



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

SABRINA TAYANE BEZERRA MEDEIROS

**ESTILO DE VIDA DE ADOLESCENTES ESCOLARES E A PREVENÇÃO DA
DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC): UM ESTUDO DE REVISÃO**

FORTALEZA
2018

SABRINA TAYANE BEZERRA MEDEIROS

**ESTILO DE VIDA DE ADOLESCENTES ESCOLARES E A PREVENÇÃO DA
DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC): UM ESTUDO DE REVISÃO**

Projeto de Pesquisa submetido à Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dr. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro.

Fortaleza
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- B469e Bezerra Medeiros, Sabrina Tayane.
ESTILO DE VIDA DE ADOLESCENTES ESCOLARES E A PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC): UM ESTUDO DE REVISÃO / Sabrina Tayane Bezerra Medeiros. – 2018.
51 f. : il.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2018.
Orientação: Profa. Dra. Patricia Neyva da Costa Pinheiro.
1. Adolescentes. 2. Estudantes. 3. Fatores de risco. 4. Estilo de vida. 5. Insuficiência Renal Crônica. I. Título.

CDD 610.73

SABRINA TAYANE BEZERRA MEDEIROS

**ESTILO DE VIDA RELACIONADO À SAÚDE DE ADOLESCENTES ESCOLARES
PARA PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)**

Projeto de Pesquisa submetido à Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, em dezembro de 2018. Como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dr. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Enfermeira Patrícia Neyva da Costa Pinheiro (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Ms. Enfermeiro Paulo Henrique Alexandre de Paula.
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Ms. Enfermeira Maria Isabelly Fernandes da Costa
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

As quatro mulheres da minha vida: vó Maria de Fátima, mãe Francisca Solange, tia Maria Cleuta e irmãzinha Jully Dafne.

AGRADECIMENTOS

Esse estudo só foi possível, pois em 2013 uma mãe solo, impulsionou o sonho ambicioso de uma adolescente de 17 anos, estudante de escola pública, residente da periferia de Fortaleza, em cursar uma universidade pública na área da saúde, apesar de ter ouvido diversas vezes que esse sonho não seria possível. Assim, agradeço a minha mãe, dona Solange, por não ter deixado que eu me contentasse com o esperado e ter sempre me estimulado, ressaltando que tinha potencial para ser o que desejasse ser. E principalmente por ter me dito para escolher Enfermagem, pois com toda a certeza eu não poderia estar em outro lugar.

Logo, se da pra perceber como fui privilegiada ao longo desses 5 anos de graduação, pois o meu ingresso se deu pelo sistema de cotas, tão desvalorizado por alguns, mas, extremamente importante para mim, pois foi nele eu não estava em desvantagem por ser de escola pública e tive o direito de pleitear uma vaga na universidade de maneira justa, concorrendo com estudantes que tinham as mesmas condições que eu.

Mas, meus privilégios não param no fato de eu ser uma estudante cotista, além disso, eu tive a sorte de não precisar trabalhar durante a escola ou durante a universidade. E isso, foi devido a minha avó, dona Fatima, que apesar de não achar a faculdade tão importante assim passou a ter orgulho de dizer que tinha uma neta “enfermeira federal” e sempre se dispôs a me manter na universidade, foi ela quem me alimentou, me vestiu, financiou materiais de estudos, matérias para práticas, minha condução, minha participação em eventos acadêmicos e a minha participação nas confraternizações que aconteceram durante todos esses anos, claro que nada disso foi de maneira luxuosa, mas foi de maneira honesta e nunca me faltou nada. Essa mulher que não teve a oportunidade de estudar, pois teve que trabalhar e cuidar de seu marido e filhos desde muito cedo, quis que eu tivesse condições diferentes das dela, quis que eu pudesse decidir meu futuro e depender unicamente de mim e nunca esperou nada em troca além da minha felicidade e independência, como ela sempre falou: “Marido é hoje e não é amanhã, por isso estude pra você depender só de você!” Então, obrigada minha gatinha, por todas as orações, pedidos, promessas e por toda a fé que a senhora manteve em Deus e em mim para chegarmos até aqui.

Agradeço a minha tia Cleuta, por ter dado todo o apoio que pode dar nesses anos, por sempre relembrar a vó que a faculdade é importante, quando ela se aborrecia e dizia que eu deveria parar de estudar. Risos. E por ser também, um grande exemplo de mulher com um coração tão bom e tão puro.

Gratidão também a minha irmã, que no auge dos seus 10 anos de vida, já me disse tantas vezes para manter a calma e acreditar que ia conseguir, por ter em mim um exemplo e por me

achar superinteligente. Risos. Meu maior desejo é poder continuar sendo essa pessoa que você acredita que eu seja.

No mais, sou grata por todos da minha família, Gerlan, Jarlan, Juliana, Tio Jarbas, Tia Neide, Jobson e Tio Helder, por todas as vezes que comemoraram comigo cada pequena vitória e por todas as vezes que vocês se dedicaram ou se sacrificaram para que eu pudesse continuar estudando. Amo todos vocês e espero um dia retribuir tudo que fizeram por mim.

Ainda dentro do contexto de família, lógico que eu ia encontrar uma dentro da faculdade, logo no primeiro semestre eu encontrei as minhas melhores amigas e companheiras de busca da saída da caverna do dragão que é a universidade. Então, Vitória, Melissa e Tayanne, se considerem muito sortudas por terem convivido comigo todos esses anos, pois eu me considero muito sortuda por ter tido vocês em todos os momentos, por terem me acalmado durante as crises de ansiedade, por sempre me lembrarem de acreditar e confiar em mim, por terem se tornando amigas pra além da caverna.

Quero agradecer especialmente a Tayanne Magalhães, por ter se tornado minha irmã, a minha pessoa, por não ter deixado as nossas diferenças serem maiores que a nossa amizade, por todos os conselhos, orientações, auxílios e por todo o amor e carinho que sempre demonstrou por mim. Nós crescemos muito, crescemos juntas e você é um exemplo de perseverança e superação.

Também ganhei mais membros pra minha família de amigos da faculdade com a ocupação do departamento de enfermagem e com o Centro Acadêmico, onde eu conheci pessoas que me acolheram e estão comigo até hoje. A primeira delas é Eva, eu nunca fui tão compreendida por alguém como eu fui por ela, através dela tive a oportunidade de amadurecer politicamente e entender o que eu desejo para minha carreira e para o futuro da nossa profissão. Além do crescimento político, ela me mostrou inúmeras vezes o meu valor e a minha importância, sempre me estimulando a superar as minhas dificuldades e confiando em mim. Você é minha irmã mais velha, que cuida, que orienta e que puxa a minha orelha quando é preciso. Obrigada por ter sido minha referência de força e resistência.

Também sobreviventes da ocupação, quero agradecer a Gabrielle Sampaio e ao Johnatan Lima, por também estarem ao meu lado durante todo esse tempo, por terem ouvido diversas vezes as minhas lamentações quanto a monografia e por terem me dito sempre que tudo ia dar certo. Eu amo muito vocês dois. Vocês são mais um exemplo de força, resistência e persistência. Obrigada por tudo!

Também sou muito grata a vocês dois, Rayane e Luan, por sempre me ouvirem, me acalmarem e me lembrarem do meu potencial. Não tem nada mais gratificante de ver vocês

crescendo e se desenvolvendo na enfermagem, certeza que serão profissionais maravilhosos. Eu amo vocês demais.

De modo geral, quero agradecer aos meus companheiros da turma T74. Nossa turma sempre foi conhecida como a turma dos destruidores, fato, pois são todos verdadeiros guerreiros, que enfrentaram todos os tipos de adversidades para concluir a graduação, nós reinventamos tradições dentro do departamento, lutamos para melhoria do nosso curso e tudo sempre foi feito com bom humor e muito senso crítico, sou muito grata por ter construído meu sonho ao lado de vocês. Gratidão T74!

Agora venho agradecer a minha mãe, professora Patrícia Neyva, minha orientadora desde 2015, que confiou em mim, que me estimulou, que sentiu orgulho de mim e que como toda mãe sabe fazer um filho trilhar seu caminho com responsabilidade. Eu tenho muita dificuldade em falar, em me expressar e talvez eu nunca tenha demonstrado completamente a minha gratidão e meu amor pela senhora, eu só pude compreender a universidade e o que é ser enfermeira através da oportunidade que a mim foi concedida no Projeto AIDS: educação e prevenção. Foi através dele que conheci a extensão e pude me apaixonar pela atuação dentro das escolas, onde pude aprender outra realidade, pude aprender a lidar com um público que quase ninguém quer trabalhar e pude crescer na medida que, compartilhava conhecimentos com esses alunos da extensão.

Como orientadora desses estudo professora Patrícia, eu só posso dizer obrigada, a senhora foi de tamanha paciência, cuidado e amor, que foram fundamentais para esse resultado. O que me faltou de constância sobrou na senhora de compreensão. Muito obrigada, por ser exemplo de profissional e por ter me acolhido como filha nessa caminhada.

Também tenho o sentimento de gratidão imensurável pelo professor Paulo Henrique, que me acompanhou nessa caminhada árdua que foi a construção desse trabalho. O senhor tem características que foram fundamentais para mim, por isso muito obrigada por toda a paciência e disposição em compartilhar comigo a sua experiência e conhecimento. O senhor foi um verdadeiro anjo da guarda nessa caminhada, me estimulando a dar o melhor de mim.

Mais um presente que o Projeto AIDS me deu, foi ter conhecido a mestre Isabelly. Nós duas entramos na mesma época no projeto e amadurecemos juntas, lógico, que cada uma de acordo com o seu lugar. Eu pude acompanhar e sentir muito orgulho da profissional que você se tornou, você é um exemplo pra mim! Obrigada por todas as orientações que você me deu e por também estar sempre me acalmando e dizendo que iria conseguir.

Por fim, quero agradecer a Deus, pois a quantidade de anjos da guarda que ele enviou para cuidarem de mim enquanto traçava meu caminho dentro da universidade foram de

imensurável importância. Sou muito grata a ti, Senhor, pois tenho a melhor família de sangue que pude ter, tive a melhor família do melhor projeto que pude conhecer e tive os melhores amigos que pude conhecer.

Também quero agradecer a mim, por não ter desistido, por ter conseguido chegar até aqui e por saber que irei continuar a minha caminhada com a força que recebi durante todos esses anos.

RESUMO

A doença renal crônica (DRC) é caracterizada por anormalidades nas estruturas, déficit nas funções renais por período igual ou superior a três meses, que geram danos progressivos e irreversíveis. Possui sua etiologia correlacionada a demais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e junto á elas causam 70% das mortes no mundo. Sendo causada por fatores de risco modificáveis, como tabagismo, hábitos alimentares, obesidade, abuso de bebidas alcoólicas, entre outros, e não modificáveis como, idade, sexo e genética. Diante do cenário de exposição precoce aos fatores de risco para DRC e para as demais DCNT se faz necessária a identificação da exposição dos adolescentes aos hábitos de vida inadequados e sua influencia ao acometimento a DRC. Sendo os objetivos do presente estudo: identificar evidências científicas sobre os fatores de risco e os estilos de vida em adolescentes escolares que favoreçam a doença renal crônica (DRC) e relacionar os fatores de risco para a doença renal crônica (DRC) e estilos de vida dos adolescentes escolares. Trata-se de uma revisão integrativa (RI) de literatura com estudos primários selecionados nas bases de dados: *CINAHL*, *ADOLEC* e *MEDLINE*, por meio de seis etapas, sendo elas: identificação do tema e definição da questão de pesquisa; definição de critérios exclusão e inclusão e busca da melhor evidência; avaliação crítica dos estudos primários pré-selecionados e selecionados; análise das evidências/estudos selecionados; apreciação dos resultados; e apresentação da síntese produzida. Os resultados foram através de 5 estudos inclusos na RI, onde achou-se que adolescentes com excesso de peso tem tiveram seis vezes mais chance de ter DRC e adolescentes obesos tiveram dezenove mais chances de ter DRC terminal, também foi achado que adolescentes com diabetes mellitus do tipo 2 (DM2) tiveram trinta e nove vezes mais chances de ter DRC terminal quando comparados com adolescentes sem DM2 com Índice de Massa Corporal (IMC) adequado. Pode-se concluir que a doença renal crônica tem seu acometimento relacionado a fatores de risco como diabetes, hipertensão e elevação IMC. Sendo necessários estudos e pesquisas mais voltadas para o público adolescente.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente. Estudantes. Fatores de risco. Estilo de vida. Insuficiência renal crônica.

