



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MEDICINA

DAN PERDIZ FUCS MACHADO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL
NA BAHIA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

SALVADOR - BA

2023

DAN PERDIZ FUCS MACHADO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL
NA BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Cursos, apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, para aprovação parcial no 4º ano do curso de Medicina

Orientadora: Dra. Fernanda Albuquerque da Silva

SALVADOR – BA

2023

RESUMO

Introdução: A insuficiência renal é caracterizada pelo prejuízo na função renal de performance excretora, ocasionando um acúmulo de produtos nitrogenados no sangue. A insuficiência renal pode ser dividida em Injúria Renal Aguda (IRA) – quando o acometimento da taxa de filtração glomerular (TFG) dura horas ou dias – e Doença Renal Crônica (DRC) – quando o prejuízo persiste por pelo menos 3 meses. A DRC é uma patologia silenciosa e progressiva, que causa significativa redução da qualidade de vida e até morte. A prevalência dessa patologia no Brasil ainda é incerta. É fundamental o conhecimento da epidemiologia da DRC, a fim de elaborar estratégias de detecção precoce e controle da progressão da doença. **Objetivo:** Caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes com insuficiência renal na Bahia no período de 2018-2022. **Metodologia:** estudo observacional descritivo composto por pacientes com insuficiência renal na Bahia no período de janeiro de 2018 até dezembro de 2022. Realizada coleta de dados secundários a partir do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). As variáveis avaliadas no estudo foram sexo, faixa etária e cor/raça para os desfechos internações e óbitos por insuficiência renal. **Resultados:** Evidenciou-se um aumento relativo no número de internações e óbitos por insuficiência renal nos últimos 5 anos de 39,5% e 14,8%, respectivamente. Observou-se um predomínio de internações e óbitos no sexo masculino, representando 56,6% e 58,6% respectivamente. A amostra também evidenciou uma maior prevalência de insuficiência renal com o avançar da idade. Pacientes com idade igual ou superior a 40 anos representaram 80,5% das hospitalizações e 91,4% das mortes por doença renal. Quanto a cor/raça, houve uma grande prevalência de internações e óbitos na etnia parda. Se ignorado todos os pacientes sem informação de cor/raça, a frequência relativa de internações dessa etnia é de 81%, enquanto representa 80,1% dos óbitos por doença renal. **Conclusão:** O estudo evidenciou uma maior prevalência de internações e óbitos por insuficiência renal em pacientes do sexo masculino, com idade avançada e da cor/raça parda. Faz-se imperativo a realização de estudos epidemiológicos mais completos para construção do perfil epidemiológico dos pacientes com insuficiência renal no Brasil.

Palavras-chave: Insuficiência Renal. Injúria Renal Aguda. Insuficiência Renal Crônica.

ABSTRACT

Introduction: Renal failure is defined by the inability of the kidneys to perform excretory function, leading to the retention of nitrogenous products in the blood. Renal failure can be divided into two kinds: Acute Kidney Injury (AKI) – when the glomerular filtration rate (GFR) declines abruptly and the serum creatinine elevates within hours to days – and Chronic Kidney Disease (CKD) – when there are persistent elevated serum creatinine rates for more than 3 months, combined with a GFR lower than 60 ml/min/1,73m². CKD is often asymptomatic and progressive, harming the quality of life and death. The prevalence of this pathology in Brazil is uncertain. The knowledge of the epidemiological profile of those with CKD is crucial for formulating strategies for early detection of the disease and managing the progression of the pathology. **Objective:** To characterize the epidemiological profile of the people with renal failure in Bahia in the period of 2018-2022. **Methods:** a descriptive observational study, composed of people with renal failure in Bahia between January/2018 to December/2022. Secondary data was extracted from the public database “Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS)”. The variables of interest were gender, age group, and color/race, while the outcomes evaluated were hospitalizations and deaths. **Results:** This study observed a relative increase in the total number of hospitalizations and deaths by renal failure of 39.5% and 14.8%, respectively, over the last 5 years. There was a predominance of the masculine gender, representing 56.6% of the hospitalizations and 58.6% of the deaths in the period. The higher age is also a factor in the higher prevalence of renal failure. People older than 40 represented 80.5% of the hospitalizations and 91.4% of the deaths in this study. There was a high predominance of brown ethnicity in hospitalizations and deaths. Excluding the people without racial data, the brown ethnicity represented 81% of the total hospitalizations and 80.1% of the total deaths by renal failure in the period. **Conclusion:** This study has found a higher prevalence of hospitalization and death in the male gender, higher age, and brown ethnicity. Even so, there is still a need for bigger studies on the epidemiology of renal failure in Brazil.

