliska em 1984 e validado para adultos jovens brasileiros por Rodriguez-Añes, Reis e Petroski em 2008 (AMORIELLI, 2011).

Embora tenha sido validado para adultos jovens, o mesmo corresponde aos objetivos propostos no presente trabalho, por possuir questões voltadas para a DCV, como o tabagismo, alimentação, estresse, atividade física e etilismo,

Segundo Rodriguez-Añes, Reis e Petroski (2008), o formulário “Estilo de Vida Fantástico” considera o comportamento dos indivíduos no último mês e cujos resultados permitem determinar a associação entre o estilo de vida e a saúde. O instrumento possui 25 questões divididas em nove domínios (ANEXO A), que são:

- 1) Família e amigos;
- 2) Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro;
- 3) Tipo de comportamento;
- 4) Introspecção;
- 5) Trabalho;

- 6) Atividade física;
- 7) Nutrição;
- 8) Cigarro e drogas;
- 9) Álcool.

As questões estão dispostas na forma de escala Likert, 23 possuem cinco alternativas de resposta e duas são dicotômicas. As alternativas estão dispostas na forma de colunas para facilitar a sua codificação, e a alternativa da esquerda é sempre a de menor valor ou de menor relação com um estilo de vida saudável. A codificação das questões é realizada por pontos, da seguinte maneira: zero para a primeira coluna, 1 para a segunda coluna, 2 para a terceira coluna, 3 para a quarta coluna e 4 para a quinta coluna. As questões que só possuem duas alternativas pontuam: zero para a primeira coluna e 4 pontos para a última coluna. A soma de todos os pontos permite chegar a um escore total que classifica os indivíduos em cinco categorias que são: “Excelente” (85 a 100 pontos), “Muito bom” (70 a 84 pontos), “Bom” (55 a 69 pontos), “Regular” (35 a 54 pontos) e “Necessita melhorar” (0 a 34 pontos) (RODRIGUEZ-AÑES; REIS; PETROSKI, 2008).

4.5 Coleta de dados

Os dados sobre a investigação dos fatores de risco cardiovascular e estilo de vida foram coletados no mês de agosto de 2017. Foi realizada a aplicação de formulários respondidos na própria instituição de saúde, sendo aplicado pela pesquisadora e equipe treinada por ela. Os pacientes incluídos nos critérios de amostragem foram contatados para participar da pesquisa ainda na sala de espera onde aguardam o horário da sessão, local onde foi apresentado o objetivo da pesquisa individualmente. Na ocasião, realizou-se explicação aos participantes que, caso concordassem, iriam responder a dois formulários, um sobre dados socioeconômicos, dados antropométricos e de fatores de risco cardiovasculares, e o outro contendo questões sobre o estilo de vida.

Os formulários foram aplicados a cada paciente durante a sessão de hemodiálise na sala branca e os dados antropométricos foram verificados em outro dia, sendo coletados após a realização da sessão. As perguntas foram lidas pelo pesquisador para que não houvesse erro de interpretação por parte do entrevistado, tendo duração de, aproximadamente, dez minutos.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram organizados e processados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Para a análise descritiva, foi utilizado o cálculo de frequências absolutas e relativas, além das medidas de tendência central (média e/ou mediana) e de dispersão (desvio padrão e/ou intervalo interquartil). Foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) para avaliar a normalidade de distribuição das variáveis quantitativas em relação às suas médias.

Para a estatística analítica, aplicou-se o teste Quiquadrato (χ^2) de Pearson, cuja finalidade foi verificar a relação entre os FRCV e o estilo de vida dos pacientes, afim de verificar discrepâncias entre as frequências observadas e esperadas dos eventos estudados. Utilizou-se o $p < 0,05$ como valor de referência para a significância estatística. Os resultados obtidos foram expostos em forma de tabelas e gráficos, sendo posteriormente feita a discussão com base na literatura pertinente.

4.7 Aspectos éticos e legais

Para a realização da coleta de dados o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Piauí, sob parecer nº 2.165.831, aprovado no dia 10/07/2017 (ANEXO B). Foram seguidos todos os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, sendo obedecidas as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Aos que concordaram em participar da pesquisa e que eram maiores de dezoito anos, foi solicitado a assinatura em duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B), e a assinatura por pais ou responsável para os menores de dezoito anos (APÊNDICE C), além de assinatura do termo de assentimento livre e esclarecido para os menores de dezoito anos (APÊNDICE D). Uma via ficou com o pesquisador e a outra com o participante, nos quais constam informações detalhadas sobre o estudo, dentre elas: o direito de desistência em qualquer fase do estudo; as informações coletadas serão mantidas em sigilo e somente serão usadas para os fins a que se destina o estudo.

A pesquisa expôs o participante a risco mínimo de constrangimento, e isso foi minimizado com coleta de dados de forma individual. Quanto aos benefícios, são indiretos, pois os resultados poderão subsidiar estratégias de melhoria no atendimento a estes pacientes, bem como fomentar a criação de programas institucionais que acarretem em condições de

melhor enfrentamento da doença, diminuição dos riscos para doenças cardiovasculares e aquisição de comportamentos de melhoria do estilo de vida.

5 RESULTADOS

Neste tópico estão expostos os resultados obtidos por meio dos procedimentos metodológicos, acima mencionados. Trata-se da análise descritiva e analítica das variáveis socioeconômicas, de FRCV e estilo de vida, representadas por meio de gráfico e tabelas.

Foram avaliados 150 pacientes em tratamento hemodialítico, destes, a maioria era do sexo masculino (61,3%), com idades que variaram de 17 a 85 anos, com média de $55,1 \pm 16,4$ anos, onde a faixa etária mais frequente foi a de 52 a 68 anos (34%). A cor autorreferida predominante foi a parda/mulata (55,3%), e em relação à situação laboral, 94% responderam que não trabalham (Tabela 1).

A renda familiar predominante foi a de um salário mínimo (R\$ 937,00) ou menos (62,7%), com mediana de R\$ 937,00/IQ 937,00. Em relação a situação conjugal, 54% são casados. A maioria dos pacientes não moram na cidade de Picos - PI (78,7%), sendo 21,3% da referida cidade, seguida por 12,7% que moram em Oeiras – PI. Um percentual de 32,7% moram com companheiro. Quanto ao grau de escolaridade, 48,7% possui apenas o ensino fundamental incompleto (Tabela 1).

Foi investigado também o tempo de tratamento dos pacientes, variando de 1 mês a 204 meses (17 anos), sendo o maior percentual de menos de um ano de tratamento (30,7%), com média de $45,2 \pm 47,9$ meses, embora 44,7% estejam com três anos ou mais em tratamento hemodialítico (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos participantes segundo as variáveis socioeconômicas. Picos – PI, 2017. (n = 150).

VARIÁVEIS	n	%
1 Sexo		
Masculino	92	61,3
Feminino	58	38,7
2 Faixa Etária		
		$55,1 \pm 16,4^*$
17 – 34	20	13,3
35 – 51	41	27,3
52 – 68	51	34
69 – 85	38	25,3
3 Cor (autorreferida)		
Branca	28	18,7

Tabela 1 – Caracterização dos participantes segundo as variáveis socioeconômicas. Picos – PI, 2017. (n = 150). (Continuação)

Negra/preta	36	24	
Parda/mulata	83	55,3	
Amarela/oriental	3	2	
4 Situação Laboral			
Trabalha	9	6	
Não Trabalha	141	94	
5 Renda Familiar			
			R\$ 937,00**/937,00***
≤ 1 Salário	94	62,7	
2 Salários	46	30,7	
3 Salários	5	3,3	
≥ 4 Salários	5	3,3	
6 Situação conjugal			
Solteiro	30	20	
Casado	81	54	
Separado/divorciado	15	10	
Viúvo	17	11,3	
União Estável	7	4,7	
7 Cidade onde mora			
Picos	32	21,3	
Outra cidade do Piauí	118	78,7	
Oeiras	19	12,7	
8 Com quem mora			
Sozinho	12	8	
Pais	16	10,7	
Companheiro	49	32,7	
Filhos	21	14	
Parentes	17	11,3	
Amigos	1	0,7	
Companheiro e filhos	34	22,7	
9 Grau de escolaridade			
Analfabeto	47	31,3	
Fundamental incompleto	73	48,7	

Tabela 1 – Caracterização dos participantes segundo as variáveis socioeconômicas. Picos – PI, 2017. (n = 150). (Continuação)

Fundamental completo	9	6
Nível médio incompleto	5	3,3
Nível médio completo	11	7,3
Superior incompleto	2	1,3
Superior completo	3	2
10 Tempo de tratamento		45,2 ± 47,9*
< de 1 ano (11 meses)	46	30,7
1 - < 3 anos	37	24,7
3 - < 5 anos	20	13,3
5 - < 7 anos	19	12,7
7 - < 9 anos	6	4,0
≥ 9 anos	22	14,7

FONTE: dados da pesquisa.