ABSTRACT

Chronic kidney disease (CKD) is characterized by abnormalities in structures, deficits in renal function for a period of three months or longer, which cause progressive and irreversible damage. It has its etiology correlated to other non-transmissible chronic diseases (DCNT) and together they cause 70% of the deaths in the world. Being caused by modifiable risk factors such as smoking, eating habits, obesity, alcohol abuse, among others, and not modifiable as, age, sex and genetics. In view of the scenario of early exposure to risk factors for CKD and other CNCDs, it is necessary to identify adolescents' exposure to inappropriate life habits and their influence on CKD involvement. The aim of the present study was to identify scientific evidence on risk factors and lifestyles in school adolescents that favor chronic kidney disease (CKD) and to relate risk factors for chronic kidney disease (CKD) and lifestyles of schoolchildren. It is an integrative review (IR) of literature with primary studies selected in the databases: CINAHL, ADOLEC and MEDLINE, through six stages, being: identification of the theme and definition of the research question; definition of exclusion and inclusion criteria and search for the best evidence; critical evaluation of pre-selected and selected primary studies; analysis of selected studies / evidence; assessment of results; and presentation of the synthesis produced. The results were 5 studies included in the IR, where it was found that overweight adolescents have had six times more chance of having CKD and obese adolescents had nineteen more chances of having terminal CKD, it was also found that adolescents with diabetes mellitus of type 2 (DM2) were thirty-nine times more likely to have terminal CKD when compared to adolescents without DM2 with adequate Body Mass Index (BMI). It can be concluded that chronic kidney disease has its involvement related to risk factors such as diabetes, hypertension and elevation BMI. Further studies and research are needed for the adolescent public.

KEYWORDS: Adolescent. Students. Risk factors. Lifestyle. Chronic renal failure.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1- Estratégia PICO	14
Tabela 2 - Descrição dos descritores controlados e palavras-chave de acordo com à estratégia de PICO	15
Tabela 3 - Descrição das estratégias de busca realizadas com os descritores controlados e palavras-chave na base de dados ADOLEC, CINAHALL, e MEDLINE	16
Figura 1 - Fluxograma da busca dos estudos primários nas bases de dados selecionadas.	18

Quadro 1- Distribuição dos estudos primários incluídos na revisão integrativa segundo a ordem cronológica de publicação, título, ano de publicação, tema, periódico e base de dados. 21

Quadro 2 - Distribuição dos estudos primários inclusos na revisão integrativa quanto ao tipo de estudo, autoria, instituições sede, nível de evidência e características de origem.

.....	21
Quadro 3 - Síntese de estudo primário – E01	23
Quadro 4 - Síntese de estudo primário – E02	24
Quadro 5 - Síntese de estudo primário – E03	25
Quadro 6 - Síntese de estudo primário – E04	26
Quadro 7 - Síntese de estudo primário – E05	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes Melitus
DP	Diálise Peritoneal
DRC	Doença Renal Crônica
HD	Hemodiálise
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNPS	Política Nacional de Promoção Da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
TFG	Taxa De Filtração Glomerular
UFC	Universidade Federal Do Ceará
VIGITEL	Vigilância por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVO	5
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	6
3.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	6
3.2 DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	6
3.3 ATENÇÃO BÁSICA E O CUIDADO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	9
3.4 A ADOLESCÊNCIA E A PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	10
4 METODOLOGIA.....	13
4.1 Tipo de Estudo	13
4.2 Identificação do tema e definição da questão de pesquisa	13
4.3 Definição de critérios de exclusão e inclusão e busca da melhor evidência	14
4.4 Extração de informações dos estudos pré-selecionados	17
4.6 Interpretação dos resultados	19
4.7 Apresentação do trabalho	19
4.8 Considerações éticas em pesquisa	19
5 DISCUSSÃO	28
6 CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS	31
ANEXO.....	36

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam o maior agravo de saúde no mundo, geram elevados números de mortes prematuras, diminuem a qualidade de vida, além de repercutir na economia tanto no nível familiar quanto social. Estima-se que cerca de 70% de todas as mortes globais são por DCNT, enquanto no Brasil elas chegam a causar 75% das mortes, afirmando-se como grande problema de saúde pública (MALTA *et al.* 2017).

Possuindo etiologia complexa as DCNT compartilham de fatores de risco modificáveis, como tabagismo, hábitos alimentares, obesidade, consumo de álcool, entre outros, e não modificáveis como, idade, sexo e genética, que estão associados aos determinantes e condicionantes de saúde, acometendo todas as faixas etárias da população, estando sua prevenção associada a qualidade de vida do indivíduo durante todo o ciclo de vida. (BRASIL, 2011; MALTA, 2017; CEARÁ, 2017).

O MS trás as principais DCNT em quatro grupos (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus e neoplasias) possuindo quatro fatores de risco em comum que são tabagismo, uso abusivo de álcool, inatividade física e alimentação inadequada, sendo estes fatores modificáveis (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, em parceria com diversas instituições e organizações, criou O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT que visa desenvolver e implementar políticas públicas para o controle das DCNT e dos seus fatores de risco até 2022 (BRASIL, 2013).

O plano é dividido em quatro principais grupos de DCNT sendo eles, circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes e os fatores de risco, direcionando ações sobre os eixos: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e cuidado integral. Dentro do eixo promoção da saúde, as estratégias são voltadas para redução do número de DCNT e seus fatores de risco, com programas voltados para atividade física, alimentação saudável, tabagismo, álcool e envelhecimento ativo (BRASIL, 2011).

A DM e HAS se destacam como DCNT de grande impacto na saúde pública (BRASIL,2011) e também ganham visibilidade como, as doenças de base para o desenvolvimento da doença renal crônica.

Sugiro , sendo esta caracterizada por anormalidades nas estruturas, déficit nas funções renais por período igual ou superior a três meses, que geram danos progressivos e irreversíveis. Seu diagnóstico é feito através da avaliação da taxa de filtração glomerular com

valor $>60\text{ml}/\text{min}/1,72\text{m}^2$, do marcador albuminúria com resultado $>30\text{mg}/24$ e alteração de exames de imagem (JUNIOR, 2004; BRASIL, 2014). No Brasil, já existem cerca de 834 unidades de diálise cadastradas estimando-se 122.825 pacientes em TRS no país (SESSO, 2017).

O inquérito brasileiro de diálise crônica de 2016 contou com a participação de 309 unidades, totalizando 50.807 pacientes em diálise crônica, obtendo-se, além disso, os seguintes resultados: 83% foram reembolsados pelo SUS; o número de pacientes que iniciaram a diálise, em 2016, foi de 39.714 e o percentual de pacientes com a idade menor ou igual a 12 anos foi cerca de 0,3%, entre 13 a 19 cerca de 0,9%, 20 a 64 anos um total de 65,7%, de 65 a 74 anos de 21,8% ou ≥ 75 anos 11%.

O inquérito informa também que os diagnósticos de base dos pacientes em diálise são hipertensão arterial, com cerca de 34%, e diabetes, com um percentual de 30% (SESSO, 2017). Em se tratando dos dados no Estado do Ceará, mais de 80% dos pacientes com DRC possuem hipertensão arterial. O número de óbitos associados a HAS é de 21,5%, a diabetes é de 21,8% e as doenças cardiovasculares é de 48%, ressaltando a necessidade de prevenção dessas doenças para também prevenir a DRC (CEARÁ, 2017).

Nessa perspectiva...

O Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT trás estratégias de combate aos fatores de risco modificáveis como, alimentação saudável, atividade física, tabagismo e álcool e envelhecimento ativo. Dentro das medidas para alimentação saudável, temos como exemplo, o Programa Nacional de Alimentação Escolar, já no âmbito de atividades físicas se tem estratégias como o Programa Academia da Saúde e Programa Saúde na Escola, quanto ao uso de álcool e tabaco há estratégias para aumento da fiscalização de venda de bebidas alcólicas para menores de 18 anos e atividades de prevenção voltadas para grupos vulneráveis (jovens, mulheres, população de baixa escolaridade e renda, indígenas e quilombolas) (BRASIL, 2011).

E com o intuito de promover maior acesso a informações de saúde o Programa Saúde na Escola surge com a proposta de avaliar os níveis nutricionais e antropométricos, detectar hipertensão arterial de maneira precoce, promover atividades físicas e corporais e promover alimentação saudável no ambiente escolar (BRASIL, 2011).

O Relatório do III Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil aponta que as metas de redução do crescimento da obesidade na população adulta e diminuição da prevalência da obesidade em crianças apresentam resistência e os achados afirmam o predomínio da

obesidade no Brasil. Em Fortaleza, afirma-se a prevalência do excesso de peso em cerca de 55,6% da população, o sedentarismo atinge cerca de 17,2% das pessoas (CEARÁ, 2017; BRASIL, 2018).

Bloch et al (2016), revelam que 24% dos adolescentes escolares em municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes estão com pressão arterial elevada e 25% com excesso de peso e que 200 mil adolescentes não seriam acometidos por HA se não estivessem com obesidade. A prevalência de HA em pacientes com doença renal foi apresentada em cerca de 60%-100%, variando com a população em estudo (AMOEDO *et al*, 2010). Sendo assim, reduzir a prevalência desses fatores permite diminuir a quantidade de adolescentes hipertensos que futuramente podem ser acometidos por doenças cardiovasculares e renais (GONÇALVES, *et al*, 2016).

Aponta-se que a adolescência é mais propícia para exposição aos fatores de risco comportamentais para DRC como o tabagismo, consumo de álcool, alimentação inadequada e sedentarismo por ser uma fase de alterações biológicas, psicológicas e sociais, abrangendo a faixa etária de 10 a 19 anos (UNICEF, 2011; LUZ *et al*, 2018). Sendo assim, um período em que se deve investir em prevenção para evitar danos à saúde no presente, que se perpetuem por todo ciclo de vida (BERLOTTI, 2013; MALTA 2014).

A implementação de práticas, como atividade física, se mostra um aliado no combate ao tabagismo na adolescência, pois é, constatado que adolescentes ativos estão mais presentes entre os que não fumam, podendo ser visto como fator protetor ao início do uso de cigarros. A educação física escolar vem como prática protetora também para melhoria da saúde de modo geral, com melhora de perfil lipídico, metabólico e reduzindo a prevalência de obesidade (FREIRE *et al*, 2014).