Keywords: Renal Failure. Renal Insufficiency, Chronic. Acute Kidney Injury.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVOS	6
2.1	OBJETIVO GERAL.....	6
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
3	REVISÃO DE LITERATURA	7
4	MÉTODOS	10
4.1	DESENHO DE ESTUDO.....	10
4.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	10
4.3	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	11
4.5	COLETA DE DADOS	11
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	11
5	RESULTADOS	11
6	DISCUSSÃO	16
7	CONCLUSÃO	19
8	REFERÊNCIAS	20

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência renal é caracterizada pela incapacidade renal de performar sua função excretora, levando ao acúmulo de produtos nitrogenados no sangue¹. Pode haver também distúrbios hidroeletrólíticos e de ácido-base. A insuficiência renal é dividida em injúria renal aguda (IRA) - quando a taxa de filtração glomerular (TFG) reduz abruptamente em um período de horas ou dias, sendo normalmente reversível¹ -, e doença renal crônica (DRC) – quando há um prejuízo na função renal por pelo menos 3 meses, com elevação de creatinina sérica e TFG inferior do que 60 ml/min/1.73m²¹⁻⁵.

A doença renal crônica (DRC) é dividida em 5 estágios, sendo o último, denominado falência renal, definido pela TFG inferior à 15 ml/min/1.73m²¹⁻⁵. Pacientes em estágio avançado de DRC cursam com perda da qualidade de vida, sendo necessária realização de uma terapia de substituição renal (TSR) ou em casos selecionados, um transplante renal^{2,4,6,7}.

A epidemiologia da DRC varia globalmente de acordo com variáveis como expectativa de vida da população, etnia e classe social⁴. A prevalência da DRC é de cerca de 11% em países de alta renda. No Brasil, a prevalência da DRC autorreferida é de 1,42%⁸. Contudo, ainda existe uma carência de estudos epidemiológicos mais robustos sobre a prevalência da DRC e fatores associados no Brasil⁸.

A caracterização do perfil epidemiológico, bem como fatores associados ao desenvolvimento da insuficiência renal, é essencial para elaboração de métodos de rastreio de patologias renas, a fim de garantir diagnósticos mais precoces e posterior controle da doença.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes com insuficiência renal na Bahia no período de 2018-2022.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Avaliar a frequência absoluta de internações por insuficiência renal na Bahia no período de 2018-2022.
- 2) Avaliar a frequência absoluta de óbitos por insuficiência renal na Bahia no período de 2018-2022.
- 3) Caracterizar a frequência de internações por insuficiência renal na Bahia de acordo com o sexo, faixa etária e cor/raça.
- 4) Caracterizar a frequência de óbitos por insuficiência renal na Bahia de acordo com o sexo, faixa etária e cor/raça.

3 REVISÃO DE LITERATURA

INSUFICIÊNCIA RENAL

A insuficiência renal é caracterizada pelo prejuízo na função excretora dos rins, levando ao acúmulo de produtos nitrogenados no sangue¹. Ela pode ser dividida em Injúria Renal Aguda (IRA) e Doença Renal Crônica (DRC)¹.

INJÚRIA RENAL AGUDA

A IRA é um grupo heterogêneo de condições que causam uma brusca redução da taxa de filtração glomerular (TFG) e uma elevação nos níveis séricos de creatinina^{1,9}. A IRA geralmente acomete pacientes já hospitalizados, com outras patologias associadas. A IRA tem uma frequência de 1,9% em pacientes internados. É ainda mais comum em pacientes com doenças crônicas, com prevalência superior a 60% na admissão para unidades de tratamento intensivo (UTI)¹⁰. Estima-se um total de 5000 casos de IRA por milhão de pessoas por ano, dos quais 295 precisam de terapia renal substitutiva (TRS)¹⁰.

A IRA é dividida pela Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) em 4 classificações:

1. Risco de IRA: pacientes de idade avançada, com comorbidades associadas e/ou DRC associada.
2. Estágio 1: Creatinina sérica (CS) 1,5-1,9 vezes maior do que a linha de base, ou aumento $\geq 0,3$ mg/dl de CS, ou débito urinário $< 0,5$ ml/kg/h durante 6-12 horas.
3. Estágio 2: CS de 2,0-2,9 vezes maior do que a linha de base, ou débito urinário $< 0,5$ ml/kg/h durante mais do que 12 horas,
4. Estágio 4: necessidade de TRS, ou CS 3 vezes maior do que a linha de base ou CS $\geq 4,0$ mg/dl, ou débito urinário $< 0,3$ ml/kg/h durante mais do que 24 horas, ou anúria durante mais do que 12 horas⁹.

As causas da IRA podem ser divididas nos grupos: pré-renal, intra-renal e pós renal^{1,9,10}.

As causas pré-renais representam cerca de 60% das IRAs¹. São secundárias à redução do fluxo plasmático renal e ritmo da filtração glomerular. Entre elas estão a hipotensão arterial, falência de múltiplos órgãos, sepse, uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), bloqueadores do receptor da angiotensina (BRA) e bloqueadores da enzima conversora de angiotensina (IECA)^{1,10}.

A causas intra-renais compõem aproximadamente 35% das IRAs¹. A mais comum é a necrose tubular aguda (NTA)¹⁰. Contudo, outras possíveis causas são nefrites túbulo-intersticiais, uso de drogas nefrotóxicas, glomerulonefrites, pielonefrites^{1,10}.

