

Epidemiologia e Políticas Públicas de Saúde

ORGANIZADORES

GUILHERME BARROSO L. DE FREITAS

GUILHERME AUGUSTO G. MARTINS

Edição 2

EP
EDITORA
PASTEUR



Epidemiologia e Políticas Públicas de Saúde

ORGANIZADORES

GUILHERME BARROSO L. DE FREITAS

GUILHERME AUGUSTO G. MARTINS

Edição 2


EDITORA
PASTEUR

Copyright © 2021 por Editora Pasteur

Os pontos de vista dos capítulos são de responsabilidade dos seus respectivos autores, não refletindo necessariamente a posição da Editora Pasteur ou da sua equipe editorial.

Editor Chefe

Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas

Corpo Editorial

Dr. Alaércio Aparecido de Oliveira

Dra. Aldenora Maria Ximenes Rodrigues

Bruna Milla Kaminski

Dr. Daniel Brustolin Ludwig

Dr. Durinézio José de Almeida

Dr. Everton Dias D'Andréa

Dr. Fábio Solon Tajra

Francisco Tiago dos Santos Silva Júnior

Dra. Gabriela Dantas Carvalho

Dr. Geison Eduardo Cambri

MSc. Guilherme Augusto G. Martins

Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas

Dra. Hanan Khaled Sleiman

MSc. Juliane Cristina de Almeida Paganini

Dr. Lucas Villas Boas Hoelz

MSc. Lyslian Joelma Alves Moreira

Dra. Márcia Astrês Fernandes

Dr. Otávio Luiz Gusso Maioli

Dr. Paulo Alex Bezerra Sales

MSc. Raul Sousa Andreza

Dra. Teresa Leal

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Editora Pasteur, PR, Brasil)

FR862c FREITAS, Guilherme Barroso Langoni de.
Epidemiologia e Políticas Públicas de Saúde / Guilherme
Barroso Langoni de Freitas - 2. ed. - Irati: Pasteur, 2021.
1 livro digital; 461 p.; il.

Modo de acesso: Internet

<https://doi.org/10.29327/542260>

ISBN: 978-65-86700-53-4,

1. Ciências da Saúde 2. Epidemiologia 3. Medicina I. Título.

CDD 610

CDU 601/618

PREFÁCIO

Epidemiologia é a ciência que estuda a distribuição, fatores de risco e soluções de situações específicas relacionadas à saúde. Ela é responsável por realizar a previsão e traçar e estratégia para que populações específicas tenham o suporte de saúde racional e adequado as suas condições. Portanto, todo serviço público ou privado de saúde que priorize a organização deve se debruçar sobre estudos epidemiológicos de qualidade.

Por se caracterizar como uma área extensa e de alta complexidade em algumas interpretações e coletas de dados, a Epidemiologia é essencialmente multidisciplinar. Por conseguinte, a Editora Pasteur selecionou um conjunto de trabalhos desenvolvidos por estudos e profissionais de diferentes áreas da saúde. Com isso, a Coleção Epidemiologia e Políticas Públicas de Saúde chega a sua segunda edição com estudos atuais, renovados e que esperamos dar conhecimento e prazer aos seus leitores.

SUMÁRIO

Capítulo 50

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ÓBITOS DECORRENTES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NA REGIÃO SUL DO BRASIL 418

Capítulo 51

SÍFILIS GESTACIONAL E A SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 427

Capítulo 52

COMUNIDADES QUILOMBOLAS E ACESSO À SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: UMA REVISÃO 432

Capítulo 53

PESQUISA DE ESTRUTURAS PARASITÁRIAS NA AREIA DAS PRAIAS DA ILHA DE COTIJUBA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM..... 437

Capítulo 54

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VÍTIMAS DE ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS NO BRASIL NOS ANOS DE 2015-2021 444

CAPÍTULO 50

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ÓBITOS DECORRENTES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NA REGIÃO SUL DO BRASIL

Palavras-chave: Rins; Patologia; Insuficiência Renal Crônica; Doenças Crônicas Não Transmissíveis