*Média ± Desvio padrão; **Mediana; *** Intervalo Interquartil

No tocante aos FRCV, 30% encontravam-se com excesso ponderal, com média de $24,1 \pm 16,8\text{kg/m}^2$, distribuídos em 22% e 8% com sobrepeso e obesidade, respectivamente. Porém, para pacientes com IRC o IMC $> 23,0\text{kg/m}^2$ é considerado ideal, neste caso, 60,7% estavam a baixo do limite considerado saudável para esse público. No que se refere a CC, 26% apresentaram obesidade abdominal. Já quanto aos níveis pressóricos, 78% estavam com Pressão Arterial Sistólica Média (PASM) acima dos valores ideais e com significância estatística ($p < 0,05$), com média de $142,9 \pm 26,8\text{mmHg}$, enquanto a Pressão Arterial Diastólica Média (PADM) apresentaram 29,3% acima dos níveis ideais (Tabela 2).

Quando questionados sobre a prática de atividade física, 57,3% responderam que realizam algum tipo de atividade como caminhada, bicicleta ou corrida. Referente ao etilismo, apenas 6% da amostra ingerem bebida alcoólica, e 89,3% nunca fumou (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos FRCV dos participantes. Picos – PI, 2017. (n = 150).

VARIÁVEIS	n	%
1 IMC		24,1 ± 16,8**/ p = 0,000***
Baixo peso	27	18
Eutrófico	78	52
Sobrepeso	33	22

Tabela 2 – Distribuição dos FRCV dos participantes. Picos – PI, 2017. (n = 150).
(Continuação)

Obesidade	12	8	
2 IMC/PRC			
Normal	59	39,3	
Limítrofe	49	32,7	
Risco de mortalidade	42	28	
3 CC			$87 \pm 12,9^{**}/ p = 0,007^{***}$
Eutrófico	111	74	
Obesidade abdominal	39	26	
4 PASM			$142,9 \pm 26,8^{**}/ p = 0,000^{***}$
Normal	33	22	
Pré-hipertensão	42	28	
HA	75	50	
5 PASM/PRC			
< 130	47	31,3	
≥ 130	103	68,7	
6 PADM			$75,6 \pm 12,4^{**}/ p = 0,009^{***}$
Normal	106	70,7	
Pré-hipertenso	23	15,3	
HA	21	14	
7 PADM/PRC			
< 80	83	55,3	
≥ 80	67	44,7	
8 ATIVIDADE FÍSICA			
Realiza	86	57,3	
Sedentário	64	42,7	
9 ETILISMO			
Sim	9	6	
Não	141	94	
10 TABAGISMO			
Fuma mais de 10 cigarros por dia.	2	1,3	
Fuma de 1 a 10 cigarros por dia.	10	6,7	

Tabela 2 – Distribuição dos FRCV dos participantes. Picos – PI, 2017. (n = 150).
(Continuação)

Nenhum nos últimos 6 meses.	1	0,7
Nenhum no último ano.	3	2
Nunca fumou.	134	89,3

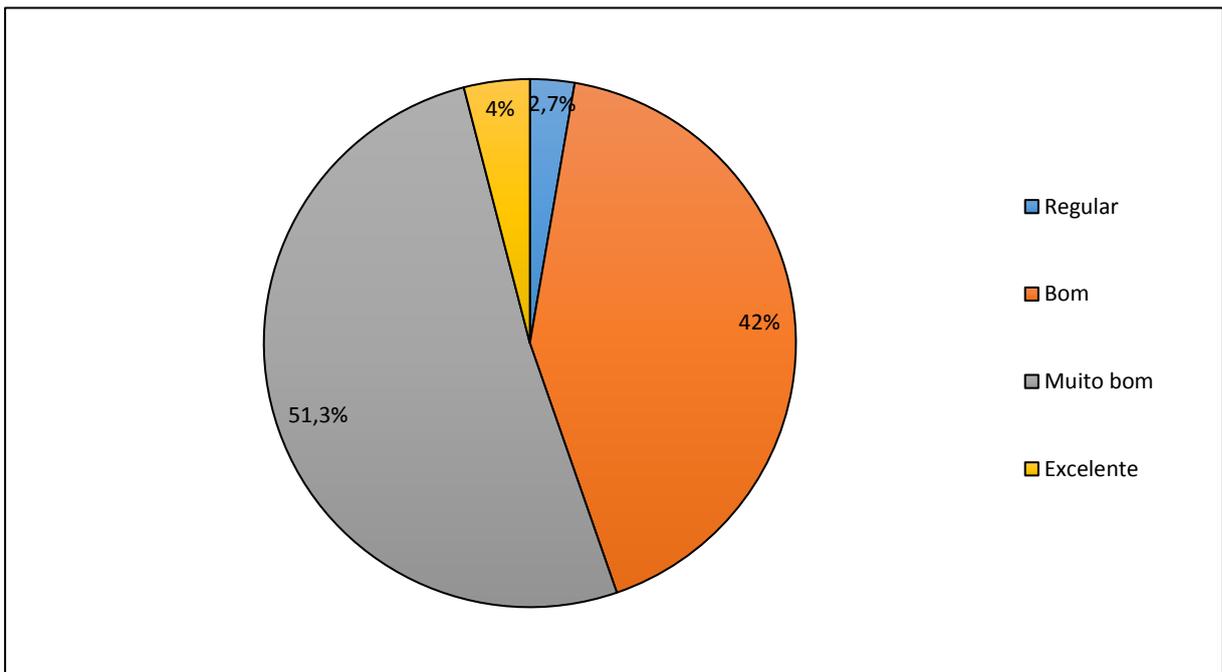
FONTE: dados da pesquisa.

**Média \pm Desvio padrão.

***Teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov

Em relação ao estilo de vida, os dados mostram que, somente a categoria “Necessita melhorar” não obteve percentual na amostra, desta forma, ela não foi considerada nos resultados. Obteve-se 51,3% enquadrados na categoria “Muito bom”, como podemos observar no gráfico 1 abaixo.

Gráfico 1 – Classificação do estilo de vida dos participantes. Picos – PI, 2017. (n = 150).



FONTE: dados da pesquisa.

Analisou-se a relação do tempo de tratamento e o estilo de vida, mostrando que os pacientes com menos de três anos em tratamento, embora sem significância estatística, apresentam considerável percentual de estilo de vida nas categorias “bom” e “muito bom” (50,7%), distribuídos em 22% e 28,7%, respectivamente. Em comparação, os pacientes com mais de 3 anos em tratamento apresentam 42,7% estilo de vida “bom” ou “muito bom” (Tabela 3).

Tabela 3 – Relação entre o tempo de tratamento e estilo de vida dos participantes. Picos – PI, 2017. (n = 150).

	TEMPO DE TRATAMENTO												p*
	< de 1 ano (11 meses)		1 - < 3 anos		3 - < 5 anos		5 - < 7 anos		7 - < 9 anos		≥ 9 anos		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Estilo de Vida													0,678
Regular	2	1,3	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	
Bom	16	10,7	17	11,3	7	4,7	10	6,7	2	1,3	11	7,3	
Muito bom	27	18,0	16	10,7	13	8,7	9	6,0	3	2,0	9	6,0	
Excelente	1	0,7	3	2,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	1	0,7	

FONTE: dados da pesquisa

*Teste Quiquadrado (χ^2) de Pearson

A cerca dos níveis pressóricos, a PAS se mostrou elevada em 78%, enquanto que a PAD apresentou elevação em 29,3% dos pacientes. Conforme cruzamento de dados de toda a amostra entre a PAS e PAD com as categorias do estilo de vida, os pacientes classificados na categoria “Muito bom” apresentaram maiores frequências de PAS e PAD elevados, com 40% e 14,7%, respectivamente, mas sem significância estatística (Tabela 4).

Tabela 4 – Associação entre a PAS e PAD com estilo de vida dos participantes. Picos – PI, 2017. (n = 150).

	PAS						p valor*
	Normal		Pré-hipertensão		HAS		
	n	%	n	%	n	%	
Estilo de Vida							0,512
Regular	2	1,3	0	0,0	2	1,3	
Bom	14	9,3	19	12,7	30	20,0	
Muito bom	17	11,3	20	13,3	40	26,7	
Excelente	0	0,0	3	2,0	3	2,0	

	PAD						p valor*
	Normal		Pré-hipertensão		HAS		
	n	%	n	%	n	%	
Regular	2	1,3	0	0,0	2	1,3	
Bom	14	9,3	19	12,7	30	20,0	
Muito bom	17	11,3	20	13,3	40	26,7	
Excelente	0	0,0	3	2,0	3	2,0	

Tabela 4 – Associação entre a PAS e PAD com estilo de vida dos participantes. Picos – PI, 2017. (n = 150). (Continuação)

	n	%	n	%	n	%	
Estilo de Vida							0,881
Regular	3	2,0	0	0,0	1	0,7	
Bom	44	29,3	12	8,0	7	4,7	
Muito bom	55	36,7	10	6,7	12	8,0	
Excelente	4	2,7	1	0,7	1	0,7	

FONTE: dados da pesquisa

*Teste Quiquadrado (χ^2) de Pearson

A tabela 5, a baixo, demonstra os resultados da distribuição do IMC e CC com o estilo de vida dos participantes, onde 18% apresenta baixo peso, 28% estão com excesso ponderal e 52% foram classificados como eutróficos. Os resultados também revelam que dos pacientes avaliados, 26% apresentaram obesidade abdominal, onde 24% estavam enquadrados nas categorias “bom” e “muito bom” estilo de vida (Tabela 5).

Tabela 5 – Associação entre o IMC e CC com o estilo de vida dos participantes. Picos – PI, 2017. (n = 150).

	IMC								p valor*
	Baixo peso		Eutrófico		Sobre peso		Obesidade		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Estilo de Vida									0,430
Regular	2	1,3	0	0,0	2	1,3	0	0,0	
Bom	13	8,7	34	22,7	13	8,7	3	2,0	
Muito bom	11	7,3	41	27,3	17	11,3	8	5,3	
Excelente	1	0,7	3	2,0	1	0,7	1	0,7	

	CC				p valor*
	Eutrófico		Obesidade abdominal		
	n	%	n	%	
Estilo de Vida					0,581
Regular	2	1,3	2	1,3	
Bom	45	30,0	18	12,0	
Muito bom	59	39,3	18	12,0	
Excelente	5	3,3	1	0,7	

FONTE: dados da pesquisa

*Teste Quiquadrado (χ^2) de Pearson

Em virtude do alto índice pressórico da PAS (78%) fez-se o cruzamento dos valores das médias de PA com a idade e variáveis do estilo de vida que podem levar a essa alteração, são elas: o estresse; atividade física; consumo em excesso de alimentos que contenham muito sal, gordura animal, bobagens e salgadinhos; ingestão diária de bebidas com cafeína, como café, chá e colas. A tabela 6 a seguir exibe os resultados de tais associações.

Tabela 6 – Associação da PASM com idade e variáveis de estilo de vida dos participantes. Picos – PI, 2017. (n = 150).

	PAS						p valor*
	Normal		Pré-hipertensão		HAS		
	n	%	n	%	n	%	
1 Idade/Faixa etária							0,024
17 a 34 anos	3	2,0	10	6,7	7	4,7	
35 a 51 anos	11	7,3	15	10,0	15	10,0	
52 a 68 anos	14	9,3	9	6,0	28	18,7	
69 a 85 anos	5	3,3	8	5,3	25	16,7	
2 Estresse							0,015
Nunca	4	2,7	7	4,7	8	5,3	
Raramente	6	4,0	4	2,7	6	4,0	
Algumas vezes	12	8,0	8	5,3	36	24,0	
Quase sempre	2	1,3	6	4,0	14	9,3	
Sempre	9	6,0	17	11,3	11	7,3	
3 Atividade física							0,665
Realiza	17	11,3	26	17,3	43	28,7	
Sedentário	16	10,7	16	10,7	32	21,3	
4 Alimentação**							0,548
4 itens	11	7,3	11	7,3	21	14,0	
3 itens	1	0,7	2	1,3	9	6,0	
2 itens	7	4,7	7	4,7	9	6,0	
1 item	4	2,7	9	6,0	9	6,0	
Nenhum	10	6,7	13	8,7	27	18,0	

Tabela 6 – Associação da PASM com idade e variáveis de estilo de vida dos participantes. Picos – PI, 2017. (n = 150).

5 Cafeína***							0,076
+ de 10 vezes por dia	0	0,0	0	0,0	1	0,7	
7 a 10 vezes por dia	0	0,0	1	0,7	1	0,7	
3 a 6 vezes por dia	7	4,7	14	9,3	9	6,0	
1 a 2 vezes por dia	19	12,7	26	17,3	52	34,7	
Nunca	7	4,7	1	0,7	12	8,0	

FONTE: dados da pesquisa

*Teste Quiquadrado (χ^2) de Pearson

** Come com excesso sal, gordura animal, bobagens e salgadinhos.

*** Bebidas com cafeína: café, chás e cola.

A amostra apresentou nível estatisticamente significativo ($p < 0,05$), para a relação de PAS com a idade e a capacidade em lidar com o estresse no dia-a-dia. Verificou-se que os pacientes na faixa etária de 52 a 85 anos (35,4%) obtiveram os valores de PASM nos níveis considerados hipertensão. Quanto ao estresse, os resultados foram que 46% dos pacientes que nunca (10%), raramente (6,7%) ou somente algumas vezes (29,3%) são capazes de lidar com o estresse no dia-a-dia, ambos com níveis de PAS acima dos valores considerados normais. No que se refere à realização de atividade física, 32% dos pacientes com PAS que ultrapassa o ideal, são sedentários. Já com relação ao consumo frequente de alimentos que contenham muito sal, gordura animal, bobagens e salgadinhos, 51,3% consomem de um a quatro itens e estão com PAS elevada. Quanto à ingestão diária de bebidas que contenham cafeína, 64,7% ingerem de uma a duas vezes ao dia, sendo que um percentual considerável de 52% destas pessoas se encontravam com níveis de PAS acima dos parâmetros normais (Tabela 6).

6 DISCUSSÃO

O presente estudo realizado com pacientes em tratamento hemodialítico de uma clínica especializada na realização de tal procedimento na cidade de Picos – PI, analisou os FRCV associados ao estilo de vida de 150 pacientes que se dispuseram a participar da pesquisa. A partir da aplicação de dois formulários e obtenção de medidas antropométricas, foi possível levantar dados e qualifica-los quanto ao estilo de vida e risco cardiovascular. Os dados, anteriormente mencionados nos resultados, serão agora discutidos e comparados com a literatura nacional e internacional, previamente investigada.

Fizeram parte da amostra pacientes com idades entre 17 e 85 anos, com média de 55,1 anos e prevalência da faixa etária de 52 a 68 anos (34%). Os participantes se encontravam em tratamento hemodialítico na instituição de saúde no intervalo de 1 a 204 meses, com média de 45,2 meses, sendo que 68,7% estavam em tratamento a menos de 5 anos. Estudos realizados com população e objetivos similares, obtiveram resultados semelhantes (MEDINA et al., 2010; KIRCHNER et al., 2011; MELO; BEZERRA; SOUSA, 2014; BURMEISTER et al., 2014).

Por meio de análise da caracterização do grupo em estudo, os resultados revelaram predominância do sexo masculino (61,3%), com cor da pele autorreferida parda/mulata (55,3%) em união estável/casados (58,7%), moram com companheiro e/ou companheiro e filhos (55,4%), maioria analfabeto ou com ensino fundamental incompleto/completo (86%). Estudo semelhante realizado por Kirchner et al. (2011), com 32 pacientes em tratamento hemodialítico de um centro de Nefrologia de um município da região da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, obteve-se maioria do sexo masculino (59,3%), casados ou em união estável (67,8%), morando em companhia do cônjuge, filhos ou outro familiar (81,4%), 64,5% eram analfabetos ou possuíam o ensino fundamental completo.

No que se refere à renda familiar, 62,7% possuem renda mensal de um salário mínimo (R\$ 937,00) ou menos, 94% não trabalham. Número expressivo de pacientes (94%), não residem na referida cidade onde a clínica está instalada. Em comparação, ainda com base no estudo feito por Kirchner et al. (2011), 83,3% dos participantes eram aposentados ou recebiam pensão, resultado semelhante ao obtido na presente pesquisa. Já no referente à situação laboral, pesquisa envolvendo 18 pacientes submetidos à hemodiálise na Clínica Renal do Hospital Santa Lúcia em Cruz Alta - RS, 83,3% não realizavam nem um tipo de trabalho fora de casa, verificou-se que a incapacidade para o trabalho também influencia na vida da pessoa, uma vez que dificulta manter vínculos empregatícios formais, pela

peculiaridade da doença, isto é, pela rotina do tratamento, complicações e limitações físicas que causa (MARCHESAN et al., 2017).

Notou-se um número expressivo de pacientes que não trabalhavam, sendo esta condição um meio básica para a emancipação humana, fazendo parte da identificação de cada pessoa. Em função da doença e do tratamento, muitas vezes os pacientes precisam deixar de realizar suas atividades de trabalho o que influencia negativamente na qualidade de vida. Deixar de trabalhar ou diminuir a carga horária é um fator que se contrapõe ao estilo de vida que o indivíduo tinha antes, e dessa forma causa impacto na vida social e emocional dos pacientes, por se acharem muitas vezes incapazes ou sem utilidade (GRASSELLI et al., 2012).

Quanto aos FRCV, o excesso ponderal foi classificado de acordo com os valores encontrados através do cálculo do IMC dos pacientes. Com média de $24,1 \pm 16,8$, o predomínio de pacientes com excesso ponderal atingiu o total de 28% da amostra, onde 22% estão com sobrepeso e 8% estão com obesidade. Resultado idêntico foi encontrado em pesquisa realizada por Ribeiro (2015), com 90 paciente de uma clínica de hemodiálise na cidade de Belo Horizonte – MG, com o objetivo de comparar o estado nutricional quanto à desnutrição em hemodiálise, demonstra média de IMC $24,1\text{kg/m}^2$, ou seja, dentro do parâmetro eutrófico.

Porém, um dado preocupante identificado na amostra foi um percentual de 60,7% dos pacientes com IMC < 23 , sendo este valor considerado de risco para Pacientes Renais Crônicos (PRC), por representar baixo peso ou desnutrição grave. O processo inflamatório sistêmico e os distúrbios metabólicos são frequentes em pacientes com IRC em terapia dialítica, contribuindo para sua morbimortalidade. Durante o procedimento hemodialítico ocorrem perdas de nutrientes, primariamente, aminoácidos, peptídeos e vitaminas hidrossolúveis, acarretando em um fator importante para a desnutrição desses pacientes (OLIVEIRA et al., 2010).

Para tanto, valores referentes a CC acima do limite superior de 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, obteve-se percentual de 26% dos pacientes com obesidade abdominal, sendo que a média geral foi de $87 \pm 12,9$ cm. É importante destacar que a média de CC obtida, quando comparada com a literatura vigente, obteve resultados abaixo dos encontrados por Fassbinder et al. (2015), cujo valor obtido foi de $97,03 \pm 15,28$ cm.

Os resultados referentes aos níveis pressóricos, obtiveram percentual acima dos valores ideais preconizados pela VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC, 2016) para PASM (78%), com média de $142,9 \pm 26,8\text{mmHg}$, enquanto a PADM apresentou 29,3% acima

dos níveis ideais, mas com percentual de 70,7% e média de $75,6 \pm 12,4$ mmHg dentro do nível considerado normal. Com base na literatura vigente, a hipertensão arterial tem sido considerada uma afecção presente na DRC. Prova disso, em estudo realizado com 1215 pacientes em programas de hemodiálise por insuficiência renal crônica na cidade de Porto Alegre – RS, obteve-se hipertensão arterial em 87,5% dos pacientes pesquisados, média de PAS 146,9mmHg e PAD 82,5mmHg. Dos 386 pacientes avaliados em uma clínica médica geral de um hospital universitário da cidade de São Paulo, mais da metade (59,3%) apresentou hipertensão arterial. Tal fato ocorre porque, além de constituir uma das causas mais importantes para a instalação e o desenvolvimento da doença, a hipertensão arterial é uma consequência da DRC (BURMEISTER et al., 2014; PINHO; OLIVEIRA; PIERIN, 2015).

Segundo a SBC (2013) a mortalidade por DCV aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente, e quando considerado valores de PA iguais ou superiores a 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências de HAS na população adulta entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), sendo superior a 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Além disso a HAS é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, doença renal crônica e fibrilação atrial, sendo também associada ao desenvolvimento de déficit cognitivo e demência.

Outros fatores importantes relacionados ao estilo de vida que contribuem para o RCV é a realização de atividade física, o etilismo e o tabagismo. Nesse sentido, a presente pesquisa revelou dados satisfatórios quanto a estes três FRCV, já que 57,3% realizam atividade física pelo menos uma vez por semana, 94% não ingere bebida alcoólica e 89,3% relataram nunca ter fumado. Em comparação com pesquisa feita por D'amico et al. (2013) com o objetivo de caracterizar o estado nutricional de pacientes com IRC em programa de hemodiálise na cidade de Guarapuava – PR, os resultados se assemelham com o presente estudo, já que 92% e 88,8% de uma amostra de 63 pacientes não faziam uso de bebida alcoólica e não fumavam, respectivamente, diferindo somente na prática de atividade física, onde se obteve 60,3% de sedentários.

Ao se analisar o estilo de vida dos participantes, os resultados foram satisfatórios, já que 55,3% foram enquadrados nas categorias “muito bom” (51,3%) e “excelente” (4%). No entanto, 44,7% obtiveram percentual de estilo de vida “bom” ou “regular”, número esse expressivo, pois a doença renal crônica é uma enfermidade que traz prejuízos psicológicos e consequências físicas ao indivíduo que a vivencia, alterando seu cotidiano, sendo caracterizada também como problema social e econômico, que interfere no papel que o

próprio enfermo desempenha na sociedade, interferindo na sua qualidade de vida. Para tanto, todos os pacientes têm necessidades, além da sessão dialítica, como consultas médicas, realização de exames, restrições hídricas e alimentares, definições de atividades rotineiras e ocupacionais e dependência de um suporte para atender seus anseios e expectativas de vida (BELLOMO; KELLUM; RONCO, 2012; RUDNICKI, 2014).

Nesse sentido, fez-se a relação do estilo de vida com o tempo de tratamento, revelando que pacientes que estão com menos de 3 anos em tratamento, possuem um estilo de vida melhor (50,7%), se comparado com aqueles que estão a mais tempo. Assim sendo, é necessário estabelecer um longo processo de adaptação a essa nova condição, em que o indivíduo precisa identificar meios para lidar com o problema renal e com todas as mudanças e limitações que o acompanham. Entre as doenças crônicas, a associação positiva é mostrada através da satisfação na vida, de contatos sociais e de relacionamentos familiares (BERTOLIN et al., 2011; RUDNICKI, 2014).

Os pacientes em tratamento hemodialítico convivem diariamente com diversas limitações e alterações biológicas, sociais e psicológicas que interferem diretamente no estilo de vida. Toda via, além destas alterações no cotidiano, os pacientes convivem constantemente com alterações clínicas fisiológicas que são resultados do estilo de vida destes.

Dessa forma, o presente estudo procurou correlacionar o estilo de vida com FRCV modificáveis, como a PAS, PAD, CC e IMC, obtendo na categoria estilo de vida “Muito bom” os maiores índices de PAS e PAD elevados, com 40% e 14,7%, respectivamente, mas sem significância estatística. Esse resultado, difere do estudo feito recentemente por Malta et al. (2017), onde mostrou que indivíduos que se auto percebem com saúde ruim ou muito ruim mostraram prevalência de HAS quase duas vezes mais elevada, fator esse estando associado, tanto aos sintomas da doença, quanto às mudanças implementadas em função do tratamento, como maior número de consultas médicas e idas aos serviços de saúde, mudanças no estilo de vida, uso de medicamentos e também limitação das atividades diárias, levando à percepção de um pior estado de saúde.

No que se refere a IMC e CC associado ao estilo de vida, os resultados foram satisfatórios, pois foi verificado que 50% e 69,3% dos pacientes estavam com os valores de IMC e CC dentro dos limites normais, respectivamente, divididos entre estilo de vida “bom” e “muito bom”. Porém, por consequência de um índice elevado nos valores da PASM (78%), se fez necessário realizar a associação de variáveis do estilo de vida que de certa forma possam acarretar em elevação desse parâmetro. Referente a idade, obteve-se 35,4% de pacientes na faixa etária de 52 a 85 anos com valores de PAS que se aplicam à HAS, com significância

estatística ($p < 0,05$). Resultado esse que se assemelha com o preconizado pela SBC (2016), em que a idade > 55 anos para homens e > 65 anos para mulheres é considerado FRCV.

Já com relação ao nível de estresse, a SBC (2016), explica que, dentre as doenças associadas com stress e raiva, a hipertensão arterial, condição clínica multifatorial que se caracteriza por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, apresenta grande expressividade epidemiológica em termos de saúde pública no Brasil, atingindo o quadro em torno de 30% da população. Neste caso, a amostra apresentou percentual de 60,7% se consideram não possuem capacidade em lidar com o estresse do dia-a-dia, sendo que destes, 46% estão com níveis de PAS acima dos parâmetros normais. Resultado semelhante foi obtido em estudo realizado com 100 pacientes do Instituto do Rim do município de Natal - RN, onde 71% dos pacientes avaliados apresentaram estresse e 29% não indicaram sintomas estressantes significativos (VALLE; SOUZA; RIBEIRO, 2013).

A condição crônica da doença renal e o tratamento hemodialítico são fontes de estresse permanente, podendo levar o paciente ao isolamento social, à perda da capacidade laboral, à parcial impossibilidade de locomoção e lazer, à diminuição da atividade física, à perda da autonomia, a alterações da imagem corporal e, ainda, a um sentimento ambíguo entre o medo de viver e o de morrer (DAVISON, 2010).

No tocante a prática de atividade física, 32% dos pacientes que são sedentários, estavam com a PAS elevada. Resultado parecido foi encontrado por Kirchner et al. (2011), ao analisar os hábitos de vida de pacientes em tratamento hemodialítico, observou que 65,6% dos pacientes não realizavam exercícios físicos. A SBC (2016) recomenda fazer, no mínimo, 30 min/dia de atividade física moderada (semelhante a caminhada), de forma contínua (1 x 30 min) ou acumulada (2 x 15 min ou 3 x 10 min) em 5 a 7 dias da semana, para pessoas com HAS.

Outro fator de risco para a HAS é o consumo exagerado de sal, gordura animal, bobagens e salgadinhos. O consumo alimentar e a importância de uma dieta equilibrada deve ser uma das orientações recomendadas pelo profissional de saúde ao indivíduo com hipertensão, por favorecerem a redução do risco cardiovascular. Na amostra em evidência, 51,3% dos pacientes que estavam com PAS acima dos limites normais, afirmaram consumir de um a 4 quatro alimentos dos citados no início desse parágrafo. Divergindo de estudo feito com 408 indivíduos com idade entre 20 e 59 anos residentes próximo ao campus-sede da Universidade Estadual Maringá, Maringá - PR, onde obteve percentual de 21,59% de pessoas com dieta alimentar inadequada (RADOVANOVIC et al., 2014).

Avaliou-se também a ingestão diária de bebidas contendo cafeína, como, café, chás ou cola. O resultado demonstrou que dos 64,7% que ingerem de uma a duas vezes ao dia, um percentual considerável de 52% destes se encontram com níveis de PAS acima dos parâmetros normais. Ainda são poucos os estudos voltados para o impacto do café na saúde das pessoas. Múltiplos são os vieses e desafios que a ciência tem experienciado na sua avaliação. A clássica associação entre consumo de café e o tabagismo (um fator de risco cardiovascular inequívoco) é exemplificativa do potencial viés na avaliação do efeito cardiovascular atribuível ao café. Uma evidência disponível sugere que a ingestão de café aumente de forma aguda a pressão arterial, particularmente em indivíduos que não são consumidores habituais (CALDEIRA, 2014).

Sendo assim, a redução da PA acompanha-se de significativa redução do risco cardiovascular com maior magnitude naqueles de alto risco cardiovascular. A associação da terapia não farmacológica com mudança de estilo de vida deve ser implementada inicialmente para todos os estágios de HAS e também para os portadores de PA de 121-139/81-89 mmHg (SBC, 2016).

7 CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, pôde-se verificar que os participantes apresentaram elevada frequência de FRCV preocupantes, sendo que os níveis de PAS apresentaram os percentuais mais expressivos com significância estatística em relação à idade e a capacidade em lidar com o estresse. Por outro lado para os FRCV como CC, IMC, etilismo e tabagismo os participantes não apresentaram níveis percentuais relevantes, embora tais dados devam ser levados em consideração, mesmo representando uma pequena parcela da amostra.

Quanto ao estilo de vida, número expressivo da amostra se encontra nas categorias “bom” e “muito bom”, sendo que, os pacientes em menor tempo de tratamento hemodialítico possuem melhor percentual de estilo de vida, influenciando positivamente na diminuição da frequência dos FRCV, exceto a PAS e PAD que apresentaram índices elevados, mesmo nos pacientes enquadrados na categoria estilo de vida “muito bom”.

Deste modo, os resultados encontrados fornecem subsídios para elaboração de estratégias de melhoria no estilo de vida dos pacientes renais crônicos, principalmente no que tange à alimentação, diminuição de estressores e busca de alternativas para realização de atividade laboral, já que, boa parcela da amostra não trabalham o que pode acarretar em sedentarismo ou isolamento social. A DRC promove várias mudanças na vida do indivíduo que levam esta pessoa a sofrimento físico, mental e social, se associado com um DCV esse sofrimento tenderá a aumentar, então, o melhor a ser feito é intervir nos FRCV a fim de evitar tais danos, acarretando em melhora da qualidade de vida dessa população.

Algumas dificuldades foram encontradas para a conclusão da amostra inicialmente prevista, dentre elas se encontra uma parcela de pacientes que estavam em internação hospitalar em outra instituição de saúde, também alguns pacientes haviam viajado para Teresina – PI para a realização de cirurgias. Outra dificuldade foram óbitos ocorridos no decorrer da pesquisa, fazendo com que alguns pacientes não concluíssem toda a coleta de dados, sendo excluídos da amostra.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se o caráter transversal e o estado de saúde dos pacientes, principalmente para a coleta dos dados antropométricos como peso, altura e CC. Em vista que tais dados eram coletados ao término da sessão de hemodiálise, momento em que a maioria dos pacientes se encontrava abatidos, com fome, fracos e com pressa em deixar o estabelecimento de saúde, acarretando em desconforto físico ao paciente.

Apesar dessas dificuldades e limitações, o estudo viabiliza resultados precursores e relevantes na área da nefrologia, onde novas investigações possam ser realizadas com um público

semelhante e com uma amostra maior, que englobe um número mais abrangente de pacientes, com vistas a confrontar os achados e averiguar os principais FRCV que podem ser minimizados através de mudanças no estilo de vida. Espera-se que tal pesquisa possa incentivar novos pesquisadores a realizarem estudos voltados para tal temática, assim, estudos de caráter interventivo, ou até mesmo estratégias advindas da própria instituição de saúde, possam implantar medidas de prevenção e controle dos fatores de risco cardiovascular modificáveis, incentivando mudanças no estilo de vida dos pacientes, proporcionando aumento da qualidade de vida desses.

REFERÊNCIAS

- ABESO. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**. 4.ed. São Paulo – SP: Diretrizes brasileiras de obesidade, 2016.
- AMORIELLI, N. Q. **Estilo de vida de estudantes da universidade estadual de londrina**. 2011. 51 f. Monografia (Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Educação Física) - Centro de Educação Física e Esporte, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.
- ARAÚJO FILHO, J. C. et al. Physical activity level of patients on hemodialysis: a cross-sectional study. **Fisioter Pesqui**, v. 23, n. 3, p. 234-40, 2016.
- BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J Bras Nefrol**, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011.
- BELLOMO, R.; KELLUM, J. A.; RONCO, C. Acute kidney injury. **Lancet**, v. 380, n. 9857, p. 756-766, 2012.
- BERTOLIN, D. C. et al. An association between forms of coping and the socio-demographic variables of people on chronic hemodialysis. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n. 5, p. 1070-1076, 2011.
- BISPO, I. M. J. et al. Fatores de risco cardiovascular e características sociodemográficas em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 334-342, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12, regulamenta os procedimentos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 07.04.2017
- _____. Ministério da Saúde. Indicadores de Saúde. 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>> Acesso em: 14/09/2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Definição, epidemiologia, grupos de risco e diagnóstico da DRC**. Brasília: Ministério da Saúde (Org.). - São Luís, 2016.
- BURMEISTER, J. E. et al. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Pacientes em Hemodiálise – O Estudo CORDIAL. **Arq Bras Cardiol**, v. 102, n. 5, p. 473-480, 2014.
- CALADO, I. L. **Avaliação e diagnóstico nutricional na doença renal crônica**. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2016.
- CALDEIRA, D. Café e Hipertensão Arterial: um dilema? **Revista factores de risco**, v. 64, n. 32, p. 64-69, 2014.

CHUMLEA, W. C. Anthropometric and body composition assessment in dialysis patients. **Semin Dial**, v. 17, p. 466-70, 2004.

COVATTI, C. F. et al. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em adultos e idosos de um hospital universitário. **Nutr. clín. diet. hosp.** V. 36, n. 1, p. 24-30, 2016.

D'AMICOA, L. F. et al. Caracterização do Estado Nutricional de Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Programa de Hemodiálise na Cidade de Guarapuava – Paraná. **Uniciências**, v. 17, n. 1, p. 17-24, 2013.

DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. **Manual de Diálise**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2007.

DAVISON, S. N. End-of-life care preferences and needs: perceptions of patients with chronic kidney disease. **Clinical Journal of the American Society of Nephrol**, v. 5, n. 2, p. 195-204, 2010.

DUARTE, A. C.; CASTELLANI, F. R. **Semiologia Nutricional**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Axcel Books; 2002.

FASSBINDER, T. R. C. et al. Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica pré-dialítica e em hemodiálise - Um estudo transversal. **J Bras Nefrol**, v. 37, n. 1, p. 47-54, 2015.

FINAMORE, F. S.; SANTANA, K. S. **Fatores de risco cardiovascular e análise do nível de estresse em docentes do curso de enfermagem de uma instituição de ensino superior filantrópica de Vitória/ES**. 2011. 59 f. Monografia (Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem) - Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, 2011.

GOMES, C. M. et al. Estresse e risco cardiovascular: intervenção multiprofissional de educação em saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 2, 351-9, 2016.

GRASSELLI, C. S. et al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev Bras Clin Med**, v. 10, n. 6, p. 503-7, 2012.

GUALANDRO, D. M. et al. I Diretriz sobre aspectos específicos de Diabetes (tipo II) relacionados à Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, v. 102, n. 5 (Supl.1), p. 1-30, 2014.

IGLESIAS, C. M. F. et al. A importância da sistematização da assistência de enfermagem no cuidado ao cliente portador de infarto agudo do miocárdio. **Ver Pesqui Cuid Fundam**, v. 2, n. Supp 1, p. 974-7, 2010.

ITO, S.; YOSHIDA, M. Protein-bound uremic toxins: new culprits of cardiovascular events in chronic kidney disease patients. **Toxins**, v. 6, n. 2, p. 665-78, 2014.

KDIGO. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Kidney International Supplements**, v.3, n. 5-14, 2013.

KIRCHNER, R. M. et al. Análise do estilo de vida de renais crônicos em hemodiálise. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 415-421, 2011.

KIRSZTAJN, G. M. et al. Leitura rápida do KDIGO 2012: Diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na prática clínica. **J Bras Nefrol**, v. 36, n. 1, p. 63-73, 2014.

MAGALHÃES, F. J. et al. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 394-400, 2014.

MALTA, D. C. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 217 Brasília, v. 24, n. 2, p. 217-226, 2015.

MALTA, D. C. et al. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev Saude Publica**, v. 51, n. 11 (Supl 1), 2017.

MARCHESAN. et al. Percepção de pacientes em hemodiálise sobre os benefícios e as modificações no comportamento sedentário após a participação em um programa de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. v. 39, n. 3, p. 314-321, 2017.

MATOS, B. O.; LOSILLA, M. P. R. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pacientes renais crônicos na fase pré-transplante. In: JORNADA DE NUTRIÇÃO. 2016, Bauru. **Anais Universidade do Sagrado Coração**. Bauru: USC, p. 57-61, 2016.

MEDINA, L. A. R. et al. Atividade física e qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise. **ConScientiae Saúde**, v. 9, n. 2, p. 212-219, 2010.

MELO, W. F.; BEZERRA, A. L. D.; SOUSA, M. N. A. Perfil epidemiológico de pacientes com insuficiência renal crônica: um estudo quantitativo. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista**, v. 7, n. 2, p. 142-156, 2014.

MORAES, T. P. D.; PECOITS-FILHO, R. **Diálise peritoneal**. In: RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 1264 p. p.1032-1046, 2010.

MORAES, T. P. D. Doença renal crônica e a escolha da terapia de substituição da função renal. In: KIRSZTAJN, G. M. **Discutindo casos clínicos: doenças renais**. São Paulo, SP: Balieiro, 400 p. p.187-195, 2011.

MOXOTÓ, G. F. A.; MALAGRIS, L. E. N. Raiva, Stress Emocional e Hipertensão: Um Estudo Comparativo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 2, p. 221-227, 2015.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. Clinical Practice Guideline for Lipid Management in Chronic Kidney Disease. **Kidney International Supplements**, v. 3, n. 3, p. 260-296, 2013.

OLIVEIRA, C. M. C. et al. Desnutrição na insuficiência renal crônica: qual o melhor método diagnóstico na prática clínica? **J Bras Nefrol**, v. 32, n. 1, p. 57-70, 2010.

PESSOA, N. R. C. Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2015.

- PINHO, N. A.; OLIVEIRA, R. C. B.; PIERIN, A. M. G. Hipertensos com e sem doença renal: avaliação de fatores de risco. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n (Esp), p. 101-108, 2015.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
- RADOVANOVIC, C. A. T. et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 547-53, 2014.
- RIBEIRO, P. R. Q.; OLIVEIRA, D. M. Reabilitação cardiovascular, doença arterial coronariana e infarto agudo do miocárdio: efeitos do exercício físico. **Rev Digital**, v. 15, n. 152, p. 1, 2011.
- RIBEIRO, M. M. C. Análise de diferentes métodos de avaliação do estado nutricional de pacientes em hemodiálise. **Rev Cuid**, v. 6, v. 1, p. 932-40, 2015.
- ROCHA, R. M.; MARTINS, W. A. **Manual de prevenção cardiovascular**. 1. ed. São Paulo: Rio de Janeiro, SOCERJ - Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2017.
- RODRIGUES-AÑEZ, C. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão Brasileira do Questionário "Estilo de Vida Fantástico para Adultos Jovens". **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Florianópolis, v.91, n.2, p.102-109, 2008.
- RUDNICKI, T. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. **Contextos Clínicos**, v.7, n. 1, p. 105-116, 2014.
- RUZANY, F. **Nefrologistas Voluntários**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Nefrologia, ano. 22, n. 103, p. 4, 2015.
- SANCHES, C. M. et al. Waist circumference and visceral fat in CKD: a cross-sectional study. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 52, p. 66-73, 2008.
- SILVA, S. M.; LUIZ, R. R.; PEREIRA, R. A. Fatores de risco e proteção para doenças cardiovasculares em adultos de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 2, p. 425-438, 2015.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Censo de Diálise Sociedade Brasileira de Nefrologia 2013**. Disponível em: <[http:// www.sbn.org.br/pdf/censo_2013-14-05.pdf](http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2013-14-05.pdf)> Acesso em: 14/09/2017.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 107, n. 3, Supl. 3, p. 1 – 83, 2016.
- _____. I Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 101, n. 6 (sulp.2), 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013 – 2014**, São Paulo: AC Farmacêutica 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM). **O que é obesidade?**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/o-que-e-obesidade/>>. Acesso em: 10/09/2017.

STORINO, G. F. et al. Mortalidade Cardiovascular em Pacientes Renais Crônicos: o Papel das Toxinas Urêmicas. **Internacional Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 28, n. 4, p. 327-334, 2015.

VALLE, L. S.; SOUZA, V. F.; RIBEIRO, A. M. Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Estudos de Psicologia**, v. 30, n. 1, p. 131-138, 2013.

VIVEKANAND, J. H. A. et al. Chronic kidney disease: global dimensions and perspectives. **Lancet**, v. 382, p. 260-72, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Child Growth Standards**. 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/growthref/en/>>. Acesso em: 08/04/2017.

_____. **Child Growth Standards**. 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/growthref/en/>>. Acesso em: 08/04/2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário

I - AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICO

Sexo: () 1-M () 2-F Idade: _____ Tempo de tratamento: _____

Cor: () 1.branca () 2.negra/preta () 3.parda/mulata () 4.amarela/oriental

Situação conjugal atual:

() 1.solteiro () 2.casado () 3.separado / divorciado () 4.viúvo

() 5.união estável (sem a documentação do casamento)

Tem filhos? () 1.sim () 2.não. Quantos? () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ou +

Renda Familiar: () 1 Salário () 2 Salários () 3 Salários () 4 Salários () + de 4 Salários

Cidade onde nasceu: _____ Estado: _____

Procedência: () 1.Zona rural () 2.Zona urbana

Qual cidade reside atualmente. _____

Sua residência encontra-se na Zona: () 1.rural () 2.urbana

Reside atualmente (assinale quantas opções sejam necessárias): () 1.sozinho () 2.pais () 3.companheiro (esposo(a), namorado (a)) () 4.filhos () 5.parentes () 6.amigos () 7.Companheiro/Filhos

Qual o meio de transporte utilizado para vir ao Instituto do Rim?

() 1.Carro () 2.Carona () 3.Van/ônibus () 4.Transporte coletivo municipal

() 5.Ambulância () 6.Moto

Grau de Escolaridade

() Analfabeto () Fundamental incompleto () Fundamental completo

() Nível médio incompleto () Nível médio completo () Superior incompleto

() Superior completo

Você trabalha atualmente?

() 1.sim () 2.não

Horas por dia. _____

Quantos dias por semana. _____

Qual o ramo da sua atividade. _____

II - DADOS ANTROPOMÉTRICOS

PARÂMETROS	VALORES	PARÂMETROS	VALORES
Peso seco (kg)		IMC (kg/m ²)	
Altura (cm)/Joelho (cm)		Circunferência da Cintura (CC)	

III - PRESSÃO ARTERIAL

1ª hora	2ª hora	3ª hora	4ª hora	Média

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
 CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
 CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Direcionado aos maiores de 18 anos

Título do projeto: Risco cardiovascular e estilo de vida em pacientes renais crônicos.
 Pesquisador responsável: Érika de Moura Fé
 Instituição/Departamento: UFPI/CSHNB/Picos
 Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 99432-4293

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

A pesquisa tem por objetivo avaliar o risco cardiovascular de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico associado ao estilo de vida, e se justifica por se tratar de um problema de saúde que acomete vários indivíduos e por apenas existir evidências empíricas sobre este tipo de abordagem na cidade de realização da pesquisa. A pesquisa expõe o participante a risco mínimo de constrangimento, e isso será evitado com coleta de dados em local reservado para tal finalidade. Quanto aos benefícios, serão indiretos, pois os resultados poderão subsidiar estratégias de melhoria no atendimento a estes pacientes, bem como fomentar a criação de programas institucionais que acarretem em condições de melhor enfrentamento da doença, diminuição dos riscos para doenças cardiovasculares e aquisição de comportamentos de melhoria do estilo de vida.

Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Gostaria de informá-lo que:

- O Sr(a) não sofrerá desconforto físico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual.
- Será solicitado(a) a responder um breve formulário cujo tempo para preenchimento é de aproximadamente 10 minutos.
- A sua participação é voluntária e não trará nenhum malefício.
- O Sr.(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social, bem como à continuidade da assistência.
- As informações obtidas serão analisadas em conjunto com os outros participantes, não sendo divulgado a sua identidade (seu nome), bem como qualquer informação que possa identificá-lo.
- O Sr(a) tem o direito de ser mantido atualizado acerca das informações relacionadas à pesquisa.
- o Sr(a) não terá nenhuma despesa pessoal ao participar da pesquisa, também não haverá compensação financeira decorrente de sua participação.
- Comprometo-me em utilizar os dados coletados unicamente para fins acadêmicos, afim de atender os objetivos da pesquisa.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Risco cardiovascular e estilo de vida em pacientes renais crônicos”. Eu discuti com os pesquisadores responsáveis sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento nesta instituição de saúde.

Local e data: _____, ___/___/___.

Nome e assinatura do sujeito:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____, RG: _____, Assinatura: _____

Nome: _____, RG: _____, Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, ____/____/____. Assinatura do pesquisador responsável: _____

Observações complementares: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros localizado no seguinte endereço: Rua Cícero Duarte, 905 Bairro Junco, Picos – PI. Cep: 64.607-670. Telefone: 089-3422-3007 - email: cep-picos@ufpi.edu.br

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido (pais/responsáveis)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
 Direcionado aos pais ou responsáveis de menores de 18 anos

Título do projeto: Risco cardiovascular e estilo de vida em pacientes renais crônicos.
 Pesquisador responsável: Érika de Moura Fé
 Instituição/Departamento: UFPI/CSHNB/Picos
 Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 99432-4293

Seu filho(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se ele (a) pode participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

A pesquisa tem por objetivo avaliar o risco cardiovascular de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico associado ao estilo de vida, e se justifica por se tratar de um problema de saúde que acomete vários indivíduos e por apenas existir evidências empíricas sobre este tipo de abordagem na cidade de realização da pesquisa. A pesquisa expõe o participante a risco mínimo de constrangimento, e isso será evitado com coleta de dados em local reservado para tal finalidade. Quanto aos benefícios, serão indiretos, pois os resultados poderão subsidiar estratégias de melhoria no atendimento a estes pacientes, bem como fomentar a criação de programas institucionais que acarretem em condições de melhor enfrentamento da doença, diminuição dos riscos para doenças cardiovasculares e aquisição de comportamentos de melhoria do estilo de vida.

Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Gostaria de informá-lo que:

- O seu filho(a) não sofrerá desconforto físico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual.
- Será solicitado que ele(a) responda um breve formulário cujo tempo para preenchimento é de aproximadamente 10 minutos.
- A sua participação é voluntária e não trará nenhum malefício para seu filho(a).
- O Sr(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social, bem como à continuidade da assistência.
- As informações obtidas serão analisadas em conjunto com os outros participantes, não sendo divulgado a identidade (nome) do seu filho(a) bem como qualquer informação que possa identificá-lo.
- O Sr(a) tem o direito de ser mantido atualizado acerca das informações relacionadas à pesquisa.
- o Sr(a) não terá nenhuma despesa pessoal ao participar da pesquisa, também não haverá compensação financeira decorrente de sua participação.
- Comprometo-me em utilizar os dados coletados unicamente para fins acadêmicos, afim de atender os objetivos da pesquisa.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Risco cardiovascular e estilo de vida em pacientes renais crônicos”. Eu discuti com os pesquisadores responsáveis sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento nesta instituição de saúde.

Local e data: _____, ____/____/____.

Nome e assinatura do responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____, RG: _____, Assinatura: _____

Nome: _____, RG: _____, Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, ____/____/____. Assinatura do pesquisador responsável: _____

Observações complementares: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros localizado no seguinte endereço: Rua Cícero Duarte, 905 Bairro Junco, Picos – PI. Cep: 64.607-670. Telefone: 089-3422-3007 - email: cep-picos@ufpi.edu.br

APÊNDICE D – Termo de assentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Direcionado a menores de 18 anos

Título do projeto: Risco cardiovascular e estilo de vida em pacientes renais crônicos.
 Pesquisador responsável: Érika de Moura Fé
 Instituição/Departamento: UFPI/CSHNB/Picos
 Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 99432-4293

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento.

A pesquisa tem por objetivo avaliar o risco cardiovascular de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico associado ao estilo de vida, e se justifica por se tratar de um problema de saúde que acomete vários indivíduos e por apenas existir evidências empíricas sobre este tipo de abordagem na cidade de realização da pesquisa. A pesquisa expõe o participante a risco mínimo de constrangimento, e isso será evitado com coleta de dados em local reservado para tal finalidade. Quanto aos benefícios, serão indiretos, pois os resultados poderão subsidiar estratégias de melhoria no atendimento a estes pacientes, bem como fomentar a criação de programas institucionais que acarretem em condições de melhor enfrentamento da doença, diminuição dos riscos para doenças cardiovasculares e aquisição de comportamentos de melhoria do estilo de vida.

Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Gostaria de informá-lo que:

- Você não sofrerá desconforto físico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual.
- Será solicitado (a) a responder um breve formulário cujo tempo para preenchimento é de aproximadamente 10 minutos.
- A sua participação é voluntária e não trará nenhum malefício para você.
- O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.
- Você terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social, bem como à continuidade da assistência.
- As informações obtidas serão analisadas em conjunto com os outros participantes, não sendo divulgado a sua identidade (seu nome), bem como qualquer informação que possa identificá-lo.
- Você tem o direito de ser mantido atualizado acerca das informações relacionadas à pesquisa.
- Você não terá nenhuma despesa pessoal ao participar da pesquisa, também não haverá compensação financeira decorrente de sua participação.
- Comprometo-me em utilizar os dados coletados unicamente para fins acadêmicos, afim de atender os objetivos da pesquisa.

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Picos, ____ de _____ 20____.

Assinatura do (a) menor

Assinatura do Pesquisador

Observações complementares: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros localizado no seguinte endereço: Rua Cícero Duarte, 905 Bairro Junco, Picos – PI. Cep: 64.607-670. Telefone: 089-3422-3007 - email: cep-picos@ufpi.edu.br

ANEXOS

ANEXO A - Formulário Estilo de Vida Fantástico

Instruções:

Coloque um X na alternativa que melhor descreve o seu comportamento ou situação no mês passado. As explicações às questões que geram dúvidas encontram-se no final do formulário.

	QUESTÕES	FREQUÊNCIA				
		QUASE NUN CA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	COM RELATIVA FREQUÊNCIA	QUASE SEMPRE
Família e amigos	Tenho alguém p/ conversar sobre coisas importantes para mim.					
	Dou e recebo afeto.					
Sono, cinto de segurança, estresse, sexo seguro	Durmo bem e me sinto descansado.					
	Uso cinto de segurança.					
	Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia-a-dia.					
	Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer.					
	Pratico sexo seguro (ver explicação).					
Trabalho	Estou satisfeito com meu trabalho ou função.					
Introspecção	Penso de forma positiva e otimista.					
		QUASE SEMPRE	COM RELATIVA FREQUÊNCIA	ALGUMAS VEZES	RARAMENTE	QUASE NUN CA
	Sinto-me tenso e desapontado.					
	Sinto-me triste e deprimido.					
Tipo de comportamento	Aparento estar com pressa.					
	Sinto-me com raiva e hostil.					

	QUESTÕES	Até 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
Atividade Física	Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta, etc.).					
	Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa).					

	QUESTÕES	QUASE NUNCA	RARA - MENTE	ALGUMAS VEZES	COM RELATIVA FREQUÊNCIA	QUASE SEMPRE
Nutrição	Como uma dieta balanceada (ver explicação).					
		04 ITENS	03 ITENS	02 ITENS	01 ITEM	NENHUM
	Frequentemente como em excesso (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal, (4) bobagens e salgadinhos.					
		Mais de 8kg.	8 kg.	6 kg.	4 kg.	2 kg.
	Estou no intervalo de ____quilos do meu peso considerável saudável.					

	QUESTÕES	QUASE DIARIAMENTE	COM RELATIVA FREQUÊNCIA	OCASIONAL MENTE	QUASE NUNCA	NUNCA
Cigarros e drogas	Abuso de remédios ou exagero.					
	Uso drogas como maconha e cocaína.	ALGUMAS VEZES			NUNCA	
	Fumo cigarros.	MAIS DE 10 POR DIA	1 A 10 POR DIA	NENHUM A VEZ NOS ÚLTIMOS 6 MESES	NENHUM A VEZ NO ANO PASSADO	NUNCA
	Ingiro bebidas que contêm cafeína (café, chá ou colas).	MAIS DE 10 VEZES POR DIA	7 A 10 VEZES POR DIA	3 A 6 VEZES POR DIA	1 A 2 VEZES POR DIA	NUNCA

	QUESTÕES	QUASE DIARIAMENTE	COM RELATIVA FREQUÊNCIA	OCASIONAL MENTE	QUASE NUNCA	NUNCA
Álcool	Bebo mais de quatro doses em uma ocasião.					
	Dirijo após beber.	ALGUMAS VEZES			NUNCA	
	Minha ingestão média por semana de álcool é: _____doses (ver explicação).	MAIS DE 20	13 A 20	11 A 12	8 A 10	0 A 7

Fonte: RODRIGUEZ-AÑES; REIS; PETROSKI, 2008.

Dieta balanceada (para pessoas com idade de 4 anos ou mais).

Pessoas diferentes necessitam de diferentes quantidades de comida. A quantidade de comida necessária por dia dos quatro grupos de alimentos depende da idade, do tamanho corporal, do nível de atividade física, do sexo e do fato de estar grávida ou amamentando. A tabela a seguir apresenta o número de porções mínimo e máximo de cada um dos grupos. Por exemplo, crianças podem escolher o número menor de porções, ao passo que adolescentes do sexo masculino podem optar por um número maior de porções. Para a maioria das pessoas, o número intermediário será suficiente.

Grãos e cereais	Frutas e vegetais	Derivados do leite	Carnes e semelhantes	Outros alimentos
Escolha, com maior frequência, grãos integrais e produtos enriquecidos.	Escolha, com maior frequência, vegetais verde-escuros e alaranjados.	Escolha produtos com baixo conteúdo de gordura.	Escolha, com maior frequência, carnes magras, aves e peixes, assim como ervilhas, feijão e lentilha.	Outros alimentos que não estão em nenhum dos grupos apresentam altos teores de gordura e calorias, e devem ser usados com moderação.
Porções recomendadas por dia				
5-12	5-10	Crianças (4-9 anos) 2-3 Jovens (10-16 anos) 3-4 Adultos 2-4 Grávidas e amamentando 3-4	2-3	

Sexo seguro – Refere-se ao uso de métodos de prevenção, de infecção e concepção.

Álcool – 1 dose = 1 lata de cerveja (340 ml.) ou um copo de vinho (142 ml.) ou um curto (42 ml).

ANEXO B - Parecer consubstanciado do CEP

UFPI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - CAMPUS SENADOR
HELVÍDIO NUNES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RISCO CARDIOVASCULAR E ESTILO DE VIDA EM PACIENTES RENAIIS

Pesquisador: Ana Roberta Vilarouca da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68705217.4.0000.8057

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí Campus CSHNB, Picos

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.165.831

Apresentação do Projeto:

O projeto está adequado em todos os requisitos exigidos pelo comitê de ética.

Objetivo da Pesquisa:

Está a contento e atende aos requisitos éticos exigidos por lei.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Está a contento e atende aos requisitos éticos exigidos por lei.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Está a contento e atende aos requisitos éticos exigidos por lei.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Está a contento e atende aos requisitos éticos exigidos por lei.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Está a contento e atende aos requisitos éticos exigidos por lei.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3007

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

**UFPI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - CAMPUS SENADOR
HELVÍDIO NUNES**



Continuação do Parecer: 2.165.831

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_924658.pdf	20/06/2017 10:42:31		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	20/06/2017 10:42:10	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Outros	lattes.pdf	23/05/2017 10:06:55	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE18.docx	23/05/2017 10:06:17	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/05/2017 10:06:05	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.docx	23/05/2017 10:05:25	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Outros	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	23/05/2017 10:03:32	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.pdf	23/05/2017 09:58:28	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Outros	coleta.docx	23/05/2017 09:56:40	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Outros	carta.pdf	23/05/2017 09:56:14	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	23/05/2017 09:55:42	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	23/05/2017 09:55:31	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Folha de Rosto	digitalizar0005.pdf	22/05/2017 07:20:43	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	18/05/2017 15:15:01	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3007

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - CAMPUS SENADOR
HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 2.165.831

PICOS, 10 de Julho de 2017

Assinado por:
LUISA HELENA DE OLIVEIRA LIMA
(Coordenador)

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

UF: PI

Telefone: (89)3422-3007

CEP: 64.607-670

Município: PICOS

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
() Dissertação
(**X**) Monografia
() Artigo

Eu, **Érika de Moura Fé**, autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação **RISCO CARDIOVASCULAR E ESTILO DE VIDA EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA** de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 09 de fevereiro de 2018.

Érika de Moura Fé

Assinatura

Érika de Moura Fé

Assinatura