Já as causas pós-renais representam apenas cerca de 5% das IRAs. São secundárias a obstrução intra-renal ou extra-renal. Essa obstrução pode ser justificada pela presença de cálculos, tumores ou hiperplasia prostática benigna^{1,10}. A bexiga neurogênica também pode provocar uma injúria renal aguda¹.

DOENÇA RENAL CRÔNICA

A doença renal crônica se caracteriza como um prejuízo gradual do clearance renal ou da taxa de filtração glomerular². É definida pela Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) como um dano renal ou redução na taxa

de filtração glomerular (TFG) para valores abaixo de 60 ml/min/1.73m² por 3 meses ou mais^{2,3,5}. Os danos renais podem ser definidos tanto como uma anormalidade funcional dos rins, evidenciada pela albuminúria, definida pela razão de albumina/creatinina > 30mg/g em pelo menos 2 de 3 amostras de urina^{3,5}, como anormalidades estruturais dos rins, observadas em exames de imagem³.

O diagnóstico da doença renal crônica é dado a partir de duas medições, em diferentes ocasiões e separadas por semanas ou meses, de creatinina sérica aumentada (acima de 1,3 mg/dL para homens e 1,1 mg/dL para mulheres), clearance de creatinina reduzido (abaixo de 12,1 mg/Kg/24hs para homens e abaixo de 10,7 mg/Kg/24hs para mulheres), ou TFG reduzida². A TFG pode ser estimada a partir do valor sérico de creatinina fazendo uso da equação de Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) ou fórmula de Cockcroft-Gault^{3,5}.

A doença renal crônica é classificada pela KDIGO em 5 estágios, de acordo com o valor da TFG⁵:

Estágio I: dano renal com alta ou normal taxa de filtração glomerular: TFG ≥ 90 ml/min/1,73m².

Estágio II: dano renal com taxa de filtração glomerular limítrofe: TFG entre 60-89 ml/min/1.73m².

Estágio III: taxa de filtração glomerular moderadamente reduzida: TFG entre 30-59 ml/min/1.73m².

Estágio IV: taxa de filtração severamente reduzida: TFG entre 15-29 ml/min/1.73m².

Estágio V ou estágio final: falência renal: TFG < 15 ml/min/1.73m² ou paciente dialítico.

A incidência e prevalência da doença renal crônica em estágio V está aumentando mundialmente ¹¹.

As principais etiologias da DRC em centros de referência são a glomerulonefrite, hipertensão ou doença renovascular ². Já em pacientes que evoluíram com falência renal, as principais etiologias são a nefropatia diabética,

glomerulonefrite, causa indeterminada, pielonefrite, doença renovascular e doença renal policística ².

DIÁLISE RENAL X TRANSPLANTE RENAL

A diálise renal é a difusão de moléculas em solução através de uma membrana semipermeável de acordo com um gradiente de concentração eletroquímico. A função primordial da diálise renal é reestabelecer as concentrações intracelular e extracelular características de indivíduos com função renal preservada. Essas concentrações são atingidas através do transporte de solutos do sangue para a solução de diálise e de outros solutos da solução de diálise para o sangue ⁷. A evolução da tecnologia e das técnicas de hemodiálise tornou o procedimento uma terapia de substituição renal sustentável para pacientes com doença renal crônica em estágio V ⁷.

O transplante renal é o tratamento padrão-ouro para pacientes com doença renal crônica em estágio final ^{6,12}. A evolução da terapia imunossupressora, preservação do órgão e seleção do receptor pela compatibilidade do sistema HLA resultaram em um aumento da sobrevivência do enxerto ¹³.

Quando comparado com a hemodiálise de longa data, o transplante renal está associado há uma redução do risco de mortalidade a longo prazo, eventos cardiovasculares e maior qualidade de vida ^{13,14}. O transplante renal também apresenta um melhor custo benefício financeiro quando comparado com a hemodiálise de longa data ¹⁵.

4 MÉTODOS

4.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional descritivo.

4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por pacientes com insuficiência renal na Bahia no período de janeiro de 2018 até dezembro de 2022.

4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O estudo descritivo foi realizado com dados secundários obtidos a partir da plataforma DATASUS, disponibilizados pelo Sistema de Informação de Saúde do Ministério da Saúde (TABNET). Foram utilizados os dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) na Bahia.

Foi utilizado o Microsoft Excel®, versão 2021, para elaboração de planilha dos dados.