NATHAN DZIVENKA VIEIRA¹
VICTOR THOLKEN²
VERIDIANA GOMES¹
FERNANDA MARIA DE SOUZA¹
GISLAINE SILVEIRA DE LIMA¹
GIOVANNA CARSTENS CASTELLANO³
RODRIGO OTÁVIO DE FARIA³
BEATRIZ ESSENFELDER BORGES⁴

Health Care
Doctor
Hospital
Pharmacist
Nurse
Dentist
First Aid
Surgeon
Emergency

1. Discente - Enfermagem do Centro Universitário Santa Cruz de Curitiba.
2. Discente - Medicina das Faculdades Pequeno Príncipe.
3. Docente - Departamento de Saúde do Centro Universitário Santa Cruz de Curitiba.
4. Docente - Departamento Medicina das Faculdades Pequeno Príncipe e do Departamento de Saúde do Centro Universitário Santa Cruz de Curitiba.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) pode ser definida como uma condição de lenta e progressiva evolução, na qual uma série de lesões interferem no correto funcionamento dos rins, estas lesões são provocadas por outras doenças, as nefropatias. Em seu estado mais avançado, o quadro é chamado de insuficiência renal crônica (IRC), situação que afeta duramente a qualidade de vida dos pacientes, isso ocorre devido ao desenvolvimento da síndrome urêmica, cuja manifestação ocasiona sintomas como a irritabilidade, tremores, miopatias, hipertensão arterial, entre outros (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

A presença de lesão renal pode ser detectada precocemente pela presença de microalbuminúria, um moderado aumento de excreção de albumina na urina (30 - 300 mg/dia). Desta forma o diagnóstico da DRC é feito a partir da detecção da redução na taxa de filtração glomerular (TFG), evidenciada pela consequente proteinúria (COSTA & RAMÔA, 2018).

Apesar dos evidentes avanços da terapia hemodialítica, e o aumento da sobrevida dos pacientes, outros fatores envolvem o tratamento, principalmente no que concerne à qualidade de vida dos que se encontram submetidos ao regime terapêutico. Severas mudanças são necessárias e englobam principalmente restrições alimentares e hídricas, assim como o uso intermitente de medicamentos e questões psicossociais devido ao aumento da dependência de familiares (PEREIRA & GONÇALVES, 2019).

Entre outros fatores envolvidos no emprego da terapia renal de substituição, estudos evidenciaram a presença de impactos

negativos sobre a saúde geral do paciente. A doença mesmo em tratamento afeta negativamente o sistema cardiorrespiratório e musculoesquelético, interferindo desta forma na saúde física e mental do mesmo (FASSBINDER *et al.*, 2015).

A DRC demonstra ser um importante objeto de estudo, devido a sua considerável prevalência na população mundial. Segundo dados da OMS, cerca de 1,5% das mortes no ano de 2012 foram devido a esta condição, a qual também está listada entre as principais causas de morte no mundo ocupando a décima quinta posição. Possui uma taxa de mortalidade de 12,2/100.000 pessoas, e desde 1990 apenas as mortes por complicações do HIV aumentaram mais que as mortes por DRC (WEBSTER *et al.*, 2017).

Os pacientes submetidos à terapia dialítica possuem uma elevada taxa de mortalidade, e um dos principais fatores são problemas de ordem cardiovascular, afetando cerca de 40% desta população (destaca-se o infarto agudo do miocárdio [IAM] entre estas, sendo responsável por cerca de 20% dos óbitos), seguido por outras causas como a sepse, as neoplasias e a desnutrição entre outras não definidas (PERES *et al.*, 2010).

Vários estudos demonstram uma alta incidência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) nos pacientes acometidos pela DRC (COSTA & RAMÔA, 2018; PERES *et al.*, 2010). A maioria desta população consiste em homens, ressaltando uma tendência já demonstrada em estudos comparativos anteriores, que estes são mais vulneráveis a doenças crônicas graves, de forma a possuir também uma morbimortalidade maior que as mulheres, fator que pode estar fortemente associado a questões culturais ligadas ao preconceito e ao machismo (SANTANA *et al.*, 2019).