Preocupado com a morbimortalidade associada ao uso abusivo álcool e outras drogas, alimentação saudável e práticas corporais/atividade física, o MS criou, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde que tem como ações previstas a diminuição da incidência de doenças e óbitos ocasionados por estas, permitindo que profissionais da saúde busquem estratégias que possam atrair a participação dos adolescentes, por exemplo, na perspectiva de colaborar ativamente para seu empoderamento na geração de cuidados para sua saúde (BRASIL, 2010; LUZ *et al*, 2018).

E, sabendo-se que, no período, a procura aos serviços de saúde é diminuída, os profissionais de saúde devem se apropriar do Programa Saúde na Escola (PSE), pois o ambiente escolar tem o cenário ideal para atender o público adolescente. É na escola que os mesmos têm acesso a informações tanto científicas quanto culturais para construção de

conhecimento e a partir disso, estudos revelam o enfermeiro participante do cenário escolar como facilitador da promoção do cuidado e estimulando que os adolescentes exerçam o protagonismo na busca de hábitos de vida saudável (SILVA, 2015; FERREIRA *et al*, 2016; LUZ *et al*, 2018).

O PSE ressalta a importância do cenário e da sua inclusão nas intervenções de saúde, no social e na segurança através dos objetivos:

A promoção da paz e saúde, reforçando a prevenção de agravos; articular as ações da rede pública de saúde com a rede pública de educação; facilitar condições de formação integral dos educandos; promover a construção de um sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; permitir o enfrentamento as vulnerabilidades do campo da saúde que interfiram no desenvolvimento escolar; promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde; e fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011; SILVA, 2015).

Diante do contexto apresentado, lança-se o seguinte questionamento: Quais os fatores de risco para doença renal crônica e estilos de vida em adolescentes escolares?

O presente estudo justifica-se, pois, as mudanças no estilo de vida da população repercute em sua saúde, sabe-se também que hábitos não saudáveis são cada vez mais presentes em crianças e adolescentes, e que é na adolescência que comportamentos e estilos de vida são estabelecidos. Desse modo a prevenção de DRC se dá através da promoção de saúde por meio de cuidados com a alimentação, práticas de exercícios físicos, evitando o acometimento por sobrepeso, obesidade e por demais DCNT, como diabetes e hipertensão.

Para tais objetivos se faz relevante atuar no contexto escolar para captação da situação de saúde do adolescente, para identificação dos seus estilos de vida e para própria disseminação de informações, pois na escola pode-se empoderar os adolescentes para promoção do seu autocuidado por ser um espaço propício para discussões, com o compartilhamento de conhecimentos entre pares e o acompanhamento de professores como parceiros na identificação da situação social e de saúde dos escolares para que as intervenções propostas sejam assertivas.

2 OBJETIVO

Identificar evidências científicas sobre os fatores de risco e os estilos de vida em adolescentes escolares que favoreçam a doença renal crônica (DRC).

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As doenças crônicas são um conjunto de circunstâncias associadas a diversas causas desde estilo de vida inadequado, exposição ambiental, fatores biológicos e genéticos, caracterizadas por princípio gradual e de diagnóstico não definido, com longa ou indeterminada duração. A história clínica altera-se com o decorrer do tempo, podendo haver períodos de agudização e incapacidades (BRASIL, 2013).

Mundialmente, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças com previsão de em 2020, serem responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento (BRASIL, 2013).

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são o problema de saúde de maior relevância correspondendo a mais de 70% das causas de mortes. As principais são as doenças renocardiovasculares, pois existe a evidência de que doença renal crônica é um fator importante para mortalidade em paciente com doenças cardiovasculares. Câncer, diabetes, doenças respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas também fazem parte do grupo de DCNT que concernem em números elevados de mortalidade antes dos 70 anos de idade e perda de qualidade de vida, com incapacidades e alto grau de restrição dos acometidos em suas atividades de vida diária (BRASIL, 2013; CEARÁ, 2017).

De grande magnitude, os determinantes sociais repercutem na prevalência das DCNT. Desse modo, desigualdades sociais, baixo acesso aos bens e serviços, baixa escolaridade e déficit no acesso a informação, estabelecem geralmente, o domínio das DCNT e seus agravos (IBGE, 2014).

Ademais, deve ser ressaltado o investimento financeiro relacionado às DCNT e seus agravos. Os gastos gerados são com o Sistema Único de Saúde (SUS), as aposentadorias, o absenteísmo e com a morte da população economicamente ativa (BRASIL, 2013). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2025 o Brasil possuirá mais de 30 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, e cerca de 85% delas manifestará no mínimo uma doença crônica (IBGE, 2010).

3.2 DOENÇA RENAL CRÔNICA

A doença renal crônica (DRC) compreende a perda do funcionamento adequado dos rins, através de lesão renal de maneira irreversível a nível tubular, glomerular e endócrino.

Acometendo cerca de 10% da população adulta mundial, é considerado um problema de saúde pública (CUSTÓDIO, 2013; BRASIL, 2014; BRUNNER, 2015).

As múltiplas funções renais são a excreção de metabólitos, produção de hormônios, controle do equilíbrio hidroeletrólítico, do metabolismo ácido-básico e da pressão arterial. Do ponto de vista clínico, o principal indicador de função renal é a função excretora, avaliada através da taxa de filtração glomerular (TFG). O mesmo também pode ser avaliado através da TFG alterada, da TFG normal ou próxima do normal, mas com indício de dano renal parenquimatoso ou alteração em exames de imagem (BRASIL, 2014).

Desse modo, define-se que um indivíduo com ao menos três meses consecutivos de TFG $<60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ é portador de DRC. A DRC é classificada em cinco estágios que são: estágio 1- Lesão Renal com Função Renal Normal com taxa de filtração glomerular (TFG) $> 90\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$), estágio 2- IR Leve ou Funcional com TFG 60 – 89 $\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, estágio 3- IR Moderada ou Laboratorial com TGF 30 – 59 $\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, estágio 4 - IR Severa ou Clínica com TGF 15-29 $\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ e estágio 5 –com TGF $< 15\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$. Para efeitos de tratamento, são considerados somente os estágios de 2 a 5 da classificação da DRC. (BRASIL, 2014; CARVALHO, 2015).

A prevalência nos brasileiros de DRC é cerca de 8,9% da população adulta, possuindo uma taxa de crescimento anual de 3,6% já no estágio terminal da doença e existem em torno de 100.000 portadores de DRC dependentes de terapia renal substitutiva (TRS), encontrando-se 85% deles assistenciados pelo SUS (BRASIL, 2017).

O tratamento para DRC pode ser feito através de terapia farmacológica, não farmacológica e mais invasiva que é o caso de terapia renal substitutiva, sendo esta composta por hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP) e transplante renal. A diálise peritoneal é um processo que acontece dentro do próprio corpo, onde o filtro de substâncias indesejáveis e excesso de líquidos é o peritônio. O líquido de diálise é inserido na cavidade abdominal e drenado através do cateter implantado no abdome. Já a hemodiálise consiste em um processo de filtração e depuração sanguínea feita por uma máquina para a eliminação de substâncias indesejáveis como a creatinina e a ureia devido ao déficit do mecanismo de filtração nos pacientes portadores de DRC. Os dois procedimentos levam a interrupção das atividades diárias dos pacientes, devido ao tempo de duração de até 4 horas sendo realizado minimamente três vezes por semana. (BRUNNER, 2015; BRASIL 2017). O indicativo de transplante renal é em casos de doença renal crônica terminal, em diálise ou na fase pré-dialítica com valores de *clearance* de creatinina $< 20\text{ ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ (SBF, SBU, 2006).

Segundo dados do Ministério da Saúde, em média são 13 sessões/mês de diálise para cada portador de DRC, gerando os seguintes custos: HD pediátrica – R\$ 353,88; HD adulta - R\$ 194,20; HD para paciente com sorologia positiva para HIV e/ou hepatite B/C - R\$ 265,41; Kit's para DPAC - R\$ 1.893,68; Kit's para DPA - R\$ 2.511,49; Treinamento de 9 dias para o paciente e familiares R\$ 55,13; Acompanhamento domiciliar pela equipe - R\$ 358,06, mostrando-se assim, uma terapia onerosa para o país. (BRASIL, 2017)

A doença crônica renal pode ser prevenida sendo necessário conhecer os fatores predisponentes para a doença, como também os fatores que influenciam os estágios de progressão da mesma. O acometimento da DRC pode estar associado aos seguintes fatores: pessoas com diabetes tipo 1 ou do tipo 2; pessoa hipertensa; idosos; portadores de obesidade (IMC > 30 Kg/m²); histórico de doença do aparelho circulatório; histórico de DRC na família; tabagismo; uso de agentes nefrotóxicos. Já os fatores que influenciam a progressão da doença são: pessoas com níveis pressóricos mal controlados; pessoas com níveis glicêmicos descompensados; pessoas com níveis de colesterol não controlados e tabagismo (BRASIL, 2014).

Diante de doenças de base para DRC as pesquisas mostram que nas capitais brasileiras a população adulta tem a prevalência de 8,9% de diagnóstico de diabetes e de 24% de hipertensão arterial. O fator modificável excesso de peso que nas capitais brasileiras é cerca de 53,8%, sendo 57,7% da população masculina e 50,5% da população feminina está relacionado a 58% da carga de doença relativa a DM II e 39% a doença hipertensiva e 21% a infarto agudo do miocárdio.

A frequência de fumantes passivos no domicílio é maior na população jovem, cerca de 7,3% da população entre 18 e 34 anos nas capitais brasileiras e de fumantes a frequência é de 10,2%, sendo maior no sexo masculino cerca de 12,7% do que no feminino que é 8,0%. Referente à dislipidemia, temos a frequência do diagnóstico médico em 22,6% da população, sendo maior entre as mulheres cerca de 25,9% do que entre os homens cerca de 18,8% (BRASIL, 2013; VIGITEL, 2017).

Desse modo, doenças como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares são tidas como a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em portadores de doença crônica renal (OPAS, 2010; IBGE, 2015; BRASIL, 2017).

Visando a promoção da qualidade de vida, o Ministério da Saúde criou a Organização da Vigilância de DCNT, com o objetivo de conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e agravos e seus fatores de risco, apoiando as políticas

públicas de promoção à saúde. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) prioriza as ações nos campos da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool. (BRASIL, 2011, 2013, 2017)

3.3 ATENÇÃO BÁSICA E O CUIDADO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Diante do aumento progressivo das DCNT, o Ministério da Saúde aposta em medidas abrangentes e com custo benefício adequado para promoção de saúde visando reduzir fatores de risco, melhorar a atenção à saúde, detectar precocemente e tratar adequadamente a população. (BRASIL, 2011; BAHIA, 2018)

Nesse processo a Atenção Básica à Saúde é a administradora do cuidado na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas possuindo papel essencial ao reconhecer as demandas da população através da sua capilaridade e promover ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para a população (BRASIL, 2013).

Uma das ferramentas de atuação da atenção básica é a promoção de saúde que pode ser definida como o processo de habilitação da comunidade para atuação na melhora da sua qualidade de vida e saúde, aumentando a participação no controle deste processo (WHO,1986; BUSS, 2000; OPAS, 2015; BRASIL, 2018). Para propiciar a aplicação dessa ferramenta, a atenção básica conta com os demais equipamentos sociais do território, como associações, igrejas e escolas para o desenvolvimento de atividades que repercutam positivamente nas condições de saúde (BRASIL, 2013).