4.5 COLETA DE DADOS

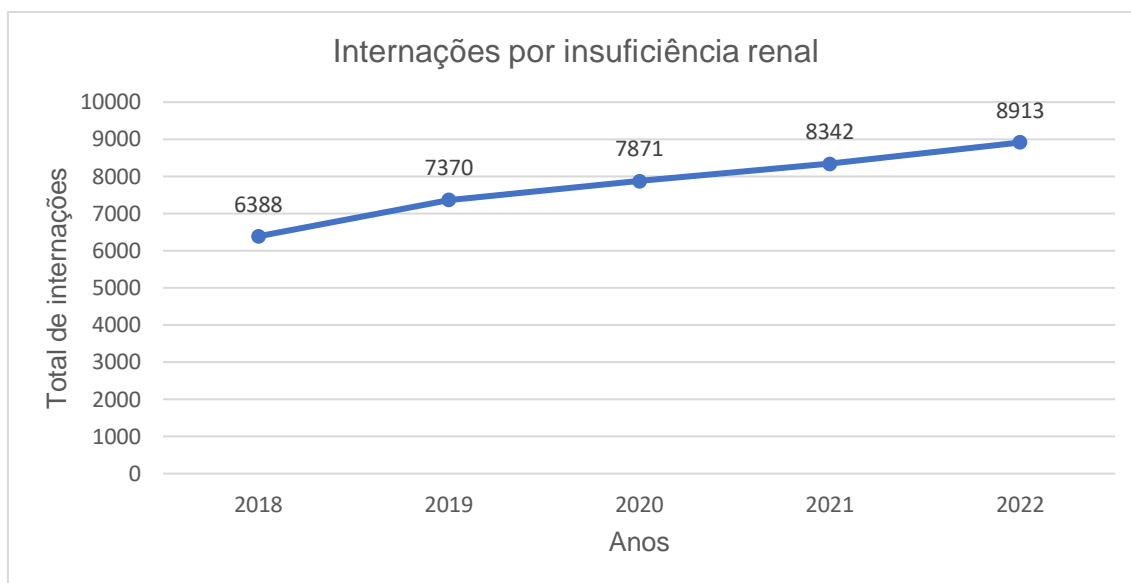
Os dados foram acessados de forma virtual, pelo Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Foi selecionada a opção de “Geral, por local de Internação – a partir de 2008”. A unidade da federação de escolha foi a Bahia. O período escolhido foi de janeiro de 2018 até dezembro de 2022.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

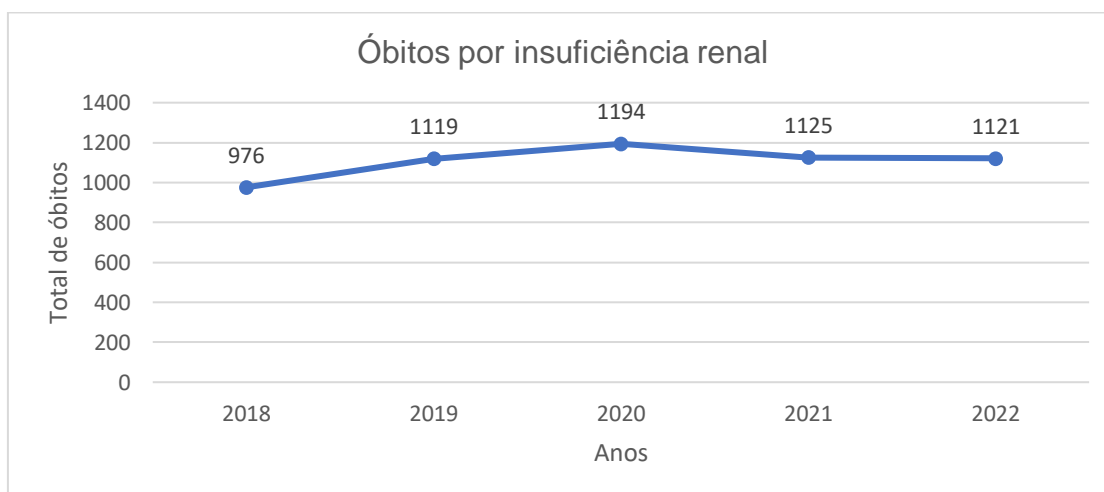
O presente estudo dispensa submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por se tratar de um estudo observacional com utilização de dados secundários a um banco de dados público.

5 RESULTADOS

Durante o período do estudo, foram contabilizadas 38.884 internações, com um total de 5535 óbitos. A média foi de aproximadamente 7777 internações/ano, com média de 1107 óbitos/ano por conta da insuficiência renal na Bahia.

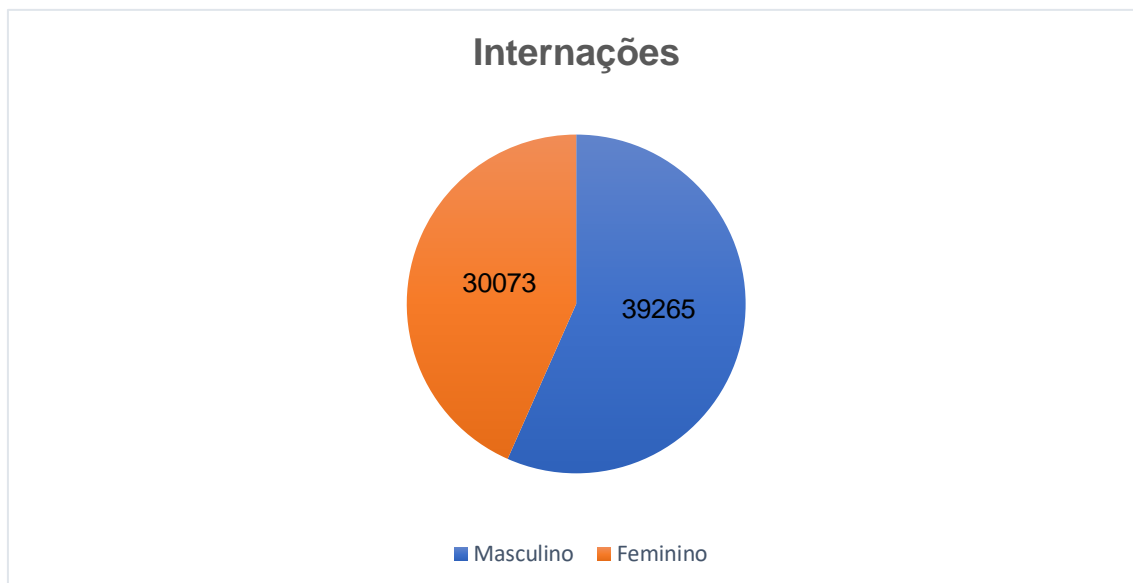
Figura 1 – Gráfico de internações por insuficiência renal x ano.