No Brasil, estimativas da prevalência da DRC são incertas, pois poucos artigos trabalham os dados epidemiológicos. O conhecimento da prevalência da DRC entre os brasileiros ajudaria a melhorar o planejamento de ações preventivas e assistenciais e diminuir a taxa de mortalidade desses pacientes (MARINHO *et al.*, 2016). Isso devido ao fato de ser uma doença de evolução silenciosa, de prognóstico negativo e tratamento de custos elevados (REZENDE *et al.*, 2021).

Haja vista o exposto, o objetivo deste trabalho foi realizar uma análise epidemiológica através de dados públicos do perfil dos pacientes que foram a óbito por DRC na região sul do Brasil, durante os anos de 1996 a 2017.

MÉTODO

A metodologia utilizada foi uma análise descritiva-exploratória realizada no mês de dezembro de 2019 com dados que constam no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (BRASIL, 2021) através da ferramenta TABNET, utilizando dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Os dados encontrados no SIM são alimentados pelas Secretarias de Saúde com as informações contidas nas Declarações de Óbitos emitidas pelos cartórios, e geridas pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Os dados populacionais foram obtidos através do banco de dados do IBGE e DATASUS.

Os dados de mortalidade coletados no SIM, são classificados de acordo com a 10ª Revisão de Classificação Internacional de Doença – CID-10, sendo então utilizado o

N18 que codifica os óbitos IRC, em uma faixa de 10 anos, nos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Foram obtidos dados de mortalidade devido a esse quadro clínico de forma geral (total por estado), por sexo biológico (feminino e masculino), e por faixa etária. As categorias de faixa etária utilizadas foram, em anos: 0 a 1, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, 80 ou mais, idade ignorada.

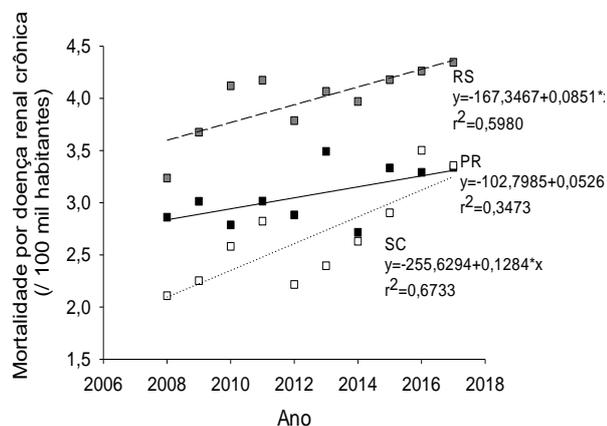
Foram realizados cálculos proporcionais destas mortalidades, para 100 mil habitantes, para cada estado, sendo que os dados referentes às populações foram obtidos no site do IBGE (2020).

Os dados coletados foram tabulados em planilhas eletrônicas do programa Excel® (2019). A análise descritiva foi realizada pelo programa estatístico *R Core Team*® (2020) avaliando regressão linear e a inclinação da reta (b1) resultante de cada regressão foi utilizado como parâmetro de ritmo de crescimento dos óbitos por DRC ao longo do período avaliado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em todas as situações avaliadas, houve aumento do número de óbitos por DRC ao longo do período avaliado. A mortalidade geral registrada na região sul do Brasil, entre os anos de 2008 e 2017, apresentou maior inclinação da reta de regressão no Estado de Santa Catarina (0,1284), seguido pelo Rio Grande do Sul (0,0851), por fim o Paraná, estado com menor inclinação da reta (0,0526). Dados demonstrados na Figura 50.1.

Figura 50.1. Mortalidade geral de pacientes por DRC na região Sul do Brasil entre os anos de 2008 e 2017



Legenda: As retas das regressões lineares foram traçadas para cada estado. Paraná está representado por quadrados pretos e a reta contínua; Santa Catarina está representada por quadrados brancos e a reta pontilhada, e o Rio Grande do Sul está representado pelos quadrados cinzas e pela reta tracejada.