E assim, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações para estruturar e operacionalizar um sistema de vigilância específico para as doenças crônicas não transmissíveis, para reconhecer sua distribuição e tendências das doenças crônicas e seus fatores de risco. Em 2006, foi criado o VIGITEL que integra o sistema de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Transmissíveis por Inquérito Telefônico (DCNT) e através das informações coletadas ocorre a promoção de políticas antitabágicas, políticas de alimentação e nutrição, ações de atenção à hipertensão e ao diabetes e implementação de práticas de atividade física que são os fatores de risco mais associados à DCNT (Brasil, 2017, 2018).

No âmbito de promoção de atividade física a atenção básica conta com o programa Academia da Saúde que foi lançado em 2011 como estratégia do cuidado com a saúde, a partir da implantação de espaços públicos que são conhecidos como polos, com

infraestrutura apropriada, equipamentos e profissionais qualificados. Adotando um conceito ampliado de saúde o programa conta com oito eixos para desenvolvimento de atividades, sendo eles: práticas corporais e atividades físicas, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudável, práticas integrativas e complementares, e planejamento e gestão (BRASIL, 2015, 2018).

Inserido no cuidado com DCNT o MS junto ao Instituto Nacional do Câncer (INCA) instituiu o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), regulamentada pela Portaria GM/MS nº 571, que atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS). O programa é implementado pela Atenção básica de Saúde, onde é composto por avaliação clínica, abordagem intensiva, individual ou em grupo e se necessário, terapia medicamentosa (BRASIL, 2011, 2014 2015, 2018).

Decorrente das mudanças de comportamento da vida moderna o MS também trás a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que mostra o sobrepeso e a obesidade como fatores de maior risco para o acometimento de DCNT já que o acúmulo de gordura tem relação com distúrbios metabólicos, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e triglicerídeos sanguíneos e a resistência à insulina. E por isso, a prevenção e o diagnóstico precoce são necessários para a promoção da saúde, para o aumento na duração e qualidade de vida e assim, incluir na Atenção Básica a abordagem alimentar e nutricional como prática da rotina (BRASIL, 2014).

3.4 A ADOLESCÊNCIA E A PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As DCNT podem acometer a população através de distúrbios idiopáticos, patologias, fatores genéticos e fatores modificáveis, sendo os últimos os que mais favorecem o acometimento por um DCNT ou por mais de uma. Desse modo, se fazer presente em todo o ciclo de vida para promoção da saúde é importante. As ações devem ser iniciadas desde a gravidez, promovendo os cuidados pré-natais e a nutrição adequada, passando ao apoio ao aleitamento materno, pela proteção à infância, crescimento e desenvolvimento e a proteção da adolescência referente à exposição aos fatores de risco como uso abusivo de álcool e tabaco, os maus hábitos alimentares e inatividade física que se perduram por toda a vida adulta (BRASIL, 2011).

A adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta, com diversas mudanças biopsicossociais, que irão lapidar a formação da personalidade, dos hábitos

de vida, da ascensão social e das relações familiares através de novas experiências. E por isso, se tem a adolescência como um período de maior vulnerabilidade a exposição aos fatores de risco à saúde relacionados à DCNT e DRC, podendo-se manterem e diminuir a qualidade de vida (CAMPOS, SCHALL E NOGUEIRA 2013).

Assim, se faz necessário promover a qualidade de vida precocemente, promovendo condição e hábitos saudáveis para prevenção de DCNT e para tal, é elucidativo utilizar a escola como espaço de formação intelectual, política e de saúde, já que a mesma é um espaço com grande impacto na formação dos indivíduos (GROWING, 2016).

Para promoção da saúde, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde na Escola (PSE), que é uma política intersetorial da Saúde e da Educação, instituído em 2007, voltado à saúde e educação de crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública nacional (BRASIL, 2018).

Dentre os doze eixos que devem ser trabalhados no PSE tem-se, a promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas; a prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; a identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação; a promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; deixando assim, visível a importância de se trabalhar a prevenção de agravos de saúde dentro da escola (BRASIL, 2018).

E além de um programa de implementação da saúde na escola, o MS e o IBGE criaram a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), que é planejada para ocorrer a cada três anos, em escolas públicas e privadas das capitais brasileiras, monitorando a saúde, colhendo dados demográficos e sobre consumo alimentar, atividade física, álcool, tabaco, violência, saúde bucal, sexualidade, entre outros fatores dos adolescentes (BRASIL, 2011).

A PeNSE mais recente, mostra que maioria dos alunos de 9º ano do ensino fundamental da rede pública frequenta escolas que oferecem refeições mais saudáveis, mas cerca de 61,5% informou comer raramente ou nunca a comida ofertada, enquanto que 54,0% dos estudantes frequentam escolas públicas com cantinas ou ponto alternativo de venda, onde tem-se uma variedade de alimentos considerados pouco nutritivos e inadequados à promoção da saúde na escola é vendida. Na rede privada a venda chega a 92,0% dos estudantes em cantinas que disponibilizam alimentos considerados pouco saudáveis. Sendo dados relevantes, pois a pesquisa também mostra que a maioria dos adolescentes, 60,8%, não pratica atividade física de maneira adequada, sendo classificados como insuficientemente ativo e 4,8%, como inativo, sendo a prática avaliada ao acúmulo de 300 minutos semanais de qualquer prática física (BRASIL, 2015).

Acompanhando as mudanças da sociedade, a pesquisa avalia um hábito sedentário que é assistir televisão e ressaltou que a rotina de assistir por mais de duas horas em um dia da semana é presente em cerca de 60,0% dos escolares (BRASIL, 2015).

Diante do uso abusivo de fatores às DCNT ressaltasse a experimentação do cigarro por 18,4% dos escolares do 9º ano do ensino fundamental da faixa etária entre 13 e 15 anos, destes o consumo atual chegou a 30,5%. Já na faixa etária de 16 a 17 anos, a experimentação chegou cerca de 29,0%, e 10,0% dos escolares afirmam ter experimentado cigarros antes dos 14 anos de idade. O uso atual dessa faixa etária foi de aproximadamente 8,0% (BRASIL, 2015). Estudos trazem que o tabagismo em pessoas diabéticas, causa aumento no risco de doença macro e microvascular sendo um fator de risco independente para a mortalidade por todas as causas (BRASIL, 2014).

Enquanto que na faixa etária de 13 a 15 anos dos escolares a experimentação de bebidas alcólicas chegou a 55,5% e o consumo atual foi de aproximadamente 24%.. Na faixa etária de 16 a 17 anos, 73,0% dos escolares já experimentaram bebida alcoólica, tendo o primeiro contato acontecido antes dos 14 anos em cerca de 21,0% dos escolares, com o uso atual de 38,0% (BRASIL, 2015).

Desse modo, cabe assistenciar a esses escolares, que independente das políticas já implantadas irão se expor aos fatores de risco, seja pelo imediatismo da fase, seja pela pressão social existente ou seja pelos recursos tecnológicos que os mantêm mais distantes de hábitos saudáveis, fazendo-se necessário avaliar a qualidade de vida em relação a saúde e promovendo ações de saúde para sensibilização de mudança de comportamento (BRASIL, 2014).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma revisão integrativa (RI) da literatura que viabiliza a incorporação das evidências na prática clínica, objetivando-se agrupar e sintetizar pesquisas e resultados sobre um determinado tema ou questão, de forma sistemática e ordenada, favorecendo o aperfeiçoamento do conhecimento na temática investigada. A RI faz parte da pesquisa baseada em evidências (PBE) promovendo a integração das evidências à prática clínica (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Implementar a PBE pode melhorar a qualidade do cuidado ao cliente, associando o julgamento clínico a interpretação e integração das evidências ressaltadas nas pesquisas. Para a enfermagem, a PBE poderá influenciar a mudança de cuidados baseados em tradições, rituais e tarefas para uma prática crítica, reflexiva e científica, melhorando a qualidade da assistência (GALVÃO; SAWADA, 2003).

A construção do presente estudo foi implementada em seis etapas, sendo elas: identificação do tema e definição da questão de pesquisa; definição de critérios exclusão e inclusão e busca da melhor evidência; avaliação crítica dos estudos primários pré-selecionados e selecionados; análise das evidências/estudos selecionados; apreciação dos resultados; e apresentação da síntese produzida (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008; ANIMA, 2014).

4.2 Identificação do tema e definição da questão de pesquisa

A primeira etapa consiste na identificação do tema e seleção da questão de pesquisa. Nessa etapa utilizou-se a estratégia PICO (acrônimo para *patient, intervention, comparison, outcomes*) que possibilita a formulação da questão de pesquisa e auxilia na identificação de descritores para busca de estudos primários nas bases de dados (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008; ANIMA, 2014). As siglas para formulação da questão representam (P) população em que foi realizada a intervenção; (I) o que/como foi feito de intervenção; (C) pode-se comparar a outros tipos de intervenção; (O) causas/afecções da intervenção (SANTOS, PIMENTA, NOBRE, 2004).

Desse modo, delimitou-se a seguinte questão: O que as evidências científicas abordam sobre os estilos de vida adolescente e os fatores de risco que favorecem a doença renal crônica? (Tabela 1).

Tabela 1- Estratégia PICO

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou população	Adolescentes
I	Intervenção ou indicador	Estilo de vida e fatores de risco
C	Comparação ou controle	-
O	Desfecho ou resultados	Doença Renal Crônica

Fonte: Dados do autor, Fortaleza, 2018.

4.3 Definição de critérios de exclusão e inclusão e busca da melhor evidência

A segunda etapa consiste em procurar a melhor evidência, sendo estritamente relacionada com a etapa anterior devido ao estabelecimento da pergunta que deve ser respondida através da estratégia de busca (MENDES, 2008). Sendo está uma técnica ou conjunto de regras que permitem encontrar a associação de uma pergunta criada e a informação acomodada em uma base de dados e estabelecido os critérios de exclusão e inclusão (ANIMA, 2014).

Desse modo, a busca foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2018, nas seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), ADOLEC, por intermédio do Portal da CAPES, exceto a base ADOLEC. Foram estabelecidos os descritores controlado selecionados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH).

Os descritores controlados e palavras-chave foram estabelecidos de acordo com cada base de dados para maior fidedignidade dos resultados. No MEDLINE (MeSH), os descritores controlados: Renal Insufficiency, Chronic, Adolescent, Risk Factors, Healthy Lifestyle, Life Style, e as palavras-chave: kidney insufficiency, chronic, disease, chronic Kidney, adolescence, teen, youth, factor, risk, lifestyle, healthy, lifestyle. Na CINAHL (títulos CINAHL), os descritores controlados: renal insufficiency, chronic adolescence, risk factors, life style; e as palavras-chave: kidney failure, chronic, factor, risk. Na adolec os descritores controlados foram Fator de Risco, Adolescente, Insuficiência Renal Crônica, Estilo de vida, Estilo de Vida Saudável; e as palavras-chave: fatores de risco biológicos, fatores de risco não biológicos; jovem, doenças crônicas do rim; doença renal crônica, comportamento, hábito, vida sadia.

Os termos forma selecionados de acordo com cada componente da estratégia PICO, classificados em descritores controlados, que são descritores do assunto que permitem a indexação de artigos nas bases de dados e os descritores não controlados, que são palavras-

texto e sinônimos, variação de grafia, correlatos e siglas (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). (Tabela 2).

Tabela 2 - Descrição dos descritores controlados e palavras-chave de acordo com à estratégia de PICO

ACRÔNIMO	MEDLINE	CINAHL	ADOLEC
P	Adolescent	Adolescence	Adolescente
	Adolescence		Jovem
	Teen		Adolescência
	Youth		Juventude
I	Risk Factors	Risk Factors	Fatores de risco
	Factor, Risk	Factor, Risk	Fator de risco
	Factors, Risk	Life Style	Fatores de Risco
	Healthy Lifestyle		Biológicos
	Life Style		Fatores de Risco Não
	Sedentary Lifestyle		Biológicos
	Lifestyle, Sedentary		Estilo de vida
			Estilo de Vida Saudável
			Comportamento Saudável
			Hábito Saudável
		Vida Sadia	
	Renal Insufficiency, Chronic	Renal Insufficiency, Chronic	Insuficiência Renal Crônica
	Kidney Insufficiency, Chronic Disease, Kidney	Kidney Chronic	Doenças Crônica do Rim Doença Renal Crônica

Fonte: Dados do autor, Fortaleza, 2018.

Após a identificação de descritores e palavras-chave foram estabelecidos os critérios de exclusão e inclusão das buscas, sendo os critérios de inclusão: artigo completo disponível; nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados nos últimos 10 anos (2008-2018) e que tratassem sobre fatores de risco na adolescência associados à doença renal crônica e sobre estilo de vida dos adolescentes associados à doença renal crônica. Os critérios de exclusão foram: não responder a pergunta-problema, revisões, editoriais, cartas, teses e documentos científicos.

Nesse estudo, foi utilizado os operadores *AND* e *OR*, para a garantia de uma ampla busca em todas as bases de dados. Foram utilizados também sinônimos de cada descritor principal, quando assim possível, para realização das estratégias de buscas de acordo com cada base de dados através das seguintes combinações, conforme apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 - Descrição das estratégias de busca realizadas com os descritores controlados e palavras-chave na base de dados ADOLEC, CINAHAL, e MEDLINE

Estratégias	Descritores (DeCS)	Resultado geral	Resultado com filtros	Resultado após filtro + leituras
01	(adolescente OR jovem OR adolescência OR juventude) AND (“fatores de risco” OR “fator de risco” OR “fatores de risco biológicos” OR “fatores de risco não-biológicos”) AND (“insuficiência renal crônica” OR “doenças crônica do rim” OR “doença renal crônica”)	58	35	2
02	(adolescente OR jovem OR adolescência OR juventude) AND (“estilo de vida” OR “estilo de vida saudável” OR “hábito saudável” OR “vida sadia”) AND (“insuficiência renal crônica” OR “doenças crônica do rim” OR “doença renal crônica”)	0	-	-

Continuação...

Estratégias	DESCRITORES (Títulos CINAHL)	Resultado geral	Resultado com filtros	Resultado após filtro + leituras
01	adolescence AND ("Risk Factors" OR "Factor, Risk") AND ("Renal Insufficiency, Chronic" OR "Kidney Failure, Chronic")	0	-	-
02	adolescence AND "life style" AND ("Renal Insufficiency, Chronic" OR "Kidney Failure, Chronic")	8	6	0
DESCRITORES (MeSH)				
01	(adolescent OR teen OR youth) AND ("risk factors" OR "Factor, Risk" OR "Factors, Risk" AND ("Renal Insufficiency, Chronic" OR "Kidney Insufficiency, Chronic" OR "Disease, Chronic Kidney")	91.882	467	4
02	(adolescent OR teen OR youth) AND ("healthy lifestyle" OR "life style" OR "sedentary lifestyle" AND ("Renal Insufficiency, Chronic" OR "Kidney Insufficiency, Chronic" OR "Disease, Chronic Kidney")	29.019	3,662	16

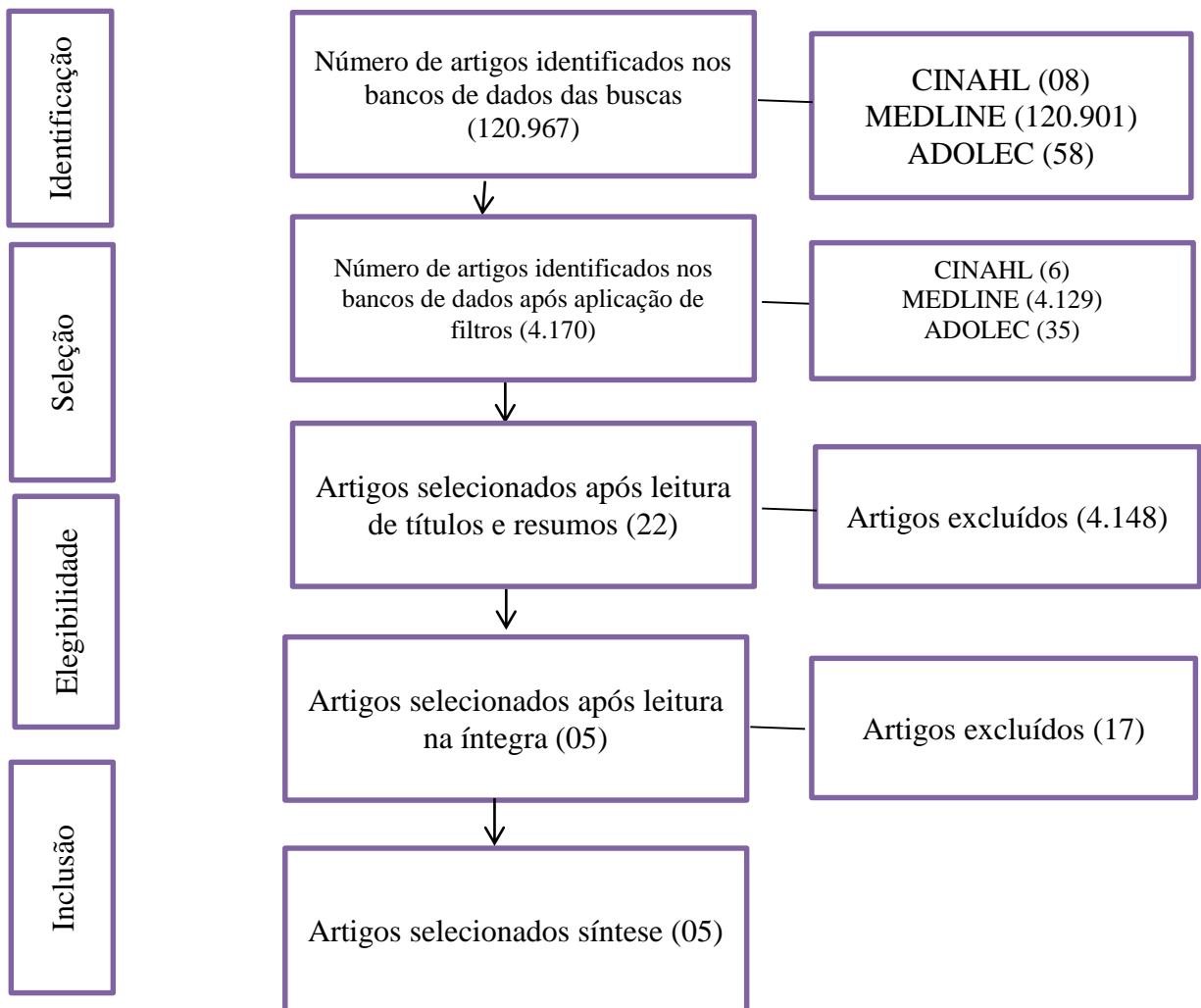
Fonte: Dados da pesquisa. Fortaleza, 2018.

4.4 Extração de informações dos estudos pré-selecionados

A etapa três consistiu em estabelecer quais informações devem ser identificadas e escolhidas dos estudos selecionados, adequando aos critérios de inclusão e exclusão, permitindo a escolha de estudos que respondam a pergunta do trabalho (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

A leitura na íntegra dos artigos pré-selecionados foi realizada com a aplicação de um instrumento validado que contém dentre outros as seguintes perguntas: título do artigo; nome do periódico; data de publicação; idioma; país de realização do estudo; metodologia aplicada; nível de evidência; seus resultados e considerações para a prática (URSI, 2005). Assim, foram registradas as buscas do seguinte modo:

Figura 1 - Fluxograma da busca dos estudos primários nas bases de dados selecionadas.



Fonte: Dados do Autor, Fortaleza, 2018.

4.5 Avaliação crítica dos estudos selecionados

A quarta etapa consistiu na avaliação crítica dos estudos selecionados a serem incluídos no estudo por meio de um instrumento que permita avaliar detalhadamente, identificando fatores que permitiram resultados alinhados com a pesquisa (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

4.6 Interpretação dos resultados

A quinta etapa foi à fase de fundamentação e discussão dos achados na pesquisa. Onde se fomentou as comparações, e lacunas que permitiram o direcionamento de futuros estudos para melhorar a assistência em saúde (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Para tanto, foi elaborado um quadro-síntese para cada estudo primário incluso na RI. O quadro contém informações que permitem aos leitores identificar cada pesquisa por meio de: título, autor(es), periódico, ano de publicação, base de dados, os objetivos, amostra, metodologia, resultados e conclusões.

4.7 Apresentação do trabalho

Na sexta etapa se apresentou a RI, a partir do documento explicitando todas as etapas, informações e processos envolvidos na construção da pesquisa de maneira detalhada promovendo a compreensão do leitor (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

A síntese sobre quais fatores de risco e estilos de vida adolescente influenciam no acometimento por DRC propiciou embasamento para tomada decisão quanto à execução de atividades que fortaleçam hábitos de vida adequados, bem como na identificação de lacunas de conhecimento para realização de novos estudos.

4.8 Considerações éticas em pesquisa

Neste estudo foram utilizadas informações disponibilizadas publicamente e os achados da pesquisa foram decorrentes das mesmas. Para isso foram respeitadas as questões éticas e direitos autorais com devida citação de todos os estudos consultados.

4 RESULTADOS

Para construção do presente RI foram identificados 120.967 publicações nas bases de dados *MEDLINE*, *CINAHL* e *ADOLEC* de acordo com as estratégias de busca. Com o número maior de publicações na base *MEDLINE* (120.901), seguido pela *ADOLEC* (58) e *CINAHL* (8). Após a aplicação dos critérios de inclusão como, últimos 10 anos de publicação; idiomas espanhol, inglês e português; estudos primários e texto disponível completo e gratuito, obteve-se o resultado de 4.170 resultados, sendo 4.129 resultados da *MEDLINE*, 35 da *ADOLEC* e 6 da *CINAHL*.

Na base *MEDLINE* foram utilizados os descritores do MeSH para a busca e foram acrescentados filtros específicos para refinar as buscas devido a grande quantidade de resultados, assim, foram inclusos filtros para categorizar estudos em: estilo de vida, estilo de vida sedentário, hipertensão, diabetes, tabagismo, obesidade e falência renal crônica. Apresentando um total de 4.129 resultados após os filtros.

Após a leitura de títulos e resumos foram excluídos 4.148 resultados dentre os motivos temos a não resposta da questão norteadora, não se adequarem ao público-alvo, não estarem disponíveis gratuitamente, serem duplicados e retratarem outras temáticas, sendo selecionados 22 artigos para leitura na íntegra.

A etapa de leitura na íntegra permitiu identificar artigos que não se adequavam ao público-alvo, não eram estudos primários, estavam repetidos e não respondiam a questão norteadora. Desse modo, foram inclusos na RI 5 estudos primários, sendo estes descritos nos quadros 1, segundo a ordem de publicação, título, ano, tema, nome do periódico e base de dados, no quadro 2 de acordo ao tipo de estudo, autoria, instituições sede, nível de evidência e características de origem e nos quadros 3, 4, 5, 6 e 7 quanto a sua síntese.