Observa-se na Figura 1 uma tendência de aumento do número de internações por insuficiência renal nos últimos 5 anos. De 2018 para 2022, houve um aumento relativo de 39,5% do número de hospitalizações por essa causa.

Figura 2 – Gráfico de óbitos por insuficiência renal x ano.

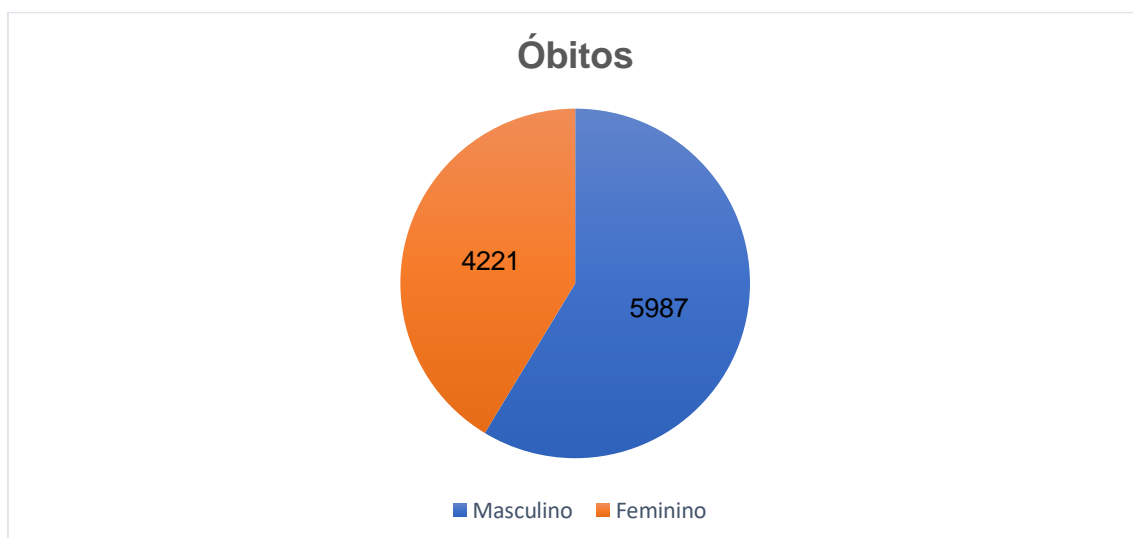
Nota-se na Figura 2 um aumento também do número de óbitos por insuficiência renal no período, sendo o aumento relativo de 2018 para 2022 de 14,8%.

Figura 3 – Gráfico de internações por insuficiência renal x sexo no período de 2018-2022.



A Figura 3 evidencia um predomínio do sexo masculino nas internações por doença renal no período, representando cerca de 56,6% das hospitalizações por essa causa. O sexo feminino representa 43,4%.

Figura 4 – Gráfico de óbitos por insuficiência renal x sexo no período de 2018-2022.



Observa-se também um maior número de óbitos do sexo masculino por patologia renal, representando aproximadamente 58,6% das mortes.

Tabela 1 – Número de internações x faixa etária entre 2018-2022

Faixa etária	2018	2019	2020	2021	2022
< 1 ano	11	21	16	16	13
1-9 anos	84	100	96	106	76
10-19 anos	202	214	207	175	193
20-29 anos	406	396	486	447	440
30-39 anos	620	704	871	823	836
40-49 anos	891	1051	1104	1274	1430
50-59 anos	1278	1471	1582	1795	1742
60-69 anos	1398	1561	1718	1748	1996
70-79 anos	954	1130	1128	1193	1435
> 80 anos	544	722	663	765	752

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

Nesse estudo, observou-se uma grande prevalência de internação por insuficiência renal a partir da 5ª década de vida, tendo o seu pico na faixa etária de 60-69 anos, com um total de 8421 hospitalizações no período, o equivalente a 29,1%.

A frequência relativa de internações por doença renal antes dos 20 anos foi de apenas 4%. Já a frequência relativa após o 40º ano de vida foi de 80,5%.

Tabela 2 – Número de óbitos x faixa etária entre 2018-2022

Faixa etária	2018	2019	2020	2021	2022
< 1 ano	4	2	5	2	1
1-9 anos	4	2	3	5	0
10-19 anos	6	7	8	6	3
20-29 anos	26	30	21	24	16
30-39 anos	48	61	43	44	44
40-49 anos	76	102	95	118	100

Tabela 2 (continuação) – Número de óbitos x faixa etária entre 2018-2022

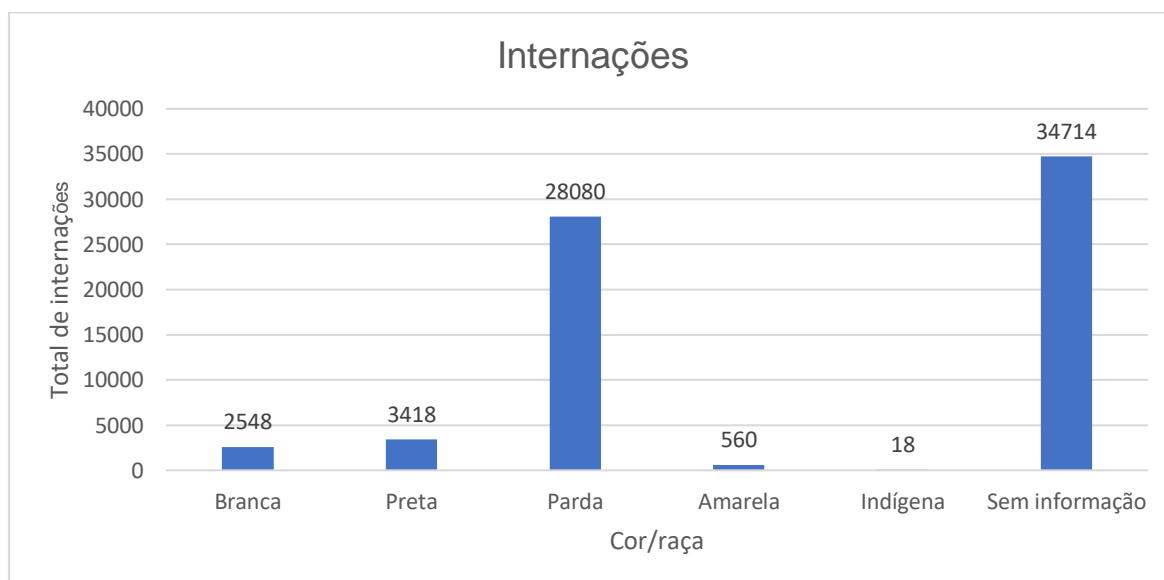
Faixa Etária	2018	2019	2020	2021	2022
50-59 anos	157	167	205	184	161
60-69 anos	221	247	285	250	248
70-79 anos	232	265	286	251	318
> 80 anos	202	236	243	241	230

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

O número de óbitos, por sua vez, teve uma grande prevalência a partir da 6ª década de vida. O seu pico foi na faixa etária de 70-79 anos, correspondendo a cerca de 23,4% das mortes por doença renal no período.

A frequência relativa de óbitos por insuficiência renal antes dos 20 anos foi de aproximadamente 1,4% nessa amostra. Já a frequência relativa depois do 40º ano de vida foi de 91,4%.

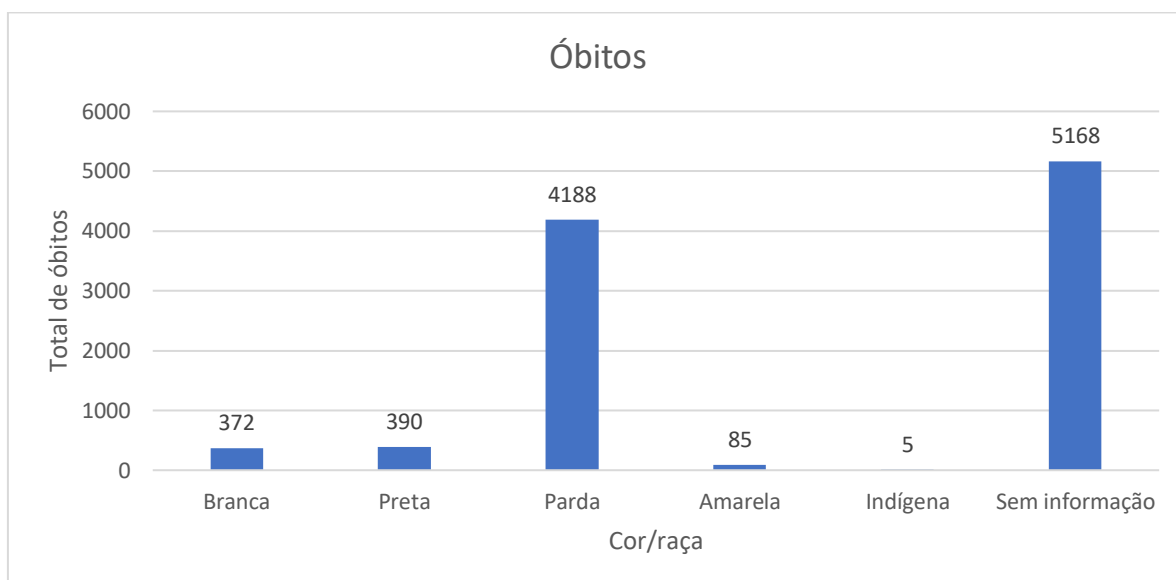
Figura 5 – Gráfico de internações por insuficiência renal x cor/raça no período de 2018-2022.