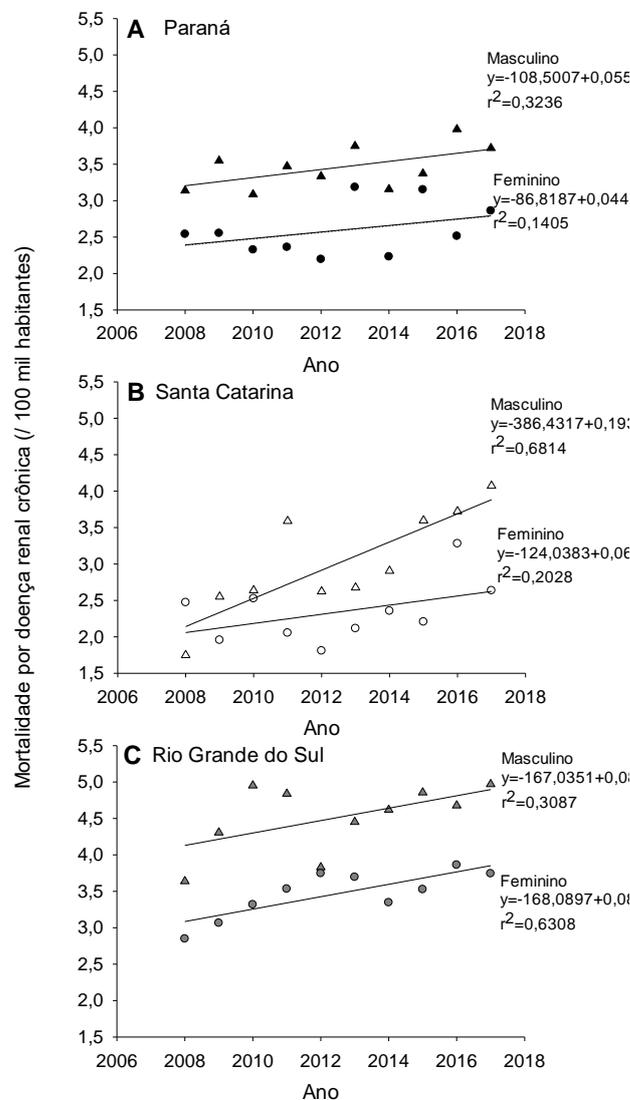
No estado do Paraná, a inclinação da reta do sexo biológico masculino (0,0556) foi maior à do sexo biológico feminino (0,0444). Em Santa Catarina, esse mesmo padrão foi encontrado, porém ainda mais acentuado, com inclinação da reta de 0,1935 para o sexo biológico masculino, e de 0,0628 para o feminino. No Rio Grande do Sul, a inclinação da reta foi de 0,0852 para ambos os sexos biológicos (Figura 50.2).

O acumulado de óbitos por DRC mostrou que a mortalidade aumenta com o avançar da idade (Figura 50.3), sendo a maior inclinação da reta presente no Rio Grande do Sul (87,6099), seguida por Santa Catarina (33,4835), e então pelo Paraná (60,6319).

O aumento do número de óbitos por IRC possui fatores epidemiológicos e sociais envolvidos. Em relação à epidemiologia, é previsto um aumento no número de óbitos por conta do envelhecimento da população

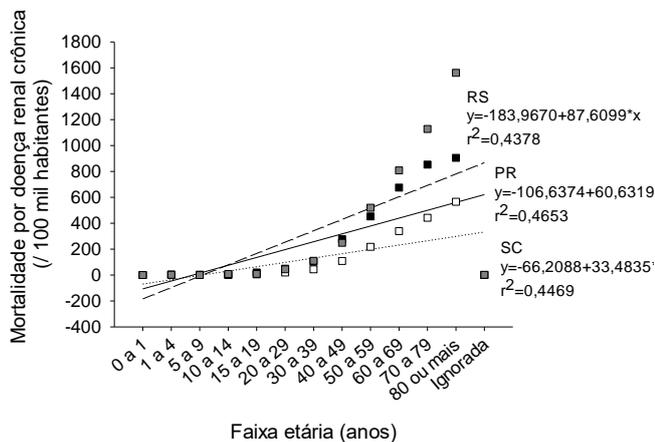
(SOUZA JÚNIOR *et al.*, 2019), a pirâmide etária demonstra que o funil das maiores idades está mais largo em 2017, que em 2008 (IBGE, 2020).