O quadro 1 apresenta a caracterização dos estudos incluídos segundo a ordem de publicação, título, ano, tema, nome do periódico e base de dados. Pode-se observar que os estudos se encontram no período de 2011 e 2016, em periódicos sobre cardiologia pediátrica, nefrologia pediátrica, conhecimentos médicos, nutrição e diabetes, os cinco da área médica.

Quanto as bases de dados, os artigos selecionados se encontram em 100% na *MEDLINE* e nenhum foi selecionado das bases *ADOLEC* e *CINAHL* o que pode indicar carência de estudos sobre a temática quanto ao público adolescente e quanto a área da enfermagem.

Observa-se que os estudos são 20% (n=1) do Canadá, 20% (n=1) da Austrália, 20% (n=1) de Israel, 20% (n=1) da Espanha, 20% (n=1) da China. 80% dos artigos foi

publicado no idioma inglês e 20% (n=1) em espanhol. (QUADRO 2). Quanto à autoria dos estudos 80% (n=4) é de autoria médica e 20% (n=1) de autoria de enfermagem.

Quadro 1- Distribuição dos estudos primários incluídos na revisão integrativa segundo a ordem cronológica de publicação, título, ano de publicação, tema, periódico e base de dados.

ESTUDO	Título	Ano	Tema	Periódico	Base de dados
01	<i>Differences in Healthy Lifestyles Between Prehypertensive and Normotensive Children and Adolescents in Northern China</i>	2011	Estilo de vida	<i>Pediatric Cardiology</i>	MEDLINE
02	<i>Body Mass Index in 1.2 Million Adolescents and Risk for End-Stage Renal Disease</i>	2012	Doença Renal Crônica em estágio terminal	<i>Archives of Internal Medicine</i>	MEDLINE
03	<i>High Burden of Kidney Disease in Youth-Onset Type 2 Diabetes</i>	2012	Diabetes	<i>Diabetes Care</i>	MEDLINE
04	<i>Estilos de vida y factores asociados a la alimentación y la actividad física en adolescentes</i>	2015	Estilo de vida	<i>Nutrición Hospitalaria</i>	MEDLINE
05	<i>Beginning the trajectory to ESKD in adult life: albuminuria in Australian aboriginal children and adolescents</i>	2016	Doença Renal Crônica em estágio terminal	<i>Pediatric Nephrology</i>	MEDLINE

FONTE: Dados da pesquisa, Fortaleza, 2018.

Quadro 2 - Distribuição dos estudos primários inclusos na revisão integrativa quanto ao tipo de estudo, autoria, instituições sede, nível de evidência e características de origem.

ESTUDO	Tipo de estudo	Autoria	Instituições sede	Nível de evidência	País de origem	Idioma
01	Transversal	médica	Escola	VI	China	Inglês
02	Coorte retrospectivo	médica	Centro de Saúde	IV	Israel	Inglês
03	Coorte	médica	Centro de Saúde	IV	Canadá	Inglês
04	Transversal, correlacional, descritivo	enfermagem	Escola	VI	Espanha	Espanhol
05	Coorte Prospectivo	médica	Escola	IV	Austrália	Inglês

FONTE: Dados da pesquisa, Fortaleza, 2018.

O E1 evidência a relação entre IMC e normotensão, 84,2% dos adolescentes com IMC normal possuem normotensão, tendendo a decrescer com sua associação de pré-hipertensão e hipertensão, sendo respectivamente, 75,3% e 61,4%. A IRC associada a causas cardiovasculares representa 60% da mortalidade de pacientes em diálise (BORTOLLO, 2008).

No E2 pode-se constatar através da comparação entre grupos de adolescentes com sobrepeso e obesidade e grupo de adolescentes sem comorbidades, foi constatado que adolescentes com sobrepeso tiveram 6 vezes o risco de manifestar uma DRC diabética e adolescentes obesos tiveram 19 vezes o risco para DRC terminal diabética.

O E3 afirmou que 8,9% do grupo de adolescentes com DM2 veio a manifestar no futuro complicação renal com idade média de 20 anos, 6,7% apresentaram insuficiência renal com idade média de 21 anos e 2,3% desenvolveram DRCT com idade média de 29 anos. No grupo controle não-diabético, apenas 0,6% manifestaram algum comprometimento renal e 0,3% apresentaram DRCT. Sendo os riscos para DRCT aumentados em até 39 vezes quando comparados ao grupo controle sem DM. Os jovens com DM2 apresentaram quatro vezes mais chances de desenvolver insuficiência renal do que aqueles com DM1.

O E4 trás achados relacionados prevalência de obesidade e realização de atividades físicas, onde foi encontrado a prevalência de sobrepeso de 16,7% e de obesidade de 4,2%, mesmo com a declaração de que 42,8% dos adolescentes realizam atividade física pelo menos 5 vezes na semana e 21,4% realizavam diariamente. A obesidade é identificada como uma causa prevalente para DRC devido a relação com DM e HAS, a mesma predisõe nefropatia diabética, aumenta reabsorção de sódio no túbulo renal, expandindo o volume e desenvolve HAS.

O E5 aponta a tendência em aumentar a prevalência da obesidade em 8 anos de acompanhamento, passando de 14,2% para 17,2%, e junto ao fator obesidade houve o aumento da prevalência de hipertensão sistólica, saindo de 7,2% para 15,4% e houve também a apresentação de albuminúria, sendo está um marcador de função renal, que no estudo teve a prevalência de 2,5% maior quando as crianças estavam acima do peso.

Quadro 3 - Síntese de estudo primário – E01

Estudo 01	Fonte: <i>Pediatric Cardiology</i>	Ano: 2011
Autores	GUO, <i>et al.</i>	
Título	<i>Differences in Healthy Lifestyles Between Prehypertensive and Normotensive Children and Adolescents in Northern China</i>	
Objetivo	Examinar as diferenças de estilos de vida saudáveis entre crianças e adolescentes pré-hipertensos e normotensos; Investigar a variação nos fatores de estilo de vida saudável entre diferentes grupos socioeconômicos e demográficos.	
Detalhamento metodológico	Estudo transversal, realizado de julho de 2010 a janeiro de 2011, em áreas rurais de Shenyang, província de Liaoning. Total de 5.270 alunos com idades entre 5 e 18 anos de 12 escolas públicas. Foram incluídos no estudo por amostragem por conglomerados em múltiplos estágios. Os critérios de exclusão foram condições clínicas importantes, como doença cardíaca, renal ou hepática crônica e uso de medicamentos. A amostra final foi de 4.445 estudantes, dando uma taxa de resposta de 84,3%. O consentimento dos pais foi obtido de todos os participantes antes do estudo. O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Médica da China. As informações sobre características pessoais foram coletadas por pessoal treinado utilizando um questionário. Essas informações incluíam idade, sexo, raça, atividades físicas, duração do sono, café da manhã, status de fumar e beber, educação dos pais e renda familiar. A pressão arterial foi medida três vezes em intervalos de 2 minutos após pelo menos 5 minutos de repouso usando um esfigmomanômetro calibrado. Durante a medição, os participantes estavam sentados com o braço apoiado no nível do coração. Um manguito de tamanho adequado foi escolhido com base na circunferência do braço. Os participantes foram aconselhados a evitar bebidas cafeinadas e exercícios por pelo menos 30 minutos antes da medição. Com os sujeitos vestindo roupas leves e sem sapatos, próximos usando uma balança profissional, e a altura foi medida com precisão de 0,5 cm usando um estadiômetro.	
Resultado	Dos 4.445 participantes, 20,5% apresentavam hipertensão e 15,2% apresentavam pré-hipertensão. 15,2% tinham a prevalência de excesso de peso e 6,7% tinham a prevalência de obesidade. Apenas cerca de metade dos participantes foram considerados como tendo atividade física adequada. Apenas uma pessoa não possuía nenhuma das seis características do estilo de vida saudável e apenas 22,4% tinham todas as seis. Os participantes com normotensão apresentaram maior prevalência de IMC normal (84,2%) do que suas contrapartes com pré-hipertensão (75,3%) ou hipertensão (61,4%), com tendência decrescente. Os participantes com hipertensão foram significativamente menos propensos a ter um IMC normal do que aqueles com pressão arterial normal.	
Conclusão	Os participantes pré-hipertensos eram menos propensos a ter de quatro a seis estilos de vida saudáveis do que seus pares normotensos, sugerindo que mais atenção deveria ser dada à modificação da vida no tratamento precoce da hipertensão. O Estado pré-hipertensivo foi mostrado tem associação com uma baixa probabilidade de um estilo de vida saudável. A avaliação de múltiplos estilos de vida saudáveis como um todo deve receber mais atenção para melhor prevenção e controle da hipertensão arterial nesse segmento da população.	

Fonte: Dados da pesquisa, Fortaleza, 2018.

O quadro 3 trás a síntese de um estudo publicado no ano de 2011, do tipo transversal, de autoria médica, com nível de evidência VI, de origem chinesa, mas com publicação no idioma inglês, tendo como tema principal o estilo de vida.

Quadro 4 - Síntese de estudo primário – E02

Estudo 02	Fonte: <i>Archives of Internal Medicine</i>	Ano: 2012
Autores	VIVANTE, Asaf <i>et al.</i>	
Título	<i>Body Mass Index in 1.2 Million Adolescents and Risk for End-Stage Renal Disease</i>	
Objetivo	Avaliar a associação entre IMC na adolescência e o risco causas diabéticos e não diabéticos FSRD.	
Detalhamento metodológico	Coorte retrospectivo de base populacional. Foram avaliados dados médicos sobre 1.194,704 adolescentes com 17 anos de idade que haviam sido examinados para o serviço militar entre 01 de janeiro 1967 e 31 de dezembro de 1997, registrados no serviço israelense de FSRD. E os casos incidentes de FSRD tratados entre 1 de janeiro de 1980 e 31 de maio de 2010 foram incluídos. Todos os recrutas passam por uma medida basal de peso e altura, uma medida da pressão arterial (PA) esfigmomanométrica no braço direito na posição sentada, e uma urinálise com fita reagente. O critério de inclusão para o presente estudo foi ter 17 anos de idade e ter realizado exames entre 01 janeiro de 1967 e 31 de dezembro de 1997. Critérios para exclusão: indivíduos positivos para hematúria ou proteinúria na triagem; indivíduos com qualquer diagnóstico sugerindo um possível risco futuro para DRT. Para esta análise, as causas de DRT foram classificadas como diabéticas ou não diabéticas.	
Resultado	O sobrepeso ficou evidente em 52.170 meninos (7,4%) e em 43.963 meninas (8,9%), e a obesidade esteve presente em 20 296 meninos (2,9%) e em 9.690 meninas (2%). Adolescentes com sobrepeso e obesos tiveram um risco futuro aumentado para DRT tratada, com taxas de incidência de 6,08 e 13,40 casos por 100.000 pessoas-ano, respectivamente. Comparados com adolescentes com peso normal, adolescentes com excesso de peso aos 17 anos tiveram 6 vezes o risco para DRC diabética e adolescentes obesos com 17 anos tiveram 19 vezes o risco para diabéticos DRT. IMC elevado aos 17 anos de idade foi um fator de risco para doença renal terminal relacionada à doença renal cística, com uma FC de 2,57 (95% CI, 1,42-4,67).	
Conclusão	O aumento do IMC relacionado ao diabetes foi a suspeita como principal ligação entre o IMC elevado e o risco futuro de DRC e DRT. Comprovando-se que, na faixa normal de IMC, o risco para DRT diabética aumenta com o aumento do IMC. Mais importante, descobrimos que o excesso de peso e a obesidade têm associações significativas com DRT não diabética. Na DRT não diabética, o risco aumentou apenas entre adolescentes com sobrepeso e obesidade e não entre os indivíduos com peso normal.	

Fonte: Dados da pesquisa, Fortaleza, 2018.

O quadro 4 trás a síntese do estudo 02, este se trata de um estudo publicado em 2012, de coorte retrospectivo, classificado com nível de evidência IV, de origem israelense, mas publicado em idioma inglês, sendo o tema principal a doença renal crônica terminal.

Quadro 5 - Síntese de estudo primário – E03

Estudo 03	Fonte: <i>Diabetes Care</i>	Ano: 2012
Autores	DART, Allison B. <i>et al.</i>	
Título	<i>High Burden of Kidney Disease in Youth-Onset Type 2 Diabetes</i>	
Objetivo	Avaliar desfecho renal e sobrevivência de jovens com diabetes tipo 2 (DM2) versus diabetes tipo 1 (DM1) versus indivíduos controle não diabético.	
Detalhamento metodológico	Estudo de coorte prospectivo. Dados de 342 jovens com DM2 através de um banco de dados clínicos e comparado com: 1) 1,011 jovens com DM1 e 2) 1,710 jovens sem diabetes (sem DM; idade, sexo e geograficamente pareados). Os jovens eram anonimamente registrados em um centro de saúde de Manitoba para acompanhamento de desfechos renais. Os resultados são relatados como P, 0,05, considerado estatisticamente significativo.	
Resultado	No grupo DM1, 2,7% dos indivíduos desenvolveram uma complicação renal; 1,4% desenvolveram insuficiência renal; e nenhum tinha doença renal terminal no final do período de estudo. Em contraste, 8,9% do grupo DM2 teve uma complicação renal; 6,7% tinham insuficiência renal; e 2,3% desenvolveram DRCT (idade média 29,1 6 3,6 anos; 16,1 6 3,6 anos). No grupo controle não-diabético com idade, sexo e grupo geográfico, somente 0,6% (n = 11) tiveram um diagnóstico renal, e 0,3% (n=5) apresentaram insuficiência renal ou DRCT. Os jovens com DM2 tiveram 16,13 vezes (IC 95% 7,6-33,99; P, 0,001) aumento do risco de um diagnóstico renal, 23,83 vezes (8,69–60,1; P, 0,0001) aumento do risco de insuficiência renal, e um 39,10 vezes (4,89–312,69; P = 0,0005) aumento do risco de DRCT quando comparado com indivíduos controle de idade, sexo e geograficamente compatíveis; Os jovens com DM2 apresentaram quatro vezes mais chances de desenvolver insuficiência renal do que aqueles com DM1.	
Conclusão	Em conclusão, este estudo demonstra uma alta carga de complicações renais e baixa sobrevida renal associada ao DMT2 de início na juventude. A albuminúria no início da doença é altamente prevalente e está associada a resultados ruins no início da vida adulta. Este estudo apoia a importância do controle glicêmico e direcionamento da obesidade no manejo do DM2 com início na juventude.	

Fonte: Dados da pesquisa, Fortaleza, 2018.

O quadro 5 trás o estudo 03, que é um estudo de coorte publicado em 2012, de nível de evidência IV, de origem canadense, publicado na língua inglesa e tem como tema principal diabetes mellitus.

O quadro 6 demonstra a síntese do estudo 04, sendo este um estudo transversal, correlacional descritivo de 2015, com autoria de enfermeiros, com tema principal os estilos de vida, sendo classificado como evidência nível VI, de origem espanhola e publicado no idioma espanhol.

Quadro 6 - Síntese de estudo primário – E04

Estudo 04	Fonte: <i>Nutrición Hospitalaria</i>	Ano: 2015
Autores	LIMA-SERRANO, Marta, GUERRA-MARTÍN, María Dolores y LIMA-RODRÍGUEZ, Joaquín Salvador.	
Título	<i>Estilos de vida y factores asociados a la alimentación y la actividad física en adolescentes</i>	
Objetivo	Conhecer os estilos de vida de adolescentes no sul da Espanha, em áreas de alimentação e atividade física, e analisar a influência de variáveis sociodemográficas nos mesmos.	
Detalhamento metodológico	Estudo descritivo e correlacional, transversal. Amostra de 204 participantes por conglomerados, selecionando as salas de aula do ensino médio obrigatório, com a seguinte distribuição de alunos: 62 (30,4%) do primeiro, 38 (18,6%) do segundo, 59 (28,9%) do terceiro e 45 (22,1%) do quarto ano. O estudo aconteceu em 2013, por meio de aplicação de questionário auto-administrável, com as seguintes áreas de pergunta: frequência semanal de consumo de café da manhã; consumo semanal de laticínios, cereais, frutas, salgadinhos ou lanches, outros vegetais, doces, refrigerantes ou outras bebidas contendo açúcar, ovos, carne e peixe; e frequência semanal de atividade física; Peso; e altura. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética Experimental da Universidade de Sevilha. O consentimento informado foi solicitado aos participantes e seus pais.	
Resultado	Houve a prevalência de baixo peso de 8,3% (7,1% em meninos vs 9,6% em meninas, $r = 0,04$, $p > 0,05$), de sobrepeso de 16,7% (22, 4% em meninos vs 11,7% em meninas, $r = -0,14$, $p < 0,05$) e obesidade 4,2% (8,2% em meninos vs 0,0% em meninas, $r = -0,20$, $p < 0,01$). O número médio de dias de atividade física (pelo menos 60 minutos durante o dia) de uma semana foi de 4,34 dias (mínimo de 0 e máximo de 7 dias), 42,8% levada a atividade pelo menos 5 vezes por semana e 21,4% realizaram diariamente, encontrando frequência semanal de maior atividade física nos meninos.	
Conclusão	Este estudo tem implicações para a prática clínica e para futuras pesquisas sobre promoção da saúde e prevenção de riscos em adolescentes. Propõe-se levar em consideração aspectos relacionados às diferenças de gênero e status social nas campanhas de prevenção dirigidas à população, bem como intervir precocemente.	

Fonte: Dados da pesquisa, Fortaleza, 2018.

O quadro 7 trás a síntese do estudo 05, sendo este um estudo do tipo coorte prospectivo, publicado em 2016, de autoria médica, de origem australiana publicado em inglês, tendo como tema principal a doença renal crônica terminal.

Quadro 7 - Síntese de estudo primário – E05

Estudo 05	Fonte: <i>Pediatric Nephrology</i>	Ano: 2016
Autores	KIM, Siah, <i>et al.</i>	
Título	<i>Beginning the trajectory to ESKD in adult life: albuminuria in Australian aboriginal children and adolescents</i>	
Objetivo	Comparar crianças não aborígenes as crianças aborígenes para determinar risco de desenvolvimento de albuminúria através dos fatores de risco conhecidos para DRC; Avaliar crianças aborígenes quanto o risco aumentado de desenvolver albuminúria transitória ou persistente e identificar fatores de risco modificáveis para albuminúria persistente; Desenvolver estratégias preventivas eficazes e sustentáveis para a DRC nas comunidades aborígenes.	
Detalhamento metodológico	Coorte prospectivo de base populacional. Amostra composta por crianças aborígenes (1.949) e não-aborígenes (1.469), totalizando 3.418, de escolas públicas primárias de New South Wales, Austrália, sendo recrutadas de fevereiro de 2002 a junho de 2004. A relação albumina: creatinina foi medida por fita reagente a cada dois anos, juntamente com o índice de massa corporal (IMC) e pressão arterial. Altura e peso foram medidos em pés de meia e em roupas leves com 220 estadiômetros telescópicos portáteis (SECA Ltd., Birmingham, Reino Unido) e em balanças digitais, respectivamente. A pressão arterial (PA) sentada foi medida no braço direito usando-se um esfigmomanômetro aneróide, com pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD) medidas conforme recomendado no Quarto Relatório sobre o Diagnóstico, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial. em crianças e adolescentes; Os escores z de PAS e PAD ajustados para idade, altura e sexo foram calculados também usando as recomendações do Quarto Relatório.	
Resultado	A idade média no início do estudo de todos os participantes foi de 10,6 (DP 3,03) anos e 50,6% eram do sexo masculino. A prevalência de obesidade foi de 14,2% no estudo e aumentou ao longo do tempo (17,2% aos 8 anos de seguimento). A prevalência de hipertensão sistólica aumentou de 7,2% no início para 15,4% aos 8 anos de seguimento. A prevalência prevista de albuminúria foi 2,5% maior para crianças aborígenes do que para crianças não-aborígenes quando estavam acima do peso ou obesas (IC 95% 1,0-4,2%). A PAD elevada aumentou significativamente o risco de albuminúria (OR 1,14, IC 95% 1,03-1,27 por aumento de 1 unidade).	
Conclusão	Em conclusão, os resultados do estudo indicam que crianças e adolescentes aborígenes estão apenas em maior risco de albuminúria em comparação com crianças não-aborígenes quando estão acima do peso.	

Fonte: Dados da pesquisa, Fortaleza, 2018.

Quanto ao nível de evidência os estudos foram classificados de acordo com Stillwell, Fineout-Overholt, Melnyk, Williamson (2010), sendo 60% dele de nível de evidência IV e 40% de nível de evidência VI. E 100% dos estudos foram identificados como grau A, segundo Pereira e Bachion (2006).

5 DISCUSSÃO

Acredita-se que o rigor metodológico da RI beneficie a obtenção de estudos mais específicos. Assim, justifica-se o número reduzido de estudos encontrados a partir desta. Contudo, associa-se essa condição da avaliação dos estilos de vida de adolescentes escolares que favorecem a doença renal crônica (DRC), ser ainda uma proposta pouco difundida.

A pergunta norteadora pode ser respondida frente à avaliação crítica dos dados apresentados na sessão anterior. O E1 evidencia a relação entre IMC, normotensão e hipertensão. Corroborando com seus achados, temos que 600 milhões de adultos no mundo estavam obesos em 2014 e que nos EUA 17% de crianças e adolescentes entre 2 e 19 anos estavam com obesidade e 5,8% com extrema obesidade. Sendo que é esperado um aumento de 40% da prevalência da obesidade mundialmente. O mecanismo compensatório de hiperfiltração leva ao aumento da pressão intraglomerular e a danificação da estrutura renal (KOVESDY, FURTH, ZOCCALI, 2017). A IRC associada a causas cardiovasculares representa 60% da mortalidade de pacientes em diálise (BORTOLLO, 2008).

Em acordo com os estudos 02 e 03, a Sociedade Brasileira de Diabetes trás a recomendação de que a partir do diagnóstico de DM 1 ou DM 2, se inicie o rastreamento para doença renal, após 5 anos e imediatamente, respectivamente para cada um dos tipos de DM. Enquanto que, para pacientes na adolescência o acompanhamento deve-se iniciar independente das recomendações anteriores (SBD, 2014).

Também relacionado a prevalência de obesidade, o E4 trás a identifica como uma causa prevalente para DRC devido a relação com DM e HAS, a mesma predispõe nefropatia diabética, aumenta reabsorção de sódio no túbulo renal, expandindo o volume e desenvolve HAS. Mas outros estudos apontam a obesidade como fator protetivo em casos de DRC em estágio final, em diálise, devido ao fator de desnutrição desses pacientes (JUNIOR *et al.* 2017).

No E5 podemos inferir a importante relação da obesidade e do aparecimento de proteinúria, assim como o estudo aponta o aparecimento de albuminúria em crianças com sobrepeso, se tem a associação de que um IMC elevado leva ao aparecimento e desenvolvimento de proteinúria em indivíduos sem doença renal (KOVESDY, FURTH, ZOCCALI, 2017). Marinho *et al.* (2017) afirma que a prevalência de DRC de acordo com o marcador albuminúria pode chegar a 13,1% da população, mas que quantificar fielmente a DRC é um desafio.

Os achados do presente estudo trazem informações de que no público adolescente se tem elevações de IMC associados a diabetes, elevações IMC associados à HAS e elevação de HAS decorrente do IMC que gera o quadro de albuminúria, ou seja, essa população é exposta precocemente a diversos fatores de risco para DRC, entretanto o mais presente de acordo com os estudo foi a elevação do IMC.

Possuindo carácter assintomático se deve estar atento para acompanhar grupos definidos como grupos de risco para DRC sendo estes, hipertensos, diabéticos, portadores de doenças cardiovasculares e familiares de pacientes com doença renal crônica terminal (DRCT). Como também a fatores como obesidade, proteinúria, hiperlipidemia e fatores étnicos e pobreza (GORDAN, 2006).

O inquérito brasileiro de diálise crônica (2016) afirma que a hipertensão arterial é o diagnóstico base em cerca de 34% dos pacientes com DRC (SESSO, 2017) e dados do Estado do Ceará afirmam que mais de 80% dos pacientes com DRC tem HAS (CEARÁ, 2017). Os mesmo estudos também trazem que 30% dos diagnósticos de DRC tem como diagnóstico primário a diabetes mellitus (SESSO, 2017).

Lima-serrano, Guerra-Martín e Lima-Rodríguez (2015) trazem em um estudo a prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes, cerca de 16,7% se encontram em sobrepeso e 4,2% está em obesidade. VIVANTE *et al*(2011) e GUO *et al.* (2012) corroboram relações diretas de IMC elevados devido ao sobrepeso e a obesidade e desfechos com acometimento de DRC ou DRCT. Cabendo assim, atentar para a importância das práticas de atividade física, alimentação saudável e IMC adequados para evitar hipertensão, diabetes e DRC.

O sobrepeso e obesidade acometem elevadas taxas em crianças e adolescentes em todo o mundo, um estudo de meta-análise avaliou inquéritos antropométricos em pré-escolares de 144 países em todo o mundo e observou o aumento de sobrepeso e obesidade geral (definido como IMC SDS > 2 SDS) a partir de 4,2 para 6,7% entre 1990 e 2010. Também é afirmado que a obesidade é mais prevalente em países desenvolvidos, mas que os países em desenvolvimento tendiam a elevar suas taxas nos últimos 20 anos (DOYON e SCHAEFER, 2013).

Com o aumento das taxas de sobrepeso e obesidade se tem também o aumento dos níveis de hipertensão e diabetes em crianças e adolescentes, sendo estes fatores de risco importantes para o desenvolvimento de doença cardiovascular (DCV), acidente vascular cerebral e doença renal crônica (DRC) (ASSADI, 2012).

6 CONCLUSÃO

No que se refere aos resultados desta revisão integrativa, pode-se afirmar que a doença renal crônica tem seu acometimento relacionado aos fatores de risco cujos, a população está exposta desde a infância e adolescência. Em 20% dos estudos foi possível associar a relação de sobrepeso e obesidade na apresentação de albuminúria, também em 20% se traz relação direta entre sobrepeso e obesidade e HAS, em 40% dos estudos afirmam-se a relação entre DM e DRC.

Desse modo, pode-se inferir a necessidade de intervenções e pesquisas voltadas para DRC em adolescentes, já que no Brasil temos a elevação dos índices de sobrepeso, obesidade, diabetes e hipertensão, além de baixas taxas de atividade física e alimentação adequada. Devendo nos apropriarmos das ferramentas que temos para promoção da saúde, como o PSE e voltar as devidas atenções ao público para prevenção de agravos no futuro e melhorando a condição de saúde nacional e diminuindo custos.

As limitações desse estudo estão relacionadas as baixas publicações relacionadas ao público adolescente, a pesar de termos estudos que afirmam a necessidade de se atentar a essa faixa etária.

REFERÊNCIAS

AMODEO, Celso et al. Hipertensão arterial sistêmica secundária. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [s.l.], v. 32, p.44-53, set. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-28002010000500009>.

BAHIA. Governo do Estado da Bahia. Secretaria da Saúde. **Rede de Atenção à Pessoa com Doença Crônica**. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/atendimento-a-cidadao/doencas-cronicas/>> Acesso em 15 de junho de 2018.

BASTOS, Marcus Gomes; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encami - nhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J Bras Nefrol**, [S.l.], v. 33, n. 1, p. 93-108,2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n1/v33n1a13.pdf> >. Acesso em: 02 out. 2018.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabaco**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoess_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/programa-nacional > Acesso em 12 de junho de 2018.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabaco**. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/tire_duvidas_pnct_2014.pdf > Acesso em 12 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Academia da Saúde. **Sobre o programa**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoess-e-programas/academia-da-saude/sobre-o-programa> Acesso em: 12 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta de Ottawa**. Disponível em <https://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf > Acesso em 14 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Manual Técnico De Adesão E Desenvolvimento Das Ações Do Programa Saúde Na Escola**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>> Acesso em 30 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do III Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 28 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : o cuidado da pessoa tabagista**. Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 154 p. : il. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Doença Renal Crônica no Sistema Único de Saúde**. S.I., 2017. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/arquivos-de-eventos/audiencia-publica-19-09-2017-10h/ap-19-09-2017-10h-maria-ines-gadelha-ms>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Monitoramento do Programa Academia da Saúde**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 160p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/indicadores-de-saude/vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico-vigitel>> Acesso em 12 de junho de 2018.

BRASIL. Sociedade Brasileira De Nefrologia E Sociedade Brasileira De Urologia. **Transplante renal: indicações e contraindicações**. [s.i.]: [s.i.], 2006.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**,5(1):163-177,2000.

CARVALHO, Leane Silva dos Santos. **A experiência de vida da criança com insuficiência renal crônica: uma revisão integrativa**. 18 f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem)—Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

CUSTÓDIO, Melani Ribeiro et al. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento do hiperparatireoidismo secundário em pacientes com doença renal crônica. **Bras Nefrol** 2013;35(4):308-322.

DART, Allison. B. et al. High Burden of Kidney Disease in Youth-Onset Type 2 Diabetes. **Diabetes Care**, [s.l.], v. 35, n. 6, p.1265-1271, 19 mar. 2012. American Diabetes Association. <http://dx.doi.org/10.2337/dc11-2312>.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino. Prática baseada em evidência: estratégias para sua implementação na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (df), v. 1, n. 56, p.57-60, dez. 2003.

GUO, Xiaofan et al. Differences in Healthy Lifestyles Between Prehypertensive and Normotensive Children and Adolescents in Northern China. **Pediatric Cardiology**, [s.l.], v. 33, n. 2, p.222-228, 14 set. 2011. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s00246-011-0112-8>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Departamento de População e Indicadores Sociais. **Divisão de Estudos e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período de 1980-2050**: revisão 2006. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde**: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde do escolar : 2015** / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro : IBGE, 2016. 132 p.

INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2013** : ciclos de vida : Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2015. 92 p.

KIM, Siah et al. Beginning the trajectory to ESKD in adult life: albuminuria in Australian aboriginal children and adolescents. **Pediatric Nephrology**, [s.l.], v. 32, n. 1, p.119-129, 23 jun. 2016. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s00467-016-3429-y>

KOVESDY, Csaba P.; FURTH, Susan L.; ZOCCALI, Carmine. Obesity and kidney disease: hidden consequences of the epidemic. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [s.l.], v. 39, n. 1, p.1-10, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20170001>.

LIMA-SERRANO, Marta; GUERRA-MARTÍN, María Dolores; LIMA-RODRÍGUEZ, Joaquín Salvador. Estilos de vida y factores asociados a la alimentación y la actividad física en adolescentes. **Nutrición Hospitalaria**, N.i., v. 6, n. 32, p.2838-2847, set. 2015.

LUZ, Rosália Teixeira; et al, Estilo de vida e a interface com demandas de saúde de adolescentes. **REME rev. min. enferm**; 22: e-1097, 2018.

MAGALHÃES, Fernanda Guilhermino; GOULART, Rita Maria Monteiro. Doença renal crônica e tratamento em idosos: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 18, n. 3, p.679-692, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14132>.

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p.758-764, 2008.

OPAS. **Carta de Ottawa**. 2015. Disponível em <<https://www.opas.org.br/carta-de-ottawa/>> Acesso em 14 de junho de 2018.

OPAS. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília, 2010.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. A ESTRATÉGIA PICO PARA A CONSTRUÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA E BUSCA DE EVIDÊNCIAS. **Revista Latino Americana**, S.i., v. 3, n. 15, p.1-4, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf>. Acesso em: 22 out. 2018.

SESSO, Ricardo Cintra et al. Brazilian Chronic Dialysis Survey 2016. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [s.l.], v. 39, n. 3, p.261-266, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20170049>.

SMELTZER, Suzane C. *et al.* BRUNNER & SUDDARTH: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica** - 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Vol. III.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Doença Renal do Diabetes. S.i., p.154-173, dez. 2014.

URSI, Elizabeth Silva. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. doi:10.11606/D.22.2005.tde-18072005-095456. Acesso em: 2018-11-09.

VIVANTE, Asaf et al. Body Mass Index in 1.2 Million Adolescents and Risk for End-Stage Renal Disease. **Arch Intem Med**, N.i., v. 21, n. 172, p.1644-1650, out. 2012.

WHO. **Growing Up Unequal: Gender And Socioeconomic Differences In Young People's Health And Well-Being**: international report from the 2013/2014 survey. Regional Office for Europe, 2016. 276 p. Disponível em:

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No7-Growing-up-unequal-full-report.pdf?ua=1

WHO. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa.** pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Brasília 1986.

ANEXO

Anexo A – Instrumento de Coleta de dados

A. Identificação	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome _____ Local de trabalho _____ Graduação _____
País	
Idioma	
Ano de publicação	
B. Instituição sede do estudo	
Hospital	
Universidade	
Centro de pesquisa	
Instituição única	
Pesquisa multicêntrica	
Outras instituições	
Não identifica o local	
C. Tipo de publicação	
Publicação de enfermagem	
Publicação médica	
Publicação de outra área da saúde. Qual?	
D. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa () Abordagem quantitativa () Delineamento experimental () Delineamento quase-experimental () Delineamento não-experimental () Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa () Revisão de literatura () Relato de experiência () Outras _____
2. Objetivo ou questão de investigação	
3. Amostra	3.1 Seleção () Randômica () Conveniência () Outra _____ 3.2 Tamanho (n) () Inicial _____ () Final _____ 3.3 Características Idade _____ Sexo: M () F () Raça _____ Diagnóstico _____ Tipo de cirurgia _____ 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos _____
4. Tratamento dos dados	
5. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente _____ 5.2 Variável dependente _____ 5.3 Grupo controle: sim () não () 5.4 Instrumento de medida: sim () não () 5.5 Duração do estudo _____ 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção _____
6. Resultados	
7. Análise	7.1 Tratamento estatístico _____ 7.2 Nível de significância _____
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados _____ 8.2 Quais são as recomendações dos autores _____
9. Nível de evidência	
E. Avaliação do rigor metodológico	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	