Apesar de um grande número de indivíduos sem informação acerca de cor/raça (50%), observa-se na Figura 5 uma grande prevalência de internações em pacientes de etnia parda, com uma frequência relativa de 40,4%. Se ignorado os pacientes sem informação, a frequência relativa da etnia parda seria de

aproximadamente 81% das hospitalizações por insuficiência renal na Bahia no período.

Figura 6 – Gráfico de óbitos por insuficiência renal x cor/raça no período de 2018-2022.



Na Figura 6, novamente se percebe uma grande prevalência da etnia parda no número de óbitos por insuficiência renal, representando 41% dos óbitos totais. Quando ignorados os pacientes sem informação, a frequência relativa da cor parda é de aproximadamente 80,1% das mortes por doença renal.

6 DISCUSSÃO

O conhecimento do perfil epidemiológico da insuficiência renal crônica é fundamental para determinar estratégias de detecção precoce de disfunções renais, bem como preveni-las.

A insuficiência renal pode ser dividida em injúria renal aguda (IRA) e doença renal crônica (DRC)¹. A IRA é uma complicação mais comum em pacientes acometidos por outras patologias, muitas vezes já hospitalizados¹. Nesse sentido, do ponto de vista epidemiológico, a prevenção dessa doença deve ser feita pela equipe médica responsável pelo manejo do paciente^{1,9}.

Já a DRC é uma patologia progressiva e silenciosa. Muitas de suas causas são controláveis ou até preveníveis^{4,8,16}. Além disso, causas comuns de DRC, como a nefropatia hipertensiva e a nefropatia diabética, são secundárias a patologias extremamente prevalentes na população brasileira¹.

A detecção precoce e o tratamento adequado em estágios iniciais previnem desfechos negativos, além de resultarem em benefícios de qualidade de vida, longevidade e redução de custos associada a saúde¹⁷.

Nesse contexto, faz-se necessário um maior conhecimento acerca do perfil do paciente acometido por insuficiência renal na Bahia e no Brasil.

A prevalência da DRC no Brasil é incerta, sendo estimada em cerca de 1,35% - 1,5%^{17,18}. Contudo, ela está diretamente relacionada a fatores como idade média da população, disparidades socioeconômicas, raciais e de gênero^{8,17,18}.

O presente estudo avaliou 38.884 internações por insuficiência renal, com um total de 5535 óbitos na Bahia no período de 2018-2022. Foi-se observado um aumento no número de hospitalizações e óbitos por insuficiência renal nos últimos 5 anos. Aumento esse que condiz com as tendências nacionais e mundiais de crescimento dos números de casos de DRC na população geral^{8,17,18}.

O estudo também observou uma maior prevalência tanto do número de internações, quanto de óbitos por insuficiência renal no sexo masculino, representando respectivamente 56,6% e 58,6%. Esses achados vão contra a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, que observou uma proporção maior de portadores de DRC do sexo feminino (1,48%) em relação ao sexo masculino (1,35%)⁸.

Na amostra, foi observado um enorme predomínio do número de internações e óbitos de indivíduos com idade mais avançada. Pacientes com mais de 40 anos representaram 80,5% das hospitalizações e 91,4% das mortes por insuficiência renal no período. A PNS de 2013 um OR de 2,21 para DRC autorreferida para pacientes na faixa etária de 45 a 54 anos⁸. Já é evidente na literatura que o avançar da idade é um fator preditivo para o desenvolvimento da doença renal^{2,4,5,8,17,18}.

Apesar do grande número de indivíduos sem informações acerca de cor/raça, pode-se observar um grande predomínio da etnia parda. Se ignorados os pacientes sem informação, a frequência relativa da cor parda era de 81% dos internamentos e 80,4% dos óbitos por insuficiência renal na Bahia no período. Esse achado vai contra a PNS de 2013 trouxe a etnia parda como um fator protetor para o diagnóstico de DRC, com OR de 0,73⁸.

É importante, contudo, levar em consideração que o presente estudo foi realizado na Bahia, estado com grande proporção de população auto identificada como parda. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) de 2022, a população parda representa cerca de 56,9% da população da Bahia¹⁹.

Outros fatores sociodemográficos que foram associados à prevalência DRC autorreferida foram a baixa escolaridade, plano particular de saúde e avaliação ruim do estado de saúde⁸. Em contrapartida, pacientes com maior nível educacional têm mais acesso TSR e/ou transplante renal¹⁷.

A proporção de negros, pardos e indígenas entre os indivíduos em TSR no Brasil ainda é baixa, o que indica uma dificuldade do acesso aos serviços de saúde por parte dessa população, com conseqüente menor sobrevivência¹⁷.

Na atenção básica de saúde, o tratamento e controle da diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica reduzem a instalação e progressão da disfunção renal^{8,18}.

Este estudo apresenta limitações. Por se tratar de um estudo observacional com uso de base de dados pública, ele é restrito a pacientes atendidos pelo SUS. Por isso, as proporções encontradas podem ser diferentes daquelas encontradas em pacientes amparados pela rede de atenção a saúde privada. Além disso, não são disponibilizados pelo SIH/SUS fatores sociodemográficos importantes para a construção de um perfil sociodemográfico completo da população com insuficiência renal, como renda familiar e escolaridade.

7 CONCLUSÃO

No estudo, foi observada uma maior prevalência de internações e óbitos por insuficiência renal em indivíduos do sexo masculino (56,6% e 58,6%, respectivamente), com idade avançada e de cor/raça parda (81% e 80,1%, respectivamente, naqueles com informação sobre cor/raça) na Bahia no período de 2018-2022.

O perfil epidemiológico desses pacientes é fundamental para a adoção de estratégias de rastreio e controle da doença renal. Com isso, faz-se imperativo a realização de estudos epidemiológicos mais robustos, a fim de garantir uma maior qualidade de vida e longevidade para os indivíduos com disfunção renal.

8 REFERÊNCIAS

1. Bindroo S, Quintanilla Rodriguez BS, Challa HJ. Renal Failure. 2023.
2. Clase C. Renal failure (chronic). *BMJ Clin Evid*. 25 de maio de 2011;2011.
3. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis*. fevereiro de 2002;39(2 Suppl 1):S1-266.
4. Webster AC, Nagler E V., Morton RL, Masson P. Chronic Kidney Disease. Vol. 389, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2017. p. 1238–52.
5. Levey AS, Eckardt KU, Tsukamoto Y, Levin A, Coresh J, Rossert J, et al. Definition and classification of chronic kidney disease: A position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney Int*. 2005;67(6):2089–100.
6. Suthanthiran M, Strom TB. Renal Transplantation. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 11 de agosto de 1994;331(6):365–76. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM199408113310606>
7. Himmelfarb J, Alp Ikizler T. Hemodialysis. Vol. 19, *n engl j med*. 2010.
8. de Aguiar LK, Prado RR, Gazzinelli A, Malta DC. Factors associated with chronic kidney disease: Epidemiological survey of the national health survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2020;23:1–15.
9. Levey AS, James MT. Annals graphic medicine - The problem list. *Ann Intern Med*. 7 de novembro de 2017;167(9):ITC65–79.
10. Bellomo R, Kellum JA, Ronco C. Acute kidney injury. Vol. 380, *The Lancet*. Elsevier B.V.; 2012. p. 756–66.
11. Wongrakpanich S, Susantitaphong P, Isaranuwatthai S, Chenbhanich J, Eiam-Ong S, Jaber BL. Dialysis Therapy and Conservative Management of Advanced Chronic Kidney Disease in the Elderly: A Systematic Review. *Nephron*. 1º de outubro de 2017;137(3):178–89.

12. Strohmaier S, Wallisch C, Kammer M, Geroldinger A, Heinze G, Oberbauer R, et al. Survival Benefit of First Single-Organ Deceased Donor Kidney Transplantation Compared With Long-term Dialysis Across Ages in Transplant-Eligible Patients With Kidney Failure. *JAMA Netw Open*. 7 de outubro de 2022;5(10):e2234971.
13. Schnuelle P, Lorenz D, Trede M, van der Woude FJ. Impact of Renal Cadaveric Transplantation on Survival in End-Stage Renal Failure: Evidence for Reduced Mortality Risk Compared with Hemodialysis during Long-Term Follow-Up. Vol. 9, *J Am Soc Nephrol*. 1998.
14. Tonelli M, Wiebe N, Knoll G, Bello A, Browne S, Jadhav D, et al. Systematic review: Kidney transplantation compared with dialysis in clinically relevant outcomes. *American Journal of Transplantation*. outubro de 2011;11(10):2093–109.
15. Haller M, Gutjahr G, Kramar R, Harnoncourt F, Oberbauer R. Cost-effectiveness analysis of renal replacement therapy in Austria. *Nephrology Dialysis Transplantation*. setembro de 2011;26(9):2988–95.
16. Garg AX, Kiberd BA, Clark WF, Haynes RB, Clase CM. Albuminuria and renal insufficiency prevalence guides population screening: Results from the NHANES III. *Kidney Int*. 2002;61(6):2165–75.
17. Marinho AWGB, Penha A da P, Silva MT, Galvão TF. Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Cad Saude Colet*. 9 de outubro de 2017;25(3):379–88.
18. Marinho AWGB, Galvão TF, Silva MT. Prevalence of self-reported chronic kidney disease in adults in the Metropolitan Region of Manaus: A cross-sectional population-based study, 2015. *Epidemiologia e Serviços de Saude*. 2020;29(1).
19. IBGE. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio Contínua. 2022.