Figura 50.2. Mortalidade de pacientes por DRC nos estados do Paraná (A), Santa Catarina (B) e Rio Grande do Sul (C), da região Sul do Brasil, entre os anos de 2008 e 2017, por sexo biológico



Legenda: Masculino (▲) e Feminino (○). As retas das regressões lineares foram traçadas para cada estado e sexo biológico.

Figura 50.3. Mortalidade acumulada de pacientes por DRC na região Sul do Brasil entre os anos de 2008 e 2017, por faixa etária



Legenda: As retas das regressões lineares foram traçadas para cada estado. Paraná está representado por quadrados pretos e a reta contínua; Santa Catarina está representada por quadrados brancos e a reta pontilhada, e o Rio Grande do Sul está representado pelos quadrados cinzas e pela reta tracejada.

Com o envelhecimento da população surgem comorbidades inerentes a população geriátrica, sendo as mais comuns: HAS e diabetes mellitus tipo 1 (DM1) (PINHO *et al.*, 2015), ambas patologias estão fisiologicamente ligados a complicações da DRC (SARMENTO *et al.*, 2018).

O processo hipertensivo envolve alterações funcionais e estruturais dos rins, pois causam lesões vasculares, associado à hiperglicemia da DM1, configura um prognóstico desfavorável (JÚNIOR *et al.*, 2017). Em se tratando de patologias cardiovasculares, as quais compreendem 60% dos óbitos em escala global associado a IRC, temos à pressão alta associada ao colesterol alto ou glicemia alta, padrão da diabetes mellitus, como maiores vilões (RASHIDI *et al.*, 2008, DANAEI *et al.*, 2014), isso porque a insuficiência renal está diretamente ligada a problemas cardíacos, visto que temos o

sistema renina-angiotensina-aldosterona, portanto um leva ao outro e vice-versa, mas em termos de óbito, a primeira patologia a surgir é a insuficiência, que será agravada caso possua alguma das comorbidades citadas anteriormente (BONDUGULAPATI & SHANDILYA, 2015).

A análise das principais causas de morte revela doenças fortemente influenciadas pelo aumento da população e seu envelhecimento (LOZANO *et al.*, 2012). O primeiro estudo de carga de doenças para a população do Brasil, realizado em 1998, já revelava que as doenças crônicas não transmissíveis eram responsáveis por 66,3% da carga de doença no país, seguidas das doenças infecciosas (23,5%) e causas externas (10,2%), com notável carga de incapacidade gerada pelas doenças neuropsiquiátricas (SCHRAMM *et al.*, 2004). A DRC é, em parte, associada à detecção tardia e manejo inadequado do diabetes e da hipertensão (BASTOS *et al.*, 2010, MARINHO *et al.*, 2016). As principais causas básicas de morte tendo a IRC como causa associada foram as doenças circulatórias e endócrinas, nutricionais e metabólicas, com ênfase para as doenças hipertensivas e o diabetes, corroborando outros estudos.

Apesar da grande importância, existem poucos artigos científicos que analisam a IRC no Brasil. Por ser uma doença de fase terminal ou avançada de uma sequência de patologias que leva à morte, essa causa é usualmente preterida em relação às demais. Assim, aparece com pouca frequência nas estatísticas oficiais de mortalidade, geradas a partir do SIM, com base nos dados da Declaração de Óbito (DO) (REZENDE *et al.*, 2021).

Tendo em vista que as estatísticas agrupadas de mortalidade retratam informações apenas da causa básica de morte, selecionada entre todas as causas informadas

na DO, muitos diagnósticos mencionados nessa declaração não aparecem como causa básica, por determinação das regras de seleção da classificação internacional das doenças. Assim estudos limitados ao enfoque de causa básica, por negligenciarem determinados diagnósticos, podem deformar a magnitude de algumas doenças e afetar a tendência de outras. Para as mortes em que muitas alterações patológicas são mencionadas a análise sob a perspectiva de causas múltiplas é a mais apropriada por considerar todas as menções informadas na DO, inclusive a causa básica (REZENDE *et al.*, 2021).

Entretanto, a utilização das causas múltiplas seria uma análise mais fidedigna do porquê da diferença de mortalidade entre os Estados do Sul do Brasil. E a percepção de morte crescente refletiria de forma mais real. O que podemos perceber nos dados do artigo é que houve um aumento do número de óbitos renais nos três Estados, ficando o Rio Grande do Sul com a maior taxa.

No quesito epidemiológico, é esperado que o número de afetados seja maior no sexo masculino, como visto nos resultados, pois nesse gênero existe fortemente a cultura da negação de patologias, sendo a ausência de busca por profissionais da saúde muito comum (BIDINOTTO *et al.*, 2016; CARNEIRO *et al.*, 2019), não aderir a tratamentos preventivos aumenta consideravelmente o desenvolvimento de doenças crônicas. Em relação à IRC temos outros ponto, seus sintomas são silenciosos e mal definidos, tardando ou evitando ainda mais a busca por assistência, em geral esses sintomas são: cansaço, apetite reduzido, câimbras noturnas, pele seca e irritada e maior frequência urinária (GUEDES & GUEDES, 2012).

Outro ponto do aumento acelerado de óbitos no Rio Grande do Sul (RS), em relação a diminuição do Paraná (PR), pode estar relacionado com a faixa etária populacional, pois a população idosa, mais prevalente nos casos de IRC, é maior no RS, compreendendo um total de 994.613 pessoas com mais de 65 anos, enquanto o PR comporta apenas 575.124 pessoas com mais de 65 anos, de acordo com dados coletados pelo IBGE (2020).

Analisando estes dados em relação a outros estudos vemos que há similaridade já que as idades dos pacientes com insuficiência renal se correspondem. Como foi visto no estudo feito por Piccolli *et al.* (2017) no Sul do Brasil, apresentando uma média de idades de 45 anos (faixa variando de 18 a 87 anos). Assim como observou o estudo de Vaz *et al.* (2020) feito no Estado do Amazonas com uma frequência maior de pacientes com idade superior a 50 anos. Já Sarmento *et al.* (2017) e Souza *et al.* (2020), que fizeram seus estudos na região Nordeste e Sudeste respectivamente, observaram que na faixa etária de 60 a 69 anos havia maior frequência de pacientes com DRC, cerca de vinte e dois por cento (22,02%) em ambos os estudos.

O que fica claro com a análise dos dados é a necessidade de aumentar a informação sobre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), pois essas são disparadores de Insuficiência Renal. Apesar da possibilidade de prevenção, as DCNT permanecem como um dos maiores desafios enfrentados pelos sistemas de saúde nos dias atuais. Tanto em relação ao controle como em relação ao custo para o SUS. Assim, promoção de saúde e prevenção primária são as palavras-chave para tentarmos diminuir o número de óbitos de insuficiência renal no Brasil.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentados revelam que a IRC aumenta em todo o sul do Brasil, em especial no estado do Rio Grande do Sul devido à grande parcela de idosos residentes no estado.

Além de demonstrar a prevalência de óbitos entre os gêneros, o qual é mais inclinado para os homens, muito por causas

culturais intrínsecas ao mundo estigmatizado masculino, em que ir regularmente ao médico possa demonstrar fraqueza.

Com o estudo apresentado é factível tanto aos profissionais, quanto aos leitores, a busca pela saúde primária, questão tão buscada pelo SUS, para a prevenção de patologias primárias ou complicadoras da IRC, como a HAS e a DMI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 16, p. 307, 2010.

BIDINOTTO, D.N.P.B. *et al.* A saúde do homem: Doenças crônicas não transmissíveis e vulnerabilidade social. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 24, e2756, 2016.

BONDUGULAPATI, L.N.R. & SHANDILYA, S. Chronic kidney disease and cardiovascular disease. *Current Opinion in Lipidology*, v. 26, p. 353, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Sistema de Informação de mortalidade/DATASUS. 2012. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Acesso em: 13 fev. 2021.

CARNEIRO, V.S.M. *et al.* Saúde Do Homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. *Arquivos de Ciências Da Saúde Da UNIPAR*, v. 23, p. 35, 2019.

COSTA, P. & RAMÔA, A. Lesão renal em doentes com hipertensão arterial: estudo em cuidados de saúde primários na região de Braga. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, v. 34, p. 242, 2018.

DANAEI, G. *et al.* Cardiovascular disease, chronic kidney disease, and diabetes mortality burden of cardiometabolic risk factors from 1980 to 2010: A comparative risk assessment. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, v. 2, p. 634, 2014.

FASSBINDER, T.R. *et al.* Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica pré-dialítica e em hemodiálise - Um estudo transversal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 37, p. 47, 2015.

GUEDES, K.D. & GUEDES, H.M. Qualidade de vida do paciente portador de insuficiência renal crônica. *Ciência & Saúde*, v. 5, p. 48, 2012.

IBGE. Censo 2020. Disponível em: <https://censo2020.ibge.gov.br/>. Acesso em: 13 fev. 2021

JÚNIOR, D.F.C. *et al.* Prevalência De Hipertensão Arterial Sistêmica E Diabetes Melitus Em Pacientes Com Doença Renal Crônica Em Ambulatório De Cardiologia. *Revista Cereus*, v 9, p. 2, 2017.

LOZANO, R. *et al.* Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, v. 80, p. 2095, 2012.

MARINHO, F. *et al.* Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, p. 713, 2016.

NASCIMENTO, L.C. *et al.* Efetividade do exercício físico na insuficiência renal crônica. *Fisioterapia em Movimento*, v. 25, p. 231, 2012.

PEREIRA, C.V.L. & GONÇALVES, I.C. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em terapêutica hemodialítica. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 32, p. 267, 2019.

PERES, L.A.B. *et al.* Estudo epidemiológico da doença renal crônica terminal no oeste do Paraná: uma experiência de 878 casos atendidos em 25 anos. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 32, p. 51, 2010.

PICCOLLI, A.P. *et al.* Prevalência de doença renal crônica em uma população do sul do Brasil (Estudo Pró-Renal). *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 39, p. 2, 2017.

PINHO, N.A. *et al.* Prevalence and factors associated with chronic kidney disease among hospitalized patients in a university hospital in the city of São Paulo, SP, Brazil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia: órgão Oficial de Sociedades Brasileira e Latino-Americana de Nefrologia*, v. 37, p. 91, 2015.

RASHIDI, A. *et al.* The Case for Chronic Kidney Disease, Diabetes Mellitus, and Myocardial Infarction Being Equivalent Risk Factors for Cardiovascular Mortality in Patients Older Than 65 Years. *American Journal of Cardiology*, v. 102, p. 1668, 2008.

REZENDE, E.M., *et al.* Mortalidade relacionada à insuficiência renal crônica no Brasil: um estudo usando causas múltiplas de morte. *Revista Ibero- Americana de Humanidades, Ciências e Educação- REASE*, v. 7, p. 29, 2021.



Capítulo 50

Epidemiologia e Políticas Públicas de Saúde

SANTANA, N.F. *et al.* Autocuidado com fístula arteriovenosa em terapia renal substitutiva. São Paulo: Revista Recien, v. 9, p. 60, 2019.

SARMENTO, L.R. *et al.* Prevalência de causas primárias clinicamente validadas de doença renal em estágio terminal (ESRD) em uma capital estadual. Jornal Brasileiro de Nefrologia, v. 40, p. 130, 2018.

SCHRAMM, J.M.A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, v. 9, p. 897, 2004.

SOUZA JÚNIOR, E.V. *et al.* Epidemiologia da morbimortalidade e custos públicos por insuficiência renal TT - Morbidity-mortality epidemiology and public costs of kidney failure. Revista de Enfermagem. UFPE, v. 13, p. 647, 2019.

SOUZA, A.C.S.V. *et al.* Perfil epidemiológico da morbimortalidade e gastos públicos por Insuficiência Renal no Brasil. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, v. 9, p. 3, 2020.

VAZ, D.W.N. *et al.* Análise epidemiológica da insuficiência renal crônica no Estado do Amazonas. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, v. 9, p. 3, 2020.

WEBSTER, A.C. *et al.* Chronic Kidney Disease. The Lancet, v. 389, p. 1238, 2017.

ÍNDICE REMISSIVO

- Acadêmico de Medicina*, 240
Acesso aos Serviços de Saúde, 363
Acidente, 420
Acidentes, 192
Adultos, 92
AIDS, 133
AINE's, 103
Álcool, 122
Analgesia, 202
Animais Peçonhentos, 41, 420
Ansiedade, 153
Assistência, 342
Atenção Básica, 62, 211, 342
Atenção Básica à Saúde, 249
Atenção Primária à Saúde, 321
Automedicação, 103
Belém do Pará, 92
Brasil, 420
Câncer de Pele, 328
Cárcere, 78
Cardiopatias, 268, 350, 383
Cidadania, 116
Colonoscopia, 110
Comorbidades, 211
Complicações, 335
Consentimento Presumido, 128
Coronavírus, 12, 50, 378
Covid-19, 12, 110, 162, 240, 268, 316, 321, 335, 350, 383
Cura, 413
Depressão, 211
Desigualdade Social, 116
Diabetes Mellitus tipo 2, 335
Direitos Básicos, 116
Doença Infecciosa, 22
Doenças Crônicas Não Transmissíveis, 418
Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), 321
Doenças Endêmicas, 1
Dor, 202
Dor Crônica, 62
Efeitos Colaterais, 103
Enfermagem, 285
Ensino Híbrido, 240
Epidemiologia, 1, 12, 29, 41, 56, 122, 145, 168
Esquizofrenia, 342
Estruturas Parasitárias, 437
Estudantes, 50
Exercício Físico, 249
Fisiopatologia, 68
Flebotomíneos, 395
Fotoeducação, 328
Fotoexposição, 328
Gestação, 22
Hanseníase, 1, 56
Hepatopatia Gordurosa não Alcoólica, 185
Hepatopatias, 185
Hipertensão Arterial Sistêmica, 285
HIV, 133
Homossexualidade, 133
Idoso, 306
Idosos, 168, 262
Incidência, 29, 56, 371
Infância, 192
Infecções por HTLV, 92
Infecções Contagiosas, 78
Insuficiência Cardíaca, 168
Insuficiência Renal, 262
Insuficiência Renal Crônica, 418
Interações, 268, 383
Interações Hospitalares, 35
Judicialização, 277
Lei, 128
Leishmania spp., 395
Leptospira interrogans, 68
Leptospirose, 68
Leve, 413
Loxoscele, 413
Malária, 35
Medicamentos, 277
Mortalidade, 192, 262, 306
Mulher Violentada, 226
Neoplasia de Cólon, 110
Neoplasias, 306
Nordeste, 296
Obtenção de Órgãos e Tecidos, 128
Paciente Assintomático, 162
Pandemia, 316, 378
Pandemia da Covid-19, 153
Parasitas, 437
Patologia, 418
Pediatria, 185
Pessoa Idosa, 174
Plasmodium vivax, 35
Pneumonia Silenciosa, 162
Políticas, 378
Políticas Públicas, 174
População em Situação de Rua, 363
Povos Tradicionais, 432
Prevalência, 29, 202
Profissionais da Saúde, 153
Promoção da Saúde, 249
Psicológico, 50
Qualidade de Vida, 427
Quilombolas, 432
Revisão, 296
Rins, 418
Risco, 427
Sarampo, 145, 371
Saúde Coletiva, 174
Saúde da Mulher, 226
Saúde Mental, 342
Saúde Pública, 116, 226, 277, 363, 395, 432
Sífilis, 22, 427
Sintomas, 350
Sistema de Informação de Saúde, 41
Sistema Prisional, 78
Sistemas de Informação, 62
Solo, 437
Transtornos Mentais, 122
Trypanosoma cruzi, 296
Tuberculose, 29, 78
Unidade de Pronto Atendimento, 285
Vacinação, 145, 371
Violência Doméstica, 316
Vulnerabilidade, 404
Vulnerabilidade em Saúde, 404, 432
Vulnerabilidade Sexual, 404