

Taxa De Mortalidade Hospitalar Por Insuficiência Renal Na Bahia E Suas Macrorregiões De Saúde

*Hospital Mortality Rate For Renal Insufficiency In Bahia And Their Macro
Regions Of Health*

Edison Vitório de Souza Júnior

Graduando em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Bahia (BA), Brasil. E-mail: edison.vitorio@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-0457-0513>

Mariana Alves Soledade de Jesus

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Bahia (BA), Brasil. E-mail: marianasoledade09@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-6495-344X>

Gabriel Aguiar Nunes

Graduando em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Bahia (BA), Brasil. E-mail: aguiar.gbn@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-8738-2990>

Tayná Freitas Maia

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Bahia (BA), Brasil. E-mail: tayna_freitas11@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-1595-286X>

Jamille Sales da Cruz

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Bahia (BA), Brasil. E-mail: ja.mille97@outlook.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-5926-3492>

Randson Souza Rosa

Enfermeiro. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Bahia (BA), Brasil. E-mail: enfrandson@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-7093-0578>

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Bahia (BA), Brasil. E-mail: rboery@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-7823-9498>

Eduardo Nagib Boery

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Bahia (BA), Brasil. E-mail: eduardoboery@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-7624-4405>

RESUMO

O objetivo desse estudo é descrever a taxa de mortalidade hospitalar por Insuficiência Renal no estado da Bahia, Brasil, entre os anos 2012 e 2017. Trata-se de um estudo ecológico e descritivo baseado no banco de dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. As variáveis coletadas foram: sexo, faixa etária e raça/cor notificadas no período de 2012 a 2017. Foi selecionada a taxa de mortalidade baseada no Capítulo XIV da 10ª Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, compreendendo as categorias de N17.0 a N18.9. Durante o período estudado ocorreram 4.061 óbitos. A taxa de mortalidade na Bahia foi de 15,36%. A maior taxa foi observada na macrorregião nordeste (26,08%), população masculina (16,3%), autodeclaradas indígenas (33,33%) e com idade igual ou superior a 80 anos (33,38%). Nota-se a necessidade de incrementar ações de promoção da saúde e prevenção da doença renal crônica principalmente na população indígena. Tais resultados evidenciam assistência insuficiente no âmbito da atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Epidemiologia; Mortalidade; Nefrologia; Insuficiência renal; Enfermagem.

ABSTRACT

The aim of this study is to describe the hospital mortality rate for Renal Insufficiency in the Bahia and their macro regions of health among 2012 to 2017. It is an ecological study based on secondary data from the Information Technology Department of the Unified Health System. The variables collected were sex, age groups and race notified in the period from 2012 to 2017. It was selected the mortality rate based on the chapter XIV of the 10th International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, comprising the categories from N17.0 to N18.9. During the studied period, there were 4.061 deaths. The mortality rate in the Bahia was 15,36%. The greatest rate was observed in the northeast macro region (26,02%), male population (16,3%), indigenous self-declared (33,33%) and aged 80 years or over (33,38%). It is clear that there is the need to increase health promotion actions and prevention of the chronic kidney disease, especially in the indigenous population. These results indicate insufficient health care in terms of primary health care.

Key-words: Epidemiology; Mortality; Nephrology; Renal insufficiency; Nursing.

INTRODUÇÃO

Define-se como Insuficiência Renal (IR), um processo patológico em que há o decréscimo das funções renais e pode se apresentar sob a forma aguda ou evoluir para a cronicidade (LISE et al., 2017). A Insuficiência Renal Aguda (IRA) é uma síndrome reversível caracterizada pela perda abrupta por horas ou dias da filtração glomerular (BOLTANSKY et al., 2015), enquanto

a Insuficiência Renal Crônica (IRC) é o último estágio de uma Doença Renal Crônica (DRC), em que a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) se expressa no valor ≤ 15 mL/min/1,73m² (COSTA; COUTINHO; SANTANA, 2014).

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma condição fisiopatológica caracterizada pela perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais (ALMEIDA et al., 2013; SOUZA et al., 2017). As funções dos rins consistem em filtração sanguínea (solvente e solutos), garantindo o equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico, produção de hormônios responsáveis pela regulação da pressão arterial, da produção de hemácias e do metabolismo ósseo (MORSCH; VERONESE, 2011).

Desta forma, alterações no sistema renal podem levar a uma série de complicações como acidose metabólica, uremia, hipernatremia, hiperpotassemia, hiperfosfatemia, alterações cardíacas, demência, derrames pleurais, hipertensão arterial, anemia, hipoxemia, neuropatia periférica, osteoporose, dentre outros (MORSCH; VERONESE, 2011; ALMEIDA et al., 2013; RIBEIRO et al., 2014; MELO; BEZERRA; SOUSA, 2014).

O diagnóstico precoce da IR é essencial para garantir o retardo da evolução, o que permite maior probabilidade de recuperação renal e menores chances de necessidade dialítica (CERQUEIRA; TAVARES; MACHADO, 2014). Nessa perspectiva, o reconhecimento da IRA baseia-se principalmente no aumento sérico de escórias nitrogenadas (ureia, creatinina, ácido úrico), e outros íons como sódio, potássio, cálcio e fósforo, além de anemia normocítica e normocrômica (YU et al., 2007). Ressalta-se que um dos principais sinais de falha renal é a oligúria. No entanto, na fase inicial da IRA, alguns pacientes podem não evidenciar tal característica clínica (CERQUEIRA; TAVARES; MACHADO, 2014).

No que se refere ao diagnóstico da DRC, é constituído por 3 parâmetros: funcional, estrutural e temporal. A partir desses parâmetros, o indivíduo é considerado portador da DRC quando, independente da causa,

apresenta Taxa de Filtração Glomerular (TFG) ≤ 60 mL/min/1,73m² há pelo menos 3 meses ou a TFG > 60 mL/min/1,73m² associada a, no mínimo, um marcador de dano renal parenquimatoso, como a proteinúria ou albuminúria (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; MORSCH; VERONESE, 2011).

Quando a TFG se expressa ≤ 15 mL/min/1,73m², classifica-se a patologia como Insuficiência Renal Crônica (IRC), em que os rins perdem a sua capacidade de manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrolítico do organismo. Em consequência disso, o indivíduo deverá ser submetido a uma Terapia Renal Substitutiva (TRS) para diminuir os prejuízos da falência renal (COSTA; COUTINHO; SANTANA, 2014; RIBEIRO et al., 2014; SOUZA JÚNIOR et al., 2017).

A IRC constitui-se em um problema mundial de saúde pública. Sua prevalência anual alcança um incremento mundial de 7 a 10%, superando o crescimento populacional geral.⁴ Esse aumento progressivo está relacionado, em parte, ao aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) (RIBEIRO et al., 2014; SOUZA JUNIOR, E.V et al., 2018).

No Brasil, a epidemiologia da IRA é ainda pouco conhecida. No entanto, por meio de pesquisas realizadas em alguns hospitais brasileiros, verifica-se o comportamento crescente da patologia especialmente por causas secundárias à internação (CERQUEIRA; TAVARES; MACHADO, 2014). Já a IRC, de acordo com dados do último censo, o número de pacientes em diálise é de, aproximadamente, 112.004 pessoas (SESSO et al., 2016). Além disso, por apresentar uma incidência progressiva, a IRC tornou o Brasil o terceiro maior mercado de hemodiálise do mundo (ALMEIDA et al., 2013).

Em consequência disso, os custos para cobrir os programas de TRS crescem concomitante ao surgimento de novos casos. Anualmente no Brasil, cerca de 2 bilhões de reais são destinados à manutenção das terapias, o que corresponde a mais de 10% de todo o orçamento do Ministério da

Saúde. Dos serviços oferecidos, 93% recebe financiamento do Sistema Único de Saúde, outros 7% são financiados por convênios e empresas particulares (ALMEIDA et al., 2013).

Considerando o aumento progressivo da IR e o alto impacto para a saúde pública especialmente pela IRC, torna-se necessário a disseminação de conhecimento epidemiológico para que reflexões sobre vigilância à saúde, na perspectiva de promover políticas de proteção de agravos à saúde e prevenção de DCNT, possam reduzir os riscos de desenvolvimento da IR e também estimular estilos de vida protetores da saúde. Diante disso, o presente estudo tem o objetivo de descrever a taxa de mortalidade (TM) hospitalar por IR na Bahia, Brasil no período entre 2012 e 2017.

METODOLOGIA

Estudo ecológico e descritivo realizado com base em dados da TM por IR registrados no estado da Bahia e suas respectivas macrorregiões de saúde: centro-leste, centro-norte, extremo sul, leste, nordeste, norte, oeste, sudoeste e sul.

O estado da Bahia localiza-se na região nordeste da República Federativa do Brasil e é constituída por 417 municípios e 9 macrorregiões de saúde (IBGE, 2017a). Possui uma estimativa para o ano de 2017 de 15.344.447 habitantes, distribuídos em uma extensão territorial de 564.732,45 km² (IBGE, 2017b).

Os dados da mortalidade por IR foram obtidos através da plataforma eletrônica do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), na sessão de Sistemas de Informações Hospitalares (SIH), notificados entre o período de 2012 e 2017. Houve estratificação dos dados com as seguintes variáveis: sexo (masculino e feminino), faixa etária (< 1 ano

à ≥ 80 anos), e raça/cor (branca, preta, parda, amarela e indígena), conforme padronização para classificar a população brasileira (IBGE, 2018).

Foi selecionada a TM de acordo com o Capítulo XIV – Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99), compreendendo as categorias de N17.0 a N18.9 da 10ª Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, (CID-10) (OMS, 1995).

A coleta e tabulação dos dados ocorreram no mês de março de 2018. Os dados foram tabulados e analisados por meio de estatística simples (frequências absolutas e relativas) no programa Microsoft Office Excel (Microsoft®, 2010). Para a obtenção dos dados de mortalidade, foi calculada a razão entre o número de óbitos e internações no período de estudo, multiplicada por 100 (BRASIL, s.d). Em decorrência do tipo de estudo, não houve necessidade aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, em obediência à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A tabela 1 mostra os óbitos por macrorregião de saúde segundo o ano de atendimento. Verifica-se que na Bahia o maior registro ocorreu na macrorregião leste, com 1.691 óbitos, correspondendo a 41,6% do total. Além disso, durante o quinquênio, o ano de 2016 liderou com 886 óbitos registrados.

Tabela 1. Óbitos por IR de acordo com o ano de atendimento e macrorregiões, Bahia, Brasil, 2012-2017.

Macrorregiões	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	%
Centro-Leste	6	62	68	87	82	75	380	9,4
Centro-Norte	2	16	7	9	26	19	79	1,9
Extremo Sul	4	27	24	27	34	31	147	3,6

Taxa De Mortalidade Hospitalar Por Insuficiência Renal Na Bahia E Suas Macrorregiões De Saúde

Leste	37	297	296	358	373	330	1.691	41,6
Nordeste	3	62	31	42	39	59	236	5,8
Norte	5	46	44	33	29	47	204	5,0
Oeste	4	28	39	46	43	21	181	4,5
Sudoeste	7	108	127	143	130	112	627	15,4
Sul	7	71	79	106	130	123	516	12,7
Total	75	717	715	851	886	817	4.061	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Ao verificar a tabela 2, nota-se que o estado da Bahia possui uma TM de 15,36%. A macrorregião nordeste e o ano de 2012 alcançaram a maior taxa do quinquênio, apresentando 26,08% e 16,63%, respectivamente.

Tabela 2. TM por IR de acordo com as macrorregiões de saúde, Bahia, Brasil, 2012-2017.

Macrorregião de Saúde	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Centro-Leste	22,22	23,66	22,74	19,21	16,91	16,34	19,14
Centro-Norte	40	27,12	17,5	13,24	12,75	14,39	15,55
Extremo Sul	25	18,62	18,75	16,67	16,43	15,9	17,23
Leste	14,62	12,43	12,69	13,53	12,17	11,84	12,55
Nordeste	16,67	24,22	22,96	26,75	24,38	32,96	26,08
Norte	20	11,44	15,33	11,79	12,66	16,26	13,49
Oeste	18,18	24,14	22,03	23,96	27,74	15,91	22,8
Sudoeste	21,88	24,55	23,35	27,88	26,1	22,81	24,9
Sul	13,21	11,04	11,32	13,62	14,44	15,11	13,28
Total	16,63	15,22	15,41	16,22	15,01	14,91	15,36

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Em relação ao gênero, observa-se que a IR obteve maior prevalência no sexo masculino, apresentando mortalidade de 16,3%, conforme tabela 3.

Tabela 3. TM por IR de acordo com sexo na Bahia, Brasil, 2012-2017.

Macrorregião de Saúde	Masculino	Feminino	Total
Centro-Leste	20,35	17,69	19,14
Centro-Norte	17,54	13,33	15,55
Extremo Sul	16,96	17,65	17,23
Leste	13	12,01	12,55
Nordeste	27,37	24,18	26,08
Norte	15,84	10,19	13,49
Oeste	21,79	24,42	22,8
Sudoeste	25,94	23,46	24,9
Sul	14,7	11,65	13,28
Total	16,3	14,21	15,36

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Na tabela 4 verifica-se a TM estratificada por cor/raça e ano de processamento. Nota-se que os indígenas apresentaram maior taxa durante o quinquênio e permaneceram com maior TM no biênio 2014-2015.

Tabela 4. TM por IR de acordo com a raça/cor Bahia, Brasil, 2012-2017.

Cor/raça	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Branca	23,08	12,57	12,68	13,16	12,4	16,36	13,42
Preta	30	14,19	10,37	12,41	11,82	8,9	11,17
Parda	21,57	14,55	15,52	15,45	13,66	13,67	14,41
Amarela	-	-	40	9,8	11,43	17,57	13,59
Indígena	50	50	...	-	33,33

Taxa De Mortalidade Hospitalar Por Insuficiência Renal Na Bahia E Suas Macrorregiões De Saúde

Sem informação	15,43	15,64	15,76	17,12	16,9	17,24	16,45
Total	16,63	15,22	15,41	16,22	15,01	14,91	15,36

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
 - -Dado numérico igual a 0 não resultante de arredondamento.
 ... - Dado numérico não disponível

Quanto à faixa etária, observa-se no quinquênio que a maior TM está entre a população com idade igual ou superior a 80 anos (33,38%), conforme tabela 5. Com o decorrer dos anos, há aumento da tendência de afecções por IR na população baiana.

Tabela 5. TM por IR de acordo com idade, Bahia, Brasil, 2012-2017.

Idade (anos)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
< 1	...	17,24	16	21,74	21,05	10,53	17,39
1 a 4	33,33	-	2,33	12	2,44	5	4,6
5 a 9	-	4,76	2,13	2,08	5,06	5	4,09
10 a 14	-	2,5	-	5,19	-	-	1,67
15 a 19	-	4,62	4,48	3,16	5,8	7,21	5,04
20 a 24	-	5,22	4,55	9,87	3,65	7,63	6,01
25 a 29	-	5,58	5,53	5,18	7,22	6,28	5,89
30 a 34	12,5	3,69	3,85	6,4	8,39	8,7	6,39
35 a 39	17,86	8,43	7,34	11,25	8,07	6,87	8,52
40 a 44	3,23	10,09	11,6	11,25	8,36	8,29	9,67
45 a 49	14,71	9,46	7,96	8,2	11,61	10,76	9,83
50 a 54	17,78	12	12,63	14,69	11,11	11,21	12,34
55 a 59	13,64	14,39	15,81	15,25	13,94	11,06	13,92
60 a 64	16,67	16,29	17,21	17,35	13,81	15,73	15,97
65 a 69	25	21,7	14,09	20,4	20,17	18,17	19,04
70 a 74	21,21	22,8	23,25	20,93	21,88	20,62	21,79

75 a 79	27,59	26,16	30,48	26,91	26,19	30,16	27,83
≥ 80	25,64	31,87	37,62	31,71	31,39	35,89	33,38
Total	16,63	15,22	15,41	16,22	15,01	14,91	15,36

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

- -Dado numérico igual a 0 não resultante de arredondamento.

... - Dado numérico não disponível

DISCUSSÃO

Com relação aos óbitos, a macrorregião leste se destaca com 41,6%, seguida da sudoeste com 15,4% das mortes ocorridas por IR, conforme tabela 1. No que concerne à mortalidade, a maior taxa foi registrada na macrorregião nordeste (26,08%), seguida da região sudoeste (24,9%), conforme tabela 2. A região nordeste brasileira possui um desenvolvimento econômico insatisfatório, que pode estar correlacionado aos índices apresentados, visto que o estado da Bahia pertence geograficamente e politicamente a essa região. Além disso, o nível de escolaridade majoritariamente baixo contribui para a adoção de práticas e fatores de riscos que favorecem, em sua grande parte, às DRC (CARVALHO et al., 2011).

É possível observar, de forma holística, que a pobreza possui algumas características como a escassez e privação de alimentos, inacessibilidade aos serviços públicos de educação e saúde e inexistência de saneamento básico em algumas localidades (CALDAS; SAMPAIO, 2015). Devido a pouca quantidade de estudos voltados para as macrorregiões de saúde da Bahia, especialmente a nordeste, a oscilação dos dados existente é de difícil explicação. Em vista disso, a única maneira de melhorar a assistência da saúde pública é potencializar a implementação e fiscalização de níveis satisfatórios de investimentos para melhorias nessa área.

Dados de cunho epidemiológico revelam que a cada 3 pessoas que

independente da causa evoluem para o óbito no Brasil, duas pertencem ao sexo masculino, o que corresponde a uma taxa de 60% dos óbitos no País (OLIVEIRA et al., 2015). Um dos inúmeros fatores associados a essa estatística, é a inacessibilidade da população masculina aos serviços de saúde que, por sua vez, está ligada diretamente a uma instabilidade socioeconômica, mesmo após ajustes para necessidades em saúde (NUNES et al., 2014).

Um estudo promoveu a realização de uma análise das opiniões oriundas dos profissionais da área da saúde acerca da população do sexo masculino (COELHO; SCATENA, 2014). Nessa perspectiva, relatou-se que os homens possuem frequência mínima aos serviços de saúde e que é atributo destes possuírem medo, resistência a determinadas assistências, pressa e busca por objetividade. Assim, é possível compreender o cenário atual da morbimortalidade nessa população, pois existe uma dificuldade de interação destes usuários com os serviços de saúde (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Um pensamento capaz de tentar esclarecer os motivos destes acontecimentos é que os homens possuem um status social construído há décadas, e atrelado à masculinidade, por sua vez, é acompanhada por características próprias, como fortaleza e sobreposição, as quais atribuem valores sociais a estes. Nesse segmento, os perfis desses sujeitos são constituídos a partir da inferência de que a forma pela qual os homens estão inseridos na sociedade tem influência nas atitudes e maneiras de vida adotada por eles (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Além disso, por não preconizarem o autocuidado, o acesso aos serviços de saúde é distanciado por conta do estilo de vida do próprio indivíduo (OLIVEIRA et al., 2015). Em consequência disso, a possibilidade de um diagnóstico precoce é diminuída fazendo com que alternativas capazes de retardar ou inibir o avanço da DRC não sejam realizadas em tempo hábil (MARINHO et al., 2017). Tais justificativas podem ter colaborado para os

resultados desse estudo em que a maior TM foi observada nos homens (16,3%) e somente nas macrorregiões extremo sul e oeste a população feminina obteve maior TM com 17,5% e 24,42%, respectivamente, conforme tabela 3.

A proporção de mortalidade segundo raça/cor demonstra que a área demográfica e a cultura regional são fatores importantes para compreensão dos dados encontrados (PEREIRA et al., 2016). Um ponto de grande relevância é o fato apresentado na tabela 4, em que a população indígena possui uma TM de 33,33%.

Esse resultado contrasta com alguns estudos em que apontam uma baixa adesão da população indígena aos serviços de diálise. Isso decorre das dificuldades encontradas por esse grupo étnico para o acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, uma menor expectativa de vida (YAMAKAWA et al., 2012; MARINHO et al., 2017). Além disso, evidências de baixo peso ao nascimento denotam, significativamente, que os indígenas sofrem com alta incidência de DRC não diagnosticada e não tratada, em que ocorre evolução para desfechos negativos na saúde dessa população (GARCIA-GARCIA; JHA, 2015).

Em países desenvolvidos, como os Estados Unidos e Canadá, as minorias étnicas (afro-americanos, hispânicos e indígenas) apresentam incidência mais elevada de doença renal em estágio terminal, abrangendo, respectivamente, uma representatividade de 1,5 a 4 vezes mais frequentes e de 2,5 a 4 vezes mais elevadas se comparadas à população geral. Aproximadamente $\frac{3}{4}$ de todos os registros de Doença renal terminal nas minorias étnicas foram associadas a Diabetes Mellitus tipo II (GARCIA-GARCIA; JHA, 2015). Estudos multiétnicos são importantes para consolidação e efetividade dos serviços de saúde ofertados para a população brasileira, uma vez que podem fazer comparações entre raças e estabelecer parâmetros de assistência à saúde cada vez mais eficientes, humanizados,

integrais e éticos para os usuários do SUS, de uma forma geral.

Já em Países em desenvolvimento, aspectos relacionados à pobreza, como vetores patogênicos, patologias infecciosas, exposição a poluentes ambientais e privação de saneamento básico e água potável, configuram-se como importantes desencadeadores da DRC (JHA et al., 2013). É evidente que esses fatores estejam associados aos determinantes sociais da saúde que impactam no processo saúde-doença dessas pessoas que, muitas vezes, vivem em condições de vulnerabilidade social, econômica e cultural.

Um estudo realizado com trabalhadores rurais associou o trabalho agrícola como um importante preditor da DRC (ALMAGUER; HERRERA; ORANTES, 2014). Esses trabalhadores estão expostos a agrotóxicos, desidratação e ingestão de água contaminada. Além disso, a fitoterapia é muito utilizada entre essa população e, muitas vezes, está associada ao desenvolvimento de DRC (ULASI et al., 2013; GARCIA-GARCIA; JHA, 2015). Com os resultados desse estudo, pode-se inferir que esses mesmos fatores de risco contribuem para a alta TM dos indígenas observadas nesse estudo, uma vez que os índios apresentam os mesmos comportamentos dos trabalhadores rurais. Outrossim, pode-se acrescentar que muitos desses indígenas vivem em áreas semi-urbanas no nordeste brasileiro e desenvolvem comportamentos humanos característicos de pessoas que vivem em zona urbana, atitudes estas não protetoras da saúde humana.

Quanto à faixa etária, observa-se no quinquênio que a maior TM está entre a população com idade igual superior a 80 anos (33,38%), conforme tabela 5. Nos últimos anos houve um aumento na expectativa de vida da população brasileira e isto tem sido notado com frequência na sociedade. Este é um dos principais fatores capazes de explicar o motivo pelo qual há um alto índice de DCNT nas pessoas idosas, o que ocasiona, sobretudo, maiores gastos governamentais (MORSCH; VERONESE, 2011). Pode-se aduzir

que as maiores TM estejam associadas ao processo de envelhecimento, somando ao curso crônico da patologia em questão que se acentuam com o avançar da idade, e causa desfechos desastrosos de morbimortalidade inerentes à IR.

Apesar de no Brasil somente ser considerado idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos (GÓIS; VERAS, 2010), é possível observar na tabela 5 que com o avanço da idade as pessoas tornam-se mais susceptíveis a desenvolverem problemas renais.

Em decorrência do envelhecimento populacional, o Estado possui o papel de fornecer subsídios capazes de suprir as necessidades básicas desse grupo populacional, visto que, há constante necessidade de auxílios provindos dos serviços de saúde, principalmente dos serviços públicos (GÓIS; VERAS, 2010).

Essa realidade está distante do Brasil. No estado da Bahia há uma desigualdade com relação aos recursos financeiros. Estes são destinados em sua maior parte para municípios já desenvolvidos, ou seja, que possuem redes hospitalares adequadas e suficientes para demanda populacional. Em consequência disso, a política de financiamento é precária e incapaz de reduzir essas desigualdades regionais (TELES; COELHO; FERREIRA, 2016).

Em contraparte, alguns autores discutem sobre a equidade no financiamento, sendo esta uma adequada distribuição de recursos financeiros. Todavia, em grande parte, os usuários dos serviços que buscam atendimentos de qualidade não alcançam este objetivo. Tal resultado pode sustentar a hipótese de possíveis desvios financeiros pelos gestores, uma vez que há o repasse equitativo da esfera federal, entretanto, a população não tem acesso aos serviços de qualidade para promover, proteger e recuperar sua saúde (COELHO; SCATENA, 2014).

De forma geral, há necessidade de os sistemas universais atribuírem-se de um princípio orientador que neste caso, vem a ser a equidade. Esta, por

sua vez, tem o objetivo de melhorar o estado de saúde de toda população e, de maneira concisa, é caracterizada pela inexistência de diferenças no âmbito da saúde, como as desigualdades por gêneros, classes sociais, etnias e raças. Em contrapartida, há o termo iniquidade em saúde, que significa a prevalência destas desigualdades, que ocasiona a exposição a serviços de saúde ineficientes

Partindo desse pressuposto, essa é uma realidade plausível de discussões na realidade em que o Brasil se encontra. A desigualdade existente na sociedade brasileira facilita a total dependência da população aos serviços públicos de saúde, principalmente por indivíduos mais vulneráveis economicamente (COELHO; SCATENA, 2014).

No Brasil, há divergências entre as populações no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, que, por sua vez, são ineficientes e, portanto, alcançam pouca resolutividade. Estas desigualdades possuem um declínio na iniquidade horizontal e atingem, sobretudo, regiões que possuem um desenvolvimento econômico inferior em relação às demais (NUNES et al., 2014).

As transferências federais para o estado da Bahia são realizadas a fim de promover o alcance para uma distribuição igualitária desses recursos financeiros entre a população. Esta objetividade deixa de lado as desigualdades existentes em regiões e municípios, ou seja, as suas particularidades. À vista disso, necessidades de saúde não são priorizadas devidamente, o que ocasiona um ponto negativo no curso destes recursos (COELHO; SCATENA, 2014).

Assim, o estudo identificou que algumas macrorregiões possuem um benefício econômico menor em comparação às demais, apesar de possuírem diversos riscos para o surgimento de epidemias e morbimortalidade capazes de impactar negativamente os sistemas de saúde públicos, somando-se um itinerário terapêutico hemodialítico

dispendioso, uma vez que as unidades para esse tipo de tratamento se localizam nas grandes cidades, o que requer maiores investimentos, por parte de setores políticos, destinados à assistência à saúde necessária para manter a sobrevivência desses pacientes renais crônicos, e quiçá evitar futuras hospitalizações desnecessárias e de permanência prolongada.

A partir disto, pode-se inferir que o motivo para as inúmeras desigualdades, apesar de pertencerem ao mesmo estado, estão correlacionadas com a desordem na distribuição destes recursos. Indivíduos desfavorecidos economicamente possuem uma maior probabilidade em não terem acessos aos serviços de saúde (NUNES et al., 2014).

CONCLUSÃO

Os achados evidenciam que as taxas de mortalidade por IR variam de acordo com a idade, microrregiões, cor/raça e/ou grupo étnico, e refletem nas disparidades do acesso aos serviços de saúde por diferentes grupos étnicos e nas consequências das iniquidades de saúde por se localizarem em macrorregiões de difícil alcance ao tratamento por meio de tecnologias de alta complexidade em saúde, como os centros de reabilitação em hemodiálise, tão importantes para a manutenção da vida e da dignidade humana.

Observou-se a imprescindibilidade de incrementar ações de promoção da saúde e prevenção da doença renal crônica principalmente na população indígena. Evidencia-se, portanto, assistência insuficiente no âmbito da atenção primária à saúde, especialmente para a população indígena, embora legalmente exista a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cujas ações são voltadas para promoção, proteção e recuperação da saúde, além da prevenção de doenças e outros agravos.

Vale ressaltar que esse estudo apresenta limitações em virtude do local de coleta dos dados. Por se tratar de um Sistema de Informação alimentado por profissionais atuantes nos serviços de saúde, o SIH pode conter subnotificações e, portanto, a inexatidão dos dados registrados. Todavia, os dados contribuem para o conhecimento da epidemiologia da IR no estado da Bahia e são essenciais para o desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde da população brasileira. Outra possível limitação do estudo deve-se ao fato do SIH não fazer a categorização dos dados de acordo com as classificações da IR (aguda e crônica), sendo abordado de maneira geral.

Tais informações são necessárias para determinar os gastos onerosos com IR, assim como reorientar os serviços de saúde destinados à reabilitação desses pacientes em situações de vulnerabilidade crônica ou agudizada, a fim de otimizar os recursos nos serviços de saúde, no intuito de promover a detecção, o tratamento e o controle precoce da afecção crônica em questão.

Sugere-se que mais estudos multiétnicos-raciais sejam desenvolvidos nos serviços de saúde para melhor entender a relação do acometimento das DRC e as tendências de adoecimento ao longo do curso da doença nas condições de saúde e vida das pessoas, e que, de certa forma, repercutem na melhoria da assistência prestada pelos serviços de saúde para a população em sua abrangência nacional.

REFERÊNCIAS

ALMAGUER, M.; HERRERA, R.; ORANTES, C.M. Chronic kidney disease of unknown etiology in agricultural communities. **MEDICC Rev.**, v.16, n. 2, p. 9-15, 2014.

ALMEIDA, M.I.C. et al. Perfil dos pacientes renais crônicos de um hospital público da Bahia. **Rev. Enferm. Contemp.**, v. 2, n. 1, p. 157-168, 2013.

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. 91-108, 2011.

BOLTANSKY, A. et al. Incidencia de la injuria renal aguda en unidad de paciente crítico y su mortalidad a 30 días y un año. **Rev. Méd. Chile**, v.143, n. 9, p.1114-1120, 2015.

BRASIL. Departamento de informática do sistema único de saúde. Morbidade Hospitalar do SUS por Causas Externas por local de internação Notas Técnicas.

CALDAS, R.M.; SAMPAIO, Y.S.B. Pobreza No Nordeste Brasileiro: Uma Análise Multidimensional. **Rev. Econ. Contemp.**, v.19, n.1, p.74-96, 2015.

CARVALHO, J.J et al. Stroke epidemiology, patterns of management, and outcomes in Fortaleza, Brazil: a hospital-based multicenter prospective study. **Stroke**, v. 42, n.12, p. 3341-3346, 2011.

CERQUEIRA; D.P.; TAVARES, J.R.; MACHADO, R.C. Fatores preditivos da insuficiência renal e algoritmo de controle e tratamento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 211-217, 2014.

COELHO, T.C.B.; SCATENA, J.H.G. Financiamento do SUS. In: PAIM, J.S; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. MedBook, 2014.

COSTA, F.G.; COUTINHO, M.P.L.; SANTANA, I.O. Insuficiência renal crônica: representações sociais de pacientes com e sem depressão. **Psico-USF**, v.19, n.3, p.387-398, 2014.

GARCIA-GARCIA, G.; JHA, V. DRC em Populações Desfavorecidas. **J. Bras. Nefrol.**, v.37, n.1, p.14-18, 2015.

GÓIS, A.L.B; VERAS, R.P. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Cienc. Saude Colet.**, v.15, n. 6, p. 2859-2869, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Bahia. 2017. Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=29&search=bahia> >. Acesso em 14 abr. 2018.

_____. Cor ou raça (Brasil – 2015) 2018. Disponível em: < <https://teen.ibge.gov.br/sobre-o-brasil/populacao/cor-ou-raca.html> >. Acesso em 14 abr. 2018.

_____. Projeção da população das unidades da federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030. 2017. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopuf.def> >. Acesso em 14 abr. 2018.

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

KNAUTH, D.R; COUTO, M.T; FIGUEIREDO, W.S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Cienc. Saude Colet.**, v.17, n.10, p. 2617-2626, 2012.

LISE, F. et al. Prevalência de internações e mortalidade infantil por insuficiência renal no Brasil. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v.11, n. supl.8, p.3295-302, 2017.

MARINHO, A.W.G.B. et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Cad. Saúde Colet.**, v. 25, n. 3, p. 379-388, 2017.

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

MORSCH, C; VERONESE, F.J.V. Doença renal crônica: definição e complicações. **Rev HCPA**, v.31, n.1, p.114-115, 2011.

NUNES, B.P. et al. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Prática de Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 968-976, 2014.

OLIVEIRA, M.M. et al. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v. 20, n.1, p. 273-278, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10. rev. São Paulo: CBCD/EDUSP, 1995.

PEREIRA, E.R.S. et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família. **J. Bras. Nefrol.**, v. 38, n.1, p. 22-30, 2016.

RIBEIRO, I.P. et al. Perfil Epidemiológico dos portadores de insuficiência renal crônica submetidos à terapia hemodialítica. **Enferm. Foco**, v. 5, n. 3/4, p. 65-69, 2014.

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

SOUZA JUNIOR, E.V. et al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos ao transplante renal. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.11, n.7, p.122-130, 2017.

SOUZA JUNIOR, E.V. et al. Impacto dos fatores associados à sintomatologia depressiva na saúde de idosos em hemodiálise. **Enferm. Actual Costa Rica**, n. 34, 2018.

SOUZA, D.A. et al. Diálise peritoneal e qualidade de vida. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.11, n. 6, p. 230-241, 2017.

TELES, A.S; COELHO, T.C.B; FERREIRA, M.P.S. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. **Saúde Soc.**, v. 25, n. 3, p. 786-799, 2016.

ULASI, I.I et al. Towards prevention of chronic kidney disease in Nigeria; a community-based study in South East Nigeria. *Kidney Int. Suppl.*, v.3, n.2, p.195-201, 2013.

YAMAKAWA, R.H et al. Chronic kidney disease: information on southern Brazilian patients with kidney disease. **Acta Sci Health Sci**, v. 34, p. 247-250, 2012.

YU, L.; SANTOS, B.F.C.; BURDMANN, E.A.; SUASSUNA, J.H.R.; BATISTA, P.B.P. Insuficiência Renal Aguda. **J. Bras. Nefrol.**, v. 29, sup. 1, 